

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

Satisfação das mulheres imigrantes com a assistência ao parto no Brasil

Immigrant women's satisfaction with childbirth care in Brazil

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

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.

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

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.

INTRODUCCIÓN

La experiencia del parto representa un momento muy significativo para la mujer, implica aspectos físicos, emocionales y psicológicos. Por ello, la mujer en trabajo de parto debe ser vista por los profesionales de la salud como protagonista de este profundo proceso de conexión con su bebé, mientras que los servicios de salud deben ofrecer una atención humanizada y centrada en sus necesidades¹.

En este sentido, es necesario considerar los aspectos culturales a la hora del parto, ya que el embarazo y el parto están cargados de costumbres y valores que tienen significado para la mujer. Por ello, es fundamental reconocer y respetar la diversidad cultural y ofrecer una atención calificada, basada en evidencia científica, con el fin de garantizar la autonomía y promover una experiencia satisfactoria para cada parturienta^{2,3}.

Autora de correspondencia: Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto. Correo electrónico: keli.tomeleri@uel.br
Editora en Jefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Científica: Juliana Amaral Prata

El fenómeno migratorio ha venido creciendo en varios países, principalmente por cuestiones relacionadas con desastres ambientales y crisis políticas y económicas⁴. Tras las restricciones al ingreso de inmigrantes a Estados Unidos y Francia, Brasil se ha convertido en un refugio para muchos inmigrantes en los últimos años. Además, la nueva política de inmigración de Brasil garantiza ampliación de derechos a los inmigrantes, lo que hace más atractiva la perspectiva de vivir en el país. Según datos del *Observatório das Migrações Internacionais*, se observó que entre 2011 y 2019 se registraron en Brasil aproximadamente 1.085.673 inmigrantes, principalmente personas procedentes de América Latina, con prevalencia de haitianos y venezolanos⁵.

La Constitución Federal de 1988 establece que la salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizando el acceso universal al Sistema Único de Salud (SUS), incluso para migrantes y refugiados. Sin embargo, factores como diferencias culturales, dificultades de comunicación, falta de documentación, racismo y xenofobia son aspectos que comprometen el acceso a la atención sanitaria de la población inmigrante en Brasil⁶.

En este contexto, es fundamental comprender la experiencia de las mujeres inmigrantes durante el nacimiento de su hijo en Brasil, para identificar las satisfacciones y necesidades de esa población inmigrante, buscando implementar estrategias de atención de calidad, basadas en preceptos éticos, culturales y morales.

Luego, el objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción de las mujeres inmigrantes con respecto a la atención durante el parto en Brasil.

MARCO TEÓRICO

Este estudio se basa en el marco teórico de Avedis Donabedian, quien evalúa la calidad de la atención sanitaria considerando tres elementos: estructura, proceso y resultado⁸.

Para evaluar la llamada “tríada donabediana”, es importante considerar los diferentes aspectos de cada elemento. Respecto a la estructura, se evalúa el espacio físico, los recursos humanos, los equipos disponibles, los sistemas de información y los elementos organizativos del servicio de salud que inciden en la calidad de la atención. En lo que se refiere al proceso, se consideran todas las actividades e interacciones del servicio de salud con el usuario, incluidas la comunicación, las prácticas clínicas y la adherencia a protocolos y guías. Finalmente, el resultado se evalúa a través de la evaluación clínica, que abarca aspectos de mejora de la salud del usuario, y la evaluación no clínica, que analiza la satisfacción del usuario con la asistencia recibida. Además, un elemento siempre impacta en el otro, es decir, la calidad de la estructura influye en el proceso, lo cual repercute en los resultados⁸.

Los siete pilares de la calidad, propuestos por Avedis Donabedian, son elementos esenciales para la evaluación y la mejora continua de los servicios de salud. Estos pilares proporcionan una base para comprender y mejorar la calidad de la atención, considerando no sólo los resultados clínicos sino también la experiencia del paciente y la eficiencia del sistema de salud⁹.

El primer pilar es la eficacia, que se refiere a la capacidad de los servicios de salud para lograr los resultados deseados, teniendo en cuenta los avances científicos y tecnológicos disponibles y las intervenciones que han demostrado ser beneficiosas para los pacientes. El segundo pilar es la efectividad, que trata de la aplicación práctica de la eficacia en un contexto del mundo real, considerando las condiciones y limitaciones del servicio de salud y de los pacientes, con el objetivo de lograr los mejores resultados posibles, dadas las restricciones y los recursos disponibles. La eficiencia, considerada como el tercer pilar, está relacionada con el uso racional y económico de los recursos e intenta maximizar los beneficios obtenidos al menor costo posible, sin comprometer la calidad de la atención. El cuarto pilar, la optimización, se refiere a encontrar el mejor equilibrio entre calidad de la atención, costos y resultados, buscando la máxima eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud. La aceptabilidad se refiere al quinto pilar, que implica la conformidad de los servicios de salud con las expectativas y valores de los pacientes y abarca factores como la accesibilidad, el respeto a la dignidad, la privacidad y la participación activa de los pacientes en la atención, con el objetivo de ofrecer siempre una experiencia positiva para quienes reciben la atención. El sexto pilar es la legitimidad, que está asociada al cumplimiento de los servicios de salud con las normas, regulaciones y estándares éticos. Finalmente, el séptimo pilar consiste en la equidad, que garantiza el acceso igualitario de todos a los servicios de salud, sin discriminación, e implica la distribución justa de los recursos y la atención, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los diferentes grupos de población, a fin de asegurar que todos los pacientes reciban una atención adecuada a su situación⁹.

Estos siete pilares proporcionan un marco sólido para evaluar la calidad de los cuidados en el ámbito de la salud, con el objetivo de brindar una atención centrada en el paciente, con adaptaciones de los principios generales a la realidad de cada individuo, ajustando las intervenciones no sólo para promover la salud, sino también para respetar la individualidad de cada paciente. Este enfoque personalizado maximiza los beneficios de la atención, pues la misma se hace más efectiva en la promoción de la salud, además de garantizar al paciente una experiencia calificada y humanizada en los servicios de salud^{8,9}.

MÉTODO

Estudio cualitativo, realizado utilizando la guía de verificación *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research- COREQ*⁷.

El estudio se realizó en tres maternidades de la red del Sistema Único de Salud (SUS), siendo dos de bajo riesgo y una de referencia para embarazos de alto riesgo, ubicadas en la región sur de Brasil. Una de las salas de maternidad de bajo riesgo posee nueve camas de alojamiento conjunto y tres camas PPP (preparto, parto y puerperio o postparto), la otra cuenta con 11 camas de alojamiento conjunto y tres camas PPP (preparto, parto y puerperio). La unidad de maternidad de referencia disponía de 17 camas para alojamiento compartido y tres camas PPP (preparto, parto y puerperio), durante el período de recolección de datos. Sin embargo, recientemente, esta última institución incorporó nuevas instalaciones, y amplió el número de camas a 30 de alojamiento conjunto y nueve PPP (preparto, parto y puerperio). Cabe aclarar que las tres unidades estudiadas cuentan con enfermeras obstétricas en su plantilla de recursos humanos.

Las participantes en este estudio fueron mujeres inmigrantes que se hallaban en el período de postparto inmediato y estaban hospitalizadas. Se incluyeron inmigrantes cuyos hijos hubiesen nacido en las maternidades mencionadas, con seguimiento durante el embarazo y el parto en el norte de Paraná. Se excluyeron las mujeres que presentaban dificultades de comunicación.

La recolección de datos se llevó a cabo de junio a diciembre de 2023 y se inició con el reclutamiento de participantes, de forma consecutiva y por conveniencia, realizado a medida que las mujeres inmigrantes accedían a los servicios de salud investigados, considerando en la clasificación principal la ocurrencia de nacimiento reciente de sus hijos en dichos lugares. Para facilitar la comunicación se utilizó un grupo de *WhatsApp*[®] formado por una de las investigadoras y con participación de enfermeras de maternidad, en el que se comunicó sobre la existencia de mujeres inmigrantes en la institución.

A partir de ese momento, la investigadora acudiría a la unidad para acercarse personalmente a las potenciales participantes, con la posterior invitación a participar de la investigación, previa aclaración. Al ser aceptadas, completaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (TCL, sigla en portugués) y, en el caso de menores de edad, el Formulario de Asentimiento Libre e Informado (TALE, sigla en portugués).

Los datos fueron recolectados mediante entrevistas individuales, mediante un guion semiestructurado que contenía dos apartados: el primero referente a la caracterización sociodemográfica de las mujeres inmigrantes y el segundo relacionado con las preguntas orientadoras del objeto de estudio, que fueron: *"Cuéntame cómo te sentiste cuando el equipo te informó cuál sería tu vía de parto?"* *"Cuéntame cómo fue tu parto"*.

Las entrevistas se llevaron a cabo en un espacio reservado para garantizar la privacidad y fueron realizadas por una enfermera obstétrica, que no prestaba servicios en los centros de salud y tenía experiencia en la técnica mencionada. La mayoría de ellas ocurrieron en presencia de esta investigadora y de la mujer, siendo que tres de ellas no hablaban ni entendían bien el portugués y, por tanto, estaban acompañadas por su pareja (que dominaba el idioma), lo que facilitó la comunicación, sin interferir en el contenido relatado durante la recolección de datos.

Cabe señalar que todas las entrevistas fueron grabadas en un teléfono celular y tuvieron una duración promedio de 38 minutos. Al final, la mujer escuchaba la grabación y, si lo consideraba necesario, se le garantizaba el derecho a cambiar la información. Después de transcribir el contenido de las entrevistas, los reportes de los participantes fueron corregidos de acuerdo con las normas propias del idioma portugués, sin alterar el significado de sus declaraciones.

Es importante destacar que se realizó una prueba piloto con tres mujeres, que no fueron incluidas en el estudio, dada la necesidad de realizar pequeños ajustes a las preguntas. Para finalizar la recolección de datos se consideró la saturación teórica como el momento en que ocurrió repetición o redundancia con relación al objeto de estudio¹⁰.

Para el análisis de los datos se adoptó el marco metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC)¹¹, a partir de lecturas repetidas de cada discurso, con el fin de apropiarse de los mismos e identificar las expresiones clave (E-ch) y, luego, las ideas centrales (IC). Para formular el DSC, las E-ch se agruparon para formar un discurso coherente. Para ello, se adoptaron conectores con el objetivo de dar significado al DSC, sin alterar la estructura de la oración creada por el participante.

Este estudio forma parte de un amplio proyecto de investigación titulado *"Representações de mulheres imigrantes sobre a assistência obstétrica no norte do Paraná"*, con protocolo y dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación. Se respetaron los principios éticos que rigen la investigación con seres humanos y se aseguró el anonimato mediante las letras "MI", referencias a mujeres inmigrantes, seguidas del número de participación, como forma de evitar la identificación de las participantes.

RESULTADOS

En el estudio participaron 14 mujeres inmigrantes, cuatro de las cuales fueron atendidas en el hospital terciario y diez en salas de maternidad para embarazos de bajo riesgo. No se incluyeron cinco mujeres cuyos partos ocurrieron fuera del ámbito hospitalario, dos por dificultades de comunicación, ya que no entendían portugués y no estaban acompañadas en el momento de la entrevista, y dos por negativa.

Entre las participantes hubo ocho de nacionalidad venezolana, cinco haitianas y una cubana, con edades que oscilaron entre los 13 y los 40 años. De ellas, ocho viven en Brasil desde hace más de dos años y nueve en el estado de Paraná desde hace más de un año. La mayoría de las participantes tenían ocho o más años de educación y reportaron tener una pareja estable (n=13). Respecto a la ocupación e ingresos familiares, ocho mujeres realizaban trabajos remunerados, como auxiliares de producción, ayudantes de cocina y vendedoras independientes, con un ingreso familiar que fluctuaba entre dos y cuatro salarios mínimos.

En cuanto a los antecedentes obstétricos, diez participantes tenían dos o más embarazos previos, siete habían experimentado previamente un parto vaginal y cuatro estaban experimentando un parto por primera vez. Respecto al desenlace del embarazo actual, ocho mujeres evolucionaron a parto vaginal mientras que las demás tuvieron parto quirúrgico, con las siguientes justificaciones descritas en las historias clínicas: sufrimiento fetal, multiparidad, desproporción cefalopélvica y falla de la inducción, advirtiéndose apenas un caso sin registro.

Del proceso analítico surgieron IC que fueron agrupadas para construir el DSC y al final del análisis se identificaron dos temas. El primero, “Satisfacción con la atención de los servicios de salud”, abarcó la “IC 1 – Prácticas basadas en evidencia científica y el rol del equipo de salud”, la “IC 2 – Comparación con experiencias previas en otros países”; y “IC 3 - Acogida y garantía de la atención sanitaria a mujeres inmigrantes”. El segundo, “Insatisfacción durante el proceso de parto y nacimiento”, implicó a “IC 4 - Insatisfacción con relación a intervenciones” y “IC 5 – Infraestructura inadecuada”.

Tema 1: Satisfacción con la atención de los servicios de salud

IC 1– Prácticas basadas en la evidencia y el rol del equipo de salud

Las participantes tuvieron percepciones positivas respecto a la atención recibida en las maternidades durante el nacimiento de sus hijos. Destacaron la presencia de un equipo de atención sanitaria atento, que les ofreció orientación y apoyo, incluida la comunicación en su idioma nativo.

DSC 1 – ¡Fue muy diferente! Me quedé en la pelota y en la bañera para relajar mi cuerpo. ¡La ducha ayudó mucho! Ayuda con el dolor, ayuda al bebé a descender... Luego fui a sentarme en esa otra cosa. Nació muy rápido. ¡Me gustó mucho el servicio! Estuvo muy bien, todo tranquilo... Todo salió bien, ¡gracias a Dios! (MI2, MI4, MI5, MI7)

DSC 2 – El equipo que atendió mi parto fue genial en todo, muy atentos. Las enfermeras fueron muy amables porque cada 15 minutos preguntaban si todo estaba bien conmigo y el bebé. Desde la atención, nunca me dejaron sola. El médico me ofreció la pelota. Me explicaron muchas cosas. Dijeron que estaría tranquila. El médico hablaba español. Él me habló. ¡Me sentí más segura! Me gustó el servicio. Lo cuidaron muy bien. Me hablaron bien. Todo salió bien. (MI1, MI2, MI3, MI4, MI5, MI6, MI7, MI9, MI10)

IC 2 - Comparación con experiencias previas en otros países

Algunas mujeres ya habían experimentado otros embarazos en sus países de origen. Así, en sus declaraciones se destaca la comparación de la atención sanitaria brasileña con la de otros países. Fue posible identificar que algunas prácticas obstétricas, como la presencia de acompañante durante el parto, la atención con respecto a los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor y la libertad de posición, fueron puntos positivos al experimentar el trabajo de parto y el nacimiento en Brasil.

DSC 3 – ¡Todo es diferente! Estaba en la pelota y en la bañera... Aquí, el bebé nació en la ducha. Hubo acompañante. El personal estuvo atento! En mi país no teníamos eso. ¡Me gustó mucho la atención! (MI2, MI3, MI4, MI8).

DSC 4 – ¡Estuvo muy bien! Fue muy rápido. Mi cesárea anterior fue en mi país. Duró mucho tiempo. ¡Me fue muy mal! El servicio aquí es muy bueno, a diferencia de lo que pasa allá, porque ahora hay pocos recursos. (MI11, MI12, MI13)

IC 3- Acogida y garantía de la atención sanitaria a mujeres inmigrantes

Las inmigrantes tuvieron percepciones positivas respecto a la acogida y el respeto que recibieron durante su atención en los centros de salud brasileños. Algunas mujeres expresaron un sentimiento de satisfacción por no sufrir prejuicios ni discriminación.

DSC 5- Me tratan muy bien. ¡Aquí somos más que bienvenidas! No existe esa cosa de que porque yo sea extranjera me traten diferente. No existe eso. En otros países hay más discriminación. Me sentí como una brasileña más. Sin ningún prejuicio. ¡Estoy muy feliz! (MI1, MI4, MI7, MI10)

DSC 6- Me trataron con mucho cariño y respeto. El personal estuvo atento. No me dejaron sola, hablaron conmigo todo el tiempo. ¡Brasil está ayudando mucho! Recibiéndonos aquí. A diferencia de otros países que discriminan. (MI1, MI2, MI3, MI5, MI7)

Tema 2: Insatisfacción durante el proceso de parto y nacimiento

IC 4 - Insatisfacción con las intervenciones

Para algunas mujeres, la experiencia con la atención obstétrica en Brasil fue considerada negativa, y esas percepciones fueron asociadas al dolor resultante de algunas intervenciones, como la inducción del parto y la realización de muchos tactos vaginales. En el caso de las participantes que habían experimentado con anterioridad un parto vaginal “natural”, estas cuestiones fueron determinantes y despertaron sentimientos de miedo, acompañados de sufrimiento.

DSC 7 - Este nacimiento fue inducido. Tardó un poco en dilatarse. Fue más doloroso. Tenía miedo. El primero había sido natural. ¡Fue diferente! ¡Contracciones muy dolorosas! (MI2, MI3, MI4)

DSC 8 - Este parto fue muy doloroso. Intenté mucho tener un bebé a través de un parto natural, pero no lo tuve porque sufrí mucho. Cuando me hacían el tacto o me ponían a escuchar la cardíaca (se refiere a la cardiotocografía) no aguantaba más. Fue mucho el sufrimiento, ¿sabes? (MI4, MI8, MI14)

IC 5 - Infraestructura inadecuada

Algunas mujeres expresaron su descontento con la infraestructura de las maternidades y señalaron problemas de higiene inadecuada y falta de alojamiento para acompañantes.

DSC 09 - La estructura no es buena. ¡Muy sucio! Mucho polvo. Mi esposo, que era mi acompañante, llegó y no había silla para él. Durmió en el auto porque no había asiento. ¡Muy difícil! (MI6, MI8, MI9, MI10)

DISCUSIÓN

Los discursos de mujeres inmigrantes revelan su satisfacción con la asistencia obstétrica recibida en Brasil. Es importante aclarar que la satisfacción desde esta perspectiva puede definirse como una percepción personal positiva de la atención recibida durante el parto¹², pero este concepto va mucho más allá, dado que incluyendo elementos tales como: accesibilidad, ambiente físico, limpieza, disponibilidad de medicamentos, insumos, recursos humanos, privacidad, confidencialidad, prontitud, soporte emocional adecuado, tipo de parto, contacto piel a piel con el recién nacido, apoyo continuo durante el proceso, procedimientos realizados e información recibida durante el trabajo de parto¹²⁻¹⁴.

Desde la perspectiva de Donabedian, la satisfacción está relacionada con la tríada de estructura, proceso y resultado, como aspectos que interfieren directamente en la calidad de la atención recibida. Es importante señalar que la calidad de la estructura influye en el proceso de atención de salud, e impacta los resultados⁷. Para contribuir a que el servicio de salud preste una atención de excelencia, existen siete pilares de calidad: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad¹¹.

En los hallazgos del presente estudio fue posible identificar algunos aspectos importantes en lo que se refiere al proceso de calidad, tales como: la atención brindada por los profesionales, la comunicación efectiva, soporte emocional y la adopción de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto. Estas acciones demuestran el cumplimiento del pilar de efectividad, ya que están en línea con las *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal*, que recomiendan la adopción de buenas prácticas basadas en evidencia científica, con el objetivo de reducir el número de cesáreas innecesarias, brindar atención obstétrica calificada y segura³.

La comunicación se destaca como uno de los mayores desafíos en la atención a los inmigrantes, ya que muchos tienen dificultades para aprender portugués, mientras que los profesionales de la salud no dominan otros idiomas, lo que crea barreras para comprender y considerar los deseos y preferencias de este grupo poblacional. Por ello, se requieren estrategias para superar los obstáculos en el proceso de comunicación, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud y asistencia, así como para contribuir en la comprensión de la información clínica¹⁵. En el caso de esta investigación, se acreditó la eficiencia y eficacia en el proceso de atención en salud, ya que ninguna mujer inmigrante mencionó problemas de comunicación al interactuar con los profesionales. Además, las mujeres valoraron el hecho de que los profesionales utilizaran conocimientos en otro idioma para asegurar una comunicación clara y efectiva.

Como se evidencia en los discursos de los participantes, la acogida, el vínculo y la presencia son fundamentales para la calidad de la atención y la progresión fisiológica del parto. La relación entre el profesional sanitario y la mujer en trabajo de parto debe ir más allá de la transmisión de información clínica, dado que involucra aspectos emocionales y

psicológicos que posibilitan la confianza mutua. En un estudio realizado en maternidades públicas de Salvador, las mujeres relataron que los cuidados recibidos durante la atención, las palabras de aliento, la presencia del profesional a su lado y el tratamiento planificado individualmente según sus necesidades subjetivas generaron satisfacción¹⁶.

En el presente estudio, las mujeres inmigrantes expresaron comentarios positivos respecto a la acogida que recibieron en las maternidades, dado que advirtieron que la atención brindada durante el parto estuvo libre de prejuicios y discriminación. Así, es evidente que la equidad está presente en los centros de salud; sin embargo, esta cuestión requiere un debate más profundo, ya que tanto los prejuicios como la discriminación aun subyacen en la sociedad brasileña, y afectan muchas vidas de manera negativa. Además, considerando que la recepción es uno de los parámetros que se utilizan para medir la satisfacción del usuario, es necesario que los profesionales de la salud desarrollen las habilidades para recibir a los usuarios y dispensarles trato humanizado¹⁷.

Aunque el principio de universalidad del SUS garantice a todos los ciudadanos brasileños el acceso a los servicios de salud, la población inmigrante también es considerada por este principio. Así, todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, tienen derecho a acceder a los servicios de salud¹⁸; sin embargo, es necesario concientizar y capacitar a los profesionales de la salud en todos los niveles de atención en Brasil⁶.

En contrapartida, un estudio con mujeres negras e inmigrantes en los estados de Pernambuco y Río de Janeiro identificó relatos de discriminación en centros de salud, donde los profesionales se expresaban con prejuicios sobre aspectos físicos y religiosos. Así, se destacaron experiencias de racismo obstétrico, que deshumanizaba a las mujeres y las exponía a situaciones de vulnerabilidad y violencia obstétrica, vinculadas a factores como la aversión a la estética negra, los estereotipos racistas respecto a la supuesta predisposición biológica de las mujeres negras a resistir el dolor y el racismo religioso que marcó la atención al parto de mujeres negras e inmigrantes¹⁹. Sin embargo, en el presente estudio no hubo declaraciones sobre experiencias discriminatorias y racistas.

Respecto a los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, cabe destacar que juegan un papel valioso, ya que presentan un enfoque no medicalizado y efectivo para reducir la intensidad del dolor, lo que otorga a la mujer un rol activo y más autónomo durante el parto²⁰. En este sentido, como se evidencia en otro estudio¹², las mujeres inmigrantes refirieron comodidad con su uso, al afirmar que resultó en experiencias positivas en el parto, reconociendo que no existen en su país de origen. Esta particularidad observada en las maternidades, sumada a los relatos de respeto a la dignidad y a la privacidad, es un ejemplo del pilar de legitimidad, dado que la realización de estas prácticas y las actitudes de los profesionales de la atención obstétrica se basan en recomendaciones y directrices de políticas públicas, así como en derechos humanos universales.

Aunque la mayoría de los reportes de las participantes reveló satisfacción con la atención al parto en Brasil, hubo narrativas negativas sobre el proceso de atención de salud, expresadas en lo que se refiere a la realización de ciertas intervenciones clínicas e infraestructura inadecuada percibidas durante la hospitalización, lo que generó insatisfacción. Estas percepciones son conducentes con la valoración que el usuario hace del espacio físico, equipamiento disponible, recursos humanos y los sistemas de información como elementos estructurales⁷.

La mayoría de las mujeres en este estudio evolucionaron al parto vaginal, pero hubo insatisfacción con la experiencia de la inducción del parto y los numerosos tactos vaginales, especialmente entre las participantes que habían tenido partos anteriores en sus países de origen, quienes informaron miedo y dolor intenso, en comparación con la experiencia previa.

En concordancia con los hallazgos de esta investigación, la evidencia científica indica que tanto el tacto vaginal como el uso de oxitocina, son procedimientos que, cuando no se realizan de forma racional, no aportan beneficios y pueden considerarse perjudiciales²¹, como elementos característicos de violencia obstétrica. Este fenómeno ha sido discutido en los últimos años, ya que existen muchas prácticas que vulneran los derechos de las mujeres durante el parto, nacimiento y postparto, tales como: falta de información y consentimiento; intervenciones innecesarias como episiotomías, vía quirúrgica innecesaria del nacimiento y uso excesivo de medicamentos; comportamiento irrespetuoso, humillante o discriminatorio por parte de los profesionales de la salud; negligencia; y comunicación ineficaz. Desde esta perspectiva, se crea una atención deshumanizada que reproduce el ciclo de opresión de las mujeres en los servicios de salud²², razón por la cual es fundamental asegurar una atención humanizada, libre de cualquier daño o maltrato, a todas las mujeres, con respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad, además de garantizar la información y el apoyo continuo²³.

El modelo de atención humanizada es un enfoque que prioriza la seguridad, el respeto y el protagonismo femenino, en el que se valora el parto vaginal y la atención centrada en la mujer, respetando sus decisiones, evitando intervenciones innecesarias y prácticas habitual o potencialmente lesivas, como el uso indiscriminado de oxitocina sintética, episiotomías o parto quirúrgico sin indicación³.

Un estudio realizado en España, al comparar el modelo de atención al parto humanizado con el modelo biomédico, observó numerosas ventajas para el primero, tales como el mayor porcentaje de inicio espontáneo, la menor duración

y utilización de métodos alternativos de alivio del dolor durante el parto, la mayor ocurrencia de partos eutócicos, periné intacto y roturas grado I, así como menores tasas de episiotomías²⁴. En el mismo sentido, una investigación realizada en una maternidad pública de Uruguay, que evaluó los resultados de la implementación del Programa de Humanización de la Salud Materna, mostró un aumento en el estímulo del parto vaginal, posiciones no supinas durante el parto y el contacto piel a piel, así como mejoras en el manejo de la integridad perineal²⁵.

Es necesario aclarar que la humanización de los servicios obstétricos también implica aspectos relacionados con el ambiente, definido en salud como el espacio físico, social, profesional y de relación interpersonal que debe primar en una atención acogedora, resolutive y humana²⁶. Así, la adecuación del espacio físico es un elemento importante en la promoción de la salud y el bienestar de las parturientas y puérperas, en el sentido de brindar un ambiente que garantice privacidad, seguridad, comodidad, equipamiento necesario, con alojamiento para el acompañante, a fin de asegurar una experiencia positiva en el parto¹. Sin embargo, se verificó que a algunas mujeres inmigrantes se sintieron incómodas por la higiene inadecuada y la falta de alojamiento para sus acompañantes, lo que interfirió en su estancia completa durante la hospitalización. Estos aspectos generaron insatisfacción respecto de la estructura de los servicios, como indica otro estudio²⁷.

Limitaciones del estudio

Este estudio estuvo limitado por la falta de producción científica sobre el tema desde la perspectiva de mujeres inmigrantes, lo que impidió realizar mayores comparaciones con los resultados encontrados. La limitación geográfica del campo de recolección de datos, así como las barreras impuestas por el idioma, restringen el potencial para generar datos generalizables.

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados demostraron la satisfacción de las mujeres inmigrantes con la atención obstétrica recibida en Brasil. Se observó la importancia de la humanización, la acogida al público inmigrante, la comunicación efectiva y libre de prejuicios y la adopción de buenas prácticas en el parto. Estos aspectos se refieren al proceso de prestación de servicios de salud, el cual reviste suma importancia para alcanzar los pilares de la calidad, como eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.

Por otro lado, también se identificaron aspectos negativos en lo que se refiere a la experiencia de algunas mujeres en los centros de salud, dada la insatisfacción con las intervenciones realizadas y las limitaciones en el espacio físico. De esta forma, se destaca el impacto que la estructura del servicio de salud tiene en el proceso de trabajo, con consiguiente influencia sobre los resultados.

Este estudio espera contribuir a la evaluación y formulación de políticas públicas, considerando el aumento de la población inmigrante en Brasil. Cabe destacar que las investigaciones sobre la satisfacción con la atención durante el parto constituyen un soporte para mejorar la calidad de la atención ofrecida a las mujeres.

REFERENCIAS

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. Nahaee 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. y K.R.T.F.P.; metodologia, P.P.S.O. y K.R.T.F.P.; validación, P.P.S.O. y K.R.T.F.P.; análisis formal, P.P.S.O. y K.R.T.F.P.; investigación, P.P.S.O. y K.R.T.F.P.; curadoria de dados, P.P.S.O., E.M.A., M.P.C. y K.R.T.F.P.; redacción, P.P.S.O. y K.R.T.F.P.; revision y edición, P.P.S.O., A.V.Z., C.C.F.B., E.M.A., M.P.C., S.C. y K.R.T.F.P.; supervisión, A.V.Z., C.C.F.B., S.C. y K.R.T.F.P.; administración del proyecto, A.V.Z., C.C.F.B., S.C., K.R.T.F.P. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito "*Satisfacción de las mujeres inmigrantes con la atención durante el parto en Brasil*".