

Portela, Bernardo, Carneiro Junior, Nivaldo, Bastos, Sílvia (2023). Análise comparativa do acesso à atenção pré-natal das mulheres migrantes internacionais e brasileiras: o caso de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *PERIPLoS. Revista de Investigação sobre Migrações*, 7(2), 231-256.

## **Análise comparativa do acesso à atenção pré-natal das mulheres migrantes internacionais e brasileiras: o caso de Francisco Morato, São Paulo, Brasil.**

## **Análisis comparativo del acceso a la atención prenatal de las mujeres migrantes internacionales y brasileñas: el caso de la ciudad de Francisco Morato, São paulo, Brasil.**

Bernardo Portela<sup>1</sup>  
Nivaldo Carneiro Junior<sup>2</sup>  
Sílvia Bastos<sup>3</sup>

---

### **RESUMO**

Este estudo analisou o acompanhamento pré-natal e as características de parto de mulheres migrantes internacionais e brasileiras residentes em Francisco Morato. A pergunta que dirigiu o estudo foi: como se dá o acesso das gestantes migrantes internacionais aos serviços de pré-natal no Sistema Único de Saúde? Utilizou-se a base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e foram coletadas todas as informações do município desde janeiro de 2012 a novembro de 2022. Os dados foram analisados pelo teste qui-quadrado de Pearson. Como resultado, o estudo evidencia uma associação entre mulheres migrantes e uma idade mais avançada no momento de parto, menor escolaridade e um maior número de gestações anteriores. As mulheres migrantes estão mais propensas a começar o acompanhamento pré-natal tardiamente, realizando um menor número de

---

<sup>1</sup> Doutorando em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). E-mail: portelatbernardo@gmail.com

Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0001-8385-9547>

<sup>2</sup> Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e do Centro Universitário FMABC. E-mail: nicarneirojr@uol.com.br

Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0003-1358-9160>

<sup>3</sup> Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. E-mail: silviabastos58@gmail.com

Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0002-4405-9405>

consultas quando comparadas às mulheres brasileiras. O estudo evidenciou uma associação entre mulheres migrantes e o aumento do parto vaginal.

**Palavras-chave:** Emigração e Imigração. Saúde da Mulher. Saúde Sexual e Reprodutiva. Acesso aos serviços de saúde. Desigualdade Social e Saúde.

---

## RESUMEN

Este estudio examinó el seguimiento prenatal y las características del parto de mujeres migrantes internacionales y brasileñas residentes en Francisco Morato. La pregunta que guió esta investigación fue: ¿cómo es el acceso de las mujeres migrantes internacionales a los servicios prenatal en el Sistema Único de Saúde? Utilizamos la base de datos del Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) y recopilamos información del municipio desde enero de 2012 hasta noviembre de 2022. Los datos se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Los resultados destacan una asociación entre las mujeres migrantes y una mayor edad en el momento del parto, menor nivel educativo y un mayor número de embarazos previos. Las mujeres migrantes tienden a comenzar el seguimiento prenatal más tarde y a realizar menos consultas en comparación con las mujeres brasileñas. El estudio revela una asociación entre las mujeres migrantes y un aumento en los partos vaginales.

**Palabras clave:** Emigración e Inmigración. Salud de la Mujer. Salud Reprodutiva. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Desigualdad Social y Salud.

---

## INTRODUÇÃO

Este trabalho parte do esforço de sistematizar os dados relativos à assistência à saúde pré-natal da população migrante internacional residente no município de Francisco Morato, São Paulo. O objetivo desta pesquisa foi analisar comparativamente as informações contidas no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) sobre o acompanhamento pré-natal e as características do parto das gestantes migrantes internacionais e brasileiras de janeiro de 2012 a novembro de 2022.

A escolha de focar o estudo na assistência pré-natal se deve, em parte, à existência de um conjunto de estudos anteriores que evidenciam as mulheres migrantes internacionais como o grupo populacional migrante que mais utiliza os serviços de saúde, com demandas relacionadas à assistência pré-natal e parto (Carneiro Junior et al., 2011; Carneiro Junior et al., 2018; Tonini e Kalckman, 2019; Waldman, 2011). Outro fator que se associa à nossa escolha

está no entendimento de que as consultas pré-natais apresentam-se como um termômetro das desigualdades sociais, na medida em que identificam quantitativamente o acesso à saúde e a continuidade do cuidado de um estrato da população, podendo ser possível compará-los com dados de outro estrato populacional (Batista, Gugelmin e Muraro, 2018; WHO, 2014).

Nesta introdução, apresentamos uma breve contextualização sobre as mudanças dos fluxos migratórios internacionais com destino ao Brasil; a importância de estudos que enfatizem a saúde das populações migrantes internacionais e a inserção da cidade de Francisco Morato nos atuais fluxos migratórios internacionais.

### **Migrações Internacionais com destino ao Brasil e a mudança nos fluxos de mobilidade**

O Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) divulgou uma significativa mudança nos fluxos migratórios internacionais que envolveram o Brasil na década de 2010-2020. Ainda que permaneçam, desde o final do século XX, os fluxos migratórios de saída do território brasileiro com destino aos países de maior desenvolvimento, evidencia-se, também, a intensificação dos fluxos migratórios de entrada no território nacional, realizados, em sua maioria, por sujeitos provenientes de países de menor desenvolvimento, em um fluxo migratório Sul-Sul (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021).

Os dados publicados pelo OBMigra impressionam, na medida em que evidenciam a entrada de mais de 980.000 sujeitos imigrantes em território brasileiro em um período inferior a dez anos (Oliveira, 2021). Não à toa, Massey et al. (1993) afirmam que as decisões políticas sobre migrações internacionais estarão entre as decisões mais importantes no futuro breve.

Existe uma ampla literatura que evidencia a globalização como um dos principais motores dos fluxos de mobilidade humana da atualidade, uma vez que promove uma série de mudanças de ordem política e econômica, que induzem a um mundo de comércio livre, de maior flexibilidade dos mercados e dos processos de trabalho (Koser, 2016; Baeninger, 2016; Almeida e Baeninger, 2013; Peters, 2015; Patarra, 2006; Martine, 2005). Os processos migratórios, analisados por essa perspectiva, tendem a acompanhar o fluxo do capital, direcionando-se para localidades melhor posicionadas no cenário de comércio global (Baeninger, 2016; Baeninger e Peres, 2015).

Em parte, a inserção brasileira na atual rota das migrações internacionais reflete o cenário indicado por essas literaturas. Na medida em que o Brasil intensifica suas relações de comercialização de bens e produtos com países os países do Sul Global, intensificam-se também os fluxos de mobilidade humana entre essas localidades (Baeninger, Demétrio e Domeniconi, 2019; Manrique, 2012). Todavia, existe um conjunto de outros fatores que auxiliam na compreensão do aumento significativo de imigrantes internacionais em solo brasileiro nos últimos anos. Pesquisas evidenciam que as restrições

impostas pelos países do Norte Global – Estados Unidos e países da Europa – à entrada de imigrantes, principalmente após a crise econômica de 2007, bem como o crescimento econômico presenciado no Brasil a partir de 2011, são fatores que se relacionam com o aumento dos fluxos de entrada no território brasileiro (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021; Baeninger e Peres, 2015).

Ainda que a globalização e a posição brasileira no cenário econômico sejam fatores que ajudem a compreender a força atrativa que o Brasil tem exercido na última década, é importante evidenciar que os processos de mobilidade das populações ao redor do globo ganham, na contemporaneidade, uma complexidade e dinamismo anteriormente inimagináveis. Existe uma pluralidade de deslocamentos, bem como de modalidades migratórias, que acabam por repercutir em distintas maneiras de estabelecimento e inserção nos países de destino (Baeninger e Peres, 2015; Almeida e Baeninger, 2013).

Migrantes econômicos, ambientais, pessoas que saem de seus países devido às condições de guerra existentes em seus territórios ou até mesmo em razão de uma grave e generalizada violação de seus direitos humanos são exemplos que evidenciam a complexidade dos fluxos de mobilidade, bem como os desafios que os estudos encontram para compreender e analisar as questões relacionadas à migração. Diante disso, pesquisadores sobre os fluxos de mobilidade têm apontado para a necessidade de incorporação de diferentes perspectivas teóricas para a produção de conhecimentos sobre o complexo e multifacetado campo das migrações internacionais (Baeninger, 2016; Almeida e Baeninger, 2013; Massey et al., 1993).

## **Migração Internacional e Saúde**

Sayad (1998) afirma que o conhecimento sobre os fluxos migratórios só pode ser captado através da análise dos diversos fatores que o condicionam e que com ele se associam. Nesse sentido, uma análise que articula o campo da saúde e da assistência prestada à saúde dos migrantes internacionais no território de destino torna-se um importante balizador da integração dos migrantes nos territórios de recepção, bem como sobre suas possibilidades de produção de saúde-doença-adoecimento, identificando a existência de possíveis iniquidades e desigualdades na produção de uma vida saudável por essa parcela da população (Goldberg, Martin e Silveira, 2015).

Partimos do entendimento de que a saúde é uma produção social. Ao afirmar isso, sustentamos que as condições de saúde estão articuladas com as condições sociais de vida e que a organização da sociedade tem impacto direto sobre a possibilidade de produção da saúde e também da doença (Laurell, 1982). Em uma sociedade com estratos sociais desiguais, tem-se, portanto, condições distintas de saúde-doença, de modo que os diferentes grupos sociais possuem diferentes perfis de saúde, adoecimento e possibilidades de intervenção para a manutenção e recuperação de sua saúde. Esse conjunto de diferenças e variabilidades expressa as desigualdades sociais de

saúde (Barata, 2012; Barata, 2009; Paim, 1997). Castellanos (1997) consegue sintetizar de maneira muito precisa o entendimento sobre desigualdades sociais e saúde quando afirma:

Cada indivíduo, família e comunidade, em geral, em cada momento de sua existência sente necessidades e corre riscos que lhes são próprios seja em função de idade, sexo ou outros atributos individuais, seja em decorrência de sua localização geográfica e ecológica, sua cultura e nível educacional ou ainda por sua situação econômica e social, aspectos que se traduzem em um perfil de problemas de saúde, os quais afetam em maior ou menor grau suas possibilidades de realização pessoal e coletiva (Castellanos, 1997, p. 62).

Considerando que as condições de saúde estão articuladas com as condições sociais de vida, o acolhimento e a inclusão dos sujeitos imigrantes apresentam-se como desafios para a governança em nível nacional. Os fluxos de mobilidade provocam um aumento das demandas dos serviços públicos que precisam, assim, criar estratégias para ultrapassar as diversas barreiras de ordem cultural, social, política e econômica que envolvem a atuação com o migrante a fim de garantir a proteção e o cuidado desses sujeitos (Menéndez, 2016; Carneiro Junior et al., 2011).

É válido ressaltar que a saúde é, em território brasileiro, um direito de todos e de dever do Estado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988; Lei 8.080, 1990), sendo um meio essencial para a garantia da vida e da dignidade humana (Slaibi, 2010). Orientado pelo acesso universal e equânime, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos seus princípios mais básicos o atendimento integral a todos os sujeitos dentro do território nacional, sendo qualquer tipo de discriminação ou pré-conceito que dificulte a possibilidade de acesso aos serviços de saúde, atos inconstitucionais (Oliveira, 2010).

Contudo, o SUS encontra muitos desafios no que concerne à organização de um serviço que seja, de fato, universal, integral e equitativo (Noronha, Lima e Machado, 2012). No que diz respeito ao atendimento às populações migrantes, barreiras culturais e linguísticas são os fatores que mais se apresentam como dificultadores do acesso e para a continuidade do cuidado (Waldman, 2011). Carneiro Junior et al. (2011) evidenciam que as barreiras de acesso aos serviços de saúde impactam de maneira negativa nas condições de produção de uma vida saudável pelas populações migrantes internacionais.

Pesquisas realizadas no âmbito nacional evidenciam que as mulheres, por mais que representem a minoria nos fluxos migratórios internacionais com destino ao Brasil<sup>4</sup>, são a maioria dos migrantes internacionais a acessarem

---

<sup>4</sup> Segundo o relatório do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), quando estratificamos a entrada de migrantes internacionais em solo brasileiro por gênero, as mulheres correspondem a aproximadamente 36% do total de migrantes que deram entrada no território nacional (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021).

os serviços públicos de saúde (Carneiro Junior et al., 2011; Carneiro Junior et al., 2018; Tonini e Kalckman, 2019; Waldman, 2011). Segundo esses estudos, grande parte das demandas da população feminina estão relacionadas aos serviços de atendimento pré-natal e à atenção ao ciclo gravídico puerperal. O acompanhamento pré-natal é baseado em uma série de atividades que incluem a avaliação do risco materno e o monitoramento do processo gestacional, permitindo realizar a prevenção, identificação e tratamento de fatores de risco tanto para a mãe quanto para o bebê (Sherraden e Barrera, 1996).

Com o acompanhamento pré-natal realizado desde o primeiro trimestre, há a possibilidade de uma maior realização de exames e de um acompanhamento longitudinal. Esse acompanhamento se reflete em maior peso da criança ao nascer e em menor índice de complicações durante a gestação e o parto (Anjos e Boing, 2016). Lima et al. (2017) constaram que o número de consultas pré-natal abaixo de sete está associado ao aumento da mortalidade infantil, revelando a necessidade de esforço das entidades públicas para o aumento do número de consultas pré-natais. A Organização Mundial da Saúde, nesse sentido, aponta o acompanhamento pré-natal como um modificador dos desfechos negativos, diminuindo a possibilidade de abortos, nascimentos prematuros, abaixo do peso e de natimortos (WHO, 2014).

Todavia, quando pensamos sobre o acesso das mulheres migrantes internacionais a esses serviços, cabem problematizações sobre a qualidade com que ele é ofertado e as estratégias utilizadas para garantir a promoção e o cuidado longitudinal dessas populações. Corbani e Bastos (2010) identificaram que o atendimento e a assistência à saúde pré-natal apresentam, na percepção das mulheres gestantes, uma série de desafios, como a falta de protagonismo das usuárias diante das propostas de intervenção e os diálogos impositivos e pouco explicativos por parte da equipe de saúde. Tais fatores apresentam uma relação com a diminuição da procura das gestantes pelos serviços de saúde e, quando pensados em sua relação com as gestantes migrantes, permitem-nos identificar uma dificuldade ainda maior no estabelecimento de cuidado, haja vista as barreiras de comunicação impostas por uma diferente base linguística, bem como pelos padrões normativos-culturais, que estabelecem outras formas de conceber os processos de saúde-doença-assistência-cuidado (Menéndez, 2016; Waldman, 2011).

### **Imigração Internacional para a cidade de Francisco Morato, São Paulo**

O estado de São Paulo apresenta-se como a região que mais acolhe migrantes internacionais no Brasil. Estima-se que cerca de 31,5% de todos os imigrantes que entraram no país residem atualmente no estado (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021). Somente a título de exemplificação, estima-se que 70% dos imigrantes bolivianos que residem no Brasil estão na região metropolitana do estado de São Paulo (Carneiro Junior et al., 2022).



O município de Francisco Morato compõe a Região Metropolitana de São Paulo e é um território com aproximadamente 179.372 habitantes (IBGE, 2021), divididos em 106 bairros, todos distribuídos ao longo do eixo ferroviário que liga a cidade de Jundiaí à cidade de São Paulo (IBGE, 2021). As residências do município contam com características do modelo de periferização, muitas vezes situadas em locais impróprios para habitação, comprometendo o assoreamento dos leitos dos rios, o que conseqüentemente agrava as enchentes e os processos erosivos que existem no município (Vidali, 2019; Chagas, 2007).

Segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) de 2018, indicador criado pelo Governo do Estado de São Paulo com o objetivo de medir o desenvolvimento humano de todos os municípios do estado, o município de Francisco Morato estava em 600º lugar de um total de 645 municípios. A cidade, segundo o IPRS, é classificada como um território vulnerável, estando entre os “municípios mais desfavorecidos do Estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais”. O nível de escolaridade da população moratense é baixo, bem como suas expectativas de vida, denotando a vulnerabilidade da população que reside do município.

Historicamente, a cidade de Francisco Morato construiu-se a partir do processo de periferização de migrantes internos do território brasileiro que imigravam para a capital São Paulo, mas que, devido a suas baixas condições econômicas, não conseguiam se estabelecer no grande centro urbano (Vidali, 2019; Chagas, 2007). A periferização, na qualidade de um fenômeno geográfico e político, define-se como o processo que coloca em desvantagem determinadas classes e estratos sociais, na medida em que os afasta dos centros de poder econômico, político e social (Maia, 2010).

A questão, como afirma Santos (1993), não é meramente geográfica, pois os grandes centros se desenvolvem de maneira espraiada, a partir da proliferação de diversos loteamentos vazios e inabitados voltados para a especulação imobiliária, fazendo com que grande parte da população que carece de poder econômico ocupe as franjas das cidades (Maia, 2010). Não à toa, a principal característica do município de Francisco Morato é ser uma cidade-dormitório, ou seja, seus habitantes residem na cidade, mas realizam grande parte das suas atividades diárias na capital do estado, voltando para a cidade somente no horário noturno.

Nos últimos anos, observou-se um crescimento populacional de migrantes internacionais que residem no município. Embora não haja dados demográficos e populacionais específicos sobre essa população, é evidente, quando andamos nas ruas da cidade, o encontro com sujeitos de outra nacionalidade e cultura. O aumento da recepção dessa população foi observado, inclusive, por gestores das secretarias de saúde e de assistência social do município<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Esses dados foram obtidos durante o delineamento desta pesquisa, a partir de conversas prévias estabelecidas com profissionais que atuam em nível de gestão da Saúde e Assistência Social do município.

Dessa forma, partimos do entendimento de que a acolhida da população imigrante internacional pela cidade de Francisco Morato pode demonstrar, mais uma vez, o caráter de periferização dos processos migratórios com destino à cidade de São Paulo, desta vez, em âmbito internacional.

Tendo destacado a relevância dos fluxos imigratórios para o território brasileiro, a posição que a cidade de Francisco Morato ocupa nos fluxos com destino à região metropolitana de São Paulo, bem como a importância do acompanhamento pré-natal para desfechos positivos da saúde materno-infantil, o objetivo desta pesquisa foi analisar comparativamente as informações contidas no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), relacionadas ao acompanhamento pré-natal e ao parto das gestantes imigrantes internacionais e brasileiras residentes no município de Francisco Morato de janeiro de 2012 a novembro de 2022. Buscamos, a partir disso, responder à pergunta: como se dá o acesso das gestantes imigrantes internacionais aos serviços de atendimento pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS)?

---

## METODOLOGIA

Esta pesquisa fez parte de uma assessoria desenvolvida pelo Instituto de Saúde vinculado à Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo em parceria com o município de Francisco Morato, com o objetivo de realizar uma análise-situacional do sistema de saúde do município, a fim de oferecer subsídios para o fortalecimento do SUS. A pesquisa faz parte de um projeto guarda-chuva, e foi realizada como parte do Programa de Especialização em Saúde Coletiva<sup>6</sup>.

Os dados foram obtidos a partir de um corte transversal da base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), em que se analisou as informações de todas as mães e dos recém-nascidos vivos do município de Francisco Morato, no período de janeiro de 2012 a novembro de 2022, estratificados por nacionalidade da mãe. O banco de dados foi fornecido pela Vigilância Sanitária Municipal de Francisco Morato, SP.

As informações coletadas estão dispostas nos cinco primeiros blocos de informação da Declaração de Nascidos Vivos, são elas: idade da mãe, estado civil da mãe, escolaridade da mãe, gestações anteriores, nascidos vivos, nascidos mortos, período gestacional, início do pré-natal, quantidade de consultas pré-natais realizadas, tipo de parto, peso da criança ao nascer, Apgar no primeiro e no quinto minuto.

Para a realização das análises, os dados obtidos foram agrupados em diferentes categorias. Para os dados referentes às características da gestante,

---

<sup>6</sup> Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde sob o número: 57550722.6.0000.5469



as variáveis foram organizadas da seguinte forma: para a “idade da mãe”, estratificou-se os dados entre mulheres com 19 anos ou menos, entre 20 e 29 anos e acima dos 30 anos; a variável “estado civil” foi organizada pelas categorias solteira, casada e outros (na categoria outros encontram-se as mulheres migrantes internacionais em união estável, divorciadas e viúvas, o agrupamento justifica-se pelo baixo número de migrantes nessas condições); no que se refere à variável “escolaridade da mãe”, organizamos os dados com base nos anos de estudo em três categorias: 7 anos ou menos de estudo, entre 8 e 11 anos de estudo e 12 anos ou mais; para as variáveis “gestações anteriores” e “número de nascidos vivos”, a pesquisa apresentou os dados por meio das categorias nenhum caso, de um a três casos e acima de três; na variável “nascidos mortos”, devido à pequena população de mulheres migrantes internacionais, os dados foram agrupados em ter nascimentos de filhos mortos ou não.

Quanto aos dados referentes aos neonatos, as variáveis foram organizadas conforme as normas jurídicas brasileiras e recomendações da WHO (2014). Para a “duração da gestação”, todos os partos realizados em data inferior ou igual a 36 semanas foram classificados como pré-termo; de 37 a 41 semanas, como a termo; e acima ou igual a 42, como pós-termo. A adoção dessa classificação leva em consideração o documento publicado pela OMS (WHO, 2014). Sobre o “início do pré-natal” e a “quantidade de consultas realizadas”, a pesquisa levou em consideração a portaria nº 715 de 2022, que recomenda o início das consultas pré-natais antes do terceiro mês de gestação, com uma meta de no mínimo seis consultas pré-natais até o momento de parto (Ministério da Saúde, 2022). Os dados da variável “tipo de parto” foram organizados entre as categorias parto vaginal e parto por cirurgia cesárea; a variável “peso da criança ao nascer” segue as orientações da OMS, ou seja, toda criança com menos de 2500 gramas é considerada abaixo do peso (WHO, 2014). Foi avaliado ainda, o “Apgar no primeiro minuto de vida”. O Apgar é um método avaliativo baseado em cinco sinais vitais primordiais do recém-nascido (frequência cardíaca, respiração, irritabilidade reflexa, cor da pele e tônus muscular), que recebem uma pontuação de zero a dois pontos (Simão, 2020). Recém-nascidos que apresentam resultados inferiores a sete necessitam de cuidados adicionais; bebês com resultados superiores a sete indicam o nascimento sadio (Simão, 2020; Oliveira et al., 2012). Oliveira et al. (2012) indicam que o Apgar, em conjunto com o peso ao nascer e a duração do parto são indicadores associados à sobrevivência do recém-nascido.

Todos os dados foram avaliados com base no teste qui-quadrado de Pearson, teste estatístico que busca analisar se duas ou mais variáveis estão relacionadas de maneira significativa ou se são independentes. No caso do estudo em questão, o teste qui-quadrado aponta a existência ou não de uma associação entre nacionalidade (nacional ou estrangeira) com outra variável, como por exemplo, o início tardio do pré-natal e o baixo peso da criança ao nascer. O valor de “p” do teste qui-quadrado indica a probabilidade de associação entre as variáveis analisadas, em que os valores inferiores a 0,05 sugerem uma relação forte, de modo a se concluir que existe uma associação entre elas (Fukunaba et al., 2018). Todas as análises foram realizadas por meio do Software SPSS, versão 23.

## RESULTADOS

Entre os anos de 2012 e 2022, houve 30.810 nascimentos na cidade de Francisco Morato. Desse total de registros, os dados da vigilância evidenciam que 242 nascimentos foram de mães migrantes internacionais (0,79%). As nacionalidades, bem como o número de nascimentos, estão apresentados na Tabela 1.

Ao calcular a porcentagem de nascidos vivos ano a ano, podemos identificar um aumento no número de recém-nascidos de mulheres imigrantes internacionais que residem no município. Com exceção de quatro anos (2016, 2018, 2020 e 2022), os dados evidenciam um aumento consecutivo no número de nascidos vivos. Quando comparamos o ano de 2022 com o ano de 2012, constatamos, por exemplo, que o número de nascidos vivos de mulheres migrantes internacionais triplicou no território moratense. É importante notar que os dados de 2022 estão incompletos, e as informações disponíveis incluem dados até novembro de 2022. O número percentual de nascidos vivos de mulheres imigrantes e brasileiras pode ser observado na Tabela 2.

**Tabela 01. Nacionalidade das mães migrantes de nascidos vivos do município de Francisco Morato 2012 - 2022**

País	Nascidos vivos	
	N	%
Bolívia	135	55,8%
Haiti	82	33,9%
Paraguai	10	4,1%
China	5	2,1%
Peru	4	1,7%
Venezuela	2	0,8%
Angola	1	0,4%
Chile	1	0,4%
Bangladesh	1	0,4%
Cuba	1	0,4%
<b>Total geral</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados Sinasc obtidos por meio da Vigilância Sanitária Municipal de Francisco Morato, São Paulo.

**Tabela 02. Número percentual anual de nascidos vivos de mães imigrantes e brasileiras no município de Francisco Morato 2012 - 2022**

Ano	Total de nascidos vivos		Mães Imigrantes		Mães Brasileiras	
	N	%	N	%	N	%
2012	2.834	100,0%	9	0,32%	2.825	99,68%
2013	2.949	100,0%	13	0,44%	2.936	99,56%
2014	3.067	100,0%	17	0,55%	3.050	99,45%
2015	3.112	100,0%	23	0,74%	3.089	99,26%
2016	2.920	100,0%	15	0,51%	2.905	99,49%
2017	2.928	100,0%	26	0,89%	2.902	99,11%
2018	2.880	100,0%	19	0,66%	2.861	99,34%
2019	2.836	100,0%	30	1,06%	2.806	98,94%
2020	2.605	100,0%	24	0,92%	2.581	99,08%
2021	2.685	100,0%	40	1,49%	2.645	98,51%
2022	1.994	100,0%	26	1,30%	1.968	98,70%
<b>Total geral</b>	<b>30.810</b>	<b>100,0%</b>	<b>242</b>	<b>0,79%</b>	<b>30.568</b>	<b>99,21%</b>

**Fonte: Dados Sinasc obtidos por meio da Vigilância Sanitária Municipal de Francisco Morato, São Paulo.**

As análises estatísticas nos permitem identificar uma associação entre ser migrante e ter uma idade mais elevada no momento do parto, menor escolaridade em número de anos e estar solteira no momento do parto (Tabela 3). Quanto ao histórico reprodutivo, há uma associação entre mulheres migrantes internacionais e um número maior de filhos nascidos vivos; no entanto, não são observadas diferenças estatísticas entre mulheres migrantes e brasileiras na variável de filhos nascidos mortos (Tabela 3).

Na análise dos neonatos, não foram observadas diferenças estatísticas na duração da gestação entre mulheres brasileiras e migrantes internacionais. O pré-natal, no entanto, apresenta diferenças significativas em relação ao seu início, bem como no número de consultas realizadas até o momento do parto. As mulheres migrantes iniciam o acompanhamento pré-natal mais tardiamente, realizando um menor número de consultas quando comparadas às mulheres brasileiras, afastando-se, inclusive, das definições preconizadas pela portaria federal e recomendações da OMS, conforme demonstra a Tabela 04 (Ministério da Saúde, 2022; WHO, 2014). Em relação

ao parto, há uma associação entre as mulheres migrantes internacionais e um maior número de partos vaginais. O peso ao nascer e o Apgar no primeiro minuto não apresentam diferenças substanciais, portanto, não são variáveis significativas na identificação de desigualdades entre recém-nascidos de mulheres brasileiras e migrantes internacionais (Tabela 04).

**Tabela 03. Características das mães de nascidos vivos do município de Francisco Morato 2012 - 2022**

	Total		Mães Migrantes		Mães Brasileiras		P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Faixa Etária em anos</b>							< 0,001
≤ 19 anos	5.238	17,00%	15	6,20%	5.243	17,15%	
De 20 a 29 anos	15.917	51,6%	129	53,31%	15.788	51,65%	
≥ 30 anos	9.635	31,27%	98	40,50%	9.537	31,20%	
<b>Estado Civil</b>							<0,001
Solteira	19.701	64,25%	183	77,87%	19.518	64,14%	
Casada	9.277	30,25%	48	20,43%	9.229	30,33%	
Outros	1.687	5,50%	4	1,70%	1.683	5,53%	
<b>Escolaridade em anos</b>							0,007
≤ 7 anos	3.432	11,20%	38	16,17%	3.394	11,16%	
De 8 a 11 anos	24.176	78,89%	184	78,30%	23.992	78,90%	
≥ 12 anos	3.037	9,91%	13	5,53%	3.024	9,94%	
<b>Gestações Anteriores</b>							0,001
Nenhum	10.901	36,0%	60	24,79%	10.841	36,05%	
1 - 3	16.873	55,7%	163	67,36%	16.711	55,56%	
≥ 4	2.544	8,4%	20	8,26%	2.524	8,39%	
<b>Nascidos Vivos</b>							0,010
Nenhum	12.599	40,9%	77	32,08%	12.522	40,96%	
1 - 3	16.521	53,6%	152	63,33%	16.369	53,55%	
≥ 4	1.690	5,5%	11	4,58%	1.679	5,49%	
<b>Nascidos Mortos</b>							0,500
Nenhum	25.476	82,2%	194	83,98%	25.282	82,17%	
≥ 1	5.534	17,8%	47	20,35%	5.487	17,83%	

Fonte: Dados Sinasc obtidos por meio da Vigilância Sanitária Municipal de Francisco Morato, SP e trabalhados no Software SPSS, versão 23. Tabela 04. Características

**Tabela 04. Características dos neonatos, das condições de nascimento e pré-natal de nascidos vivos do município de Francisco Morato 2012 - 2022**

	Geral		Nascidos Vivos de Mães Migrantes		Nascidos Vivos de Mães Brasileiras		P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Duração da gestação</b>							0,170
Pré-Termo	3.705	12,20%	20	8,33%	3.685	12,23%	
A termo	25.684	84,56%	213	88,75%	25.471	84,53%	
Pós-Termo	983	3,24%	7	2,92%	976	3,24%	
<b>Início de pré-natal</b>							< 0,001
≤ 3 mês	24.321	84,37%	165	73,33%	24156	84,5%	
≥ 4 mês	4.504	15,63%	60	26,7%	4444	15,5%	
<b>Consultas pré-natais</b>							< 0,001
≤ 6	7.962	26,08%	81	34,03%	7.881	26,02%	
≥ 7	22.568	73,92%	157	65,97%	22.411	73,98%	
<b>Tipo de parto</b>							< 0,001
Vaginal	17.143	55,68%	173	71,49%	16.970	55,56%	
Cesárea	13.645	44,32%	69	28,51%	13.576	44,44%	
<b>Peso ao nascer</b>							0,113
≤ 2499g	2.974	9,65%	16	6,61%	2.678	9,63%	
≥ 2500g	27.835	90,35%	226	93,39%	25.132	90,44%	
<b>Apgar 1º</b>							0,397
≤ 7	3.874	12,6%	26	10,83%	3.848	12,66%	
8 - 10	26.763	87,4%	214	89,17%	26.549	87,34%	

Fonte: Dados Sinasc obtidos por meio da Vigilância Sanitária Municipal de Francisco Morato, SP e trabalhados no Software SPSS, versão 23.

## DISCUSSÃO

No que se refere à nacionalidade das mães de nascidos vivos da cidade de Francisco Morato, o estudo destaca que as mulheres bolivianas constituem a maioria das gestantes não nacionais no município (55,8%), seguidas pelas haitianas (33,9%). Essas observações estão em conformidade com estudos nacionais. O relatório divulgado pelo OBMigra (2018) indicou que pessoas de nacionalidade haitiana e boliviana foram as que mais ingressaram em território brasileiro no período de 2010 a 2017 (Cavalcanti, Oliveira e Macedo, 2018). Xavier (2012), com base em censos de 2000, estima que cerca de 44% da população migrante boliviana que reside no Brasil viva na região metropolitana de São Paulo. As estimativas reais sobre o tamanho da população são difíceis de obter, dado o número de migrantes que entram no território brasileiro de maneira indocumentada, o que dificulta a sistematização dos dados. No

entanto, é consenso que São Paulo abrigue a maior população de migrantes bolivianos no Brasil (Cymbalista e Xavier, 2007). A situação é semelhante com a população haitiana. Embora não existam dados precisos, estima-se que 18% dos haitianos que vivem em território nacional residam na região metropolitana de São Paulo (Parise e Diémé, 2016).

Ao analisar a porcentagem de nascidos vivos ano a ano, observamos um aumento no número de nascidos vivos de mulheres imigrantes em Francisco Morato. Isso sugere um aumento nos fluxos de mobilidade de migrantes internacionais com destino à cidade nos últimos anos. Esse fenômeno pode estar relacionado aos pressupostos mencionados anteriormente, isto é, à ideia de que o município de São Paulo exerce uma força atrativa de migrantes internacionais, mas muitos deles ao chegar na capital, emigram devido à dificuldade de se estabelecer economicamente em seu território (Vidali, 2019; Chagas, 2007). Francisco Morato, nessa lógica, recebe a contingente populacional de menores condições econômicas dos fluxos migratórios estabelecidos para a capital do estado (Maia, 2010; Santos, 1993).

Partindo para a análise dos dados referentes às características das mães, pode-se observar que existe uma associação entre as mulheres migrantes internacionais e parto acima dos 30 anos de idade. Esses dados, quando comparados com o estudo realizado por Ferreira (2019), que buscou analisar as mesmas variáveis entre mães nacionais e mães migrantes internacionais na cidade de São Paulo, apresentam diferenças importantes. O Estudo de Ferreira (2019) evidenciou um pico de nascimentos de mulheres migrantes na faixa etária entre 20 e 29 anos. Dada a proximidade da cidade de São Paulo com Francisco Morato e os diferentes padrões de idade durante o período gestacional, os dados apresentados podem servir como ponto de partida para estudos posteriores que busquem apontar possíveis explicações para esse fenômeno.

A idade mais elevada das mulheres migrantes em período gestacional em comparação às mulheres brasileiras pode estar relacionada a diversas variáveis, no entanto, estudos semelhantes sugerem que tal fator pode apresentar relação com a migração tardia realizada pelo público feminino, de modo que grande parte das mulheres migrantes realizam os processos de mobilidade em idade laboral (Ferreira, 2019; Batista, Gugelmin e Muraro, 2018).

É importante destacar que a gravidez acima dos 35 anos é classificada pelo Ministério da Saúde como uma gravidez de risco, podendo existir uma série de complicações que podem influenciar diretamente no curso gestacional e da saúde do puerpério (Ministério da Saúde, 2010). As recomendações, conforme o próprio Ministério, estão relacionadas ao aumento do cuidado oferecido pelos serviços de saúde por meio das consultas pré-natais, indispensável para as gestantes acima dos 35 anos que necessitam de uma maior atenção dos serviços públicos de saúde (Ministério da Saúde, 2010).



O nível de instrução, por sua vez, é um fator de importante relevância para a saúde da mãe e do neonato, uma vez que a educação materna é uma das principais variáveis socioeconômicas que podem contribuir para a diminuição da mortalidade infantil, influenciando mudanças no estilo de vida, bem como um melhor aproveitamento dos serviços públicos e das recomendações de saúde (Ministério da Saúde, 2018; Ribeiro et al., 2018; CNDSS, 2008). Os resultados encontrados em Francisco Morato, nesse âmbito, assemelham-se aos de outros estudos realizados na temática e evidenciam uma menor instrução em número de anos de estudo das mulheres imigrantes em comparação com as mulheres nacionais (Ferreira, 2019; Batista, Gugelmin e Muraro, 2018). O baixo nível de instrução está associado ao aumento da mortalidade infantil e dos riscos durante o desenvolvimento da infância, sendo definido, pelo Ministério de Saúde como uma variável de risco para o pleno desenvolvimento da primeira infância, necessitando de acompanhamento prioritário dos profissionais da atenção básica (Ministério da Saúde, 2018).

A situação conjugal é outra variável de relevância para as mulheres migrantes e de seu estabelecimento no país de destino. A análise estatística da base de dados de Francisco Morato permite-nos afirmar que existe uma associação entre nacionalidade migrante e uma maior prevalência de nascimentos de filhos vivos por mulheres solteiras. Os dados percentuais indicam que a maioria das mulheres migrantes internacionais é mãe solo (77,87%).

As consequências do cuidado uniparental durante o período gestacional e puerpério são amplamente estudadas na literatura e indicam uma possível situação de vulnerabilidade tanto para as mulheres quanto para seus recém-nascidos. Isso ocorre devido aos prejuízos econômicos, sociais e emocionais que a uniparentalidade pode acarretar para a mãe e para o bebê. Lima et al. (2017) identificaram uma associação entre o óbito infantil e a situação conjugal sem parceiro das mulheres durante os primeiros anos do recém-nascido. Sousa et al. (2021) constataram que as mulheres que estão desacompanhadas durante o processo de gravidez apresentam risco três vezes maior de desenvolver sintomas depressivos. Ainda que a ausência de uma figura que possa compartilhar o cuidado possa ser compensada, de maneira a não prejudicar o desenvolvimento infantil, Martin e Piccinini (2009) explicam que a situação uniparental exige recursos adaptativos intensos da mãe, bem como de sua rede familiar e afetiva, que precisa ser mobilizada para propiciar o cuidado.

Diante disso, ao considerarmos a população de mulheres migrantes internacionais, sua rede de apoio no país de destino pode ser fragilizada, uma vez que parte de seus familiares e de sua rede de suporte que poderia ser contatada permanece em seu território de origem. A necessidade de conciliar o trabalho, as atividades domésticas e o cuidado com o desenvolvimento saudável do bebê de forma solitária pode ser um fator gerador de sofrimento e adoecimento, afetando tanto a mãe quanto o neonato.

Ainda que a base de dados analisada não nos permita identificar as condições socioeconômicas relativas ao trabalho, à moradia e à renda, é indiscutível que esses fatores se apresentam como um elemento decisivo para o desenvolvimento infantil e a produção de uma vida saudável. Para as populações migrantes internacionais, o exercício de uma profissão remunerada é a garantia do estabelecimento no país de destino, bem como da possibilidade de prover aquilo que é indispensável para o mantimento da sua vida pessoal e da de seus filhos (Villen, 2016).

Bertolo (2018) indica o aumento da feminização dos fluxos migratórios internacionais. No entanto, os processos de recepção e integração na sociedade de destino revelam-se exploratórios da mão de obra feminina, uma vez que as mulheres tendem a assumir trabalhos em segmentos precarizados, marcados pela segregação laboral. Estudos realizados na região metropolitana de São Paulo revelam a existência de diversos segmentos laborais que veem no sujeito migrante internacional, uma possibilidade lucrativa, mediante a exploração de sua mão de obra em um mercado de trabalho que paga, por vezes, abaixo do mínimo salarial exigido por lei (Mcauliffe e Triandafyllidou, 2021; Pachi, 2020a; Pachi, 2020b; Carneiro Junior et al., 2018; Bertolo, 2018; Magalhães, Bógus e Baeninger, 2018). Esse conjunto de evidências indica a possibilidade de exploração da mão de obra migrante feminina que reside no município de Francisco Morato, o que, associado à condição uniparental, interfere diretamente na saúde das mulheres migrantes e de seus recém-nascidos.

Quanto ao número de gestações anteriores, as análises estatísticas identificaram a existência de uma associação entre mulheres migrantes e um maior número de gestações anteriores quando comparadas as mulheres nacionais. Essa associação assemelha-se à encontrada no estudo realizado por Ferreira (2019) na cidade de São Paulo, que também identificou um maior número de gestações anteriores em mulheres migrantes.

Partindo, então, para as características do neonato, pré-natal e parto, o presente estudo encontrou três variáveis com diferença significativa entre mães nacionais e não nacionais: tipo de parto, início de pré-natal e quantidade de consultas pré-natais realizadas até o momento do parto. A análise estatística realizada nos permite identificar que existe uma associação entre mulheres migrantes e o aumento dos partos vaginais, bem como o início tardio do pré-natal (após o terceiro mês gestacional) e um menor número de consultas pré-natais, o que se afasta das recomendações estabelecidas pela portaria brasileira e pela OMS (Ministério da Saúde, 2022; WHO, 2014). Outras variáveis, como a duração da gestação, o peso da criança ao nascer e o Apgar, não mostraram diferenças significativas, indicando que mulheres migrantes e nacionais apresentam dados estatisticamente semelhantes.

O parto realizado por mulheres migrantes internacionais, quando comparado com os realizados por mulheres nacionais, apresenta-se como um fator protetivo. Os dados evidenciam que a porcentagem de parto vaginal entre

mulheres migrantes e nacionais é, respectivamente, 71,49% e 55,56%. Nos estudos de Sass et al. (2010) e Ferreira (2019), ambos realizados na cidade de São Paulo, foi observado que mulheres migrantes têm uma proporção maior de partos vaginais em comparação com brasileiras. Vários fatores contribuem para explicar essa diferença percentual. No Brasil, existe uma cultura centrada no protagonismo médico, em que o parto é frequentemente determinado pela disponibilidade e agenda dos médicos. Além disso, existe uma falsa compreensão de que a cirurgia cesárea é mais segura do que o parto normal (Anjos et al., 2014; Oliveira et al., 2016).

É importante ressaltar, no entanto, que o parto vaginal espontâneo significa que a mulher deu à luz com a menor intervenção possível, e isso está relacionado a menos problemas de saúde para a criança após o nascimento (Väisänen, Remes e Martikainen, 2022). A Organização Mundial da Saúde tem apontado para a preferência dos partos vaginais, recomendado o padrão de cirurgia cesárea em apenas 15% dos casos de gravidez (OMS, 2015).

Ao analisar o início do pré-natal, observou-se que as mulheres migrantes iniciam o acompanhamento mais tardiamente em comparação com as mulheres brasileiras. Vale ressaltar que o acompanhamento pré-natal é um método fundamental para prevenir, identificar e tratar fatores de risco, reduzindo o risco de mortalidade neonatal durante o parto e nos primeiros meses de vida e a ocorrência de baixo peso ao nascer (OMS, 2015). Um estudo de abrangência nacional conduzido por Viellas et al. (2014) revelou que, nos anos de 2011-2012, 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes do quarto mês gestacional e realizaram seis consultas ou mais em 73,1% dos casos. Entretanto, pesquisas que investigam a assistência pré-natal prestada à população migrante internacional não parecem coincidir com os dados apresentados pelas autoras.

Em âmbito internacional, o estudo realizado por Sherraden e Barrera (1996) nos Estados Unidos indica que 55% das mulheres mexicanas iniciaram o atendimento pré-natal no período recomendado. Fobelets et al. (2015), na Bélgica, constataram que as mulheres migrantes internacionais têm três vezes mais probabilidade de iniciar o acompanhamento pré-natal tardiamente em comparação com as mulheres nacionais.

Estudos realizados na América Latina e no Brasil também apresentam evidências semelhantes. Cabieses et al. (2017), ao desenvolverem pesquisa no ano de 2012 em um estado chileno, concluíram que o atendimento pré-natal anterior ao terceiro mês de gestação é realizado em 66,6% das mulheres chilenas e em somente 33,4% das mulheres migrantes internacionais. Em nível nacional, Ferreira (2019) explica que as mulheres de nacionalidade boliviana iniciaram o acompanhamento após o terceiro mês de gestação em quase metade dos casos (47,9%). Os dados encontrados em Francisco Morato, dessa forma, assemelham-se a estudos similares, demonstrando, em mais um aspecto, a vulnerabilidade que a população migrante internacional vivencia no país de destino.

O número de consultas pré-natais realizadas também foi uma variável que demonstrou diferença significativa. As mulheres migrantes que residem em Francisco Morato enfrentam uma maior vulnerabilidade em comparação com as mulheres locais. Isso se reflete no fato de que 34% das mulheres migrantes realizaram seis consultas pré-natais ou menos, enquanto essa porcentagem fica em torno de 26% entre as mulheres nacionais. Os dados encontrados em nossa pesquisa se aproximam bastante dos resultados obtidos por Ferreira (2019) na cidade de São Paulo (37,1% e 22,8%, respectivamente). Isso indica um possível padrão desfavorável no acesso e no atendimento das mulheres migrantes internacionais nos serviços de saúde pré-natal brasileiros.

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo analisou comparativamente informações quantitativas relacionadas ao acompanhamento pré-natal e parto realizado pelas gestantes migrantes internacionais e brasileiras residentes no município de Francisco Morato nos anos de 2012 a novembro de 2022, tentando, a partir disso, identificar como se dá o acesso das gestantes internacionais à assistência pré-natal.

Os resultados apresentados neste estudo destacam a existência de desigualdades sociais em saúde entre mulheres nacionais e migrantes, especialmente no contexto da assistência pré-natal. Há uma associação entre mulheres migrantes e características como idade avançada, menor escolaridade em anos de estudo e estado civil de solteira no momento do parto. Podemos identificar, dessa forma, uma maior propensão das mulheres migrantes em ocupar os grupos de risco para o período gestacional (Ministério da Saúde, 2010). Essas condições sociais são definidas como prioritárias para o atendimento e acompanhamento longitudinal do pré-natal. Contudo, as desigualdades sociais de saúde apresentadas não repercutem em um acesso prioritário pelas mulheres migrantes. Quando comparadas as mulheres nacionais, as mulheres migrantes têm um acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal tardio, com um reduzido número de consultas.

Na medida em que a saúde se apresenta como uma produção social, diretamente relacionada com acesso à educação, à moradia, à cultura e às políticas públicas (Carvalho e Buss, 2012; Castellanos, 1997; Laurell, 1982;), quanto mais carências tem um sujeito nas dimensões que compõe a sua vida cotidiana, maior será a sua desvantagem em produzir uma vida saudável (Carvalho e Buss, 2012). Nesse contexto, a migração internacional para a cidade de Francisco Morato constitui um fator de risco para a saúde neonatal, indicando uma população que ainda não encontrou o seu espaço dentro da saúde pública do município.

Devido à sua natureza quantitativa, a pesquisa não conseguiu aprofundar sobre importantes dados sociodemográficos relativos à moradia, ao trabalho e à condição de renda. Nesse sentido, reconhecemos a importância de uma análise mais aprofundada desses aspectos para uma compreensão mais completa das condições de saúde da população migrante no município, bem como das dinâmicas de mobilidade em direção à cidade de Francisco Morato.

Pesquisas futuras podem aprofundar a temática e os resultados aqui encontrados, de modo a apontar quais fatores estão relacionados a determinadas variáveis. Embora os dados quantitativos possam indicar a barreira de acesso das gestantes imigrantes ao serviço pré-natal, evidenciando que ele é tardio e realizado em menor número de vezes do que o recomendado, há a necessidade de conhecer quais são os fatores que estão relacionados a determinadas variáveis da barreira de acesso. Esse entendimento abre caminho para a identificação de possibilidades de enfrentamento das desigualdades relacionadas ao cuidado materno-infantil de mulheres migrantes internacionais.

Um possível viés da pesquisa realizada é a possibilidade de defasagem dos dados apresentados. Esses dados, sabemos, estão sujeitos a erros de preenchimento, o que pode afetar a pesquisa.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, Gisele Maria Ribeiro de e Baeninger, Rosana Aparecida (2013). Modalidades Migratórias Internacionais: da diversidade dos fluxos às novas exigências conceituais. Em: Baeninger, Rosana Aparecida (org.). *Coleção Por Dentro do Estado de São Paulo: Migração Internacional*. (pp. 23–34). Campinas: Nepo-Unicampo.

Anjos, Cinthia de Souza dos, Westphal, Flavia e Goldman, Rosely Erlach (2014). Cesárea desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. *Enfermagem Obstétrica*, 1(3), 86-94.

Anjos, Juliana Cristine dos e Boing, Antonio Fernando (2016). Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(4), 835-850. doi: 10.1590/1980-5497201600040013

Baeninger, Rosana (2016). Migração Transnacional: elementos teóricos para o debate. Em: Baeninger Rosana, Peres Roberta, Fernandes Duval, Silva Sidney Antônio da, Assis Gláucia de Oliveira, Castro Maria da Conceição, Cotinguiba Marília Pimentel. *Imigração Haitiana no Brasil*. (pp. 13-44). Campinas: Unicamp.

Baeninger, Rosana, Demétrio, Natália Belmonte e Domeniconi, Joice (2019). Espaços das Migrações Transnacionais: perfil sociodemográfico de imigrantes da África para o Brasil no século XXI. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27(56), 35–60.

Baeninger, Rosana e Peres, Roberta (2015). Migração de crise: a migração haitiana para o Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Belo Horizonte, 34(1), 119–143.

Barata, Rita Barradas (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Barata, Rita Barradas (2012). Desigualdades sociais e saúde. Em: Campos, Gastão Wagner de Sousa, Bonfim, José Ruben de Alcântara; Minayo, Maria Cecília de Souza, Akerman, Marco, Drumond Júnior, Marcos e Carvalho, Yara Maria de. *Tratado de Saúde Coletiva*. (483-512). São Paulo: Hucitec.

Batista, Delma Riane Rebouças, Gugelmin, Silvia Angela e Muraro Ana Paula (2018). Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18(2), 317-326. doi: 10.1590/1806-93042018000200005

Bertolo, Jaqueline (2018). Migração com rosto feminino: múltiplas vulnerabilidades, trabalho doméstico e desafios de políticas e direitos. *Revista Katálysis*, 21(2), 313-323. doi: 10.1590/1982-02592018v21n2p313

Cabieses, Baltica, Chepo, Macarena, Oyarte, Marcela, Markkula, Niina, Bustos, Patricia, Pedrero, Víctor, & Delgado, Iris. (2017). Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista chilena de pediatría*, 88(6), 707-716. doi: 10.4067/S0370-41062017000600707

Carneiro Junior, Nivaldo, Aith, Fernando, Silva, Rubens Antonio da, Wanderley, Dalva Marli Valério, Luna, Expedito José e Shikanai-Yasuda, Maria Aparecida (2022). Acesso e direito à saúde para migrantes bolivianos em uma metrópole brasileira. *Saúde e Sociedade*, 31(3), 1-12. doi: 10.1590/S0104-12902022210761pt

Carneiro Junior, Nivaldo, Silveira, Cássio Silva, Lia, Maria Brito da e Yasuda, Maria Aparecida Shikanai (2018). Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 87-96. doi: 10.1590/1807-57622016.0338

Carneiro Junior, Nivaldo, Oliveira, Rute Loreto Sampaio de, Jesus, Christiane Herold de e Luppi, Carla Gianna (2011). Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *BIS, Boletim Instituto de Saúde*. 13(2), 177–181. doi: 10.52753/bis.2011.v13.33680



Carvalho, Antonio Ivo de e Buss, Paulo Marchiori (2012). Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. Em: Giovanella, Lígia, Escorel, Sarah, Lobato, LEnaura de Vasconcelos Costa, Noronha, José Carvalho e Carvalho, Antonio Ivo de. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. (pp.121-142). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Castellanos, Pedro Luis (1997). Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. Em: Barata, Rita Barradas. *Condições de vida e Situação de Saúde*. (pp. 31-70). Rio de Janeiro: ABRASCO.

Cavalcanti, Leonardo, Oliveira, Tadeu de e Silva, Bianca (2021). Relatório Anual 2021 – 2011-2020: *Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil*. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021. Recuperado de: Relatório\_Anual\_-\_Completo.pdf (mj.gov.br)

Cavalcanti, Leonardo, Oliveira, Tadeu, Macedo, Marília (2018). *Migrações e Mercado de Trabalho no Brasil. Relatório Anual 2018*. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília: OBMigra.

Chagas, Cassiele Arantes de Moraes (2007). *A periferização da pobreza e da degradação sócio-ambiental na Região Metropolitana de São Paulo, o caso de Francisco Morato* (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Curso de Arquitetura e Urbanismo, Planejamento Urbano e Regional, Universidade de São Paulo. Recuperado de: A periferização da pobreza e da degradação sócio-ambiental na Região Metropolitana... (usp.br)

CNDSS - Comissão Nacional obre Determinantes Sociais da Saúde (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). Brasília: Congresso Nacional.

Corbani, Nilza e Bastos, Silva (2010). Direito ao pré-natal humanizado sob o olhar da grávida. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*. 12(3), 219-286. doi: 10.52753/bis.2010.v12.33765

Cymbalista, Renato e Xavier, Iara Rolnik (2007). A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. *Cadernos Metrôpole*. 17, 119-133.

Ferreira, Érica Karoline (2019). *Perfil das mães imigrantes internacionais residentes no município de São Paulo* (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Curso de Saúde Pública, Epidemiologia, Universidade de São Paulo. Recuperado em: Perfil das mães imigrantes internacionais residentes no município de São Paulo (usp.br)

Fobelets, Maaike, Beeckman, Katrien, Hoogewys A, Embo, Mieke, Buyl, Ronald e Putman, Koen (2015). Predictors of late initiation for prenatal care in a metropolitan region in Belgium. A cohort study. *Public Health*, 129(6), 648-654. doi: 10.1016/j.puhe.2015.03.008

Fukunaga, Erika Tiemi, Guibu, Ione Aquemi, Moraes, José Cássio de, Rujula, Maria Josefa Penon, Castro, Paula Carrara de e Ching, Ting Hui (2018). *Bases de Estatística para Profissionais de Saúde*. São Paulo: CEALAG.

Goldberg, Alejandro, Martin, Denise e Silveira, Cássio. (2015). Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 19(53), 229-232. doi: 10.1590/1807-57622015.0194

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021). *Francisco Morato*. Brasil: Brasília. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/francisco-morato.html>

IPRS – Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (2018). *Índice Paulista de Responsabilidade Social*. São Paulo: São Paulo. <http://www.iprs.seade.gov.br/>

Koster, Khalid (2016). Migration and globalization. In: KOSTER, Khalid. *International Migration: a very short introduction*. (pp. 28-40). Oxford: Oxford University Press.

Laurell, Asa Cristina (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*. Santiago, 19, 1-11.

Lei 8.080 (1990). Brasília.

Lima, Jaqueline Costa, Mingarelli, Alexandre Marchezoni, Segri, Neuber José, Zavala, Arturo Alejandro Zavala e Takano, Olga Akiko (2017). Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. *Ciência & Saúde Coletiva* 22(3), 931-939. doi: 10.1590/1413-81232017223.12742016

Magalhães, Luís Felipe Aires, Bógus, Lúcia Maria Machado e Baeninger, Rosana (2018). Migrantes haitianos e bolivianos na cidade de São Paulo: transformações econômicas e territorialidades migrantes. *REMHU: Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana*, 26(52), 75-94. doi: 10.1590/1980-85852503880005205

Maia, Doralice Sátyro (2010). A periferização e a fragmentação da cidade: loteamentos fechados, conjuntos habitacionais populares e loteamentos irregulares na cidade de Campina Grande-PB, Brasil. *Scripta Nova*. 14, 1-15.

Manrique, Luis Esteban G. (2012). El emergente eje 'Sur-Sur' global. *Política Exterior*, 26(146), 104-117.

Martin, Angela e Piccinini, Cesar Augusto (2009). Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. *Psico*. 40(4), 422-429.

Martine, George (2005). A globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21. *São Paulo em perspectiva*. São Paulo, 19(3), 3-22.

Massey, Douglas S., Arango, Joaquin, Hugo, Graeme, Kouaouci, Ali, Pellegrino Adela e Taylor, J. (1993). Edward. Theories of International Migration: a review and appraisal. *Population And Development Review*, 19(3), 431-466.

McAuliffe, Marie e Triandafyllidou, Anna (2021). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Ginebra: OIM; 2021.

Menéndez, Eduardo Luiz (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109-118. doi: 10.1590/1413-81232015211.20252015

Ministério da Saúde (2010). *Gestão de Alto Risco: Manual Técnico*. Brasília: MS.

Ministério da Saúde (2018). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Recuperado de: Política-Nacional-de-Atenção-Integral-à-Saúde-da-Criança-PNAISC-Versão-Eletrônica.pdf (fiocruz.br)

Ministério da Saúde (2022). *Portaria GM/MS nº 715, de 4 de Abril de 2022*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).

Noronha, José Carvalho de, Lima, Luciana Dias de e Machado, Cristiani Vieira (2012). O Sistema Único de Saúde - SUS. Em: Giovanella, Lígia, Escorel, Sarah, Lobato, LEnaura de Vasconcelos Costa, Noronha, José Carvalho e Carvalho, Antonio Ivo de. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. (pp.345-394). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Oliveira, Luciano Moreira de (2010). Princípio da Universalidade do acesso à saúde e a indevida exigência de comprovação de hipossuficiência em juízo. *BIS: Boletim Do Instituto De Saúde*. 12(3), 234-239.

Oliveira, Rosana Rosseto de, Melo, Emiliana Cristina, Novaes, Elisiane Soares, Ferracioli, Patrícia Louise Rodrigues Varela, e Mathias, Thais Aidar de Freitas (2016). Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 50(5), 733-740.

Oliveira, Tadeu de (2021). A dinâmica demográfica de imigrantes e refugiados no Brasil da década de 2010. Em: Cavalcanti, Leonardo, Oliveira, Tadeu de e Silva, Bianca. *Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil*. Série Migrações. Observatório das Migrações

Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. (pp. 53-75). Brasília: OBMigra.

Oliveira, Tatiana Gandolfi de, Freire Paula Vieira, Moreira, Flávia Thomé, Moraes, Juliana da Silva Bemfeito de, Arrelaro Raquel Coris, Rossi Sarah, Ricardi, Viviane Alves, Juliano, Yara, Novo, Neil Ferreira e Bertagnon, José Ricardo Dias (2012). Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. *Einstein*. 10(1), 22-28. doi: 10.1590/S1679-45082012000100006

OMS - Organização Mundial da Saúde (2015). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Genebra: OMS.

Pachi, Priscilla (2020a). A precarização do trabalho do imigrante haitiano em São Paulo. *Travessia, Revista do Migrante*, 32(88), 24-42. doi: 10.48213/travessia.i88.952

Pachi, Priscilla (2020b). A imigração haitiana e as mudanças no espaço urbano da cidade de São Paulo. *Ideias*, 11, 3-29. doi: 10.20396/ideias.v11i0.8658449

Paim, Jairilson Silva (1997). Abordagens Teórico-Conceituais em Estudos de Condições de Vida e Saúde: notas para reflexão e ação. Barata, Rita Barradas. *Condições de vida e Situação de Saúde*. (pp. 7-30). Rio de Janeiro: ABRASCO.

Parise, Padre Paolo e Diémé, Kassoum (2016). A Missão Paz e imigração haitiana em São Paulo, 2010-2015. *Travessia - Revista do Migrante*, 79, 133-144. doi: 10.48213/travessia.i79.62

Patarra, Neide Lopes (2006). Migrações internacionais: teorias, políticas e movimentos sociais. *Estudos Avançados*, 20(57), 7-24.

Peters, Margaret E. (2015). Migration and Globalization. Em: Scott, Robert e Kosslyn, Stephen. *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences*. (pp. 1-10). Wiley.

Ribeiro, Kelen Gomes, Andrade, Luiz Odorico Monteiro de, Aguiar, Jaina Bezerra de, Moreira, Ana Ester Maria Melo e Frota, Amanda Cavalcante (2018). Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(1), 1387-1398. doi: 10.1590/1807-57622017.0419

Santos, Milton (1993). *Urbanização brasileira*. São Paulo: Hucitec.

Sass, Nelson, Figueredo, Junior Alcides Rocha de, Siqueira, José Martins, Silva, Fabio Roberto Oliveira da, Sato, Jussara Leiko, Nakamura, Mary Uchiyama e Sousa, Eduardo de (2010). Desfechos maternos e perinatais em gestantes bolivianas no município de São Paulo: um estudo transversal caso-controle. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(8), 398-404. doi: 10.1590/S0100-72032010000800007

Sayad, Abdelmalek (1998). *A imigração ou os paradoxos da alteridade*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Sherraden, Margaret Sherrard e Barrera, Rossana E. (1996). Prenatal Care Experiences and Birth Weight Among Mexican Immigrant Women. *Journal Of Medical Systems*, 20(5), 329-350.

Simão, Carolina Ramos (2020). *Índice de Apgar e comorbilidades no recém-nascido: Estudo retrospectivo de 2 anos no CHUCB* (Dissertação de Mestrado). Covilhã, Portugal: Curso de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Slaibi, Maria Cristina Barros Gutiérrez (2010). O direito fundamental à saúde. *BIS: Boletim Do Instituto de Saúde*. 12(3),227-233.

Sousa, Paulo Henrique Santana Feitosa, Souza, Raianne Freitas, Nascimento, Rodrigo Tojal, Silva, Maria Morgana Lima, Jesus, Dávila Valéria de, Pedral, Larissa De Oliveira, Santos, Manoela Ferreira e Gomes, Viviane Da Silva (2021). Fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. *Brazilian Journal Of Development*, 7(1), 11447-11462. doi: 10.34117/bjdv7n1-780

Tonini, Sandra Cristina Correia Loureiro e Kalckman, Suzana (2019). Saúde da população Síria: percepções dos profissionais da atenção primária a saúde da supervisão técnica de saúde da Mooca do município de São Paulo. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*, 109-116. doi: 10.52753/bis.2019.v20.34557

Väisänen, Heini, Remes, Hanna e Martikainen, Pekka (2022). Perinatal health among migrant women: a longitudinal register study in finland 2000-17. *SSM - Population Health*, 20;101298. doi: 10.1016/j.ssmph.2022.101298

Vidali, Agnaldo (2019). *A História do Município de Francisco Morato: muito além da cidade dormitório*. São Paulo: Gilberto Araújo Rosa.

Viellas, Elaine Fernandes, Domingues, Rosa Maria Soares Madeira, Dias, Marcos Augusto Bastos, Gama, Silvana Granado Nogueira da, Theme Filha, Mariza Miranda, Costa, Janaina Viana da, Bastos, Maria Helena e Leal, Maria do Carmo (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 30, S85-S100.

Villen, Patrícia (2016). Periféricos na periferia. Em: Baeninger Rosana, Peres Roberta, Fernandes Duval, Silva Sidney Antônio da, Assis Gláucia de Oliveira, Castro Maria da Conceição, Cotinguiba Marília Pimentel (org.). *Imigração Haitiana no Brasil* (pp. 45-64). Jundiaí: Paco editorial.

Xavier, Iara Rolnik (2012). A inserção socioterritorial de migrantes bolivianos em São Paulo. Uma leitura a partir da relação entre projetos migratórios, determinantes estruturais e os espaços da cidade. Em: Baeninger, Rosana. Imigração Boliviana no Brasil (pp. 109-154) Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfp.

Waldman, Tatiana Chang (2011). Movimentos Migratórios sob a Perspectiva do Direito à Saúde: Imigrantes Bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, 12(1); 90–114. doi: 10.11606/issn.2316-9044.v12i1p90-114

WHO - World Health Organization (2014). *Recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health*. Geneva: World Health Organization.