

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

**A experiência de gravidez, parto e pós-parto das
imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São
Paulo – Brasil**

Rosário del Socorro Avellaneda Yajahuanca

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carmen Simone Grilo Diniz.

**Revisado
São Paulo
2015**

A experiência de gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo – Brasil

Rosário del Socorro Avellaneda Yajahuanca

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz.

**Revisado
São Paulo
2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Avellaneda Yajahuanca, Rosario del Socorro
A experiência da gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo / Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca; orientador Prof^a Dr^a Carmen Simone Grilo Diniz. -- São Paulo, 2015.
192 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2015.

1. Saúde materna. 2. Imigrantes bolivianas. 3. Serviços de saúde. 4. Interculturalidade. 5. Violência obstétrica. I. Grilo Diniz, Prof^a Dr^a Carmen Simone, orient. II. Título.

RESUMO

Yajahuanca RSA. A experiência da gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo. 2015. 192 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Os deslocamentos de pessoas ou grupos dentro dos países e para fora destes podem ser motivados por fatores ambientais, econômicos, políticos ou religiosos. Atualmente, os bolivianos representam o grupo mais numeroso entre os hispano-americanos que vivem na cidade de São Paulo, com grande contingente de mulheres em idade reprodutiva. Elas neste processo migratório trazem consigo costumes de tradições culturais. **Objetivos:** Compreender as experiências vividas pelas mulheres bolivianas durante a assistência à saúde na sua gravidez, parto e pós-parto na cidade de São Paulo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo de base etnográfica que busca compreender os significados do contexto pesquisado. Foi realizada observação de plantões em ambientes do hospital na cidade de São Paulo, onde as mulheres bolivianas geralmente dão à luz. Os registros empíricos foram complementados com entrevistas individuais, realizadas na casa das mulheres depois da alta hospitalar. **Resultado:** Os cuidados de atenção do parto estão centrados em intervenções de rotina (episiotomia, cesárea, utilização de fórceps, manobras de Kristeller) diferentes dos procedimentos geralmente adotados no país de origem das mulheres entrevistadas. Os cuidados pós-parto (práticas alimentares, autocuidado no pós-parto) também contradizem os cuidados próprios de sua cultura. Referem que são ignoradas pela maioria dos profissionais durante o atendimento e que as informações sobre os procedimentos realizados e sobre a evolução do bebê não são claras. As peculiaridades culturais e linguísticas constituem barreiras adicionais à utilização dos serviços de saúde. Apesar de o direito universal à saúde ser reconhecido, na prática as mulheres enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde durante o processo de gravidez, parto e pós-parto. **Conclusões:** A pesquisa permitiu conhecer o contexto social e cultural de alguns saberes e práticas tradicionais das mulheres bolivianas e suas diferenças quanto à cultura do Brasil. A adaptação da assistência às especificidades culturais, a oferta de um ambiente mais acolhedor e a garantia do direito ao acompanhante no parto podem reduzir os medos e desconfiças pelos quais passam as usuárias e contribuir para uma melhor assistência a este grupo populacional.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde materna. Imigrantes bolivianas. Serviços de saúde. Interculturalidade. Violência obstétrica.

ABSTRACT

Yajahuanca, RSA. The experience of pregnancy, childbirth and postpartum of Bolivian immigrants and their clashes in the city of São Paulo. 2015. 192 f. Thesis (PhD in Sciences) – Graduate Program in Public Health, University of Sao Paulo, Sao Paulo, 2015.

The displacement of people or groups within countries and out of these may be motivated by environmental, economic, political or religious. Currently, the Bolivian represent the largest group among Latin-american foreigner sliving in the city of São Paulo, with a large proportion of women of reproductive age. They bring with them in this migration process customs of cultural traditions. **Objective:** To understand the experiences lived by the Bolivian women at health care in your pregnancy, childbirth and postpartum in the city of São Paulo. **Methodology:** This is a qualitative ethnographic study that seeks to understand the meanings of the researched context. Shifts observation was carried out in hospital environments in the city of São Paulo, where the Bolivian women often give birth. Empirical data were supplemented with individual interviews conducted in their homes after discharge from hospital. **Result:** The birth care care are centered in routine interventions (episiotomy, cesarean section, use of forceps, Kristeller maneuvers) customary generally adopted in the country of origin of the women interviewed. Postpartum care (eating habits, self-care in the postpartum) also contradict the very care of their culture. Report that are ignored by most professionals in the service and the information on the procedures performed and the evolution of the baby are unclear. Cultural and linguistic peculiarities constitute additional barriers to utilization of health services. Despite the universal right to health is recognized in practice women face difficulties in access to health services during the process of pregnancy stage, childbirth and postpartum. **Conclusions:** The research allowed knowing the social and cultural context of some traditional knowledge and practices of Bolivian women and their differences in the culture of Brazil. The adaptation of assistance to cultural, offering a more welcoming environment and guaranteeing the right to escort at birth can reduce the fears and suspicions which pass by the users and contribute to better care for this population group.

KEYWORDS: Maternal health. Bolivian immigrants. Health services. Intercultural. Obstetric violence.

AGRADECIMENTOS

Agradecer em uma tese é parar e pensar nas pessoas que compartilharam essa trajetória, e não poderia deixar de fazê-lo porque ninguém faz nada sozinho. Por isso acho essencial esse momento para agradecer tantas pessoas que me ajudaram e quero que saibam que todas e todos foram muito importantes para mim! Tenho muito que agradecer primeiro e especialmente às mulheres bolivianas e suas famílias, que me permitiram conhecer suas histórias, lembranças, alegrias e suas experiências de um viver bem. É uma pena não poder citar seus nomes, mas vocês sabem que sempre estarão em meu coração.

Também agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG) pela bolsa de estudos (processo 6022103) concedida.

Agradeço ao Diretor Técnico do HMLMB Dr. Corintio Mariani Neto e todo o pessoal que aí trabalha, pelo apoio para a realização dessa pesquisa. A todas e todos sou muito grata! De modo especial quero agradecer à colega enfermeira Maria Tavares da Costa, com quem fiz uma grande amizade, obrigada minha querida amiga Mari pelo carinho e pelos cuidados quando mais precisei, sou eternamente agradecida.

A minha orientadora, a professora Dr^a. Carmen Simone Grilo Diniz, por ter acreditado em mim pela segunda vez. Obrigada pelas orientações, sugestões e pelo bom convívio nesses quatro anos. Agradeço ainda, à professora Dr^a. Laura Perez Gil obrigada mais uma vez pela disponibilidade e por ter aceitado avaliar meu trabalho, pelos comentários e valiosas sugestões. À professora Dr^a. Ana Cristina d'Andretta Tanaka, por ter aceitado ser parte da banca e pelo acompanhamento desde o exame de qualificação. Ao professor Dr. Andrea Caprara, pela sua disposição para a leitura do meu trabalho e pelas suas importantes sugestões. À professora Dr^a. Marly Augusto Cardoso pela disponibilidade em participar da banca e pelas suas contribuições.

Um agradecimento mais que especial à professora Dr^a. Cristiane da Silva Cabral, ou simplesmente Cris, meu respeito e admiração, por ser essa profissional que compartilha tempo e saberes. Agradeço pelas motivações e sugestões! Por aceitar ser parte da banca e pela leitura crítica e metódica do meu trabalho. Quero que saiba que você foi meu maior suporte nessa etapa final do trabalho, minha gratidão sem limites.

Para o Dr Larry Purnell, PhD, RN, FAAN; Professor Emeritus, University of Delaware, Adjunct Professor, Florida International University, Adjunct Professor, Excelsior

College, que tão gentilmente encaminhou para mim via e-mail seu Modelo de Competência Cultural (MCC) utilizado como referencial teórico em minha tese.

Ao programa de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que me acolheu todo este tempo, aos docentes, funcionários e colegas de todos os departamentos. Aos professores do Departamento Saúde Materno Infantil. Obrigada a todos e todas por serem generosos comigo, especialmente o professor Dr. Claudio Leone por ser uma pessoa especial em minha trajetória desde o mestrado. Para o professor Dr. Francisco Chiaravalloti Neto do Departamento de Epidemiologia pelas ajudas, motivações e atenção concedida. À senhora Marlene Trigo pela sua amizade e palavra de apoio no momento certo.

Ao pessoal da Secretaria do Departamento de Saúde Materno Infantil: Leandro Filmino Cleto, Carmen Almeida Castelani e Ligia Went Rosa Mota. Obrigada mesmo pelo apoio, sempre atentos e dispostos à ajuda.

Ao meu grupo querido de Gênero, Maternidade e Saúde (GEMAS) ao qual alumbram Heloisa Salgado, Halana Faria, Marcel Queiroz, Denise Niy, Paula Galindo, Priscila Cavalcanti, Bia Fioretti, Marina Miranda, Bianca Zorzam, Sandra Souza, Cláudia de Azevedo, Renata Silva, Brena Figueiredo Sena, entre outras tantas pessoas queridas. Obrigada pela generosidade e companheirismo. Obrigada Claudia Fontenele pelo apoio, pelas conversas e os tantos momentos que compartilhamos.

Ao pessoal da secretaria da pós-graduação, sempre estarão em um lugar de meu coração: Vânia dos Santos Silva, Maria Aparecida Mendes, Renilda Maria de Figueiredo Shimono, Marilene Pereira, Ulysses M. D. M. da Silveira, Ângela de Andrade, Ângela Fernandez, Marcia Ferreira Dos Santos, Alexandra Blaya, Maria Antônia Claudino, Matheus Gobira Caldeira, todos vocês foram muito importantes no meu caminhar.

A meus amigos queridos dos diversos departamentos desta Faculdade de Saúde Pública, pelo privilégio de dividir momentos especiais com vocês, obrigada de coração: Agda Oliveira, Mami Funghi, Patrícia Carla Santos, Yvi Sá, Sandra Nagaki, Edlaine Villela, Freddy Galvis, Francisco Ulloa, Francine Leite, Alexandra Pava, Ludmila Ramos Carvalho, Janaína Ralo, Vanessa Ribeiro, Ana Paula Francisco, Erika Ferreira Yura, Luna Gonçalves, Andressa Martins, Carol Abilio, Cleiton Eduardo Fiório, Maysa T. Motoki, Eliana Masuda, Cláudia Malinverni, Jamile Guimarães, Isabel Bastos, Rosalina Caputo, Rossana Mendoza, Ieda Borges, Sandra Costa de Oliveira. Dr^a Karem Dall Acqua Vargas, Dr^a Agleildes Arichele Leal De Queiroz (Liu) e Ana Claudia Mielke; obrigadíssima por tudo.

Para o pessoal da biblioteca para José Estorniolo Filho e demais trabalhadores obrigada sempre. Para o pessoal de Tecnologia da Comunicação e Informação da FSP sempre atenciosos,

obrigada pela valiosíssima ajuda, especialmente a Adilson M. Godoy e Marcellus William Janes. Para o pessoal da Xerox, Sergio e Rodrigo obrigada.

Para meus amigos com quem compartilhei também momentos inolvidáveis e pela amizade que nos une aqui em São Paulo: Isabel Mercado Sandoval (Bolívia) obrigada pela amizade, carinho e cuidados. Também para Victor Gonzáles (Peru), Yolloxochitl Mancillas (México), Fany Travassos e seu marido Luís Zúnica (Brasil-Peru), Danny Anñez (Bolívia), Veronica Yujra (Bolívia), Julián Zapata Betancur (Colômbia), Damián Cruz (México), Samuel Miranda (Peru), Malgarete S. Conde (Brasil), Miriam Mercado Sandoval (Bolívia), Pasesa Quispe (Bolívia), Yesenia Comina (Peru), Antônio Andrade (Bolívia), Anderson Costa (Brasil). Para Amelia Pareja e sua família (Peru) grata por tudo. Para minha irmã de coração Rocío Chávez (Peru) obrigada por tudo Chio.

Para minha amiga professora Dr^a Camilla Schneck, obrigada pelas sugestões no início do doutorado, você é uma pessoa muito especial para mim. Para Patrícia Pinheiros que dedicou parte de seu tempo para contar-me a problemática dos imigrantes bolivianos nos serviços de saúde.

Agradeço aos amigos da Missão Paz de São Paulo, em especial aos padres Paolo, Alejandro e Luís, às voluntárias e todo o pessoal que trabalha ajudando os imigrantes que precisam de orientações, alimento e abrigo. Vocês fazem um trabalho maravilhoso!

Para todos meus amigos e amigas em Peru, sou muito grata, a pesar da distância suas mensagens sempre estiveram cheias de força e energia positiva para chegar à meta final.

E por fim agradeço a minha família maravilhosa. Aos meus amados pais biológicos Benigno Avellaneda e Clara Yajahuanca e aos meus pais de criação Víctor Angulo e Nila Carhuapoma de Angulo, pelo seu amor, constante incentivo, compreensão e principalmente pelos valores que sempre me ensinaram. A meus irmãos Consuelo, Benigno, Arturo, Maria Trinidad, Sara e Nila, por sempre torcerem por mim. Para meus tios, tias, primos, cunhados, cunhadas, sobrinhos, todos muito fundamentais em minha vida. Para Elva Rosário e Mateo sobrinhos especiais em minha vida, amo vocês.

Muito obrigada a todos!!!

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Imigração e necessidades de saúde.....	13
1.2 Universalidade, integralidade, equidade na saúde dos imigrantes.....	16
1.3 Minorias étnicas e a saúde dos imigrantes.....	19
2 OS IMIGRANTES BOLIVIANOS EM SÃO PAULO.....	23
2.1 Antes, porém, a Bolívia.....	23
2.2 A mulher boliviana e o cuidado de sua saúde.....	27
2.3 Bolivianas e bolivianos em São Paulo.....	28
2.4 Bolivianas e o acesso aos serviços de saúde em São Paulo.....	29
3. O REFERENCIAL TEÓRICO.....	33
3.1 O Modelo para a Competência Cultural de Purnell.....	35
4 OBJETIVOS.....	39
4.1 Objetivo geral.....	39
4.2 Objetivos específicos.....	39
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	40
5.1 A abordagem da pesquisa qualitativa.....	40
5.1.1 Etnografia.....	41
5.1.2 Entrevista.....	42
5.2 O hospital.....	43
5.2.1 Observação participante no hospital.....	43
5.2.2 Local da pesquisa.....	44
5.2.3 Descrição física do hospital.....	46
5.3 Observações nos lugares de socialização.....	51
5.3.1 Os encontros de bolivianos nas feiras da Kantuta e da Rua Coimbra.....	51
5.4 As entrevistas nas casas.....	54
5.5 Análises de dados.....	54
5.6 Aspectos éticos.....	55
6 ETNOGRAFIA DE UM COTIDIANO HOSPITALAR.....	57
7 ENTRE TECIDOS E FIOS.....	77
8 EXPECTATIVAS, DIFICULDADES E ÉXITOS NA IMIGRAÇÃO.....	89
8.1 Os imigrantes bolivianos na labuta por seus sonhos.....	89

8.2 O outro lado da moeda: novos donos de oficina de costura	91
8.3. Os processos migratórios e o papel das mulheres	92
8.4 Caminhos que não deram certo: imigração por um sonho	94
9 “MADRE” BOLIVIANA E OS ELEMENTOS DE UMA TRADIÇÃO QUE SE MANTÉM.....	99
9.1 <i>Usur warmi</i> : “doente” – mulher grávida	101
9.2 Cuidados durante a gravidez.....	101
9.3 O parto	103
9.4 Manejo da placenta	106
9.5 O pós-parto	107
9.6 cuidados tradicionais dos <i>wawas</i> recém-nascidos.....	111
10 DESENCONTROS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS MULHERES BOLIVIANAS	114
10.1 Percepções em relação aos profissionais de saúde	115
10.2 O pré-natal	116
10.3 Alma vazia: parir num hospital.....	120
10.4 Parto e a violência obstétrica na assistência às mulheres.....	124
10.5 As cesáreas: “ <i>o corpo já não será mais igual</i> ”	128
10.6 O pós-parto	130
10.7 Os bebês e seus cuidados: desconfianças e desconcertos	131
11. COMPETÊNCIA CULTURAL: ENFOQUE DO MODELO DE PURNELL	136
12 COMPETÊNCIA CULTURAL PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS IMIGRANTES BOLIVIANAS	155
13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	160
Anexo 1.....	170
Anexo 2 (Português).....	173
Anexo 2 (Espanhol)	176
Anexo 3	179
Anexo 4 (Espanhol)	182
Anexo 5.....	184
anexo 6 (Português)	185
Anexo 6 (Espanhol)	188
GLOSSÁRIO	191

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fronteiras da Bolívia com os países vizinhos.....	23
Figura 2: Os nove departamentos da Bolívia.	24
Figura 3: Modelo para Competência Cultural de Purnell*.	36
Figura 4: Entrada do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros. São Paulo, Brasil.....	46
Figura 6: Praça Kantuta, no Pari: domingos de confraternização para a família.	52
Figura 7: Feira Coimbra: produtos originários da Bolívia e serviços diversificados.....	53
Figura 8: Festividade da independência da Bolívia.	53
Figura 11: Número de parturientes por tempo de moradia em São Paulo, Brasil. São Paulo, 2013.	66
Figura 12: Distribuição das parturientes por compreensão da língua portuguesa. São Paulo, 2013.	67
Figura 9: Voluntárias do HMLMB.	74
Figura 10: Orientação pós-parto.....	76
Figura 5: Distribuição das parturientes segundo origem e etnia. HMLMB, São Paulo, Brasil, 2013.	77
Figura 13: Morar e trabalhar no mesmo espaço: oficina e moradia se confundem.	89
Figura 14: Cômodo repleto de mofo, com roupas estendidas e fiação elétrica exposta. Abaixo, pai acalenta filha de dois meses.....	91
Figura 15: Familiares fazem as sacudidas que ajudam a encaixar ao bebê.....	102
Figura 16: Parto hospitalar com adaptação cultural na Bolívia.	105
Figura 17: Posição de quatro para dar à luz com apoio do marido; uso de chá e atendimento por obstetras femininas na Bolívia.	106
Figura 18: Parturiente pendurada em uma corda para dar à luz em casa.	106
Figura 19: Número de mulheres, por número de consultas de pré-natal realizadas. São Paulo, 2013 .	118
Figura 21: Bebê no banho de luz: medo de que eles se ferissem.	133
Figura 22: Mãe amamenta seu bebê.....	134

APRESENTAÇÃO

Para abordar a temática foi necessário refletir sobre os momentos na minha vida pessoal e profissional que me levaram à procura de melhores cuidados em saúde, que tivessem um enfoque de perspectiva cultural. Um desses momentos ocorreu em minha vivência em família, quando minha mãe engravidou de minha irmã caçula e, também, às oito gestações de minha irmã mais velha. Nós todos, seis irmãos e meus primeiros sobrinhos, nascemos em casa com a parteira – minha mãe também é parteira e realizou os partos de minha irmã. Enquanto minha mãe estava em seus oito dias de resguardo pós-parto, muitas vezes, era meu pai o responsável por suprir as necessidades de casa. Importante também era a madrinha do recém-nascido (que realizou o parto) nos afazeres da casa.

Lembro que, ainda pequenas, eu e minha irmã ficávamos junto a nossa mãe enquanto ela amamentava, trocava a roupinha e a faixa do umbigo, fazia massagens na barriga de minha irmãzinha para evitar as cólicas – não esqueço alguns hábitos familiares até hoje. Escutávamos que não se deveria expor o bebê às visitas porque isso poderia deixá-lo doente com mau-olhado. Esse foi o aprendizado informal do cuidado popular que nasceu em minha família.

Ao ingressar no curso de graduação em enfermagem, tinha muitas dúvidas sobre a profissão. Porém, desde o primeiro momento fiquei fascinada com o contato com os pacientes e também com seus familiares. Ouvir suas histórias, ajudar a colocarem-se de pé para que tomassem banho, arrumassem sua cama, ficassem cheirosos etc., tocá-los e sentir suas respostas, tudo isso parecia funcionar como o melhor “analgésico”. Durante o estágio da disciplina materno-infantil no Peru, as mães eram orientadas a não usar faixa umbilical em seus bebês – e pobre daquela que o fizesse, pois a faixa seria retirada imediatamente. As mães ficavam preocupadas porque poderia produzir uma hérnia pela força que o bebê fazia ao chorar, mas essa preocupação das mães não era considerada por aqueles que ofereciam atendimento. Era importante que a parturiente tomasse banho ao acordar, antes das 7h, e estivesse pronta para quando chegasse o médico para avaliá-la. Tudo isso sempre acontecia de maneira imposta, de modo que os profissionais de saúde e nós – estudantes em etapa de aprendizado –, parecíamos os únicos detentores do saber. Sem dúvida esse foi o primeiro choque cultural, que contrapôs a experiência popular do cuidar em minha casa com o que é cuidar no sistema de saúde oficial em que se prioriza a tecnologia e se avalia os profissionais pelo domínio das técnicas.

Ao concluir minha graduação, minha escolha foi trabalhar pela saúde das populações vulneráveis na Amazônia Peruana. Momento em que foram ainda maiores meus aprendizados no sentido de valorizar o paciente em sua totalidade, considerando sua cosmovisão, a interação paciente e família e respeitando as diversidades e hábitos culturais locais, uma vez que cada cultura mantém suas particularidades.

Posteriormente realizei meus estudos de mestrado em São Paulo (Brasil), quando tive a oportunidade de ampliar meus horizontes com o convívio, durante a pesquisa, com a população indígena *Kukama Kukamiria*, na Amazônia Peruana. Muita sabedoria ainda pela frente. Nesta nova etapa – doutorado – direciono meu interesse aos imigrantes e foco a pesquisa na experiência de gravidez, parto e pós-parto de mulheres bolivianas que procuram os serviços de saúde na zona leste de São Paulo.

Primeiramente, é preciso dizer que chegar a outro país nem sempre é fácil, como alguns pensariam, ainda mais para as mulheres bolivianas, que deixam seu país para buscar seus objetivos e transformarem seus sonhos em realidade. Eu me lembro de quando vim a São Paulo pela primeira vez, em 2007. Na medida em que se aproximava o dia da partida, comecei a me inquietar: como seria minha vida num país novo? Com outra língua? E os novos desafios pela frente também me afligiam. Sentiria saudades de meus familiares. No início, falar português não era fácil; tinha vergonha e temia errar. Mas precisei romper este tabu.

Mas a situação de quem chega a um novo país com uma bolsa de estudos, como era o meu caso, é bem diferente daquela de quem chega “à deriva” para tentar a sorte, como é o caso de milhares de imigrantes bolivianas. Fica mais difícil, considerando esses fatores, comparar minha experiência com a dos imigrantes bolivianos ou de outras nacionalidades que vivem no Brasil.

A realidade cultural da maioria da população da Bolívia é bastante parecida com a daquela que vive na zona andina no Peru, com uma cultura cheia de tradições que me instigaram a conhecer as práticas de atendimento na área de saúde materna. Assim, me interessei por conhecer e compreender as dimensões culturais e sociais do atendimento prestado no Brasil a imigrantes com uma bagagem cultural diferente.

1 INTRODUÇÃO

1.1 IMIGRAÇÃO E NECESSIDADES DE SAÚDE

O desejo de procurar melhores condições de vida ou simplesmente a necessidade de ir para outro país ou região que proporcione maior estabilidade e maior segurança é uma questão ainda presente nos nossos dias e resulta, muitas vezes, na saída do país de origem e no ingresso num país desconhecido (DIAS e GONÇALVES, 2007).

O indivíduo, ao aventurar-se num novo mundo, entra em contato com valores e comportamentos diferentes dos seus. Inicialmente, o migrante distancia-se dessa nova cultura, numa tentativa de preservar o que tem interiorizado do país nativo, mas o contato contínuo com uma cultura diferente exerce inegavelmente a sua influência, colocando em cheque códigos e certezas e conduzindo a um conflito, que pode permanecer oculto ou manifestar-se de forma exacerbada (SILVA, 2006).

Surge então o dilema entre manter os rituais e valores culturais incutidos desde o nascimento ou adquirir e adotar as referências da cultura de acolhimento. Será necessário abandonar os primeiros? Ou será que se pode construir um equilíbrio entre o que herdamos da nossa cultura e o que encontramos de novo sem perder a nossa identidade?

A imigração é um processo complexo que envolve inúmeras variáveis, alterando-se com o tempo e consoante às experiências de cada um. A família constitui a vertente mais afetada com este processo, sofrendo alterações profundas na sua estrutura e dinâmica. O processo de adaptação a uma nova realidade repercute em toda a família, alterando hábitos que estão enraizados desde o nascimento. Esse ajustamento é visível no cuidado e na educação dos filhos, e também na forma como as tradições são transmitidas às gerações mais novas, com obstáculos e dificuldades bem definidos (SILVA, 2006).

Assim, por exemplo, entender o conceito de maternidade, de família, de cultura requer uma nova perspectiva, mais aberta e atual, sobre a multiculturalidade, e de uma forma mais abrangente, sobre o mundo. Conhecer o outro e as suas diferenças nesta perspectiva mais ampla permite uma abordagem diferente de conceitos, tradições e comportamentos (YAJAHUANCA, 2009). É preciso muita coragem para assimilar essa nova realidade que o imigrante enfrenta e, a partir dela, construir um outro mundo, onde as diferenças não sejam motivo de conflitos, e sim de enriquecimento.

Hoje em dia, com o fenômeno da globalização, muitos afirmam que as diferenças culturais entre os diversos povos estão sendo suprimidas. Porém, paradoxalmente, a globalização gerou uma atitude de resistência de grupos diversos, que defendem suas culturas locais e o direito à diferença (CANCLINI, 1995), a partir de considerações étnicas, de gênero e de estilo de vida, entre outras (YAJAHUANCA, 2009).

Nas últimas décadas, as migrações internacionais têm se intensificado de forma significativa, assumindo novas formas e motivações complexas. O desenvolvimento tecnológico, facilitador da mobilidade e da comunicação humana, contribuiu de forma substancial para esse processo. Segundo a Organização Internacional das Migrações (IOM), estima-se que existam hoje cerca de 232 milhões de pessoas vivendo em outros lugares do mundo que não são os países onde nasceram, o que representa 3,2% da população mundial¹.

Nos últimos anos, a Bolívia se converteu num país de emigrantes. Os bolivianos emigram supondo que em outro país encontrarão mais oportunidades, sem considerar os efeitos negativos destes deslocamentos urbanos ou rurais. Embora a Bolívia possua diversas riquezas naturais, o país continua oferecendo poucas oportunidades aos seus cidadãos, que constantemente emigram decididos a não retornar (DA SILVA, 2005).

Assim, os emigrantes atravessam uma fronteira². O simples fato de emigrar questiona, por um lado, os fundamentos de uma ordem mundial assentada sobre a concentração de renda e a exclusão social; por outro lado, aponta a necessidade urgente de mudanças profundas, com vistas à construção de novas relações sociais, culturais, econômicas, jurídicas e religiosas na convivência humana.

Por isso o reconhecimento da existência de outras culturas deve ter o propósito de não excluir aqueles que não praticam valores ou conhecimentos mundialmente hegemônicos. Isso pressupõe elaborar formas de entender a dinâmica entre culturas diferentes, reconhecendo a hegemonia e, então, projetando novas formas de relação que propiciem o encontro intercultural (YAJAHUANCA, 2009).

Reduzir as desigualdades deveria ser o objetivo principal de toda política pública e a busca dessa redução é fundamental para que ela seja considerada como política social. Afinal, nem toda ação do governo tem esse propósito, mesmo quando desenvolvida em setores sociais como saúde, educação, previdência e habitação (VIANNA et al., 2001).

¹ Disponível em: <http://www.bolpress.com/art.php?Cod=2013091505>. Acesso em: 20 abr. 2015.

² Gonçalves (2006) afirma que o migrante passa por um “complexo fronteiro”, lugar de passagem ou trânsito, onde procura acolhida, e se preocupa com a documentação e questões políticas, ou seja, a Constituição e as leis migratórias do país de destino. A fronteira se relaciona diretamente com os órgãos responsáveis pelo controle da emigração e imigração.

As diversas formas de expressar a saúde materna e os cuidados com ela se relacionam a fatores como autoimagem da mulher e sua imagem social, percepção, representação social, identidade – individual e social – e atitudes; assim como a valores, comportamentos, práticas e superstições que a envolvem. Estes fatores, por sua vez, relacionam-se com os contextos socioeconômicos e culturais em que essa mulher se insere e, em seu conjunto, esses fatores se manifestam em práticas e vivências cotidianas (YAJAHUANCA, 2009).

Em 1948, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) adotou a Declaração Universal de Direitos Humanos, dando início ao chamado sistema global de proteção aos direitos humanos, cujos destinatários são todos os seres humanos em sua abstração e generalidade (PIOVESAN, 2003).

Na década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) formulou uma estratégia de ações baseadas na noção de necessidade, direcionadas a todos, independentemente das diferenças culturais, étnicas e socioeconômicas (WHO, 1985). A principal questão a ser tratada pelas políticas que almejam equidade em saúde é a redução ou eliminação das diferenças, criando igual oportunidade a todos (VIANNA et al., 2001).

A igualdade é o princípio pelo qual todos os cidadãos podem invocar os mesmos direitos. A aplicação literal desse princípio constitucional no campo da saúde brasileira implica o acesso universal e igualitário às ações e serviços, na proibição de preconceitos ou privilégios e na gratuidade do atendimento (VIANNA et al., 2001).

Na declaração final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata em 1978, foi expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para promover a saúde de todos os povos do mundo. Essa conferência formulou a seguinte declaração:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS 1978, p.1-2).

O atendimento às mulheres imigrantes nos serviços de saúde deve exigir respeito e conhecimento da cultura originária do migrante; no caso de gestantes, é preciso conhecer também suas práticas como mãe e seus cuidados com o recém-nascido para evitar desencontros culturais. O reconhecimento de várias formas de pensar e interpretar uma realidade favorece uma comunicação mais eficaz, livre de preconceitos, o que por sua vez permite aos profissionais a prestação de melhores cuidados de saúde a uma cultura diferente (YAJAHUANCA, 2009).

Num mundo onde se cruzam constantemente diferentes culturas, criando novas formas de adaptação e de ligação, o conhecimento e a compreensão de práticas e tradições constituem uma forma de enriquecimento e de valorização de novas aprendizagens. A maternidade é uma temática de muita importância, sobretudo, no contexto de imigração. Saber como se cuida e vive a maternidade no país de origem dessas imigrantes bolivianas; como se cuida dela aqui no Brasil; o que foi preservado da tradição e o que mudou constituem o primeiro passo para os diferentes cuidados, sobretudo multiculturais.

1.2 UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE, EQUIDADE NA SAÚDE DOS IMIGRANTES

A redefinição do problema da imigração pelos teóricos de linhagem sociológica ampliou o debate sobre o direito ao reconhecimento e sobre identidade (SASSEN, 1999; PORTES, 1995). Este debate surgiu no final da década de 1970 e início da década de 1980, com as reivindicações levantadas por grupos de negros, mulheres, gays e, mais tarde, minorias étnicas e culturais. Esses grupos reivindicavam reconhecimento da diferença, direitos diferenciados e o fim da discriminação institucionalizada, configurando diferentes linhas teóricas, entre elas as de *Identity Politics*, 'Políticas da Diferença', Multiculturalismo, e Políticas de Reconhecimento.

A base comum a todas estas correntes é a ideia de que as sociedades são e sempre foram socialmente diversas e culturalmente plurais, mas que essa diversidade era ignorada sob a ampla bandeira da cidadania (KYMLICKA, 2002). O ideal da igualdade que estava por trás desta bandeira faria com que o Estado tratasse a todos como iguais, o que seria essencial para alcançar coesão em determinadas comunidades políticas (MARSHAL, 1965; KYMLICKA, 2002).

Segundo TAYLOR (1992), as políticas universalistas estão centradas no conceito de igualdade perante a lei; na ideia de que todos os cidadãos são igualmente dignos e que, portanto, devem ter acesso aos mesmos direitos e serem tratados da mesma forma pelo Estado.

As noções de universalidade, equidade e integralidade não podem ser compreendidas sem se considerar sua historicidade. Diante das articulações que se estabelecem entre saúde e estrutura social, cada sociedade engendra – ainda que influenciada pelas relações internacionais – o seu próprio sistema de proteção social e intervenções sanitárias. Uma tentativa de definição de tais noções é feita a seguir:

- **Universalidade.** O universal é aquilo que é comum a todos. Na saúde, as propostas do *Welfare State* e da Conferência de Alma-Ata, defendendo o direito à saúde, reforçaram o princípio da universalidade.
- **Integralidade.** Categoria genérica que abrange uma atenção integral e holística à saúde, capaz de englobar diversas dimensões desse cuidado (acesso, qualidade, relações interpessoais) e até mesmo a autonomia das pessoas para gerir sua saúde. Como noção polissêmica, pode ser vista como imagem-objeto ou bandeira de luta; como valor a ser sustentado e defendido; como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho.
- **Equidade.** Do ponto de vista etimológico, a palavra equidade está próxima da igualdade e ambas têm sido, frequentemente, consideradas como sinônimas. Elas são consideradas como contraponto às desigualdades, sejam as socioeconômicas, sejam as de saúde.

Se grupos minoritários de cidadãos conseguiram, de certa forma, políticas diferenciadas, no caso dos imigrantes – não cidadãos – ainda existe uma grande dificuldade para legitimar suas demandas por políticas que lhes possibilitem uma integração mais justa e fácil à sociedade receptora. Em muitos países ainda se insiste num discurso assimilacionista, que busca forçar os imigrantes a adotar o molde da cultura do país receptor, em alguns casos negando-lhes direitos básicos já assegurados aos cidadãos nacionais (VALA, 1999). Sobre essa questão, KYMLICKA (2006) propõe que os governos desenvolvam uma nova forma de lidar com a presença de imigrantes, a qual chama de integração multicultural. Esta proposta almeja a formação de uma nova identidade nacional e a integração das pessoas com diferentes históricos étnico-culturais às instituições sociais e políticas.

No entanto, não é desejável eliminar todos os traços de diversidade cultural; talvez seja melhor aceitar a ideia de que identidades socioculturais são importantes, vão perdurar no tempo e precisam ser reconhecidas e acomodadas às instituições sociais do país receptor. A nova identidade formada deve transcender toda a sociedade, permitindo não só que os grupos

minoritários se reconheçam nela, mas que o grupo majoritário perceba que outras culturas também formam essa mesma sociedade.

É importante observar que o processo de migrar pode causar problemas que afetam a saúde e o bem-estar, como a falta de tempo e de recursos (quando não existem tratamentos gratuitos). O acesso a serviços também pode ser dificultado por características inerentes aos imigrantes, como o desconhecimento dos procedimentos de acesso no país receptor; o medo de utilizar os serviços públicos, no caso dos imigrantes sem documentos; o desconhecimento da língua; e as diferenças culturais relativas ao comportamento em relação a doenças e à necessidade de tratamentos (ADAY e ANDERSEN, 1974; LECLERE et al., 1994).

Autores como PORTES, KYLE e EATON (1992) ressaltam que se deve reconhecer a relevância de fatores contextuais presentes tanto nos locais de origem quanto nas estruturas de incorporação dos imigrantes no país de recepção. Esses autores propõem um aperfeiçoamento do modelo construído por ADAY e ANDERSEN (1974), o qual define os dois fatores inter-relacionados que mais afetam as escolhas e o uso de tratamentos formais de saúde:

1. fatores preexistentes (predisponentes) como idade, sexo, estado civil, educação, conhecimento da língua do país receptor;
2. fatores presentes no país receptor, que denominam “facilitadores” (*enabling factors*), tais como a existência de locais de atendimento acessíveis; informações sobre o sistema de saúde; renda; propriedade ou não de seguro-saúde.

De acordo com PORTES et al. (1992), o contexto de saída impacta sobretudo os fatores preexistentes. A origem do migrante (urbana ou rural), por exemplo, pode influir, como bem lembram LECLERE et al. (1994), na percepção de necessidade médica, que é determinada não somente pela presença da doença, mas pela percepção cultural que dela se faz. A chegada em um país novo, com sistemas sociais diferentes daqueles com os quais estão acostumados, pode ser um processo difícil para o imigrante. Para esses autores, os imigrantes não documentados têm medo de acessar o sistema de saúde público, já que poderiam ter problemas ao serem questionados sobre suas condições legais.

O nível educacional mais elevado e o aprendizado da língua do país receptor são componentes facilitadores na percepção de necessidades médicas e na busca por tratamentos formais de saúde. Na relação entre tempo de residência e na utilização de serviços de saúde formais, a variável situação legalizada possui grande influência. Imigrantes ilegais, independentemente de seu nível de escolaridade, lugar de origem ou duração de residência, têm menor probabilidade de utilizar os serviços de saúde formais, a não ser em casos de emergência (LECLERE et al., 1994).

A imigração é um processo de adaptação, de inserção dos indivíduos no local de destino. Esta adaptação é influenciada pelas condições pré-migratórias, pelas diferenças entre os dois países, pelas características dos imigrantes e pelas condições do país acolhedor (ROCHA, 1997).

A adaptação pode resultar de três processos: • a assimilação, que é a adoção de atitudes, modos de vida, valores e práticas culturais próprias de outro grupo. Implica a perda quase total das características de origem e da identidade original e a completa identificação com o grupo dominante; • a acomodação, desenvolvimento de modos de ajustamento e de cooperação mútua; • a integração, que se refere à existência de pluralismo cultural dominante.

1.3 MINORIAS ÉTNICAS E A SAÚDE DOS IMIGRANTES

No que se refere aos diferentes grupos sociais, os sociólogos distinguem os grupos majoritários daqueles minoritários. Os primeiros usam o poder para manter a ordem social estabelecida, ao passo que um grupo minoritário se refere a um coletivo que é distinguível na sua cor de pele, língua, cultura, sexo, religião, ou outros fatores de reconhecimento. Os grupos minoritários exercem menos poder do que os majoritários na tomada de decisões; experimentam a desigualdade no acesso às estruturas públicas, a recompensas sociais vitais e a condições econômicas, políticas e de saúde como de uma discriminação, intencional ou não (MACHADO, 2002).

DONOVAN (1984) afirma que “minorias étnicas” é utilizada para descrever um grupo de pessoas que partilha de uma herança cultural e não faz parte da maioria, podendo experimentar vários graus de discriminação. Na Grã-Bretanha, por exemplo, o termo imigrante é utilizado para descrever membros de minorias étnicas (DONOVAN, 1984).

Da mesma forma, BRUTO DA COSTA e PIMENTA (1991) definem a minoria étnica como um grupo de pessoas que tem em comum o fato de viver em condições socioeconômicas tão precárias e deficientes, que se vê como um grupo social marginalizado em relação à sociedade a seu redor. A residência e o trabalho são dois aspectos fundamentais no êxito ou no insucesso da inserção de qualquer comunidade no seio de uma sociedade mais vasta. São fatores que determinam os limites da inserção social.

De acordo com BRUTO DA COSTA e PIMENTA (1991), a maior parte da literatura sobre as experiências de saúde das minorias étnicas é epidemiológica, determinista, e favorece também algumas explicações particulares dos diferenciais étnicos. É necessário perceber as diferenças na saúde, identificar fatores específicos que possam afetar o estado de saúde destas populações e aceder a esses fatores como determinantes das diferenças entre grupos e estados de saúde.

Existem três grandes categorias de fatores que influenciam a saúde dos imigrantes: • as características sociodemográficas e culturais do imigrante; • as experiências pré-migratórias, incluindo as condições de partida; e • as experiências e condições pós-migratórias.

Um dos principais problemas que os imigrantes encontram ao irem para outro país é o acesso às estruturas sociais básicas, como é o caso da assistência à saúde. Ao imigrar, o indivíduo enfrenta frequentemente alterações no seu estado de saúde, causadas por mudanças climáticas, mudanças dos estilos de vida, adaptação a diferentes comidas e hábitos, baixa renda e afastamento da família e dos amigos, entre outros aspectos (RAMOS, 2004). As dificuldades sentidas na área da saúde são entendidas pelos imigrantes como sinal de fraqueza, debilidade e covardia e constituem, para muitos, uma sobrecarga adicional para o país que os acolhe.

De forma geral, os imigrantes vivem em situações de maior risco à saúde do que a população autóctone. As explicações mais simples e diretas para tal se relacionam ao fato de que os imigrantes pertencem em geral a classes sociais mais desfavorecidas ou a grupos profissionais discriminados; de que experimentam insegurança em relação à sua permanência no país; de que apresentam problemas de comunicação relacionados ao seu grau de domínio da língua do novo país; de que sentem dificuldades para compreender o papel que devem desempenhar nesta sociedade, seus valores e religião; e também de que experimentam falta de aceitação pelo país de acolhimento.

A esse respeito, CHANG (2011) também menciona que o imigrante é visto com desconfiança, principalmente quando existe a percepção de que poderá competir com os cidadãos locais pelos bens, serviços públicos e postos de trabalho disponíveis no país. As diferenças culturais, a precarização das condições de trabalho, as dificuldades de integração na sociedade, o preconceito e a discriminação só fazem dificultar o acesso desta população aos serviços básicos e talvez por isso muitos imigrantes não utilizem os serviços de saúde e educação a que têm direito. MONTEIRO (2005) diz que o menor acesso aos serviços de saúde se deve também ao desconhecimento da língua, que limita a comunicação e o acesso à informação, expondo a maior risco da saúde.

Dentro das práticas de saúde, existe uma relação hierárquica por definição entre o profissional de saúde e o paciente. É o que FOUCAULT (1995) chamaria de ação sobre a ação dos outros. HERZFELD (1992), por sua vez, fala da “produção social da indiferença” como parte de uma cultura institucional dos sistemas de saúde, onde se criam hábitos como o menosprezo da dor dos outros, a falta de empatia e as baixas expectativas com respeito aos problemas de saúde dos demais. A pouca informação e a pouca atenção na escuta são também características de certa cultura institucional.

HUAYHUA (2006) assinala a ocorrência de maus-tratos em zonas rurais. Esses acontecem na atuação dos profissionais dos serviços de saúde e revelam preconceitos contra o povo quéchua-falante. O indivíduo pertencente ao povo quéchua é concebido como um “ser selvagem e inculto que não tem sentimentos nem capacidade de pensar nem decidir” (HUAYHUA, 2006, p. 14). Numerosas qualidades negativas são atribuídas a este povo, que seria sujo, ignorante, mentiroso, incapaz de sentimentos, selvagem e inculto.

Outros estudos (DINIZ e CHACHAM, 2004; D’OLIVEIRA et al., 2002) abordam a problemática dos constantes abusos verbais dos profissionais de saúde, desmoralizando o sofrimento do paciente e algumas vezes negando-lhes ajuda. Na Nigéria, algumas parturientes foram obrigadas a limpar o quarto depois de dar à luz.

YAMIN (2003) comenta que um fator importante da perspectiva dos direitos humanos é a má qualidade do atendimento de saúde às mulheres, com problemas que variam dos maus-tratos ao menosprezo, passando pela humilhação que sofrem as pacientes, tratadas como objeto e não como pessoas dignas de respeito.

A inserção de imigrantes num contexto sociocultural diverso – e quase sempre adverso – é um processo marcado por conflitos e estranhamentos, seja para os recém-chegados, que não dominam os códigos culturais locais, seja para a sociedade receptora, que tende a vê-los a partir de estereótipos já construídos, transformando as diferenças étnico-culturais em algo exótico ou depreciativo.

WALDMAN (2011), no seu trabalho sobre saúde dos bolivianos no Brasil, mostra o caráter negligente do atendimento de estrangeiros por parte de alguns médicos, enfermeiros e funcionários administrativos; a falta de sensibilidade e compreensão – ou mesmo o desconhecimento – por parte de alguns profissionais de saúde, dos projetos de vida idealizados por muitas imigrantes; e as dificuldades causadas pela falta de documentos.

As barreiras culturais e linguísticas existentes entre os prestadores e os usuários são também consideradas fatores cruciais, que podem dificultar ainda mais a integração da população migrante nos sistemas de saúde dos países de acolhimento. Os serviços de saúde precisam ter uma perspectiva holística dos seus usuários e essa perspectiva inclui cuidar da pessoa, considerando-a no seu contexto social, econômico e cultural, avaliando as suas necessidades e procurando respostas dentro de sua própria linguagem de entendimento (YAJAHUANCA, 2009). A cultura de uma pessoa acompanha-a e determina o seu modo de agir, o seu modo de pensar, o seu modo de estar na vida. Esses aspectos, mais os problemas sociais e de condições de vida e de trabalho enfrentados pelos imigrantes bolivianos no Brasil

devem receber atenção dos serviços de saúde, para que estes proporcionem uma resposta adequada. Esta ideia é defendida por RAMOS, que afirma:

O processo migratório, envolvendo rupturas espaciais e temporais, transformações diversas, nomeadamente mudanças psicológicas, físicas, biológicas, sociais, culturais, familiares, políticas, implicando a adaptação psicológica e social dos indivíduos e das famílias e diferentes modalidades de aculturação, constitui um processo complexo, com consequências a nível da saúde física e psíquica e do estresse psicológico e social (RAMOS, 2004, p. 239).

A esse respeito, Domingo Sanchez, da ONG ANESVAD³ na América Latina refere que muitas pessoas têm perdido a vida pela falta de entendimento com o pessoal de saúde, onde se reflete o problema do idioma como um obstáculo a uma atenção à saúde de qualidade (SANCHEZ, 2011).

Assim, no caso de imigrantes bolivianos que vivem em São Paulo, uma das dificuldades é a língua. Essa dificuldade torna-se ainda maior para as mulheres, quando procuram os serviços de saúde, por serem mais introvertidas.

³ Fundação Anesvad: Organización no Gubernamental para el Desarrollo.

2 OS IMIGRANTES BOLIVIANOS EM SÃO PAULO

2.1 ANTES, PORÉM, A BOLÍVIA

A Bolívia está localizada na América do Sul, fazendo fronteira com Brasil, Chile, Paraguai, Argentina e Peru. Sua capital é Sucre; a sede do governo, La Paz. É um país exportador de metais, gás natural, petróleo, artesanato, soja, pedras preciosas e madeira. Seu nome se deve ao libertador Simón Bolívar. A nação se define, de acordo com o Artigo 1 da sua Constituição Política, como “livre, independente, multiétnica, e pluricultural, constituída como república unitária, que adota para seu governo a forma democrática representativa, fundada na união e solidariedade de todos os bolivianos” (BOLÍVIA, 2009).

A Bolívia apresenta grande diversidade de línguas e de culturas. Atualmente são registrados mais de 36 povos indígenas originais vivendo em várias regiões bolivianas: altiplano, vales interandinos, Chaco e Amazônia. Entre esses povos, destacam-se os quéchuas, aimará e guaranis, por possuírem a maior quantidade de falantes no território boliviano.

Figura 1: Fronteiras da Bolívia com os países vizinhos.



Fonte: <http://www.sabertudo.net/mapa-territorial-da-bolivia.html>. Acesso em: 21 mar. 2014.

Figura 2: Os nove departamentos da Bolívia.



Fonte: <http://www.sabertudo.net/mapa-territorial-da-bolivia.html>. Acesso em: 21 mar. 2014.

A população boliviana, tomando em conta suas distintas nacionalidades, compõe-se da seguinte maneira: quéchua (30%), brancos (25% a 30%), aimará (25%) e guaranis, chiquitanos e mojeños. As línguas maternas desses povos são consideradas, juntamente com o espanhol, como línguas oficiais, reconhecidas pelo Estado boliviano.

Conhecida como *Bulibya* em quéchua, *Wuliwya* em aimará, e *Volívia* em guarani, a Bolívia é um Estado caracterizado por sua diversidade cultural e pelo seu marcado caráter indígena. Esta última característica, muitas vezes, determina o menor acesso a serviços básicos como educação e saúde para a maioria de sua população (NUNES, 2009).

De acordo com o censo⁴ mais recente, de 2012, a Bolívia compreende 10.027.254 habitantes, e a população masculina mostra-se ligeiramente menor que a feminina, o que significa que para cada 100 mulheres há menos de 100 homens.

Segundo o censo de 2012, 67,30% dos nascimentos declarados foram atendidos nos serviços de saúde; 28,02%, nos domicílios e 2,23%, em outro lugar. Em comparação com os dados de 2001, reduziu-se a mortalidade materno-infantil; diminuindo de 290 mortes por 100 mil nascidos vivos para 180 por 100 mil⁵.

⁴ Instituto Nacional de Estadística (Bolívia). Disponível em: <http://www.ine.gob.bo:8081/censo2012/PDF/resultadosCPV2012.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2015.

⁵ Disponível em: http://www.bolivia.de/fileadmin/Dokumente/DestacadosEmpfehlenswertes_Footer/3LogrosGestionPresidente.pdf. Acesso em: 12 abril 2012. .

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)⁶, 64% das mortes maternas entre bolivianas ocorrem na área rural, região onde as mulheres têm quatro vezes mais probabilidade de morrer por complicações da gravidez, do parto e pós-parto.

Em 2012, 94,98% das pessoas sabiam ler e escrever. Os departamentos de La Paz, Santa Cruz, Beni e Pando registram taxas de alfabetização superiores à nacional, ao passo que Chuquisaca, Cochabamba, Potosí e Tarija apresentam taxas inferiores. Os maiores níveis de alfabetização correspondem a Pando (97,69%) e Santa Cruz (97,48%) e, no outro extremo, Chuquisaca registra o menor nível de pessoas que sabem ler e escrever (88,98%).

A taxa de assistência da população em idade escolar alcança 83,54%, com pequena diferença entre os sexos: atendimento escolar de 83,63% dos meninos e de 83,45% das meninas.

Em relação aos serviços de saneamento básico, entre 2001 e 2012, a cobertura de água potável aumentou de 62,27% para 66,09%. A energia elétrica, antes disponível a 64,38% da população, tornou-se acessível a 78,18%, enquanto a ligação ao sistema de esgotamento sanitário passou de 63,69% para 69,92%.

De maneira geral, as populações da área rural e as de origem indígena, pessoas sem alfabetização, não remunerados, com emprego informal e pobres são as categorias de pessoas com maiores probabilidades de serem excluídas dos serviços de saúde quando dele precisam.

Também é importante mencionar que, segundo o censo de 2012, 27% dos imigrantes que foram para o exterior pertencem ao departamento de Cochabamba, seguidos por aqueles provenientes de Santa Cruz (24%) e La Paz (20%). Os principais países para onde se dirigem esses imigrantes são Argentina, Espanha, Brasil, Chile e Estados Unidos. Outros países de residência dos imigrantes bolivianos são Itália, Peru e Cuba. Entre os imigrantes dos departamentos de Santa Cruz e Cochabamba, 76% têm como destino a Espanha. No momento da realização do censo, de um total de 54.417 bolivianos que se mudaram para o Brasil, 32.393 eram provenientes do departamento de La Paz.

A eleição de um presidente indígena, em 2005, foi um marco para a história da Bolívia. Em dois mandatos de governo consecutivos, Evo Morales tem realizado ações bem-sucedidas em setores importantes, entre essas ações estão a nacionalização e a industrialização dos recursos naturais, o que ampliou a entrada de capital de 945 milhões de dólares, em 2005, para 3.500 milhões de dólares, em 2012. Em 2012 começou ainda a industrialização de gás natural, com a primeira planta de ureia e amoníaco para a produção de fertilizantes nitrogenados.

⁶ Disponível em: <http://www.nu.org.bo/noticias/destacados-nacionales/bolivia-tiene-el-nivel-mas-alto-de-mortalidad-materno-infantil/> Acesso em: 27 Abr. 2015.

As empresas elétricas Corani, Guaracachi, Valle Hermoso e a de Luz e Fuerza de Cochabamba foram nacionalizadas em maio de 2010, quando se refundou a Empresa Nacional de Electricidad (ENDE), o que garantiu a provisão de energia elétrica para todos os bolivianos.

O governo de Morales criou programas para os setores mais desprotegidos, como o Juana Azurduy, para garantir maternidade e infância seguras e reduzir a mortalidade das mães e a desnutrição de seus filhos. O programa Juancito Pinto busca diminuir a evasão escolar e já beneficiou mais de um milhão de estudantes em todo o país. O programa Renta e Dignidade, por sua vez, tem a finalidade de proporcionar uma velhice digna.

Tendo em vista os objetivos de desenvolvimento do milênio, 78,5% da população boliviana têm acesso à água tratada mediante o programa MiAgua e há compromisso para uma segunda fase desse mesmo projeto para ampliar ainda mais essa proporção. Em relação à infraestrutura urbana, construíram-se escolas, hospitais, ginásios esportivos, canais de irrigação, entre outras obras. Estas foram executadas em 337 municípios de todas as regiões, com apoio de governos, municípios, Forças Armadas e organizações sociais.

A Bolívia é o único país da América Latina que entregou computadores aos professores gratuitamente, por meio do projeto Uma Computadora por Docente. Desse modo, facilitou o acesso e o uso adequado das tecnologias de informação e comunicação nos processos educativos. Até o primeiro semestre de 2012, o Ministério da Educação havia entregado 117.743 computadores em todo o país.

Em 2008, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) declarou a Bolívia “livre de analfabetismo”, uma conquista catalisada pelo programa Yo Sí Puedo. O Ministério da Educação possibilitou a alfabetização de 824 mil pessoas. Além disso, por meio do Programa Nacional de Post Alfabetización, 150 mil bolivianas e bolivianos concluíram o ciclo de alfabetização em 339 municípios.

O salário mínimo foi incrementado em 8%, passando de 815 para 1.000 bolivianos, o que foi destacado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como crescimento permanente do salário mínimo nos últimos anos e superior ao dos outros países da América Latina.

Uma importante conquista nos fóruns internacionais compreendeu a defesa dos valores e costumes do povo boliviano com a aprovação, nas Nações Unidas, da Declaração del Dia de la Madre Tierra. Essa declaração também garantiu os serviços de água potável e acesso a saneamento básico como direitos fundamentais e instituiu o dia 5 de setembro o Dia Internacional de la Mujer Indígena.

Na perspectiva de apoiar os bolivianos que vivem no exterior, o presidente Morales garantiu o exercício pleno do direito ao voto ao colocar em funcionamento o sistema Portal de Gestión Consular e o Sistema de Actuaciones Consulares.

2.2 A MULHER BOLIVIANA E O CUIDADO DE SUA SAÚDE

A cultura da mulher boliviana ainda mantém vivos certos princípios e valores humanitários que integram uma cosmologia própria, em particular quando se trata seu próprio bem-estar. No que se refere ao parto, existe um sistema local da etnomedicina com seus “biocomportamentos” particulares, ou seja, suas práticas e técnicas bioculturais (GONZALES, 2009). Assim, a mulher prefere ter o parto em casa, por causa da companhia e assistência do marido, da sogra, da tia ou de uma parteira. Em casa, a futura mãe se sente mais confiante, pois participam do processo todos aqueles que estão envolvidos e interessados na sua situação de vida. O parto é vivido da maneira como a mulher deseja e numerosas práticas rituais de sua cultura podem ser efetivadas, práticas essas que foram ensinadas por outras gerações de mulheres, como mães e avós. Somente quando há risco de perder a vida as parturientes são transferidas para o hospital (GONZALES, 2009).

Na medicina tradicional, em geral, há uma visão integral da vida. A saúde significa a harmonia com as pessoas e com a natureza; é parte de um todo. Se não há harmonia no ambiente da pessoa, ela adocece. Se o corpo da pessoa está doente, sem saúde, a doença não afeta somente este indivíduo, mas todo o ambiente que ele integra (YAJAHUANCA, 2009; GONZALES, 2009).

Na cultura tradicional boliviana, a mulher que espera um filho é responsável por duas vidas, a sua e a de seu filho, e arca com o peso e os riscos desta responsabilidade. Na cultura aimará, diz-se que “a mãe está entre duas cabeças”, a sua e a do filho (GONZALES, 2009).

Porém, o processo do parto não é somente um evento biológico e corporal. Na cultura dos povos da Bolívia, existe outro corpo além do físico, que é o corpo espiritual. Por isso, os conhecimentos comunitários tradicionais sobre a gravidez e o parto incluem uma série de rituais para esse processo. Esses rituais têm como objetivo cuidar do corpo biológico e do corpo espiritual, que abrange a realização individual da mulher e a sua vivência com a família. Por isso a mulher tem liberdade para escolher quem estará com ela e que práticas lhe parecem adequadas para facilitar o momento do parto.

Em outras culturas indígenas – por exemplo, na *Kukama Kukamiria* do Peru – estas práticas ou rituais que se realizam durante o parto são criticadas e malvistas pelos profissionais da saúde do posto de saúde de San Regis. Os preconceitos histórico-culturais

levam os profissionais, muitas vezes, a cumprirem um papel “civilizador” dos costumes indígenas (YAJAHUANCA, 2009).

2.3 BOLIVIANAS E BOLIVIANOS EM SÃO PAULO

O início da imigração boliviana para São Paulo remonta à década de 1950, quando alguns estudantes da Bolívia vieram ao Brasil em busca de qualificação acadêmica, não disponível em seu país de origem. A partir desse programa de intercâmbio cultural entre as nações, muitos bolivianos permaneceram na capital paulista (SILVA, 2006).

A partir da década de 1970, o perfil do imigrante boliviano na cidade começou a mudar. Nesse período começaram a chegar pessoas com pouca qualificação para trabalhar por baixa remuneração nas oficinas de costura da cidade. A partir de meados da década de 1990, o fluxo de imigrantes bolivianos a São Paulo assumiu uma nova escala, sobretudo, com a vigência do novo plano econômico brasileiro (em 1994), que modificou a rota de imigração boliviana.

Na atualidade, as estimativas sobre o real tamanho da população boliviana em São Paulo apresentam enorme variação. Roque Patussi⁷, coordenador do Centro de Apoio ao Migrante (CAMI), afirma que essa imigração, embora cresça, é “flutuante” (LACHINI, 2014). Milhares de bolivianos, após algum tempo de trabalho, retornam à Bolívia com alguma economia. Mas, segundo Patussi, “uma grande parte, contudo, fica na cidade. Eles acabam se casando, muitas vezes dentro da comunidade, têm filhos e não vão embora”. Estima-se que a grande São Paulo abrigue até 500 mil bolivianos e que 40 mil entrem no Brasil anualmente.

A Bolívia faz parte do Mercado Comum do Sul (Mercosul) e da Comunidade Andina das Nações (CAN) e existem acordos de regularização migratória com Argentina, Brasil, Peru e Paraguai. Em 2009, algumas medidas do governo brasileiro beneficiaram uma parcela dos imigrantes. Entre elas, é possível citar a Lei de Anistia de Estrangeiros (Lei nº 11.961/09, regulamentada pelo Decreto nº 6.893/09) e o Acordo de Livre Residência Mercosul (Decreto nº 6.964/09), além da entrada do Chile e da Bolívia no Mercosul (Decreto nº 6.975/09).

A entrada dos bolivianos no Brasil se dá por cinco portas principais: Corumbá (Mato Grosso do Sul), Cáceres (Mato Grosso), Foz do Iguaçu (Paraná), Guaiará-Mirim (Rondônia, por via fluvial) e Manaus (Amazonas, por via fluvial) (DA SILVA, 2006). Os imigrantes da Bolívia geralmente são de zonas rurais afastadas. Ao chegarem ao Brasil, na maioria de vezes são escravizados por compatriotas que já residem aqui. Muitos se tornam trabalhadores e

⁷ Disponível em: <http://www.boliviacultural.com.br/ver_noticias.php?id=1745>. Acesso em: 15 abr. 2015.

trabalhadoras informais do setor têxtil – caracterizado, majoritariamente, pelo intenso ritmo de trabalho, pela baixa remuneração e pelo ambiente de trabalho insalubre (CHANG, 2011).

Nas pesquisas de CYMBALISTA e XAVIER (2007), os autores ressaltam que a oficina têxtil é muito mais do que um local de trabalho para esses imigrantes. É lá que os bolivianos, além de trabalharem, comem e dormem em meio às máquinas de costura. A saída para a rua fica muito limitada, porque é o dono da oficina quem faz as compras. Logo, os empregados praticamente não têm necessidade de se ausentar do local.

2.4 BOLIVIANAS E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM SÃO PAULO

De acordo com o princípio fundamental dos direitos humanos, todas as pessoas têm igual direito, sem discriminação de sexo, raça, cor, idioma, nacionalidade de origem, classe, religião ou políticas (CEPAL, 2006).

A diversidade sociocultural tem reconhecimento no âmbito de alguns organismos internacionais, o que promove o respeito às diferenças étnicas e ratifica o direito à igualdade de condições entre os povos. Entre os principais documentos que reconhecem esses direitos, destacam-se:

- Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), em seu art. 25 que diz “[...] toda pessoa tem direito a um nível de vida adequado, que lhe assegure e à sua família saúde e bem-estar, em especial quanto ao acesso à alimentação, roupa, moradia, assistência médica e aos serviços sociais necessários”;
- Convenção 169 (1989) da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que coloca o reconhecimento dos direitos dos povos indígenas originais a relações de trabalho não discriminatórias;
- Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que estabelece o direito à liberdade para todo ser humano, sem distinção de raça, cor, sexo, língua, naturalidade ou classe social;
- Declaração sobre os Direitos das Pessoas Pertencentes às Minorias Nacionais ou Étnicas, Religiosas e Linguísticas (ONU, 1992) e a Declaração dos Direitos Linguísticos (ONU, 1996).

No Brasil, o direito à saúde é assegurado pela Constituição federal afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros tipos de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Mas como mencionam DIAS e GONÇALVES (2007), apesar de o direito universal à saúde ser reconhecido, na prática ainda há restrições impostas aos imigrantes, em especial aos que se encontram em situação irregular. A esse respeito, DINIZ (2002) também lembra que, no Estado de São Paulo, mais do que uma questão de boas maneiras, a atenção e o respeito ao paciente como pessoa é um direito garantido a homens e mulheres pela Lei dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde (Lei nº 10.241/1999, art. 2º), que diz:

São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

- ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;
- ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;
- não ser identificado ou tratado por: números; códigos; ou de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema governamental, ou seja, caracteriza-se pela forte presença do Estado como provedor das três macrofunções do sistema: financiamento, regulação e prestação de serviços (BISPO JÚNIOR e MESSIAS, 2005). Surgiu em 1988 a partir das reivindicações do movimento sanitarista, que defendia a universalização do sistema de saúde público. O sistema público de saúde e sua universalidade são, assim, valores fortes que permeiam as ações de grande parte do setor de saúde brasileiro.

MARTES e FALEIROS (2011) pesquisaram algumas das iniciativas desenvolvidas pelos governos (federal e do município de São Paulo) para que os imigrantes tenham acesso real à saúde, para além da simples garantia da lei. Entre as ações federais, destaca-se a criação do Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS Fronteiras), coordenado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil. Criado no âmbito do Mercosul, em 1996, o SIS Fronteiras tem como objetivo contribuir para o fortalecimento e a organização dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços, o que pode incluir o aumento de recursos repassados e o acesso a programas voltados a áreas específicas, como combate à Aids, de acordo com as necessidades apontadas pelos municípios. Atualmente, o governo federal já firmou convênios com todos os municípios fronteiriços brasileiros (SILVA, 2009; D'OLIVEIRA, 2008).

Em 2003, técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) verificaram um incremento no índice de tuberculose e HIV nas regiões em que os bolivianos se concentram (SILVA, 2009; XAVIER, 2010). As primeiras ações realizadas pela prefeitura foram impulsionadas pela necessidade de combater as doenças transmissíveis, de difícil tratamento, e que poderiam contaminar a população da cidade. Para XAVIER (2010), essa questão acabou dando “maior visibilidade pública à presença desses migrantes na cidade, ainda que de maneira denunciativa e pouco problematizadora” (XAVIER, 2010, p. 194).

Assim, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Coordenação de Vigilância em Saúde da cidade de São Paulo (COVISA), em conjunto com organizações não governamentais, propuseram algumas ações, entre as quais: 1) Elaboração de material de esclarecimento sobre prevenção de Aids e tuberculose, em espanhol; 2) Revisão dos pré-requisitos para atendimento – como a necessidade de apresentação de documentos que comprovem residência – nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) das áreas onde se concentram os imigrantes; 3) Implementação de estratégias para aproximar os bolivianos das UBSs pelo Programa Saúde da Família (PSF); 4) Contratação de profissionais bolivianos para trabalharem nas UBSs; e 5) Oferta de cursos de espanhol e sobre cultura boliviana para profissionais das UBSs (SILVA, 2009).

De acordo com MARTES e FALEIROS (2011), o Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros ofereceu cursos de espanhol e aimará (língua indígena boliviana) à equipe de funcionários, assim como palestras sobre a cultura e alguns costumes bolivianos. Havia problemas de comunicação, como o desconhecimento da língua portuguesa pelas usuárias, a falta de documentação dos bolivianos e a baixa qualidade do atendimento prestado aos migrantes.

Em sua pesquisa de 2011, WALDMAN verificou que a maioria dos bolivianos e bolivianas entrevistados já havia acessado o SUS. Apesar de o estudo não avaliar como se deu esse acesso, as situações de desrespeito contra as imigrantes foram pouco citadas. XAVIER (2010), por sua vez, destacou o papel da saúde em geral e do Programa Saúde na Família, em particular, ao pesquisar o processo de integração dos imigrantes em São Paulo.

SILVA (2009) analisou a interação entre profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e imigrantes no Programa Saúde da Família. A autora reconstituiu a percepção que os profissionais têm do estrangeiro, a qual, em alguns casos, pode levar a situações discriminatórias. Um dos problemas cruciais é garantir a igualdade de acesso aos cuidados da saúde. Além disso, existem e persistem os problemas de discriminação social e étnica, e os profissionais de saúde atuam de forma desigual.

A esse respeito, LOPES diz:

O racismo é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a qualidade de vida e de saúde da população negra (eu diria também indígena e migrante) nas diferentes fases do ciclo da vida, pertencente a todas às camadas sociais, residente na área urbana ou rural de qualquer uma das macrorregiões do país. Reafirma-se no dia-a-dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura; influencia a vida, o funcionamento das instituições, das organizações e também as relações entre as pessoas (2007, p. 9).

Muitas vezes, o racismo velado não permite verificar de imediato as diferenças no acesso a bens e serviços. Pois as desigualdades geram disparidade social e a desvalorização do “outro”, identificável pela cor da sua pele ou pelas características de sua cultura, como a linguagem e o modo de vestir. O racismo torna mais estressante uma vida já difícil, criando problemas como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Às vezes, o racismo se expressa com violência; outras vezes, ocorre a negação ou desvalorização da identidade do outro.

As desigualdades em matéria de saúde podem ser tratadas dentro de uma caracterização global das desigualdades sociais; nesse caso, o estado de saúde da população é um dos aspectos dessas diferenças. Contudo, se o objeto central do estudo é a saúde, procura-se identificar quais são os fatores sociais que determinam as condições de atendimento à saúde em geral.

Estudos sobre as desigualdades na saúde geralmente centram-se nas classes sociais e no gênero. No entanto, as transformações e mudanças sociais ocorridas nas sociedades contemporâneas induziram muitos sociólogos a refletir de forma crítica e a questionar se a classe social, concebida da forma tradicional, está sendo substituída por novas formas de estratificação social.

As desigualdades em saúde têm sido descritas como resultado da relação entre fatores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, culturais e comportamentais. No que se refere à saúde do imigrante, tem sido dada mais importância aos fatores genéticos, biológicos, culturais e comportamentais, explorando-se pouco a relação entre a sua saúde e a desvantagem ambiental que ele experimenta na sociedade que o rodeia. Essa relação é ainda mais negligenciada quando se estudam grupos étnicos.

O modo de vida das pessoas e as condições em que elas vivem e trabalham têm muita influência na sua saúde. As condições econômicas e sociais acabam por ser mais importantes, em termos de benefício ou prejuízo para a saúde das populações. Os imigrantes, as minorias étnicas, os trabalhadores ilegais e os refugiados são particularmente vulneráveis à exclusão social, pois muitas vezes são excluídos do direito à cidadania. O racismo, a discriminação e a hostilidade que enfrentam podem prejudicar a saúde.

No Brasil, DINIZ (2009) relata os avanços no campo de saúde materna, ao mencionar a universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto no SUS, comparando-o com o setor privado. Porém, a autora afirma que ainda há desigualdades e que a qualidade da assistência mostra-se limitada, existindo “uma cultura discriminatória, punitiva e correcional dirigida às mulheres” (DINIZ, 2009, p. 322).

3. O REFERENCIAL TEÓRICO

A etapa da gravidez, do parto e pós-parto é um período de repentinas mudanças físicas, emocionais, sociais econômicas e familiares que cada mulher vivencia de forma diferente e é compartilhada com toda a família e com o grupo social ao qual pertence. A gestante traz consigo uma identidade de relações sociais cultivadas em seu meio familiar, passadas de mãe para filha, que vão definindo seu modo de ser, e também recebe influência do meio onde vive. KLAUS et al. (2000) reforçam a ideia ao afirmarem que as experiências passadas de um pai e de uma mãe para a criança são determinantes na modelação dos papéis de cuidadores. Relatam que muito antes de uma mulher vir a ser mãe ela já aprendeu um repertório de comportamentos de cuidados maternos pela forma como era cuidada por sua mãe e pela sua vivência. Inferem ainda os autores que em todas as culturas, a forma como os pais são educados, incluindo tanto a prática da cultura quanto as peculiaridades das experiências do processo educativo pelo qual passaram, influencia muito sua conduta em relação ao seu bebê, significando que cada geração se beneficia dos cuidados recebidos da geração anterior.

Segundo VICTORIA, KNAUTH e HASSEN (2002), cada sociedade estabelece um conjunto de regras para o tratamento da gestante, tanto em termos do que ela deve ou não comer e fazer quanto em relação aos cuidados que as pessoas que a cercam devem observar. As autoras referem que “a reprodução é um domínio privilegiado para a visualização desta conjugação de concepções biológicas e sociais acionadas pela cultura, visto que ela implica não apenas a continuidade da espécie, mas também da própria sociedade” (p. 16).

Segundo HELMAN (1994), é importante observar que, em todas as sociedades humanas, a gravidez e o nascimento significam mais que simples eventos biológicos. Argumenta também que os antropólogos relatam diferenças evidentes nas percepções sobre concepção, gravidez e parto entre grupos culturais distintos, e é a cultura que informa os membros de uma sociedade sobre as condições apropriadas para a procriação e a gestação.

SAUNDERS (2002) registra que a gestação afeta todos os membros de uma família, o que leva a um processo de adaptação familiar que ocorre em um ambiente cultural influenciado por tendências sociais. WILLIAMS (2002), discorrendo sobre o contexto cultural da família, afirma que a gestação difere em suas culturas e etnias. Assim, para prestar atendimento culturalmente competente, a enfermeira (e os serviços de saúde em geral) deve ter conhecimento dos valores e das práticas culturais importantes para as famílias, considerando-as como únicas. Ressalta ainda que a enfermeira (e os demais profissionais)

deve considerar os produtos da cultura, incluindo a comunicação, o espaço, o tempo e os papéis familiares.

Para LEININGER (1995), cultura é compreender e compartilhar valores, regras de comportamento ou estilos de vida que são valorizados e passados de geração em geração; a cultura reflete valores, ideias e significados compartilhados que ensinam e guiam o comportamento humano, suas decisões e ações. Para a autora, a cultura inclui conhecimentos e práticas influenciados por fatores como a visão de mundo, a linguagem, a religião, o parentesco, a etno-história, além de fatores políticos, educacionais, tecnológicos e o contexto do meio ambiente. Essa influência pode ser muito poderosa no comportamento das pessoas, porque compreende um conjunto de práticas que perduram no tempo.

Estudos sobre a perspectiva das parturientes no Brasil mostram que, muitas vezes, elas descrevem o trabalho de parto como dominado pelo medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres consideradas subalternas, como negras, solteiras e de baixa renda, e estigmatizam a maternidade na adolescência (MCCALLUM e REIS, 2006). Os abusos verbais são constantes e constituem parte do aprendizado informal dos profissionais sobre como disciplinar as pacientes, desmoralizando seu sofrimento e desautorizando eventuais pedidos de ajuda (HOTIMSKY, 2007; DINIZ e CHACHAM, 2004; D'OLIVEIRA et al., 2002).

De acordo com a OMS, no mundo inteiro as mulheres passam por diversos abusos, desrespeitos, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nos serviços de saúde. São necessárias, assim, medidas de maior apoio dos governos e de parceiros de desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos. As ações se mostram necessárias para a mudança de conduta de profissionais, ambientes clínicos e sistemas de saúde para que os mesmos possam assegurar uma assistência respeitosa centrada na mulher. Os sistemas de saúde devem ser responsáveis pela maneira pela qual as mulheres são tratadas durante o parto, garantindo o desenvolvimento de políticas sobre direitos e ética. Todos devem estar comprometidos para melhorar a qualidade de assistência e eliminar o desrespeito e as práticas desnecessárias e abusivas.

3.1 O MODELO PARA A COMPETÊNCIA CULTURAL DE PURNELL

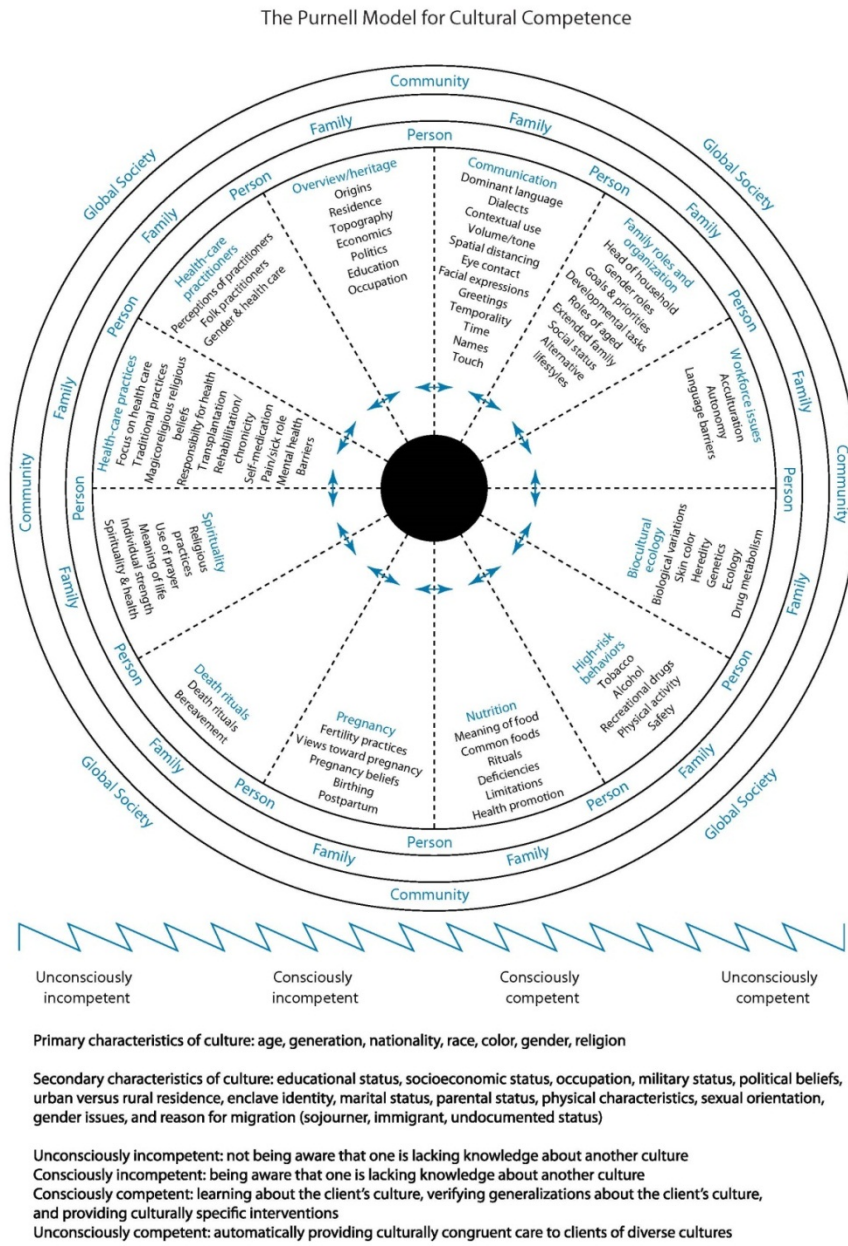
No modelo para competência cultural de PURNELL (MCC), a perspectiva cultural na assistência à saúde é abordada de forma organizada, sistematizada e abrangente. O modelo considera 12 domínios culturais, que transpassam as barreiras de outros modelos trans e interculturais. Neste modelo, uma ampla margem é considerada na descoberta da realidade que envolve uma comunidade e seus integrantes, no contexto cultural, sobretudo, nas visões *emic* e *etic da pessoa* e na abordagem da família e da comunidade. A visão *emic* refere-se ao olhar do nativo de uma dada cultura, enquanto a visão *etic* reflete o olhar de outras pessoas para essa cultura, porém não pertencentes a ela (PURNELL, 2002, 2005).

O foco principal do MCC está direcionado para o estudo da cultura, com uma aproximação etnográfica, no sentido de promover a compreensão cultural sobre a situação da pessoa, tanto na situação de doença quanto na de bem-estar e saúde. Segundo esse modelo teórico, cabe aos profissionais de saúde, como provedores de cuidado, assumir o compromisso de compartilhar informações para o benefício dos envolvidos no cuidado, seja na prevenção primária da assistência à saúde, seja na secundária, seja na terciária.

No diagrama, o círculo maior retrata a sociedade em geral e, dentro dele, círculos menores compreendem a comunidade, a família e a pessoa, consecutivamente, de fora para dentro do diagrama (Figura 3). Os 12 domínios culturais estão interligados por meio de setas bidirecionais. A parte central do diagrama é vazia e representa os aspectos desconhecidos do grupo cultural.

O MCC de Purnell (2002, 2005) sustenta-se em teorias e pesquisas derivadas da administração, antropologia, sociologia, anatomia, fisiologia, biologia, psicologia, religião, história, linguística, nutrição e de cenários práticos na enfermagem e na medicina.

Figura 3: Modelo para Competência Cultural de Purnell*.



*Cedido por Purnell, via e-mail.

Na parte inferior do diagrama do MCC há uma linha dentada que indica a consciência cultural dos prestadores do cuidado em saúde ou de outras instituições ou organizações, de acordo com seu estágio de competência cultural. Para Purnell, a consciência cultural se desenvolve num processo não linear, que passa pelas etapas de adaptação cultural, desde ser inconscientemente incompetente para o desenvolvimento do cuidado, seguido pelos níveis de consciência incompetente, a consciência competente, até o nível considerado ideal da inconsciência competente para oferecer os serviços de uma maneira adequada com os valores

culturais predominantes no novo contexto do cuidado. Pressupõe-se que nesse modelo os conceitos de sociedade, comunidade, família e pessoa podem ser adaptados de acordo com a cultura do destinatário do cuidado. A pessoa pode ser definida como única, como família ou como um grupo dependendo da cultura em questão. Os 12 domínios que compõem o MCC são descritos a seguir incluindo seus itens mais relevantes.

Quadro 1: Domínios e conceitos do Modelo para Competência Cultural de Purnell*.

Domínios		Conceitos
1	Herança – Visão Geral	Conceito de país, origem, residência e seus efeitos, emigração e razões, situação econômica, ocupação e nível educacional.
2	Comunicação	Uso contextual da linguagem e suas variações, a comunicação não verbal e a utilização dos nomes.
3	Papéis e Organização Familiar	A chefia da família e papéis de gênero, papéis familiares, prioridades, <i>status</i> social da família na comunidade, estilo de vida familiar, tarefas das crianças e adolescentes, criação dos filhos, papéis dos idosos e da família extensa.
4	Força de Trabalho	Autonomia, aculturação, assimilação, papéis de gênero e práticas de cuidado da saúde originários do país de origem.
5	Ecologia Biocultural	Variações étnicas e raciais, como cor de pele, diferenças na estatura corporal, doenças genéticas e hereditárias, diferenças corporais quanto ao metabolismo dos medicamentos.
6	Comportamento de Alto Risco	Tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, ausência de atividade física, excesso de consumo calórico e ausência de medidas preventivas e acidentes, práticas sexuais de risco.
7	Nutrição	Alimentação e satisfação adequada da fome, o significado do alimento, escolhas alimentares, rituais e tabus alimentares, deficiências enzimáticas e a utilização do alimento para a promoção da saúde e o bem-estar na doença.
8	Práticas na Gravidez e no Parto	Práticas conceptivas e anticonceptivas e valores relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério e a vivência dessas etapas.
9	Rituais Relativos à Morte	A forma como os indivíduos e os membros da cultura visualizam os rituais de morte e enterramento, seu comportamento, preparação e práticas de enterro e luto.
10	Espiritualidade	Práticas religiosas e de oração e o significado atribuído à vida.
11	Práticas de Cuidado da Saúde	O enfoque dado ao cuidado da saúde, práticas tradicionais, mágico-religiosas e “crenças” da biomedicina, responsabilidade individual relativa à saúde, práticas de automedicação e de saúde mental, doenças crônicas, barreiras para o cuidado da saúde e as respostas culturais à dor e ao estado de doença.
12	Provedores do	Percepções relativas aos provedores do cuidado à saúde,

	Cuidado à Saúde	inclusive os tradicionais, mágico-religiosos, biomedicina ocidental. Neste item, o sexo do provedor de saúde pode ter significado para alguns grupos culturais específicos.
--	-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Cedido por Purnell, via e-mail. Adaptado pela pesquisadora.

O modelo de Purnell permite avaliar variáveis importantes como os valores, as apresentações, os estilos de vida e as práticas de indivíduos, famílias e grupos culturalmente diversos. Prover cuidados culturalmente sensíveis e competentes ao indivíduo, à família e à comunidade constitui o pressuposto central do cuidado em saúde. Desenvolver o trabalho com essas premissas é essencial para a promoção e a manutenção da saúde, para a prevenção da doença e para o estabelecimento de intervenções efetivas. Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam assegurar alto nível de competência cultural para o bom desempenho de suas ações com a população.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as experiências vividas pelas mulheres bolivianas durante a assistência à saúde na sua gravidez, parto e pós-parto na cidade de São Paulo.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever e analisar com base nos direitos humanos as experiências das mulheres bolivianas imigrantes em relação ao seu acesso aos serviços de saúde, durante sua gravidez, parto e acolhimento nos serviços de saúde na cidade de São Paulo;
2. Descrever e analisar as concepções e práticas nativas de proteção e de cuidados à maternidade entre as mulheres imigrantes bolivianas na cidade de São Paulo;
3. Compreender e analisar as convergências e divergências entre as mulheres bolivianas imigrantes e os serviços de saúde a respeito das suas concepções sobre maternidade.
4. Compreender e analisar os valores e as práticas tradicionais de cuidados à maternidade das mulheres bolivianas e do atendimento recebido no serviço de saúde em São Paulo mediante o Modelo de Competência Cultural (MCC) de Purnell.

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 A ABORDAGEM DA PESQUISA QUALITATIVA

Esta pesquisa é um estudo qualitativo de base etnográfica. Os métodos de pesquisa qualitativa permitem conhecer e compreender os fenômenos em um determinado campo de conhecimento, superando os limites dos métodos das ciências naturais e empregando a realidade social da população em seu próprio contexto (COLLET e ROZENDO, 2001).

Uma característica que a pesquisa qualitativa oferece ao pesquisador é a possibilidade de captar a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem diante das questões focalizadas.

Outros autores (SILVA e PINTO, 1986) referem que:

Os homens são seres sociais. As suas ações desdobram-se em práticas materiais e simbólicas, relações com a natureza e relações com outros homens, no âmbito de grupos com várias dimensões, dos grupos elementares como as famílias até as organizações vastas a que chamamos sociedades (SILVA e PINTO, 1986, p. 13).

São estas práticas que devemos conhecer e analisar para melhor compreender a multiculturalidade que nos rodeia. A riqueza do conhecimento destas práticas não se limita ao presente, ao contrário, ela recria condutas antigas, justifica atitudes e comportamentos atuais e projeta práticas futuras. Paralelamente, fornece indicações preciosas sobre os valores, as pessoas e o meio onde essas se inserem socialmente, condicionadas por estes fatores.

A escolha do método qualitativo justifica-se como uma abordagem mais pertinente para conhecer e compreender as práticas e os cuidados em saúde, de modo a proporcionar um entendimento mais amplo do valor de cada pessoa, de cada gesto e de cada palavra.

A pesquisa social mostra interesse na forma como as pessoas se expressam e mostram o que pensam sobre suas atitudes e as atitudes das outras pessoas. Para isso, ela apoia-se em dados sobre o mundo social, confeccionados durante um processo de comunicação (BAUER e GASKELL, 2008), afinal, temos conhecimento de um mundo representado, formado pelos processos de comunicação, e não do mundo em si (BERGER e LUCKMANN, 1979).

Enquanto a pesquisa quantitativa lida com números e faz uso de modelos estatísticos para tratar os dados, a pesquisa qualitativa trabalha com interpretações das realidades sociais e pode dar voz às pessoas. Alguns pesquisadores optam por enxergar essas frentes como paradigmas competitivos de pesquisa social (BAUER e GASKELL, 2008), o que empobrece

a construção do conhecimento, pois não há quantificação sem qualificação, não há análise estatística sem interpretação. Essa dicotomia não apresenta qualquer utilidade. De uma perspectiva mais holística do processo de pesquisa social, observa-se o que cada metodologia pode oferecer para enriquecer determinado trabalho.

Filstead (1979), citado por BAUER e GASKELL (2008), traz que:

Métodos qualitativos e quantitativos são mais que apenas diferenças entre estratégias de pesquisa e procedimentos de coleta de dados. Esses enfoques representam, fundamentalmente, diferentes referências metodológicas para teorizar a natureza do conhecimento, a realidade social e os procedimentos para se compreender esses fenômenos (p. 29).

A pesquisa qualitativa permite que o pesquisador adquira capacidade de ver “através dos olhos daqueles que estão sendo pesquisados” (Bryman, 1988 citado por BAUER e GASKELL, 2008, p. 32). Bauman (1976, citado por BAUER e GASKELL, 2008, p. 106), aponta que “o potencial emancipatório do conhecimento é posto à prova – e na verdade só pode ser conscientizado – somente a partir do diálogo quando os objetos das afirmações teóricas se transformam em participantes ativos no processo incipiente de autenticação”.

Diante disso, percebe-se a importância de os pesquisadores questionarem os conceitos adotados, as interpretações feitas e a maneira como os resultados são recebidos. São esses tópicos que encaminham para uma possível ação emancipatória e não a técnica empregada pelo pesquisador.

5.1.1 Etnografia

O método etnográfico de pesquisa compreende um conjunto de concepções e procedimentos utilizados tradicionalmente pela antropologia para fins de conhecimento científico da realidade social. Uma abordagem qualitativa dos problemas de saúde identifica-se de várias formas com o método etnográfico, possibilitando ao investigador compreender as práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo e estabelecendo as relações entre os fenômenos específicos numa determinada visão de mundo (YAJAHUANCA, 2009).

Nesse estudo a etnografia foi importante pela sua aplicabilidade para compreender aspectos específicos das mulheres bolivianas e o seu encontro com outra cultura em São Paulo. A etnografia é um dos métodos para representar uma dada cultura e para descrever, compreender e articular fatos ligados ao trabalho do pesquisador (VAN MAANEM, 1988; MCCURDY et al., 2005).

ANGROSINO (2009, p. 30) descreve a etnografia como “arte e ciência de descrever um grupo humano, suas instituições, seus comportamentos pessoais, suas produções materiais e seus valores” e GEERTZ (2001) tece para este método observações minuciosas, caracterizadas pela abordagem holística, humanística e qualitativa.

GEERTZ (2001) também utiliza dois termos: “estar lá” (campo) e “estar aqui” (no escritório). É a introdução desse relato detalhado das vicissitudes pelas quais passa o etnógrafo, junto com a descrição minuciosa e apaixonante do que chama de “imponderáveis da vida real”, aqueles fatos cotidianos sutis, mas ricos de significados, como os cuidados com o corpo, o modo de comer, o tom das conversas e da vida social, a amizade, simpatia ou aversão entre as pessoas e outros, que vai “criar, para o leitor, a imagem viva e humana de um povo completamente diferente de nós” (DURHAM, 2004, p. 9).

MAGNANI coloca que utilizar o método etnográfico:

[...] sobre a cidade e sua dinâmica é resgatar um olhar de perto e de dentro capaz de identificar, descrever e refletir sobre aspectos excluídos... em vez de um olhar de passagem, cujo fio condutor são as escolhas e o trajeto do próprio pesquisador, o que se propõe é um olhar de perto e de dentro, mas a partir dos arranjos dos próprios atores sociais, ou seja, das formas por meio das quais eles se avêm para transitar pela cidade, usufruir seus serviços, utilizar seus equipamentos, estabelecer encontros e trocas nas mais diferentes esferas – religiosidade, trabalho, lazer, cultura, participação política ou associativa (MAGNANI, 2002, p. 7-8).

Numa investigação sobre a realidade social, deve-se considerar o fato de que a pesquisa de campo do tipo etnográfica implica uma relação social entre o pesquisador e os pesquisados. A qualidade dos dados obtidos depende em grande parte da maneira como essa interação social se estabelece (GOMES et al., 2000, p. 53-55).

5.1.2 Entrevista

Esta técnica de coleta de dados, privilegiada em pesquisas qualitativas, busca apreender, nas produções verbais dos indivíduos, a cultura e a subcultura às quais pertencem e os mecanismos próprios a sua constituição (MICHELAT, 1982). Para esse autor, só se pode construir o modelo de uma cultura a partir de suas produções. A entrevista etnográfica é fundamental para complementar as observações de campo (BEAUD e WEBER, 2007).

De acordo com SCHRAIBER (1995), a técnica da entrevista traz a vantagem de explorar o coletivo por meio da construção pessoal de cada narrador. Esta “reprodução individual” do coletivo trabalha por dizer na subjetividade do relato dado, a objetividade do

real, ao mesmo tempo em que o conteúdo do que é relatada parte da experiência do entrevistado com determinações sociais, culturais e históricas que lhe são próprias e que vão marcar as concepções das quais ele lançará mão em seu relato acerca do real.

A entrevista é o instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações, de valores e de normas veiculados pelos indivíduos. É preciso, nesse momento, dirigir a conversação entre pesquisador e informantes como processo de coleta de informação relevante. Assim, é importante diferenciar informantes-chaves e informantes gerais.

A entrevista, na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana. Esta se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações, cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante⁸.

A partir das entrevistas realizadas foi selecionada uma amostra diversificada o que permitiu enriquecer o estudo.

Segundo RUQUOY:

Nos estudos qualitativos interroga-se um número limitado de pessoas, pelo que a questão da representatividade, no sentido estatístico do termo, não se coloca. O critério que determina o valor da amostra passa a ser a sua adequação aos objetivos da pesquisa, tomando como princípio a diversificação das pessoas interrogadas e garantindo que nenhuma situação importante seja esquecida (RUQUOY, 1997, p. 103).

5.2 O HOSPITAL

5.2.1 Observação participante no hospital

O processo de observação participante iniciou-se por meio da inserção nos serviços de pronto-atendimento, centro de parto natural e centro obstétrico, com ênfase na observação do atendimento às mulheres bolivianas e de tudo relacionado à temática do estudo. Observar, na pesquisa qualitativa, significa “examinar” em todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, ou um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-los. O ambiente,

⁸ A entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos.asp?entrID=1135>. Acesso em: 4 Mai.2012

os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, a sequência, a temporalidade em que ocorrem os eventos são fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para a interpretação posterior dos mesmos. Também devemos ter em conta que muitas ações observadas podem ter sido geradas pela própria presença do observador (GOMES et al., 2000.).

A observação participante no hospital transcorreu de segunda a sexta-feira, com plantões durante toda a pesquisa. Durante a observação minha participação também foi de intérprete português-espanhol para as mulheres que não entendiam língua portuguesa nem falavam esse idioma. Isso possibilitou ganhar a confiança das mulheres, que expunham suas dúvidas e também confiavam suas preocupações pelos seus filhos que ficaram em casa e pelo retorno ao trabalho depois da alta hospitalar. A pesquisadora forneceu orientações para um melhor aleitamento do bebê e esclareceu sobre a importância da alimentação das mães para a produção de leite, além de informar sobre como realizar o curativo do umbigo e trocar a fralda descartável oferecida pelo hospital (muitas mães não sabiam como fazê-lo).

Outras atividades compreenderam explicações sobre o funcionamento e a importância da fototerapia (banho de luz), quando os bebês apresentaram icterícia, para reduzir as preocupações e ofertar segurança, uma vez que todas elas tinham medo quando seus bebês eram colocados em banho luz. A pesquisadora também ofertou, na alta hospitalar, orientações básicas de cuidados com o corte da episiotomia e o corte da cesárea, como também acompanhou as puérperas até o local onde podiam retirar o enxoval a que tinham direito pelo programa Mãe Paulistana⁹.

Em certas oportunidades, o telefone móvel da pesquisadora foi utilizado para que as mulheres pudessem se comunicar com seus familiares. A maioria delas possuía telefone celular, mas muitas vezes elas ficavam sem crédito para ligar.

Nos acompanhamentos no HMLMB, foi oportuno também observar como se desenvolve o atendimento por parte dos profissionais de saúde, a organização dos serviços, as salas de parto e as informações oferecidas às gestantes.

5.2.2 Local da pesquisa

A pesquisa transcorreu no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), uma instituição pública da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde

⁹ Projeto da Prefeitura de São Paulo que oferece bilhete único de transporte, enxoval, exames de laboratório.

de São Paulo (SES), subordinada à coordenadoria de serviços da saúde, regulamentada pelo decreto nº 32.893, de 31/01/1991, que se destina à prestação de serviços médico-hospitalares nas áreas de obstetrícia, ginecologia e neonatologia.

O HMLMB deu início às atividades em 15 de agosto de 1944 pela Legião Brasileira de Assistência (LBA) com o nome de Casa Maternal e da Infância Leonor Mendes de Barros. Em 1978, o hospital foi incorporado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), após a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), direcionando o atendimento aos segurados do instituto. Mesmo assim, somavam-se esforços para não haver restrições ao atendimento de pacientes não seguradas, tornando-se pioneiro em projetos assistenciais.

No início da década de 1980, nasceu outro projeto pioneiro, a implementação do sistema de alojamento conjunto, mantendo mãe e recém-nascido constantemente unidos em um mesmo ambiente, com o objetivo de promover o aleitamento materno e favorecer o vínculo mãe-filho. Com a implementação do SUS o hospital passou a ser uma unidade própria da SES e, em 1991, houve uma reestruturação organizacional que o transformou em Unidade de Geração Assistencial IV (UGA IV).

O HMLMB representa uma das mais antigas instituições públicas paulistas especializadas em saúde da mulher e do recém-nascido, sendo pioneiro em projetos assistenciais, tal como o referido sistema de alojamento conjunto. Atua como referência do SUS para gestantes e parturientes de alto risco materno e/ou neonatal e, entre seus programas especializados destacam-se: o de incentivo e apoio ao aleitamento materno, com o banco de leite humano, sendo referência para a Região Metropolitana de São Paulo; o método canguru de atenção ao recém-nascido de baixo peso; e o Centro de Parto Normal (CPN), que atende à política nacional de humanização do parto. Conta com um centro de formação, especialização e aprimoramento em assistência materno-infantil nas diversas áreas do conhecimento, tais como medicina, enfermagem, psicologia e obstetrícia.

Em busca da melhoria da qualidade, conquistou e mantém o selo do Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), os títulos Hospital Amigo da Criança (OMS/UNICEF/MS) e Maternidade Segura (Opas/UNICEF/MS/FEBRASCO), além do prêmio Cremesp de Saúde da Mulher.

A missão institucional é “Prestar assistência médico-hospitalar e promover atividades de ensino e pesquisa, com qualidade reconhecida, nas áreas de saúde da mulher e do recém-

nascido”¹⁰. Sua visão é “Buscar ser um centro de excelência nas áreas de saúde da mulher e do recém-nascido”¹¹.

O HMLMB está localizado no Bairro do Belenzinho, na Zona Leste de São Paulo, considerada a região mais populosa da cidade. Esta região abriga grande quantidade de mulheres bolivianas provenientes dos bairros de Brás, Belém, Bom Retiro, Bresser Mooca, entre outros. Nessa maternidade o atendimento ao parto normal é realizado em duas unidades: Centro de Parto Normal (CPN) e Centro Obstétrico (CO). No CPN, a assistência à mulher é prestada exclusivamente por enfermeiras obstétricas e obstetras. Durante o trabalho de parto, ao se identificarem intercorrências que necessitem de intervenção, a parturiente é encaminhada pelas profissionais ao Centro Obstétrico, onde é feita a avaliação e o acompanhamento se dá pela equipe de médicos plantonistas e residentes de obstetrícia.

No que se refere à complexidade, o HMLMB constitui referência para atendimento desde o pré-natal às gestações de alto risco, além de atender aos partos de risco habitual. Dispõe de uma unidade de terapia intensiva neonatal e de adulto e uma agência transfuncional para o fornecimento de sangue e hemoderivados.

Figura 4: Entrada do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros. São Paulo, Brasil.



5.2.3 Descrição física do hospital

¹⁰ De acordo com material cedido pela administração do HMLMB e conforme divulgado nos painéis afixados nos corredores da instituição.

¹¹ Ibidem.

5.2.3.1 A entrada ou acesso ao hospital

Na entrada principal há três portas com agentes de segurança durante as 24 horas do dia. Uma porta é para veículos de trabalhadores do HMLBM, ambulâncias e táxis. Outra para entrada dos trabalhadores. E uma terceira porta de entrada para o ingresso de familiares, visitas e outras pessoas que ingressam a consultórios externos. A entrada e saída é controlada pelos agentes de segurança. Recebem um crachá de “visitante” quando ingressam, que é devolvido na saída.

5.2.3.2 O térreo

O serviço de pronto-atendimento/admissão fica no térreo, acessível por meio de uma rampa. Na porta de ingresso sempre há agentes de segurança (feminino ou masculino). Do lado direito de entrada encontra-se o pessoal de admissão, responsável por registrar os familiares da paciente. No lado esquerdo, um corredor com cadeiras, onde as pacientes aguardam atendimento, e um bebedouro. Há ainda vários ambientes, como três consultórios, sala de cardiopatia, câmara escura, radiologia, sala de funções vitais, sala de enfermagem, sala de acadêmicos, ambiente para pacientes em observação com três leitos, com cadeiras e mesas, biombos e cortinas de cor creme entre um e outro leito. Os sanitários dos funcionários localizam-se no final do corredor, onde se avistam quatro macas e cadeiras de rodas. Todos os ambientes são bem iluminados e as paredes brancas exibem trabalhos apresentados em congressos de ginecologia pelos colaboradores da instituição, além de cartazes com a sua missão e visão do hospital.

Consultório Ambulatorial: pela entrada da porta principal, atravessa-se a porta de pronto-atendimento, ou seja, o prédio principal. Indo mais ao fundo, à direita, observa-se o ambiente de triagem e, ao lado, as mulheres grávidas de alto risco esperam sua consulta de pré-natal. Avançando no sentido do final do corredor, uma passagem leva ao consultório ambulatorial; ao lado direito, notam-se três ambulâncias e os carros dos funcionários estacionados. À entrada do consultório há um sofá, um lavatório de mãos e uma sala do assistente social. Ao lado encontra-se o ambiente onde são reunidos os pais para que recebam as orientações informativas de cuidado com o bebê. No ambiente existem 20 cadeiras e duas camas para avaliação dos bebês. No lado esquerdo há um bebedouro com copos. Ao lado, perto da janela, há uma mesa com uma cadeira do pessoal técnico de enfermagem, de cor branca, além de um

lavatório, sabonete líquido e papel toalha. Do lado há uma mesa com cadeira da enfermeira, sobre a mesa ficam as fichas das crianças, canetas, fraldas descartáveis, termômetro. Na parede de trás, vê-se um mural repleto de fotos coloridas de bebês. Também há uma balança, duas camas, um estadiômetro para bebê, um tambor cirúrgico com gaze estéril, algodão e álcool. O acesso aos dois primeiros andares se faz por escada ou elevador, este último de uso preferencial de pacientes, pessoal de nutrição, entre outros. Os familiares, na hora da visita, fazem uso das escadas.

5.2.3.3 O que temos no primeiro andar

No primeiro andar encontra-se um centro de parto natural, que conta com três suítes do tipo pré-parto, parto e pós-parto (PPP). A ala diferencia-se por uma porta azul, que permanece encostada, e onde está afixada uma folha de sulfite com os dizeres: “proibido [sic] a entrada de pessoal não autorizado”. Um agente de segurança fica sentado em frente ao corredor de entrada. No primeiro ambiente, localiza-se o vestiário do pessoal, com armários onde podem guardar suas bolsas, um sofá, um televisor e uma copa. À esquerda há dois ambientes, cada um com cama (para repouso do pessoal de plantão noturno) e também banheiro para os funcionários, além de um escritório da enfermeira de plantão. Há ainda armários com vários documentos. No corredor encontra-se um bebedouro, uma mesa com uma cadeira, uma caneta e um livro de registros das pacientes que ingressam neste setor. Todos os ambientes são de cor creme. Cada uma das salas de parto tem banheiro próprio, chuveiro, lixeira e bola de parto. Há uma cama de parto de cor cinza com suporte de pernas e, na parte inferior, há uma bacia prateada. Uma escadinha de dois degraus ladeia a cama, cuja cabeceira é guarnecida por equipamento de oxigênio e um tensiômetro preto.

Numa esquina da sala há um sofá negro. Compõem ainda o ambiente uma lixeira grande com tampa, um armário de cor verde contendo sondas, seringas descartáveis e algodão, além de um carrinho auxiliar de inox, com rodinhas, onde são colocados os instrumentos para o parto. Sobre a mesa descansa o prontuário da paciente, utilizado pelos profissionais. Há luz elétrica suficiente em todos os ambientes. Duas amplas janelas de vidro, protegidas para evitar o ingresso de insetos, têm vista para o corredor de consultórios ambulatoriais e para uma parte do estacionamento dos funcionários. Há uma balança prateada e uma lâmpada que dá diretamente ao berço.

Os ambientes de pós-parto imediato do centro obstétrico contam com banheiro próprio e chuveiro. A cama é grande e possui grade em ambos os lados e uma escadinha de dois

degraus facilita o acesso da puérpera. Uma mesa com rodinhas serve como apoio para os alimentos, a água ou os sucos para a mulher. Um armário abriga roupa de cama, fraldas descartáveis para o bebê e absorventes para a mãe, algodão, gaze, seringas e luvas. Um sofá preto complementa os ambientes, onde as pacientes permanecem até estabilizarem-se suas funções vitais depois do parto. Posteriormente são transferidas para a sala de alojamento conjunto, em cadeiras de rodas, com seus bebês no colo.

O Centro Obstétrico (CO) possui quatro salas de cirurgia e localiza-se no primeiro andar. O acesso é restrito e requer o uso de um privativo verde (avental descartável). Os familiares das pacientes podem adentrar esse espaço, mas por curtos períodos de tempo, ainda que alguns deles até possam acompanhar as parturientes. No corredor há um bebedouro e no *hall* da sala de espera há uma entrada para os sanitários. Ao lado direito, o pessoal técnico de enfermagem dispõe de uma sala de estar. Os colaboradores dessa ala só circulam pelos corredores do CO. Os quartos possuem janelas e são iluminados com luz elétrica branca. Uma equipe de profissionais avalia as pacientes: enfermeiras, médicos, residentes médicos R1 e R2 e às vezes alunas estagiárias de obstetrícia e enfermagem também fazem rodízio por esse serviço. Há um consultório da chefia de plantão. A sala onde ficam as roupas fica do lado direito das salas de pré-parto, com um total de oito leitos, e no lado há um banheiro. Ao final do corredor, uma porta grande com um vidro fosco permite vislumbrar as sombras das pessoas que estão do lado de fora do CO. No interior da sala de pré-parto a mobília é nova, com camas articuladas modernas. Cada leito conta com seu banquinho, luzes brancas e lixeiras.

5.2.3.4 Ambiente de hospitalização: alojamento conjunto

Uma vez que estão clinicamente estáveis, as pacientes passam para o alojamento conjunto localizado no segundo andar. Elas são levadas em macas por pessoal técnico de enfermagem e são recebidas pelos profissionais de enfermagem, que dão um visto no prontuário, e logo são acomodadas no leito. O pessoal de alojamento conjunto sempre é comunicado antecipadamente sobre a subida de alguma paciente.

O elevador, localizado entre o centro de parto normal e o centro obstétrico, é usado para acessar o segundo andar na transferência interna das pacientes em direção ao alojamento conjunto. Saindo do elevador para o lado esquerdo, encontra-se a sala da diretora responsável pelo alojamento conjunto, pelo ambulatório e pelo setor da casa da gestante (ambiente onde ficam as mulheres com ameaça de perda do bebê). Seguindo-se pelo corredor, encontram-se

os ambientes de alojamento conjunto I e casa da gestante. Na entrada há um bebedouro e os quartos da casa da gestante distribuem-se por ambos os lados do corredor, com oito leitos.

O balcão de enfermagem localiza-se no meio do corredor, ladeado por uma copa e um banheiro. Mais à frente, avistam-se os quartos com leitos que pertencem ao alojamento conjunto I. Na entrada dos quartos, do lado esquerdo, há um lavatório de mãos e um banheiro, além de um berço ao lado de cada leito. Na parte inferior dos leitos há uma mesa de refeição com regulagem de altura e inclinação. Na parte superior há uma mesa onde as pacientes descansam uma garrafa de água. A gaveta comumente é utilizada para guardar itens de higiene pessoal das mulheres, ao passo que a parte inferior da mesa acomoda as maletas. Cada leito tem uma escadinha de dois degraus. Todos os quartos possuem janelas de vidro, as quais podem ser abertas ou fechadas e também estão protegidas com tela mosquiteiro. À frente, no meio do corredor, há uma sala com uma mesa, quatro cadeiras, um sofá, um televisor e um banheiro – trata-se da sala de reuniões para residentes. Na ausência destes, a sala é ocupada pelas pacientes para assistir televisão.

Quase no final do corredor há uma mesa com uma cadeira para o pessoal responsável da alta hospitalar das pacientes, aí estão os prontuários e pastas com formulários de indicação médica. Na parede, ao final do corredor, um mural exhibe muitas fotos de mães com seus bebês e os profissionais do serviço.

Os ambientes de alojamento conjunto II são acessados na saída do elevador à direita. Virando um pouco, encontra-se um ambiente onde está o pessoal responsável por imunizações e Fenilcetonúria/teste do pezinho (PKU, do inglês PhenylKetonUria).

Mais adiante, do lado esquerdo, há dois banheiros e um telefone público, que sempre é utilizado pelas puérperas quando desejam se comunicar com seus familiares. No mesmo lado vê-se o escritório do cartório, uma sala com uma mesa, cadeiras e um sofá grande. As mães que recebem alta aguardam o fim dos trâmites burocráticos nessa sala, que também abriga reuniões breves dos estagiários com seus supervisores. Na mesma esquina está o salão de cabeleireiros. Avançando pelo corredor há um bebedouro. Do lado esquerdo do corredor (até a metade de seu comprimento), distribuem-se quartos idênticos aos descritos na ala de alojamento conjunto I.

No meio do corredor localiza-se o balcão de enfermagem, bem de frente para dois quartos, que acabam permanecendo com as portas fechadas para se preservar minimamente a privacidade e reduzir o ruído das conversas que acontecem no balcão de enfermagem, sempre em voz muito alta. Já nos outros quartos as portas sempre estão abertas.

Quase no final do corredor, à semelhança do que se vê na outra extremidade, há uma mesa e duas cadeiras, com prontuários e pastas com os formulários para indicações médicas.

5.3 OBSERVAÇÕES NOS LUGARES DE SOCIALIZAÇÃO

Originalmente planejava-se realizar a observação participante só no ambiente hospitalar, mas no decorrer da pesquisa e durante as visitas às casas das mulheres entrevistadas surgiu a necessidade de conhecer outros espaços que as famílias bolivianas frequentam, seja para realizar compras de produtos originários da Bolívia ou para se confraternizarem.

5.3.1 Os encontros de bolivianos nas feiras da Kantuta e da Rua Coimbra

A convite das mulheres e seus maridos visitei as feiras que reúnem famílias bolivianas em São Paulo. Uma delas acontece na Rua Coimbra, na região do Brás, aos sábados e domingos, quando a Rua é fechada para este fim. De segunda a sexta-feira a venda dos produtos é realizada no interior de locais próprios (lojas). A outra ocorre na Praça Kantuta, no bairro do Pari, aos domingos. A feira na Praça Kantuta acontece desde 2001, já a da Rua Coimbra desde 2003. O nome Kantuta refere-se a uma flor típica do altiplano.

São eventos tipicamente bolivianos, o ambiente é muito familiar, a língua predominante é o espanhol, e mulheres, homens, jovens, crianças e bebês frequentemente usam roupas coloridas para apreciar danças folclóricas, artesanatos típicos e ainda saborear pratos da culinária boliviana. As feiras reúnem também imigrantes de outras nacionalidades e paulistanos que querem apreciar os pratos típicos e o ambiente familiar.

Há venda de artesanatos e alguns jogos. Festas como carnaval, dia das mães, dia dos pais são comemoradas também na Kantuta.

Figura 6: Praça Kantuta, no Pari: domingos de confraternização para a família.



A feira da Rua Coimbra localiza-se próximo à estação Bresser Mooca. Ela é considerada o principal ponto de encontro da população boliviana na cidade de São Paulo, onde se concentram comércios, residências, feira de música, comida típica, entre outros. Aproximadamente 90% dos moradores da Rua Coimbra são oriundos do país latino-americano e a cultura boliviana está estabelecida de maneira sólida no local.

A feira funciona aos sábados e domingos. O dia mais movimentado é o sábado, quando o evento fica lotado de visitantes. Aos domingos o movimento é menos intenso. Há barracas com venda de comida boliviana, algumas delas com comida peruana. Há ainda muitos sucos tradicionais, além de remédios em pomadas e ervas medicinais. Também se encontram diversos tipos de batata, feijão, lentilha, ervilha, milho roxo. Existe uma grande variedade de CDs com música andina, pouca venda de artesanato (sábado) e venda de roupas como camisetas, camisas, vestidos, blusas, calças, sapatos, entre outros. Os visitantes (de outras nacionalidades e também brasileiros) aproveitam para cortar o cabelo, experimentar comidas e compras. Observam-se mães com seus filhos e jovens que realizam cortes de cabelo à moda.

Há muita venda de bebidas alcoólicas. A feira na Rua Coimbra termina por volta das 21h00, mas os bares permanecem abertos até altas horas da madrugada, onde alguns jovens bebem álcool em excesso, por vezes, amanhecendo nas calçadas ou mesmo se envolvendo em casos de violência que levam à morte.

Figura 7: Feira Coimbra: produtos originários da Bolívia e serviços diversificados.



Em muitas oportunidades a pesquisadora foi convidada para assistir ao culto na igreja evangélica e também à missa na igreja católica que ficam na zona do Brás. Diante dos convites reiterados, a pesquisadora frequentou tais eventos algumas vezes, sobretudo, os cultos evangélicos, para conhecê-los e acompanhar a religiosidade das famílias. Na igreja católica as visitas foram mais frequentes aos domingos. Há um grande fervor religioso.

O aniversário da independência da Bolívia também é comemorado. É organizado desde 2007 pelo Consulado Geral da Bolívia em São Paulo e acontece em agosto. A cerimônia de abertura é uma homenagem à Virgem de Copacabana, padroeira da Bolívia, e à Virgem de Urkupiña, protetora dos imigrantes. O intuito do evento é resgatar a cultura e as tradições do povo andino, mesmo longe do país natal. Ao som de ritmos e danças como “diabladas”, “morenadas”, “caporales” e “tinkus”, as apresentações estendem-se por dois dias (sábado e domingo) e famílias inteiras comemoram suas tradições, vestidas com fantasias multicoloridas feitas por elas próprias durante o ano todo. Cada associação, ligada à região de origem de seus componentes, apresenta um grupo de instrumentos e cores próprias.

Figura 8: Festividade da independência da Bolívia.



5.4 AS ENTREVISTAS NAS CASAS

Os critérios usados para seleção de dez mulheres para realização das entrevistas foram: tempo de residência em São Paulo; maior disponibilidade para participar da pesquisa (com entrevistas realizadas, em geral, aos sábados e domingos); idade, número de filhos e condições de trabalho; e por fim, a experiência vivida na atenção de seu parto no hospital e de seu pré-natal no posto de saúde. Três dessas mulheres foram escolhidas também por serem donas de oficinas de costura. Não houve restrição quanto à situação de legalidade ou ilegalidade no Brasil.

As dez entrevistas se realizaram em espanhol. Elas foram programadas para o tempo máximo de 60 minutos; foram gravadas e depois transcritas em espanhol. As entrevistas foram realizadas na casa das mulheres após passadas duas semanas de alta hospitalar. A escolha das casas como local para a entrevista se deu por considerar o espaço com maior tranquilidade, privacidade e sem tempos corridos. Os maridos acompanhavam a maior parte das entrevistas e sempre lembravam a entrevistada quando esta esquecia algum detalhe importante.

Com duas entrevistadas tive que remarcar a data da conversa; com uma delas quatro vezes e com a outra duas vezes. O primeiro caso foi porque o atendimento de seu parto foi com manobras de Kristeller, fórceps e episiotomia. Após alta hospitalar a visitei em sua casa, mas a mesma estava com muita dor e chorava muito ao se lembrar de como tinha sofrido durante o parto. Com a outra entrevistada precisei remarcar porque ela havia se atrasado com a entrega de mercadorias em seu trabalho.

Às vezes a conversa iniciava-se entre os tecidos cortados, fios no chão e o barulho das máquinas. Algumas paravam de costurar e me convidavam a entrar no ambiente onde o bebê estava dormindo e os outros filhos brincando; local onde as conversas transcorriam melhor porque não havia tanto ruído. Com outras entrevistadas as conversas aconteceram na cozinha ou nas escadas. Algumas casas tinham pouca luz no ambiente, com ajuda apenas de uma lâmpada perto das máquinas, pois precisavam de uma luz melhor para costurar.

5.5 ANÁLISES DE DADOS

O tratamento dos dados coletados em campo passou pelo processo de transcrição integral das entrevistas e arquivamento em meio digitalizado. Seguiu-se o processo de análise

indutiva e interpretativa, por meio das leituras e releituras da transcrição das entrevistas visando à elaboração de temas com a observação participante registrada no caderno de campo.

Os dados das dez entrevistas foram transcritas na íntegra em espanhol e arquivados em documentos digitalizados no programa Word. Procedeu-se uma primeira leitura do material digitalizado.

Durante a transcrição do material não foram modificadas as expressões verbais próprias do dialeto aimará e as mesmas tiveram sua tradução para o espanhol confirmada com a ajuda de alguns familiares das mulheres entrevistadas. As expressões verbais em aimará foram conservadas e são explicadas por meio de notas de rodapé, pois davam sentido à narrativa e estavam relacionadas com a temática de estudo. Para favorecer o entendimento do estudo, elaborou-se um glossário com essas expressões.

Todas as entrevistas transcritas foram distribuídas em um quadro – um por entrevistada, de acordo com as questões realizadas e suas respectivas respostas. Este material foi impresso e encadernado, o que permitiu um olhar mais amplo para identificar informações descritas pelas mulheres e por seus familiares e também para um melhor enfoque na temática.

Por fim, o material em seu estado mais compreensível foi relido repetidas vezes. Este processo teve a finalidade de permitir uma familiaridade com o conteúdo digitalizado, verificando-se as semelhanças e as diferenças nas observações participantes e nas entrevistas, possibilitando sua codificação para posterior análise em profundidade.

A codificação de frases e trechos das observações participantes e das entrevistas deu lugar à criação de unidades de significado, as quais foram assinaladas, para sua utilização posterior como exemplificação dos temas.

Após as releituras surgiram os temas que expressavam os sentidos significativos das mulheres, os quais representam amplamente suas experiências de saúde materna na sua cultura, sua saúde materna como imigrantes e suas vivências no processo de cuidado. Também se destacaram questões novas no decorrer do trabalho, como a língua (português), que foi descrita pelas mulheres e seus familiares como um empecilho para uma melhor comunicação.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Realizar este estudo etnográfico demandou a consideração dos princípios éticos de estudos que envolvem seres humanos em determinado agrupamento cultural (ANGROSINO, 2009), como: considerar os informantes sempre em primeiro lugar; salvaguardar seus direitos, interesses e sensibilidades; comunicar-lhes os objetivos da investigação; proteger sua privacidade; não explorá-los e elaborar relatórios acessíveis para eles.

Portanto, as questões éticas desta pesquisa embasaram-se nos pressupostos da Declaração de Helsinki (AMM, 2004), dando o rigor científico e ético à investigação em saúde, por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, e nos princípios do Código de Ética da Associação Americana de Antropologia (AAA, 2009), por serem compatíveis com os princípios e direitos universais.

O projeto de pesquisa foi submetido para avaliação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pelo Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), em São Paulo. Uma vez aprovado em ambas as instituições, a coleta dos dados teve início no HMLMB.

Outro aspecto importante para a realização deste estudo foi o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a confidencialidade dos dados coletados garantida pela Resolução 196/96 da USP (ANEXO 1). Este foi apresentado a nossas informantes por meio de uma leitura pausada e compreensível. Sua aceitação foi assinada no TCLE impresso, que tinha o carimbo e assinatura da pessoa responsável do Comitê de Ética do HMLMB. Uma cópia do termo foi entregue para as entrevistadas e outra permaneceu com a pesquisadora.

Os direitos dos informantes e a proteção de sua privacidade foram considerados também nesta pesquisa, pelo que consideramos a identidade de cada uma delas substituindo seus nomes verdadeiros por nomes fictícios no momento das transcrições da entrevista e também dos relatos das observações no HMLMB. As imagens utilizadas tiveram anuência das mulheres.

6 ETNOGRAFIA DE UM COTIDIANO HOSPITALAR

Dias antes de começar a coleta de dados no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), o pessoal do Comitê de Ética enviou um e-mail dizendo: “está confirmada uma reunião com as diretoras Maria Auxiliadora e Maria Tavares, para quinta-feira, às 14h00, quando chegar peça na portaria para ligar no ramal 301 ou 308, para que elas a autorizarem a subir”.

O encontro foi amigável e cordial. Ambas as colegas, enfermeiras, desde o primeiro momento se disponibilizaram a facilitar o trabalho no tempo que duraria a pesquisa. Nessa ocasião foram coordenados os dias e horários em que eu estaria no HMLMB. As responsáveis pelo serviço recomendaram usar uniforme de enfermeira (calça ou saia, blusa e sapatos de cor branca). Nesse mesmo dia recebi o crachá que dizia “Pesquisadora USP”, e iniciei assim com a importância do distintivo (uniforme), que ajudou a diferenciação entre pacientes e “pessoal de saúde”, embora achasse que no dia a dia o entendimento e as boas relações fossem mais relevantes.

Antes de iniciar a pesquisa, era importante que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido estivesse com o carimbo de “aprovado” pelo Comitê de Ética do HMLMB (ANEXO 2).

Entre os meses de fevereiro e outubro de 2013 comecei as visitas de coleta de dados no HMLMB, na casa das famílias, e em alguns lugares onde geralmente bolivianos (mas também imigrantes de outras nacionalidades) vendem produtos de seu país. No trabalho de campo foi possível acompanhar e conhecer o atendimento recebido no hospital, o dia a dia das mulheres e seus momentos em família e com outros bolivianos na “ferinha” ou mesmo nas vendas na rua.

No HMLMB, o acompanhamento foi prioritariamente de segunda a sexta-feira, das 7h30 até as 13h00. Optei ir nesses dias e horários porque permitia observar a atenção oferecida às mulheres: nas salas de hospitalização, na sala de parto e centro obstétrico e no pronto atendimento. Também permitia que eu ajudasse as mulheres, seja na hora de alta hospitalar, preenchendo o formulário para o registro do bebê, orientando, ou traduzindo algo que não conseguiam entender. Os plantões de manhã eram muito movimentados. Às vezes eu ultrapassava o horário porque ficava acompanhando o atendimento de alguma mulher que iria dar à luz e terminava voltando para casa por volta das 15h00 ou 16h00. Plantões pelas noites também foram programados e aconteceram em cinco oportunidades. Aparentemente as noites eram mais tranquilas, pois havia um número menor de pessoas a serem atendidas e as puérperas encontravam-se todas deitadas, algumas delas dormindo, outras não. Consegui acompanhar cinco partos à noite.

No início, a emoção batia forte, perguntava-me como seria esse convívio de segunda a sexta nos serviços que eram de interesse: pronto-atendimento/admissão, centro de parto natural, centro obstétrico, alojamento conjunto I e II. Ainda que não estivesse programado, acompanhei em várias oportunidades o retorno das mulheres ao consultório externo após sete dias do parto para orientações coletivas sobre os cuidados do bebê: cicatrização de umbigo, aleitamento, cólicas, vacinas, ganho de peso etc. E para os pais sobre orientações de métodos de planejamento familiar. O retorno ao consultório externo era marcado no dia da alta hospitalar. O acompanhamento foi às vezes simultâneo nos serviços mencionados, sem tempos preestabelecidos para cada serviço, até porque desejava estar onde algumas das parturientes precisavam de ajuda.

Durante o trabalho hospitalar especificamente acompanhei oito mulheres em pronto atendimento, quinze partos em centro de parto natural, dois partos em centro obstétrico e uma cesárea. Vários dos demais acompanhamentos aconteceram na rota do pronto atendimento, sala de parto, alojamento conjunto e retorno ao consultório externo. As consultas de pré-natal acontecem na maternidade quando são de alto risco. Geralmente, as grávidas se cadastram no posto de saúde perto de suas casas onde realizam seu pré-natal e recebem orientações que para dar à luz devem procurar um hospital ou maternidade perto de suas casas. Só tive a oportunidade de acompanhar uma das grávidas ao posto de saúde e outra ao hospital.

Desta vez não naveguei em canoas para me encontrar com meus informantes de estudo como foi no mestrado. Tinha uma sensação de estranheza, porque o lugar da pesquisa para mim era um lugar desconhecido e a sensação de ser imigrante (ainda que em outra condição) apresentava-se também com força. Minha origem peruana parecia também causar estranheza nos profissionais e pacientes, já que eu estava fazendo um trabalho de pesquisa com bolivianas.

Foi às 13h00, em uma quarta, quando apareci na porta de entrada com toda a emoção de iniciar meu trabalho de coleta de dados. Nesse dia tive problemas com o crachá, que deveria ser colorido (informação veementemente repetida pelo segurança). Telefonei para uma e outra pessoa da enfermagem, mas ninguém atendia o ramal porque era hora de almoço. Com paciência, só havia que esperar. Mas depois de 2 horas consegui conversar com a responsável do Comitê de Ética, que explicou para o segurança que a tinta colorida estava em falta, razão pela qual o crachá tinha ficado em preto e branco.

Neste dia eu aproveitei para conhecer o pessoal de plantão do pronto-atendimento e todos nos cumprimentamos. Conversei mais detidamente com dois deles e logo gentilmente um colega enfermeiro me convidou para tomar um café, já estava me sentindo em casa! Este

processo era importante, porque era preciso levar em conta as relações que seriam estabelecidas com os profissionais em geral.

Rapidamente vislumbrei quatro mulheres em pronto atendimento esperando para serem atendidas. Entre elas duas bolivianas, que estavam sentadas tímidas, com um olhar esquivo e que aparentavam leves contrações. Fiquei uns minutos por perto para cumprimentá-las (em espanhol) e saber se estavam sentindo-se bem e se foram atendidas. Olharam para mim como se dissessem “que bom”. No dia seguinte as encontraria na sala de alojamento conjunto.

Novo dia pela manhã

No dia seguinte, acordei muito cedo e logo saí para o hospital. A vontade de estar face a face com as mulheres, seus bebês e seus familiares era grande. Mas também ficava pensando que tinha que ir devagar e na medida do possível conhecer tudo, para enfim me focar no que era meu objetivo.

Procurei no seu escritório a colega enfermeira Maria, que conhecera no primeiro encontro, e que me levou para visitar a “a casa da gestante”, em seguida me apresentando à supervisora de enfermagem, outra colega enfermeira. Nos primeiros dias percebi que as colegas enfermeiras ficavam um tanto incomodadas com minha presença, porém, conforme os dias se passaram, fui quebrando o gelo e elas passaram a me fazer algumas perguntas como “para que você está fazendo essa pesquisa? O que você está encontrando? Você sabe por que elas vêm tanto para o Brasil?”. Comentavam ainda: “aqui todas quase são bolivianas que chegam para ganhar bebê, em outros hospitais também atendem bastante bolivianas”. Também ouvia que as bolivianas tinham uns costumes “esquisitos”, não gostavam de tomar banho, e as enfermeiras até me pediram para dizer às puérperas que tomassem banho, pelo cheiro que já “não aguentamos”.

Nesse dia, fiquei com uma das tantas mulheres bolivianas que estavam hospitalizadas, essa por um óbito fetal. A mulher de 23 anos, de Cochabamba, tivera uma primeira filha aos 16 anos, estava há quase dois anos em São Paulo. Começou a chorar pela perda que aconteceu, ela queria muito ter esse bebê “esperaba mucho ya estava con ocho meses y dos semanas”, falou. Havia passado por uma curetagem, estava com dor e sentia frio, sentia falta de alguém de sua família porque na maternidade não conhecia ninguém e não entendia o que o pessoal falava. Foi abrindo-se e contando que fazia seis meses que apanhava de seu marido, que sua mãe falava aimará e quéchua e morava na Bolívia. Relatou que não gostava da comida do hospital e que desejava tomar sopas que ajudavam a recuperar-se melhor, tinha

vontade de comer carne de ovelha preparada na sopa e contou que é costume na Bolívia alimentar-se assim por um mês após o parto.

Novas parturientes, novas histórias

Transcorriam os dias e com elas uma história quase igual, mas diferente a cada mulher, pela sua biografia. Muitas preocupações com a saúde delas mesmas e com a de seu bebê que chegou “ao mundo”, sonhos pessoais e também familiares, os problemas de violência doméstica, entre outros. Cada dia conhecia uma nova mulher que chegava ao hospital para ganhar seu bebê. Desde sua chegada pelo serviço de pronto-atendimento, sala de parto, alojamento conjunto, suas dúvidas, suas necessidades mais prioritárias até chegar ao dia de sua alta. Cada ato foi um aprendizado.

Fui conversando com os familiares, de modo geral, durante os dias em que ficavam hospitalizados. Os companheiros ficavam com vergonha (eles achavam que eu trabalhava no HMLMB), mas depois as conversas tornavam-se mais fluidas e a confiança aumentava. Encontrei casais chorando pelas dúvidas, pelos medos ou simplesmente pela falta de comunicação. O pessoal da instituição não explicava o que estava acontecendo ou, quando explicava, elas não entendiam quase nada sobre sua evolução e a de seus bebês. Aflição semelhante acometia as mulheres quando seus bebês eram colocados no banho de luz, quando alguém tirava uma amostra de sangue do seu pezinho ou quando alguns dos profissionais eram grosseiros com elas – algo que elas percebiam observando os gestos e atitudes diante delas¹².

A empatia com as mulheres e seus familiares foi rápida, parecia que nos conhecíamos há muito tempo. Nessas ocasiões elas me contavam seus costumes e suas tradições, por alguns momentos ficando pensativas, caladas, sem conseguir dissimular a emoção ou a tristeza, ao se lembrarem das coisas boas e ruins e talvez da saudade da família, de quem queriam estar perto.

Durante a pesquisa, orientei parturientes e puérperas tanto do grupo de estudo quanto também de angolanas, chinesas, paraguaias, peruanas e brasileiras. As principais preocupações eram com o parto, a atenção e o desconhecido, como são os ambientes e sua hospitalização. Às vezes, a linguagem oral ficava em segundo lugar, por exemplo, sem saber chinês ajudei uma mãe primípara, que estava desesperada porque seu bebê não se alimentava e chorava de fome: ela tinha leite, mas a técnica inapropriada de dar o peito não dava resultados. Por meio de sinais, consegui ajudá-la a pegar o bebê e a aprender a técnica de colocar no peito para amamentar. Orientei, inclusive, sobre sua alimentação para produção de

¹² Como seus primeiros filhos nasceram em casa, essas mães não conheciam os procedimentos adotados no Hospital. Comentavam que quando observavam que o bebê estava amarelo era preciso expô-lo ao sol.

leite. O marido dessa parturiente também falava só sua língua materna. Essa experiência me fez refletir que nas diferenças de raça, cor, origem, etc. a linguagem se traduz na sensibilidade e solidariedade e que nós devemos ser criativos para nos entendermos uns aos outros, de modo a diminuir os medos e temores que oprimem muitas mulheres neste caso.

Ingressando no pronto atendimento

Quando cheguei ao serviço de pronto-atendimento eram 8 horas e encontrei alunas estagiárias obstetras da USP-Leste, enfermeiras, enfermeiras obstetras, médicos residentes, ginecologistas, senhoras voluntárias e pessoal de serviço. As pacientes que ingressavam eram não só bolivianas como também de outras nacionalidades, entre elas brasileiras. Quando as mulheres entravam no pronto-atendimento colocavam um bracelete de acordo com o nível de atendimento de que poderiam precisar: verde, amarelo ou vermelho. Quando havia alunas em estágio elas se encarregavam do controle das funções vitais e eram chamadas para avaliação pelos residentes.

As mulheres bolivianas sempre pareciam calmas, permaneciam caladas, com o olhar para baixo e se percebia que, entre as dores de parto, por sua cabeça passavam muitas dúvidas. Perguntei a uma delas qual era seu nome e, com a voz baixa, respondeu “yo me llamo Lourdes”. “Como estas?”, e assim perguntei como estava se sentindo e ela teve uma leve contração. Aconselhei que ficasse mais tranquila e logo na sequência o marido dela chegou. Ele estava apresentando os documentos para a ficha de internação e ficou surpreso ao observar a sua mulher conversar com a “doutora Rosário” – todos eles chamam os profissionais de doutora. Nós nos cumprimentamos e depressa ele perguntou o que estava acontecendo com sua mulher. Os maridos sempre ficam nervosos, talvez mais que a parturiente, pois têm medo que aconteça algo com sua mulher ou com o bebê, porque se referem a experiências vividas na mesma maternidade por outras mulheres conhecidas. Muitas foram mal tratadas por não entenderem o idioma, por não responderem quando questionadas pelos profissionais ou, como alguns dos profissionais dizem, “as mulheres bolivianas ficam caladas e não respondem, só inclinam a cabeça para baixo”. Há diferentes opiniões quanto ao HMLMB. Algumas das parturientes reproduzem comentários de outras mulheres bolivianas com quem trabalham e referem que a atenção era melhor antes. Outras receberam conselhos de como atuar na hora do parto:

Ah, na oficina [costura] me falaram que não grite porque os doutores não gostam, que tinha que aguentar as dores, quando chega a dor forte

[contrações] é melhor ficar aguentando, porque não todos os profissionais tratam bem, alguns são bons, outros ralham com a gente, não respondem e nem explicam, parece que não somos pessoas que precisamos de respeito, porque às vezes são intratáveis, nos deixam assim com dúvidas (Caderno de campo).

Percebi que é necessário tempo e esforço para estabelecer a comunicação, o que abre a porta da empatia. É isso o que fiz e começava a abrir o diálogo como pesquisadora, porque era importante ter a confiança para que me permitissem entrar e estar perto na hora de serem avaliadas ou atendidas no seu parto.

Esse primeiro passo no pronto-atendimento é assim. Mas isso vai aumentando ao encontrar-se com o desconhecido, e a pior coisa que passa pela cabeça das mulheres e de seus familiares é o medo de perder a vida, um sentimento muito forte, pois não se sentem seguras por estarem na maternidade.

Narrando a vivência no pronto-atendimento

Eram 10h30. A estagiária de obstetrícia foi chamada para controlar as funções vitais de Alê: pressão arterial, temperatura e pulso. A enfermeira perguntou sobre motivo da consulta para a parturiente boliviana. Ela respondeu que não estava sentindo os movimentos de seu bebê como no dia anterior, que já estava com 41 semanas, a cada 15 ou 20 minutos tinha contrações, mas fracas e de curta duração. A enfermeira continuou perguntando sobre dados gerais: “Bebe álcool? Fuma?”, entre outras perguntas.

Posteriormente, pediram que ela escolhesse de uma escala de 0-5, 5-10, 10-15 o parâmetro que indicaria o ritmo de suas contrações. Alê não entendeu e eu expliquei em espanhol do que se tratava. Ela respondeu em seguida, mas acho que apenas porque tinha que dar uma resposta, mas não estava entendendo nada. Pediram que ela esperasse ser chamada pelo médico (residente R1). Passaram-se 25 minutos até que ela fosse chamada ao consultório pelo médico residente – uma médica hostil, sem um sorriso, pouco gentil. Perguntou se eu era familiar da Alê. Falei que não e antes de explicar a razão de eu estar lá ela respondeu que então eu não poderia ficar. Como não olhou para a face da paciente, acho que também não observou meu crachá e tive que mostrá-lo à médica e explicar o objetivo de minha presença. Percebi que ela não gostou que eu estivesse acompanhando a parturiente. O marido de Alê não entrou no consultório e nem perguntaram se desejava entrar.

No consultório eu peguei o telefone de meu bolso para desligá-lo, o que incomodou a médica residente, que exclamou com voz brava: “você vai gravar o quê?”. Respondi que não

ia gravar nada e mostrei para ela meu telefone (um aparelho que só dá para receber e fazer ligações, não tem nem câmera ou outro aplicativo). Ela quis me intimidar, mas não conseguiu.

A médica pediu para Alê o cartão de pré-natal, mas nem olhou para a face da paciente e falou que “vão realizar um ultrassom”. Alê perguntou para mim o que havia dito e expliquei para ela. Depois de 40 minutos a residente disse para Alê “seu bebê está bem, mas ainda não entrou em trabalho de parto e tem que voltar para casa, e quando sentir dores fortes você volta [para a maternidade]”. A ansiedade de Alê era que acontecesse algo ruim com seu bebê. Ela caminhava devagar e à palpação tinha dor. Era uma barriga muito grande, parecia que era uma gravidez de gêmeos. Como estava perto das 13h00s, eu a acompanhei até sua casa, que fica mesmo no Belenzinho. Ela preferiu ir caminhando e disse “eu devo caminhar para não demorar no parto, porque assim o *wawa*¹³ fica descendo e na hora de nascer é rápido”. Caminhando devagar chegamos a sua casa; ela pediu meu número de telefone e perguntou se poderia me ligar.

O dia seguinte foi mais difícil ainda. Ela voltou ao pronto-atendimento sozinha. Seu marido foi deixar o filho na escola, tinha que comprar fios que estavam faltando para costurar e voltar para casa e cuidar de seu segundo filho, que passara a noite com febre e quase sem dormir pela dor de ouvido (otite). Ela sentia-se cansada, ficara descansando, mesmo assim não estava se sentindo bem, à palpação a barriga doía e ela e seu marido estavam preocupados.

Passou pela triagem para verificar suas funções vitais; foi chamada ao consultório pelo residente, que pediu o cartão de pré-natal dizendo que ainda estava com 39 semanas e deveria esperar até 42 semanas. Alê disse para ele que no posto de saúde onde fez seu pré-natal haviam dito que estava com 41 semanas. Ela questionou o médico residente e ele foi pegar um livro, começou a ler e disse que, segundo o autor, Alê ainda não estava em trabalho de parto. Logicamente nessa hora não era o momento de pegar textos, mesmo sendo considerada a mulher boliviana como alguém que não sabe e não entende nada, eu diria que elas sabem e muito. Ele pediu para Alê tirar a calça e subir na cama para ser avaliada. Nesse momento abriram a porta. Era o chefe dos residentes que disse para o médico: “venha, cinco minutos para terminar de avaliar a paciente, você deixou aqui [no pronto-atendimento] a paciente que está com hemorragia e hospitalizou a paciente que ainda não era para ser hospitalizada, venha resolver isso”, e saiu falando.

Alê ficou deitada com as pernas penduradas. Passaram-se uns três minutos e pedi que descesse e colocasse sua roupa e ficamos esperando no consultório. Passaram-se 30 minutos, perguntamos pelo residente e não obtivemos resposta. Uma técnica de enfermagem sugeriu

¹³ Significa bebê

esperar no consultório. Era meio-dia e meia e Alê estava com fome; ofereci uma bolacha. Perguntei no balcão de enfermagem pelo médico residente e a resposta foi que estava avaliando uma paciente que precisava ser hospitalizada. Aproveitei para ver a possibilidade de trazer almoço para Alê, mas uma das colegas enfermeiras respondeu que eu ficasse tranquila, pois iam providenciar. Passadas 2 horas e meia de espera chegou o médico residente. Alê reclamou porque chegou cedo, esperou bastante e estava com fome. O residente lembrou que ela estava com 39 semanas e que “faltava completar” e, segundo o livro, é até 42 semanas, ao que Alê retrucou: “E se algo acontece comigo? O que eu vou fazer?”. O residente respondeu que “Daqui a duas semanas você tem que vir para induzir seu parto” e saiu falando rápido, dizendo para Alê que devia ir para a outra salinha, onde iam escutar os batimentos do coração do bebê. E isso foi tudo. Nem a avaliou. Era quase 14h00, acompanhei Alê até sua casa, orientando-a a voltar para a maternidade caso sentisse qualquer dor ou mal-estar. As contrações eram fracas, mas ela sentia-se cansada.

No dia seguinte, Alê foi ao posto de saúde para conversar com o médico que acompanhava seu pré-natal. Ele teve que explicar que deveria ir à maternidade para ganhar o bebê, mas se não fosse atendida, que voltasse para o posto de saúde para pegar uma folha de referência e assim pudesse ser atendida. Então só tinha que esperar as dores mais fortes.

Visitei-a em sua casa e ela disse-me “em nossa cultura boliviana caminhar faz bem, se eles [profissionais] não atuam, eu que vou fazer, sabe? Eu não vou esperar porque já vi experiências de bebês que morreram de minha cunhada, morreu porque fez cocô”. No mesmo dia sentiu que as dores aumentaram e como na maternidade diziam que as dores deviam ser “fortes” para ser atendida senão voltaria para casa, esperou até o último momento, quando as contrações eram mais contínuas. Às 2h00 da manhã foi à maternidade, quando estava com oito de dilatação (de acordo com o prontuário). No dia seguinte eu a encontrei no alojamento conjunto.

Hospitalização

Quando as condições de saúde da mãe e do bebê são favoráveis, em 48 horas elas recebem alta. Algumas mães ficavam entre quatro e cinco dias quando referiam algum mal-estar depois da cesárea ou do parto com ajuda de fórceps. Outras exceções correspondiam a algumas mães que ficavam por mais uns dias porque o bebê precisava tomar banho de luz, algo comum nos bebês de mães bolivianas. Durante esse tempo de hospitalização eu as consultava sobre a possibilidade de marcar visita nas suas casas.

A maioria pedia para esperar que chegasse o marido, na hora de visita (11h00 às 16h00), e eles amavelmente aceitavam. Combinávamos então data, hora e eles até indicavam qual ônibus pegar e davam as coordenadas de como chegar.

Lembro-me de algumas das mulheres que foram acompanhadas à maternidade pelos patrões. No início, as parturientes não queriam falar nada, logo quando os patrões saíam elas comentavam que ficavam trancadas no trabalho com chave. Com seus maridos acontecia o mesmo. Essa era a razão pela qual não aceitavam ser visitadas, mesmo desejando participar da entrevista.

Na hora da alta hospitalar, as mulheres recebiam um atestado médico, mencionando que “deverá afastar-se do trabalho por um período de 120 dias” (ANEXO 3), mas o que se observou é que essa informação não chegava a todas as pacientes, só algumas eram orientadas que “isso é atestado de repouso”. A maioria recebia o documento e guardava. Algumas delas perguntavam “para que é isso?”.

Quando perguntava quanto tempo iam repousar em casa, a maioria delas respondia que talvez uns três dias, cinco dias, outras um máximo de uma semana; esse tempo era uma probabilidade porque o que mais lhes preocupava era reincorporar-se quase de imediato ao trabalho; caso contrário, perderiam a vaga. A necessidade de ganhar dinheiro também era premente. Durante as visitas que realizei a suas casas, confirmei que as famílias que são donas das próprias oficinas estão dedicadas ao cuidado do bebê por um período maior de cerca de 30 dias. Por exemplo, Patty, Margara e Karina (com oficina de costura própria) se incorporaram às tarefas diárias (costura e afazeres da casa) quando seus bebês cumpriram os três meses de idade; mesmo assim não chegaram a ficar afastadas pelo tempo indicado no atestado.

Percebi que a principal barreira é o idioma. Muitas das parturientes bolivianas viviam há vários anos em São Paulo e ainda passavam pela dificuldade de entender e falar o português. Isso porque a convivência restrita às oficinas de costura (com falantes de aimará, quéchua e espanhol) impedia que elas praticassem o idioma português, tal como elas mesmas reconheciam.

A maioria aqui falamos aimará nas oficinas [costura], aimará é mais falado porque todos quase vêm do campo [zona rural] e falamos aimará, outros que nasceram na Paz falamos espanhol, que também falamos, e aí não há como aprender português, não há como. Por exemplo, aqui [posto de saúde e hospital] é difícil se você pergunta algo eles respondem: você não entendeu, não entendeu, você não aprendeu português (voz de bravas) assim com força falamos [profissionais] e com isso ficamos assustadas já, com isso me assusto eu, assim te respondem, e então você fica de medo de perguntar novamente (Claudia, 30 anos, 2 filhos).

Às vezes quando são de Sucre [cidade na Bolívia] eles deixam-se entender melhor no português e também aqui [São Paulo] são melhores tratados

porque são diferentes mesmo, mas a maioria [de outros lugares da Bolívia] os que somos do campo [zona rural – sorriso] não entendem e nem podem falar português e aí te ignoram e nem tratam de te dizer nada, acho que eles [profissionais] têm raiva que não fales, que não possa explicar ou que não entenda o idioma. O idioma é forte [barreira] para entender-se e aí eles já te olham mal (Rosalina, 23 anos, 3 filhos).

Durante a pesquisa no acompanhamento das parturientes encontrei uma pequena porcentagem que fala e entende português, mas para a maioria, mesmo que já more em São Paulo há alguns anos, o idioma continua sendo um limitante.

Figura 11: Número de parturientes observadas, por tempo de moradia em São Paulo, Brasil.
São Paulo, 2013.

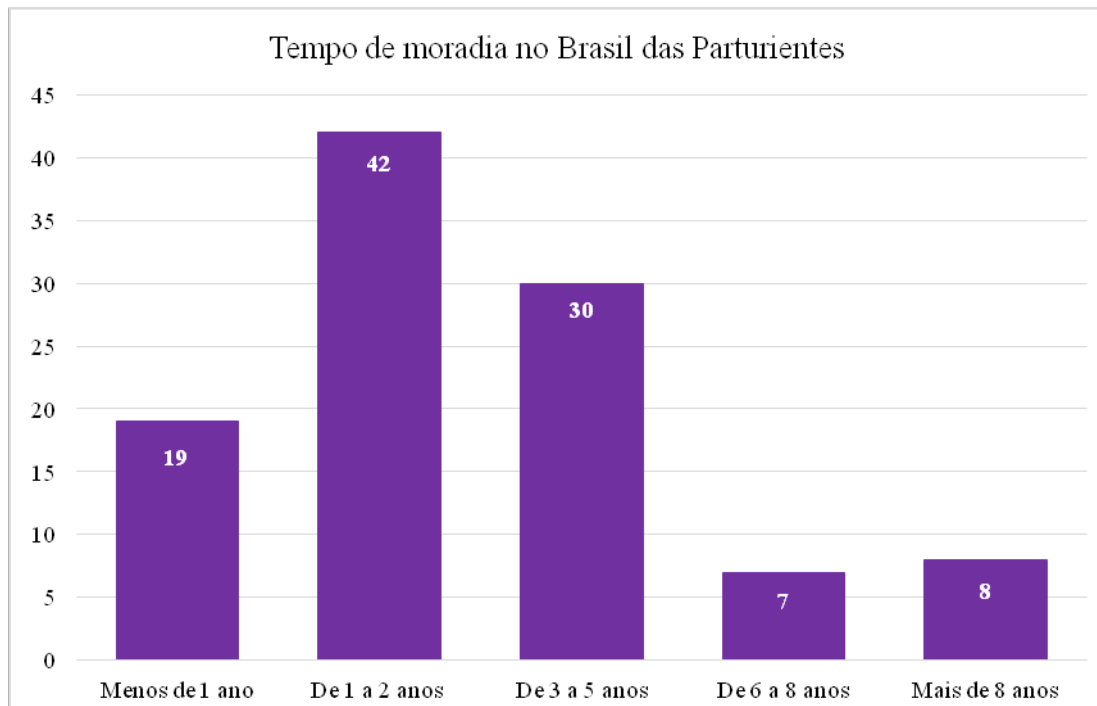
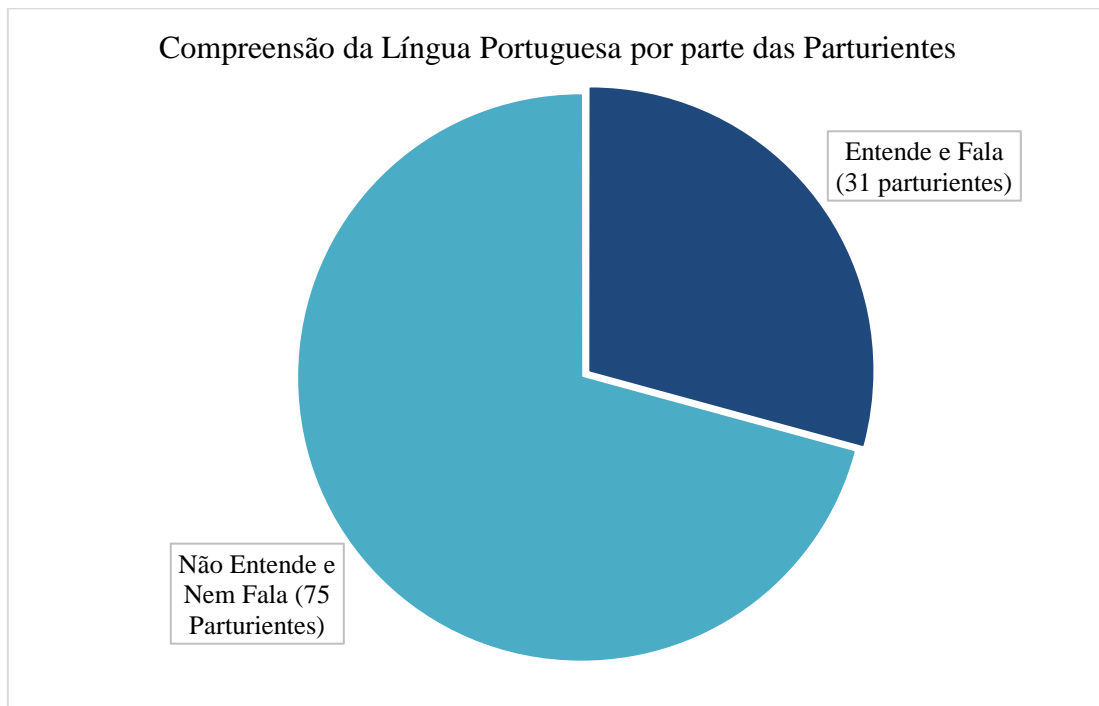


Figura 12: Distribuição das parturientes observadas, por compreensão da língua portuguesa. São Paulo, 2013.



Há referências de que, em 2005, médicos, enfermeiros, psicólogos, voluntários e assistentes sociais receberam aulas de aimará: “O curso de aimará (idioma falado em países latinos como Bolívia, Chile, Peru e em algumas comunidades argentinas) foi realizado em parceria com o Consulado da Bolívia” (ZANELLI, 2008). Durante a pesquisa, alguns profissionais comentavam dessas capacitações, mas não encontrei ninguém que tivesse participado dessas aulas. Talvez algumas pessoas tenham se aposentado ou saído do hospital por outro motivo. Todavia, essas capacitações deveriam ser retomadas a fim de minimizar as barreiras de comunicação entre paciente e profissional, já que é grande a quantidade de parturientes falantes de aimará que vão ao HMLMB. Essas barreiras permanecem e são relevantes ante as confusões que se dão para que as partes se entendam.

Acompanhei em uma das ocasiões as avaliações dos recém-nascidos, inclusive com o pessoal de fonoaudiologia, que neste caso avaliava a capacidade auditiva de um dos bebês. Retirei-me brevemente do quarto para ajudar as mães do banco de leite e, de volta, encontrei-me com a fonoaudióloga no corredor, que me pediu para explicar à mãe do bebê que não deixasse de continuar com as avaliações do bebê após a alta hospitalar, porque “pelo momento não há problema com o bebê, mas ela tem antecedentes do tio, que é surdo”, falou-me a profissional. Voltei para o leito e perguntei a respeito, a mãe ficou assustada,

respondendo para mim: “Sim, a doutora perguntou se eu tinha algum familiar *zurdo*¹⁴ [‘canhoto’, em português] e falei que sim, porque meu tio é”. Não consegui conter a risada e tive que dizer que tinha havido uma pequena confusão. Procurei a profissional para explicar a respeito, ela deu risada e ficou envergonhada. Em seguida, voltou ao leito para desculpar-se com a mãe.

O plantão noturno: complementando o olhar do cotidiano hospitalar

O primeiro dia de plantão noturno chegou. Seria preciso enfrentar um metrô e trem lotados para chegar ao meu destino, que era a estação Belém. Não sabia como seria essa noite com os profissionais de plantão. Por fim cheguei à estação onde tinha que descer. Eram 18h30. Muitas pessoas subiam e desciam as escadas. Ao terminar de descer, uma fumaceira pelo ar: eram os carrinhos que vendiam pipoca e cachorro-quente nesse horário.

Apesar de ver muitas pessoas transitando pelo lugar, eu tinha um pouco de medo. Alguns quarteirões eram escuros. Além disso, tinha que passar pelo prédio onde dias antes haviam atirado em um jovem à queima-roupa durante um assalto. Ele residia nesse edifício e teve seu telefone roubado no episódio. Entre o medo e as ruas escuras, cheguei ao HMLMB.

Eram 18h45, na porta de entrada havia três pessoas da segurança (duas mulheres e um homem). Ingressando pela porta de emergência encontrei dois homens bolivianos, suas esposas haviam subido para a sala de parto. Quando cheguei à sala de parto encontrei a enfermeira-chefe e a enfermeira de plantão da tarde; ambas estavam atendendo um parto. O pessoal de plantão da noite chegou. A enfermeira-chefe me apresentou à enfermeira obstetra e ao pessoal técnico de enfermagem. Elas foram muito amáveis e me convidaram para tomar café, para assistir televisão, até me mostraram uma sala para descansar. Às 22h00, acompanhei a paciente que havia ganhado bebê até o alojamento conjunto II.

Na outra sala havia outra paciente em trabalho de parto, estava só; depois chegou sua cunhada. Morava em São Paulo há três meses, tinha 21 anos de idade e era primípara. Contou que morava na Vila Maria Alta e que sentia as dores desde cedo. Fiquei conversando com ela enquanto a acompanhava. Às 21h00 ela foi avaliada pela enfermeira obstetra, a quem a parturiente perguntou “que hora vai nascer meu bebê?” e a resposta foi “ainda falta”.

À meia-noite a enfermeira pediu que ela entrasse no chuveiro para tomar um banho morno por 30 minutos. Ela resistiu, pois não tinha esse costume, mas logo entrou no chuveiro, com muita desconfiança, por insistência de sua cunhada. Ela ficou com medo que o trabalho de parto não avançasse e preferiu sair e caminhar no quarto. À uma da madrugada foi avaliada

¹⁴ Em espanhol, a palavra *zurdo* significa aquele que usa a mão esquerda, ou seja, canhoto. Já *sordo* é aquele que não ouve bem, ‘surdo’, em português.

novamente e a colega enfermeira estourou a bolsa de líquido amniótico, referindo que a dilatação estava em quase oito centímetros. Avaliou os batimentos cardíacos do bebê e controlou a pressão arterial da parturiente. Logo colocou um soro (para acelerar o parto).

Permaneci ao lado da parturiente, realizando massagens nas costas e ajudando para que fizesse exercícios na bola. Ela chorava, gritava, dizia que a dor era muito forte e que ela não aguentaria. Estava cansada e quase querendo dormir, quando havia contração ela se apoiava em meu ombro, de um lado, e no ombro de sua cunhada, do outro lado. Pedia para ajudá-la. Dava para observar que cada contração era uma dor muito forte.

Passaram-se aproximadamente 2 horas e realizou-se outra avaliação. Por fim, às 5h30 nasceu seu bebê. Ela estava muito cansada e, depois do parto, adormeceu. Foi realizada a episiotomia, mas não informaram à paciente que iriam fazê-la, só quando a costuravam, em cada colocada da agulha ela se queixava e abria os olhos por um momento. A cunhada telefonou para sua família para dizer que já nascera a *wawa* e tudo estava bem pelo momento.

Sala de parto

A equipe dos plantões era composta pela enfermeira obstetra e pelo pessoal técnico de enfermagem. Também havia alunas fazendo estágio supervisionado pela professora, que aproveitavam a oportunidade de acompanhar a parturiente para medir funções vitais, conversar, etc.; outras tratavam de convencer as mulheres a fazerem exercícios na bola. As estagiárias eram solicitadas a colocar as luvas para realizarem o exame vaginal, geralmente depois que a professora já o havia realizado. A chefe da sala de parto estava sempre presente nos plantões da manhã e parte da tarde. Inclusive, sempre ficava supervisionando o trabalho das colegas e até tratava de atender aos partos de algumas grávidas. Quando comentavam que “segue igual a dilatação”, sempre respondia “vamos esperar uns minutos mais”. Mas, na maioria das vezes, terminava colocando oxitocina.

Houve um caso em que a parturiente iria dar à luz pela primeira vez e “aparentemente sua dilatação não avançava”, segundo dizia a enfermeira que realizava os toques vaginais. Ela havia entrado 10h30 da manhã. As avaliações continuavam. Às 15h00, a enfermeira comunicou à chefe que “a mulher está cansada e sua dilatação está quase igual”. Recebeu oxitocina. Era possível perceber que as dores eram fortes. As estagiárias estavam presentes neste dia e todas se concentraram para dar apoio emocional à paciente. Além disso, também chegaram os médicos residentes. E, claro eu que fiquei parada na porta. As estagiárias foram embora, ficando apenas a irmã da parturiente. Esta chorava pela dor que dizia ser intensa. Pediram à paciente que subisse na cama para que realizassem o toque vaginal e também para

a escuta dos batimentos cardíacos. Diziam que os batimentos cardíacos do bebê estavam bem. E assim foram repetindo os procedimentos de toque vaginal até que informaram à paciente que faltava pouco para o nascimento do bebê. Logo depois a paciente disse que precisava fazer cocô. Pediram mais uma vez que subisse na cama, que abrisse as pernas e realizaram o novo toque; pediram que quando sentisse dor forte (contração) puxasse. Ela ficou bastante tempo deitada e reclamava que não sentia suas pernas (pela posição). Ela dizia que doía muito e que não estava aguentando. Logo pediram para que sua irmã ajudasse a empurrar a barriga de forma que o bebê pudesse “descer”. Mas a irmã não fazia com tanta força e comentou comigo “isso não é bom porque está machucando o bebê”. Finalmente, realizaram o corte de episiotomia, o técnico de enfermagem empurrou a barriga da mulher e o bebê finalmente saiu. O bebê começou a chorar. Colocaram-no em um berço com luz, secaram o corpo, pesaram, tomaram a temperatura e mostraram para sua mãe. Ela estava muito sonolenta. Perguntou pelo sexo do bebê. Estavam realizando a episiorrafia e o bebê ficou no berço. Depois a puérpera foi levada ao leito de recuperação e, após 2 horas, para o alojamento conjunto.

No dia seguinte, a colega enfermeira estava brava por conta da nossa presença no dia anterior na sala de parto. Quando eu cheguei ao corredor ela me disse: “[...] o que tudo mundo fez ontem não é bom, todos estavam incomodando a mulher que não avançava sua dilatação; espero que não se repita numa próxima”.

Dificuldades no aleitamento materno

Um grupo de profissionais atua no Banco de Leite Humano (BLH), onde promove e apoia o aleitamento materno, auxiliando na sua manutenção principalmente em puérperas que não podem amamentar seus filhos. No decorrer do trabalho de campo observei que, num primeiro momento, esses profissionais apoiavam as puérperas para estimular a lactação dos bebês, e que algumas delas tinham dificuldade para amamentar, sobretudo, as que haviam passado por uma cesárea.

Os profissionais orientavam sobre a forma de pegar o bebê no colo e colocá-lo ao peito. A técnica errada às vezes não permitia a sucção correta, por exemplo, quando a boca do bebê não cobria toda a aréola, a mãe sentia dor ao amamentar o que piorava quando ela tinha que fazer a ordenha. Nesses casos, com a constância de ensino por parte dos profissionais a mulher conseguia amamentar. Com o pessoal do BLH também consegui colaborar para melhorar o aleitamento dos bebês. O folheto em português “Dicas para o sucesso do aleitamento materno” (ANEXO 4) era entregue a todas as puérperas. Os companheiros davam uma olhada no material e o guardavam no bolso, sem se apropriarem do tema. Essa também

era a percepção do pessoal do BLH. Dessa maneira e tendo em vista a necessidade de fornecer informações que ajudassem no aleitamento materno, realizei a tradução do referido folheto para o espanhol.

Em geral o folheto contém dicas importantes, mas que as mães bolivianas dificilmente poderão seguir. É o caso da recomendação pelo “não uso da faixa no umbigo”, entre outras ações que talvez sejam pouco adequadas à sua cultura.

Aqui também vivenciei mitos e verdades de algumas mães a respeito do primeiro leite ou colostro. Lembro-me de uma puérpera primípara que estava triste, olhando para seu bebê, que estava dormindo. Perguntei se estava acontecendo alguma coisa com ela, respondeu que não. Conversei um pouco com ela, que então me disse: “eu não tenho leite e meu filho vai morrer de fome”. Seus peitos estavam cheios e pedi para ordenhar e tinha muito colostro, que mostrei para ela, mas respondeu que isso não era leite e sim água (pela cor transparente). Coloquei o bebê para mamar e ele foi muito bem, mas ela continuava dizendo que era água e que, portanto, não era alimento.

Enquanto seguia explicando para ela sobre o que é e o porquê do colostro, chegou o marido (era horário de visita) com uma sacola em suas mãos. Após me cumprimentar, ele falou para sua mulher: “*ya traje la leche para la wawa*” (“já trouxe o leite para a *wawa*”, em português), mostrando um litro de leite ninho. As colegas dos outros leitões deram risada. Fiquei totalmente surpresa e perguntei como ele conseguira passar com o leite, ao que respondeu que “ninguém revistou minha sacola na escada”. Ele não sabia que era proibido entrar com alimentos, frutas ou outros. Enquanto estava dizendo para eles (o casal) que não poderiam dar outro tipo de leite que não o da mãe, uma técnica de enfermagem entrou, também ficou surpresa ao ver o leite e, sem falar muito, pegou a caixinha de leite e saiu falando “você não podem dar esse tipo de leite”. As outras puérperas davam risada pela atitude de haver conseguido entrar com o leite e pela inocência quanto à comparação de “ser o colostro uma água”. Mas depois o casal entendeu e a mulher começou a dar o peito ao bebê.

Essa anedota permitiu que as puérperas contassem situações parecidas e uma delas revelou: “A Joelma¹⁵ não tinha leite e seu bebê chorava, e quando trouxeram o café da manhã, com colher começou a dar de sua xícara a seu bebê”. Outra mulher disse que “mesmo que amamentava, o bebê chorava e não sei como o marido dela trouxe chá e ofereceram ao bebê, ele se acalmou, daí ficou adormecido”.

¹⁵ Uma das mulheres que havia ganhado bebê.

Uma grande ajuda: o enxoval do bebê

De segunda a sexta-feira pela manhã e tarde, encontrava pelos corredores do pronto-atendimento, na sala de parto natural e no alojamento conjunto, senhoras voluntárias com um avental cor de rosa e, entre elas, uma voluntária boliviana que entendia e falava português. A finalidade desse grupo de voluntárias era dar apoio às mulheres e aos bebês com maiores necessidades. Nos ambientes de alojamento conjunto, elas iam de leito em leito perguntando se as mulheres precisavam de algo, algumas recebiam calcinha, chinelo, conjunto de higiene pessoal e também roupa para os bebês. As voluntárias entregavam para as mães bolivianas um enxoval contendo: toalha, meias, cobertor, camisetas, entre outros.

No pronto-atendimento, as voluntárias davam “uma força” para as mulheres, orientavam-nas sobre como proceder e acompanhavam as famílias ao consultório para serem avaliadas; sempre estavam observando as parturientes para oferecer ajuda em caso de necessidade. Era interessante ver como as senhoras se comunicavam de forma lenta, falando português pausadamente com as mulheres bolivianas que não falavam ou entendiam pouco o idioma. A interação das puérperas com a voluntária boliviana era mais extrovertida pela facilidade do idioma. Algumas das senhoras voluntárias contavam que tinham alguma descendência espanhola por parte de algum dos pais ou avós e até se arriscavam a pronunciar algumas palavras em espanhol.

Elas também estavam encarregadas de perguntar às mães ou aos pais sobre seus documentos – no caso das mulheres bolivianas e seus maridos, sobre o Registro Nacional de Estrangeiro (RNE). Caso estivesse tudo certo com os documentos, os casais podiam registrar seus bebês no cartório que funcionava dentro da maternidade, de segunda a sexta-feira, das 11h00 às 15h00. Só tinham que preencher a ficha (ANEXO 5) e podiam ir (ambos os pais) à sala do cartório que funcionava no final do corredor do alojamento conjunto, no segundo andar. O registro podia ser realizado mesmo que a parturiente não estivesse de alta hospitalar. Vários bebês foram registrados. Os pais que não tinham RNE ou cujo documento estava vencido não podiam realizar o registro. Nesse caso, eram orientados a regularizar seus documentos e a recorrer a um cartório perto de sua residência.

Igualmente os bebês de mães menores de idade não podiam ser registrados dentro do cartório da maternidade. A orientação era que fossem até o Consulado da Bolívia em São Paulo para solicitar a documentação necessária e não perder o registro antes dos 30 dias de nascido o bebê, já que passado esse tempo pagariam uma multa.

O programa Mãe Paulistana também funciona na maternidade. Este projeto foi criado pela prefeitura de São Paulo com o objetivo de atender às gestantes e às crianças com até um

ano de idade. A política desse programa é que as mulheres façam um cadastro nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), contando com numerosos benefícios oferecidos pela prefeitura de São Paulo, tais como: consultas mensais, exames de laboratório e ultrassom. Têm direito a bilhete único de transporte gratuito para irem aos exames e às consultas, direito de visitar a maternidade onde vão dar à luz.

Para o cadastro, é necessário possuir o cartão do SUS. Caso a gestante não o tenha, ela pode solicitá-lo utilizando um comprovante de residência e o Registro Geral (RG) ou o Registro Nacional de Estrangeiro (RNE), neste último caso para as mulheres imigrantes. Se a mulher já possui o cartão do SUS, ela é registrada automaticamente no programa.

Um dia depois de darem à luz, as puérperas eram visitadas pela responsável do serviço social para preencher dados pessoais e do bebê; sobre pré-natais, o tempo em que está morando em São Paulo e também sobre renda mensal da família. Em várias oportunidades atuei como intérprete para as mulheres bolivianas. Nos primeiros dias observei que o pessoal encarregado do programa Mãe Paulistana dava um jeito de fazer as perguntas lentamente e como os trabalhadores do serviço social dizia “fazemos união das palavras para entender”, percebi que o pessoal tinha muita paciência com as pacientes quanto à sua dificuldade com o idioma.

Mesmo que as mulheres não tivessem cumprido com o mínimo das avaliações do pré-natal (no mínimo sete consultas), elas receberiam o enxoval para o bebê contendo: uma bolsa, um macacão longo amarelo, um macacão longo verde, um culote amarelo, um culote verde, um “body” amarelo, um “body” verde, um macacão curto amarelo, um macacão curto azul, um casaquinho com capuz, uma toalha com capuz, um cobertor e quatro pares de meias.

Quanto ao bilhete único de transporte, que também é parte do programa Mãe Paulistana, algumas puérperas diziam não o terem recebido, outras mulheres manifestavam que haviam recebido, mas que não havia crédito.

Realce à beleza

No segundo andar da maternidade também funcionava “o cantinho da beleza”, como era conhecido o salão de cabeleireiros. O atendimento acontece as terças e quintas-feiras, das 10h00 às 16h00, por pessoas voluntárias que desejam “deixar mais belas as mães que estão indo de alta [hospitalar]”.

Entre os voluntários conheci um cabeleireiro peruano que mora em São Paulo faz 20 anos e que disse: “é bom apoiar voluntariamente pelo menos uma vez por semana com nossos serviços”. As senhoras voluntárias eram as encarregadas de informar-se no balcão de enfermagem sobre as mães que estavam recebendo alta hospitalar, logo passavam pelos leitos

para convidá-las para irem ao “cantinho da beleza”. As mães que aceitavam e que não tinham com quem deixar o bebê eram auxiliadas pelas voluntárias, que cuidavam do bebê. Durante o tempo que durou a pesquisa observei que só duas mães bolivianas foram ao “cantinho da beleza” para fazer chapinha, ambas moram em São Paulo há mais de 15 anos. A demanda maior era das mães brasileiras. Os cabeleireiros lavavam o cabelo, faziam chapinha e ainda cortavam o cabelo de quem assim desejasse.

Figura 9: Voluntárias do HMLMB.



Nota: Na foto de cima, voluntária boliviana entrega cesta de presente à puérpera no Dia das Mães. No grupo de voluntárias, a maioria é brasileira.

Retorno do bebê aos sete dias

As colegas enfermeiras que desde os primeiros dias apoiaram a pesquisa sugeriam visitar o consultório ambulatorial. Depois de sete dias da alta hospitalar as mães deveriam voltar a este consultório para receber orientações e para que seus bebês fossem avaliados. Este serviço funcionava as segundas, quartas e sextas-feiras com o atendimento de uma enfermeira e um pessoal técnico de enfermagem. A consulta iniciava-se com as orientações oferecidas pela enfermeira sobre vários pontos importantes para o cuidado dos bebês. Havia casais e também mulheres que assistiam sozinhas.

Conforme a sua chegada ao consultório, a técnica de enfermagem ia preenchendo a “Ficha de consulta de enfermagem no primeiro atendimento para RN”, que incluía dados do recém-nascido, antecedentes maternos, entre outros itens sobre avaliação do bebê (ANEXO 6). Quando comecei a frequentar este serviço, conversando com o pessoal técnico de enfermagem, observei que havia limites para ambas as partes (técnica de enfermagem e pacientes) se entenderem. Assim, pediram-me para reproduzir as informações em espanhol. A técnica de enfermagem até treinou, fazendo as perguntas em espanhol para uma das mães bolivianas. Logicamente a pronúncia não era perfeita, mas a mãe boliviana entendia melhor. Esta atitude foi um bom exemplo de quem está interessado em melhorar a atenção às usuárias.

As orientações estavam baseadas em não oferecer chás e chupetas. Entre as mães bolivianas não é comum ver chupetas com seus bebês, porque dizem que “o estômago fica cheio de ar e há deformação dos dentes ou há atraso para começar a falar”.

Havia orientações para diminuir a cólica do bebê, como colocá-lo na barriga da mãe ou na barriga do pai ou colocar um pano morno na barriga do bebê. As mães bolivianas estão acostumadas a agasalhar bastante o bebê. Uma vez que terminam de amamentá-lo, elas continuam com seus afazeres. A orientação sobre “não colocar muita roupa no bebê porque não acordará para mamar” era contrária ao costume das mulheres bolivianas.

Sobre a cicatrização do umbigo, as mulheres eram orientadas a limpar o coto umbilical com cotonete e álcool, e mesmo quando já tivesse caído, a orientação consistia em continuar limpando o umbigo a cada troca de fralda.

A importância de o bebê receber suas vacinas também era reforçada. Indicava-se que já tinham recebido as vacinas de recém-nascido: BCG e hepatites. Igualmente falava-se que se o bebê apresentasse uma cor amarelada, seria necessário expor seu corpo diretamente ao sol por dez minutos, evitando os reflexos com vidro. Um casal brasileiro disse que “o pediatra falou para nós que não pode dar-lhe o sol nos pés do bebê”, e queria saber se o pediatra estava

certo. A enfermeira respondeu que “não há problema se vocês não querem tirar as meias, de preferência deve estar exposto todo seu corpo ao sol, protegendo sempre seus olhos”.

Sobre a importância de planejamento familiar, a enfermeira esclarece que “há um mito que muitas mães pensam que se dão de mamar não há risco de engravidar, reforçando que dá certo quando o aleitamento é exclusivo”. Assim, disse que “recomendo a escolha de um método de planejamento familiar para evitar engravidar muito cedo”, e finalizou.

Uma vez terminadas as orientações, o pessoal técnico de enfermagem pedia para as mães tirarem as roupas dos bebês, deixando-os apenas de fralda. Logo eram chamadas para pesar o bebê e a técnica ia orientando as mães sobre a higiene com algodão umedecido em água, algumas das mães já “praticavam” na hora porque seus bebês haviam feito cocô. No caso das meninas também se recomendava especial cuidado na forma de limpar – em caso de evacuação – para evitar uma contaminação na vagina.

O bebê era avaliado pela enfermeira, que verificava e perguntava sobre a sucção e orientava a mãe sobre a ingestão de líquidos para a produção de leite, entre outras orientações. O importante era o ganho de peso do bebê. Sendo este adequado poderia fazer suas consultas seguintes no posto de saúde mais perto da sua casa. Nos casos em que o bebê não tinha ganhado peso, a mãe era orientada a voltar ao consultório ambulatorial da maternidade; a maioria não precisava voltar, só em casos excepcionais como, por exemplo, gêmeos ou bebês prematuros.

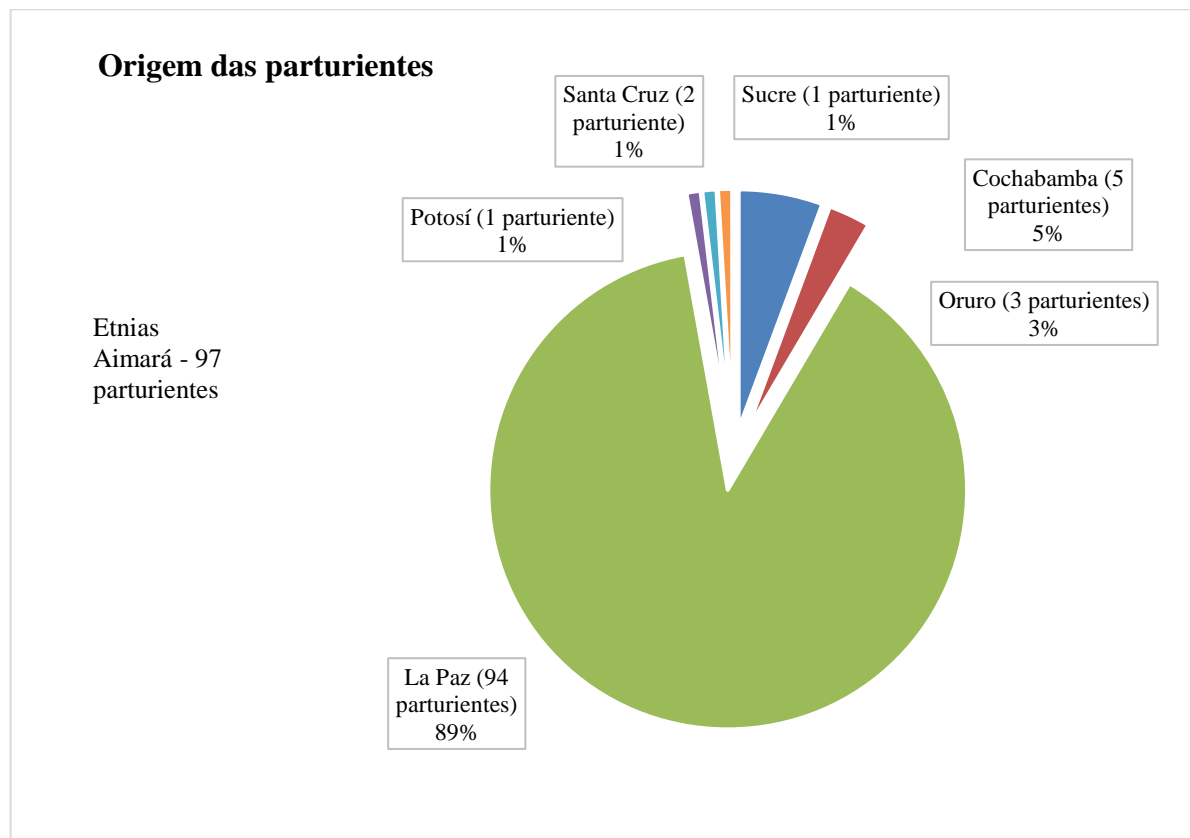
Figura 10: Orientação pós-parto.



7. ENTRE TECIDOS E FIOS

Como dito, para este estudo, foi importante conhecer as experiências das mulheres bolivianas quando procuram atendimento nos serviços de saúde. O registro ao qual tive acesso informava que a maioria das mulheres bolivianas que ganharam seus bebês no HMLMB eram originárias de La Paz, Cochabamba, Potosí, Oruro, Santa Cruz, Potosí, Sucre e provenientes da zona rural dessas cidades.

Figura 5: Distribuição das parturientes segundo origem e etnia. HMLMB, São Paulo, Brasil, 2013.



De um total de 106 mulheres que acompanhei durante a pesquisa dez foram selecionadas para a entrevista. Todas as mulheres estiveram abertas às conversas, nenhuma delas se recusou a participar, mesmo sendo uma delas menor de idade. O grupo das entrevistadas era variado, tinham entre menos de um ano até doze anos de residência em São Paulo. Todas elas trabalhadoras em oficina de costura, algumas dependendo de patrão e outras, que já haviam sido empregadas, tinham uma oficina própria. Uma das mulheres, no

início de sua chegada a São Paulo, começou trabalhando como babá, cuidando da filha caçula de seu tio, mas passou a costurar após ter seu bebê.

Todas as mulheres mantêm um único objetivo, que é o de trabalhar e ajudar seus pais e demais familiares que ficaram na Bolívia.

A seguir apresento um quadro com o perfil das dez mulheres bolivianas que foram entrevistadas, cuja idade variava entre 17 e 42 anos. Todas tinham de um a quatro filhos.

Quadro 2: Caracterização das Entrevistadas.

Entrevistadas ¹⁶	Idade (anos)	Anos em SP	Número de filhos	Cidade de origem na Bolívia
Patty	31	12	3	La Paz
Rosa	42	2	4	La paz
Alê	30	5	3	La paz
Cláudia	30	7	2	La Paz
Eliana	32	7	3	La Paz
Rosalina	23	3	3	La Paz
Margara	36	8	1	La Paz
Karina	23	3	2	La Paz
Sara	28	9m	2	La Paz
Maria	17	11m	1	La Paz

Fonte: Elaboração própria.

Para melhor conhecimento sobre as cada uma das dez mulheres entrevistadas, apresento uma breve descrição das mesmas.

Patty, 31 anos. Começou trabalhando em uma oficina de costura quando chegou a São Paulo, há 12 anos. Sofreu maus-tratos do seu tio, que era dono da oficina de costura onde trabalhava, motivo pelo qual decidiu procurar trabalho em outras oficinas. Foi duro, mas conseguiu trabalho por horas em outra oficina e conheceu o homem que se tornaria seu marido. Com a gravidez não pode trabalhar como antes, “mas foi positivo porque me estava formando mãe e minha responsabilidade era cuidar de minha filha”. Tanto ela quanto seu marido desejavam que o filho fosse um menino. Atualmente tem oficina própria e diz “se queremos descansar descansamos e se queremos trabalhar trabalhamos, sempre claro que minhas contas estejam pagas”. Fala e entende português. O atendimento foi violento, trabalho de parto induzido, toques vaginais repetidos, submetida a fórceps e episiotomia, genitais inchadas, com muita dor e dificuldade para atender seu bebê. Seu marido não entrou na hora

¹⁶ As entrevistadas tiveram seus nomes substituídos por nomes fictícios com vista à preservação de suas identidades.

do parto. Depois da alta hospitalar, foi visitada numerosas vezes pela pesquisadora, que se preocupou com o estado depressivo de Patty depois da experiência nada agradável pela qual passou durante o parto.

Rosa, 42 anos. Dois anos morando em São Paulo. Separada de seu primeiro marido por sofrer muita violência. Chegou a São Paulo para visitar a sua irmã e decidiu ficar para trabalhar. Mora com sua irmã e outros bolivianos. Suas duas primeiras filhas e um filho são jovens e moram na Bolívia. Na oficina de costura conheceu o pai de seu bebê, 12 anos mais novo que ela. Pelo momento diz “estamos contentes e ele me trata bem, vamos ver como é mais para o futuro”. Não desejava ter filho, mas “chegou”. Durante sua gravidez conta que comeu terra e até tinha vontade de comer sabonete. Não conseguiu ter acompanhamento de saúde durante toda a sua gravidez porque às vezes ia ao posto de saúde e demoravam muito para atendê-la. Seu filho nasceu por cesárea, mas ela desejava parto normal. Conta que o parto em casa é melhor porque a família está presente para ajudar e os cuidados são diferentes na maternidade, onde “não lhes importa a dor dos outros”. Não entende nem fala muito o português.

Alê, 30 anos. Cinco anos em São Paulo. Com três filhos não completou seu pré-natal por “medo” de que o pessoal brigasse com ela por estar grávida. O parto foi atendido com fórceps, episiotomia, manobras de Kristeller. A casa (pela família e cuidados) é comparada como melhor que a maternidade para as mulheres darem à luz. Sua percepção é de que alguns médicos não estão preparados ou sabem pouco, porque durante as atenções no posto de saúde durante o pré-natal e no pronto atendimento do hospital quando é avaliada, os médicos sempre consultam livros e demoram bastante. Fala e entende razoavelmente o português.

Cláudia, 30 anos. Desde sua chegada a São Paulo há sete anos, passou por muitas dificuldades com seu filho pequeno, que não foi reconhecido pelo pai na Bolívia. Seu dinheiro foi roubado pelo dono da oficina de costura onde trabalhava. Procurou emprego em outras oficinas que permitissem trabalhar com seu filho, o que foi difícil, mas encontrou. Durante o tempo em que ficou sem trabalho recebeu ajuda de sua cunhada e de seu irmão, com alimentos e algum empréstimo de dinheiro. Em São Paulo, conheceu seu atual marido e engravidou. Posteriormente, seu novo marido reconheceu seu primeiro filho, registrando-o com seu sobrenome. Conta que não queria mais filhos; quando ficou sabendo que estava grávida chorou muito. Sobre o trabalho na oficina de costura disse: “aqui não dormimos, ficamos acordados, só duas horas dormimos porque o dono diz que temos que entregar

serviço [a produção do dial]”. Quando foi ao posto de saúde de Belém para seu pré-natal não quiseram atendê-la. A preferência por filho homem é maior devido ao fato de que as mulheres sofrem muito. Na oficina de costura geralmente falam o dialeto aimará e também espanhol, o que limita o aprendizado de português. Durante seu parto tinha vontade de colocar-se em posição de cócoras para ganhar seu filho, mas não deixaram. Na hora de ser atendida no seu parto realizaram episiotomia. Valoriza o parto em casa e seus cuidados tradicionais durante e depois do parto, que são importantes para a saúde da mulher. Oito dias após a alta hospitalar sua filha ficou internada no Hospital Infantil Cândido Fontoura por uma infecção na pele.

Eliana, 32 anos. Sete anos em São Paulo. Não havia planejado seu terceiro filho. Seu marido a acompanhou na hora do parto. Realizaram manobras de Kristeller e pediram que ajudasse com o nascimento do seu filho. Ela tinha medo de tomar banho e beber água fria por medo do “sobreparto”¹⁷. Quando ordenavam que tomasse banho, ela “enganava”, entrava no banheiro, pegava água e molhava um pouquinho sua cabeça e seu rosto e logo saía. Quando descobriu que no chuveiro tinha água morna, passou a utilizá-la para sua higiene perineal. Não considera a posição de litotomia como a mais adequada para dar à luz, o mesmo valendo para os cuidados que recebem as parturientes, em especial as bolivianas. Ela considera a casa a melhor opção para dar à luz. Fala e entende razoavelmente o português.

Rosalina, 23 anos. Três anos em São Paulo. Diz que “há muita necessidade para trabalhar sem parar e nossos filhos também não são bem cuidados”. Realizou pré-natal poucas vezes, não entendia nem podia falar nada do português. Reparou que alguns profissionais sabem pouco ou têm pouca experiência, já que durante as consultas ficam revisando seus livros. Diz que na maternidade foi bem atendida durante seu parto, mas também reclama dos cuidados e faz comparação com os de seu país. Na maternidade disfarçava que tomava banho. Conta que todos os partos de sua mãe foram atendidos em casa pela parteira. Seu marido não desejava ter mais filhos, ainda assim, ela engravidou para “cobrir o vazio” de sua filha de quatro meses, que morreu quando dormia com seu outro filho de três anos. Ela conta como aconteceu a morte de sua bebê dizendo: “como sempre, eu estava trabalhando e amamentei a minha filha adormecendo no colo, eu já tinha meu primeiro filho de três anos, que também ficou dormindo, levei os dois à cama e deixei dormindo, depois de mais ou menos uma hora fui vê-los e encontrei meu filho deitado sobre o corpo de minha bebê, eu vi que já não respirava,

¹⁷ Infecção puerperal.

saímos correndo para o pronto-socorro e o médico falou que era demasiado tarde. Ela ocupa um lugar em meu coração, um pedacinho de sua voz, de sua carne, a chegada de outro [filho] não muda, sempre há um vazio”. O marido da Rosalina também fala que “não é igual porque outro filho jamais substituirá o que já não está aqui”.

Margara, 36 anos. Oito anos morando em São Paulo. Na Bolívia cultivava nas alturas (chácara) produtos como cereais, tubérculos e ervas, os quais eram levados à venda na cidade. Com esse dinheiro, comprava produtos que não havia no seu “povo”, como macarrões, açúcar, azeite, fósforos, entre outros. Frequentou os serviços de saúde porque ficou doente e não menstruava. Sofreu de dor de cabeça, vômito e não tinha vontade de comer, e diz “fui de hospital em hospital com minha amiga e diziam que tinha dengue, fui para a Santa Casa e a médica falou que era suspeita de dengue, mas não indicou nenhum exame só revisaram meu corpo e me deram remédios [não lembra os nomes de dois remédios], mas não tomei e terminei devolvendo esses remédios. Fui ao hospital da Mooca estava tão mal e aí fizeram exame de sangue e recém descobriram que estava grávida”. Ela e seu marido desejavam ter filho e ela considera que é uma bênção de Deus haver engravidado e seu bebê ter nascido sem problemas de saúde. Sua maior dificuldade é não ter a fluência do idioma português para comunicar-se, “não sabia que dizia o médico”. Na hora do parto seu marido não entrou e ela relata que “a dor era insuportável e queria assegurar-me em alguém de confiança e meu marido não estava”. Em sua opinião, a posição de litotomia não é a melhor para dar à luz, “é melhor posição em quatro”. Durante o parto, realizaram manobras de Kristeller e episiotomia. Tinha muito medo de que seu parto fosse por cesárea.

Karina, 23 anos. Três anos morando em São Paulo. Perdeu um filho, um por desnutrição na Bolívia e um aborto em São Paulo. Seu marido e ela estão felizes por este novo filho e contam que antes se sentiam sozinhos e eram tristes. Relata que em São Paulo sua vida melhorou em algum aspecto, mas continua dura. Só foi ao posto de saúde e ao hospital por causa de sua gravidez e do parto. No posto de saúde demoram no atendimento. Não cumpriu todo o pré-natal (só seis vezes), mas gostou das vezes em que foi à consulta, especialmente por conta dos exames realizados para saber como estava “crescendo” seu bebê. Na hora do parto realizaram episiotomia. Na maternidade nem todos [profissionais] entendem “nossas dificuldades, necessidades e nem todos são bons”. Encontra diferenças entre o parto em casa e na maternidade, sendo o primeiro mais privilegiado. Entende e fala português razoavelmente.

Sara, 28 anos. Chegou há nove meses a São Paulo grávida de quatro meses. Durante a conversa nota-se a mistura de espanhol e aimará. Teve gêmeos. Recorreu ao posto de saúde para o pré-natal quando estava com cinco meses de gravidez, acompanhada de sua tia, depois só foi mais uma vez, sozinha. Ela tinha vergonha porque não entendia nem falava o português. Ficou assustada pela amostra de sangue que tiraram de seu braço, pensava que ia morrer. Duas vezes fizeram ultrassom e na segunda vez ficou sabendo que era “menino” (só um bebê). Estava feliz porque ia ganhar bebê e havia planejado permanecer no Brasil. Só ficaram sabendo que era uma gravidez gêmea na hora do parto. Seu parto foi por cesárea, ela não queria, mas no final aceitou. O pai dos gêmeos (nas conversas pelo telefone com o tio e a irmã de Sara) falou que não ia reconhecer os bebês. A sua experiência durante o parto foi de maus-tratos. Conta que “foi de toques vaginais dolorosos até parecia crucificada” e pela anestesia raquidiana, que só conseguiram colocar na terceira tentativa. Em casa, chora muito, porque já não consegue trabalhar e pergunta “que vou fazer agora sem dinheiro?”. Voltará para seu país. Aqui foi ajudada economicamente pelo seu tio e outros familiares.

Maria, 17 anos. Há onze meses que está morando em São Paulo. Não fez pré-natal. O pai do bebê tem 16 anos. Ela foi trazida da Bolívia por seus tios, que precisavam de ajuda no cuidado de uma filha pequena. Ninguém sabia de sua gravidez. Perceberam que estava grávida quando repararam que Maria sentia muito sono e estava pálida. Ela conta que ficou assustada quando começaram as dores do parto. Seu bebê nasceu por cesárea. Resistia a amamentar seu bebê e não queria ficar com ele, chegou a oferecê-lo para adoção. Durante toda a entrevista foi acompanhada por seu tio.

Descrição das entrevistas

Alguns endereços das entrevistadas ficavam longe e tinha que pegar até duas linhas de ônibus. Atravessei algumas favelas; cheguei a lugares nunca imaginados, alguns bairros que não conhecia. Sempre sentia medo e insegurança, mas no final tudo deu certo.

As entrevistas foram realizadas depois de duas semanas que as mulheres tiveram alta hospitalar, mas para não perder o contato com elas, eu ligava geralmente aos sábados para saber como estava a saúde tanto delas quanto do bebê. Algumas vezes elas também ligavam para pedir alguma orientação sobre o que fazer, por exemplo, quando o bebê estava chorando muito, quando ela estava sentindo seu peito duro e doendo, ou quando foi ao hospital para tirar os pontos da cesárea e não foi atendida. Nesses casos, marcava de encontrar a mulher na

maternidade para falar com o médico ou alguma colega enfermeira no consultório externo e pedir seu atendimento, estratégia que deu certo em todos os casos.

Um dia antes de ir para a entrevista, telefonava para lembrá-las que nos encontraríamos tal como havíamos combinado. Todas as famílias foram receptivas, amáveis, preocupadas para que eu me sentisse à vontade em suas casas, ofereciam algo para beber ou comer, algumas famílias esperavam com almoço típico de seu país, demonstravam muita preocupação, como eles diziam, para que eu me sentisse “como em casa”. Em cada uma das visitas sempre experimentei comidas como o “*charqui*” (carne seca) com milho e batata cozida, queijo e ovo cozido; ou ainda o “falso coelho”, carne de coelho ou carne vermelha que se prepara com um molho com pimenta e se acompanha com arroz. O “*thimpu*” é outro prato baseado em carne com muito molho e pimenta com arroz e batata. Os pães bolivianos são outros atrativos que são preparados em fornos artesanais e podem ser encontrados nas feiras de Coimbra e Kantuta.

De modo geral, as entrevistadas tinham disponibilidade para me receber apenas aos sábados e domingos pela tarde, quando algumas não trabalhavam. De segunda a sexta tinham que entregar a mercadoria para o “chefe” ou dono da oficina de costura. Interrompiam seu trabalho para almoçar e jantar das 12h00 às 13h00 das 18h00 às 19h00, respectivamente.

Antes da entrevista as conversas eram variadas. Muitas queriam saber um pouco sobre a “vida” da pesquisadora, com algumas questões como: “você é casada? Tem filhos? Quanto tempo está aqui [em São Paulo]? Não pensa em ter marido, filhos? Pensa em ficar sozinha? Não teve sorte com os homens? Enganaram-te?”.

Tais perguntas eram respondidas para a família completa. Assim, sem um roteiro elaborado, as mulheres e suas famílias também pesquisavam a pesquisadora. Era agradável escutar suas perguntas e perceber que ficavam mais seguras com quem ia entrevistá-las depois. Lembro que algumas delas brincaram comigo, dizendo: “você deve ir para a Bolívia e namorar com o Presidente Evo Morales, ele é solteiro e você solteira seria bom, ele não tem mulher só tem um filho, mas ele está solteiro”. Todos rimos, mas elas falaram que eu estava rindo porque não estava acreditando.

À explicação sobre o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCL), fizeram questões importantes como, por exemplo, de que maneira o trabalho (pesquisa) ajudaria as mulheres bolivianas? Será que os serviços de saúde (posto e hospitais) passariam a oferecer melhor atenção para elas? Será que as bolivianas seriam menos discriminadas? Será que os profissionais de saúde passariam a respeitar alguns costumes das bolivianas, porque elas não

podiam fazer nada do que sabiam quando iam ganhar bebê? Por que eu, pesquisadora, sendo peruana, me interessei por trabalhar com bolivianas?

Constitui uma grande responsabilidade para mim o fato de as mulheres entrevistadas me verem como uma espécie de porta-voz de suas demandas. Na maternidade era difícil permanecer distante, não compartilhar das alegrias ou, então, não me solidarizar com a decepção e com a tristeza de uma mulher que tinha dado à luz de maneira insatisfatória.

Essas questões foram ótimas, um equilíbrio entre pesquisadores e pesquisados como luzes de interesse em saber o que vem depois de tanta conversa e escrita, talvez com ações mais concretas de mudanças que levem à prática no atendimento a numerosas mulheres e famílias que têm que enfrentar limitações quando procuram os serviços de saúde.

Estimava despende 60 minutos por entrevista, mas sempre era um pouco mais, logo no início da entrevista sempre aparecia algum tema sobre o qual elas queriam falar, como o tráfico de órgãos que estaria acontecendo com familiares hospitalizados: “meu sobrinho foi levado para o hospital de Tatuapé porque estava com febre e dor de corpo, ele não melhorou e em três dias morreu, quando pegamos seu corpo, ele estava sem olhos e com feridas na parte atrás [mostra o lugar dos rins]”, comentou sua tia.

Comentários sobre o roubo e as trocas de bebês também foram comuns: “eu tinha muito medo de que alguma coisa ruim passasse com meu bebê ou até ser roubado ou trocado, isso era minha grande preocupação, porque muitas coisas se escutam o que acontece nos hospitais, aqui na maternidade [Leonor] já escutamos que foi roubado um bebê por uma trabalhadora de aí, por isso queria sair também de alta para voltar a casa”.

Prêambulos lindos abriram a conversa em algumas famílias. Lembro-me do marido de uma delas e de seu sogro, que gentilmente colocaram um filme sobre a exploração de minas onde trabalham crianças, adolescentes e também adultos na Bolívia. Uma realidade dura. Assistimos por uns minutos, mas também o tempo não esperava e nossa entrevistada tinha que preparar jantar, atender seus filhos e seguir costurando, senão perdia a produção. Combinamos que nos juntaríamos outro dia para assistir ao vídeo todo. Eles aceitaram e deixaram uma música folclórica da Bolívia que me fez lembrar minha terra, quando mais jovem caminhava por montanhas na zona andina do Peru.

Assim também a entrevistada e algumas das mulheres que costuravam reparavam em meus brincos, anel, caneta, lápis, que elas achavam “*bien bonito* [‘muito bonito’]”, e eu acabava dando-os de presente. Como não dava presente para todas, pediam-me se eu poderia levar na próxima visita algo parecido a tal objeto de que elas gostavam. Logicamente que levava,

dizendo que era presente de aniversário, mesmo que a data já tivesse passado. A única coisa que não consegui dar às crianças foi o gravador e a câmera dos quais elas gostavam muito.

Ao iniciar as entrevistas, os maridos sempre ficavam junto às mulheres, algumas delas com os filhos no colo, amamentando até adormecerem. Os filhos maiores (5 a 10 anos) iam e voltavam, olhavam o gravador, perguntavam o que era aquilo, ficavam por perto. No final das entrevistas, gravava suas vozes e logo os fazia escutar; eles gostavam e davam risadas ao escutarem sua voz; pediam para repetir.

Os pais também seguravam seus filhos no colo. Conforme fazia as perguntas, os maridos falavam para a entrevistada não se esquecer de contar sobre o modo ruim como fora atendida, sobre como o pessoal de saúde – tanto dos postos como do hospital – pensava que elas não sabiam nada, sobre os exames trocados ou simplesmente perdidos, sobre a demora para ser atendida em consulta com os bebês e ainda sobre os remédios que não faziam bem.

Uma de nossas entrevistadas foi uma adolescente de 17 anos, que engravidou de um dos trabalhadores da oficina de costura, também adolescente, pouco tempo depois de haver chegado a São Paulo. Na maternidade ela rejeitava o bebê, não queria amamentá-lo e repetia que o bebê ia morrer, que queria voltar para casa e que se não recebesse alta ela fugiria. O bebê precisou de banho de luz e por isso precisou permanecer uns dias a mais na maternidade, totalizando seis dias. A mulher não queria comer, dormia muito, quando o bebê chorava ou era necessário trocar sua fralda ela não tinha vontade de atendê-lo. Nesses dias ela perguntou-me “*tú no quieres que te regale [bebê]? [‘Você quer de presente?’]*”.

Para que ela recebesse a alta hospitalar, algum familiar responsável tinha que estar presente, pois o casal era menor de idade. Foi o tio da moça que assinou a alta e que depois devia fazer os primeiros trâmites no consulado boliviano para registrar o bebê. A entrevista aconteceu junto com seu tio, no quintal da casa. O tio ficou a entrevista toda com ela, manifestando ao final que estava descontente pelo fato de sua sobrinha haver-se convertido em mãe tão jovem. Provavelmente ela voltaria para a Bolívia para ficar com seus pais.

Ao final da entrevista, algumas entrevistadas pediam para tirar fotos delas com seus bebês. Essas imagens foram impressas e entregues e as mães ficavam muito contentes.

O contato com todas as famílias bolivianas ficou marcado por um carinho muito especial. Recebi o convite para a festa infantil do filho mais velho de Rosalina, que começava às 16h00, mas ela e seu marido pediram para eu ir por volta das 14h00 para ajudá-los a enfeitar a casa. Às 16h30 os convidados, amigos bolivianos, começaram a chegar, casais com dois, três filhos e casais sem filhos. Pannelas com carne assada de porco, arroz e mandioca cozida; em outra vasilha, salada de cebola para acompanhar a carne assada. O equipamento de

som, com volume alto, tocava música em espanhol, enquanto na cozinha as tias do aniversariante preparavam pipoca. Os copos de gelatina, suco, balas, bolachas e o bolo já estavam na mesa. A pinhata pendurada no teto compunha o cenário de festa com o lindo *aguayo*¹⁸ colorido pendurado na parede e, na entrada da casa, um isopor dizia “Feliz cumpleaños Dieguito”.

Os adultos já começavam a beber cerveja e outras bebidas alcoólicas. As festas bolivianas duram a noite toda. O costume é terminar no máximo às 20 horas a festa da criança, mas daí continua a celebração com os adultos, sempre comemorando a festinha da criança, neste caso. Foi um bom dia acompanhar os festejos de Dieguito. Assim, na convivência proporcionada pelos meses de coleta de dados da pesquisa, ganhei lindos sobrinhas e sobrinhos de coração, amigas e amigos cheios de histórias e saberes populares.

Contexto de violência vivido pelas informantes

Os assaltos e extorsões são frequentes entre os imigrantes da costura, sejam bolivianos, sejam peruanos, sejam paraguaios. No dia 28 de junho de 2013, após um assalto em uma oficina de costura de bolivianos na Zona Leste de São Paulo, uma criança foi assassinada com um tiro na cabeça. Este caso repercutiu muito e passou a sensibilizar a população paulistana (TOMAZ, 2013). O caso aconteceu na época de coleta de dados da pesquisa, sendo muito comentado nos primeiros dias pelas mulheres e suas famílias, tanto na maternidade quanto em suas casas.

Uma coisa que me preocupava era se eu continuaria sendo aceita nas visitas, mas não tive problema algum. Pelo contrário, sempre cuidavam de mim para que não ficasse até muito tarde em lugares isolados, referindo “que não todos [brasileiros] são boas pessoas”.

Os assaltantes sabem que os pagamentos aos trabalhadores costumam ser realizados em espécie. É corrente não ter contas em bancos, devido à dificuldade burocrática (exigência de ser regularizado e ter comprovante de renda e de residência), porque o imigrante simplesmente nunca teve uma conta ou também porque não conhece como fazer o trâmite. A circulação de dinheiro nas oficinas de costura é bastante comum. Logicamente os donos têm maior possibilidade de ter uma conta bancária do que os costureiros. Os imigrantes trabalhadores das oficinas guardam suas pequenas remunerações em papel-moeda. Desse modo, é comum que nas oficinas de costura se guarde regular quantidade de dinheiro e, por

¹⁸ Tecido colorido confeccionado a mão.

isso, se tornam alvos para os assaltantes. Cabe mencionar que a oficina onde morreu o menino de 5 anos fora assaltada pela quarta vez.

As famílias comentavam que os assaltos acontecem não só pelos ladrões, mas também pelos policiais civis, que achacam os imigrantes, ameaçando-os de prisão por crimes. Estes casos delicados precisam ser estudados mais especificamente. Nesta pesquisa não busquei mais detalhes por não se tratar do meu tema.

Violência na escola a seus filhos

Uma outra questão identificada durante a pesquisa foi o *bullying* sofrido pelos filhos dos bolivianos nas escolas que frequentam. Eliana contou chorando sobre sua filha, que estudava em uma escola em Guarulhos e que sempre foi agredida por suas colegas, motivo pelo qual foi levada de volta para a Bolívia:

Quando morávamos em Guarulhos, minha filha estudava perto, numa escolinha, e aí haviam batido nela, os professores sabiam do que estava acontecendo, mas não faziam nada; ela chorava e chorava e não queria ir mais à escola, eu insistia que ela tinha que ir à escola, ela ficava de joelhos chorando e implorando para eu não levar mais na escola, de tal maneira que tivemos que voltar para a Bolívia para deixar ela com meus sogros, agora ela está bem, é mais ela agora, não quer saber mais do Brasil. Nos primeiros dias de haver iniciado os estudos na escola aqui, deram para ela escova de dente, pasta dental, cadernos, até uniforme, e ela não quer nem ver nada de isso, agora na Bolívia está bem, para nós, pais, [o marido de Eliana fala] aqui há muitas coisas que acontecem nas escolas e também na rua, por isso que nós não costumamos sair muito. É difícil ter a nossa filha longe, mas também temos que trabalhar aqui, estamos pensando daqui a dois anos voltar para nosso país (Caderno de campo).

Os casos de *bullying* são uma problemática muito forte onde estudam os filhos de bolivianos, os pais manifestam que os professores e autoridades não se preocupam. Os pais contam que também há xenofobia a seus filhos por parte dos professores. É importante ter em consideração e pesquisar mais ao respeito.

Ainda que não seja parte do objetivo do estudo, considero importante mencionar os casos de assédio e infidelidade que acontecem nas oficinas de costura. Por exemplo, o caso de Alê que deu trabalho para um casal e que aparentemente eram de confiança e considerados amigos e finalmente descobriu que estava sendo traída na sua própria casa.

Uma segunda-feira à tarde eu estava no HMLMB quando tocou meu telefone. Era Alê, perguntando onde eu estava e dizendo que precisava falar comigo pessoalmente, dizendo ser urgente. Pedi para que fosse ao hospital. Ela agradeceu muito e pediu desculpas por me estar

atrapalhando. A curiosidade era grande para saber do que ela estaria precisando. Ela quis ficar um pouco longe da maternidade, porque havia dito para seu marido que iria agendar uma consulta, fazia três meses que havia ganhado seu bebê por cesárea, mas uma mentirinha era necessária.

Começou a chorar e contou:

A noite passada estivemos comemorando o aniversário de Andrés, que trabalha na oficina, quase todos os convidados foram embora antes da meia-noite e dois casais ficaram e iam a passar a noite em casa até esperar abrir o metrô. Meu marido, Andrés e Rosalina (aniversariante e sua mulher) e os dois casais estavam bêbados, mas meu marido ficou com eles como dono de casa. Eu fui deitar, mas não conseguia dormir, quando me deu vontade de ir ao banheiro não vi meu marido e no corredor que dá ao banheiro vi meu marido e Rosalina beijando-se apaixonadamente, aí comecei a bater neles com toda a minha força, aos dois, Andrés estava na sala com os outros dois casais, mas já estavam bêbados também. Desde esse momento me fechei no quarto, meu marido batia na porta, mas não abri, meus filhos estavam dormindo [chora], passei a noite sem poder dormir, pensando no acontecido. Pensei que eles não deveriam continuar trabalhando comigo, mas como dizer para eles? Desse jeito acordei hoje, tive que deixar meus filhos na escola e Andrés também foi atrás, com seu filho, na hora de volta para casa, ele começou a dizer para mim que ele gosta muito de mim, atravessei a calçada e me seguia, entrou um medo que comecei a caminhar mais rápido, quando cheguei em casa meu marido havia saído, a Rosalina estava no seu quarto com seu outro filho pequeno e os outros dois casais que trabalham comigo já estavam costurando. Entrei na cozinha e foi aí que ele me quis pegar à força e dei um empurrão nele e saí para a sala, onde estavam os outros quatro operários. Não consigo dirigir a palavra ao desgraçado de meu marido, não quero saber nada dele, nem de essa cachorra [Rosalina] e de seu marido [Andrés]. Não almocei até agora, Rosario, não tenho fome, não tenho cabeça para nada, nunca pensei que meu marido me ia trair e pior, na própria casa, com alguém que eu confiava muito [referia-se ao casal que trabalhava com eles e chora]. Me aconselha que eu faça, Rosario, porque é uma situação delicada e pior com meus filhos, não quero contar para meu marido que o Andrés fez isso comigo hoje de manhã, porque pode pensar que eu sou igual que ele [que seu marido] ou seja, que ambos estamos enganando-nos [traindo-se], eu não sei se Andrés suspeita da Rosalina, mas eu não falei nada, agora que entro uma grande dúvida, só de pensar que talvez eles [seu marido e Rosalina] já vêm tendo um caso há muito tempo e eu nem percebi e seguia confiando” (Caderno de campo).

Ser surpreendida com situações delicadas como essa não é fácil. Fiquei uma hora e meia com Alê. Escutar foi importante para dar uma saída a tal situação. Na tarde do dia seguinte ela me ligou para me contar que seu marido conversou com Andrés e pediu que ele saísse de sua casa.

8 EXPECTATIVAS, DIFICULDADES E ÉXITOS NA IMIGRAÇÃO

8.1 OS IMIGRANTES BOLIVIANOS NA LABUTA POR SEUS SONHOS

Entre as diversas nacionalidades latino-americanas, bolivianos (mulheres e homens) destacam-se na imigração entre trabalhadores que operam máquinas de costura. Eles têm afluído intensamente para a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) e se inserido nesse segmento produtivo, fenômeno importante para a vida urbana da cidade.

Nas modestas salas, no subsolo ou num quintal ao fundo da casa ou de seus quartos, contam-se três, quatro, sete e até mais máquinas de costura, às quais se dedicam durante toda a semana, em algumas oficinas até mesmo aos domingos. Para muitos, não há dia livre. Há ambientes fechados. A labuta diária se faz sentir no ar. As metas devem cumprir-se, todas e todos no ritmo frenético do cotidiano e cheios de habilidades.

Figura 13: Morar e trabalhar no mesmo espaço: oficina e moradia se confundem



As horas de descanso são escassas e os que dependem de um patrão – a maioria – trabalham de segunda a domingo, por 12 horas ou mais por dia. Algumas vezes só conseguem dormir 2 horas por noite, porque há muito trabalho. Outros trabalham meio período no domingo; um número menor de imigrantes trabalha até sábado meio-dia. Há patrões coreanos e bolivianos.

As condições vivenciadas pelos imigrantes não são as mais apropriadas. Em muitas oficinas há uma máquina de costura ao lado da cama. As crianças que vivem no local – bebês e outras um pouco mais velhas – não têm o espaço necessário para brincar e os ambientes contam com pouca ventilação. Os pais também têm pouco tempo para cuidar deles ou brincar com eles, pois precisam dar conta do seu trabalho.

Alguns casais contaram que não eram bem aceitos porque tinham filhos. Os patrões não queriam que os pequenos brincassem nem fizessem barulho; outros pais contaram que seus filhos tinham sido agredidos fisicamente, de modo que as crianças ficaram com medo, temerosas e passaram a ficar quietinhas. Apesar de trabalharem várias horas, essas pessoas não recebiam seus honorários completos porque eram descontados os serviços de água e eletricidade, de acordo com o número de integrantes da família: quanto mais pessoas, maior o valor a pagar, mesmo que os integrantes fossem crianças. Logicamente, muitos deles trabalham demais sem receber qualquer pagamento.

Dentro do local de trabalho, observa-se enorme quantidade de linhas e poeira, que afeta crianças e adultos. Muitas pessoas que ficam nos ambientes contraem uma espécie de alergia, que afeta o sistema respiratório. As mulheres também contam que o trabalho diário de costura causa dores no corpo (musculares) e elas sempre têm a aparência cansada e pálida, sendo ainda pior o aspecto para as mulheres que amamentam, porque há um duplo desgaste de energia, pelo bebê e pelo trabalho de costurar.

O serviço de costura é remunerado por peça confeccionada. Os trabalhadores recebem os tecidos cortados e o demandante estipula o prazo que o prestador terá para realizar a tarefa. O local de moradia desses imigrantes é precário, com péssimas instalações elétricas, pouca ventilação, cadeiras sem encosto, fogão e pia no mesmo espaço das máquinas de costura, paredes com infiltrações e mofo. Muitas mulheres bolivianas e suas famílias passaram a viver nessas condições insalubres e algumas continuam na mesma situação porque os recursos econômicos não são suficientes para melhorar as condições de moradia ou ter uma oficina de costura própria.

Figura 14: Cômado repleto de mofo, com roupas estendidas e fiação elétrica exposta.
Abaixo, pai acalenta filha de dois meses.



8.2 O OUTRO LADO DA MOEDA: NOVOS DONOS DE OFICINA DE COSTURA

Alguns bolivianos que integraram o conjunto de informantes da pesquisa conseguiram, recentemente, abrir suas próprias oficinas de costura. Eles estavam à procura de pessoas para trabalhar, sendo que estas poderiam ser solteiras ou casais com filhos. Durante as visitas que realizei para fazer a entrevista, observei mais de perto que o número de pessoas que trabalha nesses locais varia de três a cinco casais. Os horários de trabalho marcados eram de segunda a

sexta-feira, das 7h00 às 12h00 e das 13h30 às 19h00 e, aos sábados, das 7h00 às 12h00. Assim, tiravam bom proveito de sábado pela tarde até domingo para lavar roupa, ir à feira da Rua Coimbra, dormir um pouco mais. Alguns deles iam à igreja ou simplesmente ficavam em casa, mas sem estar à frente de uma máquina de costura. Ainda assim, observei também que os homens que preferiam não sair de casa nesse dia e meio de folga tratavam de avançar na costura. Em alguns casos, por serem poucas pessoas, a compra dos alimentos era compartilhada e as mulheres se encarregavam de preparar o almoço nesse intervalo. Para quem tem filhos na escola, o pai se encarregava de buscá-los. Também observei que as compras eram realizadas em grande quantidade de itens como batatas, frutas, arroz, açúcar e macarrão, entre outros.

Nas oficinas das bolivianas entrevistadas, a casa era alugada e, dependendo do número de operários, devia ser espaçosa. Todos os integrantes compartilhavam cozinha, banheiro, quintal e lavanderia e cada um recebia a chave da casa. Casais e solteiros tinham seus quartos privativos, ainda que para as famílias com filhos o espaço do quarto se mostrasse pequeno. Todos os operários recebiam suas remunerações sem desconto. Os gastos de luz e água não eram descontados de suas remunerações. Os donos contavam que não podiam ser tão cruéis com seus compatriotas, lembrando-se dos momentos de “sofrimento” pelos quais passaram quando chegaram a São Paulo. Consideravam que não podiam se aproveitar de seus irmãos bolivianos, ao contrário, precisavam “dar-nos a mão para sobressair como deve ser”.

8.3. OS PROCESSOS MIGRATÓRIOS E O PAPEL DAS MULHERES

O rosto da imigração está dado de forma quase homogênea por homens e mulheres, na sua maioria, procedentes das zonas rurais. No entanto, as mulheres são produtoras e reprodutoras ao mesmo tempo, o que acaba consumindo suas próprias vidas.

Mirjana MOROKIVASIC (1984), em seu artigo “os pássaros de passagem também são mulheres”, destaca a invisibilidade do crescente fluxo de mulheres que saem de seus países em busca de melhores condições de vida e trabalho. Havia-se considerado o homem como o que mais migra ao redor do mundo e a mulher ocupava o lugar de passividade e de espera, ou também era considerada acompanhante das decisões do pai, do marido ou do próprio destino. Contudo, o aspecto trabalho é um elemento capital nos processos de imigração feminina, porque representa um dos principais motores dos fluxos, e “traz consequências nas relações de gênero dos casais e no ganho de ‘poder’ da mulher dentro da família” (PADILHA, 2007, p.128).

As mulheres imigrantes continuam desempenhando um papel de submissão no âmbito familiar e no âmbito laboral. Nas sociedades de acolhimento, as mulheres acabam por trabalhar como empregadas, babás, cozinheiras, cargos desvalorizados ou, como no caso das imigrantes bolivianas, em oficinas de costura, que exigem de algumas delas um trabalho árduo, sem descanso e sem direito a dia livre; às vezes, com privação de liberdade. Outras vezes podem inserir-se em um mercado de maior desigualdade e opressão, como é o mercado sexual (LISBOA, 2007). Em contextos como esse, sofrem as discriminações da sociedade receptora por possuírem valores culturais diferentes, sofrem opressão de gênero, de classe, de raça e etnia.

Isto porque, as precárias condições de vida (trabalho, habitação, saúde, educação, formação, a fraca inserção na sociedade de acolhimento e outros tantos problemas culturais e psicológicos) com que a imigrante se debate são acrescidos daqueles que resultam da sua condição de mulher, e ainda, no caso concreto de atitudes discriminatórias e xenófobas com base na cor da pele e outras características do seu tipo humano, de que tantas vezes são vítimas (TOLENTINO, 2006, p. 3).

Para as mulheres em sua situação de mães trabalhadoras a situação é ainda mais complicada. Elas não têm carteira assinada nem pagam Previdência Social, portanto, não têm direito à licença-maternidade, mesmo que haja uma lei que ampare as mulheres em geral nesta etapa. O art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5452/43) diz: “a empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário” (Redação dada pela Lei nº 10.421, 15.4.2002). “[...] Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de duas semanas cada um, mediante atestado médico” (Redação dada pela Lei nº 10.421, 15.4.2002).

As mulheres bolivianas antes e depois do parto não gozam esse direito, apesar de receberem o atestado médico na alta hospitalar. Este era preenchido com o nome da puérpera, a data de alta hospitalar e assinatura do médico. O não gozo deste direito faz com que a maioria delas se incorpore ao trabalho oito dias após terem dado à luz, algumas chegam a se afastar por até 15 dias e para as famílias que são donas da oficina de costura é possível ficar por um tempo maior, até 45 dias aproximadamente.

As mulheres bolivianas estão inseridas social, cultural e laboralmente nesse espaço em São Paulo. O papel de inferioridade é atribuído às mulheres desde antes de nascerem, por um processo de socialização e internalização de papéis construídos social e historicamente que afirmam o poder masculino, ficando as mulheres como subalternas.

Este sistema de poderes é visualizado pelas mulheres bolivianas de forma confusa. Durante a pesquisa, elas manifestavam o desejo de que o filho que esperavam fosse um menino, referindo:

A mulher sofre muito, sofre desde pequena porque deve cuidar dos irmãos menores, não é valorizada por ser sexo “fraco”, porque não tem força como o sexo masculino e quando mais adulta, pela luta por surgir em duplo ou triplo papel e mesmo assim não é reconhecida (Caderno de campo).

Os dois [casal] preferimos filho homem porque valorizam mais, os filhos homens sempre estão com o pai e a mulher com a mãe. À mulher, sempre discriminam, porque homem é mais forte que a mulher porque ele levanta peso com o trabalho, as mulheres não podem trabalhar iguais (Laura, 23 anos, 2 filhos).

Eu queria um menino porque as mulheres sofremos muito. As mulheres trabalham mais, lava roupa, cozinha, cuida dos filhos e trabalha em outras coisas como aqui, eu na costura, e assim há outras mulheres às vezes trabalham mais que os homens e assim mesmo o homem não reconhece, bate nela, aí já não somos iguais, as mulheres e os homens. Aqui há de tudo porque há mulheres malditas também, que fazem sofrer aos homens, mas em sua maioria as mulheres que são humildes e sofrem mais (Claudia, 30 anos, 2 filhos).

Os padrões referentes a ser mulher ou homem são influenciados pela sociedade e pela cultura de acordo com o que é considerado adequado em cada época. Desde que nascemos – e mesmo desde o ventre materno – estamos expostos à influência social e cultural na qual a linguagem é um importante instrumento que expressa e reproduz modelos que condicionam a maneira de ver o mundo.

8.4 CAMINHOS QUE NÃO DERAM CERTO: IMIGRAÇÃO POR UM SONHO

Todos os imigrantes chegam com o sonho de trabalhar e enviar ajuda para sua família que fica na Bolívia, mas isso dificilmente acontece. Muitas dessas pessoas foram trazidas por familiares, mas outras foram enganadas e tratadas como escravas. Algumas mulheres foram enganadas ou tiveram seu dinheiro roubado pelo dono da oficina de costura, como relatado a seguir:

Eu vim a trabalhar de costura para guardar platita [‘dinheiro’], aqui tive meu wawa [‘filho’] também é duro, lutando, carregando o wawa, assim trabalhei e estava guardando, mas depois me enganaram e sem nada de platita fiquei. O dono da oficina me enganou, pedindo para mim que emprestasse meu dinheiro, eu já tinha 11 mil reais, eu não sabia se era

sincero, mas ele dizia que em três meses eu ganharia de interesse 20 mil reais. Depois, quando eu fui cobrar, ele falava que não tinha e não tinha, depois eu fui para sua casa a cobrar-lhe e me respondeu “de onde vou tirar, eu não tenho”, manda-me então à cadeira, me respondeu e já passaram quase três anos. Quando eu trabalhava para ele também cozinhava, fazia faxina, e nada disso me pagou. Assim, sem platita, fiquei só com meu filho, não tínhamos nada para comer, depois voltei a trabalhar e assim podia comprar fraldas, leite e ropitas [roupas] para meu filho. Meus pais ficaram doentes lá na Bolívia e não tinha nada [dinheiro] para enviar-lhes (Claudia, 30 anos 2 filhos).

No trabalho nas oficinas de costuras, os imigrantes bolivianos e também de outras nacionalidades atravessam situações difíceis relacionadas a seus direitos trabalhistas. Tal como descrito, mulheres e homens bolivianos chegam a São Paulo com esse grande sonho de ganhar dinheiro e ajudar suas famílias no país de origem e também de cobrir necessidades próprias. Há diferença para quem depende de patrões e quem tem oficina própria de costura. Infelizmente nem todos os imigrantes têm possibilidade de montar uma oficina própria, sendo muitos explorados e até mesmo escravizados pelo patrão.

As mulheres entrevistadas contaram sobre situações difíceis pelas passaram na moradia, como pagamentos injustos que recebem, longas jornadas de trabalho e muitas vezes sem direito a dia livre, sendo, às vezes, obrigadas a trabalhar sábados e domingos. Esses abusos são, geralmente, cometidos contra os bolivianos que recém chegaram a São Paulo e que, portanto, ainda não conhecem seus direitos. Para enganar os bolivianos, muitos patrões dizem que foram assaltados – para justificar a falta de pagamento – ou mentem dizendo que a polícia federal irá devolvê-los a seu país de origem. Ao entrarem no Brasil, eles chegam com seus documentos de identidade nacional boliviana. Em outros casos, os patrões ficam com as poupanças das trabalhadoras, que guardavam seu dinheiro debaixo do colchão. A falta de informação e documentação impede os imigrantes de abrir uma conta bancária. A violação dos direitos dos imigrantes é cometida também pelos familiares.

Os abusos da negação da liberdade exercidos pelo empregador foram contados por algumas mulheres durante sua hospitalização. Algumas das parturientes foram acompanhadas ao hospital para dar à luz e também na alta hospitalar pelo patrão ou patroa. Nas conversas, elas contaram que desejavam ser entrevistadas, mas que “não podemos sair sozinhas” e “na oficina de costura o patrão não permite visitas”. Uma delas contou que a porta do local de trabalho ficava trancada com cadeado e o patrão realizava as compras de alimentos e materiais de costuras. A esse respeito, ROSSI (2005, p. 23-24) encontrou a mesma problemática, descrevendo:

As oficinas, segundo contam os imigrantes, funcionam em porões ou em locais escondidos, porque a maior parte delas é ilegal e não tem permissão para funcionar regularmente. Por isso, para que os vizinhos não percebam, para não levantar suspeitas da polícia, para evitar que a confecção seja descoberta e denunciada, as máquinas funcionam em lugares fechados, onde o ar não circula e a luz do dia não entra. Para camuflar o barulho dos motores, música boliviana toca o tempo todo.

Esta autora também menciona a precarização dos ambientes de trabalho e moradia e explica como é feita a alimentação dos imigrantes bolivianos:

Quanto à alimentação dos imigrantes, ela é fornecida pelo dono da oficina. Mas as três refeições diárias – café da manhã, almoço e jantar, com duração cerca de 20 minutos cada uma – tampouco são uma cortesia do patrão. O valor é descontado do saldo a receber, assim como água, luz e moradia. Este último item, aliás, também é absolutamente precário. Os imigrantes vivem nas próprias oficinas e, assim, o local de trabalho e o local de moradia são literalmente o mesmo.

As situações relatadas são proibidas pela Constituição federal brasileira. Embora esses direitos sejam iguais para trabalhadores nacionais e estrangeiros, eles não são cumpridos nos casos de imigrantes bolivianos e outros que se dedicam ao trabalho em oficinas de costuras. A Constituição garante os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além referir-se a outros que visem à melhoria de sua condição social:

- Art. 7º, VII, garante a todos que trabalham no Brasil salário nunca inferior ao mínimo, mesmo para aqueles que recebem remuneração variável, como é o caso dos trabalhadores bolivianos;
- Art. 7º, IX, dispõe sobre trabalho noturno, que gera direito a adicional;
- Art. 7º, XV, trata do direito a repouso semanal remunerado;
- Art. 7º, XIII e XVI, estabelecem direito a limite para jornada de trabalho com remuneração diferenciada para tempo superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais;
- Art. 7º, XXII, prevenção dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;
- Art. 7º, XXIII, assegura direito a adicionais sobre o trabalho em locais insalubres.

Apesar de os trabalhadores contarem com respaldos legais e de os casos de exploração já serem de conhecimento público, haja vista as diferentes reportagens produzidas pela mídia brasileira, os casos de abuso contra trabalhadores bolivianos seguem sendo uma realidade.

Algumas pessoas que realizaram a viagem dos sonhos com algum familiar também contam que não foi fácil durante a hora da viagem, mas que ficavam felizes porque conheceriam um outro país (Brasil) e conseguiriam metas como trabalhar. Com relação à remuneração, comparavam seu país de origem e o Brasil, referindo que no Brasil ganha-se um pouco mais para fazer poupança e ajudar aos pais. No início, seu sonho não foi como havia planejado, a luta é dura para alcançar metas, é o que conta uma das entrevistadas:

*Em meu país só dá para comer. Eu vim com meu tio, mas não pagava bem, só pagava 30 centavos por peça costurada. Saí a procurar outros lugares para ver se poderia ganhar melhor, ia conhecendo oficinas, alguns pagavam bem outros não tão bem, outros que maltratam e outros que tratam bem porque fazem trabalhar até na noite e o dever é produção e há que trabalhar até tarde da noite, mas isso faz mal ao corpo, à visão e aos rins, e de tanto procurar encontrei um lugar onde trabalhava só por horas (**Patty, 31 anos, 3 filhos**).*

Para as imigrantes, o trabalho em outro país nem sempre é fácil. Para conseguirem a sonhada casa própria enfrentam algum tipo de discriminação e racismo, tal como conta Alê.

*Nós decidimos vir para ganhar mais dinheiro e assim talvez poder comprar uma casa, aqui trabalhamos duro, mas também é difícil porque encontramos pessoas que são discriminadoras e racistas, o único que fica é seguir porque estamos aqui por uma meta e um sonho (**Alê, 30 anos, 3 filhos**).*

A imigração é causa de discriminação e racismo em diferentes países. As populações atingidas pelo racismo se tornam ainda mais vulneráveis à pobreza e às deficientes condições de saúde. O racismo atua como referente de exclusão no exercício dos direitos das pessoas de certa cor e traços físicos, associados a grupos vistos pela cultura dominante como inferiores.

Adicionalmente, a discriminação acontece não só entre os que têm mais poder em relação aos que têm menos poder (patrão e trabalhadores), mas também em outros vários espaços no dia a dia, em relação a imigrantes ou não, ao conjunto de uma população ou parte dela, ou mesmo de pessoa a pessoa. Quando as entrevistadas falavam de discriminação e racismo, vinha à memória a fala de uma professora de Direito Internacional da USP ao realizar um comentário em um jornal televisivo do dia 29 agosto de 2013:

A Bolívia é insignificante em todas as perspectivas, [...] nós não temos nenhuma relação estratégica com a Bolívia, nós não temos nenhum interesse comercial com a Bolívia, os brasileiros não querem ir para a Bolívia, os bolivianos que vêm de lá e vêm tentando uma vida melhor aqui não contribuem para o desenvolvimento tecnológico, cultural, social, desenvolvimentista do Brasil. Então, a Bolívia é um assunto menor! **(Telejornal da TV Cultura).**

Como é conhecido, muitos bolivianos migram para o Brasil com a esperança de encontrar melhores condições de vida, mas o Estatuto do Estrangeiro (Lei 6.815/80), ainda vigente no Brasil, limita a atuação dos imigrantes, impedindo uma participação efetiva na sociedade brasileira.

É grande a relevância dos bolivianos nesse quadro, já que compõem uma parcela significativa dos imigrantes, principalmente em São Paulo, mas estão estigmatizados por uma origem pobre, inferior, “indígena” e, ironicamente, latino-americana. No entanto, os bolivianos, entre outros imigrantes, constituem uma fonte imensa de riqueza cultural para o país. Assim, no caso dos bolivianos, suas intervenções culturais na Kantuta e na Coimbra são importantes, além de seus costumes, língua, ocupação, artesanato, entre outros, que aproximam ambos os países vizinhos (e também outros vizinhos) da realidade latino-americana e de quanto custa entendê-la e aceitá-la em nossa história.

9 “MADRE” BOLIVIANA E OS ELEMENTOS DE UMA TRADIÇÃO QUE SE MANTÉM

Cada povo tem valores e práticas únicas no que se refere à saúde. Por exemplo, na Amazônia peruana existem duas categorias do universo conceitual para entender a saúde do povo *Kukama Kukamiria*, que alude a algo que ingressa no corpo e causa dano (YAJAHUANCA et al., 2013). A doença, por outro lado, é entendida pela perda do equilíbrio das relações ser humano-espírito-natureza e constitui uma transgressão de normas dos princípios da convivência. Para a cosmovisão dos povos indígenas originários, a vida está, primeiramente, ligada por relação de harmonia e equilíbrio, que neste caso é chamado de *suma qamaña*¹⁹ (*vivir bien* em espanhol e *viver bem* em português). Para se compreender melhor os significados da expressão *suma qamaña* convém traduzir as palavras de forma separadas:

- *Suma*: plenitude, sublime, excelente, magnífico, bonito.
- *Qamaña*: viver, conviver, estar sendo, ser estando.

Estes termos carregam uma percepção própria dos processos de saúde e doença, prevenção e restauração. A saúde é entendida como o resultado das relações harmoniosas do ser humano consigo mesmo e também com a família, a comunidade e a natureza, cumprindo as normas de comportamento social e respeito das forças da natureza e dos elementos que a compõe. Em resumo, um viver bem e dever ver-se na essência mesmo da vida (ALBÓ, 2011).

A partir da cosmovisão aimará da Bolívia toda forma de existência pertence à mesma categoria. Em uma relação complementar, tudo vive e tudo é importante. A mãe terra tem ciclos, épocas de plantar, época de colheita, épocas de descanso, época de remover a terra, épocas de fertilização natural. Assim também a vida tem épocas de atividade e passividade.

David Choquehuanca, Chanceler da Bolívia, disse a esse respeito:

Precisamos relacionar-nos bem com todo o mundo, não partimos do conceito de países amigos senão de países irmãos, temos que construir a irmandade... [...] a grande família tem que praticar o princípio que permite não somente viver em equilíbrio homem e mulher senão procurar a harmonia entre homem e natureza. Para nós, as plantas são irmãos porque todos vivemos da mãe terra, da mãe natureza... o mais importante é a vida. Hoje nossa

¹⁹ Em aimará.

Pachamama²⁰ está ferida de morte e nossa proposta é salvar o planeta. Voltar a nosso “caminho” para viver bem (STEFANONI, 2015).

No viver bem há harmonia com todos e com tudo; é uma convivência em que todos se preocupam com todos e com tudo o que fica ao redor, em comunidade, em irmandade e, especialmente, em complementaridade. Compartilhar sem competir é a base da natureza, da vida mesma e da humanidade toda. Não trabalhar, mentir, roubar, explorar o próximo e atentar contra a natureza possivelmente permite viver melhor, mas não significa viver bem, porque não compreende uma vida harmônica entre o homem e natureza. Alguns viverem melhor enquanto outros estão em condições piores não é viver bem. Estes valores e princípios são a identidade herdada dos avós; a harmonia e a complementaridade nas famílias e nas comunidades com a natureza – o cosmo – mais a convivência por meio do consenso diário entre todos e tudo nas comunidades e na sociedade toda são parte dessa compreensão.

A harmonia e o equilíbrio estão relacionados com o viver bem, assim como a complementaridade; o consenso também está relacionado com o viver bem. Enquanto que a dignidade, a justiça, a liberdade e a democracia relacionam-se com o viver melhor. Assim, todos e tudo fazem parte da *Madre Tierra* e da vida; cada pedra, cada animal, cada flor, cada estrela, cada árvore e seu fruto, cada ser humano formam juntos um só corpo unido a todas as outras partes ou expressões da realidade (ALBÓ, 2011).

No caso da população aimará boliviana, o sistema médico “andino” ou “tradicional” é funcional e efetivo na resolução de grande variedade de problemas de saúde. A medicina caseira ou autoatenção como denominada por MENÉNDEZ (2003) é muito desenvolvida. Diferencia-se da biomedicina ocidental moderna por sua visão integral e holística: a saúde é um estado dinâmico de equilíbrio interno entre o corpo, a mente e o espírito que depende da harmonia externa com os demais seres humanos, a natureza, as divindades e o cosmo em geral. A base da cosmovisão andina constitui a experiência e a percepção do universo como uma totalidade. Nessa realidade todos os elementos ou componentes estão em relação mútua e se caracterizam pela reciprocidade – dar e receber. Assim, o corpo “serve para trabalhar”, é a principal razão pela qual existe o corpo, que é para o trabalho, e o trabalho nessa concepção significa bem-estar, dignidade e alegria. Como refere ENRÍQUEZ:

Significa que o trabalho para o andino é a única maneira de poder conseguir os meios suficientes que permitam procurar o bem-estar da pessoa, da família e da comunidade em geral. O trabalho é bem considerado na cosmovisão

²⁰ O termo *Pachamama* é formado pelas palavras *pacha*, que em quéchua significa universo, mundo, tempo, lugar e *mama* que significa mãe.

andina, porque não está considerado como sofrimento e humilhação, pelo contrário, é dignidade, é satisfação, é alegria (2005, p. 139-140).

A capacidade para o trabalho é o indicador da saúde das pessoas, o que quer dizer que o trabalho é diretamente proporcional à saúde.

9.1 *USUR WARMI*: “DOENTE” – MULHER GRÁVIDA

As mulheres experimentam a gravidez como um processo natural e particular, já que para manter a saúde deve-se tomar alguns cuidados específicos neste período do ciclo reprodutivo. É frequente encontrar grávidas adolescentes, algumas levam sozinha sua gravidez ajudada pelos pais, ficando como mãe solteira, o que pode qualificar-se como uma desonra para ela e para a família. As referências dos familiares em São Paulo é que isso está mudando, antes ninguém podia negar a paternidade, pelo contrário, formalizava-se a relação. Atualmente há maior probabilidade que o jovem (pai) negue sua paternidade e responsabilidade.

A infertilidade não é bem vista pela população, talvez até pode-se considerar uma “tragédia” muito grande para as mulheres. A mulher infértil é considerada *machorra*²¹. Por exemplo, no caso da população aimará do Chile, tal como refere CARRASCO (2007), a esterilidade é motivo de desgosto entre o casal e a sanção geral é para a mulher. O termo “machorota” é muito comum para assinalar as mulheres impossibilitadas de ter filhos. Para os homens que não têm filhos os termos utilizados em aimará é *chacha q’ullu*, que significam: *chacha* = ‘homem’ e *q’ullu* = *huevo podrido*, ‘ovo podre’, e que tem a ver com a infertilidade do homem.

O reconhecimento da gravidez acontece através da interpretação dos sintomas fisiológicos (náusea, amenorreia). A mulher grávida chama-se de *usur warmi*, que quer dizer doente. ARNOLD e YAPITA (1999, p. 25) assinalam que o verbo *usuna* cobre o significado de adquirir uma doença (*usu*) e opinam que é “muito provável que a condição de estar grávida, com a suspensão do fluxo menstrual e os sintomas do parto, seja concebida pelas pessoas em termos de uma doença”. Mas o termo não está relacionado à “fragilidade” das mulheres. Para os cuidados, elas têm uma riqueza de práticas culturais de cuidados.

9.2 CUIDADOS DURANTE A GRAVIDEZ

²¹ Refere-se à fêmea que não é fecunda.

Durante a gravidez, as mulheres cuidam de não carregar coisa pesadas, é o marido quem presta maior atenção nesses casos. Este cuidado coincide com as recomendações da biomedicina. Para evitar qualquer eventualidade com sua saúde, a sua alimentação está baseada em sopas e chás reconhecidos como quentes ou frios.

As mulheres devem cuidar-se de não levantar peso, comer comidas que não fazem mal, mas devem comer em geral quase todas as comidas para o bebê nascer bem. A partir dos oito meses devem massagear a barriga com ervas mornas e há que fazer sacudidas para que o bebê fique encaixado para o momento de sua chegada [nascer] (Rosalina, 23 anos, 3 filhos).

Figura 15: Familiares fazem as sacudidas que ajudam a encaixar ao bebê²².



Outro cuidado para evitar um parto difícil é a recomendação para caminhar e de não permanecer muito tempo sentada, porque há a ideia de que assim a cabeça da *wawa* cresce mais e na hora do parto pode ser difícil. Compartilham seus costumes e experiências de que para evitar o cordão com circular no pescoço do bebê a mulher grávida deve deixar de tecer, fiar ou torcer lã. Neste caso, dependendo da geração, pode ter maior ou menor significado. As

22

Disponível

em:

<https://br.images.search.yahoo.com/search/images?ylt=AwrBTvvZILIVpecAsX_z6Qt.; ylu=X3oDMTE2dmZiYjJnBGNvbG8DYmYxBHBvcwMxBHZ0aWQDTVNZQIIwM18xBHNIYwNwaXZz?p=parto+aymara&fi=chrf-yff32&fi2=piv-web>. Acesso em 23 de julho 2015.

mulheres mais jovens relatam que isso está mudando, que não é como antes, mas que ainda tem alguém na família que toma esses cuidados.

Para evitar retenção da placenta, a mulher grávida não deve estar muito tempo exposta ao sol, mas também é importante ter em conta o equilíbrio entre o quente e o frio, este é um dos modelos terapêuticos de que depende a saúde das pessoas em geral e que predomina num momento dado, e neste caso na gravidez, durante o trabalho do parto e depois do parto. Os cuidados também têm a ver com os perigos de que a *wawa* fique doente com *larpha*²³ pouco tempo depois de nascer, motivo pelo qual a mulher não pode assistir a velórios, enterros ou ir a cemitérios.

9.3 O PARTO

Todas as mulheres falaram do parto em casa “considerado como que é melhor”, porque as famílias cumprem um papel central no alívio da dor, destacando-se como mais importante: • falar para dar-lhe segurança e força e também as orações (rezas), que são importantes para um parto exitoso; • durante o momento do trabalho do parto há massagens nas costas e na barriga; • pegar na cabeça, especialmente na última etapa das contrações.

Este último aspecto é muito importante porque elas referem que é como se precisassem de energias, ou seja, de duas forças para dar à luz, como um poder pelo qual se evidenciaria o princípio de complementaridade do marido, neste caso chamado de *charchawarmi*²⁴. A importância de segurar a cabeça da parturiente em cada contração é complexa de explicar, mas baseia-se no princípio de que os sentidos mais importantes se encontram na cabeça e são chaves para viver. A parturiente deve estar tranquila e ter a segurança de que alguém de sua confiança está perto, ao contrário do que pode acontecer num serviço de saúde onde, às vezes, ficam sozinhas ou com pessoas que não conhecem, que falam apenas em português e não entendem nada de seu idioma.

O equilíbrio térmico é fundamental neste processo do parto, em que com um corpo quente assegura-se um parto mais fácil que quando há um corpo frio. Para isso, há numerosas restrições e cuidados, como não pegar água fria e realizar banhos de ervas com água morna, para que o corpo da mãe não se resfrie e o parto seja fácil e rápido. Quando se apresenta um parto prolongado, assumem que talvez o feto “tenha frio”, portanto, se a mulher pega água

²³ Refere-se ao cheiro de uma pessoa morta ou de um gato ou cachorro (espírito ou alma) que afeta a saúde da gestante ou dos bebês, causando-lhes diarreia, vômito e fraqueza.

²⁴ Que significa homem-mulher (complemento).

fria, também implica que as contrações possam “parar” ou simplesmente o trabalho de parto já não avance.

Quando mandaram para tomar banho, eu dizia: se vai perder a dor [contrações], porque eu já conheço meu corpo, mas eles [profissionais] não entendem, aí eles só dizem você vai banhar para que ajude a dilatar (Rosa, 42 anos, 4 filhos).

Quando se está com dores do parto nos oferecem mate [chás] para que nos apure [avanço] e nos protegem do frio, a mulher deve estar abrigada para que não passe o frio [não se esfrie] porque se está passando frio, não deixa dilatar rápido, então a mulher deve estar abrigada e tomando seus chás (Alê, 30 anos, 3 filhos).

A parturiente deve estar bem abrigada, para evitar o frio. Uma crítica contínua para os médicos em geral é a de desvestir as parturientes e dar à luz em uma sala fria, ao contrário de estarem abrigadas “para não nos esfriar”.

O progresso do trabalho de parto é notado pela descida do corpo do bebê (para se encaixar) e apoiado com as massagens por momentos ou sentindo o pulso da mãe e não com *luqaña*²⁵ realizados pelos médicos no hospital e que são rechaçados pelas parturientes, sendo considerados como um ato “não humano”.

O equilíbrio e a reciprocidade são dois princípios básicos para entender a cosmovisão andina e suas noções de saúde e doença, que se aplicam em relação aos seres humanos com a sociedade, natureza e o mundo mágico-religioso, âmbitos inseparáveis, que são parte de uma visão holística e integradora do mundo. Nesse contexto, para a saúde da mãe e de recém-nascidos são importantes os cuidados relacionados ao corpo físico-biológico, como também os cuidados que os protegem de maus espíritos.

Entre as posições de preferência para o parto estão a posição de quatro (muito comum entre as mulheres, sobretudo das zonas rurais na Bolívia), de cócoras, penduradas em uma corda ou de joelhos, sendo menos privilegiada a posição comum na maternidade de litotomia. As parturientes bolivianas são obrigadas a dar à luz na posição de litotomia, que é uma posição desvantajosa não só para elas, como também para todas as mulheres na hora de dar à luz. As bolivianas evidentemente optam por uma posição mais de acordo com suas tradições (pendurada em uma corda, de quatro, entre outras). Essa escolha se deve à experiência de algumas mulheres que já tiveram filhos ou de quando alguém da família ganhou bebê, de uma

²⁵ Toques vaginais.

forma diferente de quando dão à luz no hospital. As mulheres brasileiras, por sua vez, perderam essa tradição.

Quando eu tive a wawa [bebê], um médico chinês [pela aparência de os olhos] me diz que me deite na cama e abra as pernas, eu falei que não podia dar à luz desse jeito e queria dar à luz de joelhos porque assim nasceram meus primeiros filhos [em casa, atendida por seu marido], mas não aceitaram, respondendo que não podem atender dessa maneira porque não sabem. Eu tirei minhas pernas [baixou as pernas das perneiras da cama] e me ameaçaram que se tentasse descer da cama e não dar à luz aí [cama] fazia cesárea. Tive muito medo que fizessem cesárea, pedi muito a Deus, rezei em silêncio para Deus que me ajudasse a ter meu filho da forma que eles queriam, apertaram minha barriga e só fiquei feliz quando vi que nasceu meu filho (Ana, 30 anos, 4 filhos).

As posições de quatro ou pendurada na corda são comuns não só quando as mulheres dão à luz em casa, senão também em alguns serviços de saúde na Bolívia, onde se está adequando interculturalmente os serviços de saúde de parto e pós-parto e, inclusive, os profissionais recebem capacitação para um atendimento o mais adequado possível. As posições verticalizadas de atenção do parto são usadas em centros de parto natural em países desenvolvidos, porque possuem fundamentos científicos e culturais, e com reconhecimento da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Figura 16: Parto hospitalar com adaptação cultural na Bolívia²⁶.



Foto: Los partos de las mujeres aymará de Olmo Calvo

²⁶ Disponível em: <http://elpais.com/elpais/2014/04/08/fotorrelato/1396978157_604763.html#1396978157_604763_1396985886>. Acesso em: 23 jul. 2015

Figura 17: Posição de quatro para dar à luz com apoio do marido; uso de chá e atendimento por obstetriz na Bolívia²⁷.



Figura 18: Parturiente pendurada em uma corda para dar à luz em casa.



9.4 MANEJO DA PLACENTA

A placenta não deve ser descartada no lixo porque merece respeito e consideração. Segundo a concepção boliviana, não se deve cortar o cordão até a saída da placenta, caso seja

²⁷ Essas duas fotos cedidas pela Dra. Agleildes Leal de seu arquivo de pesquisa na Bolívia.

cortado antes da expulsão pode-se levar à “morte da mãe”. Para algumas das mulheres, quando a placenta demora a sair é porque a “mulher esteve *ovillando*²⁸ durante sua gravidez, ou porque ficou exposta tempo demais ao sol”.

A placenta tem uma conotação importante, considerada o “lugar de dormir ou cama da *wawa*”, como se ambos tivessem se acostumado a estarem juntos. Por isso, quando há uma retenção da placenta considera-se que ela está “procurando *wawa* perdida”. A placenta deve ser enterrada na mesma casa em que a mulher reside e tem relação com o gênero do *wawa* (bebê). Quando é uma placenta de menina, atualmente (em São Paulo) estaria relacionada com a habilidade de ser “comerciante”, o que já representa uma variação importante, porque antes era considerado importante enterrar a placenta para que a menina pudesse ser uma boa cozinheira. No caso de um menino, a placenta também deve ser enterrada e estaria mais relacionada com o trabalho forte da terra (em São Paulo entendido no sentido de carregar algo pesado).

Quando se realiza o enterro da placenta é como enterrar um “anjo” e deve-se pedir “para não causar doença [mãe] e nem o bebê ficar doente”. Há uma desconfiança no atendimento hospitalar, entre outros fatores, porque a placenta é jogada no lixo, sem dar maior importância ao seu papel. Nem se pergunta aos familiares sobre o destino da placenta. Algumas mulheres perguntavam-me que fim teria a placenta no hospital, outras não se atreviam a pedi-la, pensando “que dirão eles [profissionais] se pedimos a placenta”. Colegas enfermeiras contaram-me que algumas mulheres chegaram a pedir a placenta, o que para os profissionais é uma surpresa já que não estão acostumados a receber esse tipo de “pedido”. Portanto, a alguns familiares ela não é entregue. Lembro-me de uma colega que contou que conseguiram dar a placenta para o marido, mas antes tiveram que fazer uma gestão quase burocrática com uma das chefes da enfermaria.

O tema de tratamento especial da placenta em muitas culturas é importante e até a atualidade continua mantendo-se (YAJAHUANCA et al., 2013; MEDINA et al., 2006). Na população *kukama kukamiria*, por exemplo, eles consideram a placenta “vida que deu vida a outro ser” (YAJAHUANCA, 2009, p. 7). No entanto, em estabelecimentos de saúde em geral a placenta é considerada como lixo, o que passa pelo desconhecimento dos profissionais e pela falta de consideração em relação às diferentes culturas.

9.5 O PÓS-PARTO

²⁸ Refere-se à lã ou aos fios que se enrolam em forma de bola.

É um momento de cuidados especiais marcado por um período prolongado repousando na cama devido ao corpo da mulher estar vulnerável à entrada do frio pelos poros, que estão abertos. Por isso ela deve manter-se abrigada, caso contrário ficará doente, com dores de cabeça, nas articulações, no estômago e pode até sofrer um *sobrepardo*²⁹. O repouso e os chás ajudam a eliminar o sangue que fica no corpo, desse jeito o organismo internamente vai limpando-se; caso contrário, o sangue coagula e, por não ter sido eliminado totalmente, fica na matriz e pode produzir no futuro “tumores”.

Há que estar em cama [repouso] por dois meses para que te recuperes, algumas estão um mês e é bom, não debes estar exposta ao sol, porque existe o sobrepardo porque estás fraca e o reflexo do sol faz mal para a cabeça ou para a vista [olhos]. Isso porque se perde muito sangue, por isso também tua comida deve ser sopitas [sopas], chuño e debes comer isso para ganhar [recuperar] as forças. Depois de um mês já podes tomar banho com ervas só uma vez, assim te proteges também do sobrepardo e daí já podes levantar-te. Também se acostuma dar a unha queimada, é dizer, cortar a própria unha da mão e um tanto de cabelo, tostá-lo e colocar na água, assim como uma cinza, se mexe isso e toma uma vez, isso é para que não te dê o sobrepardo (Rosalina, 23 anos, 3 filhos).

A dieta alimentar também deve estar baseada em charque (carne seca de ovelha) preparado em sopas com batata, chuño³⁰ e com pouco sal, o que permitirá a produção de leite e recuperará a saúde da parturiente. Não se deve comer cebola, feijão, arroz, carne fresca vermelha, beber água fria ou sucos frios. A água para beber deve ser morna e deve-se consumir mingaus ou chás de coca.

Há que se tomar muitos chás depois do parto, por uma semana, e também se deve comer carne de ovelha em sopa com arroz e seu chuño, a carne de ovelha tem bastante vitamina e ajuda a produzir leite e nunca falta [peitos cheios] (Eliana, 32 anos, 3 filhos).

As comidas devem ser as sopas e nada de comidas frias como saladas, por exemplo, é frio, aqui [na maternidade] te servem cebolas, tomate, saladas, feijão e isso não são bons porque ficas com gases e não é bom para teu corpo que está fraco, teu corpo precisa de comidas que ajudem a levantar tua força, mas aqui não há outra coisa que fazer, estamos com fome, com pressão caída e há que comer à força (Patty, 31 anos, 3 filhos).

²⁹ Infecção puerperal.

³⁰ Em aimará significa *tunta*, um alimento à base de batatas desidratadas da zona andina sul do Peru e do altiplano da Bolívia. Possui resistência ao tempo e seu conteúdo calórico é alto, maior que o da batata fresca, e é considerado um produto estratégico na alimentação das famílias.

Não se deve comer nada de pimentas, só debes comer comida blanquita [sopas de chuño] e chaqui³¹ para ter leite, nada de carne de porco (Rosa, 42 anos, 4 filhos).

O saber tradicional se mostra indispensável durante o parto. Existem numerosas plantas e usos que facilitam o progresso do trabalho do parto e o nascimento do bebê. Entre os chás mais comuns mencionados pelas mulheres estão chá de coca, chá de eucalipto, chá de orégano e folhas utilizadas em chá de uma planta chamada *llaqa*³².

As ervas são muito boas, se faz massagens no estômago para que dilate mais rápido ou também chás quentes que ajudam a dilatar como o mate de arruda, cedro, coca, entre outras ervas e isso ajuda bastante, em todos meus familiares se faz isso e dá certo (Rosa, 42 anos, 4 filhos).

Os banhos são contraindicados nos pós-parto até cumprir no mínimo oito dias (em São Paulo), ao passo que na Bolívia o resguardo é de no mínimo 40 dias. Cumprindo os cinco ou oito dias, as puérperas devem tomar banho com ervas medicinais (algumas delas fizeram isso em São Paulo), o que complementa o cuidado com a mulher porque ajuda a fechar os poros do corpo.

Depois que nasce o bebê a mulher não deve passar frio porque os poros estão abertos e se entra o frio pode ocasionar algo ruim no corpo, daí pode afetar os ossos, por isso deve abrigar-se bem, tomar bebidas quentes e comer sopas também quentes para que ajude a eliminar o sangue que fica dentro do corpo, porque deve eliminar todo esse sangue que não é bom. Aqui não entendem, as bolivianas estamos acostumadas a que, quando nasce o nenê, não pode passar frio e não debes banhar-te, pior molhar a cabeça, mas aqui obrigam a banhar-te todos os dias, aí dizem [profissionais] “tem que tomar banho” e realmente não entendem às bolivianas que não querem banhar-se para não passar frio e elas [enfermeiras] dizem “como que não quer tomar banho?” e ao final obrigam. Essa coisa de nós não queremos tomar banho já é vista como ruim, ou seja, que somos sujas, que não queremos tomar banho. A enfermeira entrou no quarto e ficou brava e gritava a uma boliviana do quarto: “você tem que tomar banho, como vai ser uma porca, suja, teu bebê está limpo e você vai sujar” e a boliviana começou a chorar. Essas coisas dão raiva, eles [profissionais] não entendem também que quando as mulheres temos nenê ficamos um pouco sentimentais, sensíveis e não é possível que nesse momento fiquem brigando porque faz mal para nós (Alê, 30 anos, 3 filhos).

Há que cuidar-se quando se tem filho, porque se te abrem todos os poros e debes ter cuidado porque podem entrar doenças, alergias e outras coisas e tem que cuidar de todo o corpo, aí se entra o frio pode ficar muito doente,

³¹ Carne seca.

³² Nome científico *Mimulus glabratus*.

porque também se perde sangue não vê, força e se o frio entra já ficarás com dor de cabeça e dói todo o corpo (Rosalina, 23 anos, 3 filhos).

Quando nasce o nenê se abre nosso corpo, então há que cuidar-se tomando chás quentes e com isso se vá limpando todo o sangue, aqui não é assim, aqui já te mandam a banhar, “já pro banho!”. Assim dizem e aí temos que lavar tudo [se refere a todo o corpo], na Bolívia não é assim, essa parte [genitais] só se lava com água de camomila, colocas meias, toda abrigadita, aqui em São Paulo não é assim, aqui só pouquinho sangue saiu, mas também fazia muito frio (Claudia, 30 anos, 2 filhos).

Que nos digam às duas horas de dar à luz para ir tomar banho não está bem ou quando a mulher está com as dores [trabalho de parto] e obriguem a banhar não é bom (Rosa, 42 anos, 4 filhos).

Como mencionado, de acordo com os cuidados tradicionais não se deve tomar banho, mas na maternidade as mulheres deveriam fazê-lo para estarem “cheirosas”. Essa norma nem sempre foi cumprida, conforme foi possível observar e de acordo com os relatos das mulheres. Elas contaram que disfarçavam quando recebiam essas ordens. Aparentemente, elas entravam no banheiro, molhavam seu rosto, sua cabeça, suas axilas e suas partes íntimas; trocavam a roupa e saíam do banheiro.

A enfermeira entrava de manhã e dizia “todo mundo a tomar banho”, eu já me sentia mal e ficava pensando “o que vou fazer?”. Mas ela continuava dizendo “aqui há um cheiro [referia-se a um cheiro desagradável], um cheiro de sujo”, e nossos cuidados é não tomar banho, claro, se podemos lavar-nos com água morna, mas é ruim molhar a cabeça e o corpo inteiro, e aqui é quase obrigada a banhar-se, eu entrava no banheiro e molhava um pouquinho minha cabeça e outro pouquinho aqui [axilas, rosto e seus genitais], assim de medo também fazia e assim as enganava e já saía do banheiro [risos] (Rosalina, 23 anos, 3 filhos).

Eu tinha muito medo quando diziam para tomar banho, aí pensava que ia terminar com sobrepardo e como eles [profissionais] não entendem aqui, então entrava no banheiro e molhava minha cara, os braços e novamente ia a minha cama, assim passei quatro dias hospitalizada, morria de medo, já quando cheguei a minha casa [sorriso], fiquei tão feliz [riu] (Eliana, 32 anos, 3 filhos).

As mulheres resistem às normas estabelecidas pelo hospital, mas de forma dissimulada ou de engano, como refere DINIZ (2001, p. 121), “submetendo/acomodando e subvertendo/resistindo à regra, numa situação que poderia ser chamada de resistência acomodada”, como exemplificado nos depoimentos anteriores. Como também referido pela autora, isso é comum em vários contextos culturais onde as mulheres são submetidas a cumprir normas hospitalares que violam suas normas tradicionais de cuidado.

Algumas famílias lamentaram não poder realizar os cuidados no pós-parto integralmente: “estamos longe da família e de nosso país, mas talvez num próximo bebê dê para fazer, aqui [em São Paulo] é difícil porque temos que trabalhar e não estamos com nossos familiares”. Achrom que talvez por isso sofram com dor de cabeça relacionada ao frio, pelos poucos cuidados que realizam consigo mesmas, e há comparações com seus familiares que seguiram as normas de cuidado tradicional, inclusive de suas mães, mencionando que “os antigos [pessoas de gerações anteriores], eles faziam direito [cuidados], por isso que são mais saudáveis e têm um bom viver”.

A respeito do equilíbrio de calor e frio como o equilíbrio natural, o pediatra Álvaro García (2007) assinala:

A mulher durante a gravidez sofre um processo de aquecimento necessário para dar origem a uma nova vida, poderíamos dizer que é como um forno de barro que fica quente durante nove meses. Quando a mulher dá à luz, o útero se abre e esse forno expulsa o recém-nascido, a placenta e abundante sangramento, que gera uma perda importante de energia. Essa condição, unida à situação do útero aberto logo após o parto, facilita o ingresso do frio no corpo e assim corre-se o risco de perder esse equilíbrio (GARCÍA, 2007).

Esses conhecimentos de estabilidade térmica são fundamentais para que as mulheres preservem uma vida saudável e, quando não se cumprem esses cuidados, produz-se um desequilíbrio no organismo das mulheres no pós-parto. No entanto, esses princípios básicos são desvalorizados pelas considerações técnico-clínicas da biomedicina ocidental moderna.

9.6 CUIDADOS TRADICIONAIS DOS WAWAS RESCÉM-NASCIDOS

Culturalmente, também há normas que devem ser realizadas no cuidado com os recém-nascidos desde seus primeiros dias de vida, algumas das quais as mulheres já não podem realizar por não estarem no seu país (Bolívia).

No bebê, também deve-se dar banho passados cinco dias de seu nascimento, preparando chá de camomila com umas gotas de limão, que é bom para tirar essa grasita [gordura do corpo]. Eu fiz isso com meu wawa (Rosa, 42 anos, 4 filhos).

O costume é abrigar bastante a wawa, suas manitos [mãos] e seus pezinhos e tem que estar com seu corpinho reto, assim eles [meninas e meninos], quando crescerem, não terão abertas suas pernas e usamos fraldas de pano (Rosa, 42 anos, 4 filhos).

Deve-se cuidar da wawa envolvendo em uma manta³³ e segurando com chumpi³⁴ desde seus braços até seus pezinhos, eu não trouxe aqui à maternidade porque iam brigar comigo e não iam deixar colocar. Quando voltar para casa [alta hospitalar] farei isso com meu wawa, por que isso ajudará, quando for maior, a ser forte (Vanessa, 45 anos, 5 filhos.).

A tradição de envolver o bebê em mantas é muito comum no altiplano da Bolívia. Em São Paulo, as opiniões entre as que realizam ou não a tradição se mostraram diferentes. Algumas puérperas manifestaram realizar esse costume em casa, mas não pelo mesmo tempo em que fariam no seu país de origem, ou seja, por seis ou sete meses, mas sim por uns cinco dias após a alta hospitalar. Outras lamentaram não poder realizá-lo pelo trabalho que exercem o dia todo.

Na Bolívia, os profissionais recomendam não realizar esta técnica pelas consequências que acarretariam à saúde da criança. O diretor do Hospital del Niño na Bolívia, Cristian Fuentes diz que:

Recomenda-se não envolver as crianças como é uma tradição no altiplano. Envolver as crianças com mantas e faixa apertando suas pernas até imobilizá-los e depois carregá-los nas costas com um *aguayo* é um costume muito disseminado no altiplano. Mas o que não sabem muitas mães é que a prática produz displasia de quadril em crianças. O que ocorre é que ao ser envolto, o quadril que está em posição de flexão no útero termine em uma posição de extensão (FUENTES, 2010).

Essa é uma tradição muito antiga, pouco conhecida nas sociedades ocidentais, e que deveria ser mais explorada com estudos específicos para conhecer se existem consequências tal como a anunciada por FUENTES (2010). Talvez a consequência ruim para o bebê se relacione com o modo como a técnica é empregada, quando são realizadas por muito tempo ou muito apertadas. Nas cidades – não só no altiplano da Bolívia, como também na maioria dos hospitais do Peru – realiza-se tal amarração com tecidos mais macios. Na zona andina peruana é uma tradição comum, como também em alguns povos indígenas da Amazônia peruana, embora a concepção seja diferente. Para os indígenas, o recém-nascido sonha e precisa ser protegido para não se assustar quando acordar e não ficar chorando. Eles utilizam panos macios, por causa do clima, que é quente, em comparação com os mantos de lã mais pesados utilizados pela população do altiplano.

³³ Tecido colorido tradicional para envolver o bebê.

³⁴ Cinto ou faixa feito com lã de ovelha e que serve para prender o envoltório do bebê com a manta.

O uso de fraldas descartáveis também não é comum. As mulheres preferem utilizar tecidos macios, que são considerados melhores para evitar problemas de alergias no bebê. Na maternidade, contudo, elas usavam as fraldas descartáveis.

A wawa deve ser protegida do sol para que o reflexo não bata nela e na Bolívia não se coloca fralda, somente trapitos [fralda de tecido], porque essas fraldas que dão no hospital dizem que traz doenças porque depois deixa meio como poeira e isso pode provocar infecção (Rosalina, 23 anos, 3 filhos).

10 DESENCONTROS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS MULHERES BOLIVIANAS

O Brasil, por ter um sistema universal de saúde, não apresenta muitas barreiras de acessos estruturais para os imigrantes que precisam realizar um tratamento de saúde. Uma vez cadastrado no SUS, o usuário pode utilizá-lo para sempre. Mas existem outras barreiras que os imigrantes bolivianos e cidadãos brasileiros têm que enfrentar, deparando-se com postos de saúde e hospitais cheios, com dificuldades de agendar consultas, conseguir remédios até o acesso a tratamentos mais sofisticados. Para os imigrantes bolivianos, soma-se a barreira do idioma.

Quando está agendada a consulta é tudo bem, mas o que sempre vemos é o atendimento às bolivianas, porque as tratam mal e como elas não sabem falar português então é pior, mas acho que pelo menos deveriam tratar de entendê-las; eles [profissionais] eu sei que entendem um pouco, mas eles dizem que não entendem o que nós falamos (Alê, 30 anos, 3 filhos).

O cadastro no SUS é realizado nos postos de saúde onde exigem algum documento e o comprovante de residência. Os imigrantes podem apresentar qualquer documento, mesmo de seu país de origem, para receber um cartão do SUS para os atendimentos futuros. Limitantes como o desconhecimento sobre o documento do país de origem como válido por parte de alguns servidores públicos dificultam o acesso a algo dito como direito. Em caso de o imigrante não ter uma residência fixa (quando é recém-chegado) ou quando depende do padrão para obter um comprovante, não há orientações disponíveis que possam ajudar a realizar estes processos.

A primeira vez que fui ao posto de saúde [risadas] não entendia nada de português e nem falava, pior, e fui para registrar a minha família porque outros bolivianos que conheci me disseram que deveria registrar-me para ter um cartão familiar [cartão SUS] para poder ir [passar consultas] e por isso que fui já depois fiquei grávida e apresentei esse cartão (Rosalina, 23 anos, 3 filhos).

Os imigrantes bolivianos acessam o sistema de saúde brasileiro em caso de necessidade com as crianças e durante o período da gravidez e parto. Geralmente, as mulheres quando estão grávidas frequentam os postos de saúde e, chegado o momento do parto vão para alguma maternidade que esteja perto de seu domicílio. O HMLMB é um referencial importante para algumas mulheres darem à luz, mesmo que fique distante de sua residência.

A maioria dos homens usa com menor frequência os serviços em geral, dizendo que quase nunca precisam utilizá-los porque são “fortes”. Geralmente eles se tratam em casa, com remédios caseiros, utilizando remédios vegetais do país de origem, que também são usados em geral por toda a família como um primeiro cuidado, antes de se procurar atendimento nos serviços de saúde. As plantas medicinais, os unguentos e chás são empregados, e podem ser comprados nas feirinhas de Coimbra e Pari.

No HMLMB, que atende muitos pacientes imigrantes, os pacientes sem documento não têm seu acesso barrado, mas como é preciso um documento (mesmo que boliviano) e mais ainda caso seja menor de idade, a orientação é que consigam um documento no consulado boliviano, para que os pais possam registrar os seus filhos.

10.1 PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

As práticas diferentes ou mesmo desconhecidas e a ausência de domínio da língua do país de acolhimento são algumas limitações para as imigrantes no acesso aos cuidados nos serviços de saúde, especificamente na gravidez, no parto e no pós-parto. Porém, é fundamental conhecer os valores, os hábitos e os costumes do imigrante para que a orientação vá ao encontro de suas necessidades e não seja realizada por imposição, transgredindo normas tradicionais que dentro de sua cosmovisão têm a ver com um equilíbrio para seus corpos e para sua saúde.

Na cultura da maioria das mulheres bolivianas, a valoração de normas tradicionais relaciona-se com poder atuar de forma autônoma com respeito ao cuidado da saúde por serem menos invasivas. Não poder decidir sobre seu próprio corpo e estar isolada dos familiares, para as bolivianas, contrasta com os cuidados da medicina tradicional e com a presença dos familiares, que elas consideram como muito melhores, de acordo com a norma social de sua cultura, cujo enfoque da saúde é integral, dimensão importante para sentir-se bem ou viver bem. Reivindica-se, assim, um cuidado mais acolhedor e respeitoso como direito de toda pessoa.

O acesso limitado à informação e a falta de formação adequada dos profissionais para trabalhar com estes grupos populacionais tornam ainda mais complexos o acolhimento, a comunicação, os diagnósticos adequados e a prestação adequada de cuidados. Os imigrantes nomeados como recém-chegados, os que nunca tiveram contato com os serviços públicos de saúde, os que se encontram em situação irregular, de precariedade e clandestinidade são os mais vulneráveis no atendimento à saúde.

Portanto, a situação de conflito cultural, a insegurança e ansiedade são prejudiciais para mãe e criança, para as interações familiares e para a qualidade dos cuidados (RAMOS,

2004; MONTEIRO, 2005). As mulheres imigrantes em geral utilizam menos os serviços nos postos de saúde para o pré-natal ou o realizam tardiamente e de forma incompleta. A gravidez e o parto também são vivenciados com algumas dificuldades e sofrimentos porque o conjunto de suas tradições culturais não é considerado como “válido” e elas devem adaptar-se aos protocolos institucionais que primam o tecnológico. Muitas vezes as práticas médicas são consideradas violentas, traumatizantes e sem pudor, não respeitando modos de proteção tradicional próprias de seus saberes. Essas práticas, na hora do atendimento, aumentam a vulnerabilidade e a angústia destas mulheres de cultura e tradições diferentes.

As mães primíparas, por sua vez, passam pelo medo e ansiedade devido às grandes diferenças entre o meio cultural, familiar e protetor de origem e o incompreensível com o qual se vêm afrontadas. Esta situação leva muitas vezes a piorar o acesso aos serviços de saúde, com consequências para a saúde da mãe e a de seu bebê, para a comunicação e com os profissionais comportamentos inadequados e agressivos, atitudes de rejeição, entre outros (CUADRADO, 2004).

Nos depoimentos, o que as mulheres mais reiteram é a má atenção, a forma pela qual são atendidas, os cuidados que recebem e os medos que levam consigo sobre o que poderia acontecer nesses encontros com algo “não conhecido, ou melhor, desconhecido”, como é chegar a um hospital ou maternidade para ganhar seu bebê.

10.2 O PRÉ-NATAL

Os pré-natais realizados de forma adequada são importantes para identificar transtornos durante a gravidez, receber orientações sobre como cuidar-se e para estabelecer o vínculo com o pessoal de saúde. Mas nem todas cumprem com o total de avaliações pré-natais por razões diferentes: porque estão trabalhando e têm um limite de tempo; quando vão ao posto de saúde na data agendada esperam muito tempo e às vezes voltam para casa sem serem atendidas; pela vergonha que elas sentem ao serem criticadas pelos profissionais que dizem “outra vez você está grávida?”.

No posto de saúde não quiseram atender-me porque não tinha endereço fixo, insisti que a senhora agendou, pediram exame de xixi e ultrassom e só disseram para mim “está tudo bom”, demoraram só acho cinco minutos; por isso eu fui [posto de saúde] poucas vezes [quatro vezes] para pré-natal, eu não tive mais vontade de ir ao posto de saúde (Cintia, 28 anos, 3 filhos).

Eu tardei em meu controle [pré-natal], tinha medo [risada] que me olhem [barriga crescida] porque meus bebês são seguidos, o outro [criança anterior ao RN] é pequeno [2 anos], eu dizia depois vou ir porque eles [profissionais] não gostam e sempre dizem “outra vez estas grávidas?”. Já escutei que ralhavam com uma boliviana [voz de brava]: “De novo você está grávida? Mas você recém teve bebê? E novamente?”. Então eu tinha medo e esperei até os sete ou seis meses acho para ir ao pré-natal (Alê, 30 anos, 3 filhos).

Esta primeira recepção às mulheres grávidas em procura de um atendimento de pré-natal somada à limitação do idioma faz com que as mulheres também procurem pouco o serviço ou, como em alguns casos, nem realizem o pré-natal. É importante dizer que mesmo algumas mulheres que estão há mais tempo em São Paulo e que entendem razoavelmente o português não cumprem com o mínimo de consultas pré-natais, sobretudo, quando têm entre dois e três filhos, pois resistem a procurar o posto de saúde pelas opiniões de juízo moral que recebem de parte dos profissionais no posto de saúde.

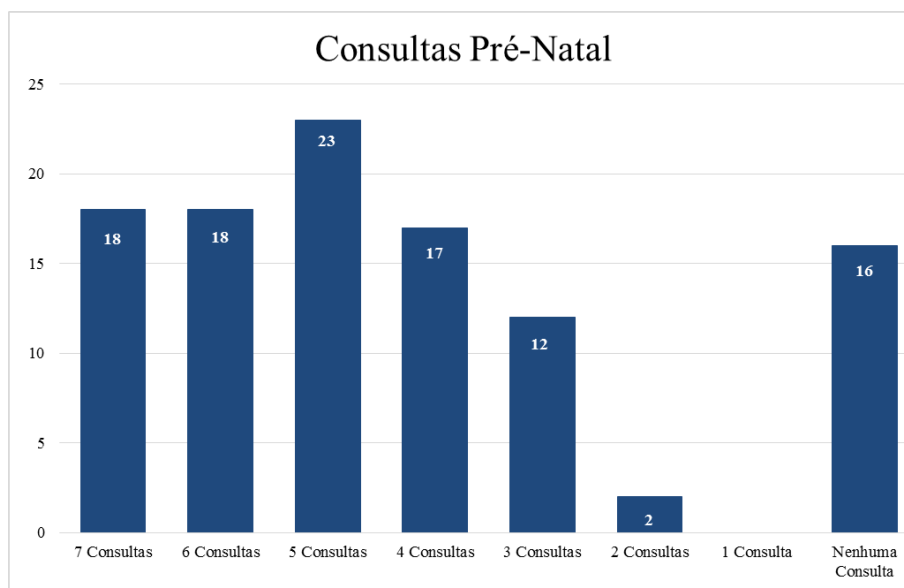
Eu fui ao posto de saúde, já tinha quatro meses e esperei bastante tempo desde cedo até meio-dia já, no corredor uma das pessoas que atende me perguntou se estava grávida, falei que sim, mas não vi mais ela [profissional]. Apareceu outra enfermeira e falou para mim “eu vou te atender”, quando estava no consultório entrou uma enfermeira e me olhou e disse para mim: “os bolivianos chegam a fabricar wawa aqui, porque vocês não vão fabricar wawa lá na Bolívia?”, eu fiquei calada e com vergonha, a enfermeira que estava atendendo-me sorriu e nada mais. Aqui há bastante boliviana nos postos de saúde que estão grávidas, estão sentadas esperando, e às vezes dá medo de caminhar assim porque te olham e comentam: “os bolivianos são bem trabalhadores só fabricando wawas estão, parem de fabricar wawas”, dizem, [voz forte] “fora de ter wawa”, dizem, aí nos sentimos tristes, por isso já falei para ele [assinala ao marido] que eu não quero mais wawas [sorriso] (Claudia, 30 anos, 2 filhos).

Alguns doutores sim entendem [espanhol], mas eles dizem “não entendi nada”; e assim há outras moças e outras senhoras e ficam sem falar e com a vista para baixo e alguns [profissionais] se aproveitam disso e aí saem os comentários que dizem “ah, é boliviana, não entende nada”, entre eles [profissionais] falam assim, é o que vejo que é uma discriminação” (Rosa, 42 anos, 4 filhos).

O exemplo de Claudia ilustra a violência institucional que deixa clara a falta de ética profissional e uma relação assimétrica de poder; em que as mulheres se encontram em maior vulnerabilidade por sua raça, classe social e imigrantes; com juízos de valores que subjazem à fala do profissional, sem o respeito a seus direitos humanos e no âmbito destes, aos direitos sexuais e reprodutivos. Apesar de o direito universal à saúde ser reconhecido como igualitária na prática se dão restrições que faz com que os imigrantes não alcancem esse direito por igual.

O gráfico a seguir mostra a quantidade de mulheres que realizaram o mínimo de consultas de pré-natal (sete) e também um número importante daquelas que não fizeram consultas de pré-natal.

Figura 19: Número de mulheres, por número de consultas de pré-natal realizadas. São Paulo, 2013



Nas primeiras consultas, as mulheres vão acompanhadas de algum familiar que ajuda com a interpretação do idioma. Elas se sentem melhor pela facilidade de entender as orientações ou pelo fato de não estarem sozinhas. Outras grávidas vão acompanhadas do marido, mas isso ocorre poucas vezes, pois se um deles deixa de trabalhar o outro deve ficar na oficina para assegurar o pagamento diário e dar conta da produção. Elas têm um duplo problema: o primeiro é que muitas vezes elas acabam se “descuidando” do pré-natal em virtude de dependerem da compreensão do chefe e não podem “demorar muito”, porque seus pagamentos serão menores se menor for a produção ou, simplesmente, poderá não receber o pagamento por este dia ser considerado como “dia não trabalhado”; o segundo ocorre após o parto, quando têm filho e o chefe não gosta de crianças.

Geralmente, a relação com o pessoal do posto de saúde é considerada de “pouca confiança”. As mulheres reclamam sobre o atendimento, dizem que gostariam que não fossem vistas como “bichos raros” – esta é a forma que descrevem o atendimento que recebem. Mencionam que alguns dos profissionais são bons “porque tratam de entender, e tratam de explicar mesmo falando em diferente idioma”, mas a maioria dos profissionais só trata de deixá-las como “menor”, neste caso dizendo “são bolivianas e não entendem” ou

perguntando-se “por que tem tanta boliviana grávida aqui? Por que vocês chegam aqui [São Paulo] para sofrer?”.

Quando primíparas, o temor e a vergonha de ficarem descobertas para um exame e a desconfiança são também algumas limitantes encontradas para realizar o pré-natal. A informação sobre como é o atendimento transmite-se como uma bola de neve de uma mulher para outra dentro das oficinas de costura.

Apesar de não ter sido mencionado de forma direta, as mulheres comentam que quando os maridos não as acompanham na consulta, mais tarde perguntam “foi avaliada por uma mulher ou um homem?”, o que indica que talvez haja preferência pelo sexo do profissional por quem deva ser atendida a grávida.

As mulheres consideram o pré-natal importante porque assim podem detectar oportunamente qualquer problema, saber como está crescendo o bebê, entre outros fatores, mas isso acontece quando há uma informação clara e uma boa atenção. Contudo, na avaliação sobre o serviço recebido, mencionam que as consultas transcorrem “em silêncio e nem olham para nossa cara, terminam rápido a consulta e colocam no cartão a data que deve voltar”. Pelas experiências não satisfatórias e com o trato hostil, percebem que são atendidas com indiferença, notam que são discriminadas, pelo que se questionam que talvez seja assim “por ser pobres, feias e por não falar o idioma português”.

Às vezes voltava [do posto de saúde] sem entender nada e quando perguntava e pedia que me explicasse devagar, ele [profissional] ficava bravo [percebia pelo tom da voz e a expressão], aí eu me perguntava “que queria dizer?”. Era incômodo porque não há paciência, assim, com dúvidas, voltava para casa (Margara, 36 anos, 1 filho).

Nos depoimentos das grávidas nota-se quantas dificuldades elas têm de enfrentar nos postos de saúde. Na maternidade não é tão diferente. Lembro-me de um plantão realizado à noite, quando uma parturiente chegou à sala de parto, a colega enfermeira pediu seu cartão de pré-natal, onde havia o registro de apenas uma consulta pré-natal. A colega enfermeira olhou para mim e, quase atirando o cartão em minha cara, disse:

Você que é pesquisadora de bolivianas, olhe este cartão de pré-natal, só uma vez fez pré-natal, olhe você que se pode fazer com elas? Depois são as consequências, não é possível que cheguem aqui sem fazer nenhum pré-natal, já que você fala espanhol, explica para ela que deve fazer para a próxima [voz forte, parturiente olhando] (Caderno de campo).

Limitei-me a escutar, sem dar resposta. Já sabia que a parturiente não havia realizado o pré-natal. Parece difícil para muitos profissionais compreender e analisar outros fatores (que desconhecem) que a maioria dos imigrantes – e também brasileiras – enfrenta para cumprir ações de cuidado, neste caso, o pré-natal. Quando se conhece a problemática não é difícil entendê-la, mas quando há uma visão muito técnica, se tem uma visão estereotipada.

No campo de pesquisa percebi que a mulher boliviana é mais diferenciada pelos seus traços físicos, seus costumes, sua vestimenta e pelo dialeto: aimará e quéchua, e estereotipadas como submissas, sofridas, sujas, que não sabem e não entendem nada, comparadas sempre com as imigrantes de outras nacionalidades.

10.3 ALMA VAZIA: PARIR NUM HOSPITAL

As mulheres que chegam com as dores de trabalho de parto ao serviço de pronto-atendimento passam primeiro por triagem e são classificadas de acordo com a sua necessidade de atenção. Posteriormente são avaliadas para se conhecer com quanto de dilatação encontram-se. Algumas parturientes são orientadas a voltar para casa e retornar à maternidade quando “as dores forem mais seguidas”.

Uma vez que devem hospitalizar-se, o passo seguinte é trocar de roupa, colocar uma bata aberta na parte de trás e um top maternal. O top maternal é uma faixa de tecido confortável protetora das mamas e deve ser usado durante o trabalho de parto e pós-parto com a finalidade de proporcionar conforto, inclusive quando o bebê nascer, para colocá-lo no peito e dar segurança. Para as parturientes bolivianas essas normas não são bem aceitas porque seus corpos ficam expostos, mas elas não se recusam a cumpri-las porque os profissionais “assim ordenam e mesmo que não desejamos, devemos cumprir [trocar de roupa], mas não é bom, não”.

O caso da Sabrina é claro. Ela foi para o hospital porque já estava sentindo as dores, mas foi orientada para voltar para casa até que as dores fossem frequentes. Em casa começou a tomar chá de coca e foi sentido que as dores estavam aumentando; quando estava retornando ao hospital entrou em trabalho de parto e o bebê nasceu no táxi. Para ela, ter dado à luz no táxi acabou sendo considerado como “melhor”; sem técnicas que ela dizia “não conhecidas e que dão medo” e sem a exposição de seu corpo, que ocorreria quando fosse obrigada a usar a bata aberta e o top maternal dizendo: “Graças a Deus meu parto foi no táxi porque senão faziam tirar a roupa”.

Quando começaram as dores eu fui à maternidade, mas me fizeram voltar para casa porque a dilatação estava começando. De volta, quando cheguei a minha casa, comecei a tomar chá de coca quente e as dores iam aumentaram rápido, aí pensei que não chegaria à maternidade... faltando três quadras para chegar [maternidade] não aguentei e sentia que já estava em expulsivo, quase saindo meu wawa, aí minha cunhada pediu para o taxista parar, a bolsa estourou, saiu a wawa e chorou, o carro [táxi] ficou todo com sangue e o taxista assustado... daí o taxista nos levou à maternidade. Graças a Deus meu parto foi no táxi, porque senão faziam tirar a roupa [refere-se à bata e ao top maternal] na frente das pessoas [profissionais, usuárias] todo mundo está olhando nossas partes, nosso corpo todo [fica ruborizada e cobre seu rosto], a Deus graças que eu não tive que passar por isso, porque vi a bolivianas e outras não bolivianas que estavam quase peladas (Sabrina, 24 anos, 2 filhos).

As parturientes avaliam o serviço como insuficiente, “precisa ter muita sorte, porque quando chegamos nem sempre ficamos [hospitalizadas], aí dizem que devemos voltar para casa e quando as dores ficarem mais fortes, retornar [ao hospital]”. Esta situação é incômoda porque algumas moram distante do HMLMB e isso significa um custo adicional para realizar o percurso novamente.

Lá na maternidade, quando cheguei ao pronto-atendimento havia uma enfermeira, acho que por sono, não sei, pelo cansaço ou porque não gosta de seu trabalho não sei me tratou um pouquinho mal, pedia que eu caminhasse rápido, eu não podia porque estava sentindo dor, ficou brava, só respondi para ela que não podia porque estava com a contração e pedi que esperasse até passar a contração. Continua brava, “mais depressa, menina”, falou. Tinha que medir a pressão arterial, pediu para estirar o braço e falou “você não pode nem fazer isso, não temos todo teu tempo. Vai ser avaliada pelo médico”, me diz, “deve caminhar mais rápido, porque tem filhos vai reclamar” (Alê, 30 anos, 3 filhos).

A “sorte” de que falam as parturientes refere-se não só em caso de encontrar um profissional disposto para estabelecer uma relação de comunicação, mas também de profissionais que deixam seus preconceitos de lado quando as parturientes não conseguem uma fluidez no idioma português, o que é cobrado repetidamente. Em campo de pesquisa presenciei situações como:

Profissional: Quanto tempo você está aqui?

Parturiente: Quatro anos.

Profissional: Como não vai saber falar nem entender português, para isso você vem a meu país? Tem que apreender. Você vem a meu país, tem que apreender.

Parturiente: [baixou sua cabeça envergonhada].

(Caderno de campo).

Complicado quando cobram uma pessoa por não ser fluente em um dado idioma. Posso dizer que passei por isso e não é fácil, ficamos envergonhadas e depois é mais difícil ainda falar por medo de errar.

Para o parto, é comum escutar das mulheres bolivianas que “em casa é sempre melhor”, partindo das experiências que passaram no atendimento de seus partos anteriores.

Na sala de parto é feio, fazem abrir as pernas, isso é feio porque o corpo se esfria, eles [profissionais] nem colocam uma toalha, lençol, nada... depois pedem para sentar na pontita [ponta] para que possa sair o bebê, assim não é, a mulher assim sofre, eu não aguentava e queria ficar deitada, melhor, aí a doutora me ameaçou dizendo para mim: “cuidado com subir [baixar as pernas e ficar mais para cima] porque vai ser pior, você ou o bebê podem morrer”, aí fiquei com muito medo (Carla, 19 anos, 2 filhos).

Na casa é melhor dar à luz [risadas], aqui o grave é que te tocam [toques vaginais], eu tinha medo porque nem a parteira te toca [refere-se que não examina com toques], por isso com a parteira é melhor que com os profissionais como chamam, para mim a parteira ajuda bastante porque alguns chás quentes de mate de coca já ajudam a nascer rápido, eu falo porque assim tive minha primeira filha (Sara, 28 anos, 3 filhos).

É preferível ter em casa porque as atenções são diferentes, mas precisa ir lá [hospital, maternidade] por causa do certificado de nascimento³⁵, porque se temos o bebê na casa não entregam o certificado, senão, fora por isso só depois de ganhar o bebê iríamos ao hospital, mas também há bolivianas que não vão ao hospital, só têm em sua casa (Carla, 19 anos, 2 filhos).

A exposição do corpo durante o parto coloca a parturiente em mais uma situação de vulnerabilidade e os cuidados acabam sendo rejeitados pelo incômodo e o pouco respeito à sua privacidade, sendo práticas consideradas anormais. Para elas, suas práticas tradicionais são consideradas melhores. Ainda que possam ser consideradas sabedorias simples para alguns remetem a cosmovisão cultural e evitam problemas de saúde no futuro.

Eu cheguei ao pronto-atendimento quase ao meio-dia, já estava quase nascendo meu bebê, todo mundo corria de um lado para outro, me disseram que não podia dar à luz aí e me levaram ao centro obstétrico, tinha muita dor e me apurava [a dor era forte e contínua]. Havia um monte de pessoas, médicos, enfermeiras e outras, acho que todos eram médicos. Como eu fui bem abrigada pediam para tirar a roupa, eu não queria tirar minha roupa porque imagina, bem abrigada e daí ficar sem nada de roupa, não é bom para a saúde, o frio entra no corpo, todos diziam para mim “rápido, tira a

³⁵ Como na pesquisa realizada com a população *kukama kukamiria* em que as mulheres relataram serem obrigadas a ir ao posto de saúde para dar à luz, sendo ameaçadas com argumentos falsos de que pagariam multa para receber o certificado de nascimento.

roupa”, eles [profissionais] não entendem nada, a dor também era forte, como que me abria a cintura. Meu marido chegou ao pronto-atendimento, mas ele não entrou, eu queria que ele entrasse, mas também nem dava para perguntar onde ele estava (Ana, 31 anos, 4 filhos).

Muitas vezes são orientadas a entrar no chuveiro para relaxar e ajudar no avanço do trabalho do parto, mas elas não compartilham a ideia de que entrar no chuveiro é para ajudar no trabalho de parto. Isso colide com seus cuidados tradicionais. Pode acontecer um desequilíbrio entre frio e quente, de modo a desacelerar as dores do trabalho de parto, tal como é referido pelas entrevistadas.

Quando eu fui à maternidade para o exame, foi um sábado, para realizar análise de sangue que haviam pedido [silêncio] tudo estava bem e me disseram que tinha que ficar porque já era tempo [para nascer o bebê], mas eu não tinha dor, nada, estava tranquila, mas já fiquei porque eles assim mandam. Eram 9h, fiquei o dia todo e não havia dor e eu queria voltar para minha casa, eu sabia que não ia nascer ainda porque levava a conta por meu período [menstruação], que estava controlando, mas fiquei e falavam que ia ser normal. Sábado pela noite me colocaram algo para dilatar e aí sei que sofri um pouco, melhor dito, bastante [silêncio]. Começou uma dor forte e logo parava. Assim, desde as 3h até 11h do domingo não avançava muito a dilatação, entravam os doutores, diziam para mim que tinha que conseguir um parto normal, mas eu sentia que não ia ser normal. Uma médica dizia: “Tem que conseguir, tem que conseguir normal”, eu já não tinha força, sentia-me cansada, logo foi pior, fizeram tomar banho, sabia que ia ser pior, mas eu fui tomar banho, a dor sumiu e fiquei sem dor, fui a minha cama e outro soro [silêncio]. Injeção não sei que mais, eu acho que era para dilatar, me doía um pouco. Entrava outra doutora para dizer-me que tinha que banhar-me, o meu Deus, outra vez ao chuveiro e outra vez sana [refere-se que ficava sem contração] estava caminhando pelo corredor e terminou o dia e nada. Por fim eu já pedia que queria uma cesárea de medo que acontecesse algo com meu filho ou comigo, rogava para eles; entrava um e outro; alguns me escutavam outros nada [silêncio e suspira], depois entrou uma doutora para examinar-me e falou “não, não, não avança mais”, falou com outro doutor e entendi que já fariam cesárea, mas já quantas horas que eu estava quase agonizando com tanto soro, banho e toques. Mas entrou uma médica que acho que ainda queria que eu, nesse estado de agotamento [exausta] desse à luz, quando eu não podia mais, esta médica entrou falando que ia me examinar, meteu seus dedos [toque vaginal] e pedia para fazer força e força, eu já não tinha mais forças, como entendo e falo um pouquinho o português, falei que não faça mais dano, para mim não foi tão agradável o que fizeram comigo (Rosa, 42 anos, 4 filhos).

Na interpretação das mulheres, essa posição “não ajuda a wawa nascer”, pelo contrário, é uma atitude de abdicação da autoconfiança. Para elas, significa uma condenação a sofrer passivamente a violência do parto, dificultando a expulsão do feto e da placenta e

prolongando a dor. A exigência da posição de litotomia é um desrespeito do direito das mulheres às escolhas.

Feio é o que eu vivi aí, essa posição para nascer a wawa com as pernas penduradas não é boa, fazem abrir as pernas também, eu tive minhas primeiras filhas de joelhos porque é uma boa posição, que ajuda a descer e coberta, não assim como aqui [maternidade] já daí deitas em uma cama (Eliana, 32 anos, 3 filhas).

O serviço não oferece opções de posição no parto, tal como recomendado pelas evidências científicas; em vez disso, mantém rotinas obsoletas e desconfortáveis para as mulheres, que contribuem para partos mais demorados e dolorosos. A esse respeito, PACIORNIK (1997) refere que os partos indígenas são mais adequados e fisiológicos, sendo o parto de cócoras o mais natural.

10.4 PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES

A violência obstétrica é caracterizada pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos, impactando negativamente na qualidade de suas vidas.

Na concepção de muitos dos profissionais, a episiotomia serve para evitar lacerações graves, o que não tem fundamento científico. A maioria dos profissionais resiste à ideia de evitar praticá-la; sem comprovação de seus reais benefícios, continuam a realizá-la, reforçando desta forma o poder profissional sobre a mulher.

O uso indevido da episiotomia e da posterior costura (episiiorrafia) é um exemplo de violação do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes. A episiotomia tem sido indicada para facilitar a saída do bebê, prevenir a ruptura do períneo e o suposto afrouxamento vaginal provocado na passagem do feto pelos genitais no parto normal (DINIZ, 2002, p. 32).

As parturientes que foram “alongadas, cortadas ou como *una zanjadura*³⁶” às vezes descobrem que sofreram uma episiotomia na hora em que as estão costurando, quando dizem “vamos fazer uns pontinhos”, como referido pelas mesmas pacientes.

³⁶ Termo que em espanhol corresponde a uma *zanja*: amplo e profundo. Em português seria mais próximo a ‘vala’.

Com a dor [parto] nem senti, só depois me senti alongada [episiotomia] [sorriso de vergonha] e sim, me cortaram porque sinto como uma costura e tenho muita dor para sentar-me, mas eu nem sabia e nem eles falaram que iam fazer isso (Eliana, 32 anos, 3 filhos).

Primeira vez que se passa isso comigo [refere-se à episiotomia], não sabia que é assim que atendem no hospital, não havia sentido nada, depois senti como uma zanjadura, estava com dor e não sentia quase minhas pernas, o doutor falou que isso é normal até agora doem muito as pernas (Carla, 19 anos, 2 filhos).

A manobra de Kristeller é reconhecidamente ineficaz e danosa à saúde, causando desconforto à parturiente pela dor e pelo trauma que seguirá posteriormente (BRASIL, 2001). É importante respeitar o ritmo próprio de cada parto e os tempos da mãe e do bebê, como também é relevante que a mulher possa parir em condições ótimas para um bom desenvolvimento do parto, com privacidade e acompanhamento.

No caso das parturientes bolivianas, esta técnica negativamente se sustenta em que “os bebês das bolivianas são muito grandes e como não gostam de cesárea há que ajudar-lhes” na hora certa do parto. O parto passa de um processo natural a um procedimento controlado pelos responsáveis da atenção, que se apoderam por completo do corpo da mulher.

Havia duas doutoras, uma delas me agarrava de meu estômago e a outra estava embaixo para tirar o bebê, eu já não aguentava mais, no final terminei com muita dor em minha barriga até quando respirava. Na Bolívia não é assim. Pedi para ficar de pé ou de cócoras e não permitiram, dizendo “se você tentar fazemos cesárea” (Margara, 36 anos, 1 filho).

O medo de morrer, de perder seu filho e o sofrer de seus outros filhos é o mais frequentemente relatado, entre tantos medos que enfrentam as parturientes. De acordo com MCCALLUM e REIS (2006), a experiência do parto é dominada por um clima de medo crescente para a parturiente. Diante do medo, o poder dos profissionais ganha e resta à mulher aceitar a episiotomia, os toques vaginais e as manobras de Kristeller, que são discutidos pela invasão da autonomia de seus corpos e a infração de seus direitos ao tratamento livre de coerção e violência.

Além das técnicas já mencionadas, é frequente o uso de fórceps em centro obstétrico para “ajudar” o nascimento dos bebês porque são “bebês grandões”. Os depoimentos a seguir estão carregados de muita dor e ameaças que as parturientes enfrentaram durante seus partos.

Empurraram em minha barriga porque o nenê era grande, falaram, e os dedos colocam embaixo [toques vaginais] e também acho que me cortaram

abaixo, eu já não aguentava a dor, era praticamente por todo lado de meu corpo, escutei que o doutor reclamou dizendo que meu parto não era para ser parto normal senão cesárea por que o bebê não conseguia sair e começavam a empurrar minha barriga, já não tinha força, juro que não tinha força, aí o médico pedia só para que empurrassem minha barriga, depois só com colocar a mão em minha barriga já doía. Havia dois estudantes ou os que praticam acho e como eu entendo português, o doutor falava para elas “deve estar limpo, tem que estar limpo” e continuavam empurrando e empurrando forte, eu dizia que sentia muita dor, muita dor, quase gritando, “aguenta um pouco mais”, dizia o doutor, vi que o doutor não era desses amargos, daí já nasceu meu bebê, mas a preocupação do médico era que limpem bem e que deve ficar limpo, isso que não entendia. A placenta já ficou fora e daí me deram pontos porque me cortaram embaixo, nem sabia, só vi ao praticante com uma agulha na sua mão, eu fiquei olhando e ele disse “vamos colocar uns pontinhos”. Nem havia sentido quando me cortaram, só diziam que o bebê era muito grande. Nem meu marido estava na hora do parto, ele queria entrar, mas nesse momento não era possível, “já não é hora”, “mas eu quero que ele entre”, falei, “quero que esteja a meu lado”, “não, já não se pode”, me responderam, por que já está na última fase [ia nascer o bebê]. Assim meu marido ficou fora, mas ele queria entrar e eu também queria que ele estivesse de meu lado. Se eu não perguntava nem me falavam de minha filha, eu não ficava calada, perguntava se ela estava bem, assim perguntava mais ou menos em português, que consigo falar um pouquinho e entendiam, já daí me passaram a outro ambiente para recuperar-me e depois me levaram ao alojamento conjunto (Alê, 30 anos, 3 filhos).

Essa mulher foi submetida a várias formas de violência obstétrica, tais como: • não receber informações claras sobre o seu estado de saúde e a realização de procedimentos não explicados, sem ouvir sua opinião; • realizar exames de toque vaginal repetidas vezes; • impedir que a mulher tenha acompanhante, dizendo que “já não é hora”.

Nesse outro depoimento não teve nada de diferente do atendimento dessa parturiente que lhe fez passar por uma violência física e psicológica.

Eu fui sozinha à maternidade e aí disseram que já ficava hospitalizada, meu marido não sabia que ia ficar internada porque eu fui só para controlar [pré-natal] e liguei para ele e como não podia deixar o trabalho, depois me encontrou internada, havia vários médicos, enfermeiras, acho que também estudantes praticantes nessa sala [centro obstétrico], no pronto-atendimento pediram para tirar a roupa e colocar uma bata e outro como sutiã (top maternal). Como estava sozinha eu tive que deixar minha roupa na secretaria, no térreo. Hospitalizada, já me colocaram... ah, como se chama? A já... oxicotocim [ocitocina], eu acho que para dilatar porque eu não dilatava nada, estouraram a bolsa de água [bolsa de líquido amniótico] e daí comecei a ter dores pouco a pouco e entrava alguém [profissional], toques e toques, ah! isso eu não gostei, acho que é mais feio que a dor de parto estirando nossas partes, que não sei qual é mais doloroso, se as contrações ou maltratar nossas partes [vagina, pelos toques vaginais], porque é como que vão estirando também, ah meu Deus, que feio. As dores eram mais fortes a cada momento e como que ia avançando, já quase não

podia caminhar e também sentia que como a cabeça estava saindo eu falei que “já vai nascer”, aí disseram “vamos, vamos, caminha que tem que deitar”, a médica pegou de meu braço, mas eu me segurei na cama porque sentia que já ia nascer. Quando passou a dor [contração], deitei na cama com as pernas para cima, sentia morrer porque assim não conseguia respirar e dói tanto a cintura, as pernas dormidas e o bebê era grande e não saía e acho que se trancou porque estava grande e aí usaram esse ferro como para servir saladas, com esse me abriram e tiraram o bebê, eu não resistia mais, estava vendo escuro antes que tirassem o bebê, apareceu um médico de barbita e perguntou “tem filhos? Sim, então pensa em teus filhos porque não vai querer morrer”, eu já não aguentava mais, aí em segundos que passam por tua cabeça, lembrei de minhas filhas e rezei internamente pedindo a Deus que me ajudasse para estar bem, mas eu estava cansada e dolorida. Depois me disseram que o bebê era muito grande e que me havia rasgado desde o fundo [não era uma laceração, realizaram episiotomia], outra vez aguentar pontos que demoraram muito para fazer, quando estavam costurando uma médica apareceu com meu bebê para colocá-lo em meu peito, falei que não quero, que estava tão tensa e dolorida e mais com o que me costuravam eu não queria nada, assim podia cair porque eu estava fraca, então havia outra médica que falou quase gritando: “por que você não quer seu bebê? Você não quer mais seu bebê?”. Eu só queixava de dor, mas não aceitei pegar meu bebê porque não tinha nem forças. Entro acho que foi um médico loiro, olhou para quem estava costurando e disse que faltava ainda um ponto ao lado, foi tão doloroso aí [voz quebrada e chora]. Depois já me passaram a outro quarto, onde só havia enfermeiras, aí depois já colocaram meu bebê no peito, pedi água e aí meu marido entrou e também em cinco minutos pediram que tinha que sair e nem me viu bem. Depois já me levaram ao alojamento conjunto, não podia caminhar, estava inchada embaixo [assinala os genitais] e doía bastante, não podia nem sentar-me, estava pálida e sangrava bastante, saía como água, já não era eu, quando dava o peito ao bebê ficava dormindo na hora, até quando ficava parada também quase já adormecia, aí na maternidade me colocavam gelo nas minhas partes porque estava inchada e a dor era muito forte, mas quando tinha que pegar meu bebê não aguentava, mas tirava força para trocar a fralda e amamentá-lo. Depois de quatro dias voltei para casa, me deram de alta, já estava com saudade de minhas filhas, queria voltar também, seguia sangrando e uma amiga me visitou em casa e ajudou com os afazeres e eu não fazia nada, tomei os remédios para a dor, fui para o posto de saúde para que examinassem a ferida, mas ainda dói, mas quando vou fazer xixi está ferido, até tenho medo de ir ao banheiro porque penso que pode abrir-se, como perdi sangue também, se secou meu peito, então tive que dar mamadeira a meu filho, não estou tão bem, mas algo recuperada já, nunca pensei que passaria por essa situação, eu queria dilatar naturalmente, eu mesma [silêncio], em minhas filhas tudo foi normal e não como com este meu filho. Eu queria também que entrasse meu marido, porque ele esteve presente quando nasceram minhas primeiras filhas, vendo também o que estavam fazendo comigo, mas esta vez não foi assim, antes já havíamos falado que estaria presente porque também era nosso primeiro filho homem, mas não foi assim; com esta experiência eu não quero pisar esse hospital de tanto trauma que passei aí (**Patty, 31 anos, 3 filhos**).

Pedir para colocar o bebê no peito da mãe me fez lembrar quando eu fazia estágio em minha formação no Peru, quando chegava a hora do parto, no “kit de parto” não poderia faltar

a tesoura para a episiotomia, diziam “coloca o bebê para mamar, assim ela não vai sentir quando faço os pontos”. Essa estratégia não funciona, observei tantas pacientes passando pelas suturas que pediam que aplicassem mais anestesia e a resposta era “nessa parte não pega a anestesia, aguenta um pouquinho que já vamos terminar, falta só um par de pontinhos e terminamos”. Era a resposta para as pacientes que estavam deitadas suportando a sutura.

10.5 AS CESÁREAS: “O CORPO JÁ NÃO SERÁ MAIS IGUAL”

A cesariana é uma prática vista por todas as parturientes bolivianas como agressiva para seus corpos, que implica um perigo para sua própria saúde no futuro e porque já não poderão trabalhar, fazer esforço, pois “o corpo já não será mais igual”. Todas esperam um parto natural e a cesárea é “cortar o seu corpo e nunca mais ficar bem e está relacionada com a morte”. Em caso de se tratar para salvar a vida da mãe e bebê, “está bem passar por esse tipo de parto”.

O caso de Sara, que não fala nem entende português e o idioma espanhol é falado limitadamente, tendo uma maior destreza com o dialeto aimará, mostra várias facetas sobre o drama vivido durante a cesárea pela que teve que passar. Acompanhada de sua prima e totalmente invisível em um ambiente desconhecido, ofereceu seu depoimento:

Eu fui à maternidade para marcar uma consulta e aí me avaliaram e disseram já para internar-me, eu não tinha dor, dois dias vai estar aqui, daí vai a tua casa, me disseram e realizaram ultrassom e um [bebê] está sentado e o outro está bem, “vamos fazer cesárea”, falou, e eu não tinha dor, nada, eu sei que faltavam três semanas, nem líquido havia perdido e falavam que havia perda de líquido, mas não havia perdido nada, me deram remédios para tomar e começou a baixar líquido e me falaram “está perdendo líquido dos nenês” (bebês), foi uma ameaça [para dar medo], ficaram bravas as senhoras [profissionais] porque faltava para assinar [prontuário], eu estava com minha prima e eu não queria assinar, eles falaram “aí pode morrer ou passar algo com os nenês”, eu queria vir para minha casa eu não queria cesárea porque eu sei que faltavam algumas semanas; então, “você que sabe”, me disseram, se quiser pode ir também para tua casa, mas não vamos ser os responsáveis pelo que possa passar com você, advertiram-me. Eu fiquei chorando de pensar o que seria a cesárea, minha prima ficou também triste. Eu entrei no banheiro e me perguntava “como pode ser isso?” [tinha que submeter-se a uma cesárea], nesse momento passou muita coisa por minha cabeça e não parava de chorar porque com cesárea não é fácil, já não é igual, a vida com isso é como mutilar. Parece que estavam crucificando-me, feio, me amarraram os pés, as mãos, assim me amarraram forte], cobriram com uma bata e também em três lugares colocaram anestesia e agora “grave me duele” [doe muito], agora parece que vou morrer, o corpo já não é igual, já não poderei trabalhar, fazer força, assim já ficamos doentes para sempre. Não gostei dessa anestesia, dói muito até quando fico muito tempo sentada dói como se

estivesse entrando uma agulha, “que será?”, me pergunto. Talvez esteja com uma ferida, que será? Quando se tem nenê em casa não é assim porque aí é normal. Agora estou sofrendo, não consigo trabalhar, falta para o leite, sem cesárea é diferente, agora passo só chorando todos estes dias, chorando estou porque que vou fazer sem dinheiro (Sara, 28 anos, 3 filhos).

Ao respeito das cesáreas, FERNÁNDEZ (2008, p. 243) refere-se “que entre os aimarás percebem que o médico gosta de fazer cirurgias para abrir os corpos e ver o que passa por dentro, é dizer ‘aprender’ utilizando os pacientes como coelhos da índia a prática cirúrgica como seu coagulado que gera ingressos econômicos”.

Este tipo de parto é ensinado nos hospitais-escola no Brasil (TESSER et al., 2011; DINIZ, 2009) e quando desnecessário está associado a piores resultados para a saúde das mulheres e dos bebês (HOFMEYR et al., 2008). Nos depoimentos das mulheres mencionadas é possível entender como são utilizadas estratégias para que o nascimento não se dê por via vaginal. Mesmo a cesariana sendo necessária, a forma de oferecer atenção – como no caso de Sara – pode ser considerada cruel, pela condição de mulher imigrante e indígena, com limitações para entender o idioma e sem informação mais específica a respeito de seu parto. Os testemunhos também fazem refletir sobre como a formação médica vem sendo influenciada pelas concepções de classe social, etnia e gênero, mantendo as desigualdades de diversas formas (MARTIN, 2006).

Eu não queria cesárea por que sou jovem [17 anos] nunca pensei passar por esses cortes, mas como não entendo nada e foi meu tio que me acompanhou e também assinou os papeis [prontuário] então eu não podia fazer nada, porque o pai do bebê é também jovem tem 17 anos, os primeiros dias doem forte agora que já diminuiu um pouco a dor, mas acho que eu poderia haver tido por abaixo [parto vaginal] não sei como será, mas pa frente lá na Bolívia assim normais por abaixo nascem os wawas eu vi a minha mãe e outras pessoas que não passam por cortes nada, aqui não entendia nada [português] falavam e falavam e riam quando me colocavam soro e me limpavam a barriga já daí fiquei dormida até depois que acordei em outro lugar [sala de recuperação] (Maria, 17 anos, 1 filho).

Para ROBBIE DAVIS-FLOYD (2001), as histórias dessas mulheres poderiam ser interpretadas como uma caricatura do que ela denomina “modelo tecnocrático-hospitalar” de atenção ao parto, orientado à separação entre mente e corpo. Os profissionais sentem-se liberados da responsabilidade perante o paciente como sujeito mental e espiritual e vigora uma hierarquia e padronização dos cuidados, segundo as quais o profissional é tido como superior e detentor do curso dos acontecimentos. Para essa autora, em razão disso, a forma de nascimento poderia ser compreendida como consequência da sociedade ocidental globalizada,

orientada pela ciência, pela tecnologia, pelo lucro econômico e por instituições controladoras do corpo feminino. Assim como DINIZ (1996), acredita que tanto na medicina quanto na sociedade, a tecnologia prepondera, contribuindo para que as técnicas e os procedimentos médicos sigam em vigor não por questões médicas propriamente ditas, mas muito mais em razão de aspectos culturais que transcendem a própria prática médica.

10.6 O PÓS-PARTO

Os cuidados pós-parto para as bolivianas têm a ver com o resguardo na cama, com a alimentação e os elementos de equilíbrio entre o frio e o calor, que permitem uma boa recuperação. Geralmente esses conhecimentos de cuidados tradicionais não se cumprem dentro do cuidado hospitalar e não se realizam distinções culturais, uma vez que tudo é regido por um protocolo de atendimento.

Fiquei num quarto e fria era minha barriga se inchou assim de grande [mostra em sua barriga o tamanho], parecia que estava grávida como que tinha outro filho, chorei muito e não aguentava a dor, era muito forte, logo entrou uma enfermeira morena e perguntou “o que aconteceu?” [Voz forte], ficou perto de mim, colocou sua mão na minha barriga e rebentou [desceu] bastante sangue, eu tinha muito frio, não estava bem abrigada, me deixaram assim com uma bata [silêncio] e roupa de cama que não abrigava muito (Claudia, 30 anos, 2 filhos).

Ainda assim, nas vozes das mulheres aparece também a forma “boa” como elas percebem que foram atendidas, o que estaria associado a entender e falar o idioma português, como é o caso de Alê; a maioria das parturientes não consegue se comunicar, o que faz a diferença ao dirigir-se a elas.

As enfermeiras que estavam de plantão eram boas, me diziam “vamos voltar para ajudá-la a levantar da cama, não entre e tome banho sozinha, vamos ajudá-la”, talvez porque eu falava em português e não ficava calada, mas o que observei é que quando as mulheres não falavam ou eles [profissionais] entendiam errado, ficavam bravos e começavam a dizer, “mas você não entendeu?” Aí começavam a levantar a voz quase gritando, às vezes o trato é como se as bolivianas fôssemos animais, eu observava e depois que saía a enfermeira explicava para as outras colegas de quarto. Uma vez eu falei para a enfermeira [explicando de suas companheiras de quarto] “é seu primeiro filho, não entende o português, está há pouco tempo aqui [São Paulo] (Alê, 30 anos, 3 filhos).

Queria fugir do hospital, estava com soro, a comida não estava boa, mais a dor, tudo, às vezes me falavam e não entendia, acho que também ficavam bravas aí as pessoas, eu morria de frio, estava desesperada para ir para casa, pior, a bebê entrou em uma cama [berço] com lâmpada [fototerapia], pensei que estava grave [doente] já daí passaram três dias e deram alta, meu tio foi [à maternidade] para eu poder sair porque sou menor de idade né (Maria, 17 anos, 1 filho).

10.7 OS BEBÊS E SEUS CUIDADOS: DESCONFIANÇAS E DESCONCERTOS

Os exames rotineiros como o teste do pezinho eram uma das maiores preocupações para as puérperas durante sua hospitalização. Não eram informadas sobre os procedimentos, nem sua finalidade. Os especialistas de pediatria que faziam a avaliação do recém-nascido todos os dias pela manhã complementavam e se escutava “tirem a roupa do bebê, podem deixar com a fralda”, passavam por cada leito avaliando os bebês. Com as mães bolivianas não havia conversa, talvez pela dificuldade do idioma, já outras mães brasileiras faziam algumas perguntas, às quais os médicos respondiam. Cada dia era um pediatra diferente que avaliava os bebês no alojamento conjunto. Observei que um deles explicava de forma devagar, em português, a cada uma das mães, enquanto ia avaliando ao bebê, mas nem todas as mães tinham a sorte de que seus filhos fossem avaliados por este profissional.

Os outros pediatras trabalhavam em silêncio e diziam “Pode vesti-lo”, logo escreviam no prontuário e nem o pessoal da enfermagem dava resposta clara e precisa às mães quando perguntavam sobre alguma dúvida. Os profissionais sempre se desculpavam dizendo “Ah, estou fazendo o que a doutora escreveu aqui”, em um tom de sequer oferecer informação a essas mães, que ficavam preocupadas.

Os maiores medos para as mães, de acordo com o que pude perceber diziam respeito à coleta do sangue do pé do bebê e à fototerapia (banho de luz). Apesar de darem informação a respeito, esta é falada em termos técnicos, que não são compreendidos pelas mães. Essas, por sua vez, ficam tomadas pelo medo, pensando que a fototerapia pode queimar seus bebês – isso é compreensível e ao mesmo tempo cruel quando se está diante de algo desconhecido.

Quando chegava ao alojamento conjunto sempre encontrava rostos tristes dos pais. Uma tarde, ao entrar em uns dos quartos, encontrei um casal jovem chorando abraçado. Pensei o pior. Mas, eles estavam muito assustados porque sua filha precisava entrar para a fototerapia e estavam resistentes a aceitar. Expliquei de que se tratava essa luz no berço e como tinham que colocar a bebê (protegendo os olhos, só com fralda, a mãe não ficar perto ou

em direção à luz, etc.). Toda puérpera boliviana passava por esses medos, como contado nos depoimentos a seguir.

Será que está bem meu filho?

*A pediatra chega e pede para tirar a roupa, a fralda do nenê, o revisava [avaliava] e não dizia nada, “está bem?”, eu perguntei, “sim, está bem”, respondeu, mas eu estava com medo porque via seu umbigo como saído, mas a pediatra falou “está bem”, não era amável a senhora. “Você tem que dar bastante de amamentar”, falou, mas eu não tenho leite, “mas como que não tem, você tem que ter”, aí eu queria saber para que tiravam tanto sangue do pé de meu filho, tiravam o sangue e nem diziam nada, aí perguntei, mas não entendi nada, só como que se o sangue estava aumentado, não sei, alguma coisa por aí falou para mim que estava 60 e tanto, 64, logo 50 e tanto, 40 e tanto, já no dia seguinte a pediatra diz para a enfermeira “banho de luz”, outra vez perguntei “por que vá entrar a esse banho luz?”, “é porque você não deu de amamentar, não querem dar seu leite”. Acho que esse dia estava mal humorada a pediatra e novamente repetiu “banho luz, não está de alta”, eu perguntava às enfermeiras e nem sabiam responder-me, uma dizia “porque está com infecção”, outra porque não dava de lactar, outra dizia só pode explicar a pediatra, no dia seguinte outra pediatra, trocou turno, e mais ou menos era, e diz “porque estava amarelo” e nem falou se era muito ou pouco, outra vez tiraram outra mostra, já saiu normal, chegou à noite com outra equipe de plantão e uma enfermeira entrou e falou “você está de alta e não quis ir para sua casa?”, para mim ninguém falou nada, aí tinha que esperar o dia seguinte **(Alê, 30 anos, 3 filhos)**.*

*No hospital temos que aceitar sem querer, boca calada, às vezes, essa coisa, eu não gostei de banho luz, pensei que ia queimar-se meu wawa, que ia ficar negrito, porque essa luz dá calor porque coloquei minha mão para saber como é, assim quando não sabemos temos medo, né, porque quando te explicam já sabes, mas quando só há que cumprir o que lhes dizem dá medo **(Rosa, 42 anos, 4 filhos)**.*

Às vezes, mesmo que o bebê deva ficar mais tempo na fototerapia as mães o tiram do berço, de modo que precisam ficar mais uns dias internado. Com mais dias de hospitalização, as mães passam por momentos de tristeza por não poderem ter alta hospitalar.

Figura 21: Bebê no banho de luz: medo de que eles se ferissem.



As mães primíparas têm medo de fazer curativo no umbigo por receio de que possa sair sangue. Algo tradicional na cultura das mulheres bolivianas está caracterizado pelo uso de faixa para evitar hérnia umbilical ou, como elas dizem, “pode descer su *huevito*”³⁷ e como segunda razão para assegurar que tenha um “lindo *pupo*”³⁸, com boa cicatrização e cuidar para “não ver umbigos saídos ou deformados”.

Se costuma colocar uma faixa no umbigo até que fique bem seco e também para que o umbigo não fique saído [em ponta] como uma chupeta, outros vão formando-se deformes, também quando chora [bebê] a pulmão saído [muito forte] pode sair seu umbigo pela força que faz e também às vezes começa a sangrar, então há que proteger (Alê, 30 anos, 3 filhos).

Em geral, nas diferentes culturas no mundo existem algumas similitudes. A faixa é um costume antigo e que continua sendo usada na atualidade. Ainda que nas maternidades não seja permitido seu uso, após a alta hospitalar, em casa, elas usam a faixa no bebê por dois ou três meses.

As vacinas do recém-nascido são bem aceitas por serem importantes para protegê-lo, e o cartão é conservado para quando chegar o momento de ir à escolinha.

Quanto à amamentação, as bolivianas preferem oferecer a seu filho leite materno. Adotam “posições próprias” para amamentar, colocando o bebê deitado de barriga para cima e ela recostada na cama, ficando o peito de forma horizontal à boca do bebê (foto a seguir).

³⁷ Testículo, vulgarmente é chamado de “ovo”.

³⁸ Como é chamado o umbigo.

Na maternidade essa técnica não era permitida, mas em casa ela comumente usada para amamentar o bebê.

Figura 22: Mãe amamenta seu bebê.



No seguinte esquema resumido, se transmite o valor do parto onde a mulher e sua família são os protagonistas, concebendo e valorando um parto no modelo tradicional e não um parto focado na biomedicina ocidental como a única opção de dar à luz. Pelo que é importante que as mulheres sem distinção alguma possam exercer seus direitos segundo suas preferências.

Como vemos na comparação dos modelos de atendimento, um é mais bem catalogado pelos benefícios que traz para elas, no entanto a maioria continua recorrendo para o hospital, pela seguridade a suas vidas por não ter perto à família que representa a maior rede de apoio nesses casos. Quando realizei a pesquisa todas referiam que sua mãe ou sogra são parteiras e moravam na Bolívia e que não tiveram informação sobre partos em casa aqui em São Paulo.

Quadro 3: O modelo de atenção ao parto na maternidade e o modelo tradicional, de acordo com avaliação das puérperas bolivianas.

<p>Modelo biomédico de atenção ao parto na maternidade em São Paulo, Brasil</p>	<p>Modelo tradicional de atenção ao parto em seu país de origem</p>
<p>Não há confiança, mas devem ir para dar à luz. “O pessoal de saúde é pouco empático, não conversam, não olham direto para nós”.</p>	<p>Há mais confiança e segurança de dar à luz na posição “que já conhecemos” e com os cuidados que nos “dão”.</p>
<p>O lugar do parto é um ambiente desconhecido. Espaço associado com o abandono, trato “frio”, tanto ambiental como afetivo.</p>	<p>Em casa há muita confiança: não está sozinha, sempre há alguém perto para oferecer apoio e força (marido, mãe, pai, irmã, parteira).</p>
<p>As mulheres estão submetidas às “necessidades” dos profissionais. As mulheres “ajudam” ou devem “colaborar” com os profissionais de saúde.</p>	<p>As mulheres são as protagonistas e devem receber ajuda em suas necessidades. As pessoas presentes no parto não “atendem” senão “ajudam”.</p>
<p>O uso de tecnologia às vezes inapropriada e cesáreas são as mais rechaçadas.</p>	<p>O parto natural é melhor. Com a cesárea a saúde se verá afetada e nunca mais será a mesma.</p>
<p>Não permitem tomar seus chás e quando não há acompanhante ficam sozinhas.</p>	<p>No trabalho de parto e no pós-parto são importantes as bebidas quentes, recomendando-se tomar chás de coca, entre outros. Recebem massagem nas costas, na cabeça, incentivos de coragem pelos maridos que ajudam a um parto exitoso. As condições do equilíbrio térmico são importantes.</p>
<p>Às vezes a presença do acompanhante é proibida, os profissionais não entendem que reduz as complicações.</p>	<p>O acompanhante é considerado fundamental, a sua ausência pode causar complicações. É muito comum o comentário: “ajuda, apoia, dá força”.</p>
<p>O idioma português constitui uma grande limitante.</p>	<p>Não há limitantes com o idioma porque podem perguntar em caso de dúvidas.</p>

11. COMPETÊNCIA CULTURAL: ENFOQUE DO MODELO DE PURNELL

Neste capítulo, são discutidos os achados da pesquisa sobre a experiência das mulheres imigrantes bolivianas sobre sua gravidez, parto e pós-parto em São Paulo tendo em consideração o atendimento recebido e suas vivências nos serviços de saúde. Retomarei o Modelo para Competência Cultural de PURNELL (2002, 2005) para a discussão, pois ele permite refletir sobre dimensões importantes como os valores, as representações, os estilos de vida e as práticas das famílias e grupos culturalmente diversos. O autor argumenta que a competência cultural é uma necessidade social para oferecer uma melhor atenção de saúde às populações, sendo mais conscientes das diferenças culturais.

O modelo considera 12 domínios culturais: herança – visão geral, comunicação, papéis e organização familiar, força do trabalho, ecologia biocultural, comportamento de risco, nutrição, práticas na gravidez e no parto, rituais relativos à morte, espiritualidade, práticas de cuidado da saúde, provedores do cuidado à saúde.

Retomando os domínios propostos por PURNELL (2002, 2005), vou aproximar os meus dados para discutir as possibilidades em relação ao referido modelo e os domínios encontrados dentro da cultura imigrante boliviana. Meu enfoque se dará sobre oito dentre os 12 domínios por ele circunscritos, a saber: herança – visão geral, comunicação, papéis e organização familiar, força do trabalho, nutrição, práticas na gravidez e no parto, práticas de cuidado de saúde, provedores do cuidado à saúde. Embora os outros quatro domínios do MCC de PURNELL (2002, 2005) – ecologia biocultural, comportamento de alto risco, rituais relativos à morte e espiritualidade, espiritualidade – estejam presentes, eles serão abordados apenas tangencialmente, ainda que sejam de grande importância.

Herança – visão geral. As imigrantes bolivianas em sua maioria são das zonas rurais pertencentes às cidades La Paz (94), Cochabamba (5), Oruro (3), Santa Cruz (2), Sucre (1), Potosí (1). Algumas dessas mulheres falam os idiomas espanhol, aimará e quéchua. A população imigrante boliviana é muito presente nos bairros centrais, historicamente bairros operários como Belém, Brás, Pari e Bom Retiro. No contexto do grupo pesquisado o nível educacional, em média, é o ensino fundamental incompleto. A quantidade de filhos por família está entre dois a quatro filhos.

Todas e todos os imigrantes bolivianos trabalham em oficinas de costura, tendo como o único sonho trabalhar e enviar ajuda a seus familiares no país de origem ou comprar a tão ansiada casa própria, por exemplo. As mulheres aqui em São Paulo, além de dedicar-se ao trabalho de costura, se dedicam ao cuidado dos filhos (elas contam que não gozam de um maior tempo para ficar com seus filhos como realmente gostariam) e aos afazeres domésticos, como uma questão de diferenças de gênero “naturalmente” atribuída a elas. Como diria SILES et al. (2001), é o fator biológico do sexo o que tem determinado desde tempos antigos a forma de organizar e distribuir as tarefas entre os integrantes dos diferentes grupos humanos. Nas visitas a suas casas, mesmo se observamos que os maridos de alguma maneira ajudam com o cuidado dos filhos, as maiores responsabilidades recaem nas mulheres.

Enquanto imigrantes que trabalham nas oficinas de costura, elas dependem de patrões, alguns coreanos, outros bolivianos. Alguns imigrantes trabalham em ambientes fechados, com poucas horas de descanso, com baixas remunerações ou com descontos pelos serviços de água e eletricidade, que é cobrado de acordo com o número de integrantes da família, onde as crianças também são contabilizadas. As condições de moradia em que vivem as famílias bolivianas são insalubres, tendo limitantes para conseguir melhores condições pelos recursos econômicos que não são o suficiente, inclusive, para cobrir as necessidades mais básicas.

Os lugares de lazer referidos pelas entrevistadas foram a Praça Kantuta e a Rua Coimbra, localizadas na região do Pari e do Brás, respectivamente. Estes dois lugares reúnem a comunidade boliviana, mas também são localidades com certo grau de violência urbana – não é à toa que elas manifestaram medo de assaltos nesses dois lugares. Outro espaço mencionado é o Memorial da América Latina, destinado aos festejos típicos da Bolívia. As festas de dança e típicas do país da Bolívia ratificam as tradições e valoriza a cultura aqui em São Paulo.

As igrejas católicas e evangélicas são muito reconhecidas pelas entrevistadas e suas famílias como lugares de apoio aos imigrantes. Essas instituições, além de enaltecer a fé, se constituem também em local para compartilhar a cultura. A Pastoral dos Migrantes vem ocupando-se dos imigrantes não só da comunidade boliviana, mas também de outros imigrantes que se encontram na cidade de São Paulo.

A comunicação. Este é um eixo bastante estruturante. Neste domínio, consideram-se os conceitos referentes à comunicação da cultura, como a linguagem dominante, as diferenças e as variações na comunicação verbal e não verbal (PURNELL, 2009).

A população imigrante boliviana apresenta características da linguagem interligadas por aimará, quéchua e o espanhol. Os dois primeiros idiomas são falados comumente nas

oficinas de costuras no dia a dia. Na Primeira Conferência Municipal de Políticas para o Imigrante de São Paulo, reconheceu-se que o idioma é uma das principais barreiras à integração do imigrante na sociedade, o que dificulta o acesso aos direitos básicos, como à saúde (SÃO PAULO, 2013).

Durante o estudo, as respostas das entrevistadas informam que, caso os médicos e outros profissionais falassem mais devagar seria possível compreendê-los. No entanto, a maioria não teria paciência nem vontade para explicar ou orientar na hora do atendimento.

No referente à saúde existem grandes limitações para que as mulheres se relacionem com os profissionais, sendo a principal limitante o entendimento do idioma português. O idioma traz ainda consequências que levam a uma atenção limitada, em que as mulheres grávidas geralmente não entendem e não podem ter respostas às dúvidas que as preocupam.

Às vezes voltava [do posto de saúde] sem entender nada e quando perguntava e pedia que me explicasse devagar, ele [profissional] ficava bravo [percebia pelo tom da voz e a expressão], aí eu me perguntava “que queria dizer?”. Era incômodo porque não há paciência, assim, com dúvidas, voltava para casa (Margara, 36 anos, 1 filho).

Assim, sem fluidez na comunicação, não existe a necessária aproximação para os cuidados de saúde com acomodação e negociação intercultural por parte do profissional de saúde que atua com população de culturas diferentes, como recomendado por LEININGER (1995). O resultado é a insatisfação nos serviços de saúde. Essa acomodação no cuidado da saúde só pode ocorrer quando o profissional de saúde fornece e facilita uma relação cordial, quando há um respeito pelos valores tradicionais.

A informação sem adequação cultural, sem considerações de gênero e como parte de um processo comunicativo não é a saída para boa parte dos problemas de saúde e iniquidade. Portanto, nesse contexto, informar não é comunicar, inclusive o modo como se prevê a informação pode ser prejudicial, é dizer, quando se está diante de uma comunicação desempoderante, por exemplo, quando se proporciona informação de saúde que não parte do reconhecimento dos saberes individuais, ou simplesmente não há comunicação, como o caso das mulheres bolivianas.

A comunicação constitui um aspecto importante nas questões de saúde, contudo, nota-se que é um aspecto descuidado nos serviços de saúde. Tal como referido nesta pesquisa que de 106 mulheres, 75 não falavam nem entendiam português e apenas 31 mulheres entendiam e falavam o idioma. As mulheres que falavam e entendiam o idioma contavam que poderia ser

esse o motivo pelo qual o pessoal as tratava e atendia de modo “diferente”, em comparação com as mulheres que não podiam comunicar-se em português.

As enfermeiras que estavam de plantão eram boas, me diziam “vamos voltar para ajudá-la a levantar da cama, não entre e tome banho sozinha, vamos ajudá-la”, talvez porque eu falava em português e não ficava calada, mas o que observei é que quando as mulheres não falavam ou eles [profissionais] entendiam errado, ficavam bravos e começavam a dizer, “mas você não entendeu? (Alê, 30 anos, 3 filhos).

As dificuldades de compreensão de informações em um idioma estranho ou de uma forma considerada demasiadamente mecânica ou impessoal podem resultar na interpretação desfavorável de alguma orientação ou até na toma errônea da medicação. Relembro o episódio com uma das profissionais de fonoaudiologia e uma das mulheres no hospital, em que ambas tinham seus próprios entendimentos da palavra “surda”, que em espanhol é quem utiliza a mão esquerda, e em português é quem tem dificuldade para ouvir. Pensar que a semelhança do português com o espanhol facilita em parte a compreensão pode levar a graves confusões. Tal como observado, todas as mulheres tinham dificuldades para expressar em português sobre suas dúvidas e não entendiam as respostas dadas em português a seus questionamentos.

Estudo realizado por FALEIROS (2012) sobre acesso aos serviços pelos imigrantes bolivianos que vivem na cidade de São Paulo e pelos imigrantes brasileiros que vivem em Massachusetts (EUA) ressalta sobre a importância da presença de intérpretes. A autora refere que são profissionais conhecidos como “*social workers*” que realizam trabalho como intérpretes nos serviços de saúde. Os intérpretes não são funcionários públicos, uma vez que a maioria dos serviços de saúde são privados; no entanto, seu trabalho tem caráter público, sendo financiado pelo governo na maioria dos casos. No referido estudo, nenhum dos seus entrevistados imigrantes brasileiros em Massachusetts reclamou de problemas de comunicação com os médicos, pois a atuação dos “*social workers*” não está limitado à tradução do diálogo entre profissional de saúde e usuária (o). Este pode ser um bom exemplo sobre como tal questão deve ser institucionalmente enfrentada, com capacitações apropriadas e com profissionais competentes (FALEIROS, 2012).

Também fazem parte da problemática comunicacional entre a cultura e o provedor de saúde ocidental, por um lado, a existência de um profissional de saúde inconscientemente incompetente e, por outro lado, uma cultura conscientemente incompetente (PURNELL, 2005). Este fato tem sido reconhecido pelas mulheres bolivianas ao referirem que a linguagem ou idioma é uma problemática que o profissional não entende e que elas são ignoradas por não

entenderem o idioma nacional, pelo que reiteradas vezes se menciona que “as bolivianas não entendem nada”. Esse corte comunicacional também dificulta para as famílias a manifestação de suas reais necessidades e problemas de saúde, no momento da atenção no serviço de saúde.

A esse respeito, PURNELL (2009) alerta para a necessidade de aumentar a atenção e o cuidado na comunicação com a cultura e no processo de integração na prestação dos serviços de saúde, colocando maior ênfase nos cuidados de uma melhor atenção. Este autor também orienta os profissionais da saúde para solicitar ajuda de tradutores para quem tem dificuldade com o idioma, com o intuito de não causar constrangimentos nos usuários nem frustrações nos próprios profissionais. Este tipo de dificuldade pode ser superado se os cuidados forem adotados e todos os sujeitos envolvidos na comunicação forem devidamente respeitados, criando assim um ambiente favorável e confortável tanto para os usuários de saúde quanto para os profissionais de saúde.

A respeito da comunicação, PORTOCARRERO (2004, p. 24) refere um outro sentido, aludindo ao que ajuda a melhorar a saúde. Segundo ele, “enquanto o silêncio mata, a comunicação cura. É no diálogo que se abre o horizonte do futuro”. Para este autor, o ato comunicativo permite verbalizar medos e esperanças, explorar as soluções, tornar-se dono do futuro e ganhar responsabilidade e iniciativa. Portanto, esta e outras categorias para entender a saúde requerem uma política nas práxis comunicativas, um estilo que valorize os saberes.

Papéis de organização familiar. A dedicação ao trabalho nas oficinas está direcionada ao sustento econômico diário, tendo como objetivo principal a poupança para o bem-estar dos membros da família. Aqui, a categoria gênero aparece de forma tácita e direta neste contexto. Num sentido amplo, cabe aos homens assumir o papel de chefes de família e as mulheres acabam desempenhando ações e decisões de natureza doméstica, como as relativas ao cuidado direto da criança, à lactação, ou seja, a todo o relacionado de trabalhos de índole feminina (GOMES, 2006). O papel da mulher está sobrecarregado de responsabilidades, desde o trabalho nas oficinas de costura, aos afazeres da casa e cuidar da família. As mulheres bolivianas, em geral, quando grávidas, desejam que o bebê seja um menino, argumentando que as mulheres sofrem muito em comparação com os homens.

As mulheres sofremos [sic] muito. As mulheres trabalham mais, lava roupa, cozinha, cuida dos filhos e trabalha em outras coisas como aqui, eu na costura e assim há outras mulheres às vezes mais que os homens trabalham e assim mesmo o homem não reconhece, mas em sua maioria as mulheres que são humildes e sofrem mais (Claudia, 30 anos, 2 filhos).

Observa-se que o casal trabalha incansavelmente para um sustento econômico. Mas, há que ressaltar o papel fundamental das mulheres bolivianas imigrantes que adquirem um protagonismo fundamental no aporte econômico familiar. Em seu novo papel como trabalhadoras informais, são vítimas de discriminação, exploração e subordinação pela sua condição étnica, sua classe social e por sua condição de mulheres imigrantes.

A organização do trabalho está permeada pelas limitações próprias da situação de imigrantes em condições desfavoráveis. Esta situação traz os efeitos nada benéficos sobre a saúde das imigrantes e ao bem-estar dos seus familiares dentro do contexto em que se desenvolvem (MONTENEGRO e STEPHENS, 2006).

Neste sentido, PURNELL (2009) alerta para a importância da organização e da dinâmica familiar nessa interação intercultural, tanto na comunicação quanto nos cuidados que se oferecem à população com uma competência cultural e resolução dos problemas e necessidades de saúde. Caso estas ações sejam desconsideradas pelos profissionais de saúde, significará perda de tempo e desencorajará o profissional a seguir no caminho do cuidado culturalmente competente (PURNELL, 2009).

Força de trabalho. As entrevistadas apontam que sua condição de vir para o Brasil em geral é em procura de melhores condições econômicas para “ganhar um pouco mais de dinheiro”. Encontramos que as e os imigrantes bolivianos chegam ao Brasil pelo convite de algum familiar ou por alguns conhecidos que ofertam trabalho com remunerações altas; mas isso não se cumpre. Os imigrantes bolivianos têm como principal ocupação o setor têxtil, nas oficinas de costura em sua maioria clandestinas (BUECHLER, 2004). A jornada prolongada de trabalho nas oficinas de costura afeta a qualidade de vida e o bem-estar pessoal. No presente estudo, e tal como apontado em outros estudos com imigrantes bolivianos, corrobora-se as condições precárias de trabalho e as longas jornadas laborais (BUECHLER, 2004; VIDAL, 2012; CORTÊS, 2013).

Para a maioria destes imigrantes as oficinas de costura se convertem em residência, com condições precárias de higiene, presença de unidade, pouca ventilação e onde moram várias pessoas ou famílias. Esta forma como trabalham e vivem os bolivianos também dificulta o aprendizado do idioma português, dado que há uma restrição de relação externa. CORTÊS (2013), em seu estudo sobre os imigrantes dos bolivianos, refere que os empregadores financiam o deslocamento, a alimentação e a moradia, associados à oferta de trabalho para pessoas não qualificadas, sendo estas características que estruturam a imigração, sendo utilizadas pelos agentes estatais para definir o trabalho em condições análogas ao de

escravo. Em São Paulo é evidente o domínio em primeiro lugar dos imigrantes de origem coreana e também bolivianos. Eles se encarregam de distribuir as peças de tecidos cortados para diferentes oficinas de costura e posteriormente recolhem as peças costuradas. O processo de produção descentralizado faz com que os custos de produção sejam reduzidos, com maior lucro para aqueles que estão no topo do processo produtivo (GALETTI, 1996).

Uma característica muito comum do trabalho dos imigrantes também é a baixa remuneração e o pagamento por peça produzida, que induz a uma carga horária de trabalho excessiva, que permitam acumular recursos econômicos. No entanto, as jornadas excessivas de trabalho geram maior potencial de desgastes, podendo levar ao adoecimento, tal como descrito nos depoimentos pelas mulheres, sendo ainda mais complicado para aquelas que tiveram uma atenção de parto com episiotomia, cesárea ou fórceps, pela dor ocasionada e pelas longas horas de jornada sentadas. De forma geral, as entrevistadas manifestaram a opção por um parto natural. Pois com um parto por cesárea, leva a diminuição da jornada laboral ou ao afastamento do trabalho. Em outro estudo qualitativo realizado em uma Unidade de Saúde da Família da região central do Município de São Paulo, AGUIAR e MOTA (2014) identificaram a dor lombar e nos membros superiores como causa mais frequente de adoecimento, pelas longas horas na mesma posição.

Os bolivianos têm pouco tempo para o descanso, para a família e para atividades da vida social em função das longas jornadas de trabalho. Eles são vistos pela sociedade como escravos, aspecto reiterado pela OIT, que identifica duras condições de trabalho destes imigrantes. Neste sentido, o Ministério do Trabalho tem realizado batida policial inesperada às oficinas de costura, que em alguns casos, identificam-se condições análogas a do trabalho escravo (VIDAL, 2012; CORTÊS, 2013).

É importante ressaltar que apesar da Bolívia ter logrado melhoras, as condições de vida ainda não são boas, muito embora o Presidente Evo Morales tenha proposto um aumento de 20,0% no salário mínimo a partir de janeiro de 2015. O salário mínimo para os setores público e privado passou de 1.200 bolivianos (R\$ 389) para 1.488 bolivianos (R\$ 483)³⁹. No entanto, há que considerar que apesar do Presidente Morales ter um compromisso social com toda a população boliviana (indígenas pobres, miseráveis, causas dos trabalhadores), a situação do país não será modificada em curto prazo, pois há uma longa história de exploração desses grupos sociais.

³⁹ Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/governo-da-bolivia-eleva-salario-minimo-em-20-12265132>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

Nutrição. Neste domínio observou-se que os estilos de vida, o ambiente e as condições da cultura estão intimamente relacionados com as condições nutricionais. Este domínio se encontra em constante interação, e é parte importante do repertório que a cultura possui nos aspectos biológicos, físicos, psicológicos e culturais, tudo visando à conservação da saúde e do bem-estar da família. Aspectos relacionados com a cor da pele das pessoas e suas variações raciais são características que devem ser observadas com cuidado (PURNELL, 2009). Nas mulheres grávidas, a anemia é um problema comum durante a etapa da gravidez e depois do parto.

Durante o pós-parto os alimentos estão baseados geralmente em batata, *chuño*, *charqui* de ovelha (carne seca), entre outros. Embora as famílias valorizem essa alimentação especial, que costumam consumir no seu país de origem, nem todas podem acessar esses alimentos, sobretudo o *charqui*. Mesmo sendo a alimentação um aspecto-chave no cuidado pós-parto durante a hospitalização, as refeições oferecidas são iguais para todas as parturientes e puérperas. Neste caso, algumas das puérperas bolivianas rechaçam os alimentos por conterem feijão, cebola, molhos fortes. O tema alimentício e os cuidados de resguardo pós-parto fazem com que desejem sair do hospital o quanto antes.

As comidas devem ser as sopas e nada de comidas frias como saladas, por exemplo, é frio, aqui [na maternidade] te servem cebolas, tomate, saladas, feijão e isso não são bons porque ficam com gases e não é bom para teu corpo que está fraco, teu corpo precisa de comidas que ajudem a levantar tua força, mas aqui não há outra coisa que fazer, estamos com fome, com pressão caída e há que comer à força (Patty, 31 anos, 3 filhos).

Para as famílias bolivianas, a importância dos alimentos constitui parte da dinâmica da cultura que significa neste caso recuperação e reabilitação no processo saúde-doença (PURNELL, 2009). Segundo HELMAN (1994), a cultura alimentar, com seus valores e práticas tradicionais relativas ao alimento, não só garante um sentido de continuidade cultural com relação ao país de origem, como também desempenha funções simbólicas, religiosas e sociais na vida diária.

Práticas na gravidez e no parto. Trata-se de práticas permeadas por significados e ações aceitas ou sancionadas culturalmente (PURNELL, 2009). A gravidez e o parto são momentos importantes para a família em geral, que cuida da grávida e que termina com o nascimento do novo integrante da família. O processo do nascimento foi modificando-se culturalmente desde que o mundo ocidental é regido pela economia e pela racionalização do tempo, o que, por sua vez, influencia também nosso modo de vida. Em todas as culturas, ao longo da história, as

mulheres foram assistidas durante sua gestação e parto pelas parteiras, *comadronas* ou também chamadas *nanas* em alguns países, modelos onde o poder de decisão ficava com a mulher ou na sua família.

As mulheres bolivianas provenientes das zonas rurais contaram suas experiências de haver dado à luz em casa acompanhada pela parteira ou algum familiar, seja a mãe, irmã ou marido, de acordo a suas tradições, incluído as posições que favorecem um melhor parto, que é diferente ao realizado no hospital aqui em São Paulo. Em serviços de saúde da Bolívia, está implementando-se salas de parto e pós-parto com adequação intercultural, com capacitação aos profissionais para um atendimento mais adequado possível às diversas culturas. A participação da família no processo da gravidez, parto e nascimento é importante porque representa a autoafirmação de suas características peculiares e inerentes à cultura, as quais devem ser contempladas na assistência à saúde e nos cuidados a esta população.

HELMAN (1994) cita que, a partir dos anos 1920-30, a profissão médica adquiriu autoridade sobre o processo do nascimento, levando a mulher para o ambiente hospitalar. Dessa forma, com a medicalização e hospitalização do parto, este foi reduzido a um evento biológico, um problema médico, tirando a capacidade nata da mulher de perceber e responder às sensações de seu corpo e suprimindo a vivência dos aspectos psicossociais do parto.

Neste sentido, como afirmado por BUTLER (2002), o sexo e a raça são transformados em categorias normativas, o que FOUCAULT (1977) chamou de “ideal regulatório”. Isso significa que sexo e raça funcionam como norma e como prática regulatória, que se manifesta no poder de produzir – demarcar, circunscrever, diferenciar – os corpos que controlam. Uma norma cultural onde atuam os prejuízos e operam os discursos em torno do corpo: cheiros, cores, texturas, práticas de higiene, práticas sexuais etc. (BUTLER, 2002). Em relação a isso, uma apreciação dos profissionais de saúde sobre as imigrantes bolivianas é que são “suas” e não cuidam de sua higiene, contexto em que a estigmatização aponta um dever ser naturalizado sobre normas sanitárias.

Nas instituições hospitalares parece mesmo inexistir espaço para os pertences pessoais, para os valores e para os estilos de vida que muitas vezes compõem a subjetividade da mulher atendida. Todas as mulheres parecem se tornar uma só: a mulher da camisola branca, que deve estar cheirosa, que tem uma mesma fisiologia e deve se inserir em seu parto e seu pós-parto da mesma forma, com a lógica do hospital. Nesse sentido, por exemplo, em casos mais extremos, na maternidade não cabe o uso de chás ou aspectos de cuidados tradicionais ou espirituais das mulheres.

As mulheres imigrantes bolivianas trazem consigo tradições de cuidados. Há necessidade de respeitar e integrar as práticas benéficas da cultura durante a assistência à saúde destas mulheres imigrantes. O processo de gestação é um momento repleto de transformações biológicas e psicológicas em que se entrelaçam fatores sociais e culturais (ARAUJO, 2009). Este momento é considerado importante pelas mulheres grávidas e pela família ao se oferecerem cuidados de zelo e dedicação, contribuindo todos neste ritual de passagem que termina com o nascimento do bebê e a construção da família (ARAUJO, 2009).

Durante o período do parto e pós-parto as imigrantes bolivianas precisam de apoio, força e a valoração de cuidados especiais para um parto exitoso e um pós-parto de cuidados. Fato também observado em outras pesquisas de índole cultural (SAVAGE et al., 2007, YAJAHUANCA, 2009).

Durante o parto “os poros estão abertos”, o que significa que a mulher está susceptível e corre risco de adoecer. HELMAN (1994) esclarece que na medicina popular latino-americana, a teoria humoral, frequentemente chamada de teoria das doenças quentes e frias, tem sido a base para muitos dos comportamentos para a saúde. Tal teoria postula que a saúde pode ser mantida ou perdida simplesmente pelo efeito do calor ou do frio do corpo.

Considerando a fase de resguardo da mulher para manter a saúde, é preciso manter o equilíbrio entre dois poderes opostos que determinam a temperatura interna do corpo, evitando principalmente exposição prolongada a qualquer uma das qualidades. As interações relacionadas a não se expor a friagem incluem não tomar banho, não ficar na corrente de ar, usar meias, não lavar o cabelo, entre outras. Muitas vezes o discurso médico e a tradição das mulheres não são coincidentes.

Aqui não entendem, as bolivianas estamos acostumadas a que, quando nasce o nenê, não pode passar frio e não deve banhar-te, pior molhar a cabeça, mas aqui obrigam a banhar-te todos os dias, aí dizem [profissionais] “tem que tomar banho” e realmente não entendem às bolivianas que não querem banhar-se para não passar frio e elas [enfermeiras] dizem “como que não quer tomar banho?” e ao final obrigam (Alê, 30 anos, 3 filhos).

Assim, no diálogo com as mulheres emergiram padrões culturais relativos ao parto, cada qual com seu significado. Um dos aspectos salientados foi a vontade e o desejo de ter o parto normal e o medo de passar por uma cesárea. As ameaças foram para as mulheres que hesitavam em obedecer às ordens no parto, e insistiam em adotar posições mais confortáveis para elas no período expulsivo.

Quando eu tive a wawa [bebê], um médico chinês [pela aparência de os olhos] me diz que me deite na cama e abra as pernas, eu falei que não podia dar à luz desse jeito e queria dar à luz de joelhos porque assim nasceram meus primeiros filhos [em casa, atendida por seu marido], mas não aceitaram, respondendo que não podem atender dessa maneira porque não sabem. Eu tirei minhas pernas [baixou as pernas das perneiras da cama] e me ameaçaram que se tentasse descer da cama e não dar à luz aí [cama] fazia cesárea. Tive muito medo que fizessem cesárea, pedi muito a Deus, rezei em silêncio para Deus que me ajudasse a ter meu filho da forma que eles queriam, apertaram minha barriga e só fiquei feliz quando vi que nasceu meu filho (Ana, 30 anos, 4 filhos).

Segundo ODENT (2000), é necessário, mais do que nunca, retornar às nossas raízes. Segundo este autor, a presença de um observador foi cientificamente estudada, sendo do conhecimento comum que todos nós nos sentimos diferentes e modificamos nossa conduta quando observados. Assim, a mulher em trabalho de parto, sentindo-se observada, sob monitoração constante e submetida a outras intervenções poderá ter uma estimulação do seu neocórtex, liberando maiores quantidades de adrenalina e com isso ter o processo natural do parto inibido. As sociedades humanas impõem um padrão de comportamento à mulher na hora do trabalho de parto e no pós-parto. Com isso, pode-se afirmar que, de um modo ou de outro, todas as culturas promovem um distúrbio no processo fisiológico que cerca o período do parto. A mulher em trabalho de parto, diz o autor, antes de mais nada precisa sentir-se segura, pois esse sentimento é um pré-requisito para permitir o desenrolar do processo neuroendócrino do parto.

Para KITZINGER (1978), o trabalho de parto em si não é apenas um ato biológico, mas é também um processo social; o parto humano é um ato cultural, no qual, num contexto de costumes, dá-se lugar para processos fisiológicos espontâneos. BALASKAS (1993), por sua vez, afirma que a gestante deve buscar a posição mais funcional, eficiente e confortável, e acredita que algum dia a necessidade de a parturiente variar instintivamente de posição será universalmente reconhecida. Mas chama a atenção que isso implica mudança de atitude na condução do parto e nas regras hospitalares.

Ao comentar sobre o ritual e a tecnologia nas maternidades contemporâneas, KITZINGER (1978) faz uma menção à própria cultura desses ambientes, ou seja, a mulher que está em trabalho de parto deve ser uma boa paciente; é esperado que seja calma, plácida e bem educada, que aprecie o que fazem para ajudá-la; que seja rápida e responda às instruções; que seja capaz de compreender e recordar o que lhe dizem sem pedir informações; que seja

limpa, asseada e reservada e que não perturbe as outras pacientes ou o pessoal com qualquer tipo de instabilidade emocional.

Feio é o que eu vivi aí, essa posição para nascer a wawa com as pernas penduradas não é boa, fazem abrir as pernas também, eu tive minhas primeiras filhas de joelhos porque é uma boa posição, que ajuda a descer e coberta, não assim como aqui [maternidade] já daí deitas em uma cama (Eliana, 32 anos, 3 filhas).

A autora também chama a atenção para a posição que a mulher deve adotar na sala de parto: deitada com as pernas abertas em posição desvantajosa para fazer força. Mas, facilita para quem atende o parto, e também faz as intervenções. Este modelo desconsidera que a mulher é alguém capaz de dar à luz de uma forma ativa. Também intervém no controle do parto, como se eles fossem os protagonistas para dar à luz. Nesse sentido, esta autora ressalta que as máquinas não só se tornaram o centro da atenção como imobilizaram a parturiente, limitando-lhe a colocar-se de pé, caminhar ou até mesmo mudar de posição no leito.

É importante refletir sobre a participação da família no processo gravídico, parto e nascimento, pois visto a partir do interior da cultura, este representa a autoafirmação de suas características peculiares e inerentes à cultura, as quais devem ser contempladas na assistência à saúde e seus cuidados orientados a estas populações com valores culturais. A presença da família perto da mulher representa a união das pessoas num acontecimento relevante, a passagem de um novo ser ao mundo físico e social da cultura, que está permeado por valores e solidariedade entre seus membros.

Estar acompanhada na hora do parto é muito importante, porque pelo menos tem alguém da família a teu lado, pode ser algum familiar, mas é melhor que esteja o marido porque ele dará força, dará ânimo, ele dirá para fazer um pouquinho mais de força ou segurar em seu ombro ou simplesmente vai dar apoio, massagens na cabeça, nas costas e assim estamos mais seguras, porque na maternidade, por exemplo, vemos um monte de pessoas desconhecidas, e sem saber falar português, aí nós sentimos mal, por isso o marido sempre deve ficar nesses momentos [parto] (Alê, 30 anos, 3 filhos).

Na concepção boliviana tradicional, a placenta tem uma conotação importante, considerada como o “lugar de dormir da wawa”, e deve ser enterrada para não causar doença à mãe. Nos hospitais, como sabemos, ela é jogada no lixo, sem considerar a importância que tem para a mãe e a família. Vontade de pedir a placenta não falta, mas se resiste em função do que “dirão os profissionais”. Mas, há referência das colegas enfermeiras de casos em que a

placenta já foi solicitada, mas o pedido passou por uma gestão burocrática no hospital. Essas considerações, que pareceriam insignificantes, tem um grande significado na cosmovisão da cultura, que influi no recém-nascido. Em muitas culturas a placenta é considerada “vida que deu vida a outro ser” (YAJAHUANCA et al., 2013).

Práticas de cuidado da saúde. O fato de que as mulheres frequentem os serviços de saúde não faz com que elas percam ou deixem de lado as práticas de cuidados baseados nas suas tradições culturais. Os cuidados durante o parto e pós-parto consistem principalmente em dietas alimentares, mates ou chás (coca) e resguardos. Ainda que não sejam mais iguais aos praticados no seu país de origem, de alguma maneira são cumpridos pelas mulheres quando têm alta hospitalar. Mas as mulheres gostariam que lhes fosse permitido também realizá-las durante os dias de hospitalização.

Consideram-se aparentemente os cuidados, rigorosos durante o trabalho de parto e pós-parto, mas eles também têm importância desde a gravidez, etapa em que o sangue fica acumulado e há a ocorrência do frio. Estes dois elementos podem ser perigosos, pois colocam em risco o equilíbrio do corpo da mulher e os cuidados atuam como defesa para proteger o corpo.

Durante o parto, estar abrigada e fazer uso dos chás (coca) é sumamente importante porque ajuda a manter o calor do corpo e favorece os avanços das contrações. Os alimentos e bebidas quentes no pós-parto permitem a prevenção de doenças na puérpera. Nos depoimentos de nossas entrevistadas há a recorrente menção de que os poros do corpo se abrem na hora de dar à luz, estando expostos ao ingresso do frio. Por isso os cuidados começam protegendo-se desde o momento do trabalho de parto. Esses cuidados podem-se entender como um tratamento profilático, orientado ao equilíbrio entre o frio e o calor, sendo o complementado com a dieta alimentar.

No pós-parto, os chás e as sopas ajudam à eliminação do sangue, evitando os coágulos. Enquanto as bebidas frias ou comidas sólidas produzem um sangramento intermitente, sendo um risco pela formação dos coágulos ou pelo sangue não ser eliminado, sendo considerado como algo não saudável. Como vemos, a eliminação do sangue tem a ver com o equilíbrio corporal e a saúde; e para manter esse equilíbrio, são importantes os chás e sopas. O sangue pode explicar-se como algo “suspendida” durante o tempo da gravidez e pela formação da placenta. O sangue, considerado ruim, deve ser eliminado completamente depois do parto, e são as bebidas quentes que ajudam a cumprir com essa ação.

No resguardo deve-se evitar correntes de ar (pelo frio) e está complementado com não tomar banho (por oito dias), nem lavar a cabeça e evitar contato com água fria. Nesses dias as

mulheres realizam a higiene genital com chá de camomila, que ajuda a desinflamar as partes. A etapa do puerpério é concebida como um processo de purificação.

É importante ver como o desequilíbrio pode dar-se entre o frio e o calor, entre limpeza e impureza, e entre um corpo aberto exposto e o fechado ou abrigado. Entre os elementos de equilíbrio e desequilíbrio o corpo se abre na hora do parto, entrando a mulher num estado frio, pois é o sangue que mantém o corpo quente – porém ele se perde. Nesse caso há uma ameaça, porque à perda de sangue adiciona-se a abertura dos poros, da cabeça, dos pés e do ventre, que são os lugares de ingresso do frio. Estas práticas de cuidado estão orientadas segundo uma maneira holística de concepção do corpo, e não só um fragmento como objeto de atenção. É sua corporalidade, no sentido total que deve ser protegida do desequilíbrio, da instabilidade, das mudanças do corpo na gravidez, parto e pós-parto, com o único fim: boa saúde da mulher para o viver bem.

Em contraste, no hospital é bastante difícil iniciar corretamente o resguardo. Apesar de ser possível ficar em repouso, já que a mulher pode estar deitada, os cuidados com alimentação, bebidas e principalmente as regras de higiene acabam por seguir a dinâmica determinada pela instituição. Na prática, as mulheres resistiam às normas institucionais, que de forma dissimulada optavam pela resistência acomodada, é dizer, aceitavam as normas, mas não as cumpriam diretamente, performando um jogo um simular/acomodar-se. Por exemplo, as mulheres recebiam ordens de tomar banho; elas entravam no banheiro e apenas molhavam levemente a cabeça, lavavam o rosto e trocavam a roupa.

BOLTANSKI (1989) salienta que categorias climáticas, como frio, calor, frio seco e frio úmido, são muito utilizadas para explicar a origem de doenças. HELMAN (1994) relata que, em alguns países, a mulher é considerada vulnerável a perigos externos até que o sangramento pós-parto estanque completamente. Ao respeito se precisa de uma bagagem de conhecimentos; além da biomedicina ocidental moderna, deve considerar os valores tradicionais, da compreensão da antropologia dos cuidados culturais (PURNELL, 2002, 2005, 2009) e da saúde intercultural e transcultural (LEININGER, 1995).

A amamentação dos bebês com leite materno é a fonte principal de alimentação e elas se dispõem a amamentar conforme a demanda dos bebês. A produção de leite também está relacionada à alimentação da puérpera com sopas; é ainda melhor quando baseada em carne de ovelha. Há uma forte preocupação quando se tem pouco leite, já que isso implicaria um gasto econômico. Além disso, elas optam por uma posição diferente para amamentar ao bebê: elas deitadas e apoiadas com o peito perpendicularmente ao bebê. Consideram que essa posição ajuda a “descer o leite” e acham-na como a mais adequada para mãe e bebê. Essa

opção não é bem vista pelos profissionais no hospital, pelo que se lhes exige amamentar tal como manda o protocolo: o bebê no colo.

Algumas das puérperas não tinham leite próprio. Nesses casos, o pessoal do Banco de Leite oferecia leite para elas e orientavam-nas sobre as técnicas para que “o peito fique cheio”: que o bebê seja amamentado continuamente e que elas devem comer tudo o que lhes oferecem nas refeições, além de ingestão de muito líquido (água). Logicamente, elas não comiam tudo nas refeições e sempre referiam “tenho vontade de tomar sopa” e “essa água está fria”. Também referiam “comemos porque também não vamos morrer de fome”. Essas situações referidas à alimentação e bebidas eram fortes motivos pelo que desejavam ir de alta hospitalar o quanto antes.

No cuidado do umbigo é importante a utilização da faixa, tanto em menina ou menino, o que não é permitido no hospital. A faixa tem a função de assegurar que o umbigo cicatrize bem (sem deformações) e evitar hérnias pela força que faz o bebê quando chora. O uso da faixa é mais tranquilamente usado em casa, quando vão de alta hospitalar. O uso das fraldas descartáveis do bebê, se bem era utilizado, manifestavam que não era bom “pela química de fabricação” e que afetaria a saúde do bebê. Observamos que algumas das mães não sabiam utilizá-las e as colocavam de modo invertido.

O banho do bebê deve realizar-se aos oito dias com água morna de ervas. No hospital, a norma estabelecida é que o banho deve se dar no máximo antes das 24 horas de nascido. Como visto, o equilíbrio entre frio e calor no recém-nascido também se deve ter em conta esse cuidado, pois o bebê correria o risco de ficar doente porque saiu do ventre (útero) e está exposto a um ambiente diferente. O útero também é considerado o “lugar abrigador do bebê”.

Provedores do cuidado à saúde. As vantagens de um sistema universal de saúde, que garante o acesso aos serviços de saúde para os imigrantes, são inúmeras. Mas há que se ressaltar que eles não podem ser tratados da mesma forma que os usuários locais. É necessário reconhecer que a inserção social e no trabalho determinam condições desfavoráveis de vida e aumentam vulnerabilidades à saúde, tornando-se premente a formulação de políticas específicas e ações afirmativas para estes imigrantes. Neste caso, as políticas não só facilitarão o acesso à assistência, senão também o respeito que mostra o Estado que os recepciona (FALEIROS, 2012).

O presente estudo com as imigrantes bolivianas revela aspectos importantes para a autoanálise de prática assistencial com um enfoque na adaptação da atenção de acordo à cultura das mulheres de maneira consciente. Como mencionado, as mulheres grávidas,

parturientes e puérperas, junto aos seus bebês recém-nascidos no hospital, enfrentam diversas barreiras, para além daquelas relativas à comunicação e ao acesso a uma assistência com respeito a seus direitos. Acrescentam-se aqui as diferenças ante suas vivências, valores e atitudes durante seu processo reprodutivo.

Os recém-nascidos são avaliados diariamente pelos pediatras no hospital, mas não são dadas informações à mãe sobre como está a saúde do bebê. Esta atitude deixava as mães muito preocupadas. Observei que a falta de diálogo era só com as mulheres bolivianas e, em algumas ocasiões, com as mulheres chinesas. Dependendo do que se queria transmitir, a comunicação com sinais funcionava, tal como descrevi a propósito da ajuda que prestei a uma mãe de origem asiática para amamentar seu filho. Entre todos os especialistas de pediatria, só um deles demonstrava um esforço para tentar explicar a mãe sobre seu bebê. A referência marcada era “esse doutor é bom”, porque explica e tem paciência.

O teste do pezinho, que consiste em tomar uma pequena amostra de sangue do pé, era uma das coisas que incomodava enormemente as mães. Não eram explicados os motivos ou a finalidade daquele procedimento. O pessoal responsável de tomar a amostra aparecia e mencionava “vou tirar mostra para teste do pezinho”. Outro dos medos pela que passavam as mães era quando o bebê precisava entrar na fototerapia (banho luz). As mães não gostavam daquilo, pensando que o bebê se ia se queimar pela luz intensa. Os comentários das mulheres bolivianas eram que quando nascem em casa não precisam entrar “nessas luzes”. Algumas das mães faziam uma resistência acomodada na fototerapia. Tiravam ao bebê do berço, abrigavam e dissimulavam que estavam amamentando, mesmo que o bebê estivesse adormecido. Todas estas ações realizadas com o bebê seriam aceitas se as mães fossem informadas, com termos simples, sobre os processos a realizar.

Uma forma de superar este problema é reconhecer social e culturalmente a estes imigrantes e a sociedade deixará de vê-los como “estranhos”, “estrangeiros”, combatendo manifestações xenofóbicas (BAENINGER, 2011, BAENINGER, 2012). De modo geral, nos serviços de saúde não se contempla aspectos relativos às diferenças culturais, com consequente desvalorização dos saberes tradicionais, particularmente os de origem indígena (SÃO PAULO, 2013). Por outro lado, os problemas nos serviços de atenção à saúde com falta de profissionais, desumanização no atendimento, são também limitantes que incidem no atendimento aos brasileiros, não se restringindo apenas ao grupo pesquisado.

Entre as deficiências pontuadas para o pré-natal nos postos de saúde, as entrevistadas mencionaram que voltam para casa sem receber atendimento. Elas sentem vergonha ao serem criticadas por estar grávidas, e porque não falam o idioma. De um total de 106 mulheres que

acompanhei na pesquisa, só dezoito mulheres (18) realizaram sete (7) consultas de pré-natal; e dezesseis mulheres (16) não realizaram nenhuma consulta pré-natal. O restante de mulheres fez entre dois e seis consultas de pré-natal.

O atendimento no hospital não é tão diferente. Na pesquisa, todas as mulheres manifestaram que a casa é o melhor lugar para dar à luz pelos cuidados oferecidos pela família, e pelas escolhas de posição para o parto. Durante as atenções de seu parto as mulheres passaram por procedimentos desconhecidos por elas e sem fundamento científico, sustentados por concepções como “os bebês das bolivianas são muito grandes”.

Em relação aos grandes benefícios da biomedicina ocidental moderna para a saúde, no entanto, no mundo inteiro se questionam suas práticas por não permitirem – ou por fazê-lo apenas em poucas oportunidades – a coexistência de outros sistemas de atenção e por seu nível de intervencionismo, muitas vezes não justificado. Assim, o uso da tecnologia se transformou em procedimentos rotineiros, para quase todos os partos, sejam partos de baixo ou de alto risco. Existem evidências contundentes de que muitas das práticas realizadas, como episiotomia, manobras de Kristeller, entre outras, não são necessárias e produzem consequências negativas. As mulheres são levadas a procedimentos desnecessários, mesmo com referentes culturais muito dissimilares, e temem procedimentos ou intervenções desconhecidos.

Primeira vez que se passa isso comigo [refere-se à episiotomia], não sabia que é assim que atendem no hospital, não havia sentido nada, depois senti como uma zanjadura, estava com dor e não sentia quase minhas pernas, o doutor falou que isso é normal até agora doem muito as pernas (Carla, 19 anos, 2 filhos).

No atendimento às imigrantes bolivianas, observou-se que os serviços oferecidos flutuam entre uma prática inconscientemente incompetente e conscientemente incompetente devido a fatores próprios e alheios, que não permitem avançar para o cuidado culturalmente competente (PURNELL, 2002, 2005). Corrobora-se o dito pelas constantes reclamações das mulheres bolivianas pela forma como são atendidas.

Mas entrou uma médica que acho que ainda queria que eu, nesse estado de agotamento [exausta] desse à luz, quando eu não podia mais, esta médica entrou falando que ia me examinar, meteu seus dedos [toque vaginal] e pedia para fazer força e força, eu já não tinha mais forças, como entendo e falo um pouquinho o português, falei que não faça mais dano, para mim não foi tão agradável o que fizeram comigo (Rosa, 42 anos, 4 filhos).

Pedi para ficar de pé ou de cócoras e não permitiram, dizendo se você tentar fazemos cesárea (Margara, 36 anos, 1 filho).

E aí usaram esse ferro como para servir saladas, com esse me abriram e tiraram o bebê, eu não resistia mais, estava vendo escuro antes que tirassem o bebê, apareceu um médico de barbita e perguntou “tem filhos? Sim respondi. Então pensa em teus filhos porque não vai querer morrer (Patty, 31 anos, 3 filhos).

JORDAN (1993) no seu livro *“Birth in four cultures: a crosscultural investigations of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States”*, afirma que a obstetrícia construiu-se como um saber autoritativo, ou seja, que se consolidou de forma autoritária, desautorizando outras formas de conhecimento. Dessa forma, as práticas relacionadas com o saber popular local foram gradativamente sendo destituídas de legitimidade. A autora fala então do processo de parturição como “uma estrutura biossocial, um fenômeno produzido conjunta e reflexivamente pela (universal) biologia e (particular) cultura”, sendo um desafio separar sua fisiologia de seu contexto interacional (1993:4).

Segundo (PURNELL, 2005), adquirir competência cultural para o cuidado é uma maneira de melhorar a prática e reforçar os conhecimentos sobre os serviços de saúde de determinada cultura para obter subsídios suficientes a fim de oferecer um cuidado conscientemente competente e, se possível, inconscientemente competente. É necessário refletir e ter a capacidade de entender as diferenças culturais. Requer-se, portanto, uma prática articulada entre o sistema de saúde tradicional e o sistema da biomedicina ocidental moderna, e não a simples incorporação de práticas substitutas ou a sobreposição da biomedicina ocidental moderna a outros saberes que terminam rompendo a interação e comprometendo a interculturalidade (LANGDON, 2004).

Em geral, para a maioria dos serviços de saúde, prestar assistência culturalmente competente não é fácil por não pertencer à cultura instituída. É necessário superar os obstáculos que surgem durante o percurso, compostos por algumas das fases de MCC (PURNELL, 2005), em que sobressaem fatores sociais, políticos, econômicos e culturais e também os relativos ao individual, familiar, comunitária e global, que por sua vez provêm de diferentes famílias e culturas e em cenários clínicos e comunitários. Nesses casos, há que ter em conta os contextos macroestruturais que carecem de políticas públicas mais específicas para os imigrantes, e não só as limitações que encontramos nos profissionais de saúde.

Em minha opinião, dever-se-ia haver um esforço para abandonar uma posição etnocêntrica que convida a valorar os comportamentos e atitudes como “adequados/inadequados”, “bons/ruins” e “justos/injustos”. Em outras palavras, há que

respeitar as decisões das mulheres como protagonistas de seu parto e de seus cuidados, que representam um fundamento em sua saúde.

Finalmente, tendo em vista o atual contexto normativo de assistência à saúde no Brasil, há que se questionar sobre quais seriam os limites e as possibilidades do MCC para pensar em interculturalidade em saúde. Suponho ter demonstrado com este estudo os diversos desafios, em múltiplos níveis, que se apresentam aos profissionais de saúde, aos gestores e aos formuladores de políticas públicas caso se direcionem a pensar e a implementar ações no âmbito da saúde que sejam culturalmente sensíveis.

12 COMPETÊNCIA CULTURAL PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS IMIGRANTES BOLIVIANAS

O trabalho de pesquisa apresentado está marcado pela situação de precariedade socioeconômica das mulheres bolivianas e que se desdobra em precariedade no atendimento à saúde – especificamente saúde materno-infantil – no marco de um sistema que tem como seus fundamentos a universalidade e a equidade dos serviços de saúde. As mulheres do estudo se encontram em uma situação de fragilidade social por sua dupla condição de mulheres e de imigrantes e, em alguns casos, sem documentos migratórios. Desde o próprio ponto de vista das mulheres podemos ter uma dimensão sobre o tipo de atendimento que recebem.

Os elementos de assimilação, acomodação ou integração, que se acham presentes na vida das pessoas que imigram, estão interligados e forjam situações múltiplas. No entanto, estas três dimensões são importantes para a formulação de políticas públicas que estejam orientadas para o atendimento das mulheres imigrantes com um enfoque culturalmente competente.

A seguir apresento algumas propostas divididas em duas partes: na primeira parte com propostas mais gerais focalizadas em quatro dimensões e na segunda parte considerações mais urgentes e específicas a ter em consideração para o atendimento às mulheres bolivianas.

As propostas que podem ajudar na melhoria dos serviços de saúde para o atendimento das mulheres estão focalizadas em quatro dimensões: sociocultural, cognitiva, emocional e física (CAMPERO et al.2000).

- A dimensão sociocultural refere-se à informação, a valores e práticas em torno da maneira de dar à luz, de acordo com sua tradição cultural.
- A dimensão cognitiva relaciona-se a informações, conhecimentos e orientações para entender o entorno dos serviços de saúde, que para algumas mulheres parturientes são desconhecidos em sua totalidade.
- A dimensão emocional refere-se a atitudes e comportamentos que favorecem sentimentos de comodidade e respeito onde outros oferecem cuidados.
- No que diz respeito à dimensão física, esta engloba as ações e serviços que ajudam a resolver problemas práticos.

Assim, são sugestões:

1. Conhecer a realidade das pessoas atendidas. Contemplar as parturientes como principal fonte de informação a respeito de seus costumes, necessidades e expectativas.
2. Evidências científicas. Os profissionais de saúde devem basear suas práticas clínicas nas evidências científicas atualizadas para uma melhor atenção.
3. Preferências respeitadas. Que as parturientes optem pela melhor posição em que desejam dar à luz. Isso ajudaria a reduzir o uso indiscriminado das tecnologias.
4. Saber comunicar-se e oferecer informação. Esse direito é básico. As mulheres imigrantes bolivianas e seus familiares devem ter informação do processo do parto e as alternativas de atenção. Que a informação seja completa acerca dos procedimentos que realizaram no corpo das mulheres durante sua gravidez, parto e pós-parto. As parturientes têm o direito de receber informação clara e precisa quando for praticado algum procedimento, por exemplo, em casos de cesáreas ou outros procedimentos que precisam ser informados.
5. Espaços de participação. Deve-se criar instâncias permanentes e abertas onde as mulheres estabeleçam diálogo com os profissionais de saúde e que ajudem a propor ações para incorporação de normas políticas específicas para a população imigrante, com particularidades culturais, como é o caso das mulheres imigrantes bolivianas e que poderiam servir para outras mulheres com outras culturas.
6. Acompanhadas é melhor. Este direito implica o reconhecimento das necessidades emocionais da mulher durante o trabalho de parto, permite o apoio físico e emocional. Estudos apontam a relação entre apoio psicossocial e a redução de intervenções obstétricas como o uso de fórceps, cesáreas, anestesia (CAMPERO et al., 2000). Estes estudos também mostram que o apoio durante o trabalho do parto acelera a recuperação materna, reduz a ansiedade e depressão e a duração do trabalho do parto.
7. Respeitar o direito a um parto tranquilo. Devem-se criar ambientes agradáveis que assegurem tranquilidade, segurança e intimidade às parturientes. Como direito de respeito a sua intimidade e autoproteção.

8. Práticas desnecessárias. Evitar toques vaginais repetidos, posição de litotomia, induzir os partos. Durante o período expulsivo evitar as manobras de kristeller e a prática rotineira de episiotomia.

Considerações específicas

Os saberes vinculados às visões do mundo estão na interpretação sociocultural de uma cultura, que inclui as pessoas, a sociedade, a vida e a morte, o território, as relações entre os seres vivos, assim como as formas de interpretação y narração do mundo. Tradições e valores definem as práticas sociais, como também os significados fundamentais e formas como estão constituídas.

O cuidado com a saúde é uma área importante. É importante entender como a saúde e doença são interpretadas em seus próprios termos; sem isso será difícil entender as razões de aceitação ou rejeição da biomedicina ocidental.

A compreensão dos fenômenos frio-calor forma parte da experiência e da significação do processo de parto e está ligada à condição de respeito ao ritmo da natureza, sob uma perspectiva humanizada, que privilegia a mulher como centro do cuidado. Dessa perspectiva fazem parte atenções como fazer companhia, ficar perto, esperar com paciência, ou oferecer um chá que é necessário para o desenvolvimento do processo do parto.

A distância cultural entre a visão da biomedicina ocidental e a visão tradicional gera sentimentos de desconfiança para as usuárias. Ao procurar os serviços de saúde são as missões tradicionais aceitas apenas de forma limitada ou rejeitadas. É frequente a utilização de técnicas e/ou procedimentos como o toque vaginal repetido, ou a episiotomia, que são interpretados como violentas para seu corpo. As mulheres se ressentem com a falta de cuidados e de posições que favoreçam ao parto, e com o desrespeito às seus valores culturais e não devem ser hierarquizados, porque isso limita o diálogo intercultural. Por um lado não se dá importância aos saberes tradicionais, e por outro se insiste em práticas, ditas modernas que podem ser negativas para a saúde e o bem-estar.

É necessária a sensibilização a respeito dos direitos humanos por parte dos servidores de saúde, e também um melhor desenvolvimento intercultural e de qualidade para as mulheres nos serviços de saúde. Devem-se encontrar novos caminhos entre a biomedicina ocidental e a medicina tradicional em busca de um trabalho mais equitativo e menos ameaçador, procurando uma atitude de “mudança” a partir da própria identidade. Da perspectiva dos

direitos à saúde, as mulheres têm o direito de serem tratadas com respeito e sem discriminação.

Recomendações

- O problema maior é a escassa formação que recebem os profissionais sobre como atender pessoas e comunidades com culturas diferentes, já que na atualidade a atenção está centrada no aspecto assistencial/ocidental pelo que se devem programar reuniões de capacitação para os servidores de saúde com temas sobre interculturalidade, tradições e valores culturais. Isto favorecerá a sensibilização, reconhecimento e aceitação das diferentes normas apropriadas que as mulheres bolivianas têm durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; e recebam um atendimento mais humanizado, sem discriminação, de acordo com as demandas e necessidades, respeitando a cultura e seus saberes.
- Implementar adequadamente uma sala de partos organizada de acordo as necessidades das mulheres; isto é, um ambiente cálido, com possibilidade de acompanhamento pelos familiares, onde a parturiente não esteja exposta aos olhares de todos, e onde lhe seja permitida a ingestão de seus chás que são importantes na hora do trabalho de parto para o avanço da dilatação e facilitar um parto mais natural como é desejado por elas.
- As mulheres bolivianas devem ser consultadas sobre a sua preferência de posição para dar à luz (cócoras, de joelhos, posição de quatro entre outras) e devem ser atendidas de acordo a essas suas necessidades por ser para elas mais adequadas em contraposição ao que elas encontram inadequada a posição de litotomia que é homogênea no atendimento na maternidade para todas as parturientes.
- A companhia do marido é importante na hora do trabalho do parto e parto pela confiança e energia que transmite como forma de complemento no momento de nascer o bebê é uma alegria compartilhada além da mulher sentir-se protegida e amparada.
- Durante o trabalho de parto e parto há que respeitar como parte dos cuidados da mulher manter-se abrigada, beber chás, não tomar banho. Ficar com o corpo quente (abrigadas) mais a ingestão dos chás evita que o frio possa interferir com o avanço do trabalho de parto. Durante o atendimento do parto, evitar realizar técnicas desconhecidas e muitas vezes desnecessárias como são os toques vaginais, episiotomia, manobras de kristeller entre outras que violentam o corpo das mulheres.

- No pós-parto há que respeitar as condições de cuidados especiais que elas mantêm como próprios de seus valores culturais e que não podem ser transgredidos: oferecer chás que ajudam a eliminar o sangue e manter um equilíbrio térmico do corpo, evitar tomar banho (o corpo está em recuperação/reabilitação), mas sim permitir o uso de preparados de ervas medicinais para a higiene.
- Deve-se oferecer uma dieta baseada especificamente em sopas com pouco sal que permite a recuperação da parturiente e à produção de leite. Evitar nas dietas cebola, tomate, entre outros produtos fortes por ser considerados proibidos e que interferem para uma boa recuperação.
- As mulheres devem ser atendidas sem condicionamentos ou “ameaças”, como acontece, por exemplo, quando não são aceitos seus pedidos de parir na posição desejada, sendo ameaçadas em realizar cesárea caso não deitem na posição de litotomia para dar à luz.
- Em geral os valores culturais devem considerar-se num marco de respeito de seus conhecimentos e concepções culturais que são benéficos ou pelo menos inócuos para a saúde das mulheres e não ser invisíveis na hora de seu atendimento.

Acredito que é possível desenvolver uma assistência com competência cultural, como apregoado e difundido por PURNELL (2005, 2009) e para isso requer a consideração das reais necessidades das populações culturalmente diversas e neste caso das mulheres imigrantes bolivianas. Assim, estaremos transformando e implementando um cuidado inconscientemente competente (PURNELL, 2005).

13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAA. American Anthropological Association. Code of Ethics of Professional Responsibility. [acesso em 13 fev. 2014]. Disponível em: www.aaanet.org/cmtes/ethics/Ethics-Resources.cfm.

Aday LA, Andersen RA. Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*. 1974; 9:208-220.

Adorno RCF et al. Cuidado à saúde de crianças *kaiawa e guaraní*: notas de observação de campo. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Humano*. 2008;18(1):7-12.

Aguiar ME, Mota A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores da saúde. *Interface* [internet] 2014 julho [acesso 2014 julho 22]; 18(50): 193-506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n50/1807-5762-icse-1807-576220130040.pdf>

Albó X. Suma qamaña = convivir bien. ¿Cómo medirlo?. In: Ivonne Farah I, Vasapollo L, coordenadores. *Vivir bien: ¿Paradigma no capitalista?*. Bolívia; 2011. p. 134-144.

Anderson J. Mortalidad materna y derechos humanos. *Revista Apuntes* [internet]. 2011; XXXVIII(69). [acesso em 25 ago. 2012]. Disponível em: http://www.up.edu.pe/revista_apuntes/SitePages/tabla_contenido.aspx?idsec=Revista%20Apuntes%2069.

Angrosino M. *Etnografia e Observação Participante*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Araujo NM. *É a vida de sempre: corpo e sexualidade no processo de nascimento* [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2009.

Arnold D, Yapita JD. *Vocabulario Aymara del parto y la vida reproductiva de la mujer*. La Paz: Ed. Ilca & FHI; 1999.

Ayres JR. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; (13)3:16-29.

Baeninger R. O Brasil no contexto das migrações internacionais da América Latina. In: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) *Populações e políticas sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais*. [Internet]. Brasília: (CGEE), 2008. [acesso 2015 Julho 20]. Disponível em: <http://www.cgее.org.br/publicacoes/demografica.php>.

Baeninger R. O Brasil na rota das migrações latino-americanas. In: Baeninger Organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. [internet] Campinas: Núcleos de Estudos de População-Nepo/UNICAMP, AFAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012 [acesso em 2015 julho 15]; p. 9-18. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf.

Balaskas, J. *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. São Paulo: Ground; 1993.

Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 7 ed. Pedrinho A. Guareschi, tradutor. Petrópolis: Vozes; 2008.

Beaud S, Weber F. Guia para a pesquisa de campo. Produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis: Vozes, 2007.

Bispo Junior JP, Messias KLM. Sistemas de Serviços de Saúde: principais tipologias e suas relações com o Sistema de Saúde brasileiro. *Revista Saúde.com*. 2005;1:79-89.

Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989

Brasil. Ministério da Saúde, Febrasgo, Abenfo. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.

Brasil. São Paulo. Lei nº 10.241. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>.

Bruto da Costa A, Pimenta M. Minorias étnicas pobres em Lisboa. Lisboa: Departamento de Pesquisa Social do Centro de Reflexão Cristã; 1991.

Buechler S. Sweating It in the Brazilian Garment Industry: Korean and Bolivian Immigrants and Global Economic Forces in São Paulo. *Latin American perspectives* [internet] 2004 [acesso 2015 julho 21]; 31(99): 99-119. Disponível em: http://www.jstor.org/stable/3185185?seq=1#page_scan_tab_contents.

Butler J. Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Buenos Aires: Paidós, 2002.

Cacciamali MC, de Azevedo FAG. Entre o tráfico e a opção da mobilidade social: a situação dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo. São Paulo: Cadernos Prolam/USP; 2006.

Campero L et al. Apoyo psicosocial durante el parto: experiencias y percepciones de las madres, doulas y el personal clínico del hospital. In: Stern, Echarri, organizadores. *Salud Reproductiva y Sociedad. Resultados de Investigación*. México: El Colegio de México; 2000, p. 263-300.

Canclini NG. Consumidores y ciudadanos: conflictos multiculturales de la globalización. Mexico: Grijalbo; 1995.

Capitulo Boliviano de Derechos Humanos, Democracia Y Desarrollo (CBDHDD). Miradas sobre la Migración Boliviana. Aportes para el informe sobre migraciones. Bolivia; 2007.

Cardona SN. La filosofía europea no es universal. *El espectador* [internet]. 3 abr. 2015 [acesso em 20 Abr. 2015]. Disponível em: <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/filosofia-europea-no-universal-articulo-552386>.

Carrasco AM. influencias de la ideología religiosa en las significaciones de la sexualidad en mujeres Aymaras del Norte de Chile. *Revista de Cultura y Religión*. 2007;1(2).

Castro M, Ribeiro M. Doulas apoiando mulheres no trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Revista Latino-am Enfermagem*. 2001;9(3):90-4.

Cepal. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Enicidad, “raza” y equidad em America Latina y El Caribe. Santiago de Chile: Cepal; 2000.

Chang T. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*. 2011;12(1):90-114.

Collet N, Rozendo C. Questões metodológicas da pesquisa de campo da Saúde. *Rev. Lat. Am Enfermagem*. 2001;9(3):106-11.

Cortês TR. Os migrantes da costura em São Paulo: retalhos de trabalho, cidade e Estado [dissertação]. Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da USP; 2013. [acesso 2015 julho 15. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-03022014-112419/pt-br.php>

Cuadrado S et al. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *Anales de Pediatría*. 2004; 60(1):3-8.

Cymbalista R, Xavier IR. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. São Paulo: Anpocs; 2007.

D’Oliveira AFLP, Schraiber LB, Diniz SG. Violence against women in healthcare institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002;359(9318):1681-16815.

D’Oliveira CF. A construção de Políticas Públicas Regionais: saúde, educação, assistência social e saúde. In: Martes ACB, Sprandel MA. Mercosul e as Migrações: os movimentos nas fronteiras e a construção de políticas públicas nacionais de imigração. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2008.

Da Silva SA. A migração dos símbolos: diálogo intercultural e processos identitários entre os bolivianos em São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*. 2005;19(3):77-83.

Da Silva SA. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Estudos Avançados*. 2006;20(57):157-170.

Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001;75:5-23.

Declaração Universal dos Direitos Linguísticos. Barcelona; 1996 [acesso em 15 jun. 2015]. Disponível em: http://penclub.no.sapo.pt/pen_internacional/dudl.htm.

Dias S, Goncalves A. Migração e Saúde. *Revista Migrações – número temático Imigração e Saúde*. 2007;1:15-26.

Diniz SG, Chacham AS. “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in Sao Paulo, Brazil. *Reprod. Health Matters*. 2004;12(23): 100-110.

Diniz SG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2001.

Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. Bras. Crescimento. Desenvolv. Hum*. 2009;19(2):313-326.

Diniz SG. O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. São Paulo: Tribo; 2002.

Donavan JL. Ethnicity and health: a research review. *Social science and medicine*. 1984;19(7):663-670.

Durham ER. A dinâmica da cultura. São Paulo: Cosac & Naify; 2004.

Enríquez P. Cultura andina. Puno: Editorial Altiplano; 2005.

Faleiros SM. Universalidade e políticas públicas: a experiência dos imigrantes no acesso à saúde. [dissertação] [internet]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2012 [acesso em 2015 julho 18] Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9543/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Sarah_faleiros_vf.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Fernandez JG. Salud e interculturalidad. Perspectivas antropológicas. Quito: Abya Yala; 2008.

Foucault M. O Sujeito e o Poder. IN: Rabinow P, Dreyfus HL, Foucault M. Uma trajetória para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995, p. 231- 249.

Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber, Rio de Janeiro, Graal. 1977.

Fuentes C. Envolver al bebe puede provocar displasia. Mi hijo único [internet]. Jan. 2010 [acesso em maio 2015]. Disponível em: <http://bebeunico.blogspot.com.br/2010/01/envolver-al-bebe-puede-provocar.html#comment-form>.

Galetti R. Migração de estrangeiros do centro de São Paulo: Coreanos e Bolivianos. In: Patarra N, coordenador. Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo. 2ª ed. São Paulo/Campinas: FNUAP, 1996. V.1.p. 132-145.

Garcia CN. Consumidores y ciudadanos: conflictos multiculturales de la globalización. Mexico: Grijalbo; 1995.

Garcia, A. Recuperar su cuerpo después del parto con la dieta indígena. ABC del Bebé [internet]. 5 feb. 2007 [acesso em abr. 2015]. Disponível em: <http://www.abcdelbebe.com/recupere-su-cuerpo-despues-del-parto-con-la-dieta-indigena>.

Geertz C. Nova luz sobre antropologia. Rio de Janeiro: ZAHAR; 2001.

Gerhardt UTA. Ideas about illness, an intellectual and political history of Medical Sociology, *New Studies in Sociology*. London: Macmillan; 1989.

Gomes C, Riva D, Agra MN. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

Gomes VLO. A construção do feminino e do masculino no processo de cuidar crianças em pré-escolas. *Texto contexto-enferm*. 2006; 15(1): 35-42.

Gonçalves A. Fronteira ou fronteiras? [internet]. c2014 [acesso em 17 abr. 2014]. Disponível em: http://br.groups.yahoo.com/group/niem_rj/message/2303.

Gonzales M. A saúde na perspectiva indígena Aimará. In: Rattner D, Terra E. A medicina tradicional e os sistemas municipais de saúde: humanização do parto sob o enfoque do patrimônio cultural. 2009.

Grimson A, Paz Soldán E. Migrantes bolivianos en Argentina y Estados Unidos. In: Cuaderno de Futuro 7. La Paz: PNUD; 2000 [acesso em 24 ago. 2012]. Disponível em: <http://www.derechoshumanosbolivia.org/bvdocs/Migrantes%20bolivianos%20en%20Argentina%20y%20USA.pdf>.

Helman NC. Cultura, saúde e doença. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Herzfeld M. The social production of indifference: exploring the symbolic roots of western bureaucracy. Oxford: Berg; 1992.

Hofmeyr GJ et al. Pregnancy and childbirth: a Cochrane pocket book. West Sussex, UK: John Wiley & Sons; 2008.

Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2007.

Huayhua M. Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas. Instituto de Estudios Peruanos, Documento de Trabajo 147, 2006.

Jordan B. Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States. Illinois: Waveland Press. 1993.

Kitzinger S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença; 1978.

Klaus MH, Kennell JH, Klaus, PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Kliksberg B. O que significa viver na América Latina, a mais desigual das regiões? O caso da Saúde Pública. In: Sen A.; Kliksberg B. As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.

Kymlicka W, Banting K. Immigration, multiculturalism, and the welfare state. *Ethics & International Affairs*. 2006;20(3):280-304.

Kymlicka W. Contemporary political philosophy: an introduction. Oxford: Oxford University Press; 2002.

Lachini A. Grande São Paulo pode ter até 500 mil bolivianos. *Gazeta do Povo* [internet]. 16 fev. 2014 [acesso em 12 abr. 2015]. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/grande-sao-paulo-pode-ter-ate-500-mil-bolivianos-es0z58td2egmx78zzz8mk5npq>.

Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA; 2004. P. 33-51.

Leclere F, Jensen LE, Biddlecom AE. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *Journal of Health and Social Behavior*. 1994; (35)4:370-384.

- Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. *Salud Publica de México*. 2011;53, suplemento 2.
- Leininger M. *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practies*. 2.ed. McGraw-Hill; 1995.
- Lisboa TK. Fluxos migratórios de mulheres para o trabalho reprodutivo: a globalização da assistência. *Revista Estudos Feministas*. 2007;3(15):805-818.
- Lopes F, Quintiliano R. Racismo institucional e o direito humano à saúde. *Democracia Viva*. 2007;34:8-16.
- Machado FL. *Contrastes e continuidades – migração, etnicidade e integração dos guineenses em Portugal*. Oeiras: Edições Celta; 2002.
- Madi MC, Cassanti AC, Silveira C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(supl. 2).
- Magnani JGO. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Rev. Bras. Ciências Sociais*. 2002;17(49).
- Martes ACB, Faleiros SM. Acesso à saúde e migrações internacionais: os bolivianos na cidade de São Paulo. In: *Enanpad*; 2011. GT de Políticas Públicas.
- Martin E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
- Mccallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saude Publica*. 2006;22(7):1483-1491.
- Mccurdy DW, Spradley JP, Shandy DJ. *The cultural experience*. 2nd ed. Illinois USA: Waveland Press; 2005.
- Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2006;23(1):22-32.
- Menéndez E. *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. México: Ciesas; 2003.
- Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em Sociologia. In: Thiollent M, organizador. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 3. ed. São Paulo: Pólis; 1982, p. 191-211.
- Ministerio de Salud y Esporte. Plan Nacional de Desarrollo Sectorial – Salud 2006 [internet]. c.2006. [acesso em 25 abr. 2010]. Disponível em: http://saludpublica.bvsp.org.bo/constituyente/politica_nacional/3.htm.
- Monteiro I. *Ser mãe hindu: práticas e rituais relativos à maternidade e os cuidados à criança na cultura hindu em contexto de imigração [dissertação]*. Lisboa: Universidade de Alberta; 2005.
- Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 2006;367:1859-1869.

Morokivasic, M. Birds of passage are also women. *International Migration Review*. 1984;XVIII(4).

Nunes LH. Estado e embates socioterritoriais na Bolívia do século XXI. *Revista de Economia Política*. 2009;29(2):228-244.

Núñez AM. Parecemos extranjeras en nuestra propia tierra, totalmente desconocidas por el resto de la población. *Condición de las mujeres afrobolivianas*. La Paz; 2009.

O estrangeiro [internet]. Bolivianos sofrem racismo, xenofobia e 'pobrefobia'. Rio de Janeiro; 3 jul. 2013 [acesso em 12 abr. 2015]. Disponível em: <http://oestrangeiro.org/2013/07/03/bolivianos-sofrem-racismo-xenofobia-e-pobrefobia/>.

Odent M. *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem; 2000.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS; 1978 [acesso em 21 mar. 2015]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

ONU – Organização das Nações Unidas. Resolução 47/135 da Assembleia Geral da ONU. 18 dez. 1992.

Opas – Organização Pan-Americana de Saúde. Declaração Final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata. [acesso em 4 abr. 2012]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

Opas – Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas*. Volumen II, publicación científica n° 569. Washington, DC; 1998.

Paciornik M. *Aprenda a nascer como os índios: parto de cócoras*. São Paulo: Brasiliense; 1997.

Padilha B. A imigrante brasileira em Portugal: considerando o gênero na análise. In: Malheiros JM. *Imigração brasileira em Portugal*. Lisboa: Paulinas; 2007.

Piovesan F. Os direitos humanos da mulher na ordem internacional. In: Piovesan F, organizadora. *Temas de direitos humanos*. 2. ed. São Paulo: Max Limonad; 2003.

Portes A, editor. *The Economic Sociology of Immigration*. New York: Russell Sage Foundation; 1995.

Portes A, Kyle DE, Eaton WW. Mental illness and help-seeking among Mariel Cuban and Haitian refugees in South Florida. *Journal of Health and Social Behavior*. 1992;33(4):238-298.

Portes A. *migrações internacionais: origens, tipos e modos de incorporação*. Oeiras: Celta Editora; 1999.

Portocarrero G. Introducción: tensiones y (des)encuentros. In: Elías E, Neira E, compiladores. *Salud reproductiva en la Amazonía: perspectivas desde la cultura y la comunicación*. Iquitos: Minga Perú; 2004. p. 13-27.

- Purnell L. Guide to culturally competent health care. 2 ed. Philadelphia: Davis Company; 2009.
- Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*. 2005;11(2):7-15.
- Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002; 11(1):40-6
- Ramos N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Univ. Aberta, 2004.
- Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. *Mortalidade materna: Brasil, um dos campeões em mortalidade materna*. São Paulo: Redesaúde; 2002.
- Rocha-Trindade MB. Viver com a diversidade cultural. *Enfermagem*. 1997;9:42-47. 2a série.
- Rossi CL. *Nas costuras do trabalho escravo [trabalho de conclusão de curso]*. São Paulo: Escola de Comunicações e Artes da USP; 2005.
- Ruquoy D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: Albarello L et al. *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Grávida, 1997, p. 84-116.
- Sánchez D. Fundación Anesvad: Organización no gubernamental para el desarrollo (ONGD). Creemos que es posible [internet]. Madrid; 2011 [acesso em 17 abr. 2012]. Disponível em: www.anesvad.org.
- São Paulo, Prefeitura de São Paulo. *Direitos Humanos e Cidadania. I Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes: somos todos migrantes*. 2013.
- Sassen S. *Guests and aliens*. New York: The new Press; 1999.
- Sassen S. *The mobility of labour and capital*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988.
- Saunders RB. Cuidado de enfermagem durante a gestação. In: Lowdermilk DL; Perry SE; Bobak IM. *O cuidado em enfermagem materna*. 5 ed. Ana Thorell, tradutora. Porto Alegre: Artmed; 2002, p. 219-268.
- Savage CL, Antony J, Lee R, Kappesser MA. The culture of pregnancy and infant care in African American women: an ethnographic study *J. transcult nurs.* 2007;18(3):215-23.
- Schraiber LB. Pesquisa qualitativa e saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*. 1995;29(1):63-74.
- Siles J, Cinabal L, Vizcaya F, Gabaldon E, Dominguez JM, Solano C, et al. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología y la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*. 2001; 10: 72-87
- Silva A, Pinto J. Uma visão global sobre as ciências sociais. In: Silva A, Pinto J, coordenadores. *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento; 1986, p. 9-27.
- Silva SA. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Revista Estudos Avançados*. 2006; 20.

Silva UA. Imigrantes bolivianos em São Paulo: A praça kantuta e o futebol. In: Imigração Boliviana no Brasil. São Paulo; 2012, p. 232- 255.

Sistema de Salud de Bolivia. Salud Pública de México. 2001;53(supl. 2).

Stacey M, Homans H. The sociology of health and illness: its present state, future prospects and potential for health research. *Sociology*. 1978;12:281-307.

Stefanoni PW, organizador [internet]. Entrevista con David Choquehuanca, el nuevo canciller de Bolivia. “Soy indígena, no indigenista” [acesso em maio 2015]. Disponível em <http://www.wiphala.org/david.htm>.

Stefoni EC. Inmigración peruana en Chile, una oportunidad para la integración. Santiago, Chile: Universitaria; 2002.

Strauss H. Humanizing health care. John Wiley and Sons: New York; 1975.

Taylor C. The politics of recognition. In: Gutmann, editor. *Multiculturalism and the politics of recognition*. Princeton: Princeton University Press; 1992, p. 25-73.

Tesser CD et al. Portrayal of caesarean section in Brazilian women’s magazines: 20 year review. *British Medical Journal*. 2011;342(d276).

Tolentino AO. As imigrantes caboverdeanas em Portugal – Caminhos para a integração. Lisboa; 2006.

Tomaz K. Mãe diz que menino de 5 anos pediu a assaltantes para ‘não morrer’. G1 São Paulo [internet]. São Paulo; 28 jun. 2013 [acesso em 12 abr. 2015]. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/06/mae-diz-que-menino-de-5-anos-pediu-assaltantes-para-nao-morrer.html>.

Vala J. Novos racismos – perspectivas comparativas. Oeiras: Celta; 1999.

Van Maanem J. *Tales of the field – on writing ethnography*. Chicago: Chicago University; 1988.

Vianna SM, Nunes A, Barata RB, Santos JRS. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Opas; 2001, p. 224.

Victoria CG, Knauth DR. Hábitos alimentares de crianças menores de 2 anos: um estudo multicêntrico sobre práticas alimentares atuais no Brasil. In: Reunião da Associação Brasileira de Antropologia, 22, 2000; Brasília. Brasília; 2000, p. 2-19.

Vidal D. Convivência, alteridade e identificações. Brasileiros e bolivianos nos bairros centrais de São Paulo. In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. [internet] Campinas: Núcleos de Estudos de População-Nepo/UNICAMP, AFAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012 [acesso em 2015 julho 15]; p. 94-108. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf

Waldman TC. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*. 2011;12(1):90-114.

WHO Regional Office for Europe. Targets for health for all. Copenhagen; 1985.

Williams RP. A família e a cultura. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem materna. 5. ed. Thorell A, tradutora. Porto Alegre: Artmed; 2002, p. 26-38.

Xavier IR. Projeto migratório e espaço: os migrantes bolivianos na Região Metropolitana de São Paulo [dissertação]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp; 2010.

Yajahuanca RSA et al. Birth at the health center or at home: an analysis of birthing care among the Kukamas Kukamirias women of Peru. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [internet]. 2013;23(3):322-330.

Yajahuanca RSA. Sem Kutipa: concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes kukamas kukamirias, Peru, 2009 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Yamin EA. Castillos de arena en el camino hacia la modernidad. Una perspectiva desde los derechos humanos sobre el proceso de reforma del sector salud en el Perú (1990 - 2000) y sus implicancias en la muerte materna. Lima: Flora Tristán, Centro de la Mujer Peruana; 2003.

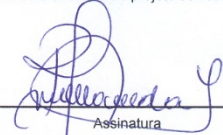

Zanelli ML. Leonor de Barros atende mães bolivianas em situação irregular. Portal do Governo do Estado de São Paulo. 30 dez. 2008 [internet]. [acesso em 28 abr. 2015]. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=101826&c=5021&q=leonor-de-barros-atende-mes-bolivianas-em-situao-irregular>.

ANEXO 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A experiência da gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 25	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca			
6. CPF: 23267459818	7. Endereço (Rua, n.º): CAPOTE VALENTE 607/1024 PINHEIROS SAO PAULO SAO PAULO 05409002		
8. Nacionalidade: PERUANA	9. Telefone: (11) 8404-7379	10. Outro Telefone:	11. Email: ravellaneday@yahoo.es
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>19 / 09 / 2012</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP	14. CNPJ: 63.025.530/0017-71	15. Unidade/Orgão:	
16. Telefone: (11) 3061-7779	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Paulo Antonio P. Fortes</u>	CPF: <u>686.658.818-9</u>		
Cargo/Função: <u>Vice-Diretor FSP/USP</u>			
Data: <u>19 / 09 / 2012</u>		 Assinatura	
Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes Vice-Diretor, em exercício Faculdade de Saúde Pública/USP			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA e TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo de pesquisa intitulado “**A experiência da gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo**”

Declaro, ainda, estar ciente da realização da pesquisa acima intitulada nas dependências do **Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros** e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

São Paulo, 24 de Setembro 2012

Dr. Corintio Mariani Neto
Diretor Técnico de Saúde III

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/221/12

29 de novembro de 2012.

Prezada pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º CAAE 08312712.1.0000.5421, intitulado "A EXPERIÊNCIA DA GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO DAS IMIGRANTES BOLIVIANAS E SEUS DESENCONTROS NA CIDADE DE SÃO PAULO", sob responsabilidade da pesquisadora Rosário del Socorro Avellaneda Yajahuanca, considerando APROVADO "AD REFERENDUM" o novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Cláudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª

Rosário del Socorro Avellaneda Yajahuanca

ANEXO 2 (PORTUGUÊS)

1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A experiência da gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo.

Pesquisador Responsável: Rosário del Socorro Avellaneda Yajahuanca

Você está sendo convidada para participar da pesquisa "**A experiência da gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo**" que tem por objetivo conhecer as experiências das mulheres bolivianas na assistência à saúde materna – mais especificamente, na gravidez, parto e pós-parto, quando procuram atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) - e o trato que recebem dos profissionais da saúde. O presente estudo está ligado ao Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo tendo como instituição co-participante ao Hospital Leonor Mendes de Barros.

Para tanto será necessário realizar observação participante e uma entrevista gravada com uma duração de aproximadamente 60 minutos. Caso você não deseje que se grave a conversação só faremos as anotações respectivas.

A participação neste estudo é voluntária e sua recusa não trará nenhum prejuízo com o pesquisador, com a instituição ligada ou com a instituição co-participante; podendo deixar de participar assim haja iniciado com a entrevista.

Com este estudo, em nenhum momento se verá afetada sua saúde, pois não se realizará amostragem nenhuma ou experimentos que ponham em perigo sua pessoa, existindo um risco mínimo.

Se tomara fotos com seu conhecimento e autorização assinada, que poderão ser anexadas ao trabalho de pesquisa. As informações dadas por você serão utilizadas somente para o propósito da pesquisa e você poderá ver os resultados da pesquisa uma vez terminada o estudo.

A pesquisa é confidencial e ninguém – nem você nem outra pessoa de sua família - será identificado. Nenhum nome será divulgado pela pesquisa,

CEP - HM LMB
APROVADO
DATA 19/02/13

garantindo a sua privacidade. Todas as informações proporcionadas por você serão mantidas em privacidade.

As transcrições das entrevistas gravadas serão realizadas pela mesma pesquisadora responsável. Uma vez terminada a pesquisa as fitas, termo de consentimento livre e esclarecido, fotos, cadernos de campo serão mantidos em privacidade e adequadamente guardados por 4 anos.

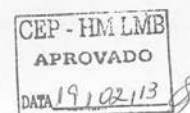
Não se dará nenhuma compensação às pessoas que participem voluntariamente do estudo.

Em caso você deseje alguma informação, orientação ou esclarecimento relacionado aos objetivos, metodologia e outros aspectos da pesquisa, comunicar se com **Rosário Del Socorro Avellaneda Yajahuanca**, responsável da pesquisa.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e tendo claro meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outras informações relacionadas à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado, e ter as informações relacionadas à minha privacidade mantidas em caráter confidencial;
4. em caso de dúvidas ou imprevistos:
 - procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelo telefone (11) 3061-7779 ou pessoalmente, à Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo – SP.
 - com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Maternidade Leonor Mendes Barros em Av. Celso Garcia No 2477 – Belenzinho, São Paulo – SP.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o endereço institucional do pesquisador principal e dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de



Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e do Hospital Maternidade Leonor Mendes Barros, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Li, ou leram, por mim e, entendi os objetivos e declaro estar ciente de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

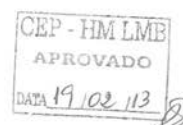
São Paulo, ____ de ____ de ____ .

Nome do sujeito/ ou do responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, **Rosário del Socorro Avellaneda Yajahuanca**, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data: ____/____/____.



ANEXO 2 (ESPAÑOL)

1

Termino de Consentimiento Libre y Esclarecido

La experiencia del embarazo, parto y posparto de las inmigrantes bolivianas y sus desencuentros en la ciudad de São Paulo

Investigador Responsable: Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca

Usted está siendo invitada (o) para participar de la investigación “**la experiencia del embarazo, parto y posparto de las inmigrantes bolivianas y sus desencuentros en la ciudad de Sao Paulo**” que tiene por objetivo conocer las experiencias de las mujeres bolivianas en la asistencia a la salud materna – específicamente, en el embarazo, parto y posparto, cuando procuran atendimento en el Sistema Único de Salud (SUS) y el trato que reciben de los profesionales de la salud. El presente estudio esta ligado al Departamento Materno-Infantil de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo teniendo como institución coparticipante al Hospital Leonor Mendes de Barros.

Por tanto será necesario realizar observación participante y una entrevista grabada con una duración de aproximadamente 60 minutos. Caso usted no desee que se grabe la conversación solo haremos las anotaciones respectivas.

La participación en este estudio es voluntario y la no aceptación no traerá ningún perjuicio con el investigador, con a institución ligada o con la institución coparticipante; pudiendo dejar de participar así se haya iniciado con la entrevista.

Con este estudio, en ningún momento se verá afectada su salud, pues no se realizará ninguna toma de muestras o experimentos que pongan en peligro su persona, existiendo por tanto un riesgo mínimo.

Se tomará fotos con su consentimiento y autorización firmada, que podrán ser anexadas al trabajo de investigación. Las informaciones dadas por usted serán utilizadas solamente para el propósito de la investigación y usted podrá ver los resultados de la investigación una vez terminado el estudio.

La investigación es confidencial y nadie - ni usted ni familiar alguno - será identificado. Ningún nombre será divulgado en la investigación,

CRP - HM LMB
APROVADO
DATA 19/02/13

garantizando así su privacidad. Todas las informaciones proporcionadas por usted se mantendrán en reserva.

Las transcripciones de las entrevistas gravadas serán realizadas por la misma investigadora responsable. Una vez terminada la investigación los casset que contienen las grabaciones, termino de consentimiento libre y esclarecido, fotos, cuadernos de campo se mantendrán en privacidad y adecuadamente guardados por espacio de cuatro años.

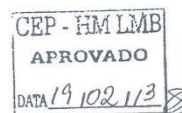
No se dará ninguna compensación económica a las personas que participen voluntariamente del estudio.

En caso usted desee alguna información, orientación o esclarecimiento relacionado a los objetivos, metodología y otros aspectos de la investigación, comunicarse con **Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca**, responsable por la investigación.

Después de leer y recibir explicaciones sobre la investigación, y teniendo claros mis derechos de:

1. Recibir respuesta a cualquier pregunta y esclarecimiento sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otras informaciones relacionadas a la investigación.
2. Retirar el consentimiento a cualquier momento y dejar de participar del estudio.
3. No ser identificado, y mantener las informaciones relacionadas a mi privacidad confidencialmente.
4. En caso de dudas o imprevistos:
 - Procurar esclarecimientos con el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, por el teléfono (11) 3061-7779 o personalmente en Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo – SP.
 - Con el Comité de Ética en investigación del Hospital Maternidade Leonor Mendes Barros en Av. Celso Garcia No 2477 – Belenzinho, São Paulo – SP.

Usted recibirá una copia de este término donde consta la dirección institucional del investigador principal y de los comités de Ética en investigación de la



Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, y del Hospital Maternidade Leonor Mendes Barros, pudiendo aclarar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora o en cualquier momento.

Leí, o leyeron, por mí y entendí los objetivos y declaro estar consciente de mi participación en la investigación y concuerdo en participar.

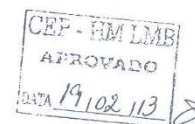
São Paulo, ____ de ____ de ____

Nombre de la persona o del responsable _____

Firma: _____

Yo, **Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca**, declaro que ofrecí todas las informaciones referentes al proyecto a la participante y/o responsable.

_____ Data: ____/____/____.



ANEXO 3**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que a senhora.....portadora da carteirinha profissional N°.....serie..... deverá afastar-se do trabalho por um período de 120 dias a partir dede conformidade com o que dispõe o parágrafo 1º do Art. 392 da consolidação das Leis do Trabalho e o Art. 3º do Decreto 75207/75.

Dra.

ANEXO 4 (PORTUGUÊS)

guardado em um vidro esterilizado e transporte em caixa de isopor. Antes, lavar as mãos.

- Nos horários de ausência materna, ofereça o leite materno ordenhado com colher, copo ou xícara, ligeiramente amornado em banho-maria desligado.

Ordenha manual

- Coloque o polegar acima da areola e o indicador abaixo e comprima contra a parede do tórax.
- Pressione e solte, pressione e solte...
- Despreze os primeiros jatos e evite falar durante o processo.

Armazenamento

- Para uso doméstico
- Na prateleira da geladeira: 24 horas
 - No congelador ou freezer: 15 dias

Para doação ao BLH

Congelar o leite imediatamente após cada retirada

Descongelamento

- O leite humano não pode ser fervido.
- Descongelar em água morna, mexendo o vidro lentamente para misturar os seus componentes.
- Uma vez descongelado não pode voltar ao congelador, mas pode ser conservado na prateleira da geladeira por 24 horas.
- Amornar somente a quantidade que o bebê costuma tomar caso sobre, despreze.

Leite Humano

Para você e leite, para a criança é vida.

Dee o seu leite que você tem em excesso, você estará beneficiando outros bebês. O Banco de Leite Humano com o Dono, vão a sua residência para recolher.
Informações: Fone: 2692-4068



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Hospital Maternidade

Leonor Mendes de Barros

Av. Celso Garcia, 2477 – Belenzinho
São Paulo – SP - 03015-000

Banco de Leite Humano

Fone/Fax: 2692-4068 / Fone: 2292-4188 ramal 256
Horário: das 07 às 19 h.
E-mail: blhleonor@ig.com.br

DICAS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO



Hospital

Amigo da Criança

Hospital Maternidade

Leonor Mendes de Barros

DICAS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Para a Mãe:

- Diminui incidência de câncer de mama e ovário
- Diminui o risco de hemorragia pós parto (cólica e anemia)

Para o bebê:

- Leite ideal
- Protege contra doenças (1ª Vacina)
- A troca de carinho irá proporcionar mais segurança ao filho
- É limpo, sempre na temperatura certa

Para a Família:

- Economia

Aleitamento materno exclusivo por seis meses sob livre demanda:

Significa que o bebê só será alimentado no peito e sem horários fixos para mamar. Não há necessidade de água, chá ou suco. A criança que é amamentada no peito não necessita de chupeta, chupinha e mamadeira, pois interferem na sucção do bebê. Após o 6º mês de vida inicia-se a oferta de água, suco e outros líquidos no copo e a papinha. Deve-se dar continuidade a amamentação até o 2º ano de vida.

É importante que você saiba:

- 1- Lavar as mãos com água e sabão antes de pegar o bebê.
- 2- Nos primeiros dias de vida é comum o bebê perder peso.
- 3- A mulher pode sentir cólica e pode aumentar o sangramento vaginal no momento da mamada, nos primeiros dias pós-parto.

- 4- Seria ideal a mãe beber no mínimo 2 litros de líquido (água, chá, suco...) todos os dias.
- 5- O bebê que é amamentado somente no peito pode fazer cocô mais ou menos 10 vezes ao dia (líquido amarelo, às vezes esverdeado) ou ficar mais dias sem fazer, se as fezes forem amolecidas, é normal; se muito duras, avisar ao pediatra.
- 6- Toda mãe é capaz de produzir leite. Ficando tranquila o leite sairá mais fácil.
- 7- Não existe leite fraco.
- 8- Quanto mais o bebê sugar, mais leite será produzido.
- 9- O bebê deve esvaziar uma mama e só depois deve-se oferecer a outra.
- 10- Sugermos o uso de soutien para sustentar as mamas.

Posição do bebê e Mãe (Pega)

- A barriga do bebê deve estar encostada no corpo da mãe
- O bebê deve pegar (abocanhar) o bico e a parte escura da mama (aréola)
- A cabeça do bebê deve ficar apoiada no braço da mãe. Não empurrar a cabeça do bebê de encontro à mama.

Cuidados com as mamas

Limpar as mamas com o próprio leite antes e após as mamadas e banho de sol para fortalecer a pele. Não deve ser usado sabonete, álcool ou qualquer outro produto. Se a mama estiver machucada (fissura) é porque o bebê está pegando errado, deve-se corrigir a pega no seio e mãe pode continuar amamentando e passando o próprio leite no local; não devem ser usados pomadas.

Injúria mamário (empedrado ou cheio): massagear a aréola com dris dados e as mamas com a palma da mão em movimentos circulares, após fazer ordenha manual (esvaziamento), pois se as mamas estiverem cheias o bebê não consegue mamar.

Cuidados com o Bebê

1. Banho de imersão diariamente.
2. Coto Umbilical:
 - Não usar faixa no umbigo
 - Colocar a fralda abaixo do coto umbilical
 - Curativo com álcool a 70% a cada troca de fralda

Preparo do álcool a 70%:

- 3 medidas de álcool hospitalar (96%)
- 1 medida de água destilada ou fervida
- Cólica: fazer massagem.
- 4. Na impossibilidade de amamentar por problemas com o bebê, procurar o Banco de Leite o mais rápido possível, para receber orientação de ordenha manual e armazenamento do leite.

Cuidados com a Mãe

1. Limpeza da incisão (parto)
 - Água e sabão sempre que necessário
 - Deixar o local limpo e seco
 - Não passar nenhum medicamento, só utilizar quando prescrito pelo médico
2. Pontos
 - Parto normal ou fórcepe: os pontos caem, não há necessidade de retirar
 - Parto cesárea: após 7 dias da cirurgia vir ao ambulatório do hospital retirar os pontos ou procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência.



Orientações Gerais

1. Marcar consulta de planejamento familiar no ambulatório do hospital.
2. Procurar o Banco de Leite do hospital quando surgir qualquer problema nas mamas e/ou dúvidas na amamentação
3. É importante o comparecimento da mãe e do bebê ao retorno ambulatorial agendado.

Dicas para a mulher que trabalha

- Duas semanas antes de regressar ao trabalho comece a retirar e guardar o excedente de leite.
- Dê de mamar antes de sair de casa para o trabalho e imediatamente ao retornar.
- Nos dias de folga e à noite ofereça o seio à vontade.
- Ordenhe (retire leite) nos horários em que o bebê iria mamar, caso você estivesse com ele; deixe na geladeira ou congelador.

ANEXO 4 (ESPAÑOL)

<p>Consejos para las mujeres que trabajan</p>	<p>LECHE HUMANA</p>	<p>CONSEJOS PARA UNA BUENA LACTANCIA MATERNA</p>
<p>Dos semanas antes de regresar al trabajo comience a sacar y guardar lo que sobra de su leche.</p>	<p>“Para usted es leche, para el bebé es vida”</p>	<p>Done su leche que tiene en exceso, así estará beneficiando a otros bebés. El personal del Banco de Leche Humana y personal de la Compañía de Bomberos, recogen la leche de su casa.</p>
<p>Dar de mamar al bebé antes de ir a trabajar e inmediatamente en cuanto regrese del trabajo.</p>	<p>Informaciones: Teléfono: 2692-4068</p>	
<p>En los días libres y en la noche dé de mamar lo más que pueda a su bebé.</p>	<p>Lave sus manos e saque la leche (ordene) en un recipiente de vidrio esterilizado y guárdelo en la refrigeradora o congeladora.</p>	
<p>La leche que deja la mamá, dar de tomar al bebé con cuchara, en vaso o en una taza, ligeramente tibio en baño maría.</p>		
<p>Como sacar la leche (ordenar)</p>	<p>SECRETARIA DE ESTADO DE SAUUD DE SÃO PAULO</p>	
<p>Colocar el dedo pulgar encima de la aureola y el dedo índice debajo del seno y comenzar a exprimir u ordeñar.</p>	<p>COORDINADORA DE SERVICIOS DE SAUUD</p>	
<p>Eliminar la leche inicial.</p>	<p>Hospital Maternidad</p>	
<p>Almacenamiento para uso doméstico</p>	<p>Leonor Mendes de Barros</p>	
<p>En el estante de la puerta de la refrigeradora: 24 horas</p>	<p>Av. Celso Garcia, 2477-Belenzinho,</p>	
<p>En el congelador o freezer: 15 días</p>	<p>São Paulo –SP – 03015-000</p>	
<p>Para donación al Banco de leche Humana</p>	<p>Banco de Leche Humana</p>	
<p>Congelar la leche inmediatamente después que sea ordeñada.</p>	<p>Teléfono: 2692-4068/ Teléfono: 2292-4188 ramal 256</p>	
<p>Descongelamiento</p>	<p>Horario: De 7am a 19pm</p>	
<p>La leche humana no puede ni debe ser hervida</p>	<p>E-mail: blhleonor@ig.com.br</p>	
<p>Descongelar en agua tibia, moviendo el vidrio lentamente para mezclar sus componentes.</p>	<p>Traducción: Ent. Rosario Avellaneda</p>	
<p>Una vez descongelada no se puede guardar nuevamente en el congelador, pero sí puede ser conservado en el estante de la puerta de la refrigeradora por 24 horas.</p>	<p>HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO</p>	
<p>Tibiar solo la cantidad necesaria de leche que el bebé acostumbra tomar, caso sobre, se debe eliminar.</p>	<p>Hospital Maternidad</p>	
	<p>Leonor Mendes de Barros</p>	
		

CONSEJOS PARA UNA BUENA LACTANCIA MATERNA

Importancia de la lactancia materna

Para la mamá:

- Disminuye la incidencia de cáncer de mama y ovario.
- Disminuye el riesgo de hemorragia pos-parto (cólico y anemia).

Para el bebé:

- Es la leche ideal
- Protege contra las enfermedades (Ira vacuna)
- Proporciona mayor cariño y seguridad al bebé.
- Es limpia y siempre en la temperatura adecuada

Para la familia:

- Es económica (no cuesta)

Lactancia Materna Exclusiva por 6 meses a libre demanda

Significa que el bebé será alimentado solamente con leche materna (seno) sin horas fijas para mamar. No hay necesidad de agua, té o jugos. El bebé que es alimentado con leche materna no necesita de biberones ni chupones, ya que no permite que el bebé tenga una buena succión. Cuando el bebé cumple 6 meses, recién se podrá dar agua, jugos y otros líquidos, así como papillas. Es recomendable continuar dando de mamar hasta los 2 años.

Es importante no OLVIDARSE de:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes de coger al bebé.
- En los primeros días de vida es común que el bebé pierda peso.
- En los primeros días después del parto (pos-parto), la mujer puede tener cólicos y puede aumentar el sangrado vaginal en los momentos que da de mamar.

La mamá debe beber mínimo 2 litros de líquido (agua, té, jugos) todos los días.

- El bebé que es alimentado solamente con leche materna, puede hacer caca más o menos 10 veces al día (color amarillo a veces verdoso). A veces puede ser que no haga caca suave, es normal; pero si es muy DURA consultar al pediatra.

Toda mamá es capaz de producir leche. Debe estar tranquila (sin preocupaciones) y la leche saldrá más fácil.

- No existe mala leche.
- Cuanto más el bebé chupa los senos, más leche saldrá (mayor producción).
- El bebé debe mamar primero un seno y en la siguiente mamada se debe dar el otro lado.
- La mamá debe usar sostén para sostener los senos.

Posición del bebé y la mamá

- La barriga del bebé debe estar junto (pegado) al cuerpo de la mamá.
- El bebé debe coger (embocar) el pezón y la parte marrón del seno (areola).

- La cabeza del bebé debe estar apoyada en el brazo de la mamá y tocando el seno. No se debe quitar la cabeza del bebé del cuerpo de la mamá.

Cuidado de los senos (MAMAS)

Limpiar los senos con la propia leche antes y después de dar de mamar y hacer que le llegue el sol para fortalecer la piel. No debe usar jabones, alcohol u otros productos. Si los senos están heridos, es porque el bebé no está cogiendo correctamente el seno para mamar. Se debe colocar bien al bebé y continuar dando de mamar y pasando la misma leche en las heridas. No debe usar ninguna pomada.

Si los senos están duros y muy llenos, hacer masaje a la areola con dos dedos y al seno con la palma de la mano con movimientos circulares, después ordeñar (vaciar), porque si los senos están llenos el bebé no podrá mamar.

Cuidados con el bebé

Baño completo diariamente

Cuidados con el muñón del cordón umbilical:

- No usar raga en el ombligo
- Colocar el pañal debajo del muñón umbilical
- Curar con alcohol al 70% cada vez que se cambia el pañal.

Como preparar alcohol al 70%

3 medidas de alcohol medicinal (96%)

1 medida de agua destilada o hervida

Cólico: Hacer masajes

Cuando hay problemas para dar de mamar al bebé, buscar ayuda en el Banco de Leche lo antes posible, para recibir orientación para ordeñar el seno y almacenamiento de la leche.

Cuidados de la mamá

Limpieza del corte (PARTO)

- Lavar con agua y jabón y secar bien.
- No usar ningún medicamento, solo usar cuando sea recetado por el médico.

Puntos

Parto normal o fórceps: los puntos caen solos y no hay necesidad de quitarlos.

Parto por cesárea: Después de 7 días de la operación, ir al consultorio del hospital o a la Unidad Básica de Salud más cercano para que sean retirados los puntos por algún profesional de salud.

Orientaciones Generales

Sacar consulta de Panificación Familiar en el consultorio del hospital o en la Unidad Básica de Salud.

Buscar ayuda en el Banco de Leche del hospital cuando se presente algún problema en los senos o dudas para dar de mamar.

Es importante que la mamá y el bebé acudan a la cita marcada para evaluación en el hospital o en la Unidad Básica de Salud.

ANEXO 5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO
10º SUBDISTRITO BELENZINHO –SÃO PAULO –SP
Jesse Alves dos Santos
 Oficial

DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO

DNV _____

NOME COMPLETO DA CRIANÇA _____

Data de nascimento _____ Hora _____

Lugar de Nascimento: Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, neste Subdistrito

Sexo da criança: _____ O (a) registrando (a) é gêmeo (a)? () Não () Sim

Tem outro (s) irmão (ãos) com o mesmo prenome? () Não () Sim

Pai: (nome completo do pai da criança) _____

Cidade de Nascimento _____ Estado: _____

Profissão: _____ Idade completa: _____

Mãe:) Nome completo da mãe da criança) _____

Cidade de Nascimento _____ Estado: _____

Profissão: _____ Idade completa: _____

Endereço dos pais da criança: _____

Bairro _____ Telefone _____

Nome completo dos Avós paternos: _____

Nome completo dos Avós maternos: _____

São Paulo, _____

 MÃE ASSINAR CONFORME O RG

 PAI ASSINAR CONFORME O RG

Observação: O(s) declarante(s) expressamente esclarecido(s) sobre a possibilidade de realizar o registro de nascimento, no Registro Civil onde se localiza a Maternidade, ou no Registro Civil situado no local de domicílio do(a) declarante, do que dou fé. Eu _____

APÓS PREENCHER A DECLARAÇÃO ANEXAR O RG ORIGINAL DOS PAIS.

ANEXO 6 (PORTUGUÊS)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 COORDENAÇÃO DA SAÚDE DE REGIÕES METROPOLITANAS DA GRANDE SÃO PAULO
 UNIDADE DE GESTÃO ASSISTENCIAL IV - U.G.A. IV
 HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS
 Av. Celso Garcia, 2477 Belenzinho São Paulo
 tel: 292-4188 ramal 325 fax: 6694-0255

33

F I C H A D E CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO ATENDIMENTO PARA RN

DATA ___/___/___

RN de _____ MATR.: _____
 SEXO: () FEM. () MASC. NASCIDO EM ___/___/___ IDADE _____ DIAS
 PÊSO DE NASCIMENTO _____ PÊSO DE ALTA _____ DATA DA ALTA ___/___/___
 CAPURRO: _____ SEM. _____ DIAS APÓS A ALTA _____ DIAS
 PÊSO ATUAL _____ G _____ ESTATURA ATUAL _____ cm
 GANHO PONDERAL/DIA _____ g.

() ADEQUADO
 () INADEQUADO
 () PERDEU PÊSO

ANTECEDENTES MATERNOS

IDADE MATERNA _____ ANOS.
 NÚMERO DE GESTAÇÕES _____ Nº DE FILHOS VIVOS _____ Nº DE ABORTOS _____
 AMAMENTAÇÃO ANTERIOR: () SIM () NÃO
 TEMPO DE AMAMENTAÇÃO _____ EXCLUSIVO _____ MISTO _____
 AGRAVOS A SAÚDE _____

PRÉ-NATAL

() SIM () NÃO - LOCAL _____
 NÚMERO DE CONSULTAS _____
 ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO () SIM () NÃO

PÓS PARTO

ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO () SIM () NÃO

ATUAIS MATERNO

PROBLEMAS DE SAÚDE: _____
 USO DE MEDICAMENTOS: _____
 TRABALHA FORA: () SIM () NÃO HORÁRIO _____
 LICENÇA MATERNIDADE ATÉ: _____

INTERCORRÊNCIAS MAMÁRIAS

FISSURA: () SIM () NÃO
 ENGURGITAMENTO: () SIM () NÃO
 MASTITE: () SIM () NÃO
 OUTROS _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

ALIMENTAÇÃO DO RN

() EXCLUSIVO
 () PREPONDERANTE
 () MISTO
 () ARTIFICIAL

USO DE: () CHUPETA
 () CHÁ
 () ÁGUA
 () MAMADEIRA

PREPARO DA MAMADEIRAHORÁRIO DAS MAMADAS: LIVRE DEMANDA RÍGIDOOFRECE LEITE ANTERIOR E POSTERIOR: SIM NÃO**EXAME FÍSICO**

OLHOS SIMÉTRICOS: () SIM () NÃO

MUCOSA OCULAR CORADA: () SIM () NÃO

OUVIDO: _____ NARIZ: _____ BOCA: _____

PELE: DERMATITE A MONIACAL () SIM () NÃO
 DERMATITE DE CONTATO () SIM () NÃO
 MILIÁRIA () SIM () NÃO
 MONELÍASE GENITAL () SIM () NÃO
 PÚSTULA () SIM () NÃO
 ICTERÍCIA () SIM () NÃO

ABDOMEN PLANO GLOBOSO RÍGIDO FLÁCIDO
 TÍMPANICO DISTENDIDO DOLOROSO À PALPAÇÃO

ELIMINAÇÕES

GRANULOMA UMBILICAL: () SIM () NÃO

CAUTERIZAÇÃO: () SIM () NÃO

GENITÁLIA EXTERNA: SEM ALTERAÇÕES ALTERADO

COMENTÁRIOS: _____

OBSERVAÇÃO DA MAMADA

A BARRIGA DA CRIANÇA ENCOSTA NA BARRIGA DA MÃE () SIM () NÃO
 O QUEIXO DO BEBÊ ESTÁ ENCOSTADO NO PEITO DA MÃE () SIM () NÃO
 A BOCA DO BEBÊ ESTÁ BEM ABERTA () SIM () NÃO
 A BOCA DO BEBÊ COBRE QUASE TODA A ARÉOLA () SIM () NÃO
 OS LÁBIOS DO BEBÊ ESTÃO VIRADOS PARA FORA () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

() ENCAMINHADO A UBS
 () RETORNO AO AMBULATÓRIO

DATA ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

UNIDADE IV - HOSPITAL E MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS
 AMBULATÓRIO DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL

À UNIDADE BÁSICA

ENCAMINHAMENTO ORN DE _____

MATRIZ _____ NASCIDO NESTE HOSPITAL PARA ACOMPANHAMENTO
 DE PUERICULTURA E CONTINUIDADE NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO EXCLUSIVO
 POR UM PERÍODO MÍNIMO DE SEIS MESES.

RN AVALIADO COM _____ DIAS DE
 VIDA, PESANDO _____ g. É

ESTATURA _____ cm, COM GANHO PONDERAL _____ g/DIA

RN COM ALEITAMENTO () EXCLUSIVO
 () PREPONDERANTE
 () MISTO
 () ARTIFICIAL

INTERCORRÊNCIAS _____

OBSERVAÇÕES _____

DATA ____/____/____

ASSINATURA

ANEXO 6 (ESPAÑOL)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDINACIONES DE LA SALUD DE REGIONES METROPOLITANAS DE LA GRANDE SÃO PAULO

UNIDAD DE GESTIÓN ASISTENCIAL IV-U.G.A.IV

HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS

Av. Celso Garcia, 2477 Belenzinho São Paulo.

Tel: 292-4188 ramal 325 fax 6694-0255

FICHA DE CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA PRIMERA ATENCIÓN DEL RN

Fecha ___/___/___

RN de _____ Matr _____

SEXO: () Femenino () Masculino. Nacido en ___/___/___ Edad _____ Días

Peso al nacer _____ Peso de alta _____ Fecha de alta ___/___/___

Capurro: _____ SEM _____ Días después del alta _____ Días

Peso actual _____ G _____ Estatura actual _____ CM

Ganancia ponderal/día _____ G () Adecuado
 () Inadecuado
 () Perdió peso

ANTECEDENTES MATERNOS

Edad de la madre _____ Años

Número de embarazos _____ N° de hijos _____ N° de abortos _____

Dio de mamar anteriormente: () SI () NO

Tiempo que dio de mamar _____ Exclusivo _____ Mixto _____

Problemas de salud _____

PRE NATAL () SI () NO Local _____

Número de consultas _____

Recibió orientaciones sobre lactancia () SI () NO

POSPARTO Recibió orientaciones sobre lactancia () SI () NO**MATERNIDAD ACTUAL**

Problemas de salud _____

Uso de medicamentos _____

Trabaja fuera de casa: () SI () NO Que horario _____

Tiene licencia de maternidad hasta _____

COMPLICACIONES DE LOS SENOS/ PECHOS, TETA

Fisura () SI () NO

Engurgitamiento () SI () NO

Mastitis () SI () NO

Otros _____

Problema principal _____

ALIMENTACIÓN DEL RECIEN NACIDO

() Exclusiva USO DE: () Chupón

() Preponderante () Té

() Mixto () Agua

() Artificial () Biberón

Preparación del biberón _____

Horarios de dar de mamar: () Libre demanda () Rígido

Ofrece leche anterior y posterior: () SI () NO

EXAMEN FÍSICO

Ojos simétricos: () SI () NO

Mucosa ocular enrojecida () SI () NO

Oído _____ Nariz _____ Boca _____

PIEL: Dermatitis amoniaca () SI () NO

Dermatitis de contacto () SI () NO

Miliaria () SI () NO

Moneliase genital () SI () NO

Pústula () SI () NO

Ictericia () SI () NO

Abdomen: () Plano () Globoso () Rígido () Flácido () Timpánico

() Distendido () Doloroso a la palpación

Eliminaciones: _____

Granuloma umbilical: () SI () NO

Cauterización () SI () NO

Genitales externos: () Sin alteraciones () Alterado

Comentarios: _____

Observación de las mamadas:

La barriga del bebé está pegada a la barriga de la mamá () SI () NO

El mentón (o quijada) del bebé está apoyado en el pecho de la mamá () SI () NO

La boca del bebé está bien abierta () SI () NO

La boca del bebé coge casi toda la aureola (parte marrón del seno) () SI () NO

Los labios del bebé están volteados hacia afuera () SI () NO

Diagnóstico de Enfermería _____

Intervención de Enfermería _____

() Transferencia a la Unidad Básica de Salud (UBS)

() Retorno al ambulatorio

Fecha ___/___/___

Firma y sello



SECRETARIA DE ESTADO DE SÃO PAULO

UGA IV-HOSPITAL E MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS
AMBULATORIO DE INCENTIVO A LA LACTANCIA MATERNA

TRANSFERENCIA AMBULATORIAL

La Unidad Básica

Transfiero al RN de _____

Matric _____ nacido en este hospital para acompañamiento del crecimiento y desarrollo y continuidad en el incentivo a la lactancia materna por un período mínimo de seis (6) meses.

RN **evaluado** con _____ días de vida **pesando** _____ kg
y **estatura** _____ cm con **ganancia ponderal** _____ g/día.

- RN con lactancia () Exclusiva
() Preponderante
() Mixto
() Artificial

Problemas _____

OBSERVACIONES

Fecha ___/___/___

Firma

GLOSSÁRIO

Aguayo: tecido colorido confeccionado a mão, muito usado para carregar bebês nas costas ou pequenas cargas.

Chacha q'ullu: hombre de huevo podrido (homem de ovo estragado- o termo ovo refere-se aos testículos do homen).

Chacha: homem

Charchawarmi: homem-mulher (complemento)

Charqui: carne seca

Chumpi: cinto ou faixa

Chuño/tunta: batata desidratada

Grave me duele: doe muito

Juguetearo: amarrar forte

Larpha: mal de espiritus

Luqaña: toques vaginais

Machorra: fêmea que não fecunda

Manta: tecido colorido

Mate: chás

Pachamama: Madre Tierra

Q'ullu: ovo estragado

Qamaña: viver, conviver, estar sendo, ser estando.

Suma qamaña: viver bem

Suma qamañatakija, sumanqañaw: viver bem ou viver em plenitude

Suma: plenitude, sublime, excelente, magnifico, bonito.

Thakhi: caminho

Trapitos (chamado pañal): fralda de tecido.

Usur warmi: doente

Wawa: bebê

Zanjadura: vala (corte de episiotomia)