

Satisfação das mulheres imigrantes com a assistência ao parto no Brasil

Immigrant women's satisfaction with childbirth care in Brazil

Satisfacción de las mujeres inmigrantes con la atención durante el parto en Brasil

Pamela Panas dos Santos Oliveira¹ ; Adriana Valongo Zani¹ ; Catia Campaner Ferrarri Bernardy¹ ;
Emily Marques Alves¹ ; Milena Passarelli Cortez¹ ; Sebastião Caldeira¹ ; Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto¹ 

¹Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil; ²Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu, PR, Brasil

RESUMO

Objetivo: avaliar a satisfação de mulheres imigrantes acerca da assistência ao parto no Brasil. **Método:** estudo qualitativo, sob o referencial teórico de Donabedian. Foram realizadas entrevistas com 14 mulheres imigrantes, submetidas à análise Discurso do Sujeito Coletivo. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** obteve-se cinco ideias centrais agrupadas em dois temas. O tema 1, satisfação com o atendimento dos serviços de saúde, teve como ideias centrais: práticas baseadas em evidências científicas e o papel da equipe de saúde; comparação entre vivências anteriores em outros países; e acolhimento e garantia da assistência em saúde à mulher imigrante. O tema 2, insatisfações durante o processo de nascimento, teve como ideias centrais: descontentamentos em relação às intervenções; e espaço físico inadequado. **Considerações finais:** as mulheres mostraram-se satisfeitas com alguns aspectos do nascimento, porém, pontuaram fragilidades importantes que apresentam impacto na qualidade da assistência obstétrica.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Maternidades; Qualidade da Assistência à Saúde; Satisfação do Paciente; Emigração e Imigração.

ABSTRACT

Objective: to evaluate immigrant women's satisfaction with childbirth care in Brazil. **Method:** this qualitative study was guided by Donabedian's theoretical framework. Interviews were conducted with 14 immigrant women, and their statements were analyzed using the Collective Subject Discourse method. The research protocol was approved by the Research Ethics Committee.

Results: five core ideas were identified and grouped into two themes. Theme 1, satisfaction with healthcare services, included the following core ideas: evidence-based practices and the role of the healthcare team; comparisons to previous experiences in other countries; the assurance of respectful reception and accessible healthcare for immigrant women. Theme 2, dissatisfaction during childbirth, included the following core ideas: dissatisfaction with medical interventions and inadequate infrastructure. **Final considerations:** the women expressed satisfaction with certain aspects of the childbirth experience; however, they also identified significant shortcomings that impact the quality of obstetric care.

Descriptors: Obstetric Nursing; Hospitals, Maternity; Quality of Health Care; Patient Satisfaction; Emigration and Immigration.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la satisfacción de las mujeres inmigrantes con respecto a la atención durante el parto en Brasil. **Método:** estudio cualitativo, basado en el marco teórico de Donabedian. Se realizaron entrevistas a 14 mujeres inmigrantes, sometidas al análisis del Discurso del Sujeto Colectivo. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación.

Resultados: se obtuvieron cinco ideas centrales, agrupadas en dos temas. El tema 1, satisfacción con la atención de los servicios de salud, tuvo como ejes centrales: prácticas basadas en evidencia científica y el rol del equipo de salud; comparación con experiencias previas en otros países; y acogida y garantías de atención sanitaria a las mujeres inmigrantes. El tema 2, insatisfacción durante el proceso de parto, tuvo como ideas centrales: insatisfacción con relación a las intervenciones; y espacio físico inadecuado. **Consideraciones finales:** las mujeres se mostraron satisfechas con algunos aspectos del parto, sin embargo, resaltaron debilidades importantes que impactan en la calidad de la atención obstétrica.

Descritores: Enfermería Obstétrica; Maternidades; Calidad de la Atención de Salud; Satisfacción del Paciente; Emigración e Inmigración.

INTRODUÇÃO

A experiência da parturição representa para mulher um momento muito significativo, envolvendo aspectos físicos, emocionais e psicológicos. Por isso, a parturiente deve ser vista pelos profissionais de saúde como protagonista desse processo profundo de conexão com seu bebê, ao passo que os serviços de saúde devem oferecer uma assistência humanizada e centrada nas suas necessidades¹.

Nesse sentido, os aspectos culturais também devem ser levados em consideração no momento do nascimento, pois a gravidez e o nascimento são carregados de costumes e valores que tem significados para as mulheres. Assim, é fundamental reconhecer e respeitar a diversidade cultural e oferecer cuidados qualificados, baseados em evidências científicas, a fim de assegurar a autonomia e promover uma experiência satisfatória a cada parturiente^{2,3}.

O fenômeno migratório vem crescendo em diversos países, principalmente, por questões relativas aos desastres ambientais e às crises políticas e econômicas⁴. Após as restrições para entrada de imigrantes nos Estados Unidos e na França, o Brasil se tornou um refúgio para muitos imigrantes nos últimos anos. Além disso, a nova política migratória brasileira garante aos imigrantes uma expansão de direitos, tornando mais atraente a proposta de viver no país. Segundo dados do Observatório das Migrações Internacionais, observou-se que entre os anos de 2011 e 2019 cerca de 1.085.673 imigrantes foram registrados no Brasil, sendo principalmente pessoas da América Latina, com destaque para haitianos e venezuelanos⁵.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) de forma universal, inclusive aos migrantes e refugiados. Porém, diferenças culturais, dificuldades de comunicação, falta de documentação, racismo e xenofobia são aspectos que comprometem o acesso à saúde da população imigrante no Brasil⁶.

Diante desse contexto, é imprescindível compreender a vivência da mulher imigrante durante o nascimento do filho no Brasil, para identificar as satisfações e necessidades dessa população imigrante, buscando a implementação de estratégias para uma assistência de qualidade, pautada em preceitos éticos, culturais e morais.

Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação de mulheres imigrantes acerca da assistência ao parto no Brasil.

REFERENCIAL TEÓRICO

Tem-se como referencial teórico os fundamentos de Avedis Donabedian, que avalia a qualidade da assistência em saúde com base nos elementos: estrutura, processo e resultado⁸.

Para avaliação da chamada "tríade de Donabedian", é importante atentar para os diferentes aspectos de cada item. No que tange a estrutura, avalia-se o espaço físico, recursos humanos, equipamentos disponíveis, sistemas de informação e elementos organizacionais do serviço de saúde que impactam na qualidade da assistência. Já em relação ao processo, consideram-se todas as atividades e interações do serviço de saúde com o usuário, incluindo a comunicação, as práticas clínicas e a adesão a protocolos e diretrizes. Por fim, o resultado é avaliado por meio da avaliação clínica, que envolve aspectos de melhorias na saúde do usuário, e da avaliação não clínica, perpassando pela satisfação do usuário frente à assistência recebida. Um elemento sempre tem impacto sobre o outro, ou seja, a qualidade da estrutura influencia no processo, que tem impacto nos resultados⁸.

Os sete pilares da qualidade, propostos por Avedis Donabedian, são elementos essenciais para a avaliação e a melhoria contínua dos serviços de saúde. Esses pilares oferecem uma base para entender e aprimorar a qualidade do cuidado, considerando não apenas os resultados clínicos, mas também a experiência do paciente e a eficiência do sistema de saúde⁹.

O primeiro pilar é a eficácia, que se refere à capacidade dos serviços de saúde de alcançar os resultados desejados, tendo em vista os avanços científicos e tecnológicos disponíveis e as intervenções comprovadamente benéficas para os pacientes. O segundo pilar é a efetividade, que trata da aplicação prática da eficácia no contexto real, considerando as condições e limitações do serviço de saúde e dos pacientes, com o objetivo de alcançar os melhores resultados possíveis, frente às restrições e aos recursos disponíveis. Já a eficiência, vista como o terceiro pilar, se relaciona com o uso racional e econômico dos recursos, visando maximizar os benefícios obtidos com o menor custo possível, sem comprometer a qualidade do cuidado. O quarto pilar, a otimização refere-se a encontrar o melhor equilíbrio entre a qualidade do cuidado, os custos e os resultados, buscando a máxima eficiência e efetividade na prestação de serviços de saúde. A aceitabilidade refere-se ao quinto pilar, o qual perpassa pela conformidade dos serviços de saúde às expectativas e aos valores dos pacientes, abrangendo fatores como acessibilidade, respeito à dignidade, à privacidade e à participação ativa dos pacientes nos cuidados, visando sempre uma experiência positiva para quem recebe o atendimento. O sexto pilar é a legitimidade, que se associa com a conformidade dos serviços de saúde às normas, aos regulamentos e aos padrões éticos. Por fim, o sétimo pilar consiste na equidade, que assegura o acesso igualitário de todos aos serviços de saúde, sem discriminação, envolvendo a distribuição justa de recursos e cuidados, levando em conta as necessidades específicas dos diferentes grupos populacionais e garantindo que todos os pacientes recebam o atendimento adequado à sua situação⁹.

Esses sete pilares fornecem uma estrutura robusta para avaliar a qualidade no cuidado em saúde, com o intuito de proporcionar um atendimento centrado no paciente, ao permitir adaptações dos princípios gerais à realidade de cada indivíduo, ajustando as intervenções não apenas para promover a saúde, mas também para respeitar a individualidade de cada paciente. Essa abordagem personalizada maximiza os benefícios do cuidado, tornando-o mais eficaz na promoção da saúde, ao mesmo tempo em que assegura que o paciente tenha uma experiência qualificada e humanizada nos serviços de saúde^{8,9}.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, conduzido com o guia de verificação *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research - COREQ*⁷.

O estudo foi realizado em três maternidades da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo duas de baixo risco e uma referência para o alto risco gestacional, localizadas na região sul do Brasil. Uma das maternidades de baixo risco possui nove leitos de alojamento conjunto e três leitos PPP (pré-parto, parto e puerpério), a outra conta com 11 leitos de alojamento conjunto e três leitos PPP (pré-parto, parto e puerpério). Já a maternidade de referência dispõe de 17 leitos para alojamento conjunto e três leitos PPP (pré-parto, parto e puerpério), no período da coleta de dados. Porém, recentemente, essa última instituição assumiu novas instalações, ampliando o número de leitos para 30 de alojamento conjunto e nove PPP (pré-parto, parto e puerpério). Cabe esclarecer que as três unidades estudadas têm enfermeiras obstetras em seu quadro de recursos humanos.

As participantes deste estudo foram mulheres imigrantes, que estavam no período do puerpério imediato e se encontravam em internação hospitalar. Foram incluídas as imigrantes que tiveram o nascimento dos filhos nas referidas maternidades e realizaram acompanhamento da gestação e do parto no norte do Paraná. Foram excluídas mulheres que apresentassem dificuldades de comunicação.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a dezembro de 2023, iniciando com a captação das participantes, de forma consecutiva e por conveniência, realizada à medida que as mulheres imigrantes acessaram os serviços de saúde investigados, tendo como classificação principal a ocorrência de nascimento recente de seus filhos nesses locais. Com o intuito de facilitar a comunicação, utilizou-se um grupo no *WhatsApp*[®] formado por uma das pesquisadoras e com a participação das enfermeiras das maternidades, no qual acontecia a comunicação sobre a existência de mulheres imigrantes na instituição.

A partir daí, a pesquisadora comparecia na unidade para a abordagem presencial das possíveis participantes, com o subsequente convite à participação na pesquisa, após esclarecimentos. Mediante o aceite, elas preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, no caso de menores de idade, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, valendo-se de um roteiro semiestruturado contendo duas seções: a primeira referente à caracterização sociodemográfica das mulheres imigrantes e a segunda relacionada às questões norteadoras do objeto do estudo que foram: “*Fale-me como você se sentiu quando a equipe informou qual seria a sua via de nascimento?*” “*Conte-me como foi seu parto*”.

As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, para garantir a privacidade, e conduzidas por uma enfermeira obstetra, que não presta cuidados nos serviços de saúde, e possuía experiência na referida técnica. A maioria aconteceu na presença dessa pesquisadora e da mulher, sendo que três não falavam ou compreendiam bem a língua portuguesa e, por isso, estavam acompanhadas pelo companheiro (que possuía domínio do idioma), o que facilitou a comunicação, contudo, não interferiu no conteúdo relatado durante a coleta de dados.

Destaca-se que todas as entrevistas foram gravadas, em aparelho celular, e tiveram duração média de 38 minutos. Ao término, a mulher ouviu a gravação e, caso achasse necessário, foi garantido o direito de alterar as informações. Após a transcrição do conteúdo das entrevistas, realizou-se correção das falas das participantes quanto à norma culta da língua portuguesa, não modificando o sentido das falas.

É importante ressaltar que foi realizado teste piloto com três mulheres, as quais não foram incluídas no estudo, tendo em vista a necessidade de pequenos ajustes nas perguntas. Para o encerramento da coleta dos dados, considerou-se a saturação teórica como o momento que ocorreu a repetição ou redundância frente ao objeto de estudo¹⁰.

Para análise dos dados, foi adotado o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹¹, iniciando com leituras repetidas de cada discurso, a fim de se apropriar dos mesmos e identificar as expressões-chave (E-ch) e, em seguida, as ideias centrais (IC). Para a formulação do DSC, foram agrupadas as E-ch de maneira que formassem um discurso coerente. Para tanto, foram adotados conectores com o intuito de dar sentido ao DSC, sem que isso alterasse a estrutura da frase elaborada pela participante.

Este estudo integra um amplo projeto de pesquisa intitulado “*Representações de mulheres imigrantes sobre a assistência obstétrica no norte do Paraná*”, com protocolo de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa. Respeitou-se os princípios éticos que regem as pesquisas com seres humanos e o anonimato foi assegurado por meio das letras “MI”, relativas à mulher imigrante, seguida do número da participação, como forma de evitar a identificação das participantes.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 14 mulheres imigrantes, sendo que quatro foram atendidas no hospital terciário e dez foram atendidas nas maternidades de baixo risco gestacional. Não foram incluídas cinco mulheres com partos ocorridos fora do ambiente hospitalar, duas por dificuldade de comunicação, que não compreendiam o idioma português e estavam sem acompanhante no momento da entrevista, e duas por recusa.

Entre as participantes, oito são de nacionalidade venezuelana, cinco haitianas e uma cubana, com idade variando entre 13 e 40 anos. Destas, oito residem no Brasil há mais de dois anos, sendo que nove já residem no estado do Paraná há mais de um ano. A maior parte das participantes apresentou oito anos ou mais de estudo e referiu ter um companheiro fixo (n=13). Em relação à ocupação e à renda familiar, oito mulheres exercem trabalho remunerado, sendo as funções de auxiliar de produção, auxiliar de cozinha e vendedora autônoma, apresentando uma renda familiar de dois a quatro salários-mínimos.

Sobre o histórico obstétrico, dez participantes tiveram duas ou mais gestações anteriores, sendo que sete já haviam vivenciado o parto vaginal anteriormente, e quatro estavam vivenciando o nascimento pela primeira vez. Quanto ao desfecho da atual gestação, oito mulheres evoluíram para parto vaginal e as demais foram submetidas a via de nascimento cirúrgica, com as seguintes justificativas descritas em prontuário: sofrimento fetal, iteratividade, desproporção cefalopélvica e falha de indução, sendo que apenas um caso não havia registro.

Do processo analítico, emergiram IC que foram agrupadas para construção do DSC e, ao fim da análise, identificou-se em dois temas. O primeiro, "Satisfação com o atendimento dos serviços de saúde", abarcou a "IC 1- Práticas baseadas em evidências científicas e o papel da equipe de saúde", a "IC 2 - Comparação com vivências anteriores em outros países"; e a "IC 3 - Acolhimento e garantia da assistência à saúde da mulher imigrante". Já o segundo, "Insatisfações durante o processo de parturição e nascimento", envolveu a "IC 4 - Descontentamentos em relação às intervenções" e a "IC 5 - Infraestrutura inadequada".

Tema 1: Satisfação com o atendimento dos serviços de saúde

IC 1– Práticas baseadas em evidências científicas e o papel da equipe de saúde

As participantes tiveram percepções positivas em relação ao cuidado recebido nas maternidades durante o nascimento de seus filhos. Ressaltaram uma equipe de saúde atenciosa, que lhes ofereceram orientações e apoio, inclusive com comunicação em língua nativa.

DSC 1 - Foi bem diferente! Fiquei na bola e na banheira, para relaxar o corpo. O chuveiro ajudou bastante! Ajuda na dor, ajuda o bebê a descer... depois, fui sentar naquele outro negócio. Ele nasceu bem rápido. Gostei bastante do atendimento! Foi muito bom, tudo tranquilo... Deu tudo certo, graças a Deus!(MI2, MI4, MI5, MI7)

DSC 2 - A equipe que atendeu meu parto foi ótima em tudo, muito atenciosa. As enfermeiras foram carinhosas porque, a cada 15 minutos, perguntavam se estava tudo bem comigo e o bebê. Da ajuda, elas não me deixaram sozinha em nenhum momento. A doutora me ofereceu a bola. Eles me explicaram muito. Falaram que seria tranquilo. A doutora falava espanhol. Conversou comigo. Eu senti mais confiança! Gostei do atendimento. Cuidaram bem. Falaram bem comigo. Ficou tudo bem. (MI1, MI2, MI3, MI4, MI5, MI6, MI7, MI9, MI10)

IC 2 - Comparação com vivências anteriores em outros países

Algumas mulheres já haviam vivenciado outras gestações em seus países de origem. Dessa forma, em seus relatos, foi perceptível a comparação da assistência brasileira com a de outros países. Foi possível identificar que algumas práticas obstétricas, como a presença do acompanhante durante o parto, os cuidados em relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor e a liberdade de posição, foram pontos positivos na experiência de vivenciar o parto e o nascimento no Brasil.

DSC 3 - Tudo é diferente! Fiquei na bola e na banheira... Aqui, o bebê nasceu no chuveiro. Teve acompanhante. O pessoal foi atencioso! No meu país não tinha isso. Gostei bastante do atendimento! (MI2, MI3, MI4, MI8).

DSC 4 – Foi muito bom! Muito rápido. A minha cesárea anterior foi no meu país. Durou muito tempo. Foi muito ruim! O atendimento aqui é muito bom, diferente de lá, que está com pouco recurso agora. (MI11, MI12, MI13)

IC 3- Acolhimento e garantia da assistência à saúde da mulher imigrante

As imigrantes tiveram percepções positivas em relação ao acolhimento e ao respeito recebido durante o atendimento nos serviços de saúde brasileiros. Algumas mulheres expressaram sentimento de satisfação por não sofrerem preconceitos e discriminação.

DSC 5 - Me tratam muito bem. Aqui, nós somos mais acolhidos! Não tem esse negócio que eu sou estrangeira e me tratam diferente. Não tem isso. Nos outros países, têm mais discriminação. Eu me senti uma brasileira. Sem preconceito nenhum. Estou muito feliz! (MI1, MI4, MI7, MI10)

DSC 6 - Me trataram com muito carinho e muito respeito. O pessoal foi atencioso. Não me deixaram sozinha, conversaram comigo o tempo todo. O Brasil está ajudando muito! Acolhendo a gente. Diferente de outros países que fazem discriminação. (MI1, MI2, MI3, MI5, MI7)

Tema 2: Insatisfação durante o processo de parturição e nascimento

IC 4 - Descontentamentos em relação às intervenções

Para algumas mulheres, a experiência com a assistência obstétrica no Brasil foi considerada negativa, sendo que essas percepções se associaram com a dor decorrente de algumas intervenções, como a indução do parto e a realização de muitos toques vaginais. No caso das participantes que tinham a vivência anterior de um parto vaginal “natural”, essas questões foram distintivas e despertaram o sentimento de medo, acompanhado de sofrimento.

DSC 7 - Esse parto foi induzido. Demorou a dilatar. Ele foi mais doloroso. Fiquei com medo. O primeiro tinha sido naturalmente. Foi diferente! Contrações muito dolorosas! (MI2, MI3, MI4)

DSC 8 - Esse parto foi muito doloroso. Eu tentei muito ter a bebê de parto normal, só que eu não era de parto normal porque eu sofri muito. Quando fazia muito toque ou colocava para escutar o cardio (se refere à cardiotocografia), eu não aguentava mais. É uma coisa de sofrimento, isso, sabe? (MI4, MI8, MI14)

IC 5 - Infraestrutura inadequada

Algumas mulheres demonstraram insatisfação em relação à infraestrutura das maternidades, pontuando problemas de higiene inadequada e falta de acomodação para os acompanhantes.

DSC 09 - A estrutura não está boa. Muito suja! Muito pó. Meu marido, que era meu acompanhante, chegou e não tinha cadeira para ele. Ele dormiu no carro porque não tinha cadeira. Muito difícil! (MI6, MI8, MI9, MI10)

DISCUSSÃO

Os discursos das mulheres imigrantes revelam a satisfação com a assistência obstétrica recebida no Brasil. Cabe esclarecer que a satisfação nessa perspectiva pode ser definida como a percepção pessoal positiva da assistência recebida no parto¹², porém esse conceito vai muito além por abarcar elementos relacionados com: a acessibilidade, o ambiente físico, a limpeza, a disponibilidade de medicamentos, suprimentos e recursos humanos, a privacidade, a confidencialidade, a presteza, o suporte emocional adequado, o tipo de parto, o contato pele a pele com o recém-nascido, o apoio contínuo durante o processo, os procedimentos executados e as informações recebidas durante o trabalho de parto¹²⁻¹⁴.

Sob a ótica de Donabedian, a satisfação está relacionada com a tríade estrutura, processo e resultado, como aspectos que interferem diretamente na qualidade do atendimento. Ressalta-se que a qualidade da estrutura influencia no processo do serviço de saúde, com impactos sobre os resultados⁷. Para auxiliar o serviço de saúde no oferecimento de uma assistência de excelência, têm-se os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade¹¹.

Nos achados do presente estudo, foi possível identificar alguns aspectos importantes em relação ao elemento processo da qualidade, tais como: a atenção dispensada pelos profissionais, a comunicação eficaz, o apoio emocional e a adoção de métodos não farmacológicos alívio da dor durante o período de trabalho de parto. Essas ações revelam o atendimento ao pilar eficácia, pois estão em consonância com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que recomendam a adoção de boas práticas baseadas em evidências científicas, com o objetivo de reduzir a realização de cesáreas desnecessárias, proporcionando uma assistência obstétrica qualificada e segura³.

Como um dos grandes desafios no atendimento aos imigrantes, destaca-se a comunicação, pois muitos apresentam dificuldades para aprender a língua portuguesa, ao passo que os profissionais de saúde não possuem fluência em outros idiomas, resultando em barreiras na compreensão e consideração dos desejos e preferências desse grupo populacional. Assim, são necessárias estratégias para superar os obstáculos no processo comunicativo, a fim de garantir o acesso aos serviços de saúde e à assistência, bem como auxiliar no entendimento das informações clínicas¹⁵. No caso desta pesquisa, nota-se que a eficiência e a efetividade no processo da assistência em saúde, visto que nenhuma mulher imigrante citou problemas comunicacionais na interação com os profissionais, inclusive, valorizaram o fato destes utilizarem conhecimentos em outra língua para assegurar uma comunicação clara e eficaz.

Conforme evidenciado nos discursos das participantes, o acolhimento, o vínculo e a presença são fundamentais na qualidade do atendimento e na progressão fisiológica do trabalho de parto. A relação do profissional de saúde com a parturiente deve ultrapassar a transmissão de informações clínicas, envolvendo também aspectos emocionais,

psicológicos que possibilitam a confiança mútua. Em um estudo realizado em maternidades públicas de Salvador, as mulheres relataram que a atenção no atendimento recebido, as palavras de incentivo, a presença do profissional lado a lado e o tratamento planejado de forma individual de acordo com as necessidades subjetivas geraram satisfação¹⁶.

No presente estudo, as mulheres imigrantes teceram considerações positivas em relação ao acolhimento nas maternidades, pois perceberam um atendimento livre de preconceitos e discriminação na assistência ao parto. Assim, evidencia-se que a equidade se fez presente nos serviços de saúde, porém, essa questão requer maiores discussões, visto que ainda estão presentes na sociedade brasileira, afetando de forma negativa muitas vidas. Ademais, considerando que o acolhimento é um dos parâmetros utilizados para mensurar satisfação do usuário, é necessário que os profissionais da saúde tenham competências para acolherem os usuários de forma humanizada¹⁷.

Embora o princípio da universalidade do SUS garanta o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros, a população imigrante está sendo contemplada dentro desse princípio. Dessa forma, todas as pessoas, sem qualquer tipo de discriminação tem direito aos serviços de saúde¹⁸, no entanto, é necessário sensibilizar e capacitar profissionais de saúde em todos os níveis de assistência do Brasil⁶.

A despeito disso, uma pesquisa, com mulheres negras e imigrantes no estado de Pernambuco e Rio de Janeiro, identificou relatos de discriminação vivenciadas em serviços de saúde, onde os profissionais tiveram falas preconceituosas em relação aos aspectos físicos e religiosos. Assim, evidenciou vivências de racismo obstétrico, que desumaniza a mulher e a deixa vulnerável às situações de violência obstétrica, pois a aversão à estética negra, estereótipo racista em relação à suposta predisposição biológica das mulheres negras de resistência à dor, e o racismo religioso marcaram a assistência ao parto de mulheres negras e imigrantes¹⁹. Contudo, no presente estudo, não houve relatos sobre vivências discriminatórias e racistas.

Em relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, cabe ressaltar que desempenham um papel valioso, pois trata-se de uma abordagem não medicalizada e eficaz para a redução da intensidade da dor, que oportuniza às mulheres um papel ativo e com mais autonomia durante o trabalho de parto²⁰. Nesse sentido, assim como evidenciado em outro estudo¹², as mulheres imigrantes referiram conforto com a utilização, resultando em experiências positivas com a parturição, reconhecendo a inexistência dos mesmos em seu país de origem. Essa particularidade observada nas maternidades, juntamente com os relatos de respeito à dignidade e à privacidade, é um exemplo do pilar legitimidade, visto que a adoção dessas práticas e as atitudes dos profissionais na assistência obstétrica se baseiam em recomendações de políticas públicas e diretrizes, bem como nos direitos humanos universais.

Apesar da maioria dos discursos das participantes revelarem a satisfação com a assistência ao parto no Brasil, houve narrativas negativas acerca do processo do serviço de saúde, expressas no uso de algumas intervenções clínicas vivenciadas e nas inadequações na infraestrutura percebidas durante a internação, as quais geraram insatisfações. Essas percepções condizem com a avaliação do usuário sobre o espaço físico, os equipamentos disponíveis, os recursos humanos e os sistemas de informação, sendo, portanto, elementos da estrutura⁷.

A maior parte das mulheres deste estudo evoluiu para o parto vaginal, mas houve descontentamentos com a experiência da indução do parto e a realização de inúmeros toques vaginais, sobretudo entre as participantes que tiveram partos anteriores em seus países de origem, as quais referiram medo e dor intensa, em comparação com a experiência atual.

Em consonância com os achados desta pesquisa, as evidências científicas apontam que o toque vaginal e o uso da ocitocina, se não realizados de modo racional, não promovem benefícios, podem ser considerados maléficos²¹ e caracterizar violência obstétrica. Esse fenômeno vem sendo discutido nos últimos anos, pois muitas práticas violam os direitos das mulheres no parto, no nascimento e no pós-parto, tais como: falta de informação e consentimento; Intervenções desnecessárias, como episiotomias, via de nascimento cirúrgica desnecessária e uso excessivo de medicamentos; comportamentos desrespeitosos, humilhantes ou discriminatórios por parte dos profissionais de saúde; negligência; e comunicação ineficaz. Nessa perspectiva, conforma-se uma assistência desumanizada que reproduz o ciclo de opressão às mulheres nos serviços de saúde²², sendo fundamental assegurar cuidados humanizados, livres de qualquer dano ou maus-tratos, para todas as mulheres, com respeito à dignidade, à privacidade e à confidencialidade, além de garantir a informação e apoio contínuo²³.

O modelo assistencial humanizado é uma abordagem que prioriza a segurança, o respeito e o protagonismo feminino, onde o parto vaginal é valorizado e o cuidado é centrado na mulher, com respeito às suas escolhas, evitando intervenções desnecessárias e práticas rotineiras ou potencialmente prejudiciais, como o uso indiscriminado de ocitocina sintética, episiotomias ou via de nascimento cirúrgica sem indicação³.

Um estudo realizado na Espanha, ao comparar o modelo de assistência ao parto humanizado com o modelo biomédico, observou-se inúmeras vantagens em relação ao primeiro, haja vista o maior percentual de início espontâneo, menor duração e utilização de métodos alternativos de alívio da dor no trabalho de parto, a maior

ocorrência de partos eutócicos, períneo íntegro e rupturas de grau I, bem como menores taxas de realização de episiotomias²⁴. Corroborando, uma investigação conduzida em uma maternidade pública do Uruguai, que avaliou os resultados da implementação do Programa de Humanização da Saúde Materna, evidenciou o aumento do incentivo ao parto vaginal, às posições não supinas durante o parto e ao contato pele a pele, assim como melhorias no manejo da integridade perineal²⁵.

Cabe esclarecer que a humanização dos serviços obstétricos também envolve aspectos relacionados com a ambiência, definida na saúde como o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve permear o cuidado acolhedor, resolutivo e humano²⁶. Assim, a adequação do espaço físico é um elemento importante na promoção da saúde e do bem-estar das parturientes e puérperas, no sentido de proporcionar um ambiente que garante privacidade, segurança, conforto, equipamentos necessários, com acomodação para o acompanhante, propiciando uma experiência positiva com o parto¹. Entretanto, constatou-se que algumas mulheres imigrantes se incomodaram com a higienização inadequada e a falta de acomodação para seus acompanhantes, o que interferiu na permanência integral destes durante a internação. Esses aspectos geraram insatisfações relativas à estrutura dos serviços, conforme identificado em outro estudo²⁷.

Limitações do estudo

Esse estudo teve como limitações a carência de produções científicas sobre a temática na perspectiva das mulheres imigrantes, o que impediu maiores comparações com os resultados encontrados. A limitação geográfica do campo de coleta de dados e as barreiras impostas pelo idioma limitam o potencial de geração de dados generalizáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram a satisfação das mulheres imigrantes com a assistência obstétrica recebida no Brasil. Observou-se a importância da humanização, do acolhimento ao público migrante, livre de preconceitos, da comunicação eficaz e da adoção das boas práticas no parto. Esses aspectos se referem ao processo dos serviços de saúde, que apresenta extrema importância para alcançar os pilares da qualidade, como eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Em contrapartida, também foram identificados aspectos negativos em relação à experiência vivenciada nos serviços de saúde por algumas mulheres, haja vista os descontentamentos em relação às intervenções realizadas e às inadequações no espaço físico. Assim, ressalta-se o impacto que a estrutura do serviço de saúde exerce sobre o processo de trabalho, influenciando nos resultados.

O presente estudo espera contribuir para avaliação e formulação de políticas públicas, considerando o aumento da população migrante no Brasil. Destaca-se que pesquisas sobre a satisfação com a assistência ao parto oferecem subsídios para a qualificação dos cuidados oferecidos às mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Gazar T N, Cordeiro GO, Souza JM. Womens' perceptions on the childbirth experience in a public maternity hospital in Bahia, Brazil. *Rev baiana saúde pública*. 2022 [cited 2023 Sep 19]; 45(1):36-53. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n1.a3480>.
2. Supimpa LS, Souza SRRK, Prandini NR, Andreatta D, Trigueiro TH, Paviani BA. Immigrant women's experience of labor and birth. *Rev esc enferm USP*. 2023 [cited 2023 Sep 19]; 57(spe):e20220444. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444en>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: versão preliminar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [cited 2023 Sep 23]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretriz_assistencia_parto_normal.pdf.
4. Souza JB, Heidemann ITSB, Pitilin EB, Bitencourt JVOV, Vendruscolo C, Brum CN. Social determinants of health of Haitian immigrant women: repercussions in facing COVID-19. *Rev. Eletr. Enferm*. 2020 [cited 2023 Sep 25]; 22:64362. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.64362>.
5. Cavalcanti L, Oliveira T, Macedo M. Relatório Anual 2021 – 2011-2020: uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. Série Migrações. Brasília (DF): Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral; 2021 [cited 2023 Oct 03]. Available from: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>.
6. Rocha ASPS, Cunha TR, Guiotoku S, Moysés ST. Acesso f Haitian migrants to public health: a bioethical issue. *Rev. Bioét*. 2020 [cited 2023 Oct 05]; 28(2):384-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282400>.
7. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021 [cited 2023 Oct 20]; 34:eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
8. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
9. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114:1115-9.
10. Ribeiro J, Souza FN, de, Lobão C. Editorial: saturação da análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados? *Rev. Pesq. Qual*. 2018 [cited 2023 Oct 05]; 6(10):iii-vii. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/213>.

11. Lefevre F, Lefevre AMC. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto-Contexto Enferm.* 2014 [cited 2023 Oct 07]; 23(2):502-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.
12. Gonçalves DS, Moura MAV, Pereira ALF, Queiroz ABA, Santos CA, Torquato HDM. Satisfaction and dissatisfaction with normal birth from the care quality attributes standpoint. *Rev enferm UERJ.* 2021 [cited 2023 Oct 06]; 29(1):e59021. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.59021>.
13. Nahae J, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Abbas-Alizadeh F, Martin CR, Martin CJH, Mighafourvand M, et al. Pre and during-labour predictors of low birth satisfaction among Iranian women: a prospective analytical study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 [cited 2023 Oct 22]; 20(1):408. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03105-5>.
14. Arrebola RN, Mahía LP, López SB, Castiñeira NL, Pillado TS, Díaz SP. Women's satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables. *Rev Esc Enferm USP.* 2021 [cited 2023 Nov 03]; 55:e:03720. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X202000603720>.
15. Duarte VF, Giuliani CD. Comunicação dos imigrantes haitianos: acesso a saúde no Brasil. *Revft.* 2023 [cited 2023 Nov 03]; 125. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8237345>.
16. Bomfim ANA, Couto TM, Lima KTRS, Almeida LTS, Santo GO, Santana AT. Women's perceptions about nursing care during normal birth. *Rev baiana enferm.* 2021 [cited 2023 Nov 03]; 35:e39087. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.39087>.
17. Vale HS, Rocha MR, Conceição HN, Lima GLB, Silva GPC, Silva BA, et al. Satisfaction of pregnant women attended in primary health care. *Enferm. Foco.* 2022 [cited 2023 Nov 11]; 13:e202247ESP1. DOI: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202247ESP1>.
18. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 2016 [cited 2023 Oct 30]. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
19. Lima KD, Lewis L, Lyra TM. The dark of colors, in the afro-descendant skin, heir of pain": dimensions of racism in the context of childbirth care. *Physis.* 2021 [cited 2023 Oct 30]; 31(1):e310119, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310119>.
20. Klein BE, Gouveia HG. Use of non-pharmacological pain relief methods in labor. *Cogitare Enferm.* 2022 [cited 2023 Nov 11]; 27:e80300. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300>.
21. Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático [Site de Internet] Genebra: OMS, 1996 [cited 2023 Nov 30]. Available from: <http://abenfo.redesindical.com.br/materias.php?subcategoriald=2&id=56&pagina=1&>.
22. Lima KD, Pimentel C, Lyra TM. Racial disparities: an analysis of obstetrical violence among Afro-Brazilian women. *Ciênc. saúde coletiva.* 2021 [cited 2023 Nov 16]; 26(3):4909-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>.
23. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization [Site de Internet]. Genebra: WHO, 2018 [cited 2023 Nov 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.
24. Conesa FMB, Camacho AM, Hernández SE, López MEM, Marín CE. Estudio descriptivo de los resultados obstétricos y neonatales en dos modelos de asistencia al parto en primíparas. *Enfermería.* 2022 [cited 2023 Nov 30]; 11(2):e2798. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2798>.
25. Bentancur GC, Riganti AA, Celio SN, Sosa S, Verges M. Humanización de los cuidados en salud, Maternidad Pública de Rocha, 2014-2016. *Rev. urug. enferm.* 2022 [cited 2023 Nov 18]; 17(2):e205. Available from: <https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1392873>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde. Dicas de Saúde [Site de Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2025 jun 02]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html.
27. Pinto KRTF, Zani AV, Bernardy CCF, Parada CMGL. Percepciones de la puérpera sobre la asistencia en el parto: un estudio descriptivo. *Online braz. j. nurs.* 2020 [cited 2023 Nov 30]; 19(4):1-11. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1151567>.

Contribuições dos autores:

Concepção, P.P.S.O. e K.R.T.F.P.; metodologia, P.P.S.O. e K.R.T.F.P.; validação, P.P.S.O. e K.R.T.F.P.; análise formal, P.P.S.O. e K.R.T.F.P.; investigação, P.P.S.O. e K.R.T.F.P.; curadoria de dados, P.P.S.O., E.M.A., M.P.C. e K.R.T.F.P.; redação, P.P.S.O. e K.R.T.F.P.; revisão e edição, P.P.S.O., A.V.Z., C.C.F.B., E.M.A., M.P.C., S.C. e K.R.T.F.P.; supervisão, A.V.Z., C.C.F.B., S.C. e K.R.T.F.P.; administração do projeto, A.V.Z., C.C.F.B., S.C., K.R.T.F.P. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão submetida do manuscrito.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

Os autores declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito "*Satisfação das mulheres imigrantes com a assistência ao parto no Brasil*".