


Cuidado transcultural de enfermagem à mulher imigrante na gestação e parto: experiências e vulnerabilidades

Cross-cultural nursing care for immigrant women during pregnancy and childbirth: experiences and vulnerabilities
Cuidado transcultural de enfermería para la mujer inmigrante durante el embarazo y el parto: experiencias y vulnerabilidades

Maryellen Dornelles Zarth^a 

Pamela Ayala Fernández^a 

Maria Aparecida Baggio^a 

Adriana Zilly^a 

Carmen Justina Gamarra^b 

Rosane Meire Munhak da Silva^a 

Como citar este artigo:

Zarth MD, Fernández PA, Baggio MA, Zilly A, Gamarra CJ, Silva RMM. Cuidado transcultural de enfermagem à mulher imigrante na gestação e parto: experiências e vulnerabilidades. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45:e20230161. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230161.pt>

RESUMO

Objetivo: Compreender as experiências e as vulnerabilidades para o cuidado transcultural de enfermagem à mulher imigrante na gestação e parto.

Método: Pesquisa exploratória, qualitativa, à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, realizada em Foz do Iguaçu, Brasil, mediante entrevistas com oito puerperas e 18 enfermeiros, entre fevereiro e setembro de 2022. Adotou-se, para análise, a interpretação de sentidos.

Resultados: Emergiram as categorias: Experiências, vulnerabilidades e aculturação da mulher imigrante na gestação e parto; Cuidado transcultural e vulnerabilidades experienciadas pela imigrante em serviços de saúde brasileiros. Vulnerabilidades foram identificadas nas Dimensões Culturais e de Estrutura Social expressas no acesso ao trabalho, baixas condições socioeconômicas, falta de suporte familiar, social e serviços específicos para essa população. As potencialidades experienciadas incluíram: bom atendimento nos serviços de saúde, qualidade da equipe multiprofissional e valorização do saber profissional; entretanto a compreensão das expectativas e dos aspectos culturais precisam ser aprofundados.

Considerações finais: Compreendeu-se que as mulheres imigrantes experienciaram situações de vulnerabilidade na gestação e parto, no contexto brasileiro, principalmente relacionadas às dimensões sociais e programáticas. Contudo, potencialidades também foram experienciadas, evidenciadas pelos aspectos positivos no cuidado transcultural de enfermagem no Brasil.

Descritores: Emigrantes e imigrantes. Vulnerabilidade social. Gravidez. Parto. Empatia. Cultura.

ABSTRACT

Objective: To understand the experiences and vulnerabilities for cross-cultural nursing care for immigrant women during pregnancy and delivery.

Method: Exploratory, qualitative research, in the light of the Theory of Diversity and Universality of Cultural Care, in Foz do Iguaçu, Brazil, through interviews with eight postpartum woman and 18 nurses, between February and September 2022. The interpretation of meanings was adopted for analysis.

Results: The categories of analysis emerged: Experiences, vulnerabilities and acculturation of immigrant women during pregnancy and delivery; Cross-cultural care and vulnerabilities experienced by immigrants in Brazilian health services. Vulnerabilities were identified in Cultural and Social Structure Dimensions expressed in access to work, low socioeconomic conditions, lack of family and social support and specific services for this population. The potentialities experienced included good care provided by health services, quality of the multidisciplinary team and appreciation of professional knowledge, however, the understanding of expectations and cultural aspects needs to be deepened.

Final considerations: Understand that immigrant women experience situations of vulnerability in pregnancy and childbirth, in the Brazilian context, mainly related to social and programmatic dimensions. However, potentialities were also experienced, evidenced by positive aspects in cross-cultural nursing care in Brazil.

Descriptors: Emigrants and immigrants. Social vulnerability. Pregnancy. Parturition. Empathy. Culture.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las experiencias y vulnerabilidades de la atención de enfermería transcultural a mujeres inmigrantes durante el embarazo y parto.

Método: Investigación cualitativa, exploratoria, basada en la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural, realizada en Foz do Iguaçu, Brasil, a través de entrevistas con ocho madres y 18 enfermeras, entre febrero/septiembre de 2022. Se adoptó la interpretación de significados para el análisis.

Resultados: Emergieron las categorías de análisis: Experiencias, vulnerabilidades y aculturación de mujeres inmigrantes durante el embarazo y parto; Atención transcultural y vulnerabilidades vividas por inmigrantes en los servicios de salud brasileños. Se identificaron vulnerabilidades en las Dimensiones de Estructura Cultural y Social expresadas en acceso al trabajo, bajas condiciones socioeconómicas, falta de apoyo familiar y social y de servicios específicos para esta población. Las potencialidades vividas incluyeron: buena atención en los servicios de salud, calidad del equipo multidisciplinario y valoración del conocimiento profesional, sin embargo, es necesario profundizar la comprensión de las expectativas y los aspectos culturales.

Consideraciones finales: Se entendió que las mujeres inmigrantes vivieron situaciones de vulnerabilidad durante el embarazo y el parto, en el contexto brasileño, principalmente relacionadas con dimensiones sociales y programáticas. Sin embargo, también se experimentaron potencialidades, evidenciadas por aspectos positivos en la atención de enfermería transcultural en Brasil.

Descritores: Emigrantes e imigrantes. Vulnerabilidad social. Embarazo. Parto. Empatía. Cultura.

^a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Programa de Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.

^b Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila). Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

A mobilidade humana é um fenômeno histórico que acompanha as sociedades. O crescente fluxo migratório da atualidade, justificado por conflitos políticos, econômicos e desastres ambientais, representa um desafio mundial, sobretudo em países em desenvolvimento. O Brasil, que já convive com suas próprias fragilidades no sistema de saúde, precisa garantir à população migrante o acesso aos serviços públicos, revelando um cenário complexo para sua organização política e social^(1,2).

Atualmente, mais da metade da população migrante no mundo é feminina, e revela os piores indicadores de saúde, especialmente na saúde sexual e reprodutiva^(1,2). Estudos mostram que, para a mulher migrante, a gestação representa um período de maior vulnerabilidade, considerando os desfechos desfavoráveis em relação à morbimortalidade⁽³⁾.

Diante desse cenário, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) alertou que o planejamento reprodutivo e a assistência pré-natal se encontram entre os maiores desafios enfrentados por mulheres migrantes nas Américas. Destacou, ainda, a necessidade de os países receptores realizarem um planejamento a longo prazo para a demanda de atendimentos a essas mulheres, que tende a ser crescente e contínua⁽⁴⁾.

Os aspectos culturais da mulher migrante, envolvidos nos processos de gestar e parir, uma vez que a maternidade frequentemente envolve crenças, mitos, valores e práticas, se traduzem em padrões culturais, os quais são herdados e marcados pelas características de cada população⁽⁵⁾.

No que concerne às vulnerabilidades de mulheres migrantes na gestação e parto, salientam-se as relacionadas à comunicação, à cultura e à compreensão do funcionamento do sistema de saúde do país^(5,6). Desse modo, conhecer as experiências das mulheres migrantes é um elemento-chave para garantir cuidados adequados do ponto de vista cultural e operacional⁽⁷⁾.

O cuidado cultural, proposto pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), de Madeleine Leininger, considera os hábitos, crenças, valores, ambientes e modos de vida de cada população⁽⁸⁾. À luz da Teoria, o enfermeiro pode estruturar sua prática de cuidado propondo ações que abarquem os aspectos culturais adequados ao modo de vida de cada mulher, resultando em um cuidado eficaz, significativo, humanizado e culturalmente competente⁽⁹⁾.

O conceito de vulnerabilidade parte da compreensão dos componentes individual, social e programático⁽¹⁰⁾, que aliados à TDUCC⁽⁸⁾, buscam ampliar o entendimento sobre as situações que determinam os desfechos em saúde nos cenários desiguais, resultantes de injustiças, iniquidades, exclusão social e diferenças culturais.

As dimensões da vulnerabilidade podem ser compreendidas como: individual, que trata da suscetibilidade associada aos fatores biológicos, comportamentais, afetivos, acesso à informação em quantidade e qualidade, somado à capacidade de compreender e inserir esse conhecimento na prática e transformar em ações; social, que se refere aos aspectos socioculturais e econômicos que determinam as possibilidades de acesso a bens e serviços; e programática, que está relacionada a recursos, promoção, proteção e conservação da saúde dos indivíduos⁽¹⁰⁾.

Ao se levarem em conta o contexto cultural diverso no cenário de estudo e o referencial teórico da TDUCC, surgiram como questionamentos de pesquisa: Quais as experiências de cuidado e as vulnerabilidades da mulher migrante na gestação e no parto? E a experiência do cuidado de enfermagem à mulher migrante de diferentes culturas? O objetivo deste estudo foi compreender as experiências e as vulnerabilidades para o cuidado transcultural de enfermagem à mulher migrante na gestação e parto.

MÉTODO

Pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, conduzida à luz da TDUCC de Madeleine Leininger⁽⁷⁾, realizada no município de Foz do Iguaçu, Brasil, fronteira com Cidade do Leste (Paraguai) e Porto Iguaçu (Argentina). Os aspectos elencados no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foram observados e adotados⁽¹¹⁾.

A TDUCC tem como pressuposto a compreensão da Dimensão da Estrutura Cultural e Social que incluem os fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, familiares, sociais, culturais (modos de vida), políticos, legais, econômicos e educacionais. Tais fatores auxiliam na compreensão da realidade vivenciada pelo indivíduo/comunidade e precisam nortear as ações de cuidado^(7,8).

No tocante ao cenário de estudo, o município de Foz do Iguaçu apresenta mais de 80 etnias, composta, majoritariamente, por indivíduos provenientes do Paraguai, Líbano, China, Argentina e Japão⁽¹²⁾, que se formou ao longo da história com a chegada de diversos povos de múltiplas culturas. Como principais fatores do movimento migratório ressalta-se a construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu; os atrativos turísticos, como o Parque Nacional do Iguaçu; o forte comércio presente na região; e a implantação da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, que recebe alunos da América Latina e Caribe⁽¹³⁾.

Participaram do estudo oito puérperas, migrantes de quatro países distintos (Paraguai, Haiti, Venezuela e Líbano) e 18 enfermeiros, dos quais 13 de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cinco de instituição hospitalar. A participação das

puérperas foi impulsionada pela necessidade de se compreender experiências de receber o cuidado, e a participação de enfermeiros pela busca da compreensão de experiências de cuidar de puérperas de distintas culturas. Nas entrevistas foram considerados os pressupostos da TDUCC para as práticas de cuidar/cuidado na gestação e parto.

Os critérios de inclusão foram puérperas imigrantes, com até um ano de pós-parto, com seguimento pré-natal realizado em UBS e parto em Foz do Iguaçu, Brasil; enfermeiros atuantes nas UBS e no hospital, os quais realizaram atendimento à mulher de outra nacionalidade (que não a brasileira) no ciclo gravídico-puerperal. Foram excluídos do estudo puérperas que não compreendiam a língua portuguesa e enfermeiros afastados do trabalho no período da coleta de dados.

As puérperas foram selecionadas de modo intencional; inicialmente, por meio de busca nas UBS quando acessavam o serviço para puericultura e ou imunização do(a) filho(a). Diante da dificuldade de encontrar puérperas nas UBS no período da pandemia por COVID-19, foi realizado contato telefônico, a partir de cadastro disponível nas unidades, para convidá-las a participar da pesquisa. Foram convidadas 26 puérperas: 15 não retornaram o contato e três não compreendiam a língua portuguesa. Das oito que aceitaram participar do estudo, seis foram entrevistadas de maneira presencial, na UBS, com uso de medidas protetivas, e duas por meio digital, por chamada via *Google Meet*®.

Os enfermeiros atuantes nas UBS foram selecionados de forma intencional, e os atuantes no hospital pela técnica bola de neve⁽¹⁴⁾. O contato inicial ocorreu por telefone, com posterior agendamento das entrevistas. Entrevistas com enfermeiros das UBS ocorreram de modo presencial, na própria unidade de saúde; com enfermeiros do hospital ocorreram tanto presencialmente quanto por meio digital. Desses últimos, três foram entrevistados presencialmente, em sala privativa, na própria instituição hospitalar, e dois por meio digital (*Google Meet*®). De um total de 24 enfermeiros convidados para participar do estudo (13 de UBS e 11 do hospital), seis da área hospitalar não retornaram o contato telefônico.

Foram realizadas entrevistas em profundidade, guiadas por um roteiro semiestruturado, iniciado com a seguinte questão norteadora para as puérperas: "Conte-me sobre sua experiência na gestação e parto no Brasil"; e para os enfermeiros: "Fale-me sobre sua experiência no atendimento na gestação e parto de mulheres imigrantes".

A geração de dados foi realizada de fevereiro a setembro de 2022. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, com duração média de 45 minutos, conduzidas pela primeira autora, que é enfermeira, mestranda, e recebeu treinamento prévio. O conteúdo de entrevista, após transcrito, foi disponibilizado aos participantes, porém nenhum

forneceu *feedback*. Convém informar que foram realizadas três entrevistas piloto, uma com puérpera e duas com enfermeiros, incluídas no estudo, visto que não houve necessidade de alteração do roteiro semiestruturado e os dados obtidos versavam sobre informações relevantes para responder as questões em estudo. As entrevistas foram encerradas quando os dados forneceram elementos suficientes para gerar conhecimento empírico, capaz de responder aos objetivos iniciais da pesquisa e refletir a lógica interna do objeto de estudo⁽¹⁵⁾.

A análise dos dados foi realizada pela interpretação de sentidos⁽¹⁶⁾, que se baseia em uma perspectiva socioantropológica e tem como foco o fenômeno cultural. Para tanto, a análise foi organizada em três etapas: i) Leitura compreensiva, aprofundada e repetida do material, fazendo uma relação interrogativa entre o referencial teórico e o objetivo proposto; ii) Exploração do material mediante análise e interpretação das falas dos participantes, atrelada à TDUCC, que permitiu compreender sentidos mais amplos, em situações comuns, as dificuldades e as singularidades de mulheres imigrantes na gestação e parto, bem como as experiências dos enfermeiros em seu atendimento; iii) Elaboração de síntese interpretativa, realizada pela análise e reinterpretção da diversidade cultural e das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, culminando na organização de duas categorias de análise: experiências, vulnerabilidades e aculturação da mulher imigrante na gestação e parto; cuidado transcultural e vulnerabilidades experienciadas pela imigrante em serviços de saúde brasileiros.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas do Comitê de Ética em Pesquisa e foi aprovado pelo Parecer nº 5.216.517, CAAE 5325722.4.0000.0107. Para manter a confidencialidade e o anonimato, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos utilizando as letras: (P) para puérperas, (EUBS) para enfermeiros das UBS, e (EH) para enfermeiros dos hospitais, seguidas por números conforme a ordem das entrevistas.

Todos os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, e ao aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Esse documento também foi disponibilizado em espanhol para as mulheres imigrantes, por se tratar do idioma oficial dos países fronteiriços da América Latina.

■ RESULTADOS

As mulheres imigrantes tinham idade entre 18 e 34 anos, companheiro fixo, procedentes do Paraguai, Venezuela, Líbano e Haiti. O tempo de residência em Foz do Iguaçu variou de um a seis anos. Os enfermeiros foram predominantemente mulheres, de 31 a 50 anos, com tempo médio de atuação de nove anos e com ao menos uma especialização.

Experiências, vulnerabilidades e aculturação da mulher imigrante na gestação e no parto

As mulheres imigrantes partiram de seus países em busca de melhores condições de vida e de trabalho no Brasil. Todavia, a gestação, os sintomas específicos desse período ou a sobrecarga de trabalho no período gravídico interferiram na manutenção ou no ingresso no mercado de trabalho. Para aquelas que permaneceram trabalhando durante a gestação, particularmente em indústrias alimentícias existentes na região, houve obstáculos na realização do pré-natal.

Eu estava trabalhando e deixei de trabalhar porque era muito pesado, trabalhava na [indústria de alimentos], quando chegava em casa, chegava com dor no ventre nas costas, era difícil. (P8)

[...] uma paciente, precisou arrumar emprego. Conseguiu mesmo gestante o emprego na linha de produção, é bem complicado, trabalho bem puxado [...]. O que acontece é que não consegue fazer o ultrassom, porque tem que trabalhar, a clínica que faz o exame dá uma declaração, como ela não foi atendida por nós não conseguimos dar o atestado para ela. Então a gente percebe uma questão econômica bem pronunciada [...] escolaridade é baixa, pelo menos a realidade daqui a questão de emprego é o que a gente chama de subemprego. (EUBS12)

Muitas mulheres, ao ingressarem no processo de migração, não planejaram a gestação, e isso pode ter dificultado sua adaptação ao novo país e o seguimento pré-natal.

Não, não queria ter filho, talvez mais para a frente, mas não era para ser agora. (P5)

A primeira coisa que a gente pergunta, você queria esse bebê? "Não, não" [...]. A maioria "não, estou aceitando ainda", "aí eu choro toda noite". Tem bastante aqui, não planejada e não desejada. Tanto que eu anoto, [...] porque muda a forma de você abordar, no pré-natal. (EUBS13)

A comunicação com a mulher imigrante também foi entendida como um fator dificultador para as enfermeiras, a priori, junto às mulheres haitianas.

Era dificuldade da linguagem das haitianas, porque elas falam bem diferente, mas as outras que vem do Paraguai e Argentina já é mais tranquilo [...]. A gente consegue se entender bem. (EUBS1)

As situações de vulnerabilidade social e programática da mulher imigrante foram potencializadas na experiência da gestação, sobretudo no período da pandemia de COVID-19.

A gente chegou na pandemia e estava todo mundo em casa, não tinha amigos [...] não falava bem a língua [...] tudo isso aconteceu pela pandemia, se você quer falar uma língua tem que ficar com as pessoas que falam essa língua, mas a gente só ficava em casa [...] a gente falava só francês e crioulo. (P7)

[...] quando eu peguei COVID-19 [na gestação] eu queria que alguém me orientasse. Eu me dirigi até o posto e a recepcionista me disse que eu era muito irresponsável: "você vai contagiar a todos". Não me trataram muito bem! (P8)

A distância dos familiares e amigos e os poucos vínculos construídos também foram aspectos desfavoráveis referidos. A falta de estrutura e apoio dificultou a adaptação às mudanças no novo país e no nascimento do filho, destacando a vulnerabilidade social dessa população.

Depois que minha mãe foi embora, eu comecei a me sentir mal, eu chorava muito, eu não estava gostando da maternidade, não gostava de nada, eu não me sentia bem. (P5)

Muito difícil falar com pais só por telefone, ficar num país que não é nosso. (P7)

[...] não tinha minha mãe perto, minhas irmãs, somente ele [esposo] e ele trabalhava muito. (P2)

Se ela não tiver esse suporte familiar que entenda a real importância de todas as orientações, nada daquilo vai ser feito, porque sozinha ela não vai fazer muita coisa. (EUBS6)

No país de origem, as imigrantes viviam em condições socioeconômicas precárias. Os enfermeiros das UBS e do hospital assinalaram que elas, mesmo vivendo no Brasil, mantiveram a condição de vulnerabilidade social.

Com meu primeiro filho a gente estava passando fome, então eu não me alimentava bem [...], aqui [no Brasil] eu posso me alimentar melhor. (P8)

A questão econômica parece bobeira, mas não é. Desde a internação no bloco no puerpério, às vezes, uma carência até de um acompanhante, porque a pessoa não pode se dar ao luxo de estar lá com a pessoa, porque ela precisa trabalhar. (EH17)

Quando vem de outro país, é uma situação precária economicamente falando, daí sim complica mais ainda, sabe? [...] Algumas fazem o pré-natal, porque tem medo de não serem atendidas na hora do parto. Então é por isso que elas se sentem obrigadas a fazer o pré-natal e não compreendem a importância que tem. (EUBS1)

As mulheres imigrantes trouxeram consigo hábitos, costumes e saberes do seu país e de sua cultura de origem, e ao chegar em um país diferente, passaram por novas experiências e precisaram se adaptar, podendo adotar ou não o modo de viver da população local. Para as imigrantes latino-americanas, essas experiências foram reportadas com menor divergência cultural. O processo de aculturação pareceu mais intenso para as imigrantes de regiões mais distantes, como a libanesa e a haitiana.

Aqui é normal amamentar o bebê em público, muito normal. No Líbano isso não pode, então fica mais difícil para mulher amamentar. Por isso o bebê para de mamar mais cedo. Aqui eu consegui amamentar em público, normal! (P6)

Lá no Haiti é complicado, [...] os pais lá falam que tem que sentar o bebê depois de três meses, ajudam o bebê sentar-se. Aqui não, aqui é depois de seis meses [risos]. Todos os haitianos se sentam mais cedo. (P7)

É uma dificuldade muito grande [...] as árabes, porque elas têm uma cultura completamente diferente, um pensamento completamente diferente no parto, nascimento [...] A família é muito envolvida. (EH10)

As árabes ficam de lenço o tempo todo, tão parindo tão com lenço, véu [...] ninguém pode ver nada do corpo delas. E isso é uma coisa delas, não cabe a nós julgar, se está errado, se está certo, só cabe entender, aceitar e realizar da forma que a mulher vai se sentir confortável com a situação. (EH18)

Cuidado transcultural e vulnerabilidades experienciadas pela imigrante em serviços de saúde brasileiros

Mulheres imigrantes sinalizaram facilidade de acesso aos serviços de saúde, inclusive fizeram comparações entre as distintas realidades de saúde do seu país de origem e do Brasil tanto no âmbito da atenção primária (UBS) quanto do hospital.

[...] A medicina aqui [Brasil], se tem problema de saúde, pode ir ao posto de saúde e lá [Venezuela], se meus filhos ficavam doente teria que dar medicina natural, uma planta, algo assim. (P8)

Comecei o tratamento no Paraguai, realizei todas as análises [exames] faltaram alguns, o Paraguai é um pouco mais precário [...]. Depois eu vim aqui [UBS] e fiz o pré-natal de novo e quando eu vim tinha 3 meses [de gestação]. (P3)

Elas [paraguaias] já vêm para cá [Brasil] com essa intenção, já sai de lá para morar aqui com a intenção de fazer o pré-natal, por lá não ter essa assistência. (EUBS5)

A organização que tem aqui é muito melhor do que lá [Paraguai], a participação da enfermeira para mim foi impressionante, porque não sabia que a enfermeira podia fazer tudo o que faz [no atendimento na UBS e no hospital], em comparação ao Paraguai, lá é só o médico que te avalia. (P3)

A proximidade entre o Brasil e o Paraguai, com uma fronteira de fácil mobilidade, propiciou cenários peculiares de atendimento de saúde, uma vez que o indivíduo utiliza ambos os serviços, conforme sua necessidade e localização. Porém, não há comunicação entre os serviços, e o seguimento no pré-natal pode ficar prejudicado. Segundo os relatos, essa busca é feita pela gratuidade e qualidade dos serviços públicos ofertados no Brasil.

Eu buscava ajuda aqui no posto de saúde, foi ótimo, sempre me atenderam muito bem, mesmo eu sendo paraguaia, ainda não tinha documento, me atenderam muito bem, nunca me negaram nada [...] e lá no Paraguai tem que pagar tudo, mesmo sendo saúde pública. (P4)

Profissionais de saúde brasileiros exerceram papel importante nas decisões de cuidado das participantes, que valorizaram o saber profissional, mesmo quando esse saber divergia dos saberes e costumes da cultura de origem.

Tem diferença do que a família fala e os profissionais, melhor ouvir os profissionais. (P7)

Então elas não vão direto no que a mãe disse que tem que fazer [...]. Eu nunca tive esse tipo de dificuldade [...] de elas serem resistentes a minha orientação. (EUBS7)

Há crenças no Paraguai, de alguns alimentos que podem fazer mal para o bebê, eu perguntava aos profissionais, eles diziam que podia comer sem problemas e eu comia. (P3)

Durante a gravidez, eu tomei ferro e lá [no Haiti] eles falam que não, não pode tomar. É confuso, mas eu tomei, o médico falou tem que tomar! (P7)

Primeiro a gente tem que ouvir a paciente, ver as expectativas dela, dela do parceiro [...] para que a gente

posso se adequar, adaptar a cultura, ao que ela deseja no momento tão especial na vida da mulher. (EH15)

Os enfermeiros compreenderam que as mulheres imigrantes tendem a acatar ou não questionar as orientações devido à condição vulnerável em que se encontram.

Não sei se tem medo por vir de outro lugar [...]. Mas você percebe que elas não perguntam, que elas não falam [...] tudo que você fala é amém [...] parece que elas têm medo de falar, da gente repreender e perder direito [...]. (EUBS16)

Elas têm dificuldade, eu percebo uma insegurança por parte delas [...] eu sinto essa diferença, elas com mais medo [...] por estar em outro país, a linguagem, imagina você não poder se expressar da forma que você gostaria. (EH14)

Tento conversar e explicar, de acordo com a ciência mesmo [...] sem descartar o que eles [...] E normalmente funciona, eles entendem, respeitam. (EH15)

A comparação entre os serviços de saúde do Brasil e do país de origem da imigrante aconteceu naturalmente pelas mulheres. Os enfermeiros reportaram não buscar conhecer a realidade de saúde do país e da cultura da imigrante.

Na Venezuela investigam mais o que a pessoa tem [...], porque na minha gravidez eu tinha dores e vinha aqui e eles disseram que era normal. Lá não, eles procuram o porquê da dor, a raiz do que é essa dor. Durante os nove meses, todos os meses fazem o ultrassom. (P2)

Nunca tive esse interesse de perguntar como que é no país dela, o processo pré-natal, como que é? Nunca tive essa curiosidade. (EUBS3)

Tentar entender a cultura, o pensamento ali da paciente, essa questão da empatia se colocar no lugar dela mesmo, por mais que as vezes é uma coisa que para você não faz sentido, mas para ela faz todo o sentido e você tem que respeitar. (EH15)

No processo de parturição, o atendimento foi comprometido, conforme os relatos de orientações insuficientes e dificuldades para ajustar a expectativa da gestante com a necessidade de intervenções profissionais.

Eu esperava ter um tempo para me preparar para a cesárea porque não estava preparada psicologicamente, sempre quis normal [...] o médico falou diretamente que seria cesárea, agora! (P3)

Às vezes é muito difícil de lidar, porque a cabeça dela está programada tanto para um parto normal, que ela

quer o parto a qualquer custo, independentemente de como está o bebê, de como está ela. E aí você convencê-la, conversar com ela de que é necessário fazer uma cesariana para garantir o bem-estar dela e do bebê, às vezes fica bem difícil mesmo. (EH10)

Eu não sabia muito sobre a laceração, gostaria de ter tido mais informação de que quando rompe a bolsa não é já o parto direto, que demora um tempo, mais informação sobre o parto mesmo. (P5)

DISCUSSÃO

O Brasil tem sido destino de muitos imigrantes, que encontram relativa facilidade de ingressar no país, os quais, em sua maioria, vêm em busca de oportunidades de trabalho e melhores condições de vida⁽¹⁾. Entretanto, ao chegarem em outro país, esses indivíduos, como as mulheres imigrantes desta pesquisa, encontram-se mais propensos a conseguir empregos com menores salários, corroborando com os achados de estudo norte-americano, cujas condições de trabalho de mulheres imigrantes mexicanas eram desfavoráveis e elas estavam mais suscetíveis a riscos de doenças ocupacionais relacionadas a jornadas de trabalho longas que impedem o cuidado da própria saúde⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, os desafios enfrentados no processo migratório repercutem na saúde como um todo, destacando-se aqui as vulnerabilidades sociais e programáticas, visto que comprometem o acompanhamento pré-natal^(10,17).

Embora o Brasil disponha de leis migratórias consideradas acolhedoras em comparação com outros países, expressas pela garantia de acesso aos serviços públicos pelos imigrantes, na prática a real integração dessa população ainda parece distante^(18,19).

A literatura científica descreve que mulheres imigrantes podem estar mais vulneráveis à gravidez indesejada. Um estudo brasileiro conduzido com mulheres imigrantes venezuelanas mostrou que o planejamento reprodutivo tem sido insuficiente e muitas não conseguem ter acesso a um método contraceptivo⁽¹⁹⁾. Outro estudo, desenvolvido em uma região de triplíce fronteira, identificou que as baixas condições sociodemográficas presentes na região de fronteira, cenário peculiar devido ao alto número de imigrantes e semelhante ao deste estudo, interferem nas ações e adesão ao planejamento reprodutivo⁽²⁰⁾. Importante pontuar que a gravidez não planejada tem impacto negativo na saúde da mãe e da criança, com implicações relacionadas à baixa adesão ao pré-natal, ao aumento de intercorrências no período gestacional e à maior chance de sintomas depressivos pós-parto⁽²¹⁾.

A comunicação, ou a falta dela, é a primeira e mais evidente barreira no atendimento à saúde de mulheres

imigrantes. Uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos da América apontou que imigrantes buscam menos os serviços de saúde para acompanhamento preventivo, como exemplo o pré-natal, e acabam recorrendo mais aos serviços de urgência e emergência, dados também confirmados por estudo brasileiro. A ausência no acompanhamento pré-natal é intensificada pela falta de compreensão do idioma local e desconhecimento do funcionamento do sistema de saúde de forma geral, e isso interfere e compromete o atendimento dessas mulheres no período gestacional^(1,21).

Os enfermeiros, ao reconhecerem a estrutura social da mulher imigrante, direcionam a prática de cuidado para a sua realidade. Desse modo, a TDUCC proporciona subsídios teóricos para o exercício dessa prática, como o conceito de dimensão cultural e estrutura social (que engloba fatores tecnológicos, religiosos, familiares, políticos, econômicos e educacionais) e a compreensão das forças significativas que afetam e influenciam os cuidados de saúde^(6,8).

Outro aspecto relevante que afetou o atendimento de saúde da população de forma geral, sobretudo para as gestantes, foi a COVID-19, pois apesar da incontestável importância do acompanhamento pré-natal, as gestantes enfrentaram dificuldades para realizar as consultas durante o período pandêmico. Entre gestantes com diagnóstico de COVID-19, essa situação foi ainda mais grave, porque o acompanhamento deveria ser intensificado diante dos riscos do vírus para a díade mãe-bebê⁽²²⁾, fato contrário descrito por uma participante desta investigação.

Especialmente em pandemias, o acesso aos cuidados de saúde por imigrantes deveria ser facilitado e as campanhas preventivas difundidas em vários idiomas nos canais de comunicação, como recomendaram os pesquisadores do Departamento de Psicologia da China e dos Estados Unidos da América⁽²²⁾. Na ausência dessas estratégias, a pandemia pode ter acentuado as desigualdades no atendimento de saúde para imigrantes^(2,18).

As mulheres participantes deste estudo, ao saírem de seu país, deixaram parte de sua família e se afastaram de sua rede de apoio. Tal distanciamento foi percebido com maior intensidade no processo gestacional, tendo em vista que esse período é concebido culturalmente por diversas crenças e práticas que intensificam tradições, valores e hábitos familiares. Geralmente, a família serve de suporte e apoio nos cuidados e suas relações influenciam a maneira como o indivíduo percebe e vivencia esse momento. A ausência desse suporte fragilizou e aumentou as vulnerabilidades das mulheres imigrantes⁽²³⁾.

Revisão sistemática conduzida por pesquisadores norte-americanos e canadenses descreveu que, no atendimento de saúde, as singularidades que envolvem hábitos, costumes

e cultura devem ser compreendidas pelos profissionais. Os enfermeiros, em particular, precisam buscar cuidados eficazes e coerentes com a cultura, buscando prevenir e estar alerta ao choque cultural que pode ser experienciado. É importante reconhecer que o processo de aculturação pode se tornar um fator de estresse e impactar a saúde física e mental da imigrante⁽²⁴⁾.

No que se refere ao sistema de saúde do Brasil, foi observada entre as participantes a comparação com o atendimento do país de origem. As avaliações positivas versaram sobre a qualidade e gratuidade dos serviços^(2,25), experiência que para muitas imigrantes parecia muito distante de seu país de origem. Um dos relatos apontou que em seu país de origem realizam mais exames de rotina e na presença de queixas, fato que pode ter relação com a forma cultural de compreender o processo de gestação e parto, como mostrou o estudo realizado na Noruega com imigrantes do sul da Europa. Nesse mesmo estudo, consta que a visão da gestação como um problema de saúde requer uma assistência mais intervencionista, o que não ocorre na Noruega, pois tratam esse processo como algo natural, cuja crença foca na capacidade do corpo se autoajustar, refletindo diretamente na organização dos serviços e na atuação dos profissionais de saúde⁽⁵⁾.

Somado ao funcionamento do sistema de saúde, o processo de trabalho do enfermeiro, apesar de possuir semelhanças com outros países, sofre influências históricas, econômicas, políticas, legais, do modelo assistencial de saúde e da organização do trabalho. Compreender as expectativas e a visão que as mulheres imigrantes possuem sobre o trabalho de enfermagem favorece o cuidado⁽²⁶⁾.

O cenário do estudo, Foz do Iguaçu, trouxe componentes específicos expressos pela mobilidade transfronteiriça, resultando na sobrecarga do serviço de saúde do Brasil pelo seu caráter universal e gratuito, que de certo modo pode ter comprometido o cuidado integral de gestantes e parturientes imigrantes⁽²⁷⁾.

Os resultados versaram sobre a indicação que as mulheres consideram as orientações dos profissionais de saúde relevantes em comparação às de familiares. Mesmo assim, os profissionais precisam validar o papel da família como uma unidade básica do cuidado cultural, constituída de valores, crenças e modos de vida padronizados e apreendidos⁽²⁸⁾. Além disso, é preciso valorizar o conhecimento prévio das mulheres nas práticas de cuidado, evitando a imposição do saber profissional, como destacou o estudo Holandês⁽²⁹⁾. As maiores diferenças culturais foram entre os imigrantes do Haiti e Líbano no estudo ora conduzido.

O município do estudo também conta com uma significativa população advinda de países árabes e de religião

muçulmana. A religião é conceituada por Leininger como um fator estruturante da visão de mundo de cada indivíduo; dessa maneira, os enfermeiros devem estar cientes dos fatores culturais e religiosos envolvidos nesse segmento para fornecer o atendimento de saúde culturalmente competente e apropriado^(7,8).

Para o cuidado culturalmente competente, não é necessário conhecer com profundidade todas as culturas ou acatar sempre as crenças de um paciente ou grupo. O cuidado culturalmente competente enfatiza o respeito às diferenças culturais e fornece suporte para compreender como este interfere nos padrões de cuidado, permite admitir que existem muitos modos de viver e ver o mundo, e nenhuma forma é a melhor ou a correta⁽⁷⁾.

Os resultados deste estudo reforçaram a necessidade de os enfermeiros conhecerem os costumes e culturais e crenças que podem interferir no processo gestacional e nascimento. Nessa direção, as medidas de preservação, acomodação e reestruturação cultural se tornam estratégias promissoras, consolidando o cuidado culturalmente congruente^(7,30). O estudo realizado nos Países Baixos destacou a relevância de dar voz aos sujeitos que necessitam de cuidados, ouvir suas experiências para compreender suas expectativas, especialmente na gestação e parto, pois poderá direcionar as condutas dos enfermeiros e definir um plano de cuidados eficaz e culturalmente competente⁽²⁹⁾.

A compreensão do referencial teórico da TDUCC, no qual o cuidado é definido pela compreensão da diversidade (desigualdade) e universalidade (igualdade) entre as culturas, além das situações de vulnerabilidade comuns à mulher imigrante, possibilitou identificar as singularidades de cada experiência e sua bagagem cultural^(7,9). Torna-se relevante frisar que os fatores culturais relacionados ao cuidado exercem influência sobre as expressões humanas relativas à saúde, doença e bem-estar. Nesse âmbito, a TDUCC se mostra um caminho profícuo, visto que fornece cuidados harmoniosos com as crenças, práticas e valores individuais ou coletivos⁽⁷⁾ para alcançar o sucesso prático nas ações em saúde.

O cuidado transcultural constituiu uma importante ferramenta de cuidado e se sobressaiu em momentos como o nascimento, considerando a necessidade de adotar hábitos mais saudáveis para a proteção do bebê⁽⁹⁾. A TDUCC favorece sua compreensão como um processo natural e dá suporte ao enfermeiro para auxiliar as mulheres imigrantes em todas as transformações experienciadas nesse momento singular da vida.

O estudo teve como limitação a realização de entrevistas com os enfermeiros, visto que, conhecer as experiências dos demais profissionais de saúde de uma região de fronteira

poderia revelar com maior profundidade os desafios para o cuidado no contexto transcultural. Nesse sentido, sugerem-se novas investigações com inclusão de outros profissionais, em outras regiões do país ou do mundo, considerando que as condições socioculturais podem ser diferentes. Outra limitação envolveu a investigação no período experienciado pelas mulheres, a gestação e parto, sendo que, o puerpério poderia fornecer *insights* adicionais.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revelaram a dimensão Social e Cultural que influencia o cuidado e a saúde, expressa pelas dificuldades econômicas, trabalho precário, idioma, costumes religiosos, diferenças culturais e o desconhecimento do sistema de saúde brasileiro, auxiliando na compreensão das experiências e vulnerabilidades da mulher imigrante na gestação e parto e na repercussão desses para o cuidado. Potencialidades também foram experienciadas, evidenciadas pelos aspectos positivos no cuidado transcultural de enfermagem no Brasil durante o ciclo gravídico-puerperal.

A pandemia de COVID-19 intensificou as dificuldades, sobretudo na criação de vínculos sociais e de uma rede de apoio, situações agravadas pela distância da família nesse período crítico para a humanidade, bem como fragilizou o acesso aos serviços de saúde.

A utilização da TDUCC foi oportuna para compreender o cenário multicultural do estudo e auxiliar no estabelecimento dos pontos comuns (universalidades) experienciados pela mulher imigrante na gestação e parto, bem como a diversidade (diferença) peculiar de cada cultura, além do processo de aculturação por elas vivido.

A TDUCC de Madeleine Leininger contribuiu para identificar os fatores culturais já considerados pelo enfermeiro, evidenciando a necessidade de aprofundamento da compreensão cultural.

Capacitar culturalmente os profissionais de saúde, direcionar ações de educação em saúde específicas para a população imigrante e desenvolver protocolos e políticas de saúde que considerem essa população e seu aspecto cultural podem trazer melhorias para o atendimento da saúde materna e refletir em melhores indicadores de morbimortalidade.

Como Leininger sugere, os aspectos culturais e padrões de cuidado primeiramente precisam ser descobertos para depois estabelecer um corpo de conhecimento transcultural, e nesse processo de descoberta, tanto as semelhanças quanto as diferenças foram identificadas, o que destaca o presente estudo por fortalecer o cuidado com uma perspectiva multicultural na gestação e parto para as mulheres imigrantes.

■ REFERÊNCIAS

- Barreto MS, Nascimento DG, Magini LYZ, Oliveira IL, Vieira VCL, Marcon SS. Discourse of nurses and doctors on the use of the emergency service by immigrants. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3):e20190003. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0003>.
- Arenhart CGM, Rizzotto MLF, Carrijo AR. Opinion leaders' conceptions about citizenship and the right to health on the trinational border. *Physis*. 2022;32(4):e320406. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320406>.
- Fair F, Raben L, Watson H, Vivilaki V, van den Muijsenbergh M, Soltani H, et al. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(2):e0228378. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>
- Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. Acesso à saúde para mulheres migrantes continua sendo um desafio nas Américas. OPAS; 2019 [citado 2023 jul 25]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/11-3-2019-acesso-saude-para-mulheres-migrantes-continua-sendo-um-desafio-nas-americas>
- Herrero-Arias R, Ortiz-Barreda G, Carrasco-Portiño M. Maternity care through the eyes of Southern European immigrant parents in Norway. *Gac Sanit*. 2022;36(2):111-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.004>
- Oscarsson MG, Stevenson-Ågren J. Midwives experiences of caring for immigrant women at antenatal care. *Sex Reprod Healthc*. 2020;24:100505. doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100505>
- Leininger M, McFarland M. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2th ed. Boston: Jones and Barlett Pubs; 2006.
- McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Leininger's theory of culture care diversity and universality: an overview with a historical retrospective and a view toward the future. *J Transcult Nurs*. 2019;30(6):540-57. doi: <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>
- Almeida GMF, Nascimento TF, Silva RPL, Bello MO, Fontes CMB. Theoretical reflections of Leininger's cross-cultural care in the context of Covid-19. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200209. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200209>
- Ayres JR. Vulnerabilidade, cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saúde Debate*. 2022;46(spe7):196-206. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>
- Souza VRS, Marziale MHP, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>
- Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. Portal do Turismo [Internet]. População. Foz do Iguaçu; 2023 [citado 2023 jul 25]. Disponível em: <http://pmfi.pr.gov.br/turismo/%3Bjsessionid%3D61491e50ab44dec9756f221d8cc6?idMenu=1695>
- Oderich CL, Baldi M. Transforming the territory: the importance of the Latin American Integration University for culture in the Brazil-Paraguay-Argentina triple frontier. *Rev Bras Educ*. 2020;25:e250059. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782020250059>
- Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Rev Ciências Emp Unipar*. 2021;22(1):105-17. doi: <https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual*. 2017;5(7):1-12.
- Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes: Petrópolis; 2010.
- Rosenberg MAS, Li Y, Polick C. Immigration-related stressors and health outcomes among low-wage immigrant hotel workers: a pilot study. *Public Health Nurs*. 2022;39(5):1123-7. doi: <https://doi.org/10.1111/phn.13086>
- Correa LL, Lima MSC. Vulnerabilidade na pandemia: o migrante na cidade de São Paulo diante da COVID-19. *Travessia*. 2021;(90):121-36. doi: <https://doi.org/10.48213/travessia.190.972>
- Bahamondes L, Laporte M, Margatho D, Amorim HSF, Brasil C, Charles CM, et al. Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil. *BMC Public Health*. 2020;20:1771. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09912-x>
- Pedro CB, Casacio GDM, Zilly A, Ferreira H, Ferrari RAP, Silva RMM. Factors related to family planning in border region. *Esc Anna Nery*. 2021;25(3):e20200180. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0180>
- McClellan C, Madler B. Lived experiences of Mongolian immigrant women seeking perinatal care in the United States. *J Transcult Nurs*. 2022;33(5):594-602. doi: <https://doi.org/10.1177/10436596221091689>
- Liem A, Wang C, Wariyant Y, Latkin CA, Hall BJ. The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e20. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30076-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30076-6)
- Prates LA, Perez RV, Gomes NS, Pilger CH, Wilhelm LA, Souza MHT. Aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar: revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2020;9(7):e683974374. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4374>
- Gonzalez-Guarda RM, Stafford AM, Nagy GA, Befus DR, Conklin JL. A systematic review of physical health consequences and acculturation stress among Latinx individuals in the United States. *Biol Res Nurs*. 2021;23(3):362-74. doi: <https://doi.org/10.1177/1099800420968889>
- Teixeira IS, Rollo RM, Rocha CMF. Um diálogo pluricultural sobre o acesso à saúde com mulheres migrantes. *REA*. 2021;29(1):84-97. doi: <https://doi.org/10.17058/rea.v29i1.14815>
- Ramos AR, Bottega CG, Petersen LL, Rollo RM, Marchioro MK, Rocha CMF. COVID-19: repercussions of nursing, structuring and resolutivity of national health systems. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200332. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200332>
- Hortelan MS, Almeida ML, Fumincelli L, Zilly A, Nihei OK, Peres AM, et al. The role of public health managers in a border region: a scoping review. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(2):229-36. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900031>
- Nascimento ACST, Moraes AC, Amorim RC, Santos DV. The care provided by the family to the premature newborn: analysis under Leininger's Transcultural Theory. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20190644. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0644>
- Kuipers YJF, Mestdagh E. The experiential knowledge of migrant women about vulnerability during pregnancy: a woman-centred mixed-methods study. *Women Birth*. 2022;35(1):70-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.004>
- Martins LA, Oliveira RM, Camargo CL, Aguiar ACSA, Santos DV, Whitaker MCO, et al. Practice of breastfeeding in quilombola communities in the light of transcultural theory. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20190191. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0191>

■ **Contribuição de autoria:**

Administração de projeto: Rosane Meire Munhak da Silva.

Análise formal: Maryellen Dornelles Zarth, Rosane Meire Munhak da Silva.

Conceitualização: Maryellen Dornelles Zarth, Rosane Meire Munhak da Silva.

Redação do manuscrito original: Maryellen Dornelles Zarth, Pamela Ayala Fernández, Maria Aparecida Baggio, Adriana Zilly, Carmem Justina Gamarra, Rosane Meire Munhak da Silva.

Escrita – revisão e edição: Maryellen Dornelles Zarth, Pamela Ayala Fernández, Maria Aparecida Baggio, Adriana Zilly, Carmem Justina Gamarra, Rosane Meire Munhak da Silva.

Investigação: Maryellen Dornelles Zarth, Pamela Ayala Fernández.

Metodologia: Maryellen Dornelles Zarth, Adriana Zilly, Rosane Meire Munhak da Silva.

Recursos: Maryellen Dornelles Zarth.

Supervisão: Rosane Meire Munhak da Silva.

Validação: Maria Aparecida Baggio, Adriana Zilly, Carmem Justina Gamarra, Rosane Meire Munhak da Silva.

Visualização: Maryellen Dornelles Zarth, Rosane Meire Munhak da Silva.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autora correspondente:**

Maryellen Dornelles Zarth

E-mail: hellenzarth@gmail.com

Recebido: 29.07.2023

Aprovado: 27.11.2023

Editor associado:

Helga Geremias Gouveia

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira