

Coutinho, Emília & Parreira, Maria Vitória (2011). Outra Forma de Olhar a Mãe Imigrante numa Situação de Transição. *Millenium*, 40: 83-97.

OUTRA FORMA DE OLHAR A MÃE IMIGRANTE NUMA SITUAÇÃO DE TRANSIÇÃO

EMÍLIA DE CARVALHO COUTINHO ¹

MARIA VITÓRIA BARROS DE CASTRO PARREIRA ²

¹ Docente da Escola Superior de Saúde
e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: ecoutinho@essv.ipv.pt)

² Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto. CIEE – Universidade do Porto – Portugal.
(e-mail: vitoria@esenf.pt)

Resumo

A situação de transição que a mulher vivencia, a diversidade cultural, os direitos de acessibilidade reduzidos dos imigrantes ao sistema de saúde, entre outros, são situações que colocam quer utentes quer profissionais de saúde numa situação de vulnerabilidade nos cuidados. Neste contexto, delinearão-se os seguintes objectivos: Compreender os significados que emergem do processo de transição, na situação de maternidade; Compreender como a mulher imigrante perspectiva os cuidados face ao seu projecto de maternidade (gravidez, parto e puerpério); Desocultar crenças e valores inerentes à mãe imigrante numa situação de transição de vida; Identificar de que forma o processo de cuidados difere do sistema do seu país de origem.

Estudo qualitativo, exploratório descritivo. Realizado a partir da seguinte questão de partida: Que significados emergem do processo de transição na mulher / mãe imigrante que vivencia um processo de maternidade? Os critérios de inclusão dos participantes foram: Residir em Portugal há pelo menos 3 meses; Ter vivenciado ou estar a vivenciar um processo de maternidade; Ter sido vigiada durante a gravidez no sistema de saúde português e aceitar participar no estudo. Amostra não probabilística, intencional (12 mães imigrantes). Amostragem determinada pelo princípio de saturação dos dados. Instrumento de colheita de dados: a entrevista semi-estruturada, com recurso a gravação áudio com obtenção prévia do consentimento informado. Análise dos dados efectuada por análise de conteúdo, feita codificação

aberta, codificação axial e codificação selectiva, com ajuda do software NUD*IST 8.0 ®

Emergiram 8 categorias: Comunicação difícil; existência de divergências no processo de cuidar; mitos e crenças divergentes; práticas culturais divergentes; informação desajustada; discriminação; acessibilidade dificultada às consultas; gratuidade do sistema de saúde.

As conclusões emergentes apontam para a inexistência, em Portugal, de rituais inerentes aos cuidados que conflituem com a sua cultura de origem. A maior barreira com que estes imigrantes se depararam foi a comunicação. Na cultura muçulmana, ressalta a especificidade da questão de género: o homem não deverá ser cuidador da mulher.

Na perspectiva dos participantes, os cuidados de saúde tendem a ser culturalmente congruentes. Exemplo: no Uzbequistão os cuidados prestados não diferem dos do nosso país, à excepção da tecnologia utilizada que referem ser “superior”.

Os resultados deste estudo têm implicações para a prática, na medida em que ao desocultar os significados sobre os cuidados, as crenças e valores, os profissionais de saúde adquirem conhecimentos específicos sobre a etnoculturalidade, o que lhes permite evitar atitudes negativas e comportamentos de etnocentrismo, ajudando assim a mulher/casal numa situação de transição para a parentalidade, já que a falta de respeito pela cultura pode originar um choque cultural.

Palavras-chave: mãe imigrante; cuidado cultural; diversidade cultural; imigração.

Abstract

The transition situation that women go through, the cultural diversity, the reduced access of the migrants to the health system, among others, are situations that place, both users and health care professionals in vulnerable position when providing care. Within this context, the following objectives were designed: To understand the meanings that emerge from the transition process, in the situation of motherhood; To understand how the immigrant woman views the care considering her own motherhood project (pregnancy, birth and puerperium); To reveal beliefs and values inherent to

the immigrant mother in a life transition situation; To identify how the care process differs from the origin country

Qualitative, explanatory descriptive study, originating from the start question: What significances emerge from the transition process, in the immigrant woman/mother that goes through motherhood? The participants inclusion criteria were: residing in Portugal for at least three months; to have gone through or going through a motherhood process; to have the pregnancy followed in the Portuguese health system and to accept participating in the study. Non probabilistic sample intentional (twelve immigrant mothers). Sample Determined by the data saturation principle. Data collection instrument: semi-structured interview, with recourse to audio taping, with previous informed consent. Data were analysed using the content analysis technique, with Open Coding, Axial Coding and Selective coding, with the aid of NUD*IST 8.0 © software

8 categories emerged: Difficult communication; the existence of divergences in the care process; diverging myths and beliefs; diverging cultural practices; mismatched information; discrimination; difficulty in having access to consultations; cost-free health care

The emerging findings point to the lack of intrinsic care rituals in Portugal that conflict with their culture. The greatest barrier these immigrants face is communication. However they do specify the gender issue: man should not be the caretaker of the woman, as they belong to the Muslim culture.

From the participants' perspective, health care tends to be culturally appropriate. An example, in Uzbekistan the care is no different, with the exception of the technology used, that they perceive as "superior."

The results of this study have implications for practice, insofar as unfolding the meanings about the care and the beliefs and values, health care workers acquire specific knowledge about the ethno culture, thus avoiding negative attitudes, ethnocentric behaviors, therefore helping the woman / couple in a transition to parenthood, as the lack of respect for the culture can cause culture shock.

Keywords: immigrant mother; cultural care; cultural diversity; immigration.

1 - Introdução

Milhões de pessoas em todo o mundo cruzam fronteiras à procura de melhores condições de vida, maiores rendimentos, melhor acesso à educação e saúde, e melhores perspectivas de futuro para os seus filhos (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2009).

Compreender e dar respostas adequadas às necessidades humanas, na saúde, na doença ou nas transições de vida constitui um desafio substancialmente maior quando à imigração se acumula o processo de maternidade e existem diferentes contextos de alteridade e de conteúdos culturais das identidades (Lechner, 2005). A grávida imigrante vivencia simultaneamente dois processos de transição. Por um lado, a imigração com as múltiplas transformações que a mesma implica, e por outro, o processo de transição que constitui o próprio tornar-se mãe. Ao relacionar gravidez e imigração estamos não só perante o fenómeno da integração das mulheres imigrantes no corpo social das instituições de apoio, do diálogo, mas também da interdição e incompreensão de práticas sociais e das transformações dos significados do corpo, da religião, das tradições terapêuticas. É a partir destes pressupostos que, de uma forma particular, pretendemos privilegiar o processo de maternidade.

São vários os factores que levam a mulher a imigrar: as condições de vida, no que se refere ao trabalho e saúde, formação profissional e académica, habitação; as condições financeiras, nomeadamente uma situação socioeconómica precária; o reagrupamento familiar, pelo facto do cônjuge já se encontrar no estrangeiro; o apoio à família que precisa de ajuda; a separação, quando a mulher assume o papel de provedora da família; a instabilidade sociopolítica do país de origem. No país de acolhimento confronta-se com uma língua para si imperceptível que a conduz ao isolamento social e que, conjuntamente com outros factores, implica uma situação de precariedade e vulnerabilidade, podendo originar processos de solidão. Esta situação é mais frequente no caso de haver choque com as referências culturais, as memórias e as vivências do país de origem; O processo de globalização pretende relacionar e fazer com que as diferentes nações interajam “não apenas a nível cultural, mas também (...) aos níveis económico, social, tecnológico e político. (...) O [choque cultural] surge também como um desafio da globalização” (Freitas, 2007, p. 90). No entanto, o intercâmbio de pessoas entre os diferentes países, com diferentes crenças, costumes e ideologias, se por um lado são promotores de inovação, por outro, podem conduzir a situações conflituosas. Esta aproximação multicultural cria dificuldades de integração na cultura já existente e inviabiliza um diálogo político e moral único, visto que um determinado pressuposto poderá ser bem aceite por uma determinada comunidade ou facção, e, no entanto, poderá não ser entendido ou até mesmo repudiado por outra (Monsma, 2007).

Vários investigadores (Luck, Ferreira, Patricio, Simões, Horta & Magalhães, 1999; Machado, Santana, Carreiro, Nogueira, Barroso & Dias, 2007) referem que à imigração se associa a precaridade a vários níveis. Consideram que os imigrantes, manifestamente a viver situações de transição, constituem um grupo particularmente vulnerável na área da saúde, devido a factores diversos, incluindo uma situação económica geralmente precária, desconhecimento dos serviços sociais disponíveis e barreiras legais, culturais e linguísticas. As deslocações envolvem incertezas, gastos, e separação da família enquanto rede de apoio, pelo que as condições nas quais se deslocam determinam os benefícios que possam vir a ter (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2009).

Para Meleis (2010), a transição é um processo desencadeado por uma mudança, envolve o desenvolvimento, fluxo e circulação de um estado, condição ou local para outro. Podem ser factores precipitantes do processo de transição alterações de vida, saúde, relações e ambientes, tais como o diagnóstico de doença, a gravidez, o parto, a paternidade, a maternidade, a adolescência, a menopausa, o envelhecimento, a morte, a migração, entre outros, e implicam frequentemente profundas mudanças (de papéis, relacionamentos, habilidades, comportamentos, personalidade), podendo ter efeitos dramáticos na vida do indivíduo que a vivencia, bem como de pessoas próximas/significativas. A autora apresenta as propriedades essenciais da transição, como a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a duração da transição e eventos/pontos críticos. Ao nível da consciencialização, para que os nossos actos façam sentido é essencial que primeiro a pessoa alvo de cuidados tenha consciência de que está a viver a transição, está relacionada com a percepção, com o conhecimento e reconhecimento que o indivíduo tem da experiência de transição. Como tal, para entender um processo de transição é necessário descobrir e descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas. O final da transição poderá corresponder a um novo começo ou a um período de estabilidade. Contudo, é difícil ou mesmo impossível estabelecer limites sobre a duração da transição de determinadas experiências.

Schumacher & Meleis (1994) referem seis condições que influenciam a experiência da transição: significado atribuído à experiência de transição; expectativas (é importante que a pessoa tenha noção das alterações esperadas); nível de conhecimento; ambiente (suporte social, familiar e institucional); nível de planeamento (o planeamento inclui a identificação das necessidades e problemas futuros); e bem-estar emocional e psicológico. Meleis (2010) acrescenta que o processo de transição pode ser inibido ou facilitado consoante a influência dos factores pessoais, como significados, crenças culturais, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento, recursos comunitários e sociais.

O nascimento de um filho, em particular se for o primeiro, deixa marcas e provoca uma importante mudança na vida dos pais na medida em que é um processo de adaptação a uma nova realidade. Implica também um enorme impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos (Leal, 2005, p. 225), exigindo alterações no papel ou modificando significativamente as relações anteriores, aparecendo normalmente descrito como um período de transição para a parentalidade que exigirá uma “série de adaptações e mudanças por parte dos futuros pais, tanto a nível psicológico e biológico como social”. Este processo gera alguma ambivalência de sentimentos, desde a excitação à ansiedade, desencadeadas pela novidade, mas ao mesmo tempo pela responsabilidade de cuidar de uma criança, alteração das rotinas e hábitos, e pela dificuldade na gestão de compromissos, tempo e energia. Este esforço acrescido da família pode conduzir a “elevados níveis de perturbação emocional” (Moura-Ramos & Canavarro, 2007, p. 399).

Para Relvas (2000) tornar-se mãe/pai é um acontecimento que leva à alteração de papéis, à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e a comunidade. Para a autora o processo de reajustamento do casal depende da relação anterior do casal; de como cada um se envolve emocionalmente; do entendimento sexual do casal; do comportamento de cada cônjuge na função de pais; da capacidade de partilha; e da sensibilidade às necessidades do outro, constituindo-se para o casal como um período de risco de desencontro e insatisfação; ou de oportunidade para ascender a níveis mais complexos e gratificantes de relação conjugal e familiar. Associa-se à gravidez transformações biológicas, sociais e pessoais. Neste contexto, a pessoa experiencia sentimentos, comportamentos e significados decorrentes de uma poderosa mudança física com influência em todos os domínios da vida humana.

Para Lowdermilk & Perry (2008), a parentalidade constitui um processo de aquisição e de transição de papel, iniciado na gestação, e que termina quando os pais desenvolvem a sensação de conforto e confiança no desempenho do papel parental. Entendem que a transição compreende duas componentes: O processo de aprendizagem, através da aquisição e domínio de conhecimento e habilidades nas actividades de cuidado ao recém-nascido (RN); e a valorização e o conforto, envolvendo a atitude de carinho; a tomada de consciência e a preocupação com as necessidades e desejos do bebé. Afirmam, também, que os pais menos preparados podem vivenciar sentimentos de desamparo, de inadequação e até de raiva, ao lidar com um RN que chora, sentindo-se confusos e incapazes de prestar apoio um ao outro. Consideram que no processo de transição interferem variáveis, tais como; A idade dos pais; as condições socioeconómicas; e as aspirações pessoais, para as quais apresentam a justificação de que a criação de um filho requer alguma disponibilidade financeira, pelo que facilmente se depreende que as condições socioeconómicas determinam, em grande medida, a

transição para a parentalidade, tanto pelo acesso aos recursos e aquisição de bens, como pela angústia e preocupação que suscitam nos pais, quando não são as mais favoráveis (Lowdermilk & Perry, 2008). A parentalidade pode interferir nos planos de liberdade pessoal e de crescimento profissional, especialmente da mulher. A transição para a parentalidade em pais adolescentes e sobretudo imigrantes pode tornar-se difícil, dada a sua própria necessidade de concretizar simultaneamente as tarefas de desenvolvimento da adolescência, a adaptação a uma nova realidade e, simultaneamente, a assunção do seu papel paternal/maternal. Esta transição, que apresenta características e tarefas de desenvolvimento específicas, exige uma série de adaptações e mudanças por parte dos futuros pais, tanto ao nível biológico, psicológico como social (Pereira & Piccinini, 2007); Piccinini, Pereira, Marin & Lopes, 2007).

Conhecer, compreender e desvendar o significado da transição para o ser humano são atributos que facilitam a relação inter-subjectiva entre o enfermeiro e a pessoa que vivencia a transição e que contribuem para a eficácia das terapêuticas de enfermagem e, como tal, o objecto dos cuidados de enfermagem é a pessoa em situação de transição (Meleis, 2010).

A partir destes pressupostos teóricos, delinearam-se os seguintes objectivos: Compreender os significados que emergem do processo de transição, na situação de maternidade. Compreender como a mulher imigrante perspectiva os cuidados face ao seu projecto de maternidade (gravidez, parto e puerpério); Desocultar crenças e valores inerentes à mãe imigrante numa situação de transição de vida; Identificar de que forma o processo de cuidados difere do sistema do seu país de origem.

2 - Material e métodos

Estudo qualitativo, exploratório descritivo. Realizado a partir da questão de investigação: Que significados emergem do processo de transição na mulher / mãe imigrante que vivencia um processo de maternidade? Os critérios de inclusão dos participantes foram: residir em Portugal há pelo menos 3 meses; ter vivenciado ou estar a vivenciar um processo de maternidade; ter sido vigiada durante a gravidez no sistema de saúde português e aceitar participar no estudo. Amostra não probabilística, intencional. Da amostragem fazem parte todas as mães que conhecemos no âmbito do centro de saúde ou na maternidade da região do Porto e Zona Centro do país, entre Abril e Junho de 2009. A Amostra foi determinada pelo princípio de saturação dos dados, às mulheres que, depois do consentimento informado, aceitaram participar no estudo. Foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas a puérperas imigrantes que tinham sido mães recentemente em Portugal, de nacionalidades uzbequistanesa, francesa, holandesa, ucraniana e brasileira. Os dados foram colhidos com recurso a gravação áudio com obtenção prévia do consentimento informado. A Análise dos dados foi

efectuada por análise de conteúdo (de Bardin), tendo sido feita codificação aberta, codificação axial e codificação selectiva (Straus e Corbin, 2008), com ajuda do software NUD*IST 8.0 ®

3 - Resultados

Da análise dos dados emergiram as categorias: Comunicação difícil, existência de divergências no processo de cuidar, mitos e crenças divergentes, práticas culturais divergentes, informação desajustada, discriminação, acessibilidade dificultada às consultas, gratuidade do sistema de saúde.

A **comunicação difícil** foi um dos aspectos referenciado como problemático e aquele que mais se constituiu como barreira à aproximação entre as pessoas. A diferença abismal entre as línguas limitou o processo de integração no meio e a socialização. Este achado não constituiu grande surpresa, pois sabemos que a comunicação é uma das principais formas de interacção entre os povos. Todavia, num país distante, longe do seu seio familiar e dos amigos, dos hábitos e costumes dos membros da sua cultura, sem compreender a língua do país que a acolhe, a mãe imigrante refere sentir muitas dificuldades em transpor essa barreira, levando-a a viver sentimentos de solidão, desamparo, tristeza e até abandono. Refere ter-se sentido incapaz de estabelecer uma comunicação eficaz, tão pouco manifestar o que sentia aos profissionais de saúde. Longe do seu país de origem, encara a vivência da maternidade com alguma apreensão e até choro. Revela não se ter sentido à-vontade para partilhar esses sentimentos com os enfermeiros. O desejo de que os profissionais de saúde entendessem a sua língua ou falassem mais inglês foi manifestado por algumas das participantes, principalmente de origem holandesa e uzbequistanesa. A mãe imigrante holandesa apesar de compreender o facto de os profissionais não dominarem a língua inglesa, referiu que seria desejável que eles adquirissem essa competência linguística

Na sua generalidade, as mães imigrantes entrevistadas referem a **existência de divergências no processo de cuidar**. Comparam os cuidados de saúde com os dos seus países de origem, considerando serem melhores em Portugal. Todavia, algumas das participantes referem que foram ultrapassadas as expectativas em relação à qualidade esperada nos cuidados em Portugal. O facto de ser imigrante não foi motivo para ser discriminada, pelo contrário sentiram por parte dos profissionais de saúde amizade e receptividade, sentiram-se acolhidas. Igualmente surpreendida se revelou a mãe imigrante holandesa, não só com a quantidade de informação que os enfermeiros portugueses fornecem, mas também com o tempo que dispõem para o fazer, considerando que este tempo na Holanda é escasso, de apenas dez minutos por consulta. Comparativamente à Holanda, esta mãe revelou que em Portugal há maior vigilância de saúde, com a realização de mais consultas, mais exames de diagnóstico e mais

ecografias. Considera ainda que a qualidade de vida, o sistema de saúde e a educação são melhores em Portugal. Também as mães ucranianas se revelam surpreendidas pela qualidade dos cuidados de saúde portugueses. Tendo em conta a qualidade dos cuidados recebidos em Portugal, as mães imigrantes brasileiras avaliaram o sistema de saúde público do seu país de origem e consideraram-no precário pela necessidade sentida de aí terem de recorrer a planos de saúde privados. Essa necessidade não foi sentida em Portugal e consideraram terem recebido cuidados de qualidade com uma organização que ultrapassou as suas expectativas. Fazem referência não só ao elevado número de consultas de vigilância pré-natal, como também à qualidade da educação para a saúde e à quantidade de exames realizados, nomeadamente ecografias obstétricas e análises clínicas. As divergências relativas aos cuidados são também colocadas em evidência quando uma mãe entrevistada de origem francesa revela insatisfação com alguns cuidados de saúde recebidos em Portugal, nomeadamente o tempo utilizado na tomada de decisão. Esta mãe considera excessivo o tempo utilizado pelos profissionais de saúde (médicos) na decisão terapêutica (realização de cesariana) quando a situação não pode ser resolvida de parto normal. O seu descontentamento também foi manifestado para com a atitude dos enfermeiros que, em seu entender insistiram demasiado para que ela amamentasse, quando ela tinha decidido não o fazer, e esta atitude dos profissionais levou-a a sentir-se pressionada, o que considerou de algum desrespeito. Considera que no seu país, a partir do momento em que a mãe decide não amamentar isso é respeitado, independentemente dos motivos que a levam a tomar essa decisão. A defesa de uma abordagem naturalista por parte dos profissionais de saúde, quer na promoção do parto natural como do aleitamento materno, poderá chocar culturalmente as mães imigrantes com outra preparação e vivências a este nível. Do Uzbequistão, com uma cultura eminentemente muçulmana, uma mãe salientou que, tal como em Portugal, no seu país, o parto processa-se ao nível hospitalar; no entanto, os elementos do sexo masculino estão totalmente impedidos de aceder aos serviços de obstetria e ginecologia, sejam eles acompanhantes ou profissionais de saúde, uma vez que a própria religião determina a separação de sexos. O conhecimento deste aspecto da cultura muçulmana permite que se promova a presença de profissionais de saúde do sexo feminino, na presença destas mulheres, no sentido de facilitar o processo de transição e ir ao encontro cultural de quem se cuida. Apesar dessa pertença à cultura muçulmana, registámos muitos traços semelhantes à nossa cultura. Os cuidados pré natais e no puerpério são realizados de forma muito semelhante aos cuidados de saúde prestados em Portugal. Os profissionais de saúde terem-lhe permitido liberdade de expressão, terem tido uma atitude de questionamento e aconselhamento, mas sem imposição, foi referido como um aspecto da cultura profissional portuguesa que a agradou muito, o que refere não acontecer no seu país. No período do puerpério, no Uzbequistão, a mulher mantém-se em casa

durante um período de 40 dias e, durante este período, não deverá sair de casa, o que, até certo ponto, poderá conflitar com as práticas portuguesas, na medida em que nesse período mãe e filho deverão deslocar-se às instituições de saúde para as consultas de vigilância materno-infantil.

Os **mitos e crenças divergentes** emergem das entrevistas realizadas, divergindo de mulher para mulher, na medida em que umas dizem que acreditam, outras dizem que não acreditam e algumas, apesar de dizerem que não acreditam, evitam a exposição a situações que as envolvam. São crenças que lhes foram transmitidas no seio da sua cultura de origem e que, quer nelas acreditem ou não, se relacionam sobretudo a interdições e prescrições associadas à gravidez e que possam trazer consequências para o bebé. O respeito pelas crenças das mulheres facilita o seu processo de transição, sendo esta tomada de consciência por parte do enfermeiro indicativa da formação cultural do profissional. A descrença total em algumas superstições que lhes foram transmitidas no nosso país foi manifestado como sendo um exagero nas quais não acredita. Uma das mães entrevistadas diz não acreditar em muitas das coisas que ouve, mas contudo não se arrisca a por à prova a sua não veracidade. O sentimento de que os seus mitos e crenças, conscientes ou inconscientes, são respeitados pelos profissionais de saúde, ajuda as mães imigrantes a sentirem-se valorizadas pela cultura de acolhimento.

As **práticas culturais divergentes** são postas em evidência por alguns discursos das mães imigrantes. Se, por um lado, a maternidade é vivida por algumas mães com alguma angústia e um certo medo pelo desamparo que sentem devido ao desenraizamento familiar, por outro, é vivida como uma vida nova; como uma nova etapa; como um momento muito especial e complicado; como algo excitante; mas também como um acréscimo de responsabilidades, pela constituição de uma “verdadeira” família e pela necessidade de se concentrarem em novas exigências, as do filho. Estes sentimentos são vividos pela generalidade das mães em todo o mundo (Lowdermilk & Perry, 2008). A mãe holandesa apresenta-nos a realidade do seu país em que o parto decorre sempre no domicílio, permitindo à mulher uma experiência do parto no seio familiar e só em situações problemáticas é que é necessário recorrer aos serviços hospitalares. Realça-se nesta situação o facto de a família dispor da visita de uma enfermeira ao longo de 10 dias seguidos. A realidade portuguesa é diferente a este nível. O parto está institucionalizado sendo ainda incipientes os esforços de caminhar para outra realidade. A família é vista pela mulher imigrante, durante a gravidez e trabalho de parto, como suporte e ajuda, transmitindo-lhes confiança, segurança e mais tranquilidade durante todo o processo de maternidade. Esta vivência é comum a muitas mães de diferentes nacionalidades (Lowdermilk & Perry, 2008). Longe da sua rede de apoio familiar, muitas vezes é o marido que constitui o único pilar, a única pessoa significativa à mulher imigrante.

A **informação desajustada** contrapõe-se à informação adequada à situação de cada mulher, a qual respeita as suas crenças, valores e necessidades e é fundamental para a prestação de cuidados culturalmente congruentes. Essa incongruência foi manifestada por uma das mães, de origem francesa, que considerou que não recebeu a informação adequada à situação vivida durante o trabalho de parto. Para esta mãe, os profissionais deveriam tê-la informado de que as tentativas de retirar o bebé não estavam a dar resultado, do mesmo modo que a deviam ter informado de que a iam levar para o bloco operatório para fazer cesariana. Segundo refere, esta falta de informação por parte dos profissionais de saúde, condicionou a sua vivência do parto, provocando-lhe apreensão e ansiedade e marcando-a definitiva e negativamente a este nível. Considerando todo o simbolismo associado ao parto, as experiências negativas, contadas de mães para filhas, permanecem vivas ao longo de gerações. O cuidado obstétrico deve proporcionar às mulheres experiências gratificantes, através da tomada de consciência desta influência por parte dos profissionais de saúde, para que o parto vivido com alegria seja não só factor de felicidade do casal, mas promova igualmente o desejo de reviver as experiências, contribuindo para o aumento da taxa de natalidade dos países. Nem todas as mães obtiveram ou forneceram a informação adequada ao contexto. Foi o caso de uma das mães brasileiras que por não considerar que o assunto se ajustasse ao momento não expôs as suas dúvidas e como tal não obteve a informação adequada. A boa experiência de outras mães imigrantes ao nível da informação recebida pelos profissionais de saúde portugueses contrapõe-se, por sua vez, àquela recebida nos seus países de origem, concretamente o Brasil. Estas mães elogiaram a qualidade da informação recebida em Portugal, considerando-a ajustada às suas necessidades.

Num país com diferentes costumes, a **discriminação** vivida por algumas mães imigrantes foi manifestada, aquando de situações que emocionalmente lhes provocaram desconforto ou as fizeram sentir-se julgadas e discriminadas. Uma das mães brasileiras, apesar de não se sentir discriminada pelos profissionais de saúde, pensava que o iria ser, pensava que não iria receber os cuidados como as mães portuguesas, facto que para si viria a constituir uma surpresa. Uma mãe imigrante, de origem francesa, sentiu-se discriminada, não por ser imigrante mas, segundo refere, por ser jovem, não estar casada e ter decidido não amamentar. Esta mãe abandonou a amamentação logo que saiu da maternidade. Porventura, na ânsia de promover o aleitamento materno e dar cumprimento às directivas europeias, os enfermeiros possam por vezes ter dificuldade em aceitar a decisão livre e esclarecida da cliente, levando-a a sentir uma certa ingerência dos profissionais de saúde na sua tomada de decisão e liberdade de escolha. A consciencialização deste desrespeito é um caminho a percorrer pelos profissionais de saúde que pretendem prestar cuidados culturalmente congruentes e ajudar as mães neste processo de transição.

A **acessibilidade dificultada às consultas** foi manifestada por várias das mães entrevistadas. Longe do seu país de origem, uma das mães refere que os constrangimentos começaram quando teve necessidade de imigrar, referindo que passou por grandes dificuldades para vir para Portugal. Agora, a sua estadia constitui para si motivo de satisfação por saber que as condições que tem o seu filho não o farão passar pelas mesmas dificuldades que ela enfrentou para entrar no país. Outros constrangimentos relatados foram as distancias a percorrer entre a sua morada e o local da consulta e não terem meios de transporte próprio e os públicos serem escassos. Também a dificuldade para conciliar o horário de trabalho com a consulta foi manifestada por algumas mães. O tempo de espera também foi referido como algo pouco desejável. A este respeito, uma das mães, de origem holandesa, estabelece uma comparação com o tempo de espera na Holanda, dizendo que lá cada grávida que se ausenta do trabalho para realizar a consulta de vigilância pré-natal só dispõe de uma hora para o efeito, do mesmo modo que os holandeses só dispõem de uma hora por cada meio ano para ir a uma consulta de estomatologia. Ao conhecermos o sistema de saúde no seu país, a Holanda, poderemos compreender melhor o significado por si atribuído a essa espera, na consulta em Portugal. A falta de uma rede de apoio familiar foi referenciada por algumas das participantes. O distanciamento do seu país e da sua família alargada deixam a família nuclear desenraizada e sem essa ajuda complementar. Esta falta de apoio é muito sentida por estas mães imigrantes, mas é o marido/acompanhante que se apresenta aos olhos destas mulheres como o pilar e único suporte afectivo. As dificuldades económicas e a incapacidade de se orientarem num país que desconhecem constituem outros condicionalismos em relação à assistência na saúde.

A tomada de consciência por parte dos profissionais de saúde da vivência destas dificuldades por parte das mães imigrantes que são objecto dos seus cuidados dá-lhes oportunidade de, se se justificar, solicitar apoio diferenciado que facilite o processo de transição destas famílias e assim assegure a vivência de uma maternidade feliz.

A **Gratuidade do sistema de saúde** constituiu uma verdadeira surpresa para muitas destas mães imigrantes. Ser cidadão significa estar condicionado a um conjunto de deveres e detentor de um certo número de direitos consoante as leis de cada país. O conhecimento dessas leis promove o processo de adaptação ao país, facilitando o processo de transição. Nem todas as mães imigrantes revelam conhecimento dos seus direitos em Portugal. Uma das mães, de origem ucraniana, revela um total conhecimento dos direitos associados à maternidade em Portugal, dizendo que os direitos das mães imigrantes são exactamente iguais aos das mães portuguesas. Contudo, é grande o desconhecimento de tais direitos por parte de todas as outras mães

imigrantes por nós entrevistadas. Duas das mães brasileiras referem-se ao subsídio de gravidez como um dos direitos consagrados em Portugal, mas somente uma destas mulheres está informada do direito de usufruir de uma licença de maternidade e do direito a usufruir de tempo para amamentar. Outra mãe holandesa e outras, de origem brasileira referem desconhecer quaisquer direitos associados à maternidade em Portugal. Mas a grande surpresa, para a generalidade destas mães imigrantes, é a gratuidade do sistema de saúde no que à maternidade diz respeito. As mães ucranianas compararam o sistema de saúde português com o ucraniano e revelaram que na Ucrânia todos os cuidados de saúde são pagos, incluindo os cuidados de saúde materna e obstétrica, e que o próprio sistema de saúde não oferece garantias de qualidade, atendendo ao elevado nível de corrupção existente.

Conscientes de que a mãe imigrante vive dois processos transicionais complexos, os profissionais de saúde podem constituir-se um grupo privilegiado ao nível da oportunidade de informar, orientar e ajudar estas mulheres, quer na promoção da saúde e no nascimento de crianças saudáveis, quanto na busca de felicidade, pela facilitação da integração e adaptação ao país que escolheram para viver e no qual contribuem também para o seu desenvolvimento.

4-Discussão /Conclusões

Das conclusões emergentes podemos inferir que a aquisição da competência linguística inglesa por parte de todos os profissionais de saúde pode ser uma forma de minimizar e/ou resolver o problema relativo à comunicação. Esta necessidade, sentida pelas participantes do estudo, sugere que, à luz do modelo de transições proposto por Meleis (2010), não só se verifique a consciencialização da transição por parte das clientes, mas também que os profissionais tenham a percepção de que estão a viver uma transição ao nível da comunicação com as mulheres imigrantes, alvo dos seus cuidados. A vivência de sentimentos de apreensão e choro manifestados, bem como o desejo de ajuda profissional domiciliária no pós-parto constituem alguns dos indicadores que nos sugerem que estas mães se encontram numa situação de vulnerabilidade na transição para a parentalidade. Tal como o estudo de Machado, Santana, Carreiro, Nogueira, Barroso & Dias (2007) aponta, as mães imigrantes são desfavorecidas sociomaterialmente quando comparadas com as mulheres portuguesas estudadas. E essa fragilidade e vulnerabilidade traduzem-se nos maus resultados em saúde. Como forma de ajudar estas mães, em jeito de sugestão, diríamos que a adopção de modelos de competência cultural pode ser uma estratégia de superação de algumas barreiras para a prestação de cuidados de qualidade culturalmente adaptados. Impõe-se, assim, que os profissionais tenham consciência desta vivência por parte das suas clientes, no sentido de delinear estratégias favorecedoras da vivência dessa mesma transição, o que

constituirá outra forma de olhar a cultura à luz do modelo proposto por Meleis (2010). Ressalta a especificidade da questão de gênero, na cultura muçulmana, em que o homem não deverá ser cuidador da mulher.

Os resultados deste estudo têm, assim, implicações para a prática, na medida em que, ao desocultar os significados sobre os cuidados, as crenças e valores, os profissionais de saúde adquirem conhecimentos específicos sobre a etnoculturalidade. Este conhecimento protege-os de atitudes negativas e comportamentos de etnocentrismo, o que lhes permite ajudar a mulher/casal numa situação de transição para a parentalidade, já que a falta de respeito pela cultura pode originar um choque cultural. O relatório para o desenvolvimento humano das Nações Unidas defende que só haverá desenvolvimento humano quando as pessoas forem o centro desse desenvolvimento. Para isso é necessário permitir-lhes a realização do seu potencial, dar-lhes oportunidade de escolhas e a liberdade de poderem levar a vida que eles valorizam (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2010). Tal como no estudo de Machado, Santana, Carreiro, Nogueira, Barroso & Dias (2007), sugere-se que se repense a reorganização dos serviços de cuidados de saúde e os processos de planeamento e modelos de intervenção, de forma a permitir uma integração de sucesso das comunidades imigrantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Freitas, J. (2007). Direitos fundamentais: multiculturalismo e religiões. In Comissão dos Direitos Humanos da Ordem dos Advogados, *Direitos fundamentais: multiculturalismo e religiões*. Estoril: Principia.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim-de-Século.
- Lechner, E. (2005). O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas. *Revista de Psiquiatria do Hospital Amadora Sintra*.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7ªed. Loures: Lusodidacta.
- Luck, M., Ferreira, R., Patricio, A., Simões, G., Horta, R., & Magalhães, E. (1999). Vigilância da gravidez numa comunidade imigrante africana: necessidades elevadas, baixa utilização. *Saúde em Números*, 14(1), 1-4.
- Machado, M. C., Santana, P., Carreiro, H., Nogueira, H., Barroso, R., & Dias, A. (2007). Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes. *Revista Migrações*, 1, Nº Temático: Imigração e Saúde, 103-127.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Monsma, K. (2007). Identidades, desigualdade e conflito: imigrantes e negros em um município do interior paulista, 1888-1914: notas de pesquisa. *História Unisinos*, 11(1), 111-116.
- Moura-Ramos, M., & Canavaro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*. 25(3), 399-413.
- Pereira, C. R. R., & Piccinini, C. A. (2007). O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 385-395.

- Piccinini, C. A., Pereira, C. R. R., Marin, A. H., & Lopes, R. C. S. (2007). O nascimento do segundo filho e as relações familiares. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 23(3), 253-26.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2009). *Ultrapassar barreiras: mobilidade e desenvolvimento humanos: Relatório de Desenvolvimento Humano 2009*. Lisboa: Almedina. Acesso em Outubro 1, 2010, em http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_PT_Complete.pdf.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2010). *A verdadeira riqueza das nações: Vias para o desenvolvimento humano*. Ed. do 20º aniversário. New York: PNUD. Acesso em Outubro, 1, 2010, em www.idis.org.br/biblioteca/pesquisas/pnud_hdr_2010.pdf.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: uma perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Recebido: 18 de Outubro de 2010.

Aceite: 2 de Abril de 2011.