



SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELAS MULHERES MIGRANTES AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE A VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ AO PÓS-PARTO

Meanings attributed by migrant women to nursing care during pregnancy to postpartum

CONCEIÇÃO SANTIAGO

Professor Adjunto, Mestre. Escola Superior de Saúde de Santarém, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal

✉ mcfs65@gmail.com

MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO

Professor Coordenador, Doutor. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal

MARTA BASTO

Professora Aposentada, Doutor. Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem - UI&DE, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal

Abstract

Maternal health care for migrant women poses new challenges to countries in the WHO European Region. Migrant women tend to have worse perinatal health outcomes as a result of migration conditions, socioeconomic needs, health status, language or health literacy. These women may manifest different representations and cultural practices associated with motherhood that need to be understood and respected during nursing care in the host country. The aim was to explore the meanings attributed by migrant women to nursing interventions implemented during prenatal care to postpartum period. Qualitative study using Grounded Theory. Thirty interviews were conducted with pregnant migrant women and mothers from various countries, between February 2015 to December 2016, in Primary Health Care. Emerging coding of data determined the central category BUILDING TRUST, representative of the use of professional skills and competencies to help migrant women gain confidence and expose emotions, insecurities and needs: "Feeling recognized" highlights sensitivity to cultural differences and transition experiences; "Explaining with simplicity" by the clarity, simplicity, practical and grounded meaning, contributing to the acquisition of skills in the exercise of motherhood and a quality of intercultural communication; "Getting answer", nurse acting in accordance with the needs exposed by the Other, promoting autonomy, confidence and satisfaction. The development of a trusting relationship has emerged as an essential component of maternal care. The study results may contribute to knowledge and quality of care indicators by showing the migrant client's perspective on the care received.

KEYWORD: MIGRANT; WOMEN; PREGNANCY; POSTPARTUM PERIOD; NURSING CARE.

INTRODUÇÃO

A migração, um fenómeno que acompanha a Homem ao longo dos tempos, é reconhecida como um tema central da nossa era, face ao aumento exponencial e dinâmico dos movimentos migratórios, abrangendo cerca de 258 milhões de pessoas no ano 2018.⁽¹⁾ Mas também, pela complexidade, imprevisibilidade e emergência que acompanha a migração internacional da atualidade, envolvendo uma pluralidade de dimensões que afetam a vida das pessoas, agentes geradores de desafios políticos, sociais, económicos e na saúde pública das sociedades.^(1,2) Os Estados-membros da União Europeia (UE28), ao serem um dos principais alvos de escolha e de concentração de migrantes, têm assistido a pressões ao nível dos sistemas de saúde e de segurança, sendo cada vez mais evidente a necessidade de implementação de uma abordagem multisectorial e de adequação dos sistemas de

saúde das sociedades receptoras, para garantir a saúde e o bem-estar dos migrantes e dos refugiados em situações vulneráveis.⁽²⁾ Numa leitura da importância relativa de estrangeiros residentes num determinado país, face ao total da população residente, Portugal tem registado valores inferior à média dos Estados-membros da UE28, por exemplo, dados estatísticos de janeiro de 2017, revelavam uma média de 7,5% de estrangeiros residentes na Europa Comunitária e Portugal de 3,6%.⁽³⁾ No entanto, o Relatório Estatístico Anual 2018 do Observatório das Migrações mostra que, para além do aumento da população estrangeira, um conjunto de indicadores sustentam a contribuição dos cidadãos migrantes para a sociedade portuguesa, particularmente ao nível da natalidade, no aumento das qualificações e empreendedorismo de estrangeiros e no balanço financeiro do país.⁽⁴⁾ Realçasse, ainda, o impacto positivo das políticas migratórias de integração que Portugal tem vindo a desenvolver, estando estas assentes numa gestão integrada e equilibrada dos fluxos migratórios e das mudanças dos perfis da população estrangeira.⁽⁵⁾ Com enfoque na população alvo do estudo, as recentes tendências sociodemográficas apontam para a feminização da imigração em Portugal⁽⁶⁾, caracterizada por: um aumento do número de mulheres que migram por decisão própria e de forma autónoma, como para trabalho, estudo ou investigação, deixando uma maior ligação ao reagrupamento familiar, um fenómeno que se tem vindo a observar, à escala mundial, desde o final do século passado⁽⁴⁾; maioritariamente são mulheres jovens e ativas, observando-se uma maior concentração nas idades entre os 20 e os 49 anos e que, quando comparadas com as mulheres de nacionalidade portuguesa, nas mesmas idades,

as primeiras tendem a ser mais jovens^(4,6); no mercado do trabalho, tendem a estar mais concentradas nos grupos profissionais da base e não de acordo com as suas habilitações⁽⁴⁾; e, as trabalhadoras do sexo feminino são as que mais contribuem para a discrepância salarial entre os trabalhadores estrangeiros e os nacionais, por exemplo, no ano 2016, recebiam -12,9% que as trabalhadoras portuguesas.⁽⁴⁾ Particularizando, ainda, a natalidade, como uma dimensão da demografia portuguesa de grande fragilidade, de acordo com dados estatísticos, no ano 2018, Portugal apresentava a quarta taxa de natalidade mais baixa (8,5%)⁽⁷⁾ entre os Estados-membros da UE28. Por sua vez, um fluxo de migração feminina concentrada em idades jovens e ativas, em que a vivência da idade reprodutiva de mulheres estrangeiras acontece no país de acolhimento, pode ser sugestivo de um viável contributo para a natalidade. E, porque, ao longo dos anos, em maior ou menor percentagem, as mulheres estrangeiras residentes em Portugal têm contribuído para a demografia portuguesa. Por exemplo, em 2018, do total de nascimentos ocorridos em Portugal, registou-se cerca de 10,7% de nascidos-vivos de mães com nacionalidade estrangeira residentes no país, uma percentagem significativa numa população estrangeira que representava cerca 4,6% do total da população residente.⁽⁸⁾ A saúde, entendida como uma das principais dimensões da vida humana, é geradora de bem-estar individual, das famílias e populações e um fator essencial na integração e coesão sociais.⁽⁹⁾ No âmbito da saúde materna da mulher migrante, novos desafios se colocam aos países de acolhimento na prestação de cuidados de saúde materna a migrantes recém-chegadas, a migrantes em >

trânsito e para aquelas que desejam permanecer por mais tempo, independentemente do estatuto legal em que se encontrem.⁽¹⁰⁾

A evidência científica tem comprovado que grupos socialmente desfavorecidos, imigrantes ou grupos étnicos, tendem a uma assistência de saúde menos adequada durante a gravidez, parto e no pós-parto, especialmente devido à falta de conhecimentos, a uma menor adesão a comportamentos preventivos e menor utilização de cuidados de saúde (recorrendo tardiamente ou faltando às consultas de vigilância pré-natais).^(10,11)

Assim como, a barreira da língua e o facto de as mulheres migrantes, muitas vezes, sentirem que não são compreendidas ou mal interpretadas nos seus costumes, por parte dos profissionais de saúde, constarem como os principais motivos para que os cuidados de saúde oferecidos no país recetor não deem resposta às expectativas das mulheres migrantes e às suas necessidades de saúde.^(10,12,13)

Consequentemente, potencializam-se as situações de risco para a gestante e/ou feto e as mulheres migrantes tendem a apresentar taxas mais altas de complicações e mortalidade materna e piores resultados de saúde perinatal do que as mulheres autóctones dos países recetores.⁽¹⁰⁾

Por outro lado, as mulheres em contexto migratório “desenvolvem estratégias identitárias” de acordo com as suas experiências individuais, sociais, culturais e familiares, na procura de uma melhor adaptação ao novo meio físico e sociocultural.⁽¹²⁾

Quando, a gravidez e a maternidade acontecem num contexto migratório, transições significativas surgem em simultaneidade ou num padrão sequencial⁽¹⁴⁾, podendo gerar experiências complexas para a mulher migrante, ao cruzar-se um percurso adaptativo ao processo migratório, com outro

percurso de adaptação a uma nova situação - tornar-se mãe.^(12,14,15)

Nestas circunstâncias, a influência cultural do país de origem tem um papel fundamental, ao oferecer confiança e apoio protetor (não conseguido da família que, muitas das vezes, se encontra distante) e que expressa nas atitudes e comportamentos de saúde das mulheres migrantes grávidas ou no exercício da maternidade.

Pelo exposto, compreende-se que diferentes representações e práticas culturais maternas necessitam de ser compreendidas e respeitadas durante os cuidados de enfermagem às mulheres migrantes, sendo a evidência científica concordante na valorização da implementação de cuidados de saúde materna culturalmente sensíveis ou culturalmente competentes, assim como apontam para a necessidade de aumentar o conhecimento focado na mulher migrante.⁽¹⁰⁾

OBJETIVO

Pretendeu-se explorar os significados atribuídos pelas mulheres migrantes às intervenções de enfermagem implementadas durante a vigilância pré-natal ao pós-parto.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, assente num paradigma interpretativo.⁽¹⁶⁾ Com recurso à *Grounded Theory* na perspetiva construtivista de Charmaz⁽¹⁷⁾, utilizada como método e análise de dados qualitativos. Método orientado por um raciocínio indutivo, numa construção conjunta do conhecimento, onde os procedimentos fundamentais de colheita e interpretação dos dados e de apresentação de resultados são descritos e compreendidos numa visão de processo, privilegiando-se os dados e contexto local e temporal, pela influência que estes detêm no modo como as pessoas veem, compreendem e agem nas situa-

ções onde o fenómeno acontece.⁽¹⁷⁾

As participantes foram mulheres migrantes grávidas e mães até aos 6 meses pós-parto, oriundas de vários países, com idades entre os 19 anos e 41 anos, a maioria eram casadas/união de facto e sete estavam solteiras. O nível de escolaridade predominante foi o Secundário (nove) e seis das participantes não mencionaram. Quanto à situação laboral, dezassete encontravam-se empregadas, dez desempregadas, duas a estudar e uma pensionista por invalidez. O serviço doméstico ou de outro tipo de serviços de limpeza era a atividade laboral praticada pela maioria das mulheres migrantes empregadas, independentemente do seu nível de escolaridade. Na perceção da situação económica, sugeriram os testemunhos das participantes, que estando um dos elementos a trabalhar (companheiro/mulher migrante), a situação económica da família estava aparentemente controlada. Entre as participantes casadas/união de facto, a maioria coabitava com o companheiro e/ou filhos, quando existentes. Entre as solteiras, duas referiram viver sozinhas. O tempo de migração variou entre 8 meses e 17 anos, situando-se a maioria entre os 5 e os 9 anos e todas as participantes percebiam a língua portuguesa e apenas três falavam razoavelmente.

Com enfoque nos cuidados de saúde materna das participantes, numa breve caracterização da situação obstétrica, no momento da colheita de dados, e de aspetos relevantes da vigilância de saúde realizada, contactou-se que:

- vinte e quatro encontravam-se grávidas (dezasseis no 3º trimestre, sete no 2º e uma no 1º) e seis estavam no período pós-parto (quatro tiveram parto por cesariana, uma por ventosa e outro foi eutócico);
- a maioria das mulheres (vinte e uma) já tinham experiência de

maternidade e nove estavam a vivenciar a primeira gravidez;

- vinte e quatro das participantes iniciaram a vigilância da gravidez no 1º trimestre e seis no 2º trimestre;
- a maioria (vinte e seis) com vigilância da gravidez adequada (o número de consultas era de acordo com a idade gestacional em que se encontravam) e quatro das gestantes com a gravidez mal vigiada (iniciada no 2º trimestre);
- a participação em Cursos de preparação para o parto e para a parentalidade foi dado a perceber por nove das participantes, cinco não realizaram por dificuldades no acesso, duas desconheciam esta modalidade e catorze não fizeram referência à mesma;
- vinte das participantes tinham médico de família e as dez que não usufruíam de médico de família referiram estarem a ser seguidas pelo mesmo médico. Por diversas razões, a mesma leitura em relação à vigilância de saúde pela mesma enfermeira não foi aqui considerada, tornando-se um aspeto representativa ao longo do processo de análise.

Optou-se pela entrevista ajustadas à *Grounded Theory* como método único de colheita de dados⁽¹⁷⁾. O guião de entrevista constituído por questões agrupadas em questões abertas iniciais, questões intermédias e questões finais, serviu como um instrumento orientador e de confiança para a investigadora na exploração de diferentes tópicos, não se considerando utilizar todas as questões nele inseridas para a exploração da experiência individual, deixando-se espaço para novas ideias ou aspetos relatados pelas entrevistadas.

O projeto da investigação foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Proc.026/CES/INV/2014). Todos os elementos envolvidos no acesso às partici-

pantes e as próprias participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Na procura da compreensão das vivências das mulheres migrantes na interação com os enfermeiros durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, em contexto de cuidados de saúde português, foram realizadas trinta entrevistas a mulheres migrantes que cumpriam os critérios de seleção delineados para o estudo: estarem grávidas ou nos primeiros 6 meses após o parto (pela proximidade com a situação vivenciada e possibilidade de se encontrar a mulher no país); que tivessem feito ou efetuar a vigilância pré-natal ou no pós-parto com enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários; e que compreendessem a língua portuguesa. A colheita de dados foi desenvolvida entre de fevereiro 2015 a dezembro de 2016, em contexto de Cuidados de Saúde Primários e as entrevistas tiveram entre 12 a 62 minutos de duração, sendo que as mais curtas aconteceram na fase mais avançada da colheita de dados (amostragem teórica).⁽¹⁷⁾

No percurso do processo analítico que passou pela "codificação"⁽¹⁷⁾, inicialmente geraram-se códigos provisórios, comparativos e ajustados aos dados, que conduziram à exploração de outras possibilidades analíticas para o desenvolvimento das categorias emergentes e suas propriedades, que constituem a teoria substantiva desenvolvida.^(17,18) Entre as estratégias e métodos utilizados destacam-se: a estratégia linha a linha; o método da comparação constante; a redação de *memos*; e a amostragem teórica.⁽¹⁷⁾

RESULTADOS

O processo de análise emergente da Interação entre mulher migrante-enfermeira¹ durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, na perspetiva da mulher migrante,

determinou a categoria central CONSTRUINDO A CONFIANÇA. Num ambiente de cuidados de saúde, a comunicação estabelecida entre ambas as intervenientes foi sendo gerida pelas características da Identidade ou *self* da Mulher migrante e pela Atitude terapêutica da enfermeira. Pela influência dinâmica de fatores provenientes de 3 dimensões, a confiança na enfermeira foi interpretada como essencial durante os cuidados de saúde materna, sendo estas:

- (1) Atitude terapêutica da enfermeira promotora ou não do à vontade necessário à mulher migrante para a partilha das suas necessidades, dúvidas e problemas;
- (2) Identidade ou *self* da mulher migrante que interage com a enfermeira (as características da personalidade, valores e princípios socioculturais) e a natureza da situação de cuidados de saúde;
- (3) O processo de construção da confiança na enfermeira, que conduz ao fortalecimento ou ao enfraquecimento da confiança e que é conseguido na interação entre ambas, estando dependente do ambiente, do tempo de relação estabelecido, do número de vezes e do grau de proximidade estabelecido durante as interações.

Num encadeamento dinâmico dos constructos emergentes dos dados e que determinaram as categorias PROCURANDO COMUNICAR, A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA, ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA, surgiram elementos significativos dos momentos de interação entre enfermeira-mulher migrante que permitiram interpretar os significados atribuídos por estas às intervenções de enfermagem implementadas durante a vigilância pré-natal ao pós-parto. A categoria PROCURANDO COMUNICAR, demonstra que determinadas atitudes e ações da enfermeira, inerentes ao processo >

1. Considera-se o termo "enfermeira", por ter sido maioritariamente referenciado pelas participantes do estudo.

de comunicação, são facilitadores da relação enfermeira-mulher migrante e da compreensão da informação partilhada, visando uma eficaz identificação das necessidades de saúde da gestante/mãe, na capacitação da mulher para as competências maternas, de autocuidado e adoção de estilos de vida saudáveis.

A categoria A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA, mostra a valorização atribuída à dimensão relacional dos cuidados de enfermagem de saúde materna que, como consequências na mulher migrante, traduziram-se em respostas afetivas de reconhecimento, sentir-se acolhida e compreendida pela enfermeira.

O valor atribuído à informação e orientação da enfermeira, ao longo da vigilância da gravidez ao pós-parto determinou a categoria ATRIBUINDO SIGNIFICADO À FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA, que conjuga elementos provenientes de ambos os atores que interagem e que se influenciam mutuamente: o conhecimento e as experiências da mulher migrante e as atitudes e ações da enfermeira.

No contexto de cuidados de enfermagem de saúde materna, a confiança foi entendida como um sentimento de quem acredita, de quem tem a convicção ou sente segurança no modo de agir do Outro perante uma determinada situação. Ou, como um sentimento que se adquire com a familiaridade ou por interações frequentes com a mesma pessoa, onde os constructos emergentes "Receando mostrar aquilo em que se acredita", "Interagindo" e "Recorrendo primeiro à enfermeira para obter ajuda", atribuem significado à confiança construída entre a mulher migrante e a enfermeira.

No diagrama que se ilustra na **Figura 1**, identificam-se as principais propriedades da categoria central CONSTRUINDO A CONFIANÇA e a relação e influência recíproca

com as categorias anteriormente descritas.

Partindo do centro do diagrama, sugerem os resultados que, num ambiente de cuidados de enfermagem, as variáveis grau de proximidade, tempo de interação e número de interações com a mesma enfermeira funcionam como reguladores da interação entre mulher migrante-enfermeira.

O código "Interagindo" torna mais explícita a importância de uma continuidade de cuidados com a mesma enfermeira, sendo revelada por: conhecer melhor, criar uma ligação, estar habituada, sentir-me à vontade ou familiarizar-me com as pessoas que cuidam de nós, dizendo esta participante:

"Acho que não deveria ser assim... acho que deveria ser sempre a mesma pessoa... Preciso de ter confiança... e conhecer melhor" (P16).

O mesmo código, mostra como a experiência ou a informação sobre os assuntos da maternidade, adquiridos pela mulher migrante no seu percurso de vida, podem condicionar a confiança nas prescrições ou orientações da enfermeira, dizendo esta participante durante o pós-parto:

"A enfermeira [que realiza a vigilância da saúde infantil e comparando com a confiança adquirida com a enfermeira que realizou a vigilância pré-natal] também, no início, eu fiquei meio assim, porque toda a mãe sabe que tem que fazer, aquela coisa de pegar na bebé, e eu fiquei meio assim, mas hoje em dia já confio, você vai criando um certo laço..." (P7).

"Interagindo", distingue a iniciativa da enfermeira orientada pela experiência profissional, revelando-se como uma atitude que estimula a partilha, o esclarecimento ou procura de ajuda para a implementação de comportamentos saúde mais ajustados. "Sentindo-se reconhecida", um código representativo de uma das propriedades da

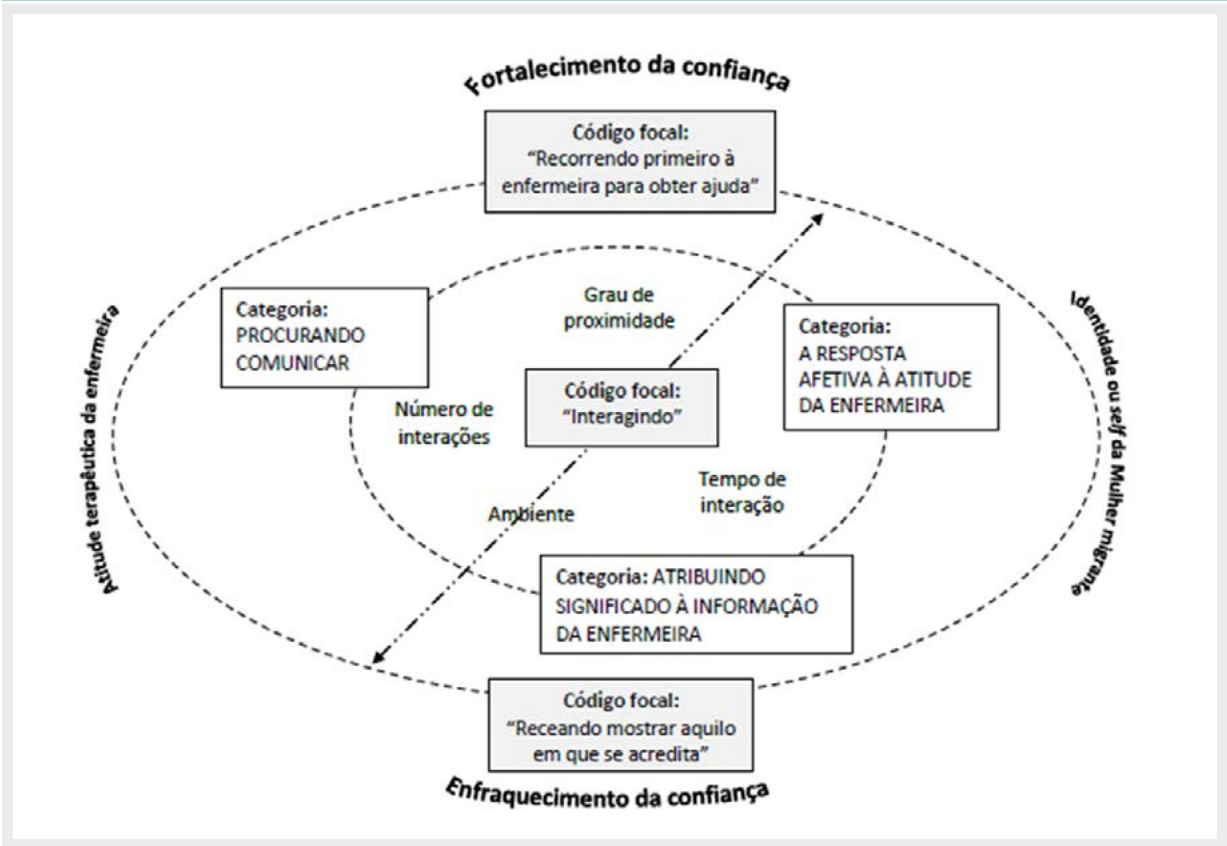
categoria A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA quando relacionado com "Interagindo" com a enfermeira, sugeriu a presença de confiança para a partilha de uma decisão pouco refletida, revelando a participante:

"Eu não queria ter este filho... porque agora está muito difícil... Eu estava de duas semanas, era pouco. Depois ela [enfermeira] disse: 'vai lá falar com o teu marido... a outra já vai fazer quatro anos e enquanto segura isso, passa rápido, é um instante'... Então eu fui para casa, pensei naquilo e pensei se calhar eu vou querer mais um porque eu estava à procura de um menino, porque eu nunca fiz aborto... E volto a falar com ela porque ela disse para voltar e falar com ela... Sim, e ela falou comigo e deu-me coragem..." (P20).

As oscilações entre o polo do fortalecimento da confiança e o polo do enfraquecimento da confiança, dependem diretamente da Atitude terapêutica da enfermeira, da Identidade ou *self* da mulher migrante e das ações e reações de ambas quando interagem. Assim, sugere-se que a confiança é fortalecida quando a mulher migrante confia, acredita e prevê as ações de ajuda da enfermeira, especialmente, quando orientadas por um suporte afetivo, determinando o código "Recorrendo primeiro à enfermeira para obter ajuda". Numa orientação inversa, a confiança pode ser enfraquecida, se associada a inseguranças em relação às ações da enfermeira, podendo esta resultar de experiências anteriores com a mesma enfermeira ou por se transferir essas inseguranças para futuras experiências semelhantes, demarcando o código "Receando mostrar aquilo em que se acredita". Neste código, evidenciam-se práticas de cuidados adquiridas no país de origem, em que se acredita na sua eficácia e que se utilizam, em simultaneidade, com os cuidados aconselhados pela enfermeira ou

FIGURA 1

CATEGORIA CENTRAL: CONSTRUINDO A CONFIANÇA



profissionais de saúde, mas que se opta por não partilhar ou divulgar, mantendo-as restritas ao meio familiar, como se expõe: "Não, isso fica mais para mim..." [respondendo à questão colocada: Pensando que ainda usa muito os seus hábitos de lá, e faz bem porque se sente mais segura, consegue comunicar essas coisas com a enfermeira?] (P8). Código que é representativo de mitos culturais que se sobrepõem aos cuidados de saúde prescritos pelos profissionais de saúde, nomeadamente, quando surgem intercorrências durante a gravidez, gera-se o descrédito, a falta de confiança ou não adesão aos cuidados de saúde, como se pôde perceber neste testemunho: "Na cultura de São Tomé, lá acreditam em coisas sobrenaturais...e

se geralmente corre bem para as outras pessoas, para elas é que é mau... então tentam fugir um pouco ao sistema... têm receio de mostrar aquilo em que acreditam realmente. Então, ficam fechadas e vão seguindo aquilo em que acreditam." (P3). No polo do fortalecimento da confiança, "Recorrendo primeiro à enfermeira para obter ajuda" sugere que o grau de confiança adquirido com uma enfermeira, faz com que seja a ela a quem se recorre primeiro quando surgem problemas ou dúvidas relacionadas com a saúde e bem-estar materno-fetal, ou quando se necessita de apoio ou aconselhamento, como se exemplifica no seguinte testemunho: "Primeiro fui falar com uma enfermeira por causa dos rins, e a enfermeira disse 'então passo para

o médico, ele vai dar papéis para a segurança social e ele vai explicar tudo. Então fui ao médico(a), e ela já sabia das coisas porque a enfermeira já tinha explicado o que era..." (P1). Por fim, considera-se importante referir que, no processo dinâmico de construção da confiança, foram surgindo níveis intermédios no ato de se criar a confiança com a enfermeira e que se aproximavam mais de um ou de outro pólo. Figura 1. Categoria central: CONSTRUINDO A CONFIANÇA

DISCUSSÃO

No percurso analítico da interação entre a mulher migrante e a enfermeira, durante a vigilância pré-natal ao pós-parto e com enfoque na perspectiva da cliente recebedora >

de cuidados de saúde, os construtos inerentes à categoria central **CONSTRUINDO A CONFIANÇA**, refletem as experiências de processos de transição das mulheres migrantes, com formas de gerir a adaptação à nova sociedade e maternidade, em congruência com aquilo em que se acredita e se sente necessidade de adquirir⁽¹⁵⁾, indo ao encontro dos resultados de outros estudos^(10,13,19). Aspetos que se tornaram essenciais na caracterização dos significados atribuídos pelas mulheres migrantes às intervenções de enfermagem implementadas.

Tendo em vista cuidados de enfermagem em saúde materna centrados na cliente migrante, onde se concilia a relação de ajuda, o conhecimento e formas de atuação em pareceria com a gestante/mãe (respeitando as suas capacidades para a aquisição de competências para a consecução do papel maternal⁽¹⁵⁾) destacam-se no estudo: - "Sentindo-se reconhecida [pela enfermeira]", consequente das ações implementadas pela enfermeira e pela mulher migrante durante o processo de interação estabelecido. Um achado que corrobora com a evidência científica, ao mostrar necessidade de cuidados de saúde materna culturalmente sensíveis⁽¹⁰⁾ e sugere que, conhecimentos sobre cuidados congruentes com as diferenças culturais e processos de transição, ao serem utilizados como base dos cuidados de enfermagem em saúde materna, viabilizam ganhos sensíveis a nível dos resultados de assistência a clientes migrantes; - "Explicando com simplicidade", entendida como uma qualidade da comunicação intercultural, demonstrada pelo modo claro e simples de se transmitir a informação/aconselhamentos, ou de se esclarecer/complementar infor-

mação recebida por outros profissionais ou fontes, incute o conforto e o bem-estar da mulher migrante, bem como a confiança nos cuidados de enfermagem recebidos. Um modo de comunicar que promove a compreensão da informação pela mulher migrante, especialmente, quando existe a barreira da língua, a utilização de termos médicos que não são comuns em outras sociedades ou quando os valores culturais que orientam os comportamentos sociais divergem. ⁽¹⁰⁾ E, ainda, como revela a literatura, a informação e os cuidados de enfermagem prestados ao longo da gravidez e durante o primeiro ano após o parto, podem ter resultados de saúde positivos, a longo prazo, tanto para a mãe como para a criança.⁽²⁰⁾

Em sentido oposto, as ações de enfermagem que não envolvam a mulher migrante e a falta de informação podem aumentar a sua vulnerabilidade, gerar insegurança ou uma má interpretação do ato de enfermagem, com consequências negativas na aquisição de competências maternas para o exercício da maternidade; - "Obtendo resposta", reflete sentimentos de segurança e confiança para o esclarecimento ou obtenção de informação junto da enfermeira. Uma consequência positiva da conjugação entre a Atitude terapêutica da enfermeira e a Identidade ou *self* da mulher migrante durante as interações estabelecidas que caminha no sentido do fortalecimento da confiança entre mulher migrante-enfermeira.

CONCLUSÃO

Investigando os significados atribuídos pelas mulheres migrantes às intervenções de enfermagem implementadas durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, os

resultados do estudo permitiram concluir que, o desenvolvimento de uma relação de confiança emergiu como componente essencial dos cuidados maternos à mulher migrante.

A categoria central CONSTRUINDO A CONFIANÇA, sugere como favorecedor da adesão aos comportamentos de saúde ajustados às necessidades individuais da mulher migrante durante a experiência da maternidade, quando a enfermeira utiliza as suas competências e habilidades profissionais para ajudar a mulher migrante a adquirir confiança, expor as suas emoções, inseguranças e diferentes necessidades.

Como resposta a estes comportamentos, a mulher migrante expressa os significados que atribui aos cuidados de saúde materna: "Sentindo-se reconhecida", evidenciando-se a sensibilidade para as diferenças culturais e experiências de transição; "Explicando com simplicidade", pela clareza, simplicidade e sentido prático justificado; "Obtendo resposta" da enfermeira, que atua de acordo com as necessidades expostas pela cliente, promovendo a autonomia, a confiança e a satisfação. Os resultados do estudo, ao mostrarem a perspetiva da cliente migrante sobre os cuidados recebidos, destacam aspetos que poderão contribuir para o conhecimento e indicadores de qualidade de cuidados de saúde materna. Mais precisamente, sugerem que a confiança construída entre mulher migrante e o enfermeiro é favorecedora da introdução de novas práticas ou melhoria das já implementadas, visando o aumento dos níveis de satisfação e bem-estar da cliente, da otimização do potencial da sua saúde e da prevenção de complicações materno-fetais. ▴



Referências

1. IOM, UN Migration [sede Web]. Migration With Dignity (#WithDignity). 2018. World Migration Report 2018 [citado 2019 janeiro 21]. Disponível em: <https://www.iom.int/migrantsday>
2. IOM. World Migration Report 2018 [Internet]. 2017. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: www.iom.int
3. PORDATA [Internet]. População residente em % da população da UE28 - [citado 2019 janeiro 10]. PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Disponível em: <https://www.pordata.pt>
4. Oliveira (coord.) CR, Gomes N. Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2018 (Imigração em Números - Relatórios Anuais 3) [Internet]. 2018. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: <https://www.om.acm.gov.pt>
5. Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015 [sede Web]. Plano Estratégico para as Migrações (2015-2020). 2015 março 20. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/66807913>
6. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF). Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo 2017. [Internet]. 2018 junho. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2017.pdf>
7. PORDATA [Internet]. Taxa bruta de natalidade em Portugal - [citado 2019 julho 7]. INE,PORDATA. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527pordata.pt>
8. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF). Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo 2018. [Internet]. 2019 junho. [citado 2019 julho 25]. Disponível em: <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2018.pdf>
9. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde 2018. [Internet]. 2018. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
10. Keygnaert I, Ivanova O, Guieu A, Van Parys A-S, Leye E, Roelens K. What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region. [Internet]. 2016. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: www.euro.who.int
11. United Nations Population Fund (UNFPA) [sede Web]. State of World Population 2006. A Passage to Hope: Women and International Migration. UNFPA. 2006. [citado 2019 julho 25]. Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sowp06-en.pdf>
12. Ramos MN. Migração, Maternidade e Saúde. Repertório. 2012; 18(1):84-3.
13. Santiago C, Figueiredo MH. Immigrant women's perspective on prenatal and postpartum care: Systematic review [Internet]. 2013 September 20. [citado 2019 janeiro 10]; [9 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/24052479>
14. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission. En: Meleis AI (Ed.). Transiotins theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York:Springer Publishing Company, LLC; 2010. p. 65-2.
15. Mercer R. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. En: Meleis AI (Ed.). Transiotins theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York:Springer Publishing Company, LLC; 2010. p. 94-04.
16. Streubert HJ. A Condução da Investigação Qualitativa: Elementos comuns essenciais. En: Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação Qualitativa Em Enfermagem. Avançando o Imperativo humanista. Loures: Lusodidacta; 2013. p. 19-33.
17. Charmaz K. Constructing Grounded Theory. Califórnia: Sage; 2014. 379p.
18. Carpenter DR. Método de grounded theory. En: Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista. Loures: Lusodidacta; 2013. p. 129-39.
19. Dias SMF, Rocha CF, Horta (Col.) R. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo [Internet]. 2009. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos/OI_32.pdf.
20. Meleis AI. Immigrant Transitions and Health Care: An Action Plan. En: Meleis AI (Ed.). Transiotins theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York:Springer Publishing Company, LLC; 2010. p.241-42.