

ARTIGO de REVISÃO

Maternidades em terras estrangeiras: Uma *scoping review* das experiências de mulheres migrantes e refugiadas

Maternities in foreign lands: A scoping review of the
experiences of migrant and refugee women

Carolina Marcelino¹

¹ Hospital de Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira, Portugal

Recebido: 01/05/2023; Revisto: 27/07/2023; Aceite: 05/10/2023.

<https://doi.org/10.31211/rpics.2023.9.2.300>



Resumo

Contexto e objetivo: A morbidade e mortalidade materna entre mulheres migrantes e refugiadas supera a das mulheres nos países anfitriões. Esta revisão *scoping* objetivou mapear as suas experiências nas maternidades dos países de acolhimento. **Métodos:** Seguindo uma estruturação da questão de pesquisa, utilizaram-se as bases de dados EBSCOhost e Scopus para a pesquisa dos estudos. Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos *a priori*. A seleção envolveu a avaliação de títulos, resumos e textos completos. **Resultados:** Dos seis artigos selecionados, identificou-se que as experiências de mulheres migrantes e refugiadas estão associadas à postura dos profissionais de saúde, qualidade da informação fornecida, desafios de comunicação e intervenções clínicas. **Conclusões:** As experiências de mulheres migrantes e refugiadas nas maternidades dos países de acolhimento são influenciadas por fatores clínicos e comunicacionais. Para melhorar a eficácia dos cuidados de saúde prestados a esta população, é imperativo adaptar políticas hospitalares, investir na formação contínua dos profissionais para oferecer cuidados culturalmente sensíveis, garantir a participação ativa destas mulheres nas decisões clínicas e reforçar a literacia em saúde.

Palavras-Chave: Mulheres; Migrantes; Refugiadas; Maternidade; *Scoping review*.

DI&D | ISMT

rpics@ismt.pt

<https://rpics.ismt.pt>

Publicação em Acesso Aberto

©2023. O(s) Autor(es). Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.

Carolina Marcelino

Hospital de Vila Franca de Xira. Estrada Carlos Lima
Costa n.º 2
2600-009, Vila Franca de Xira, Portugal
Tel.: +351 915 068 225
E-mail: carolina_fmcarcelino@hotmail.com

Abstract

Context and Objective: Maternal morbidity and mortality among migrant and refugee women surpass those of women in host countries. This scoping review aimed to map their experiences in maternity units of host countries. **Methods:** Following the structuring of the research question, the EBSCOhost and Scopus databases were used for study retrieval. Inclusion and exclusion criteria were defined a priori. The selection involved the evaluation of titles, abstracts, and full texts. **Results:** From the six selected articles, it was identified that the experiences of migrant and refugee women are associated with the attitudes of healthcare professionals, the quality of information provided, communication challenges, and clinical interventions. **Conclusions:** The experiences of migrant and refugee women in maternity units of host countries are influenced by clinical and communicational factors. Improving the efficacy of healthcare provided to this population requires the adaptation of hospital policies, investment in the continuous training of professionals to offer culturally sensitive care, active participation of these women in clinical decisions, and reinforcement of health literacy.

Keywords: Women; Migrants; Refugees; Maternity Units; Scoping Review.

Introdução

Atualmente, assiste-se a um aumento significativo do fenómeno migratório a nível global. Na Europa, onde mais de 50% dos migrantes e refugiados são mulheres, a taxa de nascimentos entre estas aumentou de 10% em 2006 para 20% em alguns países em 2018 [[World Health Organization \(WHO\) Regional Office for Europe, 2018](#)]. Esta realidade torna imperativo o conhecimento das experiências destas mulheres em maternidades para prestar cuidados de saúde adequados, seguros e culturalmente sensíveis.

Dado o aumento da presença feminina entre migrantes e refugiados na Europa e o consequente impacto nos nascimentos, torna-se crucial distinguir entre os conceitos de 'refugiado' e 'migrante' para uma compreensão mais precisa. Segundo o Protocolo Relativo ao Estatuto dos Refugiados (1967), um *refugiado* é definido como uma pessoa que "receando com razão ser perseguida (...), se encontre fora do país de que tem nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir a proteção daquele país" [[Organização das Nações Unidas \(ONU\), 1967](#), p. 2]. Apesar de não existir uma definição universalmente aceite para *migrante*, o Alto-Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR, 2015) caracterizou-o como alguém deixa o seu país "(...) não por causa de uma ameaça direta de perseguição ou morte, mas principalmente para melhorar sua vida (...)" (sd), tendo a opção de regressar e receber proteção do seu governo.

Estes conceitos são particularmente relevantes quando se considera que a gravidez, o parto e o pós-parto são fases de vulnerabilidade acrescida para a mulher ([Nené et al., 2016](#)). Esta vulnerabilidade pode ser intensificada pelas circunstâncias específicas associadas à migração e ao estatuto de refugiado. As taxas de mortalidade e morbidade maternas são notavelmente mais elevadas entre mulheres migrantes e refugiadas do que entre as mulheres dos países anfitriões, uma realidade corroborada por múltiplos estudos. Por exemplo, Fair et al. (2021) e Endler et al. (2020) destacam

que o risco de eventos maternos adversos é maior entre estas mulheres, especialmente em países de alto rendimento. Este fenómeno é ainda mais acentuado entre subgrupos vulneráveis, como mulheres indocumentadas e refugiadas sírias (Eslier et al., 2022; Harb et al., 2021). Além disso, estudos como os de Akker & Roosmalen (2016) e Wahlberg et al. (2013), focados na Suécia e na Dinamarca, também revelam taxas de morbidade e mortalidade maternas significativamente mais elevadas entre mulheres migrantes e refugiadas. Estas disparidades são frequentemente exacerbadas por barreiras linguísticas, acesso limitado aos cuidados de saúde e diferenças culturais (Papadakaki et al., 2021; Sturrock et al., 2020). Portanto, a literatura sugere um risco elevado de mortalidade e morbidade maternas entre mulheres migrantes e refugiadas, atribuível a uma combinação de fatores socioeconómicos, culturais e de acesso aos cuidados de saúde. Assim, durante o período que engloba a gravidez até ao pós-parto, é essencial que as mulheres particularmente aquelas em situações de migração ou refúgio, recebam cuidados de saúde materna de alta qualidade para assegurar o bem-estar tanto delas como dos seus filhos. Dada a complexidade e a especificidade das experiências destas mulheres, torna-se crucial compreender os fatores que influenciam a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde materna que recebem. Assim, o objetivo desta revisão *scoping* foi mapear as experiências de mulheres migrantes e refugiadas nas maternidades dos países de acolhimento. Este mapeamento permitirá identificar lacunas no conhecimento atual e fornecerá *insights* para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, bem como para o desenvolvimento de políticas e programas que promovam a participação ativa destas mulheres na comunidade, contribuindo para um processo de integração mais eficaz e positivo.

Método

Esta revisão *scoping* foi conduzida seguindo as orientações da Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020). Para atender aos objetivos do estudo, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: "Quais são as experiências das mulheres migrantes e refugiadas nos serviços de saúde materna nos países de acolhimento?" Com base nesta pergunta, estabeleceram-se quatro objetivos específicos:

1. Identificar as experiências positivas e negativas das mulheres migrantes e refugiadas nos serviços de saúde materna;
2. Explorar as emoções e sentimentos dessas mulheres nos contextos de saúde;
3. Examinar as intervenções dos profissionais de saúde que geram preocupação nas mulheres migrantes e refugiadas;
4. Enumerar intervenções que possam contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados a estas mulheres.

Crítérios de Inclusão

População-Alvo

Esta revisão considerou artigos focados nas experiências de mulheres refugiadas, migrantes e requerentes de asilo durante a gravidez, parto e pós-parto. Estudos que abordaram exclusivamente as experiências de profissionais de saúde foram excluídos.

Conceitos em Estudo

Foram considerados para inclusão os artigos que se centraram nas vivências das mulheres relacionadas à gravidez, parto e pós-parto.

Contexto dos Estudos

Incluíram-se estudos que exploraram experiências em contextos de cuidados de saúde primários e hospitalares. Estudos realizados em campos de refugiados foram excluídos.

Tipos de Fontes

Foram incluídos artigos baseados tanto em dados primários (investigações originais) como em dados secundários (revisões sistemáticas e narrativas). Esta revisão incluiu, ainda, estudos publicados em revistas científicas após revisão por pares, e literatura cinzenta não publicada, que abrangeu teses, dissertações e relatórios de pesquisa. O objetivo dessa abordagem abrangente foi capturar uma gama completa de evidências disponíveis sobre o tema.

Restrições Linguísticas e Temporais

A revisão abrangeu estudos escritos em Inglês, Português e Espanhol. Não houve restrições quanto ao período de publicação ou acesso aos artigos.

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa foi efetuada entre os dias 20 e 23 de outubro 2022 através do motor de pesquisa EBSCOhost, tendo sido consultadas as bases de dados: *Academic Search Complete (ASC)*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Complete*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE) Complete e MedicLatina* e a base de dados *Scopus*. Para complementar a pesquisa, recorreremos também a fontes de literatura cinzenta, nomeadamente, a ONU e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para operacionalizar a pesquisa utilizaram-se descritores em inglês e os seguintes operadores booleanos: [refugees (MeSH) OR “asylum seeker”, “humanitarian migrant”] AND [pregnancy (MeSh) OR gestation OR childbirth OR delivery (MeSH) OR “Maternal Health” (MeSH) OR “postpartum period” (MeSH) OR parturiente OR puerperium] AND [nursing (MeSH) OR midwifery (MeSH)].

Através da aplicação desta estratégia de pesquisa, obteve-se um total de 557 estudos. Um artigo adicional foi incluído após análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados. Após a

remoção dos duplicados, restaram 384 artigos. A leitura dos títulos levou à exclusão de 231 artigos, resultando em 153 para leitura do resumo. Destes, 95 foram excluídos, restando 58 artigos elegíveis para leitura integral. No entanto, apenas 47 artigos foram analisados, devido à inacessibilidade do texto integral de 11 artigos. Deste modo, foram selecionados seis artigos para esta revisão *scoping*, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão definidos.

A revisão foi conduzida por um único revisor seguindo a metodologia JBI. Os dados foram extraídos usando uma planilha eletrônica personalizada criada no Microsoft Excel que incluía as seguintes variáveis: título do estudo, autor(es), data de publicação, país de origem do estudo, objetivos do estudo, participantes, tipo de estudo e resultados principais. Esta planilha foi usada para padronizar a coleta de informações e facilitar a análise subsequente.

O processo de pesquisa está esquematizado na Figura 1, que segue um fluxograma PRISMA adaptado conforme as diretrizes do JBI para revisões *scoping*.

Resultados

A maioria dos estudos analisados adotou uma abordagem metodológica qualitativa, à exceção do Estudo A3 que empregou um método misto. Relativamente ao contexto, todos os estudos foram conduzidos em unidades de saúde, nomeadamente os Estudos A1, A2 e A4 ocorreram em unidades de cuidado de saúde primários e os A3, A5 e A6 em contexto hospitalar. O tamanho das amostras variou entre 10 e 48 participantes. A Tabela 1 apresenta um resumo das características dos estudos analisados.

Experiências Positivas Perinatais

A Tabela 2 que se segue sistematiza as experiências positivas vivenciadas pelas mulheres migrantes e refugiadas ao longo da gravidez, parto e pós-parto.

Como se pode observar, foi notável a importância atribuída à qualidade da relação entre as mulheres e os profissionais de saúde. Atitudes como empatia (Estudos A3, A6), gentileza (Estudos A2, A3, A5), respeito (Estudos A2, A3, A4, A5) e solidariedade (Estudos A2, A3, A4) foram vinculadas a experiências percebidas como positivas pelas participantes.

Adicionalmente, no que concerne à conduta dos profissionais de saúde, o Estudo A5 sublinhou a importância da continuidade de cuidados ao longo da gravidez. Tal continuidade permitiu o estabelecimento de uma relação mais próxima entre as mulheres e os profissionais de saúde, facilitando a partilha de informações e a construção de um vínculo de confiança.

No contexto do Estudo A5, a presença do intérprete foi considerada benéfica.

Relativamente às consultas pré-natais, os Estudos A1, A2 e A5 destacaram a sua importância como uma oportunidade para informar as mulheres sobre o que esperar dos cuidados de saúde, fornecer ferramentas para lidar com o trabalho de parto, estabelecer uma relação de confiança e disponibilizar materiais educativos.

Tabela 1*Características dos Estudos Incluídos na Revisão Scoping*

ID	Autores (Data)	País	Objetivo	Amostra	Metodologia	Resultados
A1	Herrel et al. (2004)	EUA	Explorar as experiências de gravidez e parto de mulheres somalis no Minnesota e identificar necessidades educacionais e abordagens eficazes para o cuidado pré-natal.	14 mulheres somalis	Grupo focal	Experiências de discriminação por raça e barreira linguística; falta de sensibilidade dos profissionais de saúde; desafios na comunicação médica mesmo com intérpretes; preferência por métodos visuais na educação para a saúde.
A2	Murray et al. (2010)	Austrália	Explorar e descrever as experiências de parto de mulheres refugiadas africanas em Brisbane e disseminar os conhecimentos adquiridos.	10 mulheres refugiadas africanas	Fenomenológico	Desafios como medo, solidão e desconhecimento do sistema de saúde; falta de informação sobre direitos e políticas; barreiras linguísticas; impacto da atitude dos profissionais de saúde; e benefícios percebidos de consultas pré-natais.
A3	Shafiei et al. (2012)	Austrália	Explorar as perspectivas e as experiências de mulheres imigrantes afegãs na maternidade de Melbourne, Austrália.	40 mulheres afegãs	Método misto	Satisfação relacionada com a interação e informação fornecida pelos profissionais de saúde; insatisfação associada a atitudes hostis, falta de explicação dos procedimentos e cuidados prestados por profissionais do gênero masculino.
A4	Wojnar (2015)	EUA	Examinar as perspectivas de casais somalis sobre os cuidados e apoio recebidos durante o período perinatal nos EUA.	48 participantes (26 mulheres e 22 homens)	Fenomenológico descritivo	Aspectos negativos incluíram julgamento e desvalorização por parte dos profissionais de saúde, problemas de comunicação e preocupações com a experiência dos profissionais em episiotomia em mulheres com mutilação genital feminina. Aspectos positivos incluíram solidariedade dos profissionais de saúde, autonomia na tomada de decisões e a importância do pré-natal.

Tabela 1

Características dos Estudos Incluídos na Revisão Scoping

ID	Autores (Data)	País	Objetivo	Amostra	Metodologia	Resultados
A5	Filby et al. (2020)	Inglaterra	Avaliar o serviço especializado de maternidade para migrantes no Kings College Hospital London, com base na experiência e satisfação dos clientes.	10 mulheres	Qualitativo	Aspectos negativos incluíram a falta de materiais informativos nas línguas nativas e barreiras linguísticas, mesmo com a presença de intérpretes. Aspectos positivos incluíram acesso facilitado aos profissionais de saúde e respeito pelas opiniões das mulheres, com a disponibilidade constante de intérpretes.
A6	Toker e Aktas (2021)	Turquia	Examinar as experiências de parto de mães refugiadas sírias residentes na Turquia.	12 mulheres	Qualitativo	Aspectos negativos incluíram sentimentos de medo, solidão e constrangimento durante o parto, falta de privacidade, e desconforto com profissionais de saúde do género masculino. Comunicação comprometida devido a barreiras linguísticas e atitudes negativas de alguns profissionais de saúde. Aspectos positivos incluíram a simpatia, o tom de voz e a empatia de alguns profissionais de saúde.

Nota. ID = Código de identificação do artigo.

Por fim, os Estudos A3, A4 e A5 salientaram ainda a importância da comunicação eficaz por parte dos profissionais de saúde, contribuindo para uma tomada de decisão informada e aumentando a confiança e a sensação de segurança durante o trabalho de parto.

Figura 1

Fluxograma PRISMA Adaptado para a Seleção dos Artigos

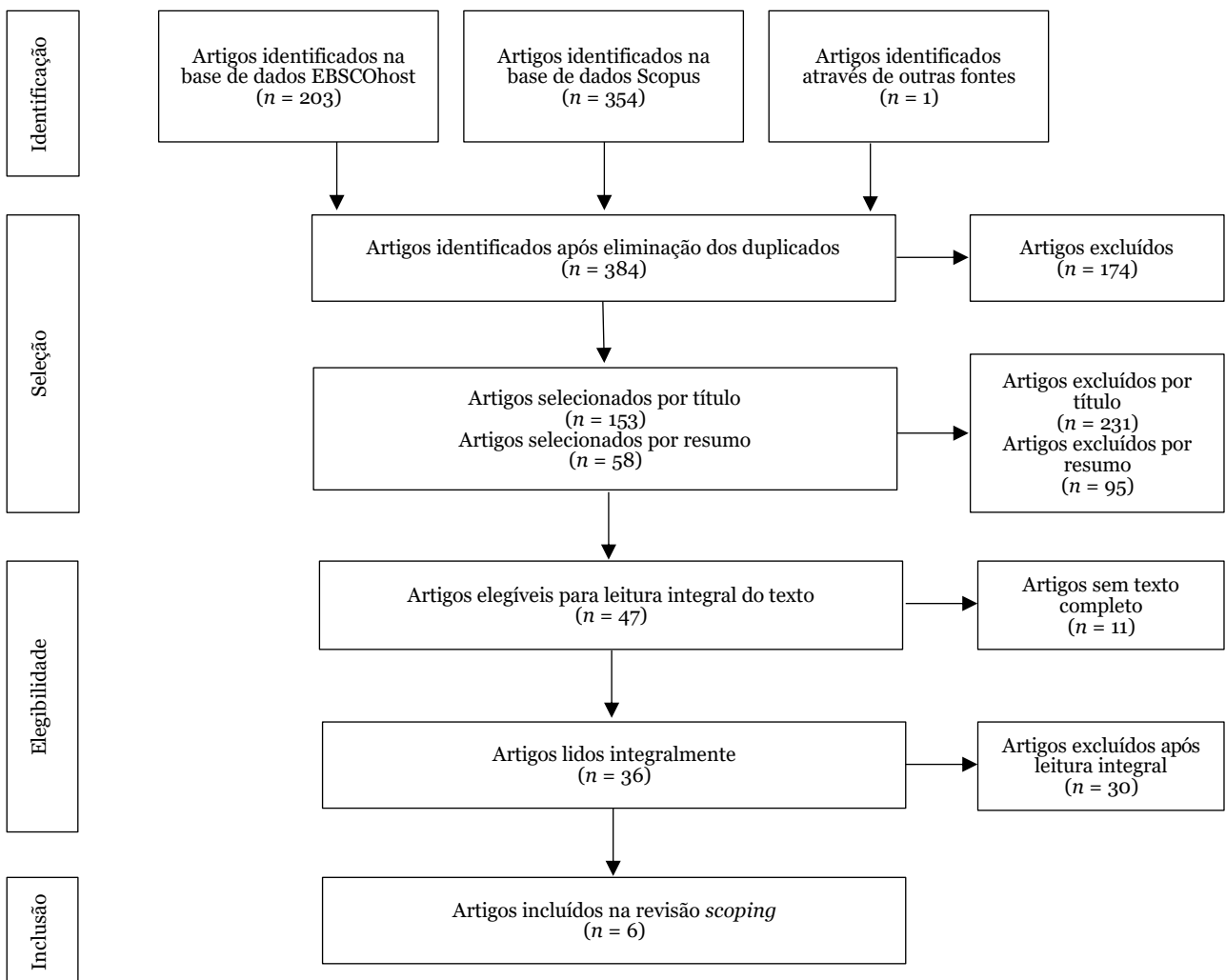


Tabela 2

Experiências Positivas Perinatais

Artigo	Atitudes do PS	Continuidade dos cuidados	Intérprete	Consultas Pré-Natais	Informação
A1	X			X	
A2	X			X	
A3	X				X
A4	X			X	X
A5	X	X	X	X	X
A6	X				

Nota. PS = Profissional de saúde.

Experiências Negativas Perinatais

A Tabela 3 sistematiza as experiências negativas vivenciadas pelas mulheres durante a gestação, parto e puerpério.

Tabela 3

Experiências Negativas Perinatais

Artigo	Hostilidade	Desatenção às necessidades	Descontinuidade de cuidados	Literacia em saúde	Barreiras linguísticas	Intervenções médicas
A1	X	X		X	X	X
A2	X	X	X	X	X	X
A3	X	X		X	X	X
A4	X	X		X	X	X
A5				X	X	X
A6	X	X		X	X	X

Nota. PS = Profissional de saúde.

Nos Estudos A1, A2, A3, A4 e A6, as atitudes de hostilidade e desatenção em relação às necessidades por parte dos profissionais de saúde foram associadas a experiências negativas.

O Estudo A2 também apontou a falta de continuidade de cuidados como um aspeto negativo do sistema de saúde.

Nos Estudos A2, A4 e A6, foi apontada a lacuna na literacia em saúde, particularmente em relação ao sistema de saúde dos países de acolhimento, às políticas de saúde e aos direitos dos clientes. Estes estudos também destacaram a dificuldade dos profissionais de saúde em prestar cuidados culturalmente sensíveis.

Em todos os estudos (A1–A6), a barreira linguística emergiu como um problema significativo, muitas vezes levando a mal-entendidos e à falta de consentimento informado para procedimentos médicos. Embora a presença de intérpretes tenha facilitado a comunicação indicada pelos Estudos A1 e A6, esta não foi inteiramente eficaz devido à falta de conhecimento dos termos médicos por parte dos intérpretes. No Estudo A2, foi indicado que a maioria das mulheres desconhecia a existência de intérpretes, recorrendo a familiares para auxiliar na tradução.

Por fim, os estudos revelaram que as intervenções dos profissionais de saúde frequentemente induziam sentimentos negativos devido à falta de literacia em saúde, de consentimento informado e de respeito por crenças religiosas e culturais.

Emoções e Sentimentos Vivenciados no Período Perinatal

A Tabela 4 ilustra as emoções e sentimentos experienciados pelas mulheres migrantes e refugiadas durante a gravidez, parto e pós-parto.

Tabela 4

Emoções e Sentimentos das Mulheres Migrantes e Refugiadas no Periparto

Artigo	Discriminação	Julgamento	Medo	Solidão	Desconfiança	Vergonha	Incompreensão	Frustração
A1	X		X				X	
A2			X	X	X	X	X	X
A3				X		X	X	
A4	X	X	X		X	X	X	
A5							X	
A6			X	X		X	X	

No que concerne aos sentimentos experimentados pelas mulheres migrantes e refugiadas nos contextos de saúde, a discriminação com base em valores e crenças foi relatada nos Estudos A1 e A4. Em particular, no Estudo A4, as mulheres sentiram-se julgadas pelos profissionais de saúde.

O medo foi o segundo sentimento mais mencionado, constatado nos Estudos A1, A2, A4 e A6, e originou-se principalmente do desconhecimento dos sistemas de saúde dos países de acolhimento e das intervenções médicas a que foram submetidas.

A solidão foi outro sentimento saliente, evidenciado nos Estudos A2, A3 e A6. Este sentimento foi exacerbado pela proibição da presença de acompanhantes nas instituições de saúde e pela impossibilidade de praticar crenças religiosas e culturais durante o parto.

Vergonha e constrangimento foram sentimentos identificados pelos Estudos A2, A3, A4 e A6, emergindo especialmente da interação com profissionais de saúde do género masculino durante o parto.

Por fim, a incompreensão foi o sentimento predominante em todos os estudos, frequentemente agravada por barreiras linguísticas e culminando em frustração, mesmo quando foram utilizados serviços de intérpretes, tal como evidenciado no Estudo A2.

Intervenções dos Profissionais de Saúde Geradoras de Preocupação

A Tabela 5, apresentada a seguir, sintetiza as intervenções médicas que mais preocuparam as mulheres durante o parto, conforme relatado nos estudos analisados.

Nos Estudos A1, A2 e A4, identificou-se que procedimentos como a episiotomia e a cesariana eram fontes de ansiedade e medo nas mulheres. No Estudo A1, o receio em relação à episiotomia decorreu de práticas distintas existentes no país de origem das participantes. Por outro lado, nos Estudos A2 e A4, a preocupação surgiu da percepção de que os profissionais de saúde não possuíam conhecimento adequado para realizar episiotomias em mulheres que sofreram mutilação genital.

No contexto do Estudo A1, as mulheres expressaram apreensão quanto às potenciais consequências da administração de anestesia epidural, atribuindo essa inquietação à falta de esclarecimento. No Estudo A2, as mulheres manifestaram a opinião de que o uso de medicação analgésica era excessivo, tendo em conta a sua percepção do parto como um processo natural.

Por último, nos Estudos A3 e A6, a experiência do parto foi negativamente influenciada pelo facto de a intervenção ser realizada por profissionais de saúde do género masculino.

Tabela 5

Intervenções dos PS Geradoras de Preocupação nas Mulheres Migrantes e Refugiadas

Artigo	Episiotomia	Cesariana	Analgesia	PS masculino
A1	X	X	X	
A2	X	X	X	
A3				X
A4	X	X		
A5				
A6				X

Nota. PS = Profissional de saúde.

Intervenções Multifacetadas para Melhorar a Experiência Perinatal

A Tabela 6 sintetiza uma série de intervenções recomendadas, que, se implementadas, terão o potencial de enriquecer as experiências positivas das mulheres ao longo da gravidez, parto e pós-parto.

Os Estudos A1, A2 e A5 sugeriram que a disponibilização de materiais educativos nas línguas nativas das mulheres migrantes e refugiadas poderia melhorar a transmissão de informação. Como método para aumentar a adesão, foi proposta a visualização de vídeos que pudessem ser assistidos no domicílio.

Nos Estudos A2 e A3, a continuidade de cuidados foi apontada como um fator crucial para facilitar a partilha de informação e estabelecer uma relação de confiança com os profissionais de saúde.

Todos os estudos enfatizaram a importância do respeito pela cultura das mulheres para que o parto fosse lembrado como um episódio positivo. O Estudo A1 ainda recomendou que os profissionais de saúde aprofundassem os seus conhecimentos para prestar cuidados culturalmente competentes.

O respeito pelas decisões das mulheres sem julgamento foi enfatizado em todos os estudos (A1–A6).

Nos Estudos A1, A2, A3 e A4, foi apontado que o consentimento informado, livre e esclarecido, envolvendo a explicação clara dos procedimentos e a validação da compreensão por parte das mulheres, teria o potencial de aumentar a confiança destas e de as integrar mais eficazmente no plano de cuidados, permitindo-lhes tomar decisões informadas sobre a sua saúde.

Para melhorar a experiência das mulheres, foi considerado importante adequar políticas de saúde, permitindo a presença de um acompanhante durante o parto (Estudo A6) e possibilitando que as mulheres pudessem optar por profissionais de saúde do género feminino (Estudos A3 e A6).

Tabela 6

Intervenções Potencialmente Favoráveis à Experiência Perinatal

Artigos	Equipamento educativo	Continuidade de cuidados	Sensibilidade cultural	Decisões imparciais	Consentimento informado	Participação na decisão	Políticas hospitalares
A1	X		X	X	X	X	
A2		X	X	X	X	X	X
A3			X	X	X	X	X
A4			X	X	X	X	
A5	X	X	X	X		X	
A6			X	X		X	X

Discussão

A aspiração atual em relação à saúde materna e neonatal vai além da mera sobrevivência; busca-se alcançar o mais alto nível de saúde para as mulheres e suas famílias, garantindo cuidados de qualidade durante a gravidez, parto e pós-parto (WHO, 2016). Este objetivo ganha contornos ainda mais complexos e urgentes quando se consideram as experiências de mulheres migrantes e refugiadas nas maternidades dos países de acolhimento, como evidenciado pelos resultados desta revisão *scoping*.

Fatores que Moldam as Experiências Maternas em Migrantes e Refugiadas

Em consonância com o objetivo de assegurar o mais alto nível de saúde materna e neonatal (WHO, 2016), esta discussão analisou os resultados de uma revisão *scoping* para destacar os desafios e oportunidades específicos que as mulheres migrantes e refugiadas enfrentam nos sistemas de saúde dos países de acolhimento.

Desconhecimento do Sistema de Saúde do País Anfitrião

O desconhecimento do sistema de saúde do país anfitrião representa uma barreira significativa para as mulheres migrantes e refugiadas no acesso a cuidados de saúde materna de qualidade. Este fenômeno foi corroborado pelos Estudos A2, A3 e A6, que apontaram para um elevado nível de desconhecimento por parte destas mulheres em relação às políticas de saúde e aos seus direitos enquanto clientes em instituições de saúde.

Cuidados de Saúde Pré-Natais

De acordo com a OMS (WHO, 2016), os cuidados pré-natais são fundamentais para assegurar que as mulheres migrantes e refugiadas tenham acesso a condições de saúde ótimas, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal. A OMS recomenda um mínimo de oito consultas durante o período pré-natal, com o objetivo de identificar riscos, prevenir complicações e promover a literacia em saúde. Esta perspectiva é corroborada pelos Estudos A1, A2 e A5, que indicaram que as mulheres valorizavam as consultas pré-natais como uma oportunidade para adquirir conhecimentos essenciais, fortalecendo assim a sua confiança e tranquilidade face ao processo do parto.

Continuidade de Cuidados

Conforme estabelecido pela OMS (WHO, 2016), a implementação de um modelo de continuidade de cuidados é crucial para garantir uma experiência positiva durante as fases pré-natal, natal e pós-natal. Este modelo visa não apenas apoiar a mulher, mas também fornecer aconselhamento individualizado e assistência qualificada durante o trabalho de parto. A continuidade de cuidados revela-se uma vantagem significativa, pois facilita o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a cliente, otimizando assim a monitorização do bem-estar materno. Os Estudos A2 e A5 enfatizaram a importância da continuidade de cuidados, destacando que ela permite o desenvolvimento de uma relação

mais próxima e de confiança com os profissionais de saúde. Este ponto é ainda corroborado por Fair et al. (2020), que sublinharam que a continuidade de cuidados contribui para aumentar a satisfação das mulheres em relação aos serviços de maternidade

Comunicação

Na esfera dos cuidados de saúde, a comunicação assume um papel fulcral para a consolidação de uma relação eficaz entre o profissional de saúde e a cliente. De acordo com a OMS (WHO, 2016), a interação comunicativa com as mulheres é um componente indispensável para uma experiência positiva, pois facilita a partilha de informação, a educação e o debate sobre questões pertinentes a níveis fisiológico, psicológico e sociocultural. Com base nos dados recolhidos, constatou-se que todos os estudos analisados (A1–A6) identificaram as barreiras linguísticas como um fator limitante durante as fases de gravidez, parto e pós-parto, contribuindo para mal-entendidos, frustração e incompreensão durante o processo de parto.

Comportamento dos Profissionais de Saúde

De acordo com Fair et al. (2020), a postura dos profissionais de saúde exerce um impacto significativo na qualidade dos cuidados percebidos pelas mulheres. Esta afirmação encontra respaldo nos seis estudos revistos que registaram a correlação entre as atitudes como respeito, empatia e solidariedade e as experiências positivas. Em contrapartida, comportamentos negativos por parte dos profissionais de saúde, tais como hostilidade e despreocupação, foram associados a experiências negativas. Nos Estudos A1, A2, A3, A4 e A6, constatou-se ainda que os profissionais de saúde demonstraram uma falta de sensibilidade às necessidades emocionais, culturais e religiosas das clientes, o que compromete a possibilidade de estas mulheres migrantes e refugiadas terem um parto alinhado com as suas crenças e valores. Satu et al. (2020) corroboram esta observação, salientando que os profissionais de saúde frequentemente exibem uma carência de competência transcultural, manifestada por um interesse limitado em compreender as diversidades culturais, um défice de conhecimento acerca das especificidades dessas culturas e uma sensibilidade reduzida na interação com mulheres migrantes e refugiadas.

Presença de Intérpretes

O Estudo A5 apontou a presença de intérpretes como um elemento facilitador na comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres migrantes e refugiadas. Contudo, os Estudos A1 e A6 salientaram que muitos intérpretes carecem de familiaridade com a terminologia médica, o que suscita desconfiança por parte das mulheres quanto à precisão das traduções. No Estudo A2, observou-se que as mulheres, desconhecendo a disponibilidade de intérpretes, frequentemente recorriam a familiares para essa função. Fair et al. (2020) reforçaram esta constatação, enfatizando que a ausência de intérpretes constitui uma barreira à comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e as mulheres. No entanto, a presença de intérpretes também foi associada a um certo grau de desconfiança, o que dificultou a partilha de informação.

Fornecimento de Informação

Os Estudos A3, A4 e A5 sublinham a relevância do fornecimento adequado de informação para que as mulheres possam tomar decisões informadas e seguras acerca da sua saúde. Esta observação é corroborada por Fair et al. (2020), que salientam que a insuficiência de informação compromete o consentimento informado e a tomada de decisão por parte das mulheres. Em Portugal, este direito está consagrado no artigo 7º, alíneas 1 e 2, da Lei n.º 15/2014 (p. 2128), que estabelece que o cliente tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde acerca da sua situação clínica, das alternativas de tratamento e da evolução provável do seu estado de saúde, sendo que a informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível.

Contudo, devido às barreiras linguísticas, houve casos em que os profissionais de saúde não transmitiram informações de forma adequada ou não validaram a compreensão da informação por parte das mulheres. Isso levou a mal-entendidos e a consentimentos para intervenções sem um entendimento claro dos seus propósitos. Segundo o artigo 18º da Lei n.º 15/2014 (p. 2129), devem ser adotadas medidas que garantam a cooperação entre a mulher grávida, o acompanhante e os serviços de saúde. Estes últimos devem fornecer informação adequada sobre o decorrer do parto e as ações clinicamente necessárias, permitindo que a mulher exerça o seu direito de consentir ou recusar determinados cuidados de saúde de forma livre e esclarecida, conforme estipulado na alínea 1, artigo 3º da mesma lei.

Intervenções dos Profissionais de Saúde

No que diz respeito às intervenções realizadas pelos profissionais de saúde durante o parto, todos os estudos analisados apontaram para uma perceção negativa destas práticas. Segundo a OMS (WHO, 2018), é fundamental garantir a integridade física e o tratamento adequado às mulheres, prestando-lhes apoio durante o trabalho de parto. Nos Estudos A3 e A6, observou-se que a presença de um profissional de saúde masculino afetou negativamente a experiência das mulheres, contrariando as suas normas culturais. Esta observação é corroborada por Fair et al. (2020), que indicaram que muitas mulheres sentem apreensão em relação à assistência por profissionais de saúde masculinos.

No que se refere à episiotomia, os Estudos A1, A2 e A4 revelaram que este procedimento gera ansiedade e receio, especialmente entre mulheres que sofreram mutilação genital, devido à perceção de falta de experiência dos profissionais de saúde nos países de acolhimento. A OMS (WHO, 2018) reforça esta ideia, sublinhando que a episiotomia pode ser uma fonte de medo e ansiedade para as mulheres, o que realça a necessidade de fornecer informações claras e precisas sobre o procedimento.

As cesarianas foram consideradas como indesejáveis e motivo de apreensão nos Estudos A1, A2 e A4. Embora a OMS (WHO, 2021) defenda a disponibilidade deste procedimento como potencialmente *life-saving*, também alerta para os riscos associados quando a cirurgia é desnecessária. Satu et al. (2020) e Higginbottom et al. (2014) apontam que o risco de cesariana é significativamente maior entre mulheres migrantes e refugiadas, em parte devido ao acesso tardio a cuidados pré-natais.

Por fim, em relação à administração de analgésicos, os Estudos A2 e A1 mostraram que algumas mulheres não foram adequadamente informadas sobre os fármacos utilizados. No Estudo A2, as mulheres viam o

parto como um processo natural e consideravam o uso de analgésicos excessivo, enquanto no Estudo A1, havia receios quanto aos efeitos adversos da anestesia epidural. Estes dados sublinham a importância de educar as mulheres para desmistificar crenças errôneas sobre procedimentos médicos.

Recomendações para Melhorar os Cuidados de Saúde a Mulheres Migrantes e Refugiadas

Para melhorar as experiências das mulheres, durante o período pré-natal, natal e pós-natal, torna-se imperativo adotar um conjunto de recomendações estratégicas. Estas visam facilitar uma transição suave para a parentalidade, assegurando que seja uma experiência respeitada e positivamente percebida. Neste contexto, a implementação de um sistema de saúde adaptado às necessidades específicas desta população é crucial. Para atingir este objetivo, apresentam-se a seguir várias recomendações práticas, começando pela necessidade de ajustar as políticas hospitalares.

Adequar Políticas Hospitalares

Uma primeira medida essencial seria a revisão e adequação das políticas hospitalares, com o objetivo de estabelecer um sistema que garanta a continuidade dos cuidados de saúde materna desde a gravidez até ao pós-parto. Paralelamente, é crucial investir na formação contínua dos profissionais de saúde, com especial enfoque na competência cultural. Segundo as diretrizes da OMS (WHO, 2018), a continuidade dos cuidados ao longo das fases pré-natal, natal e pós-natal é crucial para estabelecer uma relação de proximidade, confiança e empatia entre os intervenientes. O Estudo A5 indica que a implementação deste sistema facilita o acesso aos profissionais de saúde e contribui para uma experiência de parto mais tranquila, uma vez que as mulheres já estabeleceram uma relação prévia com os mesmos. Em contrapartida, o Estudo A2 revela que a ausência de um sistema de continuidade de cuidados está associada a experiências negativas por parte das mulheres.

Formação e Treino dos Profissionais de Saúde

A formação e o treino dos profissionais de saúde em práticas culturalmente sensíveis teriam um impacto significativo nos resultados de saúde desta população. Inicialmente, seria prudente conduzir um estudo sobre a prevalência e a diversidade cultural da população migrante e refugiada no país de acolhimento. Posteriormente, os profissionais de saúde deveriam receber instrução específica sobre a cultura e as crenças de saúde das populações identificadas. Conforme indicado pela totalidade dos estudos consultados, tal formação permitiria aos profissionais de saúde compreender e respeitar as decisões das mulheres migrantes e refugiadas, facultando cuidados mais adequados às suas necessidades específicas. Através desta formação, os profissionais de saúde estariam mais aptos a abordar as diversas preocupações que esta população tem em relação ao parto. Adquiririam competências para esclarecer mitos e fornecer informações adaptadas, possibilitando assim um maior envolvimento da mulher no processo de cuidados. Este envolvimento permitiria que as decisões fossem tomadas de forma livre e esclarecida, reduzindo a ansiedade, o medo e o receio associados ao parto.

Fornecimento de Materiais Educativos Adequados

No que concerne aos materiais educativos, os Estudos A1 e A5 sugerem que, para fomentar a adesão às consultas pré-natais, seria benéfico disponibilizar recursos nas línguas nativas das mulheres migrantes e refugiadas. Adicionalmente, a oferta de conteúdos em vídeo poderia ser uma estratégia eficaz, dado o seu carácter interativo e dinâmico, que não só capta a atenção como também permite a visualização em ambiente doméstico.

Literacia das Mulheres Migrantes e Refugiadas

Segundo Moreira e Gomes (2012), a capacitação das minorias permite-lhes conhecerem os seus direitos, incentivando-as a adotar uma postura ativa para assegurar o seu respeito. Assim, a criação de um programa educativo que esclareça as mulheres migrantes e refugiadas sobre o sistema de saúde do país de acolhimento e os seus direitos individuais contribuiria para o aumento da literacia em saúde. Este conhecimento permitiria um maior envolvimento destas mulheres nas decisões relativas ao seu parto, uma perspetiva corroborada pela totalidade dos estudos analisados.

Deste modo, a implementação destas recomendações possibilitaria que as mulheres migrantes e refugiadas tivessem acesso a cuidados de saúde de qualidade, alinhados com as suas expectativas, promovendo assim uma gravidez e um parto seguros e facilitando uma transição favorável para a parentalidade.

Limitações e Recomendações para Futuras Investigações

Este estudo enfrenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, a revisão é condicionada pela escassez de evidência científica, particularmente no contexto nacional, o que pode limitar a generalização das conclusões. Em segundo lugar, onze artigos potencialmente relevantes foram excluídos da análise devido à inacessibilidade ao texto integral, o que poderia ter enriquecido a discussão e as conclusões. Esta falta de acesso pode ter resultado em um viés de seleção, possivelmente excluindo perspetivas e dados significativos.

À luz das limitações deste estudo, sugere-se que investigações futuras se concentrem em colmatar as lacunas identificadas. Primeiramente, é crucial a realização de mais estudos a nível nacional para fornecer uma visão mais abrangente e contextualizada das experiências de mulheres migrantes e refugiadas em cuidados de saúde materna. Tal enfoque permitiria uma melhor adaptação das políticas e práticas de saúde às necessidades específicas desta população em Portugal. Em segundo lugar, recomenda-se o acesso a uma gama mais ampla de literatura, incluindo artigos cujos textos integrais não estavam disponíveis para este estudo, para minimizar o viés de seleção e enriquecer a base de evidências. A colaboração com bibliotecas universitárias ou a obtenção de financiamento específico para acesso a bases de dados pagas poderia facilitar este objetivo.

Conclusão

A presente revisão *scoping* teve como objetivo explorar as experiências de mulheres migrantes e refugiadas em cuidados de saúde materna nos países de acolhimento. Os resultados apontam para a complexidade e multifacetada natureza destas experiências, que são influenciadas por uma série de fatores, incluindo a atitude dos profissionais de saúde, barreiras linguísticas e culturais, e a falta de informação adequada.

É evidente que a qualidade dos cuidados de saúde materna para estas mulheres está intrinsecamente ligada à sensibilidade cultural e competência dos profissionais de saúde. A formação em cuidados culturalmente sensíveis e a implementação de políticas hospitalares que permitam a continuidade dos cuidados são, portanto, imperativos para melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados.

Além disso, a revisão destaca a importância de consultas pré-natais e materiais educativos adaptados como meios cruciais para empoderar estas mulheres, permitindo-lhes tomar decisões informadas sobre a sua saúde e a dos seus filhos. A educação para a saúde surge como um elemento fundamental para transformar estas mulheres de clientes passivas para agentes ativos no seu próprio cuidado.

Em suma, este estudo contribuiu para um melhor entendimento das experiências vivenciadas por mulheres migrantes e refugiadas, identificando tanto os desafios como as oportunidades para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna. Os resultados reforçam a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e adaptada às especificidades culturais e linguísticas desta população vulnerável, com o objetivo último de garantir uma transição suave e segura para a parentalidade.

Agradecimentos e Autoria

Agradecimentos: A autora não indicou quaisquer agradecimentos.

Conflito de interesses: A autora não indicou quaisquer conflitos de interesse.

Fontes de financiamento: Este estudo não recebeu qualquer financiamento específico.

Contributos: CM: Conceptualização; Metodologia; Análise Formal; Investigação; Recursos; Redação – Rascunho Original; Redação – Revisão e Edição.

Referências

- Agência da ONU para Refugiados. (2015). *Refugiado ou migrante? O ACNUR incentiva a usar o termo correto*. <https://bit.ly/47dFsLg>
- Akker, T., & Roosmalen, J. (2016). Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 32, 26–38. <https://doi.org/gjnvj7>
- Endler, M., Haidari, T., Chowdhury, S., Christilaw, J., Kak, F., Galimberti, D., ... & Danielsson, K. (2020). Sexual and reproductive health and rights of refugee and migrant women: gynecologists' and obstetricians' responsibilities. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 149(1), 113–119. <https://doi.org/gh9k4n>
- Eslier, M., Deneux-Tharoux, C., Sauvegrain, P., Schmitz, T., Luton, D., Mandelbrot, L., ... & Azria, E. (2022). Severe maternal morbidity among undocumented migrant women in the precare prospective cohort study. *Bjog an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(10), 1762–1771. <https://doi.org/kxhk>
- Fair, F., Liselotte, R., Watson, H., Vivilaki, V., Muijsenbergh, M., & Soltani, H. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(2), 1–26. <https://doi.org/gjskjq>

- Fair, F., Soltani, H., Raben, L., Streun, Y., Sioti, E., Papadakaki, M., ... & Vivilaki, V. (2021). Midwives' experiences of cultural competency training and providing perinatal care for migrant women a mixed methods study: Operational refugee and migrant maternal approach (Oramma) project. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/kxhq>
- Filby, A., Robertson, W., & Afonso, E. (2020). A service evaluation of a specialist migrant maternity service from the user's perspective. *British Journal of Midwifery*, 28(9), 652–659. <https://doi.org/kmx6>
- Harb, H., Daouk, S., Nassar, A., Kabakian-Khasholian, T., & Kabakian-Khasholian, T. (2021). Maternal mortality in Lebanon: Increased vulnerability among Syrian refugees. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159(1), 166–172. <https://doi.org/kxhm>
- Herrel, N., Olevitch, L., DuBois, D., Terry, P., Thorp, D., Kind, E., & Said, A. (2004). Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4), 345–349. <https://doi.org/b4v8rj>
- Higginbottom, G., Hafziabdic, E., Yohani, S., & Paton, P. (2014). Immigrant women's experience of maternity services in Canada: A meta-ethnography. *Midwifery*, 30(5), 544–559. <https://doi.org/f2rgmr>
- Lei N.º 15/2014 de 21 de março da Assembleia da República. Diário da República: I Série, nº 24/2014. <https://bit.ly/46l8pnQ>
- Moreira, V., & Gomes, C. (2012). *Compreender os Direitos Humanos: Manual de educação para os direitos humanos*. <https://bit.ly/3ObCTAw>
- Murray, L., Windsor, C., Parker, E., & Tewfik, O. (2010). The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International*, 31(5), 458–472. <https://doi.org/c4xv6t>
- Nené, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lidel.
- Organização das Nações Unidas. (1967). *Protocolo adicional à convenção relativa ao estatuto dos refugiados*. <https://bit.ly/44OroaU>
- Papadakaki, M., Iliadou, M., Sioti, E., Petelos, E., & Vivilaki, V. (2021). The perinatal journey of a refugee woman in Greece: A qualitative study in the context of the Oramma project to elucidate current challenges and future perspectives. *Sexes*, 2(4), 452–467. <https://doi.org/kxhn>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping review. Em E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Aromataris. <https://doi.org/gnp683>
- Satu, L., Reeta, L., Mika, G., & Katri, V. (2020). Humanitarian migrant women's experiences of maternity care in Nordic countries: A systematic integrative review of qualitative research. *Midwifery*, 80, 1–29, Article 102572. <https://doi.org/gh9jtd>
- Shafiei, T., Small, R., & McLachlan, H. (2012). Women's views and experiences of maternity care: A study of immigrant Afghan women in Melbourne, Australia. *Midwifery*, 28(2), 198–203. <https://doi.org/fqzs77>
- Sturrock, S., Williams, E., & Greenough, A. (2020). Antenatal and perinatal outcomes of refugees in high income countries. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(1), 80–93. <https://doi.org/kxhp>
- Toker, E., & Aktas, S. (2021). The childbirth experiences of Syrian refugee mothers living in Turkey: A qualitative. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(5), 544–560. <https://doi.org/gmw6pb>
- Wahlberg, A., Rööst, M., Haglund, B., & Essén, B. (2013). Increased risk of severe maternal morbidity (near-miss) among immigrant women in Sweden: A population register-based study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(13), 1605–1612. <https://doi.org/f22gdf>
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://bit.ly/3DE6Wfp>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://bit.ly/3rUil8k>
- World Health Organization. (2021). *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access*. <https://bit.ly/45bnuat>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2018). *Improving the health care of pregnant refugee and migrant women and newborn children*. <https://bit.ly/44YoxrK>
- Wojnar, D. (2015). *Perinatal experiences of Somali couples in the United States*. *JOGNN*, 44(3), 358–369. <https://doi.org/gr442q>