

RODRIGO CALADO DA SILVA

PERFIL MATERNO-INFANTIL DE MIGRANTES INTERNACIONAIS NO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO ENTRE OS ANOS DE 2019 E 2024 UTILIZANDO DADOS DO
SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

SÃO PAULO

2026

RODRIGO CALADO DA SILVA

PERFIL MATERNO-INFANTIL DE MIGRANTES INTERNACIONAIS NO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO ENTRE OS ANOS DE 2019 E 2024 UTILIZANDO DADOS DO
SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências
Médicas da Santa Casa de São Paulo como requisito
para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Condições de vida e situação de saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula França

Coorientador: Prof. Dr. Manoel Carlos S. A. Ribeiro

SÃO PAULO

2026

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Silva, Rodrigo Calado da

Perfil materno-infantil de migrantes internacionais no município de São Paulo entre os anos de 2019 e 2024 utilizando dados do Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)./ Rodrigo Calado da Silva. São Paulo, 2026.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Ana Paula França

Coorientador: Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro

1. Migração internacional 2. Saúde materno-infantil 3. Sistemas de informação em saúde 4. Cuidado pré-natal 5. Iniquidades em saúde

À minha esposa, Juliana,
pelo companheirismo, apoio constante e por tornar possível cada etapa desta
jornada.

Às minhas filhas, Alice e Luiza,
por serem minha maior motivação e a razão de todo esforço.

À minha mãe, Zilda,
que, com coragem e incansável dedicação, construiu os caminhos que me
trouxeram até aqui.

AGRADECIMENTOS

Ao professor **Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro**, pela inspiração que ultrapassa o campo profissional e alcança a vida. Sua presença, seus ensinamentos e sua generosidade marcaram profundamente minha trajetória, sendo também alguém a quem tenho o privilégio de chamar de amigo.

Ao professor **Cássio Silveira**, com quem tive o privilégio de conviver por muitos anos no Departamento de Saúde Coletiva, fonte de inspiração que permanece, e cuja contribuição generosa foi fundamental para a realização deste trabalho.

À Professora **Ana Paula França**, que generosamente me acolheu como orientando em um momento difícil da minha jornada na pós-graduação, tornando possível a continuidade deste trabalho.

Ao **Departamento de Medicina Social** da FCMSCSP — assim denominado, propositalmente, em referência ao nome anterior do atual Departamento de Saúde Coletiva, por remeter a um período particularmente significativo da minha trajetória, do qual guardo especial carinho — e aos inúmeros professores e colegas com quem tive o privilégio de conviver e aprender no dia a dia, em especial Rita, José Cássio, Maria Amélia, Karina, Paulo Carrara, Renato, Lygia, Morrone, Ione, Ozires, Pepita, Ana, Gislaine, Lourdes, Danielle, Tânia, Marta, Lili, Nivaldo, Regina Marsiglia e nosso eterno chefe, José da Silva Guedes.

RESUMO

Introdução: Embora não seja uma cidade situada em área de fronteiras internacionais, o município de São Paulo figura entre os principais destinos de fluxos migratórios no Brasil, em função de seu papel econômico e da existência de estruturas de acolhimento e apoio a migrantes internacionais e refugiados. Apesar disso, persistem desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo desigualdades sociais intensificadas por barreiras culturais e linguísticas e por diferentes trajetórias de acesso aos serviços. Considerando que parcela relevante das migrantes internacionais está em idade reprodutiva, torna-se estratégico caracterizar o perfil materno-infantil dessa população e monitorar indicadores de atenção pré-natal e desfechos perinatais. **Objetivo:** Caracterizar o perfil materno-infantil de migrantes internacionais e brasileiras no município de São Paulo entre 2019 e 2024, descrevendo características sociodemográficas maternas, condições de nascimento e indicadores relacionados ao Programa Mãe Paulistana segundo naturalidade/nacionalidade materna. **Método:** Estudo transversal com dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo/CEInfo, no período de 2019–2024. Foram analisadas variáveis maternas sociodemográficas e obstétricas, características do recém-nascido e do parto, além dos indicadores: captação precoce do pré-natal, taxa de cesariana e prematuridade, estratificados por período epidemiológico (pré-pandemia, pandemia, transição e pós-pandemia). Avaliou-se a completude das variáveis do SINASC, definida como o percentual de preenchimento dos campos analisados. **Resultados:** No período, foram registrados 964.190 nascidos vivos, sendo 931.315 (96,6%) de mães brasileiras e 32.875 (3,4%) de mães migrantes

internacionais. Observou-se redução do número absoluto de nascimentos no município (de 183.628 em 2019 para 143.059 em 2024), concomitante ao aumento proporcional de nascimentos entre migrantes (de 3,0% para 4,1%). Entre migrantes, houve predominância de mães oriundas da Bolívia (49,8%), seguidas por Haiti (8,1%) e Paraguai (6,6%), com participação adicional de Angola, China, Peru e Venezuela. A completude foi elevada para a maioria das variáveis (geralmente >98%), com ausência de preenchimento para raça/cor do recém-nascido. No agregado, as migrantes apresentaram menor captação precoce do pré-natal (variando de 87,0% a 89,1%) em comparação às brasileiras (93,6% a 95,4%), menor taxa de cesariana (36,0% a 38,8% vs 55,0% a 56,6%) e menor prematuridade (7,0% a 8,2% vs 10,6% a 11,7%). A desagregação por nacionalidade evidenciou heterogeneidade importante, com piores níveis de captação precoce em grupos como bolivianas e paraguaias e taxas de cesariana elevadas em nacionalidades específicas, como sírias e libanesas.

Conclusão: Entre 2019 e 2024, os nascimentos em São Paulo apresentaram queda em números absolutos, com aumento proporcional de nascidos vivos de mães migrantes internacionais. Embora os indicadores materno-infantis tenham se mantido globalmente elevados, observou-se desigualdade persistente no acesso oportuno ao pré-natal, com captação precoce sistematicamente menor entre migrantes, além de marcada heterogeneidade por nacionalidade nos padrões de cuidado e desfechos. Os achados reforçam a necessidade de estratégias de equidade na atenção materno-infantil, com foco em acolhimento, redução de barreiras linguísticas/culturais e monitoramento qualificado de indicadores em subgrupos migrantes.

Palavras-chave: Migração internacional; Saúde materno-infantil; SINASC; Pré-natal; Desigualdades em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Although not located in an international border region, the municipality of São Paulo is one of the main destinations for migratory flows in Brazil due to its economic importance and the existence of structured support systems for immigrants and refugees. Nevertheless, important challenges remain for the Brazilian Unified Health System (SUS), including social inequalities intensified by cultural and linguistic barriers and by differences in access to health services. Considering that a substantial proportion of international migrant women are of reproductive age, it is essential to characterize the maternal and child health profile of this population and to monitor prenatal care and perinatal outcomes. **Objective:** To characterize the maternal and child health profile of international migrant and Brazilian mothers in the municipality of São Paulo between 2019 and 2024, describing maternal sociodemographic characteristics, birth conditions, and indicators related to the Mãe Paulistana Program according to maternal nationality. **Methods:** A cross-sectional study was conducted using secondary data from the Live Birth Information System (SINASC), provided by the São Paulo Municipal Health Department (CEInfo), covering the period from 2019 to 2024. Maternal sociodemographic and obstetric variables, newborn characteristics, and delivery-related variables were analyzed, as well as key indicators including early prenatal care initiation, cesarean section rate, and prematurity. Analyses were stratified by epidemiological period (pre-pandemic, pandemic, transition, and post-pandemic). Data completeness was also assessed.

Results: During the study period, 964,190 live births were recorded, including 931,315 (96.6%) births to Brazilian mothers and 32,875 (3.4%) to international migrant mothers. A reduction in the absolute number of births was observed (from 183,628 in 2019 to 143,059 in 2024), accompanied by an increase in the proportional participation

of migrants (3.0% to 4.1%). Among migrants, most mothers were from Bolivia (49.8%), followed by Haiti (8.1%) and Paraguay (6.6%), with additional contributions from Angola, China, Peru, and Venezuela. Data completeness was high for most variables (generally above 98%), except for newborn race/skin color, which showed no recorded data. Overall, migrant mothers presented lower early prenatal care initiation (87.0%–89.1%) compared to Brazilian mothers (93.6%–95.4%), lower cesarean section rates (36.0%–38.8% vs. 55.0%–56.6%), and lower prematurity rates (7.0%–8.2% vs. 10.6%–11.7%). Disaggregation by nationality revealed substantial heterogeneity, with lower early prenatal care initiation among Bolivian and Paraguayan mothers and higher cesarean section rates among some nationalities such as Syrian and Lebanese mothers. **Conclusion:** Between 2019 and 2024, live births in São Paulo decreased in absolute numbers, while the proportional participation of international migrant mothers increased. Although maternal and child health indicators remained globally favorable, persistent inequalities in timely access to prenatal care were observed, with systematically lower early prenatal care initiation among migrants and marked heterogeneity by nationality in patterns of care and outcomes. These findings highlight the need for equity-oriented maternal and child health policies, focusing on culturally appropriate care, reduction of linguistic barriers, and improved monitoring of migrant subgroups.

Keywords: International migration; Maternal and child health; SINASC; Prenatal care; Health inequalities.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEInfo – Coordenadoria de Epidemiologia e Informação – SMS/SP

CIDACS – Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – Odds Ratio

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SMS-SP – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Completude das variáveis selecionadas do SINASC, Município de São Paulo, 2019–2024

Tabela 2 – Distribuição dos nascidos vivos segundo características maternas e condição migratória, Município de São Paulo, 2019–2024

Tabela 3 – Distribuição dos nascidos vivos segundo características do recém-nascido e condição migratória, Município de São Paulo, 2019–2024

Tabela 4 – Captação precoce do pré-natal segundo condição migratória e períodos epidemiológicos, Município de São Paulo, 2019–2024

Tabela 5 – Taxa de cesariana segundo condição migratória e períodos epidemiológicos, Município de São Paulo, 2019–2024

Tabela 6 – Prematuridade segundo condição migratória e períodos epidemiológicos, Município de São Paulo, 2019–2024

Tabela 7 – Indicadores materno-infantis segundo principais nacionalidades maternas ($\geq 1\%$), Município de São Paulo, 2019–2024

Sumário

1. Introdução	1
1.1 Migração Internacional.....	3
1.2 Acesso à Saúde e Vulnerabilidades	6
1.3 Saúde Materno-Infantil.....	9
1.4 O Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.....	10
1.5 O Impacto da Pandemia de COVID-19 nas Migrações Internacionais	11
2. Objetivos.....	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3. Método	14
3.1 Desenho do Estudo.....	14
3.2 População do Estudo.....	14
3.3 Fonte de dados.....	14
3.4 Variáveis do estudo.....	14
3.4.1 Características da mãe:.....	14
3.4.2 Características do recém-nascido.....	16
3.4.3 Características da gestação e parto	16
3.4.4 Indicadores de Saúde Materno Infantil - Portaria da secretaria municipal da saúde – SMS nº 120 de 11 de março de 2020.....	17
3.5 Análise dos dados.....	17
3.6 Aspectos Éticos.....	18
4. Resultados	18

4.1	<i>Descrição da amostra e análise de completude dos dados.....</i>	18
4.2	<i>Características maternas, do recém-nascido, e da gestação e parto, segundo período epidemiológico</i>	24
4.2.1	Características sociodemográficas das mães.....	24
4.2.2	Características do recém-nascido.....	31
4.2.3	Características do parto.....	36
4.3	<i>Indicadores de saúde materno-infantil</i>	41
4.3.1	Indicadores de saúde materno-infantil das nacionalidades mais frequentes no grupo das migrantes internacionais	43
5.	Discussão	49
5.1	<i>Síntese dos principais achados.....</i>	49
5.2	<i>Eixo teórico estruturante: determinantes sociais, vulnerabilidade e interseccionalidade ...</i>	52
5.3	<i>Completude e qualidade dos dados: robustez analítica e limites interpretativos.....</i>	54
5.4	<i>Mudança demográfica dos nascimentos e composição migratória em São Paulo.....</i>	55
5.5	<i>Perfil sociodemográfico materno ao longo dos períodos: transições graduais e leitura estrutural</i>	56
5.6	<i>Captação precoce do pré-natal: acesso oportuno, vulnerabilidade programática e heterogeneidade migrante.....</i>	58
5.7	<i>Cesárea: padrão brasileiro elevado, diferenças culturais/assistenciais e leitura de equidade</i>	60
5.8	<i>Prematuridade: contraste entre grupos e variabilidade por nacionalidade</i>	62
5.9	<i>Caracterização e desfechos neonatais: Sexo, apgar, peso ao nascer e anomalias congênitas</i>	63
5.10	<i>Pandemia e período epidemiológico: o que mudou e o que persistiu</i>	65
5.11	<i>Implicações para políticas e serviços: equidade, acolhimento e resposta programática</i>	66

5.12	<i>Limitações do estudo</i>	67
6.	Conclusões	69
7.	Bibliografia	70
8.	Anexos	76

1. Introdução

O processo de migração internacional pode ser caracterizado como um “processo de deslocamento de indivíduos dentro de um espaço geográfico, de forma temporária ou permanente” decorrente de diferentes motivações de ordem econômica (busca por melhores condições de vida), culturais, religiosas, políticas ou por fenômenos naturais, associados a processos históricos, e que provocam grandes transformações nas sociedades (1).

Em termos gerais, a mobilidade internacional envolve milhões de pessoas que atravessam fronteiras na busca por melhores condições de vida — incluindo oportunidades de estudo e trabalho, acesso a serviços de saúde ou a necessidade de escapar de contextos de violência e conflito (2, 3). Entre os migrantes, há subgrupos em maior situação de vulnerabilidade, como refugiados, embora esta análise não os diferencie especificamente. Este grupo, ao contrário do migrante internacional em sentido amplo, é compelido a deixar seu país em razão de guerra ou perseguição e encontra-se impossibilitado de retorno seguro (4).

A migração contemporânea é um processo dinâmico e multidimensional que envolve diferentes etapas — desde a decisão de partida até a integração no país de destino — sendo atravessada por fatores econômicos, políticos e humanitários que moldam as trajetórias individuais e coletivas. Esse fenômeno tem se intensificado em virtude da globalização e das desigualdades regionais, fazendo com que o número de migrantes internacionais ultrapasse 280 milhões de pessoas no mundo. A mobilidade humana, portanto, constitui um elemento estruturante das transformações sociais e demográficas globais e deve ser

compreendida sob uma perspectiva de direitos e saúde pública, uma vez que está associada a desigualdades no acesso a serviços, barreiras institucionais e linguísticas, e diferentes perfis de risco e proteção à saúde, demandando respostas específicas dos sistemas de saúde para garantir equidade no cuidado(5).

As motivações para migrar são múltiplas e interconectadas. Estudos indicam que fatores de “empurrão”, como pobreza, instabilidade e violência, coexistem com fatores de “atração”, como emprego, segurança e educação (6). Em especial, observa-se um processo de feminização da migração, no qual mulheres assumem papel protagonista em deslocamentos motivados tanto por oportunidades econômicas, quanto pela busca de autonomia e proteção. Contudo, essa dinâmica muitas vezes ocorre em contextos marcados por desigualdades de gênero e condições precárias de trabalho e saúde em países de destino, o que reforça a necessidade de políticas integradas e sensíveis em relação ao gênero (5, 6).

Apesar de sua relevância social e econômica, o processo migratório apresenta desafios persistentes relacionados à integração e ao acesso a direitos básicos. Pesquisas em saúde pública mostram que barreiras linguísticas, culturais e institucionais comprometem a efetivação da atenção integral à saúde dos migrantes (7). Em estudo realizado no município de São Paulo, foram identificadas desigualdades significativas no pré-natal de migrantes internacionais bolivianas, incluindo início tardio do acompanhamento e menor número de consultas, revelando entraves na equidade de acesso aos serviços públicos (8). Esses achados são corroborados por evidências que demonstram

desfechos neonatais menos favoráveis entre mães migrantes internacionais no Brasil, mesmo em um sistema de saúde universal (6).

Neste sentido, compreender a migração como fenômeno estrutural, isto é, não episódico, mas produzido e reproduzido por dinâmicas econômicas, políticas e sociais, implica reconhecer sua interdependência com o direito à saúde, a equidade de gênero e o desenvolvimento humano sustentável. Evidências internacionais indicam que as políticas públicas devem integrar ações de governança, acolhimento e proteção, considerando a migração um determinante global da saúde (5). Assim, políticas inclusivas e baseadas em evidências são fundamentais para garantir uma migração segura, ordenada e humanizada.

1.1 Migração Internacional

Nas últimas décadas do século XX e início do século XXI, os movimentos migratórios internacionais atingiram uma escala global inédita, impulsionados por processos de descolonização, reestruturação econômica e avanços tecnológicos que facilitaram a mobilidade transnacional. Entre os anos 1970 e 1990, fluxos expressivos de trabalhadores e refugiados intensificaram-se, sobretudo entre países do Sul global e as economias industrializadas, configurando novas dinâmicas populacionais, culturais e econômicas (9). Além das motivações econômicas e políticas, o deslocamento humano passou a refletir também os impactos das mudanças climáticas e dos desastres ambientais, que alteram meios de subsistência e forçam deslocamentos internos e transfronteiriços em várias regiões do mundo (10). Paralelamente, o aumento

dos fluxos de refugiados e deslocados forçados decorrentes de conflitos e crises humanitárias tem evidenciado novas dimensões de vulnerabilidade e desigualdade global, resultantes de assimetrias estruturais e sociais observadas também entre mulheres migrantes (11). Assim, a migração contemporânea emerge como expressão de processos estruturais complexos que articulam globalização, desigualdade e mudanças ambientais em escala planetária.

No Brasil, a história da migração internacional é marcada por diferentes momentos e contextos, desde a chegada dos primeiros migrantes internacionais europeus até as migrações mais recentes de povos latino-americanos.

Durante a última década (2011-2020), houve um grande incremento no número e no perfil de migrantes internacionais no Brasil, com estimativas que apontam para um crescimento de aproximadamente 45% no número total de residentes (estima-se que aproximadamente 1,3 milhão de migrantes internacionais residam no país). Observa-se também uma mudança nos fluxos, até então com predominância de residentes que migraram a partir de países do norte global, sobretudo portugueses e japoneses, para, ao final da década, predominarem fluxos oriundos de países do Sul global¹ como Venezuela, Haiti, Bolívia e Colômbia, entre outros. Ainda em termos numéricos, houve cerca de 980 mil solicitações de residência, sendo elas 700 mil temporárias, 265 definitivas e 15 mil fronteiriças (12).

No caso das migrações qualificadas, embora o contingente de migrantes internacionais vindos do Norte Global — grupo que hoje abarca nações como a Coreia do Sul — ainda registre os maiores volumes de entrada documentada no

Sul Global é um termo utilizado para designar países em desenvolvimento ou historicamente inseridos em posições periféricas na economia mundial¹.

¹ UNITED NATIONS. *World Economic Situation and Prospects 2014*. New York: UN, 2014.

Brasil, observa-se também uma presença relevante de profissionais qualificados oriundos do Sul Global. Nesse cenário, destacam-se os fluxos provenientes de economias emergentes, como a China e a Argentina. No caso das migrações qualificadas, embora o contingente de migrantes internacionais vindos do Norte Global — grupo que hoje abarca nações como a Coreia do Sul — ainda registre os maiores volumes de entrada documentada no Brasil, observa-se também uma presença relevante de profissionais qualificados oriundos do Sul Global. Nesse cenário, destacam-se os fluxos provenientes de economias emergentes, como a China e a Argentina. Nos últimos dez anos, o Brasil se tornou também mais aderente à tendências globais da mobilidade de capital e força do trabalho, à adversidades econômicas e políticas em diferentes partes do mundo e de migrações de crise, tornando-se espaço, sobretudo para as migrações Sul-Sul, devido às crescentes restrições impostas aos migrantes internacionais do Sul no Norte global (13).

Estes últimos 10 anos marcam também alguma mudança no contexto migratório em que o Brasil está inserido, com a ampliação de países de origem e com presença mais importante da migração de refúgio. Neste sentido, vale destacar os dispositivos legais existentes, como o Estatuto do Refugiado (Lei 9.474/97) e a nova Lei de Migração (Lei 13.445/2017), que trouxeram avanços importantes para processos de permanência documentada de migrantes internacionais, o que tornou o Brasil uma alternativa viável do ponto de vista legal (14).

A cidade de São Paulo, por sua vez, representa, desde o Século XVIII, um importante destino para os fluxos migratórios internacionais, concentrando a maior parte dos migrantes internacionais residentes no Brasil. Entre 2000 e 2017,

mais de 1 milhão de Registros Nacionais de Estrangeiros (RNE) foram emitidos no Brasil, com 460 mil registros no Estado de São Paulo e 90% destes somente para a Macro metrópole Paulista (15).

Os bolivianos constituem o maior número de migrantes internacionais em São Paulo e, assim como os demais, em busca de melhores condições de vida e trabalho (16). Neste contexto, é possível observar ainda que boa parte destes migrantes internacionais se encontram em idade reprodutiva, e estão expostos a riscos biológicos e psicossociais, tais como stress, falta de apoio social e sentimentos sobre gravidez ou paternidade (17, 18), o que gera uma questão importante do ponto de vista de saúde pública.

Nesse sentido, estudos anteriores, como o de Ferreira (2) contribuíram para caracterizar o perfil materno-infantil de migrantes no município de São Paulo, analisando o período entre 2010 e 2018. O presente trabalho amplia essa perspectiva ao incorporar os efeitos do período pandêmico (2019–2024) e as possíveis mudanças nas políticas públicas de atenção ao pré-natal, atualizando o cenário e oferecendo uma leitura comparativa das condições de saúde materno-infantil entre brasileiras e migrantes internacionais.

1.2 Acesso à Saúde e Vulnerabilidades

No Brasil, a saúde é um direito universal garantido a todos e, portanto, independentemente de sua situação migratória e documental. Este é um direito garantido pelo SUS na Constituição Federal de 1988 e pela Lei de Migração, sancionada em 24 de maio de 2017 (14, 19). Entretanto, apesar dos reconhecidos avanços alcançados na legislação, persistem desafios no acesso

de migrantes internacionais aos serviços de saúde. Destacam-se as barreiras decorrentes de diferenças culturais que afetam a comunicação com profissionais de saúde e as concepções sobre o processo saúde-doença (20). Para mulheres em período gestacional, essas barreiras são particularmente críticas quando associadas à baixa alfabetização em saúde — isto é, dificuldade em obter, ler, compreender e usar informações de saúde para tomar decisões apropriadas — o que pode resultar em acompanhamento pré-natal inadequado (21). Ainda assim, a despeito das dificuldades encontradas, Martes e Faleiros Martes and Faleiros (22) em estudo realizado com bolivianos na cidade de São Paulo, sugerem que a experiência dos migrantes internacionais com o atendimento à saúde no Brasil é avaliada positivamente, sobretudo em relação ao acesso aos serviços e à gratuidade do atendimento, inclusive quando comparada às condições disponíveis em seus países de origem.

Para as gestantes e recém-nascidos, o acesso a serviços de saúde e assistência de qualidade são fatores determinantes para condições de vida favoráveis ao desenvolvimento infantil. Assistência pré-natal, assistência durante o parto, controle do crescimento fetal, orientação quanto à alimentação e a vacinação são elementos fundamentais para o estabelecimento de condições de saúde adequadas na infância e consequente redução da mortalidade (23).

Desde 2006, a Rede Mãe Paulistana, uma importante política pública implementada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, atua como estratégia do SUS, com o objetivo de assistir a gestante durante o ciclo da gravidez, desde as consultas de pré-natal, o parto, o puerpério até o segundo ano de vida da criança (24). O programa oferece importantes benefícios para a saúde da mãe e da criança, tais como:

- A realização de consultas mensais com o obstetra (no mínimo 7 durante o pré-natal);
- A realização de todos os exames de laboratório e ultrassom recomendados pela Organização Mundial de Saúde e pela Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia;
- O fornecimento de transporte gratuito para ir aos exames e consultas (conforme indicação do médico durante consultas);
- O direito de visitar e se vincular à maternidade que escolher para dar à luz;
- Fornecimento de kit enxoval para o bebê;
- Consultas com pediatra durante todo o primeiro ano de vida da criança;
- Fornecimento de remédios e tratamento gratuitos para a mãe e o bebê, em caso de necessidade;

O acesso ao programa ocorre por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que integram a atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e constituem a principal porta de entrada para os serviços. O atendimento é realizado mediante cadastro no Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), que pode ser solicitado com a apresentação de documento de identificação — como RG (Registro Geral) ou RNE (Registro Nacional de Estrangeiro), no caso de migrantes internacionais — e comprovante de endereço.

Nos últimos anos, especialmente após a consolidação da Rede Mãe Paulistana e durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19, tornou-se evidente a necessidade de avaliar se tais políticas públicas mantiveram sua efetividade em garantir o acesso equitativo ao pré-natal, sobretudo entre mulheres migrantes. A pandemia expôs vulnerabilidades nos sistemas de atenção primária e evidenciou a importância de estratégias localizadas e

culturalmente sensíveis para assegurar a continuidade do cuidado materno e infantil (25). Nesse contexto, a reorganização territorial da saúde — entendida como a reorganização dos serviços e das redes de atenção à saúde com base nas características demográficas, sociais e epidemiológicas dos territórios — conforme propõem abordagens sustentáveis e descentralizadas no pós-pandemia (26) — reforça a relevância de políticas municipais como a Rede Mãe Paulistana. Assim, este estudo atualiza e amplia as evidências apresentadas por Ferreira (2) ao examinar o período de 2019 a 2024, marcado por transformações estruturais e sanitárias no cuidado pré-natal de mulheres migrantes e brasileiras.

1.3 Saúde Materno-Infantil

A saúde materno-infantil é reconhecida como um dos pilares centrais da saúde pública e do desenvolvimento humano, refletindo as condições de vida, o acesso a serviços e a capacidade dos sistemas de saúde em garantir equidade e proteção social. A mortalidade evitável em crianças menores de cinco anos é considerada um dos indicadores mais sensíveis da qualidade da atenção em saúde e da eficácia das políticas públicas voltadas à maternidade e à infância. Estudos recentes apontam que cerca de dois terços das mortes nessa faixa etária poderiam ser prevenidos por meio de cuidados oportunos e serviços adequados de atenção primária e hospitalar. A garantia de um pré-natal de qualidade, o acompanhamento da gestação e a assistência segura ao parto são, portanto, componentes essenciais para a redução da mortalidade materna e neonatal e para a promoção de um desenvolvimento infantil saudável (27).

Além de sua relevância clínica, a saúde materno-infantil desempenha papel estratégico na construção de sociedades mais justas e sustentáveis. Evidências indicam que a proteção da saúde da mulher durante a gestação e o parto impacta diretamente na saúde física, mental e social da criança, rompendo ciclos intergeracionais de vulnerabilidade (28). Ademais, a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) na Agenda 2030, reforça o compromisso global com a redução das desigualdades em saúde, destacando a importância da governança multissetorial e do monitoramento de indicadores relacionados à mortalidade materna e infantil (29). Assim, investir em saúde materno-infantil não é apenas uma meta sanitária, mas uma estratégia de transformação social, capaz de promover equidade, fortalecer políticas públicas e garantir o direito universal à vida e ao bem-estar.

1.4 O Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

O Registro de nascimento fornece aos indivíduos a sua primeira e mais fundamental forma de identidade legal, fonte de reconhecimento de sua personalidade perante a lei. O registro de nascimento universal constitui parte importante dos objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas, com sua reconhecida relevância para, além do fornecimento de identidade legal, o fornecimento de dados utilizados no planejamento governamental e na construção de indicadores de desenvolvimento (30). Ainda assim, estima-se que 1 em cada 4 crianças menores de cinco anos em todo o mundo não tenha sido oficialmente registrada (31).

No Brasil, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do sistema de saúde, o departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) criou e implantou partir de 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). A implantação do SINASC ocorreu de forma gradual em todas as unidades da Federação e já vem apresentando em muitos municípios, desde o ano de 1994, um número maior de registros do que o publicado pelo IBGE com base nos dados fornecidos pelos Cartórios de Registro Civil. Em estudo realizado por SZWARCOWALD et al., 2019, verificou-se que a cobertura das informações de nascidos vivos realizada pelo SINASC, é adequada para grande parte dos municípios brasileiros, ainda que níveis inferiores a 60% da cobertura de informações ainda sejam a realidade de municípios localizados em áreas mais pobres do país.

1.5 O Impacto da Pandemia de COVID-19 nas Migrações Internacionais

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou o coronavírus como emergência mundial de saúde de importância internacional. Desde então, este tema impactou criticamente os sistemas de saúde, desafiando a comunidade científica, com consequências e problemas para os diversos setores da sociedade, por conta de sua gravidade e consequências à saúde da população mundial. Com a evolução de novos casos, em 11 de março do mesmo ano, a OMS declarava que a COVID-19, doença causada pelo coronavírus, passava a ser caracterizada como uma Pandemia, quando até então, mais de 118 mil casos haviam sido registrados em 114 países, com 4,2 mil mortes (32).

No ápice da pandemia, e até que houvesse um tratamento eficaz, a principal medida de saúde pública para diminuição da contaminação da população pelo coronavírus foram as medidas de isolamento social. Se para a população local isto representou um grande impacto com desdobramentos econômicos e sociais, para os migrantes internacionais as vulnerabilidades sociais e uma série de ações discriminatórias impunham uma realidade ainda mais dura. As políticas públicas para o enfrentamento, no que diz respeito a situação de migrantes internacionais também foi bastante distinta entre os países: Portugal, por exemplo, realizou um movimento de aprovação de todos os pedidos de regularização de migrantes internacionais pendentes para que estes tivessem acesso às medidas de acesso a saúde e auxílios governamentais (33). Já no Brasil, as medidas se concentraram, sobretudo, no isolamento social e no controle das fronteiras, com 21 portarias publicadas pelo governo brasileiro entre março e novembro de 2020, estabelecendo o impedimento da entrada de pessoas nas fronteiras internacionais (13). Essas medidas tiveram caráter restritivo e seletivo, sendo implementadas de forma recorrente ao longo do período, e foram acompanhadas de críticas quanto aos seus impactos desproporcionais sobre populações migrantes e refugiadas, especialmente no que se refere ao acesso a direitos e serviços essenciais (34, 35).

Diante desse contexto, torna-se fundamental caracterizar o perfil de saúde materno-infantil das mulheres migrantes e brasileiras residentes em São Paulo, especialmente durante o período que inclui a pandemia de COVID-19, a fim de identificar desigualdades e subsidiar políticas públicas de atenção à saúde dessa população

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil de saúde materno-infantil de migrantes internacionais e brasileiras na cidade de São Paulo entre os anos de 2019 e 2024.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil sociodemográfico das mães migrantes internacionais e brasileiras que tiveram parto realizado na cidade de São Paulo entre os anos de 2019 e 2024.

Descrever as características dos recém-nascidos, da gestação e do parto de mães migrantes internacionais e brasileiras nascidos na cidade de São Paulo entre os anos de 2019 e 2024.

Avaliar indicadores de saúde materno infantil relativos às mães migrantes internacionais, brasileiras e recém-nascidos na cidade de São Paulo entre os anos de 2019 e 2024.

Avaliar indicadores de saúde materno infantil relativos às mães migrantes internacionais, brasileiras e recém-nascidos na cidade de São Paulo segundo períodos epidemiológicos (pré-pandemia, pandemia, transição e pós-pandemia), comparando migrantes internacionais e brasileiras.

3. Método

3.1 Desenho do Estudo

Estudo transversal com dados secundários da base populacional do SINASC, disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em livre acesso, no período de 2019-2024.

3.2 População do Estudo

A população do estudo é composta por todos os nascidos vivos no município de São Paulo, entre os anos de 2019 e 2024.

3.3 Fonte de dados.

Os dados foram extraídos da base de dados pública do Sistema Nacional de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, no endereço: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/nascidos_vivos/index.php?p=306422.

3.4 Variáveis do estudo.

3.4.1 Características da mãe:

- Idade: idade da mãe no momento do parto em anos completos.
- País de nascimento da mãe, identificado a partir do campo de naturalidade do SINASC (naturalmae), codificado segundo classificação do IBGE. Mães nascidas no Brasil foram classificadas como brasileiras e aquelas nascidas fora do território nacional como migrantes internacionais. A naturalidade foi utilizada como proxy da condição migratória, permitindo distinguir a origem geográfica materna, embora não capture dimensões relevantes da experiência migratória, como tempo de residência, status migratório ou processo de integração no país de destino. Dessa forma, a variável operacionaliza a condição migratória em termos de país de nascimento, devendo os resultados ser interpretados à luz dessa limitação. Para análise das migrantes, nacionalidades com participação $\geq 1\%$ dos nascimentos foram descritas individualmente, e as demais agrupadas na categoria “Outras”, estratégia adotada para garantir estabilidade das estimativas e comparabilidade entre grupos, ainda que implique simplificação da heterogeneidade existente entre nacionalidades de menor frequência.
- Situação conjugal: Situação conjugal da mãe, categorizada em: 1– Solteira; 2– Casada; 3– Viúva; 4– Separada judicialmente/divorciada; 5– União estável; 9– Ignorada.
- Escolaridade: escolaridade em anos de estudos concluídos, categorizados em: 1 – nenhuma; 2 – 1 a 3 anos; 3 – 4 a 7 anos; 4 – 8 a 11 anos; 5 – 12 anos ou mais; 6 – Ignorada.
- Raça / Cor: Tipo de raça e cor da mãe, categorizada em: 1– Branca; 2– Preta; 3– Amarela; 4– Parda; 5– Indígena.

- Número de filhos vivos: Número de filhos vivos na data do parto categorizados em: Nenhum, 1, 2 a 3, 4 e mais.

3.4.2 Características do recém-nascido

- Sexo: Sexo do recém-nascido, categorizado em: M – Masculino; F – Feminino; I – ignorado.
- APGAR 5: Escore de APGAR no 5º minuto. Representa avaliação, numa escala de 0 a 2, para os seguintes sinais: Aparência, pulso, gesticulação, atividade e respiração. A soma dos valores de cada sinal, compõe a escala de APGAR (0-10). Categorizado como ≤ 7 e > 7 .
- Peso: Peso ao nascer, em gramas categorizado em: $<1.500g$, 1.500 a 2.499g, 2.500 a 3.999g, 4.000g e mais
- Identificação de anomalias: Anomalia identificadas, categorizadas em: 1– Sim; 2– Não; 9– Ignorado.

3.4.3 Características da gestação e parto

- Semanas de gestação: Número de semanas de gestação.
- Tipo de gravidez: Tipo de gravidez, categorizada em: 1– Única; 2– Dupla; 3– Tripla ou mais; 9– Ignorado.
- Parto: Tipo de parto realizado, categorizado em: 1– Vaginal; 2– Cesário; 9– Ignorado.
- Local de ocorrência do parto: 1 – Hospital; 2 – Outros estabelecimentos de saúde; 3 – Domicílio; 4 – Outros.

3.4.4 Indicadores de Saúde Materno Infantil - Portaria da secretaria municipal da saúde – SMS nº 120 de 11 de março de 2020

- Captação precoce: percentagem de gestantes com primeira consulta do pré-natal realizada até 12 semanas (84 dias) de gestação.
- Taxa de Cesárea: Número de partos do tipo cesárea / total de partos.
- Prematuridade: número de recém-nascidos prematuros/ total de nascidos vivos.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram processados nos softwares RStudio, SPSS v22 e Excel. A análise dos dados foi realizada em três etapas: Na primeira, foi realizada a descrição da amostra e avaliação da completude dos dados do SINASC. Nesta etapa descrevemos os subgrupos de migrantes internacionais mais relevantes do ponto de vista numérico. A análise de completude das variáveis do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) é uma etapa essencial na avaliação da qualidade dos dados de saúde pública. Essa análise consiste em mensurar a proporção de campos corretamente preenchidos nas declarações de nascidos vivos, classificando-os segundo critérios como o de Romero e Cunha (36), que define níveis de completude de “excelente” a “ruim” conforme o percentual de dados faltantes.

Na segunda etapa, foram comparadas as características maternas,

do recém-nascido e da gestação e do parto, estratificadas segundo o período de 2019 a 2024, classificado conforme os períodos epidemiológicos relacionados à pandemia de COVID-19, da seguinte forma: 2019 – pré-pandemia; 2020–2021 – pandemia; 2022 – transição; 2023–2024 – pós-pandemia.

Na última etapa de análise foram calculados e analisados os indicadores de saúde materno infantil descritos na portaria da secretaria municipal da saúde – SMS nº 120 de 11 de março de 2020 que usam exclusivamente dados do SINASC, estratificados por grupo de migrantes internacionais e brasileiras.

As proporções das categorias das variáveis analisadas foram comparadas entre os grupos por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, adotando-se nível de significância de 5%.

3.6 Aspectos Éticos

Por tratar-se de estudo com dados secundários de domínio público, sem identificação individual, o estudo enquadra-se nas disposições da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo dispensado de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

4. Resultados

4.1 Descrição da amostra e análise de completude dos dados

A amostra deste estudo é composta por todos os nascidos vivos registrados no município de São Paulo entre 2019 e 2024, conforme informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Trata-se, portanto, de uma base populacional abrangente, que reflete o total de nascimentos ocorridos no período, permitindo análises comparativas robustas entre os grupos estudados.

No período de 2019 a 2024, foram registrados 964.190 nascidos vivos no município de São Paulo, dos quais 931.315 (96,6%) eram filhos de mães brasileiras e 32.875 (3,4%) de mães migrantes internacionais (Tabela 1).

Observa-se que a grande maioria dos nascimentos ocorreu entre mães brasileiras; contudo, embora proporcionalmente menor, o contingente de nascimentos entre mães migrantes internacionais é numericamente expressivo e apresenta relevância epidemiológica. Essa distribuição reflete o padrão demográfico do município, que concentra grande diversidade populacional e fluxo contínuo de migrantes em idade reprodutiva.

Observa-se redução progressiva do número absoluto de nascimentos ao longo do período, tanto entre brasileiras quanto no total geral, passando de 183.628 nascimentos em 2019 para 143.059 em 2024. Entre brasileiras, o número absoluto de nascimentos reduziu de 178.193 em 2019 para 137.214 em 2024. Em termos proporcionais, considerando a distribuição dentro de cada ano, a participação de nascimentos de mães migrantes internacionais aumentou gradualmente, passando de 3,0% em 2019 para 4,1% em 2024 (Tabela 1).

Desta forma, os dados indicam redução global do número de nascimentos no município no período analisado, acompanhada de crescimento

relativo da participação de migrantes internacionais na composição anual dos nascidos vivos.

Tabela 1 – Distribuição dos nascidos vivos segundo nacionalidade materna e ano de nascimento. Município de São Paulo, 2019–2024.

		Brasileiras		Migrantes internacionais		Total	
		N	%	N	%	N	
Ano de nascimento do RN	2019	178.193	97,0	5.435	3,0	183.628	100,0
	2020	164.953	96,8	5.463	3,2	170.416	100,0
	2021	154.674	96,7	5.254	3,3	159.928	100,0
	2022	149.943	96,6	5.285	3,4	155.228	100,0
	2023	146.338	96,3	5.593	3,7	151.931	100,0
	2024	137.214	95,9	5.845	4,1	143.059	100,0
	Total	931.315	96,6	32.875	3,4	964.190	100,0

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2019–2024.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das mães classificadas como migrantes internacionais segundo nacionalidade no município de São Paulo, no período de 2019 a 2024. Para fins de apresentação, foram descritas individualmente as nacionalidades com participação igual ou superior a 1% do total de nascimentos entre migrantes internacionais, enquanto as demais foram agrupadas na categoria “Outras”.

Observa-se predominância expressiva de mães oriundas da Bolívia, que correspondem a 49,8% do total de migrantes internacionais (n = 16.380), configurando-se como o principal grupo no período analisado. Em seguida, destacam-se Haiti (8,1%) e Paraguai (6,6%), compondo, juntamente com a Bolívia, a maior parte dos nascimentos entre migrantes internacionais.

Outras nacionalidades com participação relevante incluem Angola (4,8%), China (4,4%), Peru (3,5%) e Venezuela (3,4%). Também apresentam frequência igual ou superior a 1% Nigéria (1,7%), Síria (1,6%), Líbano (1,4%), Colômbia (1,2%) e Argentina (1,1%).

As demais nacionalidades, individualmente com participação inferior a 1%, foram agrupadas na categoria “Outras”, representando 12,4% do total.

A distribuição evidencia forte concentração dos nascimentos em poucos grupos nacionais, com predominância de países sul-americanos, especialmente a Bolívia, além de participação relevante de países africanos e asiáticos.

Tabela 2 – Distribuição das mães migrantes internacionais segundo nacionalidade. Município de São Paulo, 2019–2024.

Nacionalidades	N	%
Bolívia	16.380	49,8
Haiti	2.670	8,1
Paraguai	2.174	6,6
Angola	1.565	4,8
China	1.451	4,4
Peru	1.144	3,5
Venezuela	1.119	3,4
Nigéria	553	1,7
Síria	512	1,6
Líbano	471	1,4
Colômbia	393	1,2
Argentina	352	1,1
Outras	4.076	12,4
Total	32.875	100

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

A Tabela 3 apresenta a completude das variáveis do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) para mães brasileiras e migrantes.

Observa-se um padrão de preenchimento quase universal nas principais variáveis sociodemográficas e obstétricas, como idade materna, escolaridade, tipo de parto, tipo de gravidez e número de consultas de pré-natal, todas com completude superior a 99% em ambos os grupos. Esse alto nível de preenchimento indica consistência e padronização adequada nos registros, reforçando a confiabilidade dos dados para análises comparativas entre populações.

Pequenas diferenças foram observadas em variáveis relacionadas à assistência e condições ao nascimento. O Apgar no 1º e no 5º minuto apresentou completude ligeiramente inferior entre migrantes internacionais (98,7%) em comparação às brasileiras (99,7%). De forma semelhante, o mês de início do pré-natal apresentou 99,1% de completude entre brasileiras e 98,3% entre migrantes.

A variável ocupação materna apresentou completude discretamente menor entre brasileiras (98,8%) quando comparadas às migrantes (99,5%). A situação conjugal da mãe manteve completude elevada em ambos os grupos ($\geq 99,8\%$).

Destaca-se que a variável “tipo de raça e cor do nascido” apresentou ausência de informação disponível na base analisada (0%), evidenciando uma falha recorrente já relatada em estudos sobre a qualidade do SINASC (36, 37).

Por fim, destaca-se que as proporções de completude são semelhantes entre brasileiras e migrantes, sugerindo que a nacionalidade não influencia substancialmente a qualidade do preenchimento. Ainda assim, a ausência de preenchimento em alguns campos específicos — especialmente aqueles relacionados ao recém-nascido — reforça a importância de processos contínuos

de capacitação e monitoramento, conforme recomendado em avaliações recentes de completude do SINASC (38).

Tabela 3: Completude das variáveis do estudo. Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019 – 2024.

Variáveis	Brasileiras (%)	Migrantes internacionais (%)
Ano de nascimento do RN	100,0	100,0
Anomalia identificada	100,0	100,0
Apgar no 1º minuto	99,7	98,7
Apgar no 5º minuto	99,7	98,7
Grupo de Robson	100,0	99,9
Escolaridade da mãe	100,0	100,0
Idade da Mãe	100,0	100,0
Local de nascimento	100,0	100,0
Mês de gestação em que iniciou o pré-natal	99,1	98,3
Nacionalidade da Mãe	100,0	100,0
Nascimento foi assistido por?	100,0	100,0
Número de consultas de pré-natal	100,0	100,0
Número de filhos vivos	100,0	100,0
Número de gestações anteriores	100,0	100,0
Número de perdas fetais e abortos	100,0	100,0
Número de semanas de gestação	100,0	100,0
Ocupação	98,8	99,5
Peso	100,0	100,0
Sexo do RN	100,0	100,0
Situação conjugal da mãe	99,8	99,9
Tipo de apresentação do RN	100,0	100,0
Tipo de gravidez	100,0	100,0
Tipo de parto	100,0	100,0
Tipo de raça e cor da mãe	100,0	100,0
Tipo de raça e cor do nascido	0,0	0,0
Trabalho de parto induzido?	100,0	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo/CEInfo. Sistema de informação sobre nascidos vivos - SINASC

4.2 Características maternas, do recém-nascido, e da gestação e parto, segundo período epidemiológico

4.2.1 Características sociodemográficas das mães

Foram analisadas as características sociodemográficas das mães segundo o período epidemiológico (Tabela 4). Observou-se que a distribuição das variáveis maternas apresentou variações discretas entre os períodos pré-pandemia, pandemia, transição e pós-pandemia, com diferenças estatisticamente significativas para todas as variáveis analisadas ($p < 0,001$).

Em relação à faixa etária materna, a maior proporção de nascimentos ocorreu entre mães de 20 a 34 anos em todos os períodos, mantendo-se praticamente estável, variando de 67,4% no período de transição a 67,9% no pós-pandemia. Observou-se redução progressiva da proporção de mães adolescentes, passando de 8,9% no período pré-pandemia para 6,6% no pós-pandemia. Por outro lado, verificou-se aumento discreto na proporção de mães com 35 anos ou mais, que passou de 23,6% no período pré-pandemia para 25,6% no pós-pandemia.

Quanto à situação conjugal, as maiores proporções corresponderam às categorias solteira e casada em todos os períodos analisados. A proporção de mães solteiras variou de 38,8% no período de transição a 42,6% no pós-pandemia, enquanto a proporção de mães casadas apresentou pequena redução, passando de 40,8% no período pré-pandemia para 39,0% no pós-pandemia. A proporção de mães em união estável apresentou variação entre

16,5% e 19,6%, enquanto as demais categorias mantiveram frequências inferiores a 2%.

Em relação à escolaridade materna, observou-se predominância de mães com 8 a 11 anos de estudo em todos os períodos, variando de 56,3% no pós-pandemia a 58,3% no período pré-pandemia. Observou-se aumento progressivo da proporção de mães com 12 anos ou mais de estudo, passando de 35,4% no período pré-pandemia para 39,8% no pós-pandemia. As categorias de menor escolaridade apresentaram proporções reduzidas ao longo de todo o período analisado.

Quanto ao tipo de raça e cor da mãe, verificou-se predominância das categorias branca e parda em todos os períodos. A proporção de mães brancas manteve-se relativamente estável, variando entre 48,0% e 49,2%, enquanto a proporção de mães pardas variou entre 40,4% e 41,1%. Observou-se aumento discreto na proporção de mães pretas, passando de 8,6% no período pré-pandemia para 10,4% no pós-pandemia, enquanto as demais categorias apresentaram proporções inferiores a 2%.

Em relação ao número de filhos vivos, observou-se predominância de mães sem filhos anteriores em todos os períodos analisados, com aumento discreto de 45,9% no período pré-pandemia para 47,5% no pós-pandemia. As proporções de mães com um filho vivo variaram entre 31,8% e 33,4%, enquanto aquelas com dois a três filhos vivos mantiveram-se próximas de 18%. A proporção de mães com quatro ou mais filhos permaneceu estável, em torno de 3% ao longo de todo o período analisado.

Ao longo dos períodos analisados, observou-se mudança gradual e estatisticamente significativa no perfil sociodemográfico das mães no município

de São Paulo ($p < 0,001$). Destacam-se a redução da maternidade na adolescência e o aumento da proporção de mães com 35 anos ou mais, indicando tendência de adiamento da maternidade. Verificou-se também elevação do nível educacional materno, com crescimento da proporção de mulheres com 12 anos ou mais de estudo e redução das categorias de menor escolaridade. Houve discreto aumento da participação de mães pretas e da primiparidade, além de variações na situação conjugal, com leve aumento da proporção de mães solteiras no período pós-pandemia. Em conjunto, os achados sugerem transformações demográficas e sociais progressivas na população materna, mantidas ao longo da pandemia e no período subsequente, sem alterações abruptas associadas a um período epidemiológico específico.

Tabela 4 – Distribuição proporcional das características sociodemográficas maternas segundo período epidemiológico. Município de São Paulo, 2019–2024.

		Pré-pandemia		Pandemia		Transição		Pós-pandemia		P-valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária da mãe (anos)	10 a 19 anos	16335	8,9	26626	8,1	10684	6,9	19423	6,6	<0,001
	20 a 34 anos	123963	67,5	222948	67,5	104585	67,4	200183	67,9	
	35 anos e mais	43330	23,6	80770	24,5	39959	25,7	75384	25,6	
Situação conjugal da mãe	Solteira	73430	40,1	129705	39,4	60128	38,8	125696	42,6	<0,001
	Casada	74728	40,8	130507	39,6	61636	39,8	114923	39,0	
	Viúva	207	0,1	452	0,1	203	0,1	315	0,1	
	Separada judicialmente / divorciada	3201	1,7	6053	1,8	2713	1,7	5236	1,8	
	União estável	31699	17,3	62768	19,0	30334	19,6	48599	16,5	
	Ignorada	32	0,0	69	0,0	45	0,0	56	0,0	
Escolaridade da mãe, em anos de estudo concluídos	Nenhuma	148	0,1	225	0,1	75	0,0	130	0,0	<0,001
	1 a 3 anos	626	,3	943	,3	363	,2	595	,2	
	4 a 7 anos	10782	5,9	16780	5,1	6368	4,1	10555	3,6	
	8 a 11 anos	107129	58,3	191323	57,9	88173	56,8	166102	56,3	
	12 e mais	64920	35,4	121006	36,6	60217	38,8	117499	39,8	
	Ignorado	14	0,0	26	0,0	20	0,0	67	,00	
Tipo de raça e cor da mãe	Branca	90285	49,2	159689	48,4	75207	48,5	141565	48,0	<0,001
	Preta	15745	8,6	30949	9,4	15032	9,7	30709	10,4	
	Amarela	2129	1,2	3253	1,0	1464	0,9	3020	1,0	
	Parda	75125	40,9	135768	41,1	63206	40,7	119220	40,4	
	Indígena	278	0,2	520	0,2	232	0,1	369	0,1	
	Ignorado	16	0,0	23	0,0	17	0,0	20	0,0	
Número de filhos vivos	Nenhum	84276	45,9	151973	46,0	71867	46,3	140161	47,5	<0,001
	1	61296	33,4	109001	33,0	50765	32,7	93837	31,8	
	2 a 3	32636	17,8	59666	18,1	28062	18,1	52580	17,8	
	4 e mais	5399	2,9	9613	2,9	4503	2,9	8351	2,8	
	Ignorado	21	0,0	91	0,0	31	0,0	61	0,0	

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2019–2024.

Em seguida, na tabela 5, analisou-se de forma específica o grupo de migrantes internacionais, a fim de caracterizar seu perfil sociodemográfico e

identificar possíveis particularidades em relação ao padrão geral de nascimentos no município.

A faixa etária predominante foi de 20 a 34 anos em todos os períodos, variando de 73,3% na fase de transição a 75,8% durante a pandemia, sem alterações relevantes na estrutura etária. A proporção de mães com 35 anos ou mais apresentou leve aumento ao longo do período, passando de 16,6% no período pré-pandemia para 18,3% no pós-pandemia, enquanto a participação de adolescentes manteve-se relativamente estável, entre 7,2% e 7,8% ($p=0,003$).

Quanto à situação conjugal, observou-se predomínio de mães em união estável e solteiras em todos os períodos. A proporção em união estável variou de 38,2% no período pré-pandemia para 40,7% no pós-pandemia, atingindo 43,7% na fase de transição, enquanto a proporção de solteiras oscilou entre 32,7% e 37,6%. A proporção de mães casadas permaneceu relativamente estável, entre 21,6% e 23,9% ($p < 0,001$).

Em relação à escolaridade, predominou o grupo com 8 a 11 anos de estudo, variando entre 68,5% e 70,5% ao longo do período. A proporção de mães com 12 anos ou mais de estudo manteve-se próxima de 20%, com discreto aumento no período pós-pandemia (21,6%). As categorias de menor escolaridade permaneceram com frequências reduzidas ($p<0,001$).

Quanto à raça/cor da mãe, predominou o grupo de pardas, com proporções entre 39,5% e 41,8%, seguido por mães brancas, cuja participação aumentou progressivamente de 31,6% no período pré-pandemia para 37,6% no pós-pandemia. A proporção de mães pretas manteve-se relativamente estável, entre 15,0% e 17,8%, enquanto as categorias amarela e indígena apresentaram frequências menores ($p<0,001$).

Em relação ao número de filhos vivos, predominou o grupo sem filhos anteriores, variando de 35,2% a 36,7%, seguido pelas mães com um filho, entre 32,5% e 34,3%. A proporção de mães com dois a três filhos manteve-se em torno de 26% a 27%, enquanto aquelas com quatro filhos ou mais representaram cerca de 4% dos casos, com pequena elevação no pós-pandemia ($p=0,016$).

De modo geral, entre as migrantes internacionais observou-se relativa estabilidade na distribuição das características maternas ao longo dos períodos epidemiológicos, com variações modestas na idade materna, situação conjugal e composição racial. Essas diferenças foram estatisticamente significativas, embora de pequena magnitude do ponto de vista epidemiológico.

Tabela 5 – Características maternas segundo o período epidemiológico entre migrantes internacionais. Município de São Paulo, 2019–2024.

		Pré-pandemia		Pandemia		Transição		Pós-pandemia		P-valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária da mãe (anos)	10 a 19 anos	425	7,8	774	7,2	403	7,6	839	7,3	$p=0,003$
	20 a 34 anos	4106	75,5	8125	75,8	3875	73,3	8508	74,4	
	35 anos e mais	904	16,6	1818	17,0	1007	19,1	2091	18,3	
Situação conjugal da mãe	Solteira	2039	37,6	3695	34,6	1729	32,7	4278	37,4	$p<0,001$
	Casada	1297	23,9	2434	22,8	1232	23,3	2467	21,6	
	Viúva	2	0,0	4	0,0	2	0,0	3	0,0	
	Separada judicialmente / divorciada	13	0,2	23	0,2	10	0,2	28	0,2	
	União estável	2070	38,2	4526	42,4	2311	43,7	4655	40,7	
	Ignorada	3	0,1	5	0,0	0,0	0,0	5	0,0	
Escolaridade e da mãe, em anos de estudo concluídos	Nenhuma	25	0,5	70	0,7	24	0,5	57	0,5	$p<0,001$
	1 a 3 anos	64	1,2	108	1,0	52	1,0	78	0,7	
	4 a 7 anos	476	8,8	941	8,8	429	8,1	907	7,9	
	8 a 11 anos	3720	68,5	7551	70,5	3689	69,8	7874	68,9	
	12 e mais	1147	21,1	2041	19,0	1090	20,6	2471	21,6	
	Ignorado	2	0,0	5	0,0	1	0,0	47	0,4	

Tipo de raça e cor da mãe	Branca	1715	31,6	3682	34,4	1887	35,7	4298	37,6	p<0,001
	Preta	924	17,0	1908	17,8	901	17,1	1712	15,0	
	Amarela	545	10,0	629	5,9	212	4,0	576	5,0	
	Parda	2146	39,5	4249	39,7	2192	41,5	4781	41,8	
	Indígena	104	1,9	248	2,3	91	1,7	69	0,6	
	Ignorado	0,0	0,0	0,0	0,0	1	0,0	1	0,0	
Número de filhos vivos	Nenhum	1993	36,7	3790	35,4	1861	35,2	4111	35,9	p<0,001
	1	1852	34,1	3680	34,3	1789	33,9	3720	32,5	
	2 a 3	1395	25,7	2781	25,9	1413	26,7	3101	27,1	
	4 e mais	195	3,6	464	4,3	220	4,2	506	4,4	
	Ignorado	0,0	0,0	2	0,0	2	0,0	0	0,0	

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo/CEInfo. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Na comparação entre o padrão geral de nascimentos no município — que inclui toda a população materna — e o padrão específico das migrantes internacionais, que representam 3,4% do total, observam-se diferenças relevantes no perfil sociodemográfico. Enquanto o conjunto geral apresenta maior participação relativa de mães com 35 anos ou mais e redução mais acentuada da maternidade na adolescência ao longo do período, entre migrantes predomina de forma mais concentrada a faixa de 20 a 34 anos, com menor variação temporal. No que se refere à situação conjugal, o padrão geral mostra maior proporção de casadas formalmente, ao passo que entre migrantes destaca-se maior participação de união estável e dinâmica mais oscilante entre solteiras e união estável ao longo dos períodos epidemiológicos. Em relação à escolaridade, embora ambos os grupos apresentem predominância de níveis intermediários de estudo, o padrão geral evidencia crescimento mais consistente da categoria de 12 anos ou mais, enquanto entre migrantes permanece concentração mais marcada na faixa de 8 a 11 anos. Quanto à raça/cor, o perfil

das migrantes difere do conjunto populacional, com distribuição proporcional distinta e presença relativamente mais expressiva de determinadas categorias, como amarela. Por fim, observa-se que o padrão geral apresenta aumento mais evidente da primiparidade, enquanto entre migrantes a distribuição do número de filhos vivos mantém-se mais estável, com discreta maior participação de categorias de maior paridade. Assim, embora numericamente minoritário, o grupo de migrantes apresenta configuração sociodemográfica própria, que se distingue do padrão populacional agregado do município

4.2.2 Características do recém-nascido

A Tabela 6 apresenta a distribuição das características do recém-nascido segundo o período epidemiológico no município de São Paulo entre 2019 e 2024.

Observa-se distribuição semelhante do sexo do recém-nascido em todos os períodos analisados, com discreto predomínio do sexo masculino, que variou entre 51,1% e 51,2%, enquanto o sexo feminino representou aproximadamente 48,8% a 48,9% dos nascimentos. Não foram observadas diferenças relevantes na distribuição do sexo ao longo dos períodos epidemiológicos ($p = 0,760$).

Em relação ao APGAR no 5º minuto, a grande maioria dos recém-nascidos apresentou valores superiores a 7 em todos os períodos, variando entre 98,0% e 98,2%. A proporção de recém-nascidos com APGAR ≤ 7 manteve-se baixa, entre 1,8% e 2,0%, com discreta elevação no período pós-pandemia ($p < 0,001$).

Quanto ao peso ao nascer, predominou em todos os períodos a faixa de 2.500 a 3.999 g, correspondendo a cerca de 86% dos nascimentos. A proporção

de recém-nascidos com peso entre 1.500 e 2.499 g variou entre 8,0% e 8,8%, com leve aumento nos períodos mais recentes. Os recém-nascidos com peso inferior a 1.500 g representaram cerca de 1,6% a 1,7% dos nascimentos, enquanto aqueles com 4.000 g ou mais corresponderam a aproximadamente 3,3% a 4,2%, com discreta redução após o período pandêmico ($p < 0,001$).

Em relação à presença de anomalias congênitas, observou-se predomínio de recém-nascidos sem anomalias em todos os períodos, com proporções superiores a 96%. A proporção de nascidos vivos com anomalias identificadas variou entre 2,2% e 2,3% até a fase de transição, com aumento para 3,3% no período pós-pandemia ($p < 0,001$).

Tabela 6 – Características do recém-nascido segundo período epidemiológico. Município de São Paulo, 2019–2024.

		Pré-pandemia		Pandemia		Transição		Pós-pandemia		P-valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	F	89651	48,8	161545	48,9	75726	48,8	144334	48,9	$p=0,760$
	I	17	0,0	36	0,0	16	0,0	40	0,0	
	M	93960	51,2	168763	51,1	79486	51,2	150616	51,1	
APGAR 5º minuto	≤7	3413	1,9	5940	1,8	2920	1,9	5822	2,0	$p<0,001$
	>7	17954 1	98,1	323176	98,2	151682	98,1	288136	98,0	
Peso ao nascer	<1.500g	3004	1,6	5335	1,6	2676	1,7	4982	1,7	$p<0,001$
	1.500 a 2.499g	14851	8,1	26587	8,0	13290	8,6	25921	8,8	
	2.500 a 3.999g	15815 7	86,1	284441	86,1	133953	86,3	254285	86,2	
	4.000g e mais	7611	4,1	13972	4,2	5306	3,4	9798	3,3	
Anomalia identificada	Sim	4028	2,2	7455	2,3	3360	2,2	9671	3,3	$p<0,001$
	Não	17957 6	97,8	322851	97,7	151862	97,8	285286	96,7	
	Ignorado	24	,0	38	,0	6	,0	33	,0	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo / CEInfo. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Os resultados sugerem que a pandemia não promoveu mudanças estruturais relevantes no perfil neonatal global do município. Observam-se, contudo, pequenas oscilações em indicadores de vitalidade ao nascer, discreto aumento proporcional de recém-nascidos com baixo peso, elevação no registro de anomalias e redução da macrosomia no período subsequente. Tais variações, embora estatisticamente significativas, apresentam baixa magnitude.

A Tabela 7 apresenta as características dos recém-nascidos de mães migrantes internacionais segundo o período epidemiológico do nascimento no município de São Paulo entre 2019 e 2024.

A distribuição do sexo do recém-nascido manteve-se estável ao longo dos períodos analisados, com discreto predomínio do sexo masculino em todos os períodos. A proporção de nascidos vivos do sexo masculino variou de 50,1% no período pré-pandemia a 51,8% durante a pandemia, reduzindo-se para 51,0% no período de transição e mantendo-se em 51,2% no pós-pandemia. O sexo feminino representou entre 48,2% e 49,9% dos nascimentos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na distribuição do sexo segundo o período epidemiológico ($p = 0,150$).

Em relação ao escore de APGAR no 5º minuto, a grande maioria dos recém-nascidos apresentou valores superiores a 7 em todos os períodos, variando de 97,9% no período de transição a 98,3% no período pré-pandemia. A proporção de recém-nascidos com APGAR ≤ 7 permaneceu baixa, entre 1,7% e 2,1%, sem diferenças estatisticamente significativas entre os períodos epidemiológicos ($p = 0,328$).

Quanto ao peso ao nascer, predominou amplamente a faixa de 2.500 a 3.999 g em todos os períodos, representando cerca de 84% a 85% dos nascimentos. A proporção de recém-nascidos com peso inferior a 1.500 g manteve-se baixa e relativamente estável, entre 1,0% e 1,3%, enquanto aqueles com peso entre 1.500 e 2.499 g variaram de 4,2% a 5,0%. Observou-se discreta redução na proporção de recém-nascidos com 4.000 g ou mais, passando de 10,3% no período pré-pandemia para 8,7% no pós-pandemia. Essas diferenças foram estatisticamente significativas ($p = 0,003$).

Em relação à presença de anomalias congênitas identificadas ao nascimento, a grande maioria dos recém-nascidos não apresentou anomalias em todos os períodos analisados, com proporções entre 97,1% e 98,2%. A proporção de recém-nascidos com anomalias identificadas variou de 1,8% no período de transição a 2,9% no período pós-pandemia, indicando aumento discreto no período mais recente. Essa variação foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

De modo geral, entre os recém-nascidos de mães migrantes internacionais observou-se estabilidade na distribuição do sexo e dos valores de APGAR, enquanto pequenas variações foram observadas no peso ao nascer e na proporção de anomalias identificadas ao longo dos períodos epidemiológicos. Essas diferenças foram estatisticamente significativas para peso ao nascer e anomalias congênitas, embora de pequena magnitude em termos absolutos.

Tabela 7 – Características dos recém-nascidos de mães migrantes internacionais segundo o período epidemiológico. Município de São Paulo, 2019–2024.

		Pré-pandemia		Pandemia		Transição		Pós-pandemia		P-valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	F	2711	49,9	5167	48,2	2588	49,0	5581	48,8	p=0,150
	I	2	0,0	3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	M	2722	50,1	5547	51,8	2697	51,0	5857	51,2	
APGAR 5º minuto	≤7	92	1,7	191	1,8	111	2,1	224	2,0	p=0,328
	>7	5279	98,3	10387	98,2	5086	97,9	11091	98,0	
Peso ao nascer	<1.500g	70	1,3	107	1,0	58	1,1	122	1,1	p=0,003
	1.500 a 2.499g	226	4,2	507	4,7	247	4,7	577	5,0	
	2.500 a 3.999g	4577	84,2	9017	84,2	4483	84,8	9742	85,2	
	4.000g e mais	561	10,3	1082	10,1	496	9,4	996	8,7	
Anomalia identificada	Sim	115	2,1	246	2,3	95	1,8	331	2,9	p<0,001
	Não	5320	97,9	10469	97,7	5190	98,2	11107	97,1	
	Ignorado	0,0	0,0	2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo / CEInfo. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Na comparação entre o padrão neonatal geral do município e aquele observado entre filhos de mães migrantes internacionais, algumas diferenças estruturais se destacam. De modo consistente, os recém-nascidos de migrantes apresentaram menor proporção de baixo peso ao nascer e maior participação relativa da macrosomia quando comparados ao conjunto populacional, mantendo, entretanto, predominância do peso adequado em ambos os grupos. Os escores de Apgar no 5º minuto mostraram-se semelhantes entre migrantes e população geral, assim como a distribuição por sexo. Em relação às anomalias identificadas, as proporções foram próximas, embora com variações percentuais discretas.

Quanto à influência dos períodos epidemiológicos, tanto no padrão geral quanto entre migrantes observaram-se oscilações de pequena magnitude ao longo do tempo, com redução da macrosomia e aumento proporcional do registro de anomalias no período pós-pandemia. Essas mudanças ocorreram de forma paralela nos dois grupos e não configuram alteração estrutural relevante do perfil neonatal. Assim, as diferenças mais marcantes parecem estar relacionadas às características próprias do grupo de migrantes, enquanto as variações temporais associadas aos períodos epidemiológicos foram modestas e semelhantes entre os grupos.

4.2.3 Características do parto

A Tabela 8 apresenta a distribuição das características da gestação, do tipo de gravidez, do tipo de parto e do local de nascimento segundo o período epidemiológico. Observou-se predomínio de nascimentos com 37 a 41 semanas de gestação em todos os períodos, variando de 88,0% no pós-pandemia a 88,9% no período pré-pandemia. A proporção de nascimentos com 32 a 36 semanas apresentou discreto aumento ao longo do período, passando de 8,9% no período pré-pandemia para 9,8% no pós-pandemia, enquanto as demais categorias permaneceram com frequências reduzidas ($p < 0,001$).

Quanto ao tipo de gravidez, predominou amplamente a gestação única em todos os períodos, com valores próximos de 97%. As gestações duplas variaram entre 2,8% e 3,0%, enquanto as gestações triplas ou mais permaneceram próximas de 0,1%, com variações discretas ao longo do período ($p = 0,046$).

Em relação ao tipo de parto, observou-se predomínio de partos cesáreos em todos os períodos, variando de 54,4% durante a pandemia a 55,9% no pós-pandemia. A proporção de partos vaginais variou entre 44,1% e 45,6% ($p < 0,001$).

Quanto ao local de nascimento, a quase totalidade dos nascimentos ocorreu em hospitais em todos os períodos, com valores próximos de 99%. Os nascimentos em outros estabelecimentos de saúde variaram entre 0,3% e 0,7%, enquanto os partos domiciliares representaram cerca de 0,4% a 0,5% dos casos ($p < 0,001$).

De modo geral, observou-se relativa estabilidade nas características da gestação e do parto ao longo do período com discreta tendência de aumento da prematuridade moderada (32–36 semanas) e da proporção de cesarianas no período pós-pandemia, embora as variações tenham sido de pequena magnitude.

Tabela 8 – Características da gestação, do parto e do local de nascimento segundo período epidemiológico. Município de São Paulo, 2019–2024

		Pré-pandemia		Pandemia		Transição		Pós-pandemia		P-valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Número de semanas de gestação	Menos de 22 semanas	65	0,0	118	0,0	61	0,0	117	,0	p<0,001
	22 a 27 semanas	983	0,5	1831	0,6	938	0,6	1877	0,6	
	28 a 31 semanas	1843	1,0	3372	1,0	1557	1,0	3116	1,1	
	32 a 36 semanas	16302	8,9	30735	9,3	14818	9,5	29027	9,8	
	37 a 41 semanas	163273	88,9	292252	88,5	137056	88,3	259533	88,0	
	42 semanas e mais	1133	0,6	1907	0,6	763	0,5	1248	0,4	
	Ignorado	29	,0	129	,0	35	,0	72	,0	
Tipo de gravidez	Única	178321	97,1	320705	97,1	150511	97,0	286254	97,0	p=0,046
	Dupla	5155	2,8	9346	2,8	4586	3,0	8519	2,9	
	Tripla ou mais	143	0,1	248	0,1	114	0,1	182	0,1	
	Ignorado	8	,0	16	,0	10	,0	9	,0	
Tipo de parto	Vaginal	83347	45,4	150465	45,6	70048	45,1	130003	44,1	p<0,001
	Cesário	100275	54,6	179846	54,4	85166	54,9	164972	55,9	
	Ignorado	5	0,0	13	0,0	8	0,0	6	0,0	
Local de nascimento	Hospital	182024	99,1	326879	99,0	153246	98,7	292021	99,0	p<0,001
	Outros estabelecimentos de saúde	597	0,3	1508	0,5	1060	0,7	1414	0,5	
	Domicílio	799	0,4	1558	0,5	706	0,5	1159	0,4	
	Outros	208	0,1	399	0,1	216	0,1	396	0,1	

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – CEInfo. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2019–2024.

A Tabela 9 apresenta as características da gestação, do parto e do local de nascimento entre migrantes internacionais segundo o período epidemiológico no município de São Paulo, no período de 2019 a 2024.

Em relação à idade gestacional, observou-se predomínio de nascimentos entre 37 e 41 semanas em todos os períodos, com proporções estáveis próximas de 91%. Os nascimentos com 32 a 36 semanas variaram entre

5,8% no período pré-pandemia e 7,0% durante a pandemia e no pós-pandemia, enquanto as demais categorias apresentaram frequências inferiores a 1%. As diferenças na distribuição da idade gestacional entre os períodos foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Quanto ao tipo de gravidez, predominou amplamente a gestação única, com proporções entre 97,2% e 98,0% ao longo do período. As gestações duplas representaram cerca de 2% a 3%, enquanto as gestações triplas ou mais foram raras. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os períodos epidemiológicos ($p = 0,054$).

Em relação ao tipo de parto, observou-se predomínio de partos vaginais, variando de 61,2% no pós-pandemia a 64,0% no período pré-pandemia, enquanto os partos cesáreos oscilaram entre 36,0% e 38,8%. Essas diferenças entre os períodos foram estatisticamente significativas ($p = 0,007$).

Quanto ao local de nascimento, a quase totalidade dos partos ocorreu em hospitais, com proporções entre 97,6% e 98,4%. Os partos domiciliares variaram entre 1,0% e 1,7%, enquanto os nascimentos em outros estabelecimentos de saúde e em outros locais apresentaram frequências inferiores a 1%. As diferenças na distribuição do local de nascimento entre os períodos foram estatisticamente significativas ($p = 0,018$).

De modo geral, entre as migrantes internacionais observou-se predomínio de nascimentos a termo, gestações únicas, partos vaginais e ocorrência hospitalar, com variações discretas ao longo dos períodos epidemiológicos, embora algumas diferenças tenham se mostrado estatisticamente significativas.

Tabela 9 – Características da gestação, do parto e do local de nascimento entre migrantes internacionais segundo período epidemiológico. Município de São Paulo, 2019–2024.

		Pré-pandemia		Pandemia		Transição		Pós-pandemia		P-valor
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Número de semanas de gestação	Menos de 22 semanas	0	0,0	4	0,0	3	0,1	2	0,0	p<0,001
	22 a 27 semanas	23	0,4	32	0,3	15	0,3	55	0,5	
	28 a 31 semanas	41	0,8	67	0,6	32	0,6	82	0,7	
	32 a 36 semanas	315	5,8	747	7,0	360	6,8	798	7,0	
	37 a 41 semanas	4990	91,8	9760	91,1	4824	91,3	10425	91,1	
	42 semanas e mais	65	1,2	96	0,9	48	0,9	75	0,7	
	Ignorado	1	0,0	11	,1	3	,1	1	,0	
Tipo de gravidez	Única	5308	97,7	10411	97,2	5176	98,0	11157	97,5	p=0,054
	Dupla	121	2,2	289	2,7	103	1,9	275	2,4	
	Tripla ou mais	6	0,1	13	0,1	5	0,1	6	0,1	
	Ignorado	0	0,0	2	,0	0	,0	0	,0	
Tipo de parto	Vaginal	3476	64,0	6687	62,4	3363	63,6	7003	61,2	p=0,007
	Cesário	1959	36,0	4028	37,6	1921	36,4	4435	38,8	
	Ignorado	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	
Local de nascimento	Hospital	5347	98,4	10526	98,2	5158	97,6	11241	98,3	p=0,018
	Outros estabelecimentos de saúde	10	0,2	24	0,2	18	0,3	42	0,4	
	Domicílio	63	1,2	134	1,3	89	1,7	120	1,0	
	Outros	15	0,3	33	0,3	20	0,4	35	0,3	

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo / CEInfo. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Na comparação entre migrantes internacionais e o padrão geral do município, observam-se diferenças estruturais relevantes na dinâmica obstétrica. Entre migrantes, a proporção de partos vaginais é consistentemente mais elevada (61–64%) e, conseqüentemente, a taxa de cesarianas é substancialmente inferior à observada no conjunto populacional (36–39% entre

migrantes versus 54–56% no padrão geral). Além disso, as migrantes apresentam maior concentração de nascimentos a termo (91%) e menor proporção de prematuridade moderada quando comparadas ao total do município. Os partos hospitalares permanecem amplamente predominantes em ambos os grupos, embora a proporção de partos domiciliares seja discretamente mais elevada entre migrantes.

Quanto à influência dos períodos epidemiológicos, as variações observadas entre migrantes foram, em geral, de pequena magnitude e seguiram tendência semelhante à do padrão geral. Verificou-se discreto aumento da prematuridade moderada (32–36 semanas) e leve elevação da proporção de cesarianas no período pós-pandemia, embora mantendo-se em níveis inferiores aos da população geral. O local de nascimento apresentou oscilações pontuais durante a pandemia, sem alteração estrutural do predomínio hospitalar.

4.3 Indicadores de saúde materno-infantil

A Tabela 10 apresenta os indicadores de saúde materno-infantil descritos na portaria da secretaria municipal da saúde – SMS nº 120 de 11 de março de 2020, que usam exclusivamente dados do SINASC, segundo o período epidemiológico no período de 2019 a 2024, estratificados por nacionalidade materna.

Entre as brasileiras, a captação precoce do pré-natal manteve-se elevada em todos os períodos, com aumento gradual de 93,6% no período pré-pandemia para 95,4% no pós-pandemia ($p < 0,001$). A taxa de cesárea permaneceu elevada e relativamente estável ao longo do período, variando de

55,0% durante a pandemia a 56,6% no pós-pandemia ($p<0,001$). A prematuridade apresentou discreto aumento ao longo do período analisado, passando de 10,6% no período pré-pandemia para 11,7% no pós-pandemia ($p<0,001$).

Entre as migrantes internacionais, a captação precoce do pré-natal foi sistematicamente menor do que entre as brasileiras, variando de 87,0% na fase de transição a 89,1% no pós-pandemia, com diferenças estatisticamente significativas entre os períodos ($p<0,001$). A taxa de cesárea manteve-se substancialmente inferior à observada entre brasileiras, variando de 36,0% no período pré-pandemia a 38,8% no pós-pandemia ($p<0,001$). A prematuridade apresentou valores inferiores aos observados entre brasileiras, variando de 7,0% no período pré-pandemia a 8,2% no pós-pandemia, sem diferença estatisticamente significativa entre os períodos epidemiológicos ($p=0,051$).

De modo geral, observou-se que as brasileiras apresentaram maiores proporções de captação precoce do pré-natal, taxa de cesárea e prematuridade em comparação às migrantes internacionais. Além disso, verificou-se aumento discreto desses indicadores ao longo dos períodos epidemiológicos, especialmente no grupo das brasileiras.

Tabela 10 – Indicadores de saúde materno-infantil segundo período epidemiológico e nacionalidade materna. Município de São Paulo, 2019–2024.

	Brasileiras				Migrantes internacionais			
	Pré-pandemia	Pandemia	Transição	Pós-pandemia	Pré-pandemia	Pandemia	Transição	Pós-pandemia
	%	%	%	%	%	%	%	%
Taxa de Captação precoce	93,6	94,5	95,1	95,4	87,3	87,6	87,0	89,1
P-valor	p<0,001				p<0,001			
Taxa de cesárea	55,2	55,0	55,5	56,6	36,0	37,6	36,3	38,8
P-valor	p<0,001				p<0,001			
Taxa de Prematuridade	10,6	11,0	11,3	11,7	7,0	7,9	7,8	8,2
P-valor	<0,001				p=0,051			

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) / CEInfo. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

4.3.1 Indicadores de saúde materno-infantil das nacionalidades mais frequentes no grupo das migrantes internacionais

A Tabela 11 apresenta a taxa de captação precoce do pré-natal segundo nacionalidade da mãe e período epidemiológico no município de São Paulo entre 2019 e 2024. A captação precoce corresponde ao início do acompanhamento pré-natal nas fases iniciais da gestação, geralmente até o primeiro trimestre ou até cerca de 84 dias de gravidez, sendo um importante indicador de acesso e qualidade da assistência pré-natal.

Observa-se que a captação precoce foi elevada em todas as nacionalidades, com valores geralmente superiores a 80% em todos os períodos analisados. Entre as nacionalidades com maiores proporções destacam-se

China, Síria e Argentina, com valores próximos ou superiores a 95% em todos os períodos, atingindo até 98,0% entre chinesas no período pós-pandemia.

As menores proporções foram observadas entre bolivianas e paraguaias, com valores próximos de 82%–86%, embora também se observe discreta elevação no período pós-pandemia, especialmente entre bolivianas (85,0%) e peruanas (94,2%). Entre haitianas e venezuelanas observou-se tendência geral de aumento ao longo do período, alcançando respectivamente 95,2% e 91,7% no pós-pandemia.

A categoria “Outras nacionalidades” apresentou comportamento semelhante ao conjunto das migrantes, com níveis elevados de captação precoce ao longo de todo o período, variando de 93,7% no período pré-pandemia a 94,4% no pós-pandemia, com valores intermediários de 94,0% durante a pandemia e 95,1% no período de transição.

Os testes de associação indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os períodos epidemiológicos para todas as nacionalidades ($p < 0,001$), evidenciando variação temporal nas taxas de captação precoce.

Tabela 11 – Taxa de captação precoce segundo nacionalidade da mãe e período epidemiológico. Município de São Paulo, 2019–2024.

	Pré-pandemia		Pandemia		Transição		Pós-pandemia		P-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Argentina	39	97,5%	109	95,6%	64	95,5%	108	96,4%	<0,001
Síria	102	97,1%	107	99,1%	61	96,8%	158	95,2%	<0,001
Líbano	54	96,4%	120	96,8%	78	97,5%	169	97,1%	<0,001
China	356	94,4%	435	97,3%	137	97,9%	393	98,0%	<0,001
Colômbia	58	93,5%	107	93,9%	43	86,0%	127	94,8%	<0,001
Haiti	459	90,5%	1033	93,0%	314	91,0%	437	95,2%	<0,001
Nigéria	52	89,7%	106	93,0%	86	91,5%	117	92,9%	<0,001
Angola	121	88,3%	228	86,7%	191	88,0%	444	89,7%	<0,001
Venezuela	60	87,0%	249	90,5%	157	90,8%	429	91,7%	<0,001
Paraguai	241	85,8%	502	88,7%	221	82,8%	545	83,7%	<0,001
Peru	129	84,9%	289	88,7%	150	86,7%	293	94,2%	<0,001
Bolívia	1567	82,0%	3076	81,4%	1499	81,7%	3619	85,0%	<0,001
Outras	606	93,7%	1036	94,0%	527	95,1%	1191	94,4%	<0,001

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) / CEInfo. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A Tabela 12 apresenta a taxa de cesárea segundo nacionalidade da mãe e período epidemiológico no município de São Paulo entre 2019 e 2024. A taxa de cesárea variou amplamente entre as nacionalidades, refletindo diferentes perfis obstétricos e possivelmente distintas formas de acesso aos serviços de saúde. No Brasil, as taxas de cesárea são historicamente elevadas e variam conforme características sociodemográficas e contextuais das gestantes.

Observou-se grande heterogeneidade entre os grupos. As maiores proporções de cesariana foram registradas entre sírias e libanesas, com valores sempre elevados, variando entre 68,3% e 76,8% entre sírias e entre 68,9% e 73,3% entre libanesas ao longo do período. Também se destacaram as nigerianas e chinesas, com tendência de aumento, especialmente entre

chinesas, cuja taxa passou de 45,6% no período pré-pandemia para 63,6% no pós-pandemia.

As menores proporções foram observadas entre bolivianas e paraguaias, com valores próximos de 26% a 33%, indicando predominância de partos vaginais nesses grupos. Entre peruanas e haitianas, observou-se tendência de crescimento gradual ao longo do período, atingindo respectivamente 40,7% e 45,0% no pós-pandemia.

Entre argentinas, colombianas e venezuelanas, as taxas permaneceram em níveis intermediários, geralmente entre 40% e 55%, com variações moderadas entre os períodos epidemiológicos. A categoria 'Outras nacionalidades' apresentou comportamento estável, com valores próximos de 49% a 52% ao longo do período.

Os testes de associação indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os períodos epidemiológicos para todas as nacionalidades analisadas ($p < 0,001$), evidenciando variações temporais na taxa de cesariana.

Tabela 12 – Taxa de cesárea segundo nacionalidade da mãe e período epidemiológico. Município de São Paulo, 2019–2024.

	Pré-pandemia		Pandemia		Transição		Pós-pandemia		P-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Síria	86	76,8	84	68,3	51	73,9	154	74,0	<0,001
Líbano	41	70,7	100	73,0	63	73,3	131	68,9	<0,001
Nigéria	37	55,2	88	58,7	78	59,1	129	63,2	<0,001
Argentina	21	52,5	67	56,3	37	52,1	67	54,9	<0,001
Colômbia	35	51,5	64	52,5	22	36,7	70	49,0	<0,001
Angola	83	47,7	160	44,8	130	40,6	299	41,9	<0,001
China	193	45,6	247	53,0	90	61,2	264	63,6	<0,001
Venezuela	40	44,4	151	47,6	80	41,0	214	41,4	<0,001
Haiti	222	37,8	556	45,9	177	46,7	221	45,0	<0,001
Peru	64	34,6	147	38,2	84	39,4	147	40,7	<0,001
Paraguai	101	30,7	211	30,8	85	23,9	267	33,2	<0,001
Bolívia	681	26,3	1521	28,1	714	27,2	1684	29,3	<0,001
Outras	355	50,0	632	51,4	310	49,0	788	51,9	<0,001

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) / CEInfo. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A Tabela 13 apresenta a taxa de prematuridade segundo nacionalidade da mãe e período epidemiológico no município de São Paulo entre 2019 e 2024. Considera-se prematuro o recém-nascido com menos de 37 semanas de gestação, conforme definição adotada internacionalmente.

Observou-se variação relevante nas taxas de prematuridade entre as diferentes nacionalidades ao longo dos períodos epidemiológicos. As maiores proporções de prematuridade foram observadas entre angolanas e paraguaias, com valores que atingiram 14,4% e 14,3% no pós-pandemia, respectivamente. Também se destacaram as nigerianas e haitianas, com proporções geralmente entre 8% e 12% ao longo do período.

As menores taxas de prematuridade foram registradas entre bolivianas e chinesas, com valores próximos de 5% a 7% na maior parte dos períodos

analisados. Entre peruanas e colombianas, observaram-se níveis intermediários, com aumento durante a pandemia e posterior estabilização.

Alguns grupos apresentaram variações mais acentuadas entre os períodos. Entre libanesas, a prematuridade aumentou de 5,2% no período pré-pandemia para 12,8% na fase de transição, com redução posterior para 3,7% no pós-pandemia. Entre venezuelanas, observou-se aumento durante a pandemia (10,7%) seguido de redução no pós-pandemia (7,9%). Entre argentinas, verificou-se tendência de crescimento gradual, passando de 7,5% no período pré-pandemia para 11,5% no pós-pandemia.

A categoria 'Outras nacionalidades' apresentou comportamento relativamente estável, com valores entre 8,2% e 9,3% ao longo do período.

Os testes de associação indicaram diferenças estatisticamente significativas entre as nacionalidades dentro de cada período epidemiológico, com valores de $p < 0,001$ nos períodos pré-pandemia, pandemia e pós-pandemia e $p=0,026$ no período de transição.

Tabela 13 – Taxa de Prematuridade segundo nacionalidade da mãe e período epidemiológico. Município de São Paulo, 2019–2024.

	Pré-pandemia		Pandemia		Transição		Pós-pandemia		P-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Angola	22	12,6	47	13,2	33	10,3	103	14,4	<0,001
Paraguai	36	10,9	73	10,7	34	9,6	115	14,3	<0,001
Nigéria	7	10,4	18	12,0	14	10,6	17	8,3	<0,001
Haiti	59	10,0	139	11,5	37	9,8	50	10,2	<0,001
Síria	10	8,9	8	6,5	6	8,7	13	6,3	<0,001
Argentina	3	7,5	12	10,1	7	9,9	14	11,5	<0,001
China	29	6,9	37	7,9	14	9,5	27	6,5	<0,001
Venezuela	5	5,6	34	10,7	19	9,7	41	7,9	<0,001
Líbano	3	5,2	15	10,9	11	12,8	7	3,7	<0,001
Bolívia	134	5,2	317	5,9	165	6,3	373	6,5	<0,001
Colômbia	3	4,4	12	9,8	2	3,3	10	7,0	<0,001
Peru	8	4,3	28	7,3	16	7,5	26	7,2	<0,001
Outras	60	8,5	110	8,9	52	8,2	141	9,3	<0,001

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) / CEInfo. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

5. Discussão

5.1 Síntese dos principais achados

Este estudo analisou, em base populacional, os nascidos vivos registrados no município de São Paulo entre 2019 e 2024, comparando filhos de mães brasileiras e de mães migrantes internacionais segundo o período epidemiológico do período (pré-pandemia, pandemia, transição e pós-pandemia). Os resultados evidenciam, em primeiro lugar, a relevância quantitativa e epidemiológica da população migrante no município: embora represente 3,4% dos nascidos vivos no período, observa-se crescimento proporcional ao longo

dos anos (de 3,0% em 2019 para 4,1% em 2024), em paralelo à redução do número absoluto de nascimentos no município. Esse padrão sugere transformação gradual da composição demográfica dos nascimentos, coerente com São Paulo como polo de atração migratória e espaço de permanência de migrantes em idade reprodutiva (1, 9, 12, 15).

Em segundo lugar, os achados mostram que, no agregado, migrantes internacionais apresentaram menor captação precoce do pré-natal, menor taxa de cesariana e menor prematuridade do que brasileiras, com variações discretas ao longo dos períodos epidemiológicos. Entre brasileiras, a captação precoce foi elevada e aumentou progressivamente (93,6% → 95,4%), enquanto entre migrantes permaneceu sistematicamente inferior (87,3% → 89,1), apesar de discreto aumento no pós-pandemia. A taxa de cesariana permaneceu alta no grupo brasileiro (55,2% → 56,6%), contrastando com níveis substancialmente menores em migrantes (36,0% → 38,8%). A prematuridade foi mais alta entre brasileiras (10,6% → 11,7%) e mais baixa entre migrantes (7,0% → 8,2%), sem diferença estatisticamente significativa entre períodos no agregado migrante ($p=0,051$). Em terceiro lugar, ao desagregar migrantes por nacionalidade, surgem padrões heterogêneos importantes: a Bolívia concentra metade dos nascimentos de migrantes e apresenta piores níveis de captação precoce, enquanto grupos como Síria, Líbano e China exibem níveis elevados de captação precoce e, no caso de Síria e Líbano, taxas de cesariana persistentemente altas.

O conjunto dos resultados aponta para uma realidade que não pode ser interpretada apenas como “efeito migrante” homogêneo. Ao contrário, sugere

que os desfechos e o acesso ao cuidado estão distribuídos de forma desigual entre migrantes e brasileiras e, sobretudo, dentro do grupo migrante, exigindo um marco analítico capaz de articular determinantes sociais, vulnerabilidade e interseccionalidade para interpretar como desigualdades de classe, território, status migratório, redes sociais, raça/cor e barreiras linguísticas se combinam na produção de riscos e no acesso aos serviços (5,19,20,23).

A literatura recente sobre saúde materno-infantil de migrantes em São Paulo e no Brasil (2021-2026) evidencia disparidades significativas nos resultados de saúde entre diferentes grupos migratórios, com bolivianos, venezuelanos e paraguaios enfrentando maior vulnerabilidade relacionada a condições precárias de trabalho, moradia inadequada e barreiras linguísticas (6, 39, 40). Apesar da garantia constitucional de acesso universal ao Sistema Único de Saúde (SUS), estudos demonstram que obstáculos multidimensionais—including dificuldades linguísticas, falta de documentação, desconhecimento do sistema de saúde, discriminação institucional e xenofobia—limitam o acesso efetivo aos cuidados pré-natais, ao parto humanizado e aos serviços de puericultura (41-43). Embora São Paulo tenha implementado políticas municipais inovadoras, como a Política Municipal para a População Imigrante (Lei Municipal nº 16.478/2016) e o Programa de Acompanhamento de Gestantes Migrantes, persistem lacunas significativas na implementação, capacitação de profissionais de saúde para competência cultural e oferta de serviços especializados em saúde mental materna (44-46). A análise integrada dos estudos aponta para a necessidade urgente de intervenções que transcendam o modelo biomédico tradicional, incorporando abordagens culturalmente sensíveis, mediação linguística qualificada, fortalecimento das redes de apoio comunitário e combate

sistemático à discriminação nos serviços de saúde, para garantir equidade no acesso e nos resultados de saúde materno-infantil entre populações migrantes (47-49).

5.2 Eixo teórico estruturante: determinantes sociais, vulnerabilidade e interseccionalidade

A interpretação dos achados demanda deslocar a leitura da diferença “migrante versus brasileira” como atributo individual e aproximá-la de um entendimento estrutural dos processos que produzem desigualdades em saúde. O campo da migração e saúde descreve a produção e gestão de riscos e barreiras no cuidado como fenômenos socialmente construídos, modulados por relações de poder, status legal, inserção laboral, redes comunitárias e políticas públicas (5,19). Em São Paulo, tais fatores operam em um contexto urbano marcado por forte desigualdade territorial, segregação socioespacial e diferenciais de acesso aos equipamentos sociais e de saúde, compondo um cenário em que o cuidado materno-infantil é atravessado por determinantes sociais.

Determinantes Sociais da Saúde (DSS) oferecem um enquadramento para compreender como condições de vida e trabalho, renda, escolaridade, moradia, transporte, redes de apoio e acesso aos serviços estruturam oportunidades e riscos. No caso das migrantes, os DSS incluem dimensões específicas: precariedade laboral e jornadas extensas, informalidade, dependência de redes comunitárias, inserção em territórios centrais e periféricos com diferentes perfis de oferta de serviços e, em muitos casos, insegurança

documental e barreiras linguísticas. Esse quadro tem sido descrito na literatura sobre migrantes internacionais em São Paulo, especialmente para grupos como bolivianos, em que condições de trabalho e exclusão social se articulam a barreiras de acesso e experiências de discriminação (18,24). Assim, diferenças observadas na captação precoce do pré-natal podem ser interpretadas não como “preferência cultural” isolada, mas como resultado de oportunidades e constrangimentos concretos para acessar o cuidado no tempo oportuno.

O conceito de vulnerabilidade, por sua vez, permite operacionalizar a análise em três planos complementares: (i) individual, relativo a conhecimentos, capacidade de mobilização e agência; (ii) social, referente a inserção socioeconômica, redes e discriminação; e (iii) programático, que diz respeito à capacidade do sistema de saúde em acolher, comunicar, garantir continuidade do cuidado e reduzir barreiras institucionais (capacidade de resposta do serviço). Essa abordagem é particularmente útil para compreender por que diferenças de pequena magnitude estatística podem ter grande relevância em termos de equidade: uma redução de poucos pontos percentuais na captação precoce, em base populacional, pode representar milhares de gestantes que chegam tardiamente ao cuidado, com impactos cumulativos ao longo da gestação.

Por fim, a interseccionalidade agrega um passo crítico: os efeitos dos DSS e da vulnerabilidade não incidem de forma uniforme, mas variam conforme a combinação de marcadores sociais (gênero, raça/cor, classe, território, idioma, nacionalidade, status migratório, presença de companheiro, paridade). Neste estudo, esse ponto é empiricamente sustentado pela heterogeneidade entre nacionalidades em captação precoce, cesariana e prematuridade (Tabelas 11–13). O mesmo “rótulo” de migrante pode abrigar realidades muito distintas:

migrantes com maior inserção econômica e redes de apoio podem acessar mais precocemente o pré-natal e ter padrões obstétricos próximos dos grupos nativos; já migrantes em condições mais precárias podem enfrentar barreiras programáticas e sociais que atrasam o cuidado e alteram trajetórias de risco.

5.3 Completude e qualidade dos dados: robustez analítica e limites interpretativos

A qualidade das informações do SINASC é um pilar para a validade dos achados. Neste estudo, as variáveis principais apresentaram completude muito alta e sem diferenças relevantes entre brasileiras e migrantes, o que reforça que as comparações entre grupos não estão majoritariamente condicionadas por vieses diferenciais de preenchimento. Esse resultado é consistente com avaliações que descrevem o SINASC como um sistema com elevada utilidade para análises epidemiológicas e boa qualidade de informações em diversas dimensões, embora com variações por variável e contexto (31).

Ainda assim, alguns pontos merecem discussão crítica. Primeiro, os escores de Apgar apresentaram completude elevada, porém não absoluta, o que pode influenciar análises sensíveis a pequenas variações em desfechos raros. A ausência total da variável “raça/cor do nascido” (0%) constitui uma limitação importante, pois reduz a capacidade de examinar iniquidades étnico-raciais na dimensão neonatal e restringe análises interseccionais completas. A literatura sobre sistemas de informação e completude aponta que lacunas sistemáticas em campos específicos podem persistir mesmo em bases de boa qualidade geral, exigindo estratégias programáticas de qualificação do registro e monitoramento contínuo (34–36). Segundo, embora “raça/cor da mãe” possua alta taxa de

completude, a interpretação desse marcador em migrantes exige cautela, pois categorias de classificação e processos de autodeclaração podem variar por repertório cultural, contexto institucional e mediação do profissional que coleta o dado.

Do ponto de vista do eixo de vulnerabilidade programática, falhas persistentes em campos relevantes sugerem que a qualidade do registro também pode ser entendida como indicador indireto da capacidade institucional do sistema: quando o processo de registro não captura dimensões centrais (como raça/cor do recém-nascido), limita-se a possibilidade de monitorar desigualdades e aprimorar políticas orientadas à equidade. Assim, a discussão da qualidade do dado não é apenas “técnica”, mas também política, pois influencia quais desigualdades se tornam visíveis e passíveis de intervenção.

5.4 Mudança demográfica dos nascimentos e composição migratória em São Paulo

A redução do número absoluto de nascimentos entre 2019 e 2024, com simultâneo aumento proporcional de nascimentos de mães migrantes, sinaliza rearranjos demográficos e sociais no município. Esse comportamento é compatível com tendências recentes que apontam transformações na dinâmica reprodutiva e no perfil populacional urbano, com queda de fecundidade e mudanças no timing reprodutivo (e.g., aumento de gestação em idades mais avançadas), além da manutenção de fluxos migratórios para São Paulo (11,17). O fato de a população migrante ser numericamente “menor” não reduz sua importância epidemiológica: em base populacional, 32.875 nascimentos de mães migrantes em seis anos constituem um contingente com demanda

significativa de cuidado materno-infantil, exigindo organização de serviços capaz de responder às especificidades de idioma, cultura, redes sociais e condição legal.

A concentração de quase metade dos nascimentos migrantes em mães bolivianas (49,8%) é particularmente relevante e está alinhada com a literatura sobre a presença boliviana no município e sua inserção laboral e territorial (18,24). A composição do grupo migrante — com participação de Haiti, Paraguai, Angola, China, Peru e Venezuela — sugere que o cuidado materno-infantil em São Paulo precisa dialogar com perfis socioculturais e trajetórias migratórias muito distintas, que não podem ser reduzidas a uma única categoria analítica de “migrante”. Esse ponto se torna central ao interpretar os indicadores por nacionalidade, em que há contraste entre grupos com captação precoce muito elevada e grupos com níveis persistentemente inferiores.

5.5 Perfil sociodemográfico materno ao longo dos períodos: transições graduais e leitura estrutural

O perfil sociodemográfico das mães no município apresenta mudanças graduais entre os períodos epidemiológicos: redução da maternidade na adolescência e aumento relativo de mães com 35 anos ou mais, além de elevação progressiva da escolaridade (12 anos ou mais). Entre brasileiras, esse padrão ocorre de forma consistente, com redução da proporção de adolescentes de 8,9% no pré-pandemia para 6,6% no pós-pandemia e aumento de mães $\geq$ 35 anos. Entre migrantes, observa-se maior concentração na faixa 20–34 anos (aprox. 73–76%), com adolescência relativamente estável (7,2–7,8) e leve

aumento de ≥ 35 anos (16,6% $\rightarrow$ 18,3%). No plano dos DSS, esse resultado pode refletir tanto mudanças demográficas e reprodutivas na cidade quanto seleção migratória por idade e inserção laboral: migrantes em idade reprodutiva tendem a concentrar-se em faixas etárias economicamente ativas, o que se alinha à literatura sobre migração como fenômeno associado a trabalho e redes sociais, especialmente em metrópoles (11,19).

A escolaridade mostra diferenças relevantes entre grupos: brasileiras têm maior proporção de 12 anos ou mais e migrantes concentram-se mais em 8–11 anos. Em termos teóricos, escolaridade opera como determinante distal que influencia compreensão de direitos, navegação no sistema, comunicação com serviços e condições de trabalho, modulando vulnerabilidades individuais e sociais. Porém, em migrantes, a escolaridade formal também pode não ser plenamente comparável, dado o reconhecimento de estudos, diferenças curriculares e trajetórias interrompidas por migração, o que recomenda leitura cautelosa do indicador como proxy socioeconômica.

Quanto à raça/cor materna, observou-se estabilidade relativa de brancas e pardas no total e aumento discreto de pretas no pós-pandemia. Entre migrantes, pardas predominam e há crescimento de brancas ao longo do tempo. Interseccionalmente, raça/cor deve ser tratada como marcador estrutural de desigualdade que se combina com nacionalidade e status migratório. Mesmo quando não se modela causalmente o efeito racial, sua distribuição compõe o pano de fundo das desigualdades no cuidado, especialmente em um sistema urbano em que discriminação e barreiras simbólicas podem afetar acolhimento, comunicação e continuidade do pré-natal (20,23).

5.6 Captação precoce do pré-natal: acesso oportuno, vulnerabilidade programática e heterogeneidade migrante

A captação precoce do pré-natal é um indicador de acesso oportuno e qualidade do cuidado, pois marca a entrada da gestante em uma trajetória de acompanhamento em tempo de prevenir, detectar e manejar condições de risco. Neste estudo, o padrão é nítido: a captação precoce é alta em ambos os grupos, porém consistentemente menor entre migrantes (87–89%) do que entre brasileiras (93–95%). Embora a diferença pareça “modesta” em termos percentuais, em base populacional ela é substantiva e tem implicações clínicas e programáticas. O resultado se alinha com a literatura que descreve inequidades no acesso ao cuidado materno em migrantes, frequentemente associadas a barreiras linguísticas, desconhecimento de direitos, discriminação, instabilidade residencial e condições de trabalho precárias que dificultam comparecimento a consultas e continuidade do cuidado (20,23,24).

Vulnerabilidade social: migração pode estar associada a trabalho informal e jornadas extensas, reduzindo “tempo disponível” para acessar serviços, especialmente quando há longos tempos de espera. Para bolivianas em São Paulo, a literatura descreve a articulação entre inserção laboral precarizada, exclusão social e barreiras de acesso aos serviços (18,24).

Vulnerabilidade programática: mesmo quando há direito formal de acesso, a capacidade do serviço em acolher, comunicar, orientar sobre fluxos e assegurar agendamento adequado pode ser limitada. A falta de mediação linguística, ausência de materiais informativos adequados e discriminação

institucional são componentes reconhecidos na literatura sobre migrantes e cuidado materno (20,23).

Vulnerabilidade individual: inclui compreensão sobre o funcionamento do sistema, reconhecimento do pré-natal como prioridade e capacidade de mobilizar redes de apoio. Contudo, esse plano não deve ser lido como “responsabilização” da gestante, mas como dimensão modulada por condições sociais e programáticas.

A análise por nacionalidade (Tabela 11) torna a interseccionalidade empiricamente visível. Bolívia e Paraguai apresentaram as menores proporções de captação precoce em quase todos os períodos (aprox. 82–86% e 82,8–88,7%, respectivamente), enquanto China, Síria, Argentina, Líbano exibiram patamares próximos de 95–99%. Isso sugere que “ser migrante” não explica sozinho o padrão: nacionalidade aqui funciona como proxy de diferentes trajetórias migratórias, inserções socioeconômicas, redes comunitárias, barreiras linguísticas e territórios de residência, que se conectam aos DSS e às vulnerabilidades. Em termos programáticos, os resultados indicam onde a política pública deve focalizar esforços: grupos com captação precoce persistentemente inferior representam prioridade para estratégias de busca ativa, comunicação culturalmente adequada, fortalecimento de acolhimento e redução de barreiras operacionais.

O efeito do período epidemiológico aparece como variação estatisticamente significativa em todas as nacionalidades, mas com magnitude modesta na maioria dos grupos. Isso sugere que a pandemia não “reconfigurou” radicalmente o acesso ao pré-natal no município, embora possa ter alterado fluxos de atendimento, percepção de risco e estratégias de busca de cuidado.

Ainda assim, a persistência do diferencial entre migrantes e brasileiras, inclusive no pós-pandemia, aponta para desigualdades estruturais mais estáveis do que choques conjunturais.

5.7 Cesárea: padrão brasileiro elevado, diferenças culturais/assistenciais e leitura de equidade

A taxa de cesariana observada entre brasileiras ($\approx 55\text{--}57\%$) permanece elevada e estável ao longo dos períodos. Esse achado reforça o diagnóstico já amplamente discutido no Brasil: a cesariana constitui um procedimento frequentemente utilizado além das indicações clínicas estritas e profundamente atravessado por fatores organizacionais do sistema, modelos de atenção, incentivos e cultura obstétrica. Embora este estudo não tenha como objetivo estabelecer causalidade ou distinguir indicações, o padrão agregado sinaliza a permanência de um modelo assistencial que mantém taxas altas mesmo diante de variações epidemiológicas do período.

Entre migrantes, a taxa de cesariana é substancialmente menor ($\approx 36\text{--}39\%$), sugerindo padrão obstétrico distinto, potencialmente associado a diferentes preferências culturais, experiências prévias nos países de origem, inserção em serviços específicos (por exemplo, maior uso de determinados hospitais ou redes) e composição de risco obstétrico. Contudo, a desagregação por nacionalidade (Tabela 12) novamente evidencia heterogeneidade: Síria e Líbano apresentam taxas muito elevadas ($\approx 69\text{--}77\%$), China apresenta crescimento acentuado ao longo do período ($45,6\% \rightarrow 63,6\%$), enquanto Bolívia

e Paraguai mantém as menores taxas ($\approx 26\text{--}33\%$). Esse quadro ilustra um ponto central do eixo interseccional: migrantes não constituem um grupo obstétrico “naturalmente” mais propenso ao parto vaginal; existem subgrupos com padrões de cesárea próximos ou superiores aos do padrão brasileiro, o que pode refletir tanto composição clínica quanto, sobretudo, padrões de acesso a serviços e modelos de cuidado (público/privado/misto), além de fatores socioeconômicos e de rede.

Para a interpretação, é útil retomar que migração e saúde envolvem a “produção e gestão de risco” nos serviços: o mesmo desfecho (cesariana) pode ser mais frequente por medicalização e conveniência organizacional em um grupo e, ao mesmo tempo, mais frequente por barreiras comunicacionais ou decisões clínicas defensivas em outro contexto. A literatura sobre inequidades no cuidado materno em migrantes destaca que barreiras de comunicação e interação profissional-usuária podem influenciar decisões e trajetórias de cuidado (20,23). Assim, o contraste entre nacionalidades pode sugerir desigualdades na experiência de cuidado, na negociação de condutas, na autonomia reprodutiva e na qualidade do acolhimento.

No plano de política pública, os resultados sustentam dois movimentos simultâneos: (i) manter e fortalecer estratégias de redução de cesarianas desnecessárias no conjunto da população; e (ii) incorporar uma agenda de equidade que garanta que escolhas e condutas obstétricas em migrantes não sejam determinadas por barreiras de comunicação, discriminação ou acesso desigual a serviços, mas por indicação clínica e decisão informada.

5.8 Prematuridade: contraste entre grupos e variabilidade por nacionalidade

A prematuridade é um indicador crítico de saúde perinatal e reflete tanto condições biológicas e clínicas quanto determinantes sociais, ambientais e de acesso ao cuidado. Neste estudo, as brasileiras apresentam prematuridade superior às migrantes no agregado, com tendência de aumento ao longo do período (10,6% → 11,7%). Entre migrantes, a prematuridade é menor (7,0% → 8,2%), e a diferença entre períodos não alcança significância estatística no agregado ($p=0,051$), embora haja aumento numérico.

Esse padrão pode dialogar com hipóteses presentes na literatura internacional sobre “vantagem do migrante saudável” em determinados desfechos perinatais, mas sua aplicação deve ser cautelosa, porque tal vantagem varia conforme contexto receptor, tempo de residência, inserção socioeconômica e composição de grupos. A análise por nacionalidade (Tabela 13) mostra que não há “proteção migrante” uniforme: Angola e Paraguai apresentam taxas elevadas no pós-pandemia (14,4% e 14,3%), enquanto Bolívia e China exibem níveis mais baixos e relativamente estáveis, geralmente entre cerca de 5% e 9%. Além disso, há oscilações relevantes em alguns grupos (por exemplo, Líbano), que podem refletir tamanhos amostrais menores, composição de risco específica, mudanças de perfil ou variações de registro/assistência.

No marco de DSS e vulnerabilidade, prematuridade deve ser interpretada como desfecho distal de trajetórias de vida e cuidado: condições de trabalho, estresse, insegurança alimentar, moradia precária, violência e discriminação afetam risco gestacional; ao mesmo tempo, entrada tardia no pré-natal e cuidado fragmentado reduzem capacidade de prevenção e manejo de

complicações. Assim, o fato de grupos com menor captação precoce (como bolivianas e, em parte, paraguaias) não apresentarem as maiores prematuridades no agregado sugere que o risco é modulado por múltiplos mecanismos e não pode ser inferido linearmente a partir de um único indicador. Em outras palavras: desigualdade no acesso pode existir sem se traduzir imediatamente em prematuridade mais alta, dependendo de composição etária, paridade, padrões obstétricos, suporte comunitário e exposição a outros determinantes.

Para além disso, o período pandêmico pode ter alterado padrões de exposição e assistência. A pandemia foi declarada em 2020 (32) e produziu mudanças nos sistemas de saúde, no acesso a consultas e na vida cotidiana, com efeitos potenciais sobre estresse, trabalho e trajetórias de cuidado. Ainda assim, seu achado de variações discretas sugere que, em São Paulo, a rede de cuidado materno-infantil manteve relativa capacidade de absorção, ou que os efeitos se distribuíram de forma heterogênea e não capturada diretamente pelo desenho descritivo. Essa interpretação reforça a necessidade de, na discussão, distinguir significância estatística de relevância epidemiológica: em bases grandes, $p < 0,001$ pode ocorrer com variações pequenas; por isso, a leitura deve enfatizar magnitude e implicações.

5.9 Caracterização e desfechos neonatais: Sexo, apgar, peso ao nascer e anomalias congênitas

Quanto às características dos recém-nascidos, a distribuição do sexo manteve-se estável em todos os períodos, tanto no total quanto entre migrantes,

sem mudanças relevantes. O Apgar ≤ 7 no 5º minuto permaneceu baixo ($\approx 1,8-2,0\%$) e apresentou discreta elevação no pós-pandemia no total, enquanto entre migrantes não houve diferença estatisticamente significativa entre períodos. Esse conjunto sugere relativa estabilidade da vitalidade neonatal no município ao longo do tempo, ainda que pequenas oscilações possam ser observadas com base populacional.

O peso ao nascer mostrou predominância de 2.500–3.999g em todos os períodos, com leve aumento de 1.500–2.499g em períodos mais recentes e discreta redução de macrosomia no total após a pandemia. Entre migrantes, chama atenção a proporção mais alta de ≥ 4.000 g (aprox. 8,7–10,3%), ainda que com redução no pós-pandemia. Esse achado pode refletir composição nutricional, perfil materno, padrões metabólicos e, também, diferenças na qualidade/tempo de pré-natal e controle de condições como diabetes gestacional. Contudo, como o estudo não modela tais fatores, a discussão deve limitar-se a sugerir plausibilidade e necessidade de investigação futura, sobretudo por nacionalidade.

A presença de anomalia identificada apresentou aumento no pós-pandemia no total (3,3% vs $\sim 2,2\%$ antes). Entre migrantes, a variação também sugere aumento discreto no pós-pandemia (2,9%). Essas mudanças podem estar relacionadas a aprimoramento diagnóstico, maior sensibilidade do registro, mudanças no perfil obstétrico ou em exposições. Do ponto de vista de vulnerabilidade programática, variações no registro de anomalias podem refletir melhor capacidade de detecção e notificação em determinados períodos e

serviços. Esse ponto deve ser tratado com cautela, pois não se pode inferir aumento real de incidência sem avaliar mudanças de protocolo, capacidade diagnóstica e padrões de notificação.

5.10 Pandemia e período epidemiológico: o que mudou e o que persistiu

A estratificação por período epidemiológico (pré-pandemia, pandemia, transição, pós-pandemia) foi uma escolha analítica apropriada para captar possíveis mudanças sistêmicas associadas à COVID-19 e seus desdobramentos (32). No entanto, estes resultados apontam predominantemente para mudanças graduais, com diferenças estatisticamente significativas em muitas variáveis, mas de magnitude pequena em diversos casos. Essa combinação é típica de análises com grande poder estatístico e exige uma postura interpretativa cuidadosa: a pandemia pode ter atuado como acelerador de tendências pré-existentes (por exemplo, aumento da idade materna e escolaridade), ao mesmo tempo em que certas desigualdades estruturais persistiram (por exemplo, diferencial de captação precoce entre migrantes e brasileiras).

Na leitura por DSS, a pandemia pode ter intensificado vulnerabilidades sociais (perda de renda, aumento do trabalho precário, insegurança alimentar, estresse), com impacto potencial sobre cuidado e desfechos. Já na dimensão programática, pode ter reconfigurado acesso (cancelamento de consultas, reorganização de fluxos, priorização de demandas). Porém, o fato de os indicadores se manterem relativamente estáveis sugere que a rede municipal preservou capacidade de oferta de cuidado materno-infantil, ou que os efeitos se distribuíram de forma compensatória (redução de mobilidade e exposição a

riscos externos, por exemplo). Para migrantes, a pandemia também pode ter interagido com políticas de fronteira e condições de mobilidade e documentação, afetando trajetórias migratórias e acesso a serviços (15,33). Ainda assim, a heterogeneidade por nacionalidade indica que efeitos agregados podem mascarar realidades específicas.

Assim, a principal contribuição do recorte temporal não é apenas “medir o efeito da pandemia”, mas evidenciar a persistência de desigualdades e a necessidade de políticas direcionadas para grupos e territórios vulneráveis, independentemente do período epidemiológico.

5.11 Implicações para políticas e serviços: equidade, acolhimento e resposta programática

Os achados oferecem evidências diretamente aplicáveis à organização da atenção materno-infantil em São Paulo. Em termos práticos, há quatro implicações centrais.

Foco programático em captação precoce de migrantes, especialmente em nacionalidades com níveis persistentemente inferiores (Bolívia e Paraguai). Estratégias possíveis incluem: busca ativa por agentes comunitários/UBS em territórios de maior concentração; materiais multilíngues; fluxos de agendamento facilitado; mediação cultural e linguística; articulação com redes comunitárias e organizações de apoio ao migrante (18,24).

Qualificação do acolhimento e redução de barreiras institucionais, reconhecendo que barreiras de linguagem, discriminação e desconhecimento de direitos produzem iniquidades mesmo em sistemas universalistas. A literatura

aponta que inequidades no cuidado materno em migrantes exigem intervenções qualitativas na experiência do serviço, não apenas aumento de oferta (20,23).

Atenção à heterogeneidade interna do grupo migrante. Políticas universalistas dentro do grupo migrante podem falhar se não considerarem perfis específicos: por exemplo, grupos com alta cesariana podem estar mais próximos do padrão de medicalização e demandar estratégias de parto adequado; já grupos com baixa captação precoce demandam estratégias de acesso e continuidade.

Melhoria do registro e monitoramento de desigualdades, especialmente em campos críticos como raça/cor do recém-nascido, para permitir avaliação interseccional de inequidades e orientar ações. A literatura sobre qualidade do SINASC reforça que completude e consistência são condições para monitorar desigualdades e aprimorar políticas (31,34–36).

Do ponto de vista da governança, esses pontos são compatíveis com uma agenda de saúde que reconhece migração como fenômeno estrutural e permanente, e não episódico. A legislação migratória e o debate sobre direitos reforçam o caráter de cidadania e acesso a políticas sociais, mas a efetividade depende da execução nos serviços e da redução de barreiras cotidianas (16,21).

5.12 Limitações do estudo

Algumas limitações devem ser explicitadas para calibrar a interpretação dos achados. Primeiro, por tratar-se de estudo com dados secundários, o SINASC não contém variáveis essenciais para aprofundar o eixo interseccional e de vulnerabilidade, como tempo de residência no Brasil, status

migratório/documental, idioma, ocupação detalhada e renda. Essas dimensões são altamente relevantes para compreender mecanismos de acesso e risco em migrantes (19,20).

Além disso, a identificação de migrantes internacionais baseou-se no país de nascimento da mãe registrado no sistema. Processos de naturalização, registros incompletos ou inconsistências no preenchimento dessa variável podem levar à sub-identificação de migrantes internacionais, resultando em possível subestimação do número real de nascimentos de mães migrantes no município.

O desenho descritivo e comparativo não controla confusão e não testa modelos explicativos, limitando inferências causais. Embora diferenças estatísticas sejam importantes, elas não distinguem efeitos de composição (idade, paridade, escolaridade, rede de serviços) de efeitos propriamente associados a barreiras de acesso.

Deve-se considerar que, em estudos baseados em grandes bases populacionais como o SINASC, o elevado tamanho amostral aumenta o poder estatístico dos testes, tornando possível que diferenças de pequena magnitude apresentem significância estatística. Dessa forma, a interpretação dos resultados neste estudo priorizou a magnitude e a consistência epidemiológica das diferenças observadas entre os grupos, e não apenas os valores de p.

A ausência de informação disponível na base analisada sobre raça/cor do recém-nascido limita análises étnico-raciais neonatais e impede explorar plenamente interseções entre migração e raça/cor em desfechos do recém-nascido. Além disso, algumas nacionalidades apresentam menor número de observações, o que pode amplificar oscilações percentuais e produzir

interpretações instáveis para grupos menores, exigindo cautela ao comparar variações entre períodos.

Por fim, a estratificação por período epidemiológico capta uma dimensão temporal relevante, mas não mede diretamente a intensidade das restrições sanitárias, a reorganização dos serviços por região ou diferenças entre equipamentos de saúde, o que pode ter produzido heterogeneidade intraurbana não observada.

6. Conclusões

Este estudo evidenciou que a condição migratória, no contexto do município de São Paulo entre 2019 e 2024, não se associa de forma homogênea aos desfechos materno-infantis, sendo modulada por determinantes sociais e programáticos. No período analisado, observou-se redução do número absoluto de nascimentos, acompanhada de aumento proporcional da participação de mães migrantes internacionais, indicando a relevância crescente desse grupo na dinâmica demográfica e assistencial do município. Embora as mulheres migrantes apresentem, no agregado, resultados favoráveis em alguns indicadores — como menores taxas de cesariana e prematuridade —, esse padrão coexiste com desigualdades persistentes no acesso oportuno ao pré-natal, além de expressiva heterogeneidade entre nacionalidades, o que reforça a inadequação de abordagens analíticas e assistenciais que tratem essa população como grupo homogêneo.

As diferenças observadas mantiveram-se relativamente estáveis ao longo dos períodos epidemiológicos, sugerindo que as desigualdades

identificadas estão associadas a processos estruturais mais amplos, e não exclusivamente ao contexto da pandemia de COVID-19. Nesse sentido, os achados apontam para a necessidade de fortalecimento de políticas públicas orientadas à equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde, com foco na redução de barreiras de acesso ao cuidado materno-infantil. Estratégias como mediação linguística, comunicação culturalmente adequada e articulação com redes comunitárias mostram-se centrais para ampliar a captação precoce e a continuidade do pré-natal entre populações migrantes, especialmente em territórios de maior vulnerabilidade no município de São Paulo.

Adicionalmente, o estudo reforça a importância de qualificar os sistemas de informação em saúde, particularmente no que se refere ao registro de variáveis essenciais para o monitoramento de desigualdades, como aquelas relacionadas à caracterização dos grupos populacionais e às condições de nascimento. A incorporação de uma perspectiva interseccional na análise e na organização do cuidado mostra-se fundamental para compreender a heterogeneidade observada entre nacionalidades e orientar respostas mais efetivas e equitativas no contexto urbano paulistano, marcado por intensa diversidade populacional.

7. Bibliografia

1. Figueredo LO, Zanelatto JH. Trajetória de migrações no Brasil. *Acta Scientiarum Human and Social Sciences*. 2017;39(1).
2. Ferreira ÉK. Perfil das mães imigrantes internacionais residentes no município de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019.
3. Pereira JC. Acolhimento e inserção social na ação da Pastoral do Migrante. *Travessia - Revista do Migrante*. 2021;32(87).
4. ACNUR. Refugiado ou Migrante? A diferença é importante. O ACNUR incentiva a usar o termo correto Brasília: ACNUR; 2015 [Available from: <http://www.acnur.org/portugues/2015/10/01/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-a-usar-o-termo-correto/>].
5. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*. 2018;392:2606-54.
6. Ferreira ÉK, Almeida MF, Alencar GP, Silva ZP. Live births of immigrant mothers in Brazil: a population-based study. *Journal of Migration and Health*. 2022;5:100108.
7. Topa J, Neves S, Nogueira C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2013;22(2):328-41.
8. Sass N, de Figueredo Junior AR, Siqueira JM, da Silva FR, Sato JL, Nakamura MU, et al. [Maternal and perinatal outcomes in Bolivian pregnant women in the city of Sao Paulo: a cross-sectional case-control study]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(8):398-404.
9. Castles S, Haas Hd, Miller MJ. *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. New York: Palgrave Macmillan; 2014.
10. McLeman R, Gemenne F. *Routledge Handbook of Environmental Displacement and Migration*. London: Routledge; 2018.
11. Le D. *The Experiences and Needs of Displaced Refugee Men: A Review of the Literature*. 2023.
12. Cavalcanti LO, T.; Silva, B. G. *Imigração e refúgio no Brasil: Retratos da década de 2010*. Brasília, DF: Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral; OBMigra; 2021.

13. Baeninger R, Belmonte Demétrio N, Magalhães Fernandes D, Domeniconi J. Cenário das migrações internacionais no Brasil: antes e depois do início da pandemia de Covid-19. *Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento Humano*. 2021;4.
14. Mendes ADA, Brasil DR. A Nova Lei de Migração Brasileira e sua Regulamentação da Concessão de Vistos aos Migrantes. *Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos*. 2020;43(84):64-88.
15. Baeninger R, Demétrio NB, Domeniconi J. Imigração internacional na macrometrópole paulista: novas e velhas questões. *Cadernos Metrópole*. 2020;22(47):17-40.
16. Junior NC, Oliveira RLSd, Jesus CHd, Luppi CG. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *BIS Boletim Do Instituto De Saúde*. 2011;13(2):177–81.
17. Sargent C, Larchanché S. Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness, and Access to Care. *Annual Review of Anthropology*. 2011;40(1):345-61.
18. Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Matern Child Health J*. 2013;17(8):1346-54.
19. Lei 13.445, de 24 de maio de 2017, Lei 13.445 (2017).
20. Madi MCC, Cassanti AC, Silveira C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(suppl 2):67-71.
21. Almeida LM, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Assessing maternal healthcare inequities among migrants: a qualitative study. *Cad Saude Publica*. 2014;30(2):333-40.
22. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. 2013;22(2):351-64.
23. Monteiro CA, França Júnior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*. 2000;34(6 suppl):19-25.
24. Paulo PdCdS. Rede Mãe Paulistana 2022 [updated 26/04/2022. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/mae_paulistan/index.php?p=5657.

25. Illingworth P. COVID-19: The Trigger for SDG Solutions in a Revised WHO Mental Health Action Plan. *MHGC Journal*. 2021;4(1).
26. Mardones-Fernández-de-Valderrama N, Luque-Valdivia J, Aseguinolaza-Braga I. La ciudad del cuarto de hora: ¿una solución sostenible para la ciudad post-COVID-19? *Ciudad y Territorio Estudios Territoriales*. 2020;205(13).
27. Navarro-Jiménez E, Saturno-Hernández PJ, Jaramillo-Mejía MC, Clemente-Suárez VJ. Amenable Mortality in Children under 5: An Indicator for Identifying Inequalities in Healthcare Delivery: A Review. *Children (Basel)*. 2024;11(7):764.
28. Aeri R, Farhoud F. Intimate Partner Violence during Pregnancy: Impact on Women and Children: A Review. *Journal of Social Behavior and Community Health*. 2024;8(1).
29. Martins ALJ, Paes-Sousa R. The paradox of growing technical capacities with low global governance: a review of Voluntary National Reviews' SDG health-related indicators. *Globalization and Health*. 2024;20(1).
30. Cheong AR, Baltazar MAK. Too precarious to walk: an integrated "three delays" framework for modeling barriers to maternal health care and birth registration among stateless persons and irregular migrants in Malaysia. *Genus*. 2021;77(1):18.
31. UNICEF. Birth registration 2022 [Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/birth-registration/>].
32. PAHO. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia 2020 [Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812].
33. Teles BC. Palestinos migrantes e refugiados e o fechamento de fronteiras na pandemia COVID-19. *Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)*. 2020;29(supl):278-88.
34. Granada D, Silveira C, Inoue SRV, Matsue RY, Martin D. [The covid-19 pandemic and international mobility in Brazil: challenges for the health and social protection of international migrants in times of uncertainty]. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2023;30(suppl 1):e2023033.
35. Cespedes B, Macedo RM, Silveira C, Coviello DM. Acesso à saúde por mulheres migrantes internacionais e refugiadas no município de São Paulo no contexto da pandemia de Covid-19. *Revista de Medicina*. 2024;103(2).

36. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. 2007.
37. Marques LJP, Oliveira CM, Bonfim CV. Assessing the completeness and agreement of variables of the Information Systems on Live Births and on Mortality in Recife-PE, Brazil, 2010-2012. 2016.
38. Cavalcante NRP, Medeiros HG. Avaliação da completude das variáveis do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos no Ceará (2011 - 2019). 2024.
39. Erazo-Chavez LJ, Carvalho TDG, Leal MDC, Schutz APM, Silva L, Queiroz RSB, et al. Trajectory of Venezuelan migrant women during prenatal care and childbirth in a city in northern Brazil: a quantitative and qualitative study. *Cad Saude Publica*. 2026;41(12):e00076025.
40. Weigel MM, Armijos RX. Maternal Care and Pregnancy Outcomes of Venezuelan and Colombian Refugees. *J Immigr Minor Health*. 2023;25(1):86-95.
41. Pescarini JM, Falcao IR, Reboucas P, Paixao ES, Sanchez-Clemente N, Goes EF, et al. Perinatal health outcomes of international migrant women in Brazil: A nationwide data linkage study of the CIDACS birth cohort (2011-2018). *Travel Med Infect Dis*. 2024;57:102672.
42. Larrea-Schiavon S, Vazquez-Quesada LM, Bartlett LR, Lam-Cervantes N, Sripad P, Vieitez I, et al. Interventions to Improve the Reproductive Health of Undocumented Female Migrants and Refugees in Protracted Situations: A Systematic Review. *Glob Health Sci Pract*. 2022;10(6):1-15.
43. Hamwi S, Lorth E, Barros H. Host-country language proficiency and migrant-native disparities in prenatal care utilization: A nationwide study in Portugal. *Birth*. 2022;49(3):474-85.
44. Makuch MY, Osis MJD, Brasil C, de Amorim HSF, Bahamondes L. Reproductive health among Venezuelan migrant women at the north western border of Brazil: A qualitative study. *J Migr Health*. 2021;4:100060.
45. Montagnoli C, Neeser NB, Elger BS, Wangmo T. Facilitators and barriers of maternal and infant healthcare access for undocumented migrants in the first 1000 days of life: a systematic review of the literature. *Sex Reprod Health Matters*. 2025;33(1):2560189.

46. Zhu C. Barriers and Challenges of Immigrant Women's Access to and Experience of Optimal Maternity Care. *The Columbia University Journal of Global Health*. 2023;13(1).
47. Değer VBF, Nilay ; Butun, Ahmet. Problems Faced by Migrant Mothers: Homeland and Motherhood. In: IntechOpen, editor. *The Essential Guide to Maternal and Child Health*2025.
48. Khalaj G, Plaisimond J, Diallo T, Merry L, Ouellet S, Ag Ahmed MA, et al. Perinatal Health Care Among Climate Migrant Women: Protocol for a Scoping Review. *JMIR Res Protoc*. 2026;15:e84176.
49. Martin D, Viodres S, Silveira C. Atenção em saúde para migrantes internacionais em São Paulo, Brasil: acesso e universalidade no contexto da pandemia de Covid-19. *Revista del CESLA: International Latin American Studies Review*. 2022(29):49-68.

8. Anexos

Anexo 1 – Lista de países de nascimento das mães identificadas no SINASC, município de São Paulo, 2019–2024

Afeganistão	Benin
África do Sul	Bermudas
Albânia	Bielorrússia
Alemanha	Birmânia
Angola	Bolívia
Anguilla	Bulgária
Antígua	Burkina Fasso
Antilhas Holandesas	Butão
Arábia Saudita	Cabo Verde
Argélia	Camarões
Argentina	Canadá
Armênia	Casaquistão
Austrália	Chade
Áustria	Chile
Bahamas	China
Bahrein, Ilha	Colômbia
Bangladesh	Congo
Barbados	Coréia do Norte
Bélgica	Coréia do Sul

Costa do Marfim	Grécia
Costa Rica	Guatemala
Croácia	Guiana Francesa
Cuba	Guiné
Dinamarca	Guiné Equatorial
Djibuti	Guiné-Bissau
Dominica	Guyana
Egito	Haiti
El Salvador	Holanda
Equador	Honduras
Escócia	Hong Kong
Eslováquia	Hungria
Espanha	Iêmen
Estados Unidos	Índia
Estônia	Indonésia
Etiópia	Inglaterra
Filipinas	Irã
Finlândia	Iraque
Formosa	Irlanda
França	Israel
Gabão	Itália
Gâmbia	Jamaica
Gana	Japão
Geórgia	Jordânia
Gibraltar	Kuweit

Letônia	Peru
Líbano	Polinésia Francesa
Libéria	Polônia
Líbia	Porto Rico
Lituânia	Portugal
Malaísia	Qatar
Mali	Quênia
Malta	Quirguízia
Malvinas, Ilhas	Reino Unido
Marrocos	República Centro-Africana
Mauritânia	República Dominicana
México	República Tcheca
Moçambique	Romênia
Moldávia	Ruanda
Mongólia	Rússia
Namíbia	Samoa Americana, Ilhas
Nepal	Samoa (Ocidental)
Nicarágua	São Tomé e Príncipe
Níger	Senegal
Nigéria	Serra Leoa
Noruega	Servia
Nova Zelândia	Síria
Panamá	Somália
Paquistão	Sri Lanka
Paraguai	Sudão

Suécia

Suíça

Tailândia

Tanzânia

Togo

Trinidad and Tobago

Tunisia

Turcomenistão

Turks, Ilha

Turquia

Ucrânia

Uganda

União dos Emirados Árabes

Uruguai

Uzbequistão

Venezuela

Vietnã

Virgens Norte-americanas, Ilhas

Zaire

Zâmbia

Zimbábue

Parecer Nº 50/2022
Depto. Saúde Coletiva

São Paulo, 22 de Novembro de 2022

Título do Projeto: “Perfil materno-infantil de migrantes internacionais no município de São Paulo nos anos de 2019 e 2024 utilizando dados do sistema nacional de informações sobre nascidos vivos (SINASC)”

Pesquisador principal: RODRIGO CALADO DA SILVA

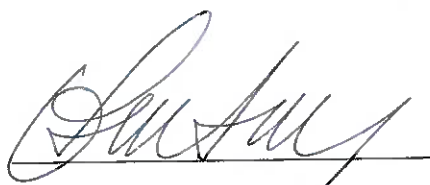
A Comissão Científica do **Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP** - avaliou o projeto supracitado do ponto de vista científico e metodológico e apresenta à seguinte conclusão:

☒ **Aprovado**
☐ **Não aprovado.**

No caso de aprovação pela chefia departamental e se a pesquisa envolver qualquer uma das condições abaixo o projeto deve ser obrigatoriamente adequado às seguintes necessidades:

- ☐ Envolve biodiversidade brasileira, devendo ser registrado no SISGEN
- ☐ Envolve seres humanos, devendo ser submetido ao CEP
- ☐ Envolve animais transgênico, plasmídeos ou cultura celular primária, devendo ser submetido à Comissão Interna de Biossegurança
- ☐ Envolve alunos, professores ou funcionários da FCMSCSP, como indivíduos de pesquisa, devendo apresentar autorização da Diretoria de curso, ou Diretoria da Faculdade.

Considerações: *Projeto baseado em bancos de dados oficiais SINASC*



Assessor Científico da Área



Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior
Chefe do Depto. Saúde Coletiva
FCMSCSP