

DESAFIOS NO ACESSO DE MULHERES IMIGRANTES AOS SERVIÇOS GINECOLÓGICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

CHALLENGES IN ACCESS TO GYNECOLOGICAL SERVICES BY IMMIGRANT WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL

Ana Clara Oliveira Barros¹

Taciana Rymsza²

RESUMO: Estudos sobre migração e saúde pública mostram que mulheres imigrantes enfrentam barreiras importantes de acesso, relacionadas a idioma, cultura, desigualdades territoriais e fragilidades nos sistemas de informação. Considerando esse cenário, este estudo analisou a oferta de ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde entre 2020 e 2024 nos estados brasileiros com maior concentração de mulheres imigrantes. Foram utilizados dados do SIA/SUS referentes à coleta citopatológica, consultas pré-natais e consultas puerperais nos quatro municípios de cada estado com maior presença migrante. Os resultados mostraram forte concentração dos procedimentos nas capitais, enquanto municípios de fronteira apresentaram baixos volumes ou ausência de registros. As consultas puerperais foram o procedimento mais fragilizado. Os achados reforçam desigualdades no cuidado reprodutivo e a necessidade de melhorias no acesso, na qualificação dos registros e na elaboração de políticas sensíveis às especificidades das mulheres imigrantes.

Palavras-chave: saúde da mulher. Atenção Primária à Saúde. Imigrantes. SIA/SUS.

ABSTRACT: Studies on migration and public health indicate that immigrant women face important barriers to accessing healthcare, including language difficulties, cultural differences and gaps in information systems. In this context, this study analyzed the provision of women's health services in Primary Health Care between 2020 and 2024 in Brazilian states with the highest concentration of immigrant women. Data from the SIA/SUS system were used for cervical cytopathology, prenatal consultations and postpartum consultations in the four municipalities of each state with the largest migrant presence. The results showed strong concentration of procedures in state capitals, while border municipalities presented low volumes or absence of records. Postpartum consultations were the most fragile component. The findings highlight persistent inequalities in reproductive care and reinforce the need for improved access, better data quality and culturally sensitive policies for immigrant women.

Keywords: women's health. Primary Health Care. Migrants. SIA/SUS.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem se consolidado como importante destino de fluxos migratórios nas últimas décadas. Entre 2011 e 2023, mais de dois milhões de pessoas cruzaram as fronteiras do país, segundo dados do Ministério da Justiça e Segurança Pública e do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra). Uma parcela significativa dessa população é composta por mulheres

¹ Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG).

² Graduada em Medicina, especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Mestre em Engenharia Biomédica; Docente do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG) — Orientadora.

em idade reprodutiva, o que torna necessário compreender como ocorre o acesso aos serviços de saúde sexual, reprodutiva e materna no Sistema Único de Saúde (SUS).

Diversos estudos apontam que mulheres imigrantes enfrentam barreiras importantes no contato com os serviços de saúde. A comunicação limitada, as diferenças culturais, a desinformação sobre o funcionamento da rede e a falta de apoio institucional dificultam a realização de ações preventivas em relação a questões ginecológicas e o acompanhamento do ciclo gestacional. Pesquisas nacionais mostram que a dificuldade com o idioma e a falta de compreensão sobre os níveis assistenciais do SUS interferem na continuidade do cuidado e no vínculo com a Atenção Primária à Saúde. Há também relatos de experiências marcadas por preconceitos, práticas pouco acolhedoras e situações que podem configurar violência simbólica.

A literatura destaca ainda que a migração deve ser compreendida como determinante social da saúde. Relatórios da Organização Internacional para as Migrações (OIM) e da OPAS demonstram que populações migrantes apresentam maior risco de desfechos adversos, descontinuidade do cuidado e vulnerabilidade no acesso aos serviços. Soma-se a isso a fragilidade dos sistemas de informação em saúde. A ausência de dados completos e o preenchimento inadequado das bases dificultam a compreensão real das necessidades dessas mulheres e comprometem o planejamento das políticas públicas.

2

Entre os procedimentos essenciais da saúde reprodutiva, destacam-se o exame citopatológico do colo uterino, as consultas pré-natais e as consultas puerperais. Esses cuidados são fundamentais para prevenir agravos, reduzir desigualdades e garantir acompanhamento seguro durante gestação e pós-parto. No entanto, evidências indicam que mulheres imigrantes podem estar sub-representadas nos registros do SUS, seja por barreiras de acesso, seja por falhas de registro.

Diante desse cenário, o presente estudo tem por objetivo analisar a produção dos procedimentos citados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) entre 2020 e 2024, nos estados brasileiros com maior concentração de mulheres imigrantes. A comparação entre capitais, cidades de fronteira e municípios com forte presença migrante permite observar como a migração influencia o acesso aos serviços e como essas mulheres aparecem — ou deixam de aparecer — nas bases de dados. Parte-se da hipótese de que mulheres imigrantes apresentam menor acesso às ações de saúde ginecológica e obstétrica na Atenção Primária à Saúde, refletido em menor produção registrada de procedimentos, especialmente em

municípios de fronteira. Os achados contribuem para o debate sobre equidade em saúde e podem orientar estratégias mais sensíveis e eficazes de cuidado à população imigrante no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Migração, gênero e saúde reprodutiva

O crescimento dos fluxos migratórios no Brasil nas últimas décadas é um fenômeno expressivo que impacta diretamente o campo da saúde pública. De acordo com o Ministério da Justiça e Segurança Pública (2024), mais de 1,7 milhão de pessoas migraram para o país entre 2011 e 2023, o que inclui contingentes importantes de mulheres em idade reprodutiva. Esse cenário demanda do Sistema Único de Saúde (SUS) um olhar atento às especificidades das necessidades ginecológicas e obstétricas dessas mulheres.

Zerbeto et al. (2024) ressalta que a maioria das mulheres migrantes que chegam ao Brasil está em idade fértil, o que reforça a necessidade de políticas de atenção à saúde reprodutiva culturalmente sensíveis. A feminização da migração, portanto, não apenas amplia o desafio de oferta de serviços, mas também evidencia desigualdades de gênero e barreiras culturais no acesso aos cuidados de saúde.

Essas barreiras se expressam de diversas formas, sendo a linguagem um dos principais obstáculos. A dificuldade de comunicação entre profissionais de saúde e usuárias migrantes interfere na qualidade do atendimento, no vínculo terapêutico e na continuidade do cuidado. Jacinto et al. (2023) destaca que as mulheres migrantes, especialmente as haitianas e venezuelanas, enfrentam barreiras linguísticas significativas, o que as torna mais vulneráveis à desinformação e à exclusão. Essa desigualdade é agravada por fatores sociais, como a divisão sexual do trabalho, que faz com que homens migrantes dominem melhor a língua portuguesa, enquanto as mulheres permanecem mais restritas ao ambiente doméstico.

A experiência migratória feminina no Brasil também é marcada por episódios de intolerância cultural e pela falta de preparo das equipes de saúde. Teixeira (2022) observa que muitas mulheres imigrantes relatam experiências de negligência, incompreensão e falta de empatia nos serviços públicos, o que configura formas sutis de violência institucional. Nesse sentido, o acesso à saúde reprodutiva não depende apenas da disponibilidade de serviços, mas da capacidade dos profissionais de reconhecer e respeitar as diferentes identidades culturais presentes no atendimento.

Assim, compreender a migração sob o enfoque de gênero é essencial para entender os desafios no cuidado gineco-obstétrico na Atenção Primária à Saúde (APS). A vulnerabilidade

das mulheres imigrantes resulta de uma interseção de fatores linguísticos, culturais, econômicos e políticos, que devem ser considerados na formulação de políticas públicas de saúde inclusivas.

2.2 Atenção Primária à Saúde e barreiras de acesso

A Atenção Primária à Saúde é o principal nível de entrada no SUS e deve assegurar o acesso universal e equitativo. Contudo, diversos estudos indicam que, para mulheres migrantes, esse acesso ainda é limitado e permeado por desigualdades estruturais.

Assis et al. (2017) aponta que as dificuldades mais recorrentes vividas por imigrantes haitianos no Brasil incluem a barreira do idioma, as condições precárias de moradia e a falta de compreensão sobre o funcionamento do sistema público de saúde. Esse desconhecimento impede o uso adequado dos serviços e dificulta a continuidade do cuidado, especialmente em situações que exigem acompanhamento longitudinal, como o pré-natal e o puerpério.

Pesquisas de Losco e Gemma (2021) indicam que a procura dos imigrantes pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) está fortemente associada às demandas relacionadas à saúde da mulher e da criança, como o exame preventivo do colo do útero e o acompanhamento gestacional. No entanto, a adesão a essas práticas depende da qualidade do acolhimento e da sensibilidade cultural das equipes, que muitas vezes não estão preparadas para lidar com as especificidades de cada grupo migrante.

Jacinto et al. (2023) apresenta experiências positivas de adaptação cultural na Atenção Primária à Saúde (APS), como a tradução de materiais de acompanhamento pré-natal para o crioulo e o francês, que facilitaram o acesso e a compreensão das gestantes haitianas. Essas iniciativas demonstram que o investimento em práticas interculturais pode reduzir as desigualdades no atendimento e fortalecer o vínculo entre profissionais e usuárias.

Por outro lado, Silva e Arruda-Barbosa (2020) destacam que, em muitos contextos, a atenção ainda é fragmentada e marcada por uma lógica biologistica e curativista. A falta de compreensão sobre a organização do SUS e de estratégias de educação em saúde direcionadas aos migrantes reforça a sensação de exclusão e desamparo.

De acordo com Loeste et al. (2024), a APS tem potencial para ser o principal espaço de acolhimento e cuidado das mulheres imigrantes, desde que reconheça as condições concretas de vida, trabalho e vulnerabilidade social dessas populações. Isso requer não apenas ampliação da cobertura, mas também formação profissional pautada em competência cultural, ética e humanização.

2.3 Políticas públicas e invisibilidade dos dados

Um dos grandes desafios para a promoção da equidade em saúde das mulheres migrantes no Brasil é a invisibilidade estatística. A Organização Internacional para as Migrações (OIM, 2022) destaca que a ausência de informações desagregadas por nacionalidade, raça e status migratório nos sistemas oficiais de saúde impede o monitoramento real das condições de acesso dessa população. Segundo o relatório, a falta de preenchimento adequado dos registros do SUS compromete a consolidação de bancos de dados que reflitam a realidade migratória.

A OIM (2022) ainda observa que o processo migratório pode aumentar a exposição a riscos físicos e mentais, sendo reconhecido como um determinante social da saúde. Esse entendimento reforça a necessidade de que políticas públicas de saúde considerem a migração como variável central no planejamento e na vigilância em saúde.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2025) evidencia, em relatório recente, que as populações migrantes na América Latina apresentam elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil. Casos de morbidade materna extrema e mortalidade perinatal entre mulheres migrantes, especialmente venezuelanas, apontam para desigualdades no acesso a cuidados obstétricos adequados. No Brasil, segundo Silva et al. (2025), o período da pandemia de COVID-19 acentuou essas desigualdades, resultando em um excesso de óbitos maternos entre haitianas e venezuelanas quando comparadas às brasileiras, o que evidencia falhas na oferta e na acessibilidade dos serviços.

A falta de dados específicos sobre nacionalidade nos sistemas do SUS — como o SIA/SUS, e-SUS AB e SIM — torna invisível a realidade das mulheres migrantes e compromete o planejamento de políticas efetivas. Essa invisibilidade informacional não é neutra: ela reflete uma forma de exclusão institucional e política. Superar esse problema requer a integração entre vigilância em saúde, assistência e gestão de dados, de modo a garantir que a condição migratória seja considerada nos instrumentos de registro e análise.

Portanto, políticas públicas voltadas à saúde das mulheres imigrantes devem contemplar a perspectiva interseccional, reconhecendo como gênero, raça, classe e nacionalidade interagem para produzir desigualdades em saúde. A inclusão de marcadores migratórios nas bases de dados e a criação de estratégias de atenção culturalmente competentes são passos fundamentais para o fortalecimento da equidade no SUS.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, documental e de abordagem quantitativa, baseado em dados secundários, que analisa a produção de procedimentos relacionados à saúde da mulher imigrante na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Os dados foram obtidos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), disponibilizado pelo Ministério da Saúde por meio do DATASUS, considerando valores anuais agregados no período de 2020 a 2024.

Foram incluídos os estados do Paraná, Amazonas, Roraima, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo, selecionados com base no Censo Demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e em relatórios migratórios recentes, por apresentarem maior concentração de mulheres imigrantes e relevância nos fluxos migratórios nacionais. Em cada estado, foram analisados os quatro municípios com maior presença de mulheres imigrantes, conforme dados do IBGE.

A extração dos dados foi realizada por meio da plataforma TabNet do SIA/SUS, utilizando os parâmetros: linha “Município”, coluna “Complexidade (Atenção Básica)” e conteúdo “Quantidade aprovada”. Foram analisados três procedimentos considerados centrais no cuidado gineco-obstétrico na APS: coleta de material do colo uterino para exame citopatológico, consultas pré-natais e consultas puerperais.

6

Esses indicadores representam etapas essenciais da linha de cuidado em saúde sexual e reprodutiva, incluindo ações de prevenção, acompanhamento da gestação e seguimento no período pós-parto. A análise consistiu na comparação descritiva da produção ambulatorial entre estados e municípios com diferentes concentrações de mulheres imigrantes.

Ressalta-se que os dados utilizados se referem à produção ambulatorial registrada no SIA/SUS, não sendo possível inferir diretamente o acesso real aos serviços de saúde. A ausência ou baixa frequência de registros pode refletir tanto barreiras de acesso quanto fragilidades no preenchimento e na alimentação dos sistemas de informação. Além disso, a inexistência da variável “nacionalidade” nos sistemas públicos limita a identificação direta da população imigrante, devendo os resultados ser interpretados com cautela.

4 ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Coleta de material citopatológico

A análise dos dados de coleta citopatológica entre 2020 e 2024 evidencia desigualdades significativas entre os estados e, sobretudo, entre municípios com maior presença de mulheres imigrantes. Em todos os estados avaliados, observa-se que as capitais concentram a maior parte

dos registros, enquanto municípios de fronteira e regiões de entrada de imigrantes apresentam valores reduzidos ou ausência de produção. Esse padrão sugere limitações de acesso e fragilidades nos sistemas de informação, reforçando a invisibilidade das mulheres migrantes nos registros do SIA/SUS.

Em Roraima, Boa Vista apresenta redução expressiva no registro das coletas ao longo dos anos; já Pacaraima praticamente não registra procedimentos, apesar de ser porta de entrada de mulheres venezuelanas. Municípios com menor presença migrante, como Iracema, mantêm registros mais regulares, o que indica desigualdade territorial na oferta de ações preventivas. No Amazonas, Manaus concentra a maior parte das coletas, enquanto Tabatinga, Benjamin Constant e São Gabriel da Cachoeira apresentam baixa frequência de registros, sugerindo barreiras estruturais e logísticas que dificultam o acesso das populações migrantes à Atenção Primária.

No Paraná, Curitiba, Cascavel e São José dos Pinhais apresentam aumento progressivo na produção, mas Foz do Iguaçu, apesar de sua relevância migratória, apresenta valores reduzidos. Em Mato Grosso do Sul, municípios fronteiriços como Ponta Porã e Corumbá registram redução expressiva após 2022, o que pode refletir inconsistências de registro ou interrupções na oferta dos serviços preventivos. Esses achados se relacionam às barreiras linguísticas, culturais e institucionais apontadas pela literatura sobre migração e APS.

7

Os estados do Sudeste apresentam maior estabilidade na produção. No Rio de Janeiro, há crescimento das coletas, embora municípios como Niterói e Armação dos Búzios apresentem redução ao longo do período. Em São Paulo, observa-se expansão até 2023, seguida de leve redução em 2024, com concentração dos registros na capital. Minas Gerais apresenta tendência semelhante, com expansão até 2022 e redução moderada em 2023, ainda que cidades com grande população imigrante, como Uberlândia, apresentem redução expressiva.

No Sul, Santa Catarina apresenta oscilações entre os municípios, com crescimento mais evidente em Florianópolis e Blumenau e redução em Chapecó. No Rio Grande do Sul, Porto Alegre lidera a produção, enquanto municípios fronteiriços como Sant'Ana do Livramento mantêm valores reduzidos, apesar do perfil migratório local. Esses padrões indicam desigualdades territoriais persistentes e reforçam a ausência de estratégias específicas voltadas às mulheres imigrantes.

De forma geral, a presença de mulheres migrantes nos municípios analisados não se traduz em maior produção registrada de coletas citopatológicas. As capitais concentram os

atendimentos, enquanto áreas com fluxo migratório intenso permanecem sub-representadas ou ausentes nos registros. Esse comportamento reforça o que a literatura já descreve sobre vulnerabilidade informacional, barreiras de acesso e fragilidades na organização da APS para populações migrantes. Além disso, evidencia que as desigualdades observadas não se explicam apenas pela distribuição geográfica dos serviços, mas também por limitações estruturais e organizacionais da Atenção Primária e dos sistemas de informação, indicando a necessidade de estratégias que garantam o acesso equitativo das mulheres imigrantes ao rastreamento do câncer do colo do útero.

Tabela 1 - Coleta de material citopatológico

Registros anuais de coletas de material do colo uterino para exame citopatológico entre 2020 e 2024, nos quatro municípios com maior concentração de mulheres imigrantes em cada estado analisado.

Estado	Município	2020	2021	2022	2023	2024
Amazonas	Benjamin Constant	-	-	-	-	-
Amazonas	Manaus	3768	2226	1267	2968	9635
Amazonas	São Gabriel da Cachoeira	-	-	-	-	168
Amazonas	Tabatinga	-	607	-	-	-
Roraima	Boa Vista	80	415	420	387	143
Roraima	Iracema	62	19	80	81	17
Roraima	Cantá	-	-	-	-	-
Roraima	Pacaraima	-	-	-	-	-
Roraima	Rorainópolis	-	-	-	-	-
Minas Gerais	Belo Horizonte	510	565	931	1628	680
Minas Gerais	Contagem	22	24	51	194	233
Minas Gerais	Juiz de Fora	96	27	300	1081	1157
Minas Gerais	Uberlândia	444	856	176	10	-
Rio de Janeiro	Armação dos Búzios	717	771	146	99	242
Rio de Janeiro	Niterói	1572	2543	2992	710	100
Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	4210	5158	5162	6930	6423
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	5112	10488	134643	322958	326510
São Paulo	Campinas	1318	1827	2174	2210	1878
São Paulo	Guarulhos	156	373	425	315	482
São Paulo	Santos	12000	17819	21493	20696	21157
São Paulo	São Paulo	305023	395307	479371	492577	459887
Paraná	Cascavel	9590	14797	23411	21813	21234
Paraná	Curitiba	36669	53442	77108	92037	90973
Paraná	Foz do Iguaçu	66	105	92	58	105
Paraná	São José dos Pinhais	5056	5850	9948	12460	13494
Santa Catarina	Florianópolis	498	1020	959	1000	1084
Santa Catarina	Chapecó	13803	15949	982	58	11
Santa Catarina	Blumenau	1271	109	424	4431	7248
Santa Catarina	Joinville	17742	25955	28826	37724	8933
Rio Grande do Sul	Canoas	613	285	817	17162	3362
Rio Grande do Sul	Caxias do Sul	1165	1574	1644	1252	1402
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	4913	8400	8801	9637	6910
Rio Grande do Sul	Sant'Ana do Livramento	423	219	354	230	421
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	1844	267	572	401	465
Mato Grosso do Sul	Dourados	253	579	557	512	318
Mato Grosso do Sul	Ponta Porã	2284	3299	250	17	13
Mato Grosso do Sul	Corumbá	2718	3307	1560	601	827

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2025. Elaboração própria.

4.2 Consultas pré-natais

A análise dos registros de consultas pré-natais de 2020 a 2024 revela um padrão recorrente entre os estados avaliados: os maiores volumes de atendimentos concentram-se nas capitais e grandes centros urbanos, enquanto municípios de fronteira e localidades com maior presença de mulheres imigrantes apresentam valores reduzidos, redução progressiva ou ausência total de registros. Esse comportamento sugere que o acesso ao pré-natal entre gestantes migrantes permanece limitado e que os sistemas de informação não refletem plenamente a realidade da demanda, reforçando a invisibilidade dessa população nos dados oficiais do SIA/SUS.

No estado de São Paulo, observa-se expansão geral da oferta de consultas pré-natais no período analisado, com destaque para a capital, que apresenta o maior volume nacional. Contudo, a forte concentração de registros em São Paulo contrasta com a distribuição territorial das mulheres imigrantes. Municípios como Guarulhos, Campinas e Santos apresentam valores abaixo do esperado para seu porte populacional e perfil migratório. A tendência de redução contínua em Santos e a irregularidade acentuada em Guarulhos evidenciam instabilidade na oferta ou no registro dos atendimentos. Esses achados dialogam com a literatura que aponta obstáculos culturais, burocráticos e linguísticos no acesso das gestantes imigrantes à APS.

No Mato Grosso do Sul, os dados revelam um cenário preocupante. Municípios fronteiriços como Corumbá e Ponta Porã apresentam reduções abruptas e, em alguns anos, ausência completa de registros, apesar de serem áreas estratégicas de fluxo migratório. Campo Grande aparece apenas em 2020 e 2024, e Dourados mantém números consistentemente baixos. Esse padrão sugere falhas significativas na alimentação do sistema e dificuldades de monitoramento das gestantes migrantes, reforçando análises da OIM e da OPAS sobre barreiras documentais e logísticas enfrentadas nas regiões de fronteira.

No Paraná, Curitiba e Cascavel concentram a maior parte das consultas, com crescimento progressivo desde 2022. Entretanto, Foz do Iguaçu, um dos principais municípios migratórios do país, apresenta valores reduzidos e redução contínua. Esse contraste evidencia que a presença demográfica de mulheres imigrantes não se traduz necessariamente em maior produção registrada, o que indica possíveis barreiras de acesso e subnotificação. São José dos Pinhais mantém estabilidade, mas não acompanha a ampliação observada nos demais grandes centros do estado.

Em Minas Gerais, verifica-se uma tendência geral de redução das consultas pré-natais entre 2020 e 2024. Belo Horizonte apresenta redução expressiva, passando de mais de 14 mil atendimentos em 2020 para pouco mais de 4 mil em 2024. Contagem deixa de registrar dados a partir de 2023, e Uberlândia praticamente desaparece dos registros em 2023 e 2024, apesar de seu porte e da significativa presença de mulheres imigrantes. Esse padrão sugere inconsistência nos registros mais do que variação real na oferta, reforçando a necessidade de aprimoramento dos sistemas de informação.

No estado de Roraima, observa-se um dos exemplos mais relevantes de apagamento estatístico. Iracema, município pequeno e com baixa presença migrante, é o único com registros contínuos, enquanto Boa Vista e Pacaraima — principais polos migratórios — praticamente não apresentam dados. Tal discrepância evidencia falhas estruturais de registro e aponta que mulheres imigrantes podem estar ausentes das bases oficiais. Esses achados dialogam com discussões sobre invisibilidade institucional, especialmente em territórios amazônicos e de fronteira.

O Amazonas também apresenta concentração extrema das consultas em Manaus, enquanto municípios fronteiriços onde há intensa presença de imigrantes, como Tabatinga, Benjamin Constant e São Gabriel da Cachoeira, registram valores nulos ou muito reduzidos. Esse padrão reforça o argumento de que a ausência de dados em regiões remotas não indica ausência de gestantes, mas sim falhas históricas no registro e limitações geográficas e culturais que afetam o acesso.

10

No Rio de Janeiro, a capital apresenta aumento expressivo das consultas a partir de 2023, enquanto municípios como Niterói, Armação dos Búzios e Nova Iguaçu apresentam redução ou forte oscilação. A discrepância entre os municípios sugere heterogeneidade na organização da Atenção Primária e possível instabilidade na alimentação das bases do SIA/SUS, mais do que mudanças reais no acesso.

Em Santa Catarina, os dados mostram instabilidade significativa. Joinville se destaca com alto volume de procedimentos, mas apresenta redução abrupta em 2024. Florianópolis mantém baixos volumes estáveis, enquanto Chapecó e Blumenau mostram redução progressiva e ausência de registros em anos recentes, o que indica possível subnotificação em municípios com presença importante de migrantes.

No Rio Grande do Sul, Porto Alegre lidera a produção, embora em tendência de redução. Cidades como Caxias do Sul e Sant'Ana do Livramento apresentam ausência quase completa

de registros, comportamento incompatível com o perfil migratório e com o porte populacional. Esse padrão reforça as desigualdades regionais e a invisibilidade das gestantes migrantes em áreas de fronteira.

No conjunto, os resultados mostram que a produção de consultas pré-natais não acompanha a distribuição real das mulheres imigrantes nos municípios analisados. A concentração dos registros nas capitais e a ausência de dados nos territórios de fronteira revelam fragilidades da Atenção Primária e dos sistemas de informação em captar gestantes migrantes. Esses achados confirmam análises da OIM (2022) e da OPAS (2024), que apontam que a migração expõe barreiras linguísticas, documentais, geográficas e culturais que dificultam o acesso ao pré-natal. Além disso, reforçam que a ausência de dados não é neutra, mas representa uma forma de invisibilidade institucional que compromete o monitoramento e a formulação de políticas de saúde reprodutiva equitativas.

Tabela 2 - Consultas pré-natais

Registros anuais de consultas pré-natais realizadas na Atenção Primária à Saúde entre 2020 e 2024, nos quatro municípios com maior concentração de mulheres imigrantes em cada estado analisado.

Estado	Município	2020	2021	2022	2023	2024
Amazonas	Benjamin Constant	-	-	-	12	-
Amazonas	Manaus	6338	1964	845	787	3058
Amazonas	São Gabriel da Cachoeira	-	-	-	-	-
Amazonas	Tabatinga	-	-	-	-	-
Roraima	Boa Vista	-	4	-	-	-
Roraima	Iracema	692	609	840	1077	582
Roraima	Cantá	-	-	-	-	-
Roraima	Pacaraima	-	-	-	-	-
Roraima	Rorainópolis	-	-	-	-	-
Minas Gerais	Belo Horizonte	14340	16506	6986	4497	4098
Minas Gerais	Contagem	1053	1191	1315	-	-
Minas Gerais	Juiz de Fora	3216	2386	3465	2233	2168
Minas Gerais	Uberlândia	2205	2337	-	2	4
Rio de Janeiro	Armação dos Búzios	1662	1266	1129	407	1293
Rio de Janeiro	Niterói	6547	5336	4990	2533	1102
Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	117957	5201	3748	5108	1290
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	13934	117212	232123	419269	1666811
São Paulo	Campinas	152	172	151	201	192
São Paulo	Guarulhos	174	96	134	210	49
São Paulo	Santos	17813	14763	13575	12654	11750
São Paulo	São Paulo	840135	769287	739617	776036	703469
Paraná	Cascavel	22870	28185	39020	43535	43194
Paraná	Curitiba	109623	88771	106401	111211	113299
Paraná	Foz do Iguaçu	368	637	394	258	200
Paraná	São José dos Pinhais	7840	5660	6603	6618	6912
Santa Catarina	Florianópolis	425	312	320	439	439
Santa Catarina	Chapecó	9575	5748	11	37	22
Santa Catarina	Blumenau	5366	-	-	-	-
Santa Catarina	Joinville	34516	35626	40559	38341	6760
Rio Grande do Sul	Canoas	-	102	271	4433	556
Rio Grande do Sul	Caxias do Sul	-	-	2	-	-
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	7182	4294	3452	3671	3130
Rio Grande do Sul	Sant'Ana do Livramento	2489	-	-	-	-

Mato Grosso do Sul	Campo Grande	2653	-	-	-	169
Mato Grosso do Sul	Dourados	52	-	57	85	95
Mato Grosso do Sul	Ponta Porã	6238	5967	833	-	-
Mato Grosso do Sul	Corumbá	11484	8844	4537	1105	781

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2025. Elaboração própria.

4.3 Consultas puerperais

A análise das consultas puerperais entre 2020 e 2024 evidencia uma tendência consistente de baixa produção e ampla subnotificação, sobretudo em municípios com maior presença de mulheres imigrantes. Em praticamente todos os estados avaliados, verifica-se que a maior parte dos registros se concentra nas capitais, enquanto municípios de fronteira e áreas com intenso fluxo migratório apresentam valores reduzidos ou ausência total de dados. Esse padrão sugere fragilidades no acompanhamento pós-parto e dificuldades de registro, reforçando a invisibilidade das mulheres migrantes nos sistemas oficiais, como já apontado pela OIM e pela OPAS.

No Amazonas, Manaus concentra quase todos os registros, enquanto Tabatinga, São Gabriel da Cachoeira e Benjamin Constant permanecem praticamente sem notificações ao longo dos anos. Em Roraima, apenas Iracema apresenta registros contínuos; Boa Vista e Pacaraima, embora sejam importantes polos migratórios, praticamente não aparecem nos dados. Esses resultados indicam que o acesso ao puerpério é particularmente limitado nas regiões amazônicas e de fronteira, onde as barreiras geográficas e culturais são mais intensas.

Nos estados do Sudeste, observa-se produção maior, porém também desigual. No Rio de Janeiro, a capital concentra a maioria dos atendimentos, enquanto municípios como Niterói e Nova Iguaçu registram redução ao longo do período. Em São Paulo, a capital mantém os maiores volumes, mas cidades como Campinas e Guarulhos apresentam valores abaixo do esperado em relação ao tamanho populacional e ao perfil migratório. Em Minas Gerais, Belo Horizonte, Uberlândia e Contagem mostram redução significativa nos registros ao longo dos anos, sugerindo inconsistência informacional.

Nos estados do Sul e Centro-Oeste, o padrão se repete. Em Santa Catarina, apenas Joinville apresenta volume expressivo, embora com redução em 2024. Florianópolis, Blumenau e Chapecó registram valores baixos ou ausentes. No Paraná, Curitiba e Cascavel concentram as consultas, enquanto Foz do Iguaçu, apesar de sua relevância migratória, mantém registros

mínimos. Em Mato Grosso do Sul, municípios fronteiriços como Ponta Porã e Corumbá apresentam produção reduzida ou ausente, indicando dificuldade de captação das puérperas. No Rio Grande do Sul, Porto Alegre lidera os registros, mas Sant’Ana do Livramento e Caxias do Sul apresentam números residuais.

De maneira geral, as consultas puerperais representam a etapa mais fragilizada da linha de cuidado analisada. A presença populacional das mulheres imigrantes não se reflete de forma proporcional nos registros, e em muitos municípios a ausência de dados indica falhas de registro e não ausência de demanda. Os achados reforçam que barreiras territoriais, socioculturais e documentais limitam o acompanhamento pós-parto e evidenciam que o SIA/SUS ainda não capta adequadamente essa etapa do cuidado reprodutivo, especialmente entre mulheres migrantes, contribuindo para a manutenção da invisibilidade dessa população.

Tabela 3 - Consultas puerperais

Registros anuais de consultas puerperais registradas na Atenção Primária à Saúde entre 2020 e 2024, nos quatro municípios com maior concentração de mulheres imigrantes em cada estado analisado.

Estado	Município	2020	2021	2022	2023	2024
Amazonas	Benjamin Constant	-	-	-	1	1
Amazonas	Manaus	1067	1899	1116	139	605
Amazonas	São Gabriel da Cachoeira	-	-	-	-	-
Amazonas	Tabatinga	-	-	-	-	-
Roraima	Boa Vista	-	-	-	1	-
Roraima	Iracema	287	105	161	300	290
Roraima	Cantá	-	-	-	-	-
Roraima	Pacaraima	-	-	-	-	-
Roraima	Rorainópolis	-	-	-	-	-
Minas Gerais	Belo Horizonte	15	6	7	2	-
Minas Gerais	Contagem	-	1	-	-	-
Minas Gerais	Juiz de Fora	1	-	-	-	-
Minas Gerais	Uberlândia	98	244	2	4	4
Rio de Janeiro	Armação dos Búzios	1	9	19	7	7
Rio de Janeiro	Niterói	651	327	283	146	21
Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	436	151	637	110	70
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	105	248	15071	33149	38537
São Paulo	Campinas	13	16	3	19	-
São Paulo	Guarulhos	11	10	21	7	11
São Paulo	Santos	1287	876	947	1144	1163
São Paulo	São Paulo	71172	74433	68184	72100	61120
Paraná	Cascavel	2936	2915	4755	5960	5458
Paraná	Curitiba	15497	12641	13906	14006	13279
Paraná	Foz do Iguaçu	31	50	27	-	12
Paraná	São José dos Pinhais	711	457	524	445	467
Santa Catarina	Florianópolis	-	-	-	1	-
Santa Catarina	Chapecó	697	465	-	-	-
Santa Catarina	Blumenau	29	-	-	-	-
Santa Catarina	Joinville	4572	4642	5524	6139	945
Rio Grande do Sul	Canoas	-	-	10	347	80
Rio Grande do Sul	Caxias do Sul	-	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	361	246	217	257	176
Rio Grande do Sul	Sant’Ana do Livramento	121	-	-	-	-
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	203	-	-	-	9

Mato Grosso do Sul	Dourados	4	-	-	5	7
Mato Grosso do Sul	Ponta Porã	526	494	48	-	-
Mato Grosso do Sul	Corumbá	516	397	242	-	13

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2025. Elaboração própria.

5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados secundários provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). A principal limitação refere-se à possibilidade de subnotificação e inconsistências no registro dos procedimentos, especialmente em municípios de fronteira e regiões com maior vulnerabilidade estrutural.

Além disso, a ausência da variável “nacionalidade” nos sistemas de informação em saúde impede a identificação direta das mulheres imigrantes nos registros analisados, limitando a capacidade de inferir com precisão o acesso dessa população aos serviços. Outro aspecto relevante diz respeito ao uso de dados agregados, o que dificulta comparações proporcionais entre municípios com diferentes tamanhos populacionais e perfis demográficos.

Por fim, destaca-se que a produção registrada de procedimentos não reflete necessariamente a demanda real existente, podendo haver discrepâncias entre oferta, acesso efetivo e registro das ações realizadas.

14

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os achados apresentados e as limitações do estudo, o presente trabalho analisou a produção de procedimentos relacionados à saúde ginecológica e obstétrica na Atenção Primária à Saúde, incluindo a coleta citopatológica, as consultas pré-natais e as consultas puerperais entre 2020 e 2024 nos estados com maior concentração de mulheres imigrantes, segundo o Censo 2022. Os resultados evidenciaram desigualdades marcantes entre os municípios analisados e revelaram um padrão consistente de concentração das ações nas capitais e grandes centros urbanos, ao passo que municípios de fronteira, regiões remotas e áreas com forte presença de população migrante apresentaram valores reduzidos, instabilidade ou ausência de registros.

As análises mostraram que a presença de mulheres imigrantes nos territórios não se traduz em maior produção registrada de atendimentos, mesmo em regiões onde a demanda potencial é elevada. Esse cenário indica que o acesso dessas mulheres às ações de prevenção e

cuidado reprodutivo permanece limitado e condicionado por múltiplos fatores, incluindo barreiras linguísticas e culturais, dificuldades de documentação, fragilidades na organização da APS e desigualdades territoriais. A literatura já apontava a migração como determinante social de saúde e evidenciava que mulheres migrantes vivenciam trajetórias de cuidado permeadas por vulnerabilidade, insegurança e obstáculos institucionais, o que é corroborado pelos achados deste estudo.

Outra questão relevante identificada foi a invisibilidade informacional das mulheres imigrantes nos sistemas oficiais de registro. A ausência de dados em municípios-chave, especialmente em áreas de fronteira, não indica ausência real de atendimentos, mas sim fragilidades estruturais no registro, inconsistências na alimentação do SIA/SUS e dificuldades de captação das usuárias pela rede. Essa invisibilidade compromete o monitoramento das políticas públicas e dificulta o planejamento adequado das ações de saúde sexual e reprodutiva voltadas à população migrante.

Os três procedimentos analisados evidenciaram fragilidades específicas:

- o rastreamento citopatológico apresentou concentração nas capitais, com lacunas em municípios fronteiriços;
- as consultas pré-natais demonstraram desigualdade territorial e redução em regiões com alta presença migrante;
- as consultas puerperais configuraram a etapa mais fragilizada, com subnotificação expressiva e ausência de registros em diversos municípios.

Em conjunto, esses achados demonstram que o cuidado ginecológico e obstétrico ofertado às mulheres imigrantes permanece fragmentado e pouco sensível às especificidades dessa população.

Diante desse cenário, torna-se fundamental fortalecer a Atenção Primária como porta de entrada do cuidado, investir na qualificação das equipes para o acolhimento de populações migrantes e aprimorar os sistemas de informação para garantir registros mais completos, sensíveis e consistentes. É igualmente necessário avançar na inclusão de marcadores de nacionalidade e origem migratória nos bancos de dados oficiais, permitindo análises mais precisas e reduzindo a invisibilidade dessa população no planejamento em saúde.

Por fim, este estudo contribui ao evidenciar que as desigualdades observadas não se restringem à organização dos serviços, mas representam expressões concretas de exclusão social e de acesso desigual ao cuidado. Reafirma-se, portanto, a necessidade de políticas públicas

específicas, intersetoriais e culturalmente adequadas, capazes de promover equidade no cuidado ginecológico e obstétrico e garantir que mulheres imigrantes tenham acesso real e contínuo aos serviços essenciais da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARRUDA-BARBOSA, L.; MENEGATTI, M. S.; R., M.; M., A. Violências sofridas por mulheres imigrantes venezuelanas profissionais do sexo: um olhar interseccional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 58, 2024. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0282pt.

ASSIS, N. M. et al. Acolhimento de imigrantes haitianos via integração ensino-serviço-pesquisa na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1210>. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública; Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra). Fluxo migratório no Brasil registra 2,3 milhões de pessoas desde 2010. Agência Gov, 2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202410/fluxo-migratorio-no-brasil-foi-de-2-3-milhoes-de-pessoas-em-14-anos-aponta-boletim-das-migracoes>. Acesso em: 16 jun. 2023.

DAVID, J. B.; LUCIA, M.; APARECIDA, L. Modos de vida e trabalho de imigrantes haitianos no Oeste do Paraná/Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, supl., 2023. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0030pt.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: características gerais da população, dos domicílios e dos municípios. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>

JACINTO, F. A.; LOURENÇO, R. G.; ROCHA, A.; FIGUEIREDO, K. C.; LAURA, L. Atenção Primária à Saúde do imigrante negro durante a pandemia da covid-19. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, supl., 2023. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0441pt.

LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F. B. Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 2021. DOI: 10.1590/interface.200477.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Migração e saúde: qualificação dos sistemas e bases de dados do SUS. Porto Alegre: OIM, 2022. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbdli496/files/documents/OIM-MigraCidades-Nota-Tecnica-Saude.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre Saúde e Migração nas Américas: dezembro de 2024 – fevereiro de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS, 2025. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 16 jun. 2023.

SEQUEIRA-AYMAR, E. et al. Recomendaciones para el cribado de enfermedad infecciosa, salud mental y mutilación genital femenina en pacientes inmigrantes atendidos en Atención Primaria. *Atención Primaria*, v. 52, n. 3, p. 193–205, 2019. DOI: 10.1016/j.aprim.2019.03.003.

SILVA, P. S.; ARRUDA-BARBOSA, L. Imigração de venezuelanos e os desafios enfrentados por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 2, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3091>. Acesso em: 16 jun. 2023.

SILVA, Z. P. et al. Excesso de óbitos maternos entre imigrantes durante a pandemia no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 4, 2025. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/excesso-de-obitos-maternos-entre-imigrantes-durante-a-pandemia-no-brasil/19569>. Acesso em: 16 jun. 2023.

TEIXEIRA, I. Experiências de mulheres imigrantes no Sistema Único de Saúde: uma gramática violenta. *Revista Latino-americana de Geografia e Gênero*, v. 13, n. 1, p. 174–194, 2022. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/rlagg/article/view/19670>. Acesso em: 16 jun. 2023.

ZERBETO, I.; TRIGUEIRO, T. H.; MIRANDA, R. S.; HORNUNG, H. Atenção à saúde no processo de parturição de mulheres imigrantes: uma revisão de escopo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 23, 2024. Disponível em: <https://objn.uff.br/atencao-a-saude-no-processo-de-parturicao-de-mulheres-imigrantes-uma-revisao-de-escopo/>. Acesso em: 16 jun. 2023.