

# Da Síria ao Brasil: dimensões culturais de mulheres imigrantes nas percepções do cuidado e assistência à gestação, parto e pós-parto

*Samanta Ribeiro Oliveira da Silva*<sup>1</sup>

*Claudia Medeiros de Castro*<sup>2</sup>

*Isabella Fontes Monteiro*<sup>3</sup>

**Resumo:** Na atualidade, vários países têm sentido os efeitos do aumento dos fluxos migratórios e das novas configurações da mobilidade humana. O Brasil tem recebido imigrantes oriundos de vários países, com destaque nos últimos anos para os que buscam refúgio, como é o caso dos sírios. A atenção à saúde está entre as muitas demandas dirigidas para o país que os acolhe. As mulheres buscam os serviços de saúde principalmente em busca de atenção obstétrica. Foi realizado estudo qualitativo com o objetivo de compreender os aspectos culturais da gestação, parto e pós-parto na perspectiva das mulheres imigrantes sírias. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove imigrantes sírias, refugiadas ou não. A análise dos dados foi realizada por meio da construção de linhas narrativas e Mapas Dialógicos. Resultados: os relatos indicam que a religião tem influência nas escolhas obstétricas e que a rede familiar é importante no pós-parto; a assistência obstétrica recebida no Brasil foi avaliada pelas mulheres como satisfatória, ainda que alguns relatos sugerissem violência obstétrica; o desconhecimento cultural na assistência e a comunicação foram apontados como um dos principais desafios enfrentados pelas entrevistadas.

**Palavras-chave:** Imigrantes. Fatores culturais. Saúde da mulher.

---

<sup>1</sup> Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo–SP, Brasil (sami.ribeiro@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Docente do Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo–SP, Brasil (claudia.medeiros@usp.br).

<sup>3</sup> Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo–SP, Brasil (isabella.monteiro@usp.br).

## **From Syria to Brazil: cultural dimensions of immigrant women in the perceptions of care and assistance to pregnancy, labor and birth**

**Abstract:** Nowadays, several countries have felt the effects of increased migratory flows and new configurations of human mobility. Brazil has received immigrants from many countries, especially in recent years for those seeking refuge, as Syrians people. Health care is among the many demands directed at the host country. Women seek for health services mainly in search of obstetric care. A qualitative study was carried out in order to understand the cultural aspects of pregnancy, childbirth and postpartum from the perspective of Syrian immigrant women. Semi-structured interviews were conducted with nine Syrian immigrants, refugees or not. Data analysis was performed through the construction of narrative lines and Dialogic Maps. Results: the reports indicate that religion has an influence on obstetric choices and that the family network is important in the postpartum period; obstetric care received in Brazil was rated by women as satisfactory, some reports suggested obstetric violence though; cultural ignorance in care and communication were identified as one of the main challenge faced by the interviewees.

**Keywords:** Immigrants. Cultural conditions. Women's health.

## **De Siria a Brasil: dimensiones culturales de las mujeres inmigrantes en percepciones de cuidado y asistencia al embarazo, nacimiento y al post parto**

**Resumen:** Actualmente, varios países han sentido los efectos del aumento de los flujos migratorios y las nuevas configuraciones de movilidad humana. Brasil ha recibido inmigrantes de varios países, especialmente en los últimos años para quienes buscan refugio, como es el caso de los sirios. La atención médica se encuentra entre las muchas demandas dirigidas al país anfitrión. Las mujeres buscan servicios de salud principalmente en busca de atención obstétrica. Se realizó un estudio cualitativo para comprender los aspectos culturales del embarazo, el parto y el post parto desde la perspectiva de las mujeres inmigrantes sirias. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con nueve inmigrantes sirios, refugiados o no. El análisis de datos se realizó a través de la construcción de líneas narrativas y mapas dialógicos. Resultados: los informes indican que la religión influye en las elecciones obstétricas y que la red familiar es importante en el período posparto; la atención obstétrica recibida en Brasil fue calificada por las mujeres como satisfactoria, aunque algunos informes sugirieron violencia obstétrica; La ignorancia cultural en la atención y la comunicación se identificó como uno de los principales desafíos que enfrentan las entrevistadas.

**Palabras clave:** Inmigrantes. Factores culturales. Salud de la mujer.

## Introdução

A migração internacional é um fenômeno que tem ocupado a agenda global por sua magnitude e crescimento. Os grandes deslocamentos internacionais são motivados por diferentes fatores, relacionados a eventos da geopolítica mundial, a eventos naturais, como o terremoto no Haiti de 2010, e conflitos locais, como a guerra na Síria que teve início em 2011. Estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) informam que em 2015 existiam cerca de 244 milhões de pessoas na condição de migrante no mundo (UNITED NATIONS, 2019).

Embora o Brasil não seja o destino dos grandes fluxos migratórios internacionais da atualidade, a presença de imigrantes é contínua no país. A população imigrante comporta pessoas originárias de diferentes países, com destaque, nas últimas décadas, para originários da Bolívia e, em anos recentes, para originários do Haiti, Venezuela e Síria. As estimativas oficiais indicam que em 2016 o número de imigrantes residentes no Brasil era de 1.211.129, conforme dados da Polícia Federal e do Sistema Nacional de Cadastro e Registros de Estrangeiros (SINCRES) (VACCOTTI, 2017). As estimativas de organizações de apoio aos imigrantes são superiores aos dados oficiais, pois consideram, por exemplo, imigrantes indocumentados (CARNEIRO JÚNIOR et al., 2011).

A população imigrante não é uniforme, é integrada por diferentes grupos como, por exemplo, estudantes, trabalhadores, refugiados<sup>4</sup> e requerentes de asilo. No Brasil, até o final de 2017, houve o reconhecimento de 10.145 refugiados, segundo

---

<sup>4</sup> De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), agência da ONU, são “pessoas que se encontram fora do seu país por causa de fundado temor de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, opinião política ou participação em grupos sociais, e que não possam (ou não queiram) voltar para casa”. O Tratado dos Refugiados, produto da Convenção de 1951, estabelece que refugiados contam com proteção internacional (informação disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/perguntas-e-respostas/>. Acesso em: 25 fev. 2020).

dados do Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), órgão ligado ao Ministério da Justiça. Outros dados comparativos do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), informam que os refugiados no Brasil são compostos de 82 nacionalidades, destes, 326 são da Síria, 189 da República Democrática do Congo, 98 do Paquistão, 57 da Palestina e 26 são da Angola. Destes refugiados, 34% são mulheres (BRASIL, 2018).

Os sírios e sírias que chegam ao Brasil, saíram do país de origem em fuga da guerra civil que assola o país desde 2011. Inúmeros fatores são considerados propulsores para a atual situação de guerra civil na Síria, entre eles, assume especial relevância e repercussão a “Primavera Árabe”, fenômeno que derrubou os longos regimes vigentes em países árabes como a Líbia, Turquia e Egito (HAJJAR, 2016). Há que se considerar também a posição ocupada pela Síria na geopolítica local e o interesse de grandes potências como Estados Unidos, Rússia e países europeus.

Entre os fatores internos, há o descontentamento com o regime de Bashar Al-Assad, sucessor de seu pai, Hafez Al-Assad, que tornou-se presidente na década de setenta, somado ao importante aumento da população e escassez de recursos, agravados por eventos naturais como períodos de seca e tempestades de areia ocorridas entre 2006 e 2011. Em um forte clima de tensão social, surgiram grupos e guerrilhas como o “Exército Livre Sírio” e grupos que tentavam a deposição de Bashar (CONSONI, 2017). Considera-se que a resposta agressiva do Exército Sírio aos protestos internos acionou um efeito rebote, resultando em ainda mais protestos e motins que se espalhavam por toda a nação (TONINI, 2018).

Entre as muitas consequências da guerra civil na população, há o impacto na saúde. Segundo o relatório de 2016 da “*Save the Children*”, a falta de estrutura no país devastado inclui a destruição de 60% dos hospitais, falta de médicos, más condições sanitárias e queda acentuada na produção de medicamentos (TONINI, 2018).

A guerra resultou no deslocamento de milhares de Sírios. A diáspora síria é estimada em mais de seis milhões de pessoas que tiveram como destino, principalmente, a Turquia, que recebeu

cerca de 2,5 milhões de refugiados, seguida do Líbano e Jordânia (AMNESTY INTERNATIONAL, 2016).

Até 2016, o Brasil recebeu 2,2 mil sírios, alguns reconhecidos como refugiados. A vinda dos refugiados Sírios ao Brasil foi facilitada pela alteração nas concessões de refúgio<sup>5</sup> e por uma política diferente dos países europeus quanto aos refugiados (BRASIL, 2015). Segundo Loureiro (2014), em seu estudo sobre os refugiados sírios no Brasil, constatou-se que há uma preferência em se estabelecer no município de São Paulo, devido à consolidação de uma comunidade síria neste local que acaba facilitando a adaptação e o convívio dos recém chegados no Brasil.

### **A feminização da migração e as mulheres imigrantes sírias**

No que diz respeito às mulheres imigrantes, embora a migração tenha sido frequentemente abordada na literatura como um fenômeno masculino e a migração de mulheres considerada como subordinada aos deslocamentos dos homens - seus maridos ou pais (ALENCAR-RODRIGUES et. al., 2009), observa-se o aumento significativo do número de mulheres migrantes<sup>6</sup>.

Migrar leva a diferentes repercussões na vida de homens e mulheres. A migração de mulheres representa maiores riscos, dentre eles podem-se destacar: questões de gênero associados a fatores como o tipo de migração; as políticas e atitudes destes

---

<sup>5</sup> Essa diferença de tratamento tem origem em uma normativa lançada em 2013 pelo CONARE, órgão responsável pelos refugiados no Brasil. A normativa facilitou a concessão de vistos especificamente para sírios, o que repercutiu nas embaixadas brasileiras em países próximos à Síria, elevando em quatro vezes os pedidos de vistos (MORAES; BLUME, 2016).

<sup>6</sup> O relatório *A passage do Hope – Women and International Migration* indica que mulheres representam 50% das migrações internacionais no período de 2000 a 2015 (UNITED NATIONS, 2006). Estudos sobre o tema que consideram as mudanças nos papéis desenvolvidos por mulheres na sociedade e as especificidades de gênero, passaram a utilizar com mais frequência a terminologia “feminização da migração” (MARINUCCI, 2007).

países em relação à equidade e igualdade de oportunidades; contato mantido com o país de origem; e a possibilidade de retorno e reintegração (JOLLY; BRIDGE, 2005).

Quando consideradas as mulheres refugiadas, segundo o ACNUR, o Brasil é um dos poucos países na América do Sul que dispõe de um programa de reassentamento dirigido especificamente às que se encontram em situação de maior vulnerabilidade<sup>7</sup> (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2017). Constata-se também que, nos últimos três anos, cerca de 120 mulheres foram reconhecidas como refugiadas ou reassentadas devido à perseguição por motivos de gênero ou por situação de risco (MORAES; BLUME, 2016).

Quanto à saúde, muitas mulheres imigrantes têm os piores indicadores de saúde quando comparados às mulheres nativas; em relação aos homens imigrantes, as mulheres apresentam maiores riscos e maiores vulnerabilidades (WHO, 2007).

De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (UNITED NATIONS, 2006), foram relacionados às mulheres imigrantes: o aumento da taxa de incidência de Infecções Sexualmente Transmítidas (IST); o aumento da taxa de prevalência de violência contra a mulher; e piores indicadores de saúde relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

No Brasil, o direito universal à saúde é garantido constitucionalmente, assim, a população imigrante pode acessar os serviços que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS). As mulheres imigrantes buscam os serviços de saúde principalmente em busca de assistência obstétrica (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Dados apresentados no boletim da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), indicam que mais de 76% dos partos de mulheres imigrantes no município foram realizados no SUS. No período de 2015 a 2017, no município ocorreram 15.247 partos de mulheres de diversas nacionalidades, sendo 357 de origem Síria,

---

<sup>7</sup> O termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde (BERTOLOZZI et al., 2009).

conforme dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Quando consideramos que as mulheres imigrantes procuram os serviços de saúde para a atenção obstétrica em busca de atenção pré-natal e para o parto, vemos que os serviços de saúde podem ser a porta de entrada para o acolhimento e integração da população imigrante, de acordo com os princípios norteadores do SUS e as diretrizes para atenção obstétrica humanizada, e, que considere as especificidades culturais dos diferentes grupos de imigrantes (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

No Brasil, há uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004, que apesar de reconhecer elementos da diversidade das mulheres na população e demonstrar preocupação com as especificidades culturais, não apresenta diretrizes voltadas para a assistência às mulheres imigrantes<sup>8</sup>.

O Brasil tem diretrizes voltadas para a assistência obstétrica humanizada e baseada em evidência científicas, como as dispostas na Estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2011), fruto da mobilização e organização de mulheres e profissionais de saúde. Entretanto, tanto as nacionais como as mulheres imigrantes, são atendidas em serviços de saúde, públicos e privados, que em sua maioria mantêm práticas obstétricas contrárias ao preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), muitas delas caracterizadas como violência obstétrica (VENTURI et al., 2010).

Para garantir a assistência de qualidade é importante levar em consideração não só o acesso aos serviços de saúde, mas transpor as barreiras linguísticas e do desconhecimento cultural, conhecer suas crenças e hábitos étnicos, mitos, tabus e práticas

---

<sup>8</sup> Castro (2018) aponta que apesar dos avanços, a ausência de diretrizes do Ministério da Saúde (MS) para a atenção às mulheres imigrantes pode ser entendida como uma perspectiva de que todas as mulheres são nacionais, uma vez que, por exemplo, não se podia indicar a nacionalidade da mãe na Declaração de Nascido Vivo (DNV), instrumento que alimenta o SINASC no Brasil. Apenas em 2011 a nova DNV passou a incluir a possibilidade de inserir nacionalidade da mãe, o que permitiu dar visibilidade aos partos das mulheres imigrantes.

que envolvem os comportamentos sexuais. A não compreensão da necessidade da adoção da perspectiva transcultural na assistência leva a dificuldades de abordagem das questões de saúde reprodutiva junto às populações imigrantes (SORMATI et al., 2001). Apesar de um número elevado de autores recomendarem que as intervenções devam se adequar às necessidades específicas dos diferentes grupos, o que tem acontecido na assistência é o predomínio da perspectiva do profissional de saúde, e o pouco conhecimento acerca da perspectiva das imigrantes (HOPPE et al., 2004).

A perspectiva biossocial implica considerar elementos culturais específicos que dão sentido aos eventos gravidez, parto e nascimento, que devem ser compreendidos não só basicamente à luz da biologia, mas também como eventos socialmente organizados e culturalmente produzidos. Ambas as formas são informações valiosas para colocar o cuidado da gestação, parto e nascimento dentro do sistema de saúde de um país, para pensar em boas práticas e proporcionar alguns parâmetros para o sucesso desse cuidado de nascimento, que geram reflexões sobre aspectos sociais e interacionais do cuidado (JORDAN, 1993).

Tonini (2018), em seu estudo sobre a saúde da população síria, apontou que a procura do serviço de saúde relacionado à assistência básica em Unidade Básica de Saúde (UBS) é semelhante a outras nacionalidades, e que a maior procura pelo serviço é de mulheres, especialmente grávidas, seguida de idosos e crianças. Também relata que as questões de gênero, que enfatizam o papel da mulher como cuidadora da família, dos filhos e de si, somadas às políticas de saúde voltadas a saúde da mulher, possibilitam a busca dessa população pela assistência nos serviços de atenção básica.

Como apresentado acima, uma das consequências da guerra que devasta a Síria há alguns anos é o grande número de pessoas que busca refúgio em diversos países, dentre eles o Brasil. Entre o contingente de refugiados, há mulheres, sendo algumas grávidas, que chegam ao Brasil em adiantado estado gestacional e com pouco tempo no país para viverem a experiência do parto, num lugar onde não conhecem a língua e nem as práticas assistenciais.

Este artigo é derivado de dissertação de mestrado, desenvolvida com o objetivo de compreender aspectos culturais da gestação, parto e nascimento na perspectiva das mulheres sírias, não necessariamente na condição legal de refugiadas, a fim de discutir elementos que possam contribuir para uma assistência obstétrica culturalmente sensível.

## **Método**

Realizamos um estudo qualitativo por possibilitar a abordagem dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que se referem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não poderiam ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas (MINAYO, 2007).

Adotamos a perspectiva teórica construcionista social, segundo a qual o conhecimento é visto como algo construído pelas pessoas em seu cotidiano, quando por meio de práticas discursivas posicionam-se e buscam dar sentido ao mundo que as cerca (CABRUJA et al., 2000).

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os princípios éticos da pesquisa e de acordo com as recomendações da Resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, CAEE nº 79395317.9.0000.5390.

Para manter o sigilo, os nomes das imigrantes sírias foram trocados por cidades em seu país de origem.

Foram entrevistadas nove mulheres imigrantes sírias. Os critérios de inclusão foram: mulheres sírias; maiores de 18 anos; que se comunicassem em português ou que contassem com intérpretes no momento da entrevista; e que tivessem filhos, nascidos na Síria e/ou no Brasil.

Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com um roteiro norteador compondo dois eixos, o primeiro, com informações sobre o perfil sociodemográfico, e o segundo, relacionado aos aspectos culturais da gravidez, parto e pós-parto.

As entrevistas foram realizadas em dois locais na cidade de São Paulo: Lar Sírio Pró-Infância e Centro de Saúde Escola – Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no período de janeiro a dezembro de 2018. As entrevistas foram gravadas e tiveram a duração média de 60 minutos.

Para proceder à análise, realizamos a transcrição integral das entrevistas, seguida de leituras que possibilitaram a construção de linhas narrativas, como proposto por Spink (2010), técnica que possibilitou visualizar o trajeto das mulheres até a chegada no Brasil, como apresentado na Figura 1.

**Figura 1.** Linha narrativa de Damasco - Trajetória



Fonte: [as autoras, pesquisa de campo, 2018]

Foram também definidas categorias temáticas, organizadas em mapas dialógicos, onde foram inseridos trechos das entrevistas, posteriormente analisados à luz da literatura consultada. Neste artigo, apresentamos os resultados relacionados ao perfil das entrevistadas e à categoria temática “*AI MUTHIF*: acolhimento e assistência obstétrica no Brasil”.

## Resultados e discussão

Das nove mulheres sírias entrevistadas, sete estavam na faixa etária entre 30 a 40 anos, uma tinha 28 anos e uma 60 anos. Sete possuíam curso universitário, formadas em pedagogia,

administração, economia, matemática e turismo. Duas eram escolarizadas e donas-de-casa.

As falas indicaram que a religião é relevante na vida das mulheres, cinco seguiam o cristianismo e quatro o islamismo. Segundo Geertz (1989), a religião está diretamente ligada ao tipo de construção de família e influencia os costumes culturais familiares, além de ser um dos fatores norteadores da organização familiar. Assim, procuramos equilibrar a distribuição das entrevistadas nas duas religiões.

A maioria das mulheres ingressou no Brasil na condição de refugiada, apenas uma possuía visto de turista. Quanto ao tempo de residência no país, o menor foi de um ano e o maior de oito anos, período que coincide com a guerra na Síria<sup>9</sup>.

Quanto ao estado civil, oito eram casadas e uma viúva. O casamento é a condição para a maternidade, nas palavras de *Alepo* “na Síria não pode ter filho se não casar”. Segundo os relatos das entrevistadas, na Síria não existe gravidez sem casamento e a proibição do sexo antes do casamento parece ser comum tanto para as seguidoras da religião islâmica quanto para as cristãs (LIMA, 2016).

Sobre o perfil obstétrico das mulheres sírias, grande parte das entrevistadas chegou ao Brasil no final da gestação, no 7º mês, 8º mês e até 15 dias antes do parto. A maioria veio por conta da guerra em busca de uma assistência mais segura e adequada para seu bebê. Dentre as nove entrevistadas, oito tiveram pelo menos um parto no Brasil, sendo que para seis mulheres, tratava-se do primeiro filho<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Entre os fatores que podem ter levado à escolha pelo Brasil, citamos a abertura das concessões de vistos a partir da normativa lançada em 2013 pelo órgão responsável pelos refugiados no Brasil (BRASIL, 2015), que possibilitou o acesso e a permanência no país.

<sup>10</sup> A escolha por migrar em adiantado estado gestacional, indica a intenção de parir no Brasil e pode estar relacionada à legislação, vemos que tanto na regulação mais antiga quanto na nova Lei de Migração de 2017, as crianças nascidas no país tem direito à convivência familiar, o que permite a estadia

Destacamos aqui, os relatos das mulheres sírias entrevistadas que integram a categoria temática “*AI MUTHIF: acolhimento e assistência obstétrica no Brasil*”. Os relatos sobre a assistência obstétrica, tanto na Síria quanto no Brasil, nos contam sobre escolhas de procedimentos e técnicas permeadas pela cultura, hierarquia de gênero e classe social.

Segundo as entrevistadas, as mulheres sírias podem escolher a via de parto em seu país de origem, em qualquer momento da gestação. A motivação desta escolha está relacionada à dor e a religião. Para algumas entrevistadas, não poder escolher a via de parto no Brasil foi impactante, principalmente para as sírias cristãs, onde é comum a prática de cesarianas, sendo esta, uma opção diretamente relacionada a não sentir dor.

Não, é... que no Brasil difícil porque quer cesárea e médico fala “não, eu precisa olha se tudo normal... sair nascer criança normal”. Lá diferente, mulher quer médico pede, ela quer cesárea, faz cesárea, ela quer normal... faz normal. Difícil sair criança normal então pede cesárea. Então é difícil muito, mulher não gosta normal nada, fala pro médico “eu quer cesárea” e tá bom, mais rápido, então mais generoso. (HAMAH – São Paulo, 2018)

A possibilidade de escolha da via de parto também parece estar relacionada à classe social das entrevistadas. Como já afirmado, são mulheres que têm curso universitário, pertencentes a um grupo socioeconômico que pode arcar com os custos da vinda para o Brasil. Estudo de Bashour (2006), sobre assistência à saúde na Síria, indicou que a maioria das mulheres teve parto normal e apenas 13,6% de cesáreas em seu país.

As entrevistadas relataram o uso de anestesia geral em todas as cesarianas realizadas na Síria, assim, parece que o acompanhante no parto se torna dispensável dado que as mulheres ficam inconscientes e acordam após o nascimento do bebê. A forma

---

permanente e legalizada da família imigrante (BRASIL, 2017).

como é realizado o procedimento do parto cesariano no Brasil foi visto de maneira positiva pelas entrevistadas, uma vez que o uso de anestesia raquidiana<sup>11</sup> na maioria dos casos possibilita que a mulher fique acordada durante o parto cirúrgico e conte com a presença de acompanhante.

Entre as mulheres muçulmanas, percebe-se o predomínio do parto normal. Para a grande maioria das mulheres muçulmanas, o parto normal é a melhor opção para dar à luz, sendo muito valorizado pelas famílias (LIMA, 2016) e, segundo Sidumo e colaboradores (2010), a dor do parto na sua crença é vista como algo predestinado. Há o entendimento que a dor é permissão de Ala. Para Sidumo, “acredita-se que as causas da dor tenham explicações sobrenaturais ou religiosas sem qualquer referência a condições médicas ou fisiológicas” (SIDUMO, 2007, p. 32).

Depende da mulher de novo, mas pra mim, minha amiga tudo quer parto normal por é mais fácil para andar pra voltar pra sua vida, mas cesariana ter mais tempo, precisa mais pessoas pra ajudar você. (AL-HASAKH – São Paulo, 2018)

Sim, porque só ela espera um dia, dois horas dor forte, ela ganha tá bom passa isso sem problema. Se ela faz cirurgia ela precisa tomar cuidado dois meses pra frente se ela tirar filho pra não pesar na colo pra não rasgar a cirurgia de novo né, bastante coisa. Então não quer gritar sofrer. Sofre. Depois dor, pra frente. (KAMESHLI – São Paulo, 2018)

Na Síria, de acordo com as entrevistadas, o parto é visto como um evento feminino, que pode contar com a presença da mãe, irmã e/ou cunhada, enquanto as mulheres sírias que pariram no Brasil, em sua maioria, relataram que houve alteração na cena

---

<sup>11</sup> A raquianestesia é uma anestesia que é utilizada com mais frequência do que a anestesia peridural nas cesarianas e que resulta em menor tempo de permanência na sala de operações (IMBELLONI, 2003).

de parto, pois foram acompanhadas pelo marido devido à ausência de familiares mulheres mais próximas, em função da migração<sup>12</sup>.

Então aqui no Brasil homem participa mais, lá não, nada. Ele ficou o tempo todo comigo, sim, ele segura minha mão acho meia hora e depois de terminar tudo ele pega Isabella com médico para outra sala. Ele ficou comigo 3 dias. (HAMAH – São Paulo, 2018)

Para as mulheres sírias a família tem muito valor, e sua participação na chegada de uma criança é fundamental. Através das entrevistas, foi possível perceber a solidão vivida pelas mulheres, mesmo com a presença do marido e dos filhos. O impacto de não estar no meio familiar foi apresentado nas falas sobre a falta e a solidão, principalmente no pós-parto, pois no país de origem é esperado que possam contar com o apoio da rede familiar – mãe, marido, sogra, cunhadas etc. – durante o resguardo, período do pós-parto que é valorizado.

Ahmed e colaboradores (2017) concluíram em seu estudo que a depressão materna é uma característica importante entre as mulheres refugiadas sírias, e que para evitar tal situação, é preciso que estejam com suas famílias. Sugerem, ainda, envolvê-las em programas de suporte culturalmente apropriados.

Quanto às práticas de assistência, além de maior participação da parturiente no processo de parturição e da presença de acompanhantes, o contato pele a pele logo após o parto foi destacado como ponto positivo na assistência obstétrica do Brasil, tanto em partos normais como em cesarianas<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> A presença do acompanhante é um direito da mulher no Brasil, toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato nos serviços da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei nº 11.108 (BRASIL, 2005).

<sup>13</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, após o nascimento, os recém-nascidos sem complicações façam o contato pele a pele com a mãe na primeira hora após o parto, para prevenir hipotermia e para estimular

Na assistência na Síria, segundo as entrevistadas, mesmo nos partos normais os recém-nascidos são levados pelos profissionais e só são apresentados para as mães após tomarem banho e estarem vestidos. Para as entrevistadas, foi potencialmente importante verem seus bebês logo após o parto, bem como o auxílio imediato para a amamentação e cuidados com o recém-nascido. Tais práticas foram muito elogiadas por terem proporcionado amparo e acolhimento às mulheres sírias que se sentiam sozinhas com a falta da família.

Quanto aos partos ocorridos no Brasil, a maioria das imigrantes sírias entrevistadas pariu em hospitais públicos, apenas duas pariram em hospital privado. Nas entrevistas, os hospitais públicos do Brasil que atenderam as mulheres sírias foram elogiados quando comparados aos hospitais privados em seu país de origem.

Muito, ele parece particular, estranho muito, parece particular, muito, muito gosto lá, só eu na quarto.  
(TARTUS – São Paulo, 2018)

Amparo Maternal, muito bom... eu gostei muito, ficou 3 dias, não precisa nada para bebê, lá tem tudo, exame de cabeça, exame de sangue, tudo, tudo... muito cuidado lá eu gostei. (HAMAH – São Paulo, 2018)

O alto custo da assistência nos hospitais privados no Brasil foi criticado, principalmente pelas sírias cristãs, tendo em vista que o custo da assistência foi em média dez vezes maior do que na Síria. Além do alto custo, práticas como a realização pontual de ultrassonografias obstétricas, o toque vaginal, o atendimento por profissional homem, o tempo de internação, a não realização de circuncisão, e a dificuldade com o idioma, foram pontos negativos na visão das entrevistadas.

---

o aleitamento materno. O banho deve ser dado apenas 24 horas após o nascimento e, se isso não for possível por razões culturais, a OMS recomenda que sejam esperadas no mínimo seis horas de vida (WHO, 2018).

No tocante à realização de ultrassonografia obstétrica, embora a OMS (WHO, 2018) recomende a realização de dois exames, sendo o primeiro antes da 24ª semana de gestação e o segundo após a 24ª semana<sup>14</sup>, as mulheres sírias relataram que, na Síria, a ultrassonografia é realizada em todas as consultas de pré-natal, não havendo a necessidade de agendamentos e deslocamento para outro local de realização do exame.

Lá quando visita médico pode fazer toda vez “Ico”, pra olhar nenê. Aqui não, eu passa todo mês na posto de saúde, ela só colocar aquele aparelho pra ouvir coração do bebê e depois ela deixa papel para ir para outro hospital... não, aqui mais difícil. (HAMAH – São Paulo, 2018)

Embora, nas recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva da gravidez, o exame de toque vaginal<sup>15</sup> de rotina nas consultas de pré-natal não seja citado (WHO, 2018), algumas entrevistadas relataram que foram submetidas ao procedimento nas consultas de pré-natal no Brasil, experiência que causou grande incômodo, principalmente entre as muçulmanas, com o agravante de o exame, muitas vezes, ser realizado por um profissional do sexo masculino.

Lá no meu país ele não faz exame de toque, nada até ela nasce, porque tudo já entende esse maneira errado

---

<sup>14</sup> A OMS recomenda que o primeiro exame seja realizado a fim de estimar a idade gestacional, melhorar a detecção de anomalias fetais, gestações múltiplas e reduzir a indução do trabalho de parto para a gravidez pós-termo e, o outro exame, a fim de identificar o número de fetos, apresentação fetal e localização da placenta caso não tenham sido identificados no primeiro exame (WHO, 2018).

<sup>15</sup> O exame de toque vaginal fornece parâmetros a respeito da dilatação e da espessura do colo uterino, e da posição da cabeça do bebê em relação à bacia pélvica da mãe. Esse tipo de exame faz parte da avaliação da evolução do trabalho de parto (DOWNE et al., 2013).

para o bebê. Aqui cada consulta fez esse exame, eu fala “doutor, acha esse estranho”. (TARTUS – São Paulo, 2018)

Sim, procura sobre mulher (doutora), mas já foi embora não tem, é difícil pra mim, e também ele fica nervoso um pouco (marido), pergunta... “por que, por que fazem isso?”. (TARTUS – São Paulo, 2018)

A assistência prestada por profissional homem foi bastante incômoda, principalmente para as mulheres muçulmanas, que relataram a presença de alunos de medicina que viam seu corpo exposto e realizavam o exame de toque vaginal. Diniz e colaboradores (2016), no artigo “A vagina-escola” denuncia práticas de ensino que envolvem intervenções abusivas, desrespeitosas e não consentidas no corpo das mulheres para aprendizagem, como forma de violência.

Ele (médico) fala pra mim, mexe, mexe, depois fala pra mim, vira do outro lado, então muito difícil, depois chefe foi embora e depois mais quinze pessoas olhando isso, muito difícil pra mim, muito, não, eles falar deixa rijab (parte de baixo) e como você quer, não, todo mundo viu. Eu não costuma nada. Esse foi o primeiro filho que isso aconteceu. (TARTUS – São Paulo, 2018)

Foram relatadas outras práticas, como a descrita abaixo que sugere a realização da manobra de *Kristeller*<sup>16</sup>, que não é recomendada pelo MS.

É que eram todos estagiários, não apareceu nenhum médico. E duas enfermeiras fizeram força na minha

---

<sup>16</sup> A manobra de *Kristeller* consiste em uma pressão manual externa exercida sobre o fundo uterino da mulher em trabalho de parto, no período expulsivo, com o intuito de encurtar este período. Todavia, essa manobra pode causar danos maternos e fetais e não é uma prática recomendada pela OMS (CARVALHO, 2014; WHO, 2018).

barriga para nascer. Me colocaram numa cama com um pé de um lado e outro do outro. Subiu uma de um lado e outra do outro e fizeram força na minha barriga para minha filha nascer. (ALEPO – São Paulo, 2018)

Os relatos de práticas desnecessárias e situações constrangedoras são indicativos de violência obstétrica. Para Belli (2013), a violência obstétrica, que é uma forma de violência de gênero, é também uma violação de direitos humanos. Ou seja, os relatos indicam que, além da situação de vulnerabilidade e sofrimento causado pela guerra e migração, essas mulheres ainda são submetidas à mais uma forma de violência no Brasil.

O tempo de internação foi outro aspecto que causou estranheza às mulheres, principalmente àquelas que tinham filhos pequenos em casa que precisaram ficar com parentes ou com o marido, tendo em vista que o tempo de internação no Brasil é de 48 horas, enquanto na Síria é de 12 a 24 horas.

Quanto a circuncisão, esta é relacionada, segundo as mulheres, à higiene da criança e sua identidade, sendo de grande importância para as famílias muçulmanas e, segundo os relatos, é realizada nos recém-nascidos do sexo masculino por um clínico geral muçulmano com uso de anestésico local em uma clínica ou hospital. No Brasil, as famílias sírias muçulmanas tiveram dificuldade em serem informadas e encontrar um local que realizasse o procedimento.

Por fim, um desafio enfrentado pelas mulheres sírias tem sido a comunicação. As mulheres entrevistadas que pariram no Brasil eram recém-chegadas no país e não sabiam falar português. Em paralelo, os profissionais que assistiram também não falavam árabe ou inglês, que é a segunda língua falada na Síria.

Dificuldades de comunicação provocadas pela diferença de idioma e diferenças culturais entre quem cuida e quem é cuidado, são desafios enfrentados por ambas as partes nos atendimentos aos migrantes. Em um diagnóstico de atendimento à população imigrante realizado no município de São Paulo, essas foram as principais dificuldades elencadas (SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017).

Tonini (2018) afirma que, na perspectiva de profissionais que atendem a população síria na assistência básica, os hábitos culturais - principalmente se forem muçulmanos - e suas relações com os estigmas relacionados à guerra e refúgio, e o idioma, são um impeditivo de atuação para alguns profissionais.

Revela-se, portanto, a necessidade de ultrapassar os limites estabelecidos pelo desconhecido. Kuramoto (2016), em sua pesquisa sobre os profissionais que assistem ao parto de mulheres imigrantes, conclui que esses profissionais devem ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas através do conhecimento da cultura que se adquire devido à frequência no atendimento.

O emprego de estratégias de comunicação torna-se necessário em prol de uma assistência efetiva e integral que considere as especificidades do indivíduo. No município de São Paulo, a contratação de servidores imigrantes – embora esparsa - tem se mostrado importante, como pode ser exemplificada com o trabalho do “Seu Jorge”, um ACS boliviano da UBS do bairro Bom Retiro que, por meio da rádio local, traduz informações de saúde aos ouvintes bolivianos (STEFFENS; MARTINS, 2016).

Sob o panorama legal, tanto a respeito da legislação federal - Lei de Migração de 2017 - quanto a nível municipal - Lei 16.478 de 2016 - que instituiu a Política Municipal para a População Imigrante, ambas contribuíram para garantir aos imigrantes o acesso aos direitos sociais e serviços públicos, assim como a garantia do respeito à diversidade e do acesso universal à saúde. Também proporcionaram a formação de agentes públicos voltados a interculturalidade e línguas nos serviços públicos que atendem esta população, além da presença de mediadores culturais nos serviços públicos com maior fluxo de imigrantes a fim de auxiliar na comunicação entre profissionais e usuários (SÃO PAULO, 2016; BRASIL, 2017).

Embora pareça promissor, Oliveira e Silva (2017) defendem que há negligência por parte do Estado brasileiro no que concerne ao real oferecimento das ações voltadas para a promoção da comunicação no setor público, acarretando em violação dos direitos humanos de imigrantes.

Em seu estudo, Monteiro (2019) aponta as estratégias de comunicação utilizadas por profissionais da atenção básica que atendem gestantes imigrantes para além das políticas públicas: acompanhante que fale português e o idioma da gestante; uso da ferramenta Google Tradutor; uso de imagens na tela do computador; solicitação de ajuda de outros profissionais que dominem determinados idiomas; gestos; presença de tradutores contratados pelas gestantes; e uso de álbum seriado.

A autora ainda defende que, embora estratégias de tradução sejam facilitadoras no processo de dialogia e, portanto, da construção do cuidado integral à saúde de imigrantes, a comunicação não se esgota na linguagem oral, e explica que a existência do diálogo depende de outros elementos como, por exemplo, empatia e confiança (MONTEIRO, 2019). Tais elementos, somados às práticas assistenciais transculturais – ou seja, integrativas e culturalmente sensíveis (GUALDA; HOGA, 1992) – ultrapassam os limites da tradução. A comunicação é ferramenta potente para a atenção culturalmente sensível à saúde das mulheres imigrantes.

### **Considerações finais**

No que diz respeito às mulheres sírias, é importante considerar que a assistência obstétrica esperada por elas envolve práticas específicas da cultura, valores ligados às religiões, cristianismo e islamismo e à valorização da rede de apoio familiar. Como muitas não têm familiares no Brasil, é importante que os serviços de saúde e organizações de apoio às imigrantes possam desenvolver estratégias para o acolhimento das mulheres no pós-parto.

Embora dispositivos legais garantam o acesso da população imigrante aos serviços de saúde, estes dispositivos não são suficientes para a promoção de mudanças no cotidiano dos serviços, que resultem num cuidado em saúde efetivo, igualitário, integral e equânime. Quando se trata da assistência à saúde das mulheres imigrantes, o cuidado obstétrico culturalmente sensível, bem como as barreiras comunicacionais, seguem sendo um desafio

para profissionais de saúde e para as mulheres assistidas nos ambulatórios e hospitais.

Para que os serviços de saúde realizem assistência integral, há que se considerar que também é um espaço de trocas interculturais, uma vez que os valores, crenças e práticas relacionadas à gestação e parto são acionadas, tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelas mulheres, imigrantes ou não, no encontro entre cuidadores e usuárias.

## Referências

AGUIAR, Breno Souza de; NEVES, Hello; LIRA, Margarida Maria Tenório de Azevedo. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. **Boletim CEInfo Análise**. Ano 10, n. 13, dez. 2015. 49 p. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim\\_CEInfo\\_Analise\\_13.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_13.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2018.

AHMED, Asma; BOWEN, Angela; FENG, Cindy Xin. Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada: a preliminary study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, s. l., v. 17, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28738869>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

ALENCAR-RODRIGUES, Roberta de; STREY, Marlene Neves; ESPINOSA, Leonor Cantera. Marcas do Gênero nas migrações internacionais das mulheres. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, p. 421-430, 2009.

AMNESTY INTERNATIONAL. **Syria's refugee crisis in numbers**. 2016. Disponível em: <<https://www.amnesty.org/en/latest/news/2016/02/syrias-refugee-crisis-in-numbers/>>. Acesso em: 25 fev. 2020.

BASHOUR, Hyam. Syrian Women's Preferences for Birth Attendant and Birth Place. **U.S. National Library of Medicine**. National Institutes of Health. s.l., v. 32, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1457105/>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

BELLI, Laura Florencia. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. **Revista red Bioética**. v. 1, n. 7, p. 25-34, 2013.

BERTOLOZZI, Maria Rita; NICHIATA, Lucia Yasuko Izumi; CIOSAK, Suely Itsuko; HINO, Paula; VAL, Luciane Ferreira do; PEREIRA, Erica Gomes; GUANILLO, Mônica Cecília de La Torre Uguarte. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 1326-30, 2009.

BRAGG, Rosalind. Maternal deaths and vulnerable migrants. **Lancet**, v. 371, p. 879-81, 2008.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, Distrito Federal: 2005. Disponível em: <<https://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=86025>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Brasília, Distrito Federal: 2017. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm)>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Justiça. Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE). **Refúgio em números**. s.l.: CONARE, 2018. Disponível em: <[https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%CC%81meros\\_versa%CC%83o-23-de-julho-002.pdf](https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%CC%81meros_versa%CC%83o-23-de-julho-002.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Justiça. Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE). **Caminhos do refúgio**. Número de concessões de refúgio no Brasil. 2015. Disponível em: <<http://caminhosdorefugio.com.br/tag/comite-nacional-para-os-refugiados/>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Manual prático para implementação da rede cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF. 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 25 dez. 2017.

CABRUJA, Teresa; INIGUEZ, Lupicínio; VASQUEZ, Félix. Cómo construimos El mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. **Anàlisi**, v. 25, p. 61-94, 2000.

CARNEIRO JÚNIOR, Nivaldo; OLIVEIRA, Rute Loreto Sampaio de; JESUS, Christiane Herold de; LUPPI, Carla Gianna. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. **BIS – Boletim Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 177-181, 2011.

CARVALHO, Laetitia Cristina Varejão. **Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto**. Porto, 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Enfermagem do Porto. 92 p.

CASTRO, Claudia Medeiros de. Desafios para o cuidado na atenção ao parto das mulheres imigrantes. In: CONARE, 2018. Disponível em: <[https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%CC%81meros\\_versa%CC%83o-23-de-julho-002.pdf](https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%CC%81meros_versa%CC%83o-23-de-julho-002.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2018.

CONSONI, Rafael Maciel. **Os estados frágeis e os movimentos migratórios: a guerra civil na Síria**. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Relações Internacionais. Florianópolis, 2017.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; NIY, Denise Yoshie; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; SALGADO, Heloisa de Oliveira. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface. Com e Saúde**. v. 20, n. 5, p. 253-259, 2016.

DOWNE, Soo; GYTE, Gill; DAHLEN, Hannah; SINGATA, Mandisa. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.

GEERTZ, Clifford. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito do homem. In: GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.

GUALDA, Dulce Maria Rosa; HOGA, Luiza Akiko Komura. Estudo sobre Teoria Transcultural de Leininger. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 75-76, mar. 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v26n1/0080-6234-reeusp-26-1-075.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

HAJJAR, Babel. **Para ler a guerra na Síria: a construção do consenso na cobertura da mídia global**. 2016. 159 f. Dissertação (mestrado em ciências), Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política. Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

HOPPE, Marilyn J.; LAURIE GRAHAM, M. S. W.; WILSDON, M. S. Anthony; WELLS, Elizabeth A.; NAHOM, Deborah; MORRISON, Diane. Teens speak out about HIV/AIDS: Focus group discussion about risk and decision-making. **Journal of Adolescent Health**, v. 35, n.4, p. 345-346, 2004.

JOLLY, Susie; BRIDGE, Hazel Reeves. **Gender and Migration: Overview Report**. Brighton: Institute of Development Studies, 2005.

JORDAN, Brigitte. **Birth in four cultures**. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. 4ª ed. Illinois. Waveland, 1993.

KURAMOTO, Cintia. **Assistência ao parto de mulheres imigrantes: a vivência do enfermeiro obstetra/obstetriz**. Ribeirão Preto. 2016. 96 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde pública), Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

LIMA, Kayte Chaves Oliveira de. **Assistência de saúde às mulheres muçulmanas no Brasil: Uma análise da relação entre o sistema religioso islâmico e a política nacional de atenção integral a saúde da mulher**. 2016. Dissertação (Ciência da Religião), Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.

LOUREIRO, Gabriela. Como vivem os refugiados no Brasil. **Exame** [Online], 2014. Disponível em: <[https://www.huffpostbrasil.com/2014/02/23/como-vivem-os-refugiados-sirios-no-brasil\\_a\\_21666096/](https://www.huffpostbrasil.com/2014/02/23/como-vivem-os-refugiados-sirios-no-brasil_a_21666096/)>. Acesso em: 14 mai. 2018.

MARINUCCI, Roberto. Feminização das migrações? **Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana**, Brasília, v. 15 n. 29, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Metodologia de Pesquisa. Um tema, um objeto, ou um problema de investigação. Petrópolis: **Vozes**, 2007.

MONTEIRO, Isabella Fontes. **Ações educativas no pré-natal de mulheres imigrantes**. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. 112 p.

MORAES, Renata Cabrera de; BLUME, Bruno André. O Brasil e a crise dos refugiados. **Politize** [Online]. 2016. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/o-brasil-e-a-crise-de-refugiados/>>. Acesso em: 15 mai. 18.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. ACNUR pede por mais reassentamento depois da morte de 160 pessoas no Mediterrâneo. **Nações Unidas Brasil** [Online]. 2017. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2018/01/12/acnur-pede-por-mais-reassentamentos-a-refugiados-depois-da-morte-de-160-pessoas-no-mediterraneo/>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

OLIVEIRA, Gilvan Muller de; SILVA, Julia Izabelle da. Quando barreiras linguísticas geram violação de direitos humanos: que políticas linguísticas o Estado brasileiro tem adotado para garantir o acesso dos imigrantes a serviços públicos? **Gragoatá**, Niterói, v. 22, n. 42, p. 131-153, 2017.

POTTER, Jonathan; WETHEREL, Margaret. **Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour**. London. Publication 1987.

REDE DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO (ReHuNa). Quem somos. **ReHuNa** [Online], 1993. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SIDUMO, Eugenia Motlalepule. **An investigation into the Saudi Arabian cultural Knowledge among non-muslim nurses working in the obstetric units**. 2007. 107 f. Dissertação (Mestrado em ciências da saúde), The University of South Africa, África do sul.

SIDUMO, Eugenia Motlalepule; EHLERS, Valerie Janet; HATTINGH, Susan P. Cultural knowledge of non-Muslim nurses working in Saudi Arabian obstetric units. Curationis, 2010.

SORMATI, Mary; PEREIRA, Leslie; EL-BASSEL, Nabila; WITTE, Susan; GILBERT, Louisa. The role of community consultants in designan HIV prevention intervention. **AIDS Education and Prevention**, v. 13, p. 311-328, 2001.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Edição Online. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>>. Acesso em 18 jan. 2018.

STEFFENS, Isadora; MARTINS, Jameson. “Falta um Jorge”: A saúde na política municipal para migrantes de São Paulo (SP). **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 98, p. 275–299, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n98/1807-0175-ln-98-00275.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

TONINI, Sandra Cristina Correia Loureiro. **Saúde da população síria: Percepções dos profissionais da Atenção Primária a Saúde da Supervisão Técnica de Saúde da Mooça no Município de São Paulo**. 2018. 98 p. Mestrado (Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2018.

UNITED NATIONS. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental (UNRIC). Número de imigrantes continua a aumentar. Bruxelas: United Nations, 2019. Disponível em: <<https://www.unric.org/pt/actualidade/32376-numero-de-migrantes-continua-a-aumentar>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

UNITED NATIONS. United Nations Population Fund (UNFPA). **State of world population 2006: A passage to hope - Women and International Migration**. New York: United Nations, 2006. Disponível em: <<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sowp06-en.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

VACCOTTI, Luciana. (Cord.) **Migrações regionais na cidade de São Paulo**. Buenos Aires: Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos (IPPDH) do MERCOSUL, 2017. 166 p. Disponível em: <[http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2017/01/Migrantes-regionales-en-San-Pablo\\_PT-1.pdf](http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2017/01/Migrantes-regionales-en-San-Pablo_PT-1.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2019.

VENTURI, Gustavo; BOKANY, Vilma; DIAS, Rita. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal Mortality in 2005**: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: <[https://www.who.int/whosis/mme\\_2005.pdf](https://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf)>. Acesso em: 27 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018.