

Barreiras de acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva de mulheres migrantes: revisão integrativa

Barriers migrant women face in accessing sexual and reproductive health: An integrative review
Barreras para el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes: una revisión integradora

Natalia Lima Macêdo da Conceição¹ , Aldrin de Souza Pinheiro¹ , Mônica Pereira Lima Cunha¹ ,
Nayra Carla de Melo¹ , Kamila Maria da Silva¹ , Ana Beatriz Azevedo Queiroz² , Elen Petean Parmejiani¹ 

Autor correspondente:

Elen Petean Parmejiani

E-mail:

elenpetean@unir.br

¹Fundação

Universidade Federal
de Rondônia. Porto
Velho, Rondônia,
Brasil.

²Universidade Federal
do Rio de Janeiro. Rio
de Janeiro, Rio de
Janeiro, Brasil.

Resumo

Objetivo: Sintetizar evidências relacionadas às barreiras enfrentadas por mulheres migrantes para o acesso à atenção em saúde sexual e saúde reprodutiva. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa, realizado nas bases de dados Medline, Embase, Web of Science e Scopus, que incluiu artigos publicados entre 2014 e 2023, disponíveis em texto completo, independentemente do tipo de estudo, nos idiomas português, inglês e espanhol. **Resultados:** Foram identificados 230 estudos, sendo incluídos 35, publicados entre 2017 e 2023. As barreiras no acesso à atenção em saúde sexual e saúde reprodutiva foram classificadas em quatro categorias: barreiras socioculturais (estigma social); barreiras relacionadas às condições das mulheres migrantes (fatores financeiros); barreiras relacionadas aos profissionais de saúde (sexo masculino); barreiras relacionadas ao sistema e aos serviços de saúde (falta de acessibilidade). **Conclusão:** As barreiras foram categorizadas didaticamente, mas verificou-se que elas estão implicadas umas às outras, de forma complexa e inter-relacionada, independentemente de serem barreiras socioculturais, relacionadas à situação das mulheres migrantes, aos profissionais de saúde ou ao sistema e aos serviços de saúde. Com isso, constata-se que a superação dessas barreiras exigirá ações organizadas em conjunto com outros setores da sociedade que extrapolam o setor saúde.

Descritores:

Mulheres. Migrantes. Barreiras ao Acesso. Saúde Sexual; Saúde Reprodutiva.



Como citar este artigo:

Conceição NLM, Pinheiro AS, Cunha MPL, Melo NC, Silva KM, Queiroz ABA, Parmejiani EP. Barreiras de acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva de mulheres migrantes: revisão integrativa. Rev. enferm. UFPI. 2026 [citado em: dia mês abreviado ano];15: e6993. DOI: 10.26694/reufpi.v15i1.6993

O que se sabe?

Mulheres migrantes em situação complexa de vida e alijadas, cuja falta de diálogo entre os sistemas de saúde e os desafios do processo migratório dificultam o acesso à saúde sexual e reprodutiva.

O que o estudo adiciona?

Foram identificados 60 tipos de barreiras de acesso à atenção em saúde sexual e saúde reprodutiva. A pandemia de COVID-19 intensificou barreiras pré-existentes e atribuiu novas barreiras às mulheres migrantes.

Abstract

Objective: To synthesize diverse evidence related to the barriers migrant women face in accessing sexual and reproductive health care.

Method: This is an integrative review study conducted in the Medline, Embase, Web of Science and Scopus databases. It included full-text articles published between 2014 and 2023, regardless of study type and written in Portuguese, English and Spanish. **Results:** A total of 230 studies were identified, including 35 of them (all published between 2017 and 2023). The barriers to accessing sexual and reproductive health care were classified into four categories: Sociocultural barriers (social stigma); Barriers related to the migrant women's circumstances (financial factors); Barriers related to the health professionals (male gender); and Barriers related to the health systems and services (limited accessibility). **Conclusion:** Although the barriers were categorized in a didactic way, they were found to be complexly intertwined and inter-related, regardless of whether they were sociocultural or related to the migrant women's circumstances, to the health professionals or to the health systems and services. Consequently, overcoming these barriers will certainly require organized actions along with other society segments beyond the health sector itself.

Descriptors:

Women. Migrants. Access Barriers. Sexual Health; Reproductive Health.

Resumen

Objetivo: Sintetizar la evidencia relacionada con las barreras que enfrentan las mujeres migrantes para acceder a la atención de salud sexual y reproductiva. **Método:** Estudio de revisión integradora, realizado en las bases de datos Medline, Embase, Web of Science y Scopus. Se incluyeron artículos publicados entre 2014 y 2023, disponibles en texto completo, independientemente del tipo de estudio, en portugués, inglés y español. **Resultados:** Se identificaron 230 estudios, de los cuales se incluyeron 35, publicados entre 2017 y 2023. Las barreras para acceder a la atención de salud sexual y reproductiva se clasificaron en cuatro categorías: barreras socioculturales (estigma social); barreras relacionadas con las condiciones de las mujeres migrantes (factores financieros); barreras relacionadas con los profesionales de la salud (sexo masculino); barreras relacionadas con el sistema y los servicios de salud (falta de accesibilidad). **Conclusión:** Si bien las barreras se categorizaron didácticamente, se constató que están interconectadas de manera compleja, ya sea que se trate de barreras socioculturales, relacionadas con la situación de las mujeres migrantes, con los profesionales de la salud o con el sistema y los servicios sanitarios. Por lo tanto, la superación de estas barreras requiere acciones organizadas en conjunto con otros sectores de la sociedad que trascienden el ámbito de la salud.

Descriptor:

Mujeres. Migrantes. Barreras de Acceso. Salud Sexual; Salud Reproductiva.

INTRODUÇÃO

A migração é um fenômeno global que faz parte da humanidade desde o início de sua história, ocorrendo em maior ou menor intensidade, enriquecendo e construindo a sociedade com novas dimensões e aspectos culturais, sociais e humanos. Além disso, trata-se de um direito humano fundamental, sendo a manifestação mais ampla do direito de ir e vir.⁽¹⁾

Desde a proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Assembleia Geral das Nações Unidas, em dezembro de 1948, estabeleceu-se entre os países uma cooperação mútua para garantir direitos considerados básicos à vida, incluindo o acesso efetivo a informações e serviços relacionados a questões sexuais e reprodutivas, a todas as pessoas, inclusive migrantes, refugiados e outros estrangeiros.⁽²⁾

Nesse sentido, o termo migrante é utilizado para se referir a todos aqueles que, por motivos econômicos ou de caráter individual, escolhem viver em um país diferente do país de origem. Enquanto os refugiados, migram para outro país para salvar sua vida ou garantir a liberdade dos seus direitos por temor à perseguição. Por sua vez, os deslocados internos vivem em situação semelhante aos refugiados, porém, migram dentro do próprio país.⁽¹⁾

A migração irregular ou forçada, as expõe às situações hostis como acidentes de trabalho, estupros, gravidezes não intencionais e tuberculoses, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).⁽³⁾

O Brasil tem sido apontado como um destino atrativo para o fluxo migratório, resultado da crise econômica enfrentada por tradicionais receptores na década passada, do desempenho positivo da economia brasileira e da sua política migratória. Mais recentemente, consolidou-se como um destino estrutural de projetos de vida migratórios, deixando de ser apenas um destino emergencial, abrigando mais de 2 milhões de migrantes em 2025, de aproximadamente 200 nacionalidades, com destaque às populações venezuelanas, haitiana, angolana e cubana. Esse novo cenário é acompanhado por mudanças na política migratória nacional, com a promulgação da Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apátridia, que substituiu a Lei de Migração de 2017.⁽⁴⁾

Estima-se que em 2020 havia cerca de 135 milhões de mulheres migrantes internacionais, isto é, 3,5% da população feminina mundial. Viver em um contexto cultural diferente do seu, somado a desigualdades sociais sustentadas por questões de gênero, faixa etária, classe social, étnico-culturais e linguísticas, representa maior vulnerabilidade social e violência de gênero e, consequentemente, maior dificuldade ao acesso à atenção integral à saúde para as mulheres migrantes, o que inclui a Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (SSR).⁽⁵⁾

Muitas mulheres migrantes não sabem como acessar os serviços de SSR ou não os procuram pela falta de garantia de que conseguirão acessá-los, ou por conta do *status* migratório irregular, por presumirem que podem ser denunciadas e/ou perder o emprego.⁽⁶⁾ Esses riscos podem se agravar devido ao acesso limitado aos serviços de atenção à saúde e benefícios sociais, seja nos territórios de origem, trânsito, destino ou retorno.⁽³⁾

Partindo do princípio de que estas mulheres migrantes deveriam ter garantidos seus direitos sexuais e reprodutivos, mas que os países enfrentam inúmeros desafios para assegurá-los, este estudo tem como propósito responder quais são as barreiras enfrentadas por mulheres migrantes na garantia desses direitos no que concerne ao acesso à atenção à SSR.

Esta problemática tem relação com o objetivo cinco da Agenda 2030 para Desenvolvimento Sustentável, intitulado “Igualdade de Gênero” e transversalmente com o objetivo três, “Saúde e Bem-estar”. Assim, sua relevância está em contribuir para a promoção, proteção e garantia da SSR, bem como dos direitos sexuais e reprodutivos, em consonância com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, com a Plataforma de Ação de Pequim e com os documentos resultantes de suas conferências de revisão.⁽⁷⁾ Portanto, objetivou-se sintetizar evidências relacionadas às barreiras enfrentadas por mulheres migrantes para o acesso à atenção à SSR.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que permite a busca e análise crítica de produções científicas relevantes, dando suporte para a tomada de decisões e melhoria da prática clínica a partir da síntese do conhecimento obtido em múltiplos estudos publicados sobre um determinado assunto.⁽⁸⁾

Para a elaboração deste estudo, foram seguidas as etapas descritas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) como necessárias para a elaboração de uma revisão integrativa relevante, descritas a seguir.⁽⁸⁾

Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

A questão norteadora desta pesquisa foi desenvolvida através da estratégia PICO, um acrônimo, no qual, "P" representa os participantes (mulheres migrantes), "I" o fenômeno de interesse (barreiras ao acesso), e "Co" o contexto do estudo (saúde sexual e reprodutiva)⁽⁹⁾. Sendo assim, a pergunta de pesquisa ficou definida como "Quais são as barreiras de acesso à atenção à SSR enfrentadas por mulheres migrantes?".

Para a busca nas bases de dados foram eleitos os termos Emtree – "female", "migrant", "health care access", "health service", "sexuality and reproduction" – e os termos MeSH – "women", "transients and migrants", "health services accessibility", "reproductive health", "sexual health" e "sex education" –, os quais compuseram a estratégia de busca ao serem combinados por meio dos operadores booleanos "AND" e "OR".

Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, amostragem e busca na literatura

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2014 e 2023, disponíveis em texto completo, independentemente do tipo de estudo, nos idiomas português, inglês e espanhol e que respondessem à pergunta de pesquisa. Por sua vez, os critérios de exclusão foram artigos duplicados, que incluíssem homens na população do estudo (exceto aqueles focados na perspectiva dos profissionais de saúde) editoriais, *preprints*, artigos sem resumo e aqueles classificados como tese, dissertação ou monografia.

A coleta de dados ocorreu em novembro de 2023, nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE, via PubMed), Excerpta Medica Database (EMBASE), Web of Science e Scopus, devido à maior amplitude do acervo científico dessas plataformas. Dessa forma, a estratégia principal foi testada em cada base e os devidos ajustes operacionais foram realizados, resultando na estratégia final apresentada no Quadro 1.

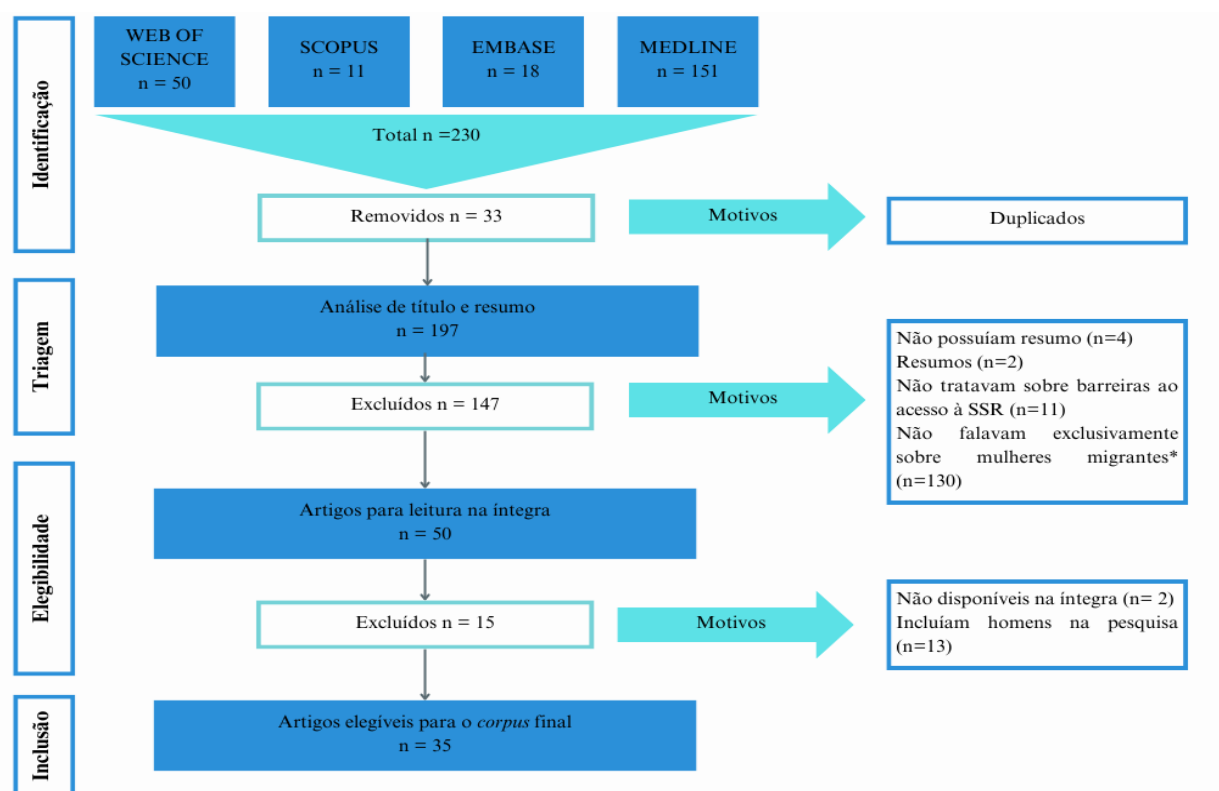
Quadro 1. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados, Porto Velho, RO, Brasil, 2024.

Base de dados	Sintaxe de busca
SCOPUS	INDEXTERMS (women OR girl* OR woman OR "Women's Group*" OR "Women Groups") AND INDEXTERMS ("Transients and Migrants" OR "Migrant* and Transient*" OR transient* OR squatter* OR "Migrant Worker*" OR "Worker*, Migrant*" OR migrant* OR nomad*) AND INDEXTERMS ("Health Services Accessibility" OR "Access to Care*" OR "Access To Care, Health" OR "Access to Contraception*" OR "Access to Health Care" OR "Access to Health Services" OR "Access to Medication*" OR "Access to Medicine*" OR "Access to Therap*" OR "Access to Treatment*" OR "Access, Contracept*" OR "Access, Medication" OR "Accessibilit*, Health Services" OR "Accessibility of Health Services" OR "Accessibility, Program" OR "Availability of Health Services" OR "Availability, Contraceptive" OR "Care*, Access to" OR "Contraception, Access to" OR "Contracepti* Acces*" OR "Contraceptive Availability" OR "Health Services Availability" OR "Health Services Geographic Accessibility" OR "Medication Acce*" OR "Medication, Access to" OR "Medicine*, Access to" OR "Program Accessibility" OR "Therapy, Access to" OR "Treatment, Access to") AND INDEXTERMS ("Reproductive Health" OR "Health, Reproductive") OR INDEXTERMS ("Sexual Health" OR "Health, Sexual") OR INDEXTERMS ("Sex Education" OR "Sexuality Education" OR "Education, Sexuality" OR "Education, Sex" OR "Family Planning Instructor*" OR "Instructor*, Family Planning" OR "Family Planning Education" OR "Education, Family Planning" OR "Family Planning Training" OR "Training, Family Planning")
EMBASE	'female'/exp AND 'migrant'/exp AND 'health care access'/exp AND 'health service'/exp AND 'sexuality'/exp AND 'reproduction'/exp
MEDLINE	((((((((Women[MeSH Terms]) OR (Women[Title/ Abstract])) OR (Girl[Title/ Abstract])) OR (Woman[Title/ Abstract])) OR (Women's Group[Title/ Abstract])) OR (Women Groups[Title/ Abstract])) AND (((((((Transients and Migrants[MeSH Terms]) OR ("Transients and Migrants"[Title/ Abstract])) OR (Transient[Title/ Abstract])) OR (Squatter[Title/ Abstract])) OR (Migrant Worker[Title/ Abstract])) OR (Worker*[Title/ Abstract])) OR (Migrant*[Title/ Abstract])) OR (Nomad*[Title/ Abstract])) AND (((((((((((((((((((((((Health Services Accessibility[MeSH Terms]) OR (Health Services Accessibility[Title/ Abstract])) OR (Access to Care*[Title/ Abstract])) OR (Access To

	Care, Health[Title/Abstract])) OR (Access to Contraception*[Title/Abstract])) OR (Access to Health Care[Title/Abstract])) OR (Access to Health Services[Title/Abstract])) OR (Access to Medication*[Title/Abstract])) OR (Access to Medicine*[Title/Abstract])) OR (Access to Therap*[Title/Abstract])) OR (Access to Treatment*[Title/Abstract])) OR (Access, Contracept*[Title/Abstract])) OR (Access, Medication[Title/Abstract])) OR (Accessibilit*, Health Services[Title/Abstract])) OR (Accessibility of Health Services[Title/Abstract])) OR (Accessibility, Program[Title/Abstract])) OR (Availability of Health Services[Title/Abstract])) OR (Availability, Contraceptive[Title/Abstract])) OR (Care*, Access to[Title/Abstract])) OR (Contraception, Access to[Title/Abstract])) OR (Contracepti* Acces*[Title/Abstract])) OR (Contraceptive Availability[Title/Abstract])) OR (Health Services Availability[Title/Abstract])) OR (Health Services Geographic Accessibility[Title/Abstract])) OR (Medication Acce*[Title/Abstract])) OR (Medication, Access to[Title/Abstract])) OR (Medicine*, Access to[Title/Abstract])) OR (Program Accessibility[Title/Abstract])) OR (Therapy, Access to[Title/Abstract])) OR (Treatment, Access to[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((Reproductive Health[MeSH Terms]) OR (Reproductive Health[Title/Abstract])) OR (Health, Reproductive[Title/Abstract])) OR (Sexual Health[MeSH Terms]) OR (Sexual Health[Title/Abstract])) OR (Health, Sexual[Title/Abstract])) OR (Sex Education[MeSH Terms]) OR (Sex Education[Title/Abstract])) OR (Sexuality Education[Title/Abstract])) OR (Education, Sexuality[Title/Abstract])) OR (Education, Sex[Title/Abstract])) OR (Family Planning Instructor*[Title/Abstract])) OR (Instructor*, Family Planning[Title/Abstract])) OR (Family Planning Education[Title/Abstract])) OR (Education, Family Planning[Title/Abstract])) OR (Family Planning Training[Title/Abstract])) OR (Training, Family Planning[Title/Abstract]))
WEB OF SCIENCE	TS=(Women OR Girl* OR Woman OR "Women's Group*" OR "Women Groups") AND TS=("Transients and Migrants" OR "Migrant* and Transient*" OR Transient* OR Squatter* OR "Migrant Worker*" OR "Worker*, Migrant*" OR Nomad*) AND TS= ("Health Services Accessibility" OR "Access to Care*" OR "Access To Care, Health" OR "Access to Contraception*" OR "Access to Health Care" OR "Access to Health Services" OR "Access to Medication*" OR "Access to Medicine*" OR "Access to Therap*" OR "Access to Treatment*" OR "Access, Contracept*" OR "Access, Medication" OR "Accessibilit*, Health Services" OR "Accessibility of Health Services" OR "Accessibility, Program" OR "Availability of Health Services" OR "Availability, Contraceptive" OR "Care*, Access to" OR "Contraception, Access to" OR "Contracepti* Acces*" OR "Contraceptive Availability" OR "Health Services Availability" OR "Health Services Geographic Accessibility" OR "Medication Acce*" OR "Medication, Access to" OR "Medicine*, Access to" OR "Program Accessibility" OR "Therapy, Access to" OR "Treatment, Access to") AND TS=("Reproductive Health" OR "Health, Reproductive" OR "Sexual Health" OR "Health, Sexual" OR "Sex Education" OR "Sexuality Education" OR "Education, Sexuality" OR "Education, Sex" OR "Family Planning Instructor*" OR "Instructor*, Family Planning" OR "Family Planning Education" OR "Education, Family Planning" OR "Family Planning Training" OR "Training, Family Planning")

Fonte: Autores (2024).

A busca e seleção dos artigos ocorreu com base no guia para revisões sistemáticas e metanálises *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e na elaboração de um fluxograma com quatro etapas: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos, que demonstram como se obteve o *corpus* final (Figura 1).⁽¹⁰⁾

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de artigos. Porto Velho, RO, Brasil, 2024.

Fonte: Autores (2024) adaptado da recomendação PRISMA.

Foram selecionados 50 artigos na Web of Science, 11 artigos na SCOPUS, 18 artigos na EMBASE e 151 artigos na MEDLINE, totalizando 230 artigos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Estes, foram exportados para o Rayyan®, para a seleção inicial de referências no contexto de uma revisão, por resumos e títulos. Em seguida, foram excluídos 33 artigos duplicados. Os demais, 197 artigos, passaram por uma análise através de leitura de título e resumo, resultando na exclusão de 147 artigos, pois: 4 artigos não possuíam resumo, 11 não tratavam sobre barreiras ao acesso de serviços de SSR e 130 não falavam exclusivamente sobre mulheres migrantes. Dessa forma, 50 artigos foram selecionados para leitura na íntegra, sendo 15 artigos excluídos. Ao total, 35 artigos foram eleitos para a composição do *corpus* final. Todo o processo de seleção, desde a captura nas bases de dados a definição do *corpus* final, foi realizado por duas pesquisadoras, em trabalho simultâneo e em conjunto.

Ressalta-se que toda esta revisão foi voltada às mulheres migrantes e que outras classificações de mulheres que migram de maneira forçada ou voluntariamente, foram encontradas na amostra, como mulheres refugiadas, deslocadas internamente e requerentes de asilo, sendo também consideradas na noção maior de “mulheres migrantes”.

Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos

A extração dos dados do *corpus* ocorreu a partir da adaptação de um instrumento validado⁽¹¹⁾ que possibilitou analisar separadamente cada um dos artigos, tanto em nível metodológico quanto no que se refere aos resultados da pesquisa. A adaptação foi dividida em duas partes, na primeira foram abordados os dados de identificação do artigo e dos autores, o contexto do estudo, o tipo de revista científica e as características metodológicas, já a segunda parte tratou da identificação das barreiras de acesso à SSR indicadas pelos autores, da verificação se o estudo possuía enfoque específico ou geral sobre SSR e da determinação de práticas/atitude de cuidados para o enfrentamento e superação das barreiras ao acesso à SSR identificadas.

Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Uma das possibilidades disponíveis na literatura para a avaliação dos níveis de evidência estabelecidos baseia-se na proposta de Melnyk e Fineout-Overholt (2011), a saber: Nível I - evidências

provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível II - evidências provenientes de ao menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III - evidências de ensaios clínicos bem delineados não randomizados; Nível IV - Evidências de estudos de coorte/caso-controle bem delineados; Nível V - evidências provenientes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI - evidências provenientes de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII - evidências provenientes da opinião de autoridades ou especialistas.⁽¹²⁾

Interpretação dos resultados

A análise ocorreu por meio da organização de um banco de dados no *software* Microsoft Office Excel, para a identificação e categorização das barreiras de acesso à SSR enfrentadas por mulheres migrantes, as quais foram identificadas pelos autores. Para a análise das práticas e atitudes de cuidados para o enfrentamento e superação das barreiras ao acesso à SSR indicadas nos artigos, foi organizado um *corpus* textual com a resposta à questão, processado no *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) para a geração de uma nuvem de palavras. Essa técnica estatística agrupa e organiza graficamente os vocábulos em função da frequência, de modo que as fontes maiores sinalizam maior relevância, pois foram utilizadas mais vezes em cada *corpus*.⁽¹³⁾

Apresentação da síntese do conhecimento

Os resultados foram organizados a partir dos dados bibliométricos dos artigos incluídos, seguidos da identificação dos tipos de barreira e de seus fatores característicos levantados no *corpus*.

Questões éticas

Por se tratar de uma revisão integrativa, este estudo dispensa registro e avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, segundo as diretrizes éticas nacionais para pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

Os estudos selecionados foram publicados entre 2017 e 2023, sendo o ano de 2022 o que reuniu o maior número de publicações, o que correspondeu a 28,57% (10) dos artigos. Das publicações analisadas, 88,5% (31) foram publicadas em inglês, estando a maioria delas indexadas na base MEDLINE, com 54,29% (19). No levantamento, foram identificados 20 contextos diferentes nos estudos analisados, sendo que um grupo ficou classificado como “múltiplos contextos”, considerando-se a pluralidade e a impossibilidade de classificação individual, representando 25,71% (9) dos estudos. Os demais, 74,29% (26), foram desenvolvidos em países distintos, com destaque para o Brasil, presente em 14,29% (5) dos estudos.

Quadro 4. Caracterização dos estudos incluídos, Porto Velho, RO, Brasil, 2024.

Autor/ano	Objetivo	Base/Idioma/NE	Contexto	Participantes	Período	Enfoque da SSR
Sawadogo et al. (2023) ⁽¹⁴⁾	Identificar as barreiras e os fatores facilitadores no acesso aos serviços de SSR para mulheres migrantes	EMBASE Inglês V	Múltiplos contextos	Mulheres migrantes, deslocadas, requerentes de asilo ou refugiadas	Não menciona	Geral
Azad et al. (2022) ⁽¹⁵⁾	Explorar o conhecimento, atitude e prática do planejamento familiar e os fatores associados entre mulheres Rohingya que vivem em campos de refugiados em Bangladesh	EMBASE Inglês VI	Divisão de Chittagong Bangladesh	Mulheres refugiadas	Out a Dez 2019	Planejamento familiar
Egli-Gany et al. (2021) ⁽¹⁶⁾	Identificar os determinantes sociais e estruturais dos direitos e da SSR dos migrantes e refugiados	EMBAS Inglês V	Múltiplos contextos	Migrantes, refugiados e/ou requerentes de asilo	Não menciona	IST, violência sexual e gravidez não planejada
Khin et al. (2021) ⁽¹⁷⁾	Explorar as barreiras ao acesso, com foco específico nos serviços contraceptivos e nas suas consequências entre os migrantes de Mianmar no Japão	EMBASE Inglês VI	Chiba e Saitama, Tóquio, Japão	Mulheres migrantes e intérpretes profissionais de saúde	Jan a Abr 2020	Contracepção
Bahamondes et al. (2020) ⁽¹⁸⁾	Fornecer uma visão geral das questões de SSR que afetam as mulheres migrantes venezuelanas no estado de Roraima, Brasil	MEDLINE Inglês V	Boa Vista e Pacaraima, Roraima, Brasil	Mulheres migrantes	Nov 2019	Geral
Chalmiers et al. (2022) ⁽¹⁹⁾	Analisar estudos sobre as preferências contraceptivas das mulheres refugiadas e as experiências de cuidados contraceptivos realizados em países de reassentamento de rendimento elevado	MEDLINE Inglês V	Múltiplos contextos	Mulheres refugiadas	Não menciona	Contracepção
Larrea-Schiavon et al. (2022) ⁽²⁰⁾	Identificar as características da intervenção e os impactos nos resultados de saúde reprodutiva entre mulheres migrantes e refugiadas	MEDLINE Inglês V	Múltiplos contextos	Mulheres migrantes e refugiadas	Não menciona	Saúde reprodutiva
Nabulsi et al. (2021) ⁽²¹⁾	Explorar a extensão dos serviços de SSR implementados no contexto da crise dos refugiados sírios no Líbano	MEDLINE Inglês V	Múltiplos contextos	Mulheres refugiadas	Não menciona	Geral
Davidson et al. (2022) ⁽²²⁾	Sintetizar as evidências sobre as barreiras e os facilitadores do acesso aos cuidados preventivos de SSR na perspectiva das mulheres e dos seus prestadores de cuidados de saúde	MEDLINE Inglês V	Múltiplos contextos	Mulheres refugiadas, requerentes de asilo e deslocadas internamente e profissionais de saúde	Não menciona	Geral
Rocha et al. (2022) ⁽²³⁾	Descrever as características sociodemográficas, o acesso aos cuidados de SSR e avaliar a pobreza menstrual de mulheres venezuelanas migrantes	MEDLINE Inglês VI	Boa Vista, Roraima, Brasil	Mulheres migrantes	Jan 2021	Geral
Bahamondes et al. (2022) ⁽²⁴⁾	Avaliar a disponibilidade e o acesso a serviços de SSR entre mulheres migrantes venezuelanas, na fronteira Brasil-Venezuela durante a COVID-19	MEDLINE Inglês VI	Boa Vista e Pacaraima, Roraima, Brasil	Profissionais de saúde, gestores e diretores de saúde e formuladores de políticas públicas	Jun/2020 a Jul/2021	SSR e a pandemia de SARS-CoV-2

Autor/ano	Objetivo	Base/Idioma/NE	Contexto	Participantes	Período	Enfoque da SSR
Makuch et al. (2021) ⁽²⁵⁾	Estudar as perspectivas das mulheres migrantes venezuelanas abrigadas no estado de Roraima, Brasil, sobre SSR e os cuidados de saúde que receberam	MEDLINE Inglês VI	Boa Vista e Pacaraima, Roraima, Brasil	Mulheres migrantes	Nov/2019 a Fev/2020	Geral
Ha et al. (2023) ⁽²⁶⁾	Avaliar a utilização e as barreiras aos serviços de SSR e fatores associados à utilização de serviços de SSR entre as mulheres trabalhadoras migrantes	MEDLINE Inglês VI	Thang Long, Hanói, Índia	Mulheres migrantes	Jan a Nov 2020	Geral
Asuamah e Agyenim-Boateng (2023) ⁽²⁷⁾	Explorar os desafios ao acesso aos cuidados de saúde reprodutiva entre as mulheres africanas em Pequim	MEDLINE Inglês VI	Pequim, China	Mulheres migrantes	Maior a Jul 2019	Geral
Acharai et al. (2023) ⁽²⁸⁾	Descrever a SSR, bem como as experiências de violência sexual e de gênero entre a população feminina migrante em Marrocos	MEDLINE Inglês VI	Rabit, Marrocos	Mulheres migrantes	Jul a Dez 2021	Geral e Violência de gênero
Smith et al. (2018) ⁽²⁹⁾	Analisar as perspectivas de pacientes Chuukese com proficiência limitada em inglês sobre intérpretes de dupla função em Guam e Chuuk	MEDLINE Inglês VI	Guam, EUA Chuuk, Estados Federados da Micronésia	Mulheres migrantes e profissionais da saúde	Set/2012 a Ago/2013	Geral
Rajbangshi et al. (2021) ⁽³⁰⁾	Explorar as necessidades ou experiências de saúde reprodutiva e materna das mulheres deslocadas no acesso a estes serviços	MEDLINE Inglês VI	Bru, Tripurá, Índia	Mulheres deslocadas	Jun e Jul 2018	Geral
Ivanova; Rai e Kemigisha (2018) ⁽³¹⁾	Explorar e sintetizar as evidências disponíveis sobre conhecimentos, experiências e acesso a serviços em SSR entre meninas e mulheres jovens refugiadas, migrantes e deslocadas na África	MEDLINE Inglês V	Múltiplos contextos	Mulheres migrantes, refugiadas e deslocadas	Não menciona	Geral
Guijarro et al. (2018) ⁽³²⁾	Explorar a perspectiva dos profissionais de saúde sobre barreiras e oportunidades no acesso aos serviços de SSR, mudanças durante a COVID-19 e diferenças de percepções entre os profissionais, por nível de saúde e estabelecimento de cuidados	MEDLINE Inglês VI	Quito, Equador, EUA	Profissionais de saúde	Não menciona	SSR e a pandemia de SARS-CoV-2.
Bianco (2017) et al. (33)	Explorar a participação no rastreio de câncer mamário e cervical e adquirir informações sobre o acesso aos serviços de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal entre mulheres imigrantes no sul da Itália	MEDLINE Inglês VI	Sul da Itália	Mulheres migrantes	Maior/2012 a Abr/2013	Câncer de colo do útero, câncer de mama e serviços de saúde materna
Reinero et al. (2023) ⁽³⁴⁾	Determinar as características de gestantes migrantes com parto em 2019 na Catalunha, em comparação com mulheres nativas, em centros públicos	MEDLINE Espanhol VI	Catalunha, Espanha	Mulheres migrantes	Não menciona	Gestação

Autor/ano	Objetivo	Base/Idioma/NE	Contexto	Participantes	Período	Enfoque da SSR
Loganathan et al. (2020) ⁽³⁵⁾	Explorar as opiniões dos principais informantes sobre a prestação de serviços de SSR para mulheres migrantes na Malásia	WEB OF SCIENCE Inglês VI	Malásia	Mulheres migrantes	Jul/2018 a Jul/2019	Educação em SSR, contracepção, aborto, pré-natal, parto e violência de gênero
Rocha-Jiménez et al. (2018) ⁽³⁶⁾	Explorar as experiências e narrativas das trabalhadoras do sexo migrantes relativos à necessidade não satisfeita e ao acesso aos serviços de SSR na fronteira México-Guatemala.	WEB OF SCIENCE Espanhol VI	Tecún Umán e Quetzaltenango, Guatemala /Tapachula, México	Mulheres migrantes	Maio/2012 a Jun/2015	Geral
Gray et al. (2021) ⁽³⁷⁾	Explorar as experiências de saúde sexual e os resultados de saúde sexual de mulheres “asiáticas” que vivem em países de alta renda “ocidentais” usando o modelo socioecológico de Bronfenbrenner.	WEB OF SCIENCE Inglês V	Múltiplos contextos	Mulheres migrantes	Não menciona	Geral
Marques et al. (2021) ⁽³⁸⁾	Explorar as perspectivas dos profissionais de saúde e dos agentes comunitários sobre a participação das mulheres migrantes no rastreio do câncer cervical em Portugal	WEB OF SCIENCE Inglês VI	Lisboa e Vale do Tejo, Portugal	Profissionais de saúde	Jun a Nov 2020	Câncer de colo do útero
Schmidt et al. (2018) ⁽³⁹⁾	Identificar barreiras ao acesso aos serviços de saúde reprodutiva por mulheres migrantes em Genebra e compreender se a comunidade desempenhou um papel na resolução dessas barreiras	WEB OF SCIENCE Inglês VI	Genebra, Suíça	Mulheres migrantes	Abr/2014 a Jun/2015	Geral
Mocelin et al. (2023) ⁽⁴⁰⁾	Investigar a percepção de mulheres venezuelanas migrantes e residentes no Brasil sobre as barreiras e os facilitadores de acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e tratamento de HIV/aids e sífilis	WEB OF SCIENCE Português VI	Manaus, Amazonas e Boa Vista, Roraima, Brasil	Mulheres migrantes	Fev a Maio 2021	HIV/Aids e Sífilis
Sutan et al. (2022) ⁽⁴¹⁾	Analisar o uso dos serviços de saúde pelas trabalhadoras indonésias e os problemas de saúde reprodutiva que enfrentam na Malásia	WEB OF SCIENCE Inglês VI	Kuala Lumpur, Johor Bahru e Penang, Malásia	Mulheres migrantes.	Não menciona	Geral
Ivanova et al. (2019) ⁽⁴²⁾	Avaliar as experiências, o conhecimento e o acesso aos serviços de SSR entre adolescentes refugiadas no assentamento de Nakivale, Uganda	WEB OF SCIENCE Inglês VI	Nakivile, Isingiro, Uganda	Mulheres refugiadas	Maç a Maio 2018	Geral
Mengesha et al. (2017) ⁽⁴³⁾	Examinar as perspectivas e práticas dos profissionais de saúde australianos sobre a prestação de cuidados de SSR para mulheres refugiadas e migrantes	WEB OF SCIENCE Inglês VI	Nova Gales do Sul, Austrália	Profissionais de saúde	Ago/2015 a Jan/2016	Geral
Pérez-Urdiales e Goicolea (2018) ⁽⁴⁴⁾	Explorar a percepção dos profissionais de saúde sobre as barreiras e facilitadores no acesso das mulheres imigrantes aos serviços gerais de saúde pública e à SSR no País Basco	SCOPUS Espanhol VI	País Basco, Espanha	Profissionais de saúde	Set a Dez 2015	Geral

Autor/ano	Objetivo	Base/Idioma/NE	Contexto	Participantes	Período	Enfoque da SSR
Machado et al. (2022) ⁽⁴⁵⁾	Descrever as desigualdades e os determinantes do envolvimento com os serviços de SSR entre mulheres imigrantes no Canadá e compreender suas experiências sobre barreiras e facilitadores	WEB OF SCIENCE Inglês V	Múltiplos contextos	Mulheres migrantes	Não menciona	Geral
Corvino e D'Andrea (2022) ⁽⁴⁶⁾	Apresentar o conflito entre o comportamento comunitário e o direito à saúde reprodutiva e discutir aspectos da violência entre parceiros íntimos como tratamento degradante ou violento devido ao exercício dos direitos reprodutivos	MEDLINE Inglês VI	Florença, Itália	Profissionais de saúde	Ago a Set 2021	Geral
Sampson et al. (2023) ⁽⁴⁷⁾	Avaliar o impacto da uma intervenção na melhoria dos serviços de SSR entre mulheres no campo de Deslocados Internos de Wassa	EMBASE Inglês VI	Abuja, Nigéria	Mulheres deslocadas internamente	Set/2020 a Jun/2021	Saúde reprodutiva
Castaner et al. (2022) ⁽⁴⁸⁾	Explorar as táticas adotadas pelos prestadores de cuidados de saúde para satisfazer as necessidades de cuidados de SSR das mulheres imigrantes	MEDLINE Inglês VI	Copenhague, Dinamarca	Profissionais de saúde	Jan a Abr 2020	Geral

NE: Nível de Evidência; EUA: Estados Unidos

Fonte: Autores (2024)

Quanto ao nível de evidência, 74,29% (26), foram identificados como Nível de Evidência VI, resultados de pesquisas de um único estudo descritivo ou qualitativo. Das amostras dos participantes dos estudos, 71,43% (25) correspondiam à perspectiva das mulheres migrantes, 20% (7) à perspectiva dos profissionais de saúde e 8,57% (3) à perspectiva de ambos.

No que se refere ao período de coleta de dados para o desenvolvimento do estudo, 34,29% (12), não especificaram e os demais, 65,71% (23), encerraram o período de coleta de dados entre 2013 e 2021, sendo mais prevalente em 2021 com 17,14% (6).

As barreiras no acesso à atenção à SSR enfrentadas pelas mulheres migrantes foram levantadas e agrupadas em quatro categorias principais: barreiras socioculturais; barreiras relacionadas às mulheres migrantes; barreiras relacionadas aos profissionais de saúde; barreiras relacionadas ao sistema e aos serviços de saúde. Cada categoria ficou composta por diversos subtipos de barreiras, sendo identificados 60 tipos distintos (Quadro 3).

Quadro 3. Identificação das barreiras levantadas no *corpus* analisado, Porto Velho, RO, Brasil, 2024.

Tipo de Barreira e fatores característicos	%
Barreiras socioculturais	
Estigma social ^(14-17,19,26-28,30-33,36,41-47)	61,11%
Cultural ^(14-17,19-21,24,27,30,32-34,37-39,43-48)	60,00%
Linguística ^(16-17,19-20,22,25,27,30-31,34,38-41,44-46,48)	51,43%
Discriminação relacionada à nacionalidade ^(14,16-17,19-20,21-22,25,28,30-32,34-35,39,41,44-46)	51,43%
Influência/coerção do parceiro na tomada de decisões ^(17,19,21-22,26,28,35,37,43,44-45,47)	34,29%
Questões de gênero ^(15,21,23,28-29,37,42,45,47)	25,71%
Comunicação inadequada ^(14,19-20,22,25,27,38,46)	22,86%
Valores religiosos ^(15,17,19,22,46)	14,29%
Valores e crenças sobre SSR ^(17,22,27,38)	11,43%
Etnia ^(16,37,46)	8,57%
Estigma relacionado a trabalho sexual ^(20,36)	5,71%
Política de migração discriminatória ⁽²⁷⁾	2,86%
Barreiras relacionadas às condições das mulheres migrantes	
Fatores financeiros ^(14-17,19-23,25-28,30-32,35-36,39-41,43,45,47-48)	71,43%
Medo relacionado ao <i>status</i> de migração – indocumentação ^(15,17-18,20-23,28,32,35,37,41-42,44-45,48)	48,57%
Dificuldade de navegar em um sistema de saúde desconhecido ^(16-17,19,21,23,25,43,45)	22,86%
Falta de procura por serviços de saúde ^(17-18,20,28,33,36,38,48)	22,86%
Experiências anteriores negativas com prestadores de cuidados de saúde ^(21-22,25,27-28,38,43,45)	22,86%
Falta de conhecimento sobre SSR ^(14,16,22,30-31,38,41-42)	22,86%
Insatisfação com os serviços e métodos oferecidos ^(17-19,23-24,27,42,45)	22,86%
Escassez de fontes de informação adequada sobre SSR ^(17,21,28,31,35-36,39,45)	22,86%
Desconforto/constrangimento/timidez	20,00%
Desemprego e problemas com empregadores ^(16,18,27,35,41)	14,29%
Necessidade de um intérprete ^(22,29,45)	8,57%
Baixo nível de escolaridade ^(22,34)	5,71%
Tempo que residem no país ^(33,45)	5,71%
Reações adversas a tratamentos ⁽⁴¹⁾	2,86%
Isolamento social ⁽⁴⁵⁾	2,86%
Desinteresse em discutir sobre SSR ⁽¹⁷⁾	2,86%
Barreiras relacionadas à profissionais de saúde	
Profissionais de saúde do sexo masculino ^(22,38,44-45)	11,43%
Comentários e suposições inadequadas sobre as preferências de SSR ^(19,36,42,45)	11,43%
Discurso hostil relacionado à migração ^(16,21-22)	8,57%
Falta de vínculo entre profissional-paciente ^(38,46)	5,71%
Barreiras relacionadas ao sistema de saúde e serviços	
Falta de acessibilidade dos serviços de saúde ^(14,16-17,19,21-27,30-32,34-35,38,40-42,45-46,48)	68,57%

Tipo de Barreira e fatores característicos	%
Discrepância entre as preferências dos usuários e os serviços ofertados ^(17,21-23,27,32,35,39,44-46)	31,43%
Falta de investimento em políticas públicas, equipamentos, insumos e capacitação profissional voltada à SSR ^(18,21-25,31-32,42-43)	28,57%
Divulgação inadequada de informações e serviços de SSR ^(14-15,21-22,25,27,42,45)	22,86%
Incerteza sobre a confidencialidade dos serviços ^(20,28-29,42,45)	14,29%
Tempo de atendimento inadequado ^(19,21-22,44,48)	14,29%
Indisponibilidade de insumos e serviços ^(14,24,43,48)	11,43%
Falta de privacidade nos serviços ^(20,36,42)	8,57%
Alto custo dos serviços, tratamentos e métodos contraceptivos ^(26,30,35)	8,57%
Falta de profissionais ^(18,23,44)	5,71%
Longos tempos de espera por atendimento ^(31,43)	5,71%
Pandemia SARS-CoV-2 ^(32,40)	5,71%
Baixa qualidade dos serviços ^(14,18)	5,71%
Superlotação dos serviços de saúde ⁽³²⁾	2,86%
Horários de atendimentos clínicos inconvenientes ⁽²⁶⁾	2,86%

Fonte: Autores (2024)

Na categoria das barreiras socioculturais, destacaram-se o estigma social em 61,11% (22) dos artigos, a questão cultural em 60% (21), e as questões linguísticas e a discriminação relacionada à nacionalidade, com 51,43% (18) cada. Entre as barreiras relacionadas diretamente às mulheres migrantes, revelou-se que os fatores financeiros têm grande representação, sendo citados em 71,43% (25) dos artigos, seguidos pelo medo relacionado ao *status* de migração (indocumentação) em 48,57% (17). Além disso, a dificuldade em navegar por um sistema de saúde desconhecido, a falta de procura por serviços de saúde, as experiências anteriores negativas com prestadores de cuidados de saúde, a falta de conhecimento sobre SSR, a insatisfação com os serviços e métodos oferecidos e a escassez de fontes de informação adequada sobre SSR registraram 22,86% (8) cada (Quadro 1).

As barreiras relacionadas aos profissionais de saúde surgiram em menor quantidade, uma vez que os profissionais de saúde do sexo masculino e os comentários e suposições inadequadas sobre as preferências de SSR foram citados em 11,43% (4) dos artigos cada, sendo que o discurso hostil relacionado à migração foi citado em apenas 8,57% (3) e a falta de vínculo entre profissionais e pacientes, em apenas 5,71% (2). Por sua vez, as barreiras relacionadas ao sistema de saúde e aos serviços, estiveram vinculadas, principalmente, à falta de acessibilidade dos serviços, indicada em 68,57% (24) dos artigos, seguida pela discrepância entre as preferências dos usuários e os serviços de saúde ofertados, em 31,43% (11) e pela falta de investimento em políticas públicas, equipamentos, insumos e capacitação profissional voltada à SSR, em 28,57% (10).

Outro aspecto identificado nos estudos foi a proposição de ações e/ou atitudes para o enfrentamento das barreiras vivenciadas por mulheres migrantes, obtendo-se as palavras mais frequentes que formam a nuvem de palavras, com destaque ao centro para Saúde (115 ocorrências), Serviço, Sexual e Mulher com a mesma frequência (41 ocorrências), Reprodutivo (39 ocorrências), Cuidado (36 ocorrências), Migrante (35 ocorrências) e Acesso (28 ocorrências) (Figura 2).

Figura 2. Nuvem de palavras do *corpus* das ações/atitude para o enfrentamento das barreiras à atenção à SSR por mulheres migrantes. Porto Velho, RO, Brasil, 2024.



Fonte: Relatório Iramuteq, dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

As evidências sintetizadas revelam que as barreiras de acesso à atenção à SSR enfrentadas por mulheres migrantes não operam isoladamente, mas se retroalimentam em uma cadeia que vai do estigma sociocultural à arquitetura dos sistemas de saúde. O crescimento das publicações sobre o tema investigado acompanha o aumento do fluxo migratório feminino mundial, e a concentração de estudos no Brasil, embora reflita um ponto migratório regional, também expõe uma lacuna: contextos de alta renda e de baixa renda raramente são comparados na literatura, o que limita as inferências sobre quais barreiras se comportam como universais e quais são dependentes do sistema de saúde local.

Em relação ao nível de evidência dos estudos identificados, a classificação majoritária no nível VI e a heterogeneidade de desenhos, representam a baixa robustez das evidências científicas disponíveis sobre as barreiras enfrentadas pelas mulheres migrantes, dificultando a confiança depositada nas informações, bem como a sua força para definição de recomendações que garantam a superação dessas barreiras.⁽¹²⁾ Essa fragilidade não é uniforme entre as categorias: subtipos citados por dezenas de estudos convergentes (fatores financeiros, 71,43%; falta de acessibilidade dos serviços, 68,57%; estigma social, 61,11%) sustentam-se por triangulação indutiva razoável, mesmo em nível de evidência baixo. Já subtipos citados por 1-2 artigos apenas (isolamento social, horários de atendimento inconvenientes, reações adversas a tratamentos) devem ser lidos como hipóteses a confirmar, e não como padrões estabelecidos. Essa hierarquização interna da própria evidência sintetizada é o que confere credibilidade seletiva às recomendações que serão propostas adiante. Portanto, estudos com desenhos metodológicos que forneçam maior força de evidência científica necessitam ser realizados sobre essa problemática, porém, as evidências sintetizadas, em sua maioria, foram provenientes de estudos cuja amostra foi composta pelas próprias mulheres migrantes que vivenciam as dificuldades para o acesso à atenção à SSR, o que também é relevante para a tomada de decisão.

Corroborando a amplitude da noção de SSR, as barreiras levantadas no estudo em tela transcendem a dimensão biológica do cuidado e revelam-se como manifestações de vulnerabilidade estrutural⁽⁴⁹⁾: a condição migratória posiciona essas mulheres em um lugar hierarquicamente desvantajoso nos sistemas de saúde, no mercado de trabalho e no ordenamento jurídico dos países de destino, de modo que barreiras aparentemente distintas – estigma, indocumentação, despreparo profissional e desenho inadequado dos serviços – derivam de uma mesma condição estrutural de subordinação, e não de fatores

isolados ou acidentais. É essa condição estrutural comum e, não cada categoria isoladamente, que explica por que mulheres migrantes seguem sub-assistidas mesmo em sistemas de saúde formalmente universais, como ocorre no Sistema Único de Saúde no Brasil, e por que a superação de uma barreira isolada tende a ter efeito limitado enquanto a posição estrutural que a produz permanece inalterada. Portanto, as categorias foram nomeadas didaticamente como: barreiras socioculturais; barreiras relacionadas às condições das mulheres migrantes; barreiras relacionadas aos profissionais de saúde; e barreiras relacionadas ao sistema e aos serviços de saúde, com o propósito de melhor caracterizá-las.

As barreiras socioculturais atuam menos como obstáculos isolados e mais como um filtro que antecede o próprio contato com o serviço de saúde: o estigma e o medo do julgamento operam antes da mulher migrante sequer buscar o cuidado, o que explica por que a subutilização de rastreios e assistência pré-natal⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾ não decorre apenas de barreiras de oferta, mas de uma barreira de decisão prévia: a mulher se autoexclui do sistema antes de qualquer negativa institucional. Essa antecipação do julgamento é, ela própria, um efeito da posição estruturalmente vulnerável que ocupa: migrante, muitas vezes indocumentada, e já estigmatizada por normas de gênero do país de origem e de destino, o que faz da evitação uma resposta racional a uma condição estrutural de desamparo, e não um comportamento individual isolado.

Adicionalmente, vale sublinhar que as mulheres migrantes podem receber acolhida em países onde há fortes preconceitos e tabus sobre a sexualidade e sexo fora do casamento, impactando sobremaneira o acesso ao cuidado, principalmente entre as mulheres que, em razão das dificuldades financeiras, desemprego e indocumentação, valem-se do trabalho sexual para sua subsistência.⁽⁵²⁻⁵³⁾ A moralização da sexualidade migrante e a associação ao trabalho sexual aparecem documentadas na amostra apenas no contexto da fronteira México-Guatemala,⁽³⁶⁾ onde a precariedade documental, a criminalização do trabalho sexual e a ausência de rede de proteção social intensificam a dependência dessa atividade para subsistência. A ausência de achados semelhantes em outros contextos de fronteira Sul-Sul incluídos na amostra, como a fronteira Brasil-Venezuela⁽²⁴⁻²⁵⁾, não permite concluir se o fenômeno é geograficamente restrito ou se reflete uma lacuna dos estudos disponíveis nesses outros contextos, por não investigar essa dimensão especificamente. Entretanto, em países de alta renda, esta revisão aponta menos para a subsistência via trabalho sexual e mais para barreiras de outra natureza, como linguística, burocrática e de desconhecimento do sistema, sugerindo que o tipo de barreira predominante pode variar conforme o contexto socioeconômico e as potencialidades da rede de proteção social do país de destino.

A respeito das limitações linguísticas, dois aspectos se mostraram relevantes no cuidado à SSR das mulheres migrantes: na consulta, geram desconforto e timidez diante de profissionais, sobretudo quando estes são do sexo masculino^(14,22,26,38,44-45) e, posteriormente, comprometem a compreensão das orientações recebidas e a ampliação do conhecimento sobre SSR,^(6,38,54) impedindo o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Ao afetar tanto a comunicação quanto a retenção da informação, essa barreira raramente se resolve com a presença pontual de um intérprete durante a consulta, exigindo estratégias de comunicação continuada e culturalmente sensível ao longo de todo o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres migrantes.

Muitas vezes o discurso hostil relacionado à migração é justificado pelos profissionais como uma forma de proteger os sistemas de saúde de seus países da sobrecarga pela população migrante. Dessa forma, o tratamento desrespeitoso e hostil tende a dificultar o acesso das mulheres.^(16,21)

Chama atenção que as barreiras atribuídas diretamente aos profissionais de saúde tenham sido as menos frequentemente relatadas (até 11,43% dos estudos). Isso pode refletir tanto uma real menor incidência quanto uma limitação dos desenhos de estudo, predominantemente baseados no relato das próprias migrantes, que podem não identificar explicitamente a conduta profissional como barreira, mas vivenciá-la de forma difusa, embutida no estigma e na comunicação inadequada já relatados. Estudos que ouviram diretamente os profissionais^(32,38,48) tendem a evidenciar esse tipo de barreira com mais nitidez.

Outrossim, a busca das mulheres migrantes pelos serviços de saúde pode sofrer interferência de seus parceiros, inclusive para a tomada de decisões, resultando frequentemente na desigualdade de gênero, violência de gênero, marginalização das mulheres migrantes e isolamento social.^(27,37) A interferência de parceiros na tomada de decisão exemplifica como as quatro categorias de barreiras se atravessam: a dependência econômica do parceiro, barreira relacionada à condição da mulher migrante, se combina a uma barreira sociocultural, as normas de gênero que legitimam essa coerção e resulta em isolamento social, o que por sua vez reduz o contato da mulher com profissionais de saúde e organizações comunitárias que

poderiam identificar e mitigar essa violência, fechando um ciclo em que a barreira relacional se torna também uma barreira de sistema, pela ausência de rotas de detecção precoce nos serviços.^(17,19,21-22,26,28,35,45,47)

Em um segundo exemplo, em contextos em que valores religiosos e tabus familiares desencorajam a discussão aberta sobre sexualidade (barreira sociocultural), a jovem migrante tende a chegar ao serviço de saúde, quando chega, em busca de atendimento pontual, sem revelar plenamente sua real necessidade ou histórico sexual, a fim de evitar julgamentos.⁽⁴⁶⁾ Ao mesmo tempo, o profissional pressupõe, com base na nacionalidade, que ela não deseja ou não pode discutir contracepção (comentários e suposições inadequadas sobre as preferências de SSR, barreira relacionada aos profissionais).⁽³⁸⁾ Assim sendo, a mulher não recebe orientação sobre o método mais adequado ao seu caso e sai da consulta sem o cuidado que efetivamente buscava. Soma-se a isso a incerteza sobre a confidencialidade do atendimento (barreira do sistema de saúde e serviços), o receio de que a informação chegue à comunidade, à família ou ao empregador, resultando na falta do cuidado contraceptivo adequado.^(15,19,22,31) Uma gestação não planejada resultante desse circuito reforça, na comunidade de origem, a narrativa de que não se deve falar sobre isso com estranhos, tornando ainda mais difícil que a próxima mulher do mesmo grupo social busque orientação formal, fechando um ciclo que se propaga em nível comunitário e intergeracional, e não apenas individual.

Frente a estes mecanismos das barreiras encaradas pelas mulheres migrantes, os achados sinalizam ações de enfrentamento (Figura 2), em que o léxico “Saúde” aponta para um enquadramento amplo da SSR como parte de um direito maior à saúde, e não apenas como um nicho isolado. A mesma posição ocupada pelos léxicos “Serviço”, “Sexual” e “Mulher” sugere que, nestes estudos, o enfrentamento das barreiras à oferta de serviços, a dimensão da saúde sexual e o sujeito mulher aparecem juntos, com peso equivalente, isto é, as ações apontadas tratam da SSR como algo articulado com as mulheres migrantes e não meramente algo a parte a ser administrado para elas. Apesar das limitações da força de evidência, esse resultado pode ser lido como um indício de que a literatura tende a propor soluções centradas na mulher e em sua subjetividade e não meramente como alvo de intervenções desconectadas.

Outro ponto relevante é que as ações de enfrentamento mencionam mais “Cuidado” do que “Migrante”, o que pode sinalizar um discurso que tende a universalizar a resposta, na lógica do cuidado geral, mais do que especializar por esse grupo específico de mulheres migrantes. O que, por um lado, pode sinalizar um aspecto positivo que reflete um cuidado em não rotular ainda mais esse segmento populacional, evitando o enquadramento como situação especial. Contudo, alerta para soluções ainda insuficientes que não se adaptam às vulnerabilidades específicas da condição migratória, já discutidas anteriormente.

No que se refere à questão central desta revisão, o acesso, este foi o léxico menos frequente dentre os demais, sugerindo que a literatura fala mais sobre cuidar melhor das mulheres que já estão no sistema do que sobre remover barreiras de entrada propriamente ditas. Outra questão é relação entre cuidado e acesso sinalizando a convergência da literatura para soluções centradas no vínculo e na continuidade da atenção.

A exemplo dessas estratégias de enfrentamento, alguns estudos sinalizam ações para a superação das barreiras vivenciadas pelas mulheres migrantes, como o de Castaner *et al.* (2022),⁽⁴⁸⁾ em que os autores apontam táticas desenvolvidas por profissionais de saúde para contornar entraves burocráticos e assegurar atendimento a migrantes indocumentadas, como o emprego de aplicativos de tradução, intérpretes da comunidade ou recursos visuais para transpor barreiras idiomáticas. Além disso, os profissionais utilizaram sua posição como voluntários para conquistar a confiança dessas mulheres e trabalharam com profissionais oriundos das comunidades de migrantes, valendo-se de seus conhecimentos culturais para responder às demandas de SSR desse grupo.

No mesmo sentido, Sampson *et al.* (2023)⁽⁴⁷⁾ descreve o uso de tecnologia móvel para ampliar o acesso ao planejamento familiar entre mulheres deslocadas internamente. Larrea-Schiavon *et al.*, (2022)⁽²⁰⁾ apontam que possibilitar às mulheres migrantes o acesso gratuito ou de baixo custo a serviços de SSR promoveu a utilização desses serviços com maior uso de métodos contraceptivos e as intervenções educativas tiveram efeitos positivos no conhecimento sobre SSR, principalmente quando envolveram os parceiros e buscaram atender às necessidades específicas de uma população em situação de mobilidade. Destaca-se a importância dessas ações e recomendações, que, além de promover melhorias para o cuidado prestado às mulheres migrantes, indicam estratégias para facilitar a entrada no sistema de saúde e superar as barreiras relacionadas à documentação, ao medo e ao desconhecimento.

Apesar da amplitude de contextos, a amostra praticamente não contempla populações específicas dentro do grande grupo de mulheres migrantes, pois não há estudos sobre mulheres transgênero migrantes, sobre mulheres idosas ou sobre mulheres com deficiência, subgrupos com necessidades de SSR distintas e provavelmente submetidos a barreiras adicionais relacionadas às suas situações de vida. Da mesma forma, 74,29% dos estudos correspondem a nível de evidência VI, e nenhum estudo experimental ou quase-experimental testou uma intervenção específica de superação de barreiras com desenho comparativo. Além disso, os estudos que abordam diretamente intervenções possuem delineamento descritivo.⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾ Por fim, apesar de 65,71% dos estudos informarem o período de coleta de dados, nenhum acompanha a mesma coorte de mulheres ao longo do tempo, o que impede saber se as barreiras se atenuam com o tempo de residência no país de destino ou se permanecem estáveis.

Conhecer as barreiras aqui sintetizadas permite direcionar ações em pelo menos três níveis: clínico-assistencial, com capacitação de profissionais para atendimento culturalmente sensível e disponibilização de intérpretes; institucional, com garantia de confidencialidade, flexibilização de horários e divulgação ativa de serviços em canais acessíveis a migrantes; e de política pública, com desvinculação entre acesso à saúde e status migratório, e financiamento específico para SSR de populações migrantes. Essa distinção é relevante porque nem todas as barreiras identificadas podem responder ao mesmo tipo de intervenção nem ao mesmo ator responsável.

Como limitações desta revisão, consideraram-se a não inclusão de artigos científicos publicados em revistas de menor fator de impacto (não indexadas em grandes bases de dados consultadas) e o fato de o processo de seleção não ter sido realizado por dois revisores em procedimento às cegas. Adicionalmente, a heterogeneidade dos desenhos de estudos incluídos (predominantemente qualitativos e descritivos, nível de evidência VI) compromete a comparabilidade direta entre os 60 subtipos de barreiras identificados. Verificou-se que os subtipos citados por dezenas de estudos (ex.: fatores financeiros, 71,43%) têm respaldo indutivo mais robusto do que aqueles citados por um único artigo (ex.: isolamento social, horários inconvenientes), que podem refletir particularidades de contexto e não um padrão generalizável. O predomínio de estudos em inglês (88,5%) e a ausência de estudos com abordagem mista quantitativa-qualitativa também podem ter deixado de captar barreiras relatadas apenas em publicações regionais ou em métricas de utilização de serviços. Contudo, os achados sintetizados respondem ao objetivo traçado para este estudo, apresentando um panorama amplo das barreiras enfrentadas pelas mulheres migrantes no acesso à SSR, contribuindo com o avanço do conhecimento sobre o tema e identificando novas lacunas.

CONCLUSÃO

O estudo fornece uma síntese de evidências sobre as barreiras enfrentadas por mulheres migrantes para o acesso à atenção à SSR. Para tanto, categorizaram-se e descreveram-se essas barreiras e como elas interferem cotidianamente nesse acesso. O estigma social, os fatores financeiros, os profissionais do sexo masculino e a falta de acessibilidade dos serviços de saúde foram as principais barreiras de acesso à atenção à SSR pelas mulheres migrantes. Apesar de terem sido categorizadas didaticamente, infere-se, a partir dos achados, que essas barreiras estão implicadas umas às outras, de forma complexa e inter-relacionada, independentemente de serem barreiras socioculturais, relacionadas à situação das mulheres migrantes, relacionadas aos profissionais de saúde ou ao sistema e aos serviços de saúde. Com isso, verifica-se que a superação dessas barreiras exigirá ações organizadas em conjunto com outros setores da sociedade que extrapolam o âmbito da saúde.

A atenção à SSR deveria ser para todos, porém, as mulheres migrantes constituem um segmento social marginalizado dos direitos sexuais e reprodutivos, como ficou evidenciado nos achados do estudo em tela. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de atitudes e ações para o enfrentamento e a superação das barreiras de acesso à atenção à SSR dessas mulheres migrantes. É necessário que os gestores e formuladores de políticas públicas desenvolvam estratégias e ações que integrem os diferentes setores da sociedade, com o objetivo de proteger os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres migrantes. Assim, no que se refere ao setor da saúde, os achados deste estudo fornecem aos gestores públicos subsídios para que possam adequar as legislações e as regulamentações, o que propiciará o acesso pleno e igualitário dessa população aos cuidados, às informações e à educação em SSR.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Conceição NLM, Parmejiani EP. Coleta dos dados: Conceição NLM, Silva KM, Parmejiani EP. Análise e interpretação dos dados: Conceição NLM, Parmejiani EP. Redação

do artigo ou revisão crítica: Conceição NLM, Pinheiro AS, Cunha MPL, Melo NC, Queiroz ABA, Parmejiani EP. Aprovação final da versão a ser publicada: Conceição NLM, Pinheiro AS, Cunha MPL, Melo NC, Silva KM, Queiroz ABA, Parmejiani EP.

REFERÊNCIAS

1. Redin G. Migrações internacionais: experiências e desafios para a proteção e promoção de direitos humanos no Brasil. Santa Maria: Ed. UFSM, 2020. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/sites/br/files/2025-01/2020-livro-migracoes-internacionais.pdf>
2. ONU – Organização Mundial da Saúde. Assembleia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
3. Teixeira IDS, Rollo RM, Rocha CMF. Um diálogo pluricultural sobre o acesso à saúde com mulheres imigrantes. *Reflexão e Ação*. 2021;29(1):84-97. doi: <https://doi.org/10.17058/rea.v29i1.14815>
4. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). 12º Relatório anual do Observatório das Migrações Internacionais: política migratória no Brasil – evidências para gestão de fluxos e políticas setoriais. Brasília (DF): Ministério da Justiça e Segurança Pública; Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra); 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/migracoes/portal-de-imigracao-laboral/obmigra-1/relatorios-obmigra/relatorios-mensais/2025/401981-ano-6-numero-12-dezembro-2025.pdf>
5. McAuliffe M, Ceriani Cernadas P, editors. *World Migration Report 2026* [Internet]. Geneva: International Organization for Migration (IOM); 2026. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2026>
6. Larrea-Schiavon S, Auerswald C, Guendelman S, Graham J, Infante C. Challenges and facilitators to sexual and reproductive health care for undocumented in-transit migrant women in Mexico: a qualitative study. *Front Reprod Health*. 2025 Sep 26;7:1683858. doi: <https://doi.org/10.3389/frph.2025.1683858>
7. Organização Mundial da Saúde. Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados. Genebra: Assembleia Geral das Nações Unidas, 28 de julho de 1951. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/media/convencao-relativa-ao-estatuto-dos-refugiados-1951>
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
9. Hosseini MS, Jahanshahloo F, Akbarzadeh MA, Zarei M, Vaez-Gharamaleki Y. Formulating research questions for evidence-based studies. *J Med Surg Public Health*. 2024;2:100046. doi: <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2023.100046>
10. Galvão TF, Silva MT, Garcia LP. Ferramentas para melhorar a qualidade e a transparência dos relatos de pesquisa em saúde: guias de redação científica. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25(2):427-36. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200022>
11. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2006;14(1):124-31. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017> https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott; 2011. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry; p. 3-24.

13. Martins KN, Paula MC de, Gomes LPC, Santos JE dos. O software IRaMuTeQ como recurso para a análise textual discursiva. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2022;10(24):213–232. doi: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.24.383>
14. Sawadogo PM, Sia D, Onadja Y, Beogo I, Sangli G, Sawadogo N, et al. Barriers and facilitators of access to sexual and reproductive health services among migrant, internally displaced, asylum seeking and refugee women: A scoping review. *Wasti SP, editor. PLoS ONE*. 2023 Sep 14;18(9):e0291486. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291486>
15. Azad A K, Zakaria M, Nachrin T, Chandra Das M, Cheng F, Xu J. Family planning knowledge, attitude and practice among Rohingya women living in refugee camps in Bangladesh: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2022 Dec;19(1):105. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01410-0>
16. Egli-Gany D, Aftab W, Hawkes S, Abu-Raddad L, Buse K, Rabbani F, et al. The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees: a systematic review of reviews. *East Mediterr Health J*. 2021;27(12):1203–1213. doi: <https://doi.org/10.26719/emhj.20.101>
17. Khin YP, Nawa N, Fujiwara T, Surkan PJ. Access to contraceptive services among Myanmar women living in Japan: A qualitative study. *Contraception*. 2021 Nov;104(5):538–46. doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.05.008>
18. Bahamondes L, Laporte M, Margatho D, De Amorim HSF, Brasil C, Charles CM, et al. Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil. *BMC Public Health*. 2020 Dec;20(1):1771. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09912-x>
19. Chalmiers MA, Karaki F, Muriki M, Mody SK, Chen A, Thiel De Bocanegra H. Refugee women's experiences with contraceptive care after resettlement in high-income countries: A critical interpretive synthesis. *Contraception*. 2022 Apr;108:7–18. doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.11.004>
20. Larrea-Schiavon S, Vázquez-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 Dec 21;10(6):1–15. doi: <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00418>
21. Nabulsi D, Abou Saad M, Ismail H, Doumit MAA, El-Jamil F, Kobeissi L, et al. Minimum initial service package (MISP) for sexual and reproductive health for women in a displacement setting: a narrative review on the Syrian refugee crisis in Lebanon. *Reprod Health*. 2021 Dec;18(1):58. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01108-9>
22. Davidson N, Hammarberg K, Romero L, Fisher J. Access to preventive sexual and reproductive health care for women from refugee-like backgrounds: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022 Feb 27;22(1):403. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12576-4>
23. Rocha L, Soeiro R, Gomez N, Costa ML, Surita FG, Bahamondes L. Assessment of sexual and reproductive access and use of menstrual products among Venezuelan migrant adult women at the Brazilian-Venezuelan border. *Journal of Migration and Health*. 2022;5:100097. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100097>
24. Bahamondes L, Makuch MY, Margatho D, Charles CM, Brasil C, De Amorin HS. Assessment of the availability of sexual and reproductive healthcare for Venezuelan migrant women during the SARS-CoV-2 pandemic at the north-western border of Brazil-Venezuela. *Journal of Migration and Health*. 2022;5:100092. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100092>

25. 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. *Journal of Migration and Health*. 2021;4:100060. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100060>
26. Ha T, Givens D, Shi H, Nguyen T, Nguyen N, Shrestha R, et al. Assessing Barriers and Utilization of Sexual and Reproductive Health Services among Female Migrant Workers in Vietnam. *IJERPH*. 2023 Jul 15;20(14):6368. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph20146368>
27. Asuamah MA, Agyenim-Boateng R. Access to Reproductive Healthcare Services Among African Women Living in Beijing: Understanding the Challenges. *J Racial and Ethnic Health Disparities*. 2023 Feb;10(1):343-9. doi: <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01225-y>
28. Acharai L, Khalis M, Bouaddi O, Krisht G, Elomrani S, Yahyane A, et al. Sexual and reproductive health and gender-based violence among female migrants in Morocco: a cross sectional survey. *BMC Women's Health*. 2023 Apr 11;23(1):174. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02307-1>
29. Smith SA. Chuukese Patients, Dual Role Interpreters, and Confidentiality: Exploring Clinic Interpretation Services for Reproductive Health Patients. *Hawaii J Med Public Health*. 2018 Apr;77(4):83-8. PubMed PMID: 29637014; PubMed Central PMCID: PMC5883252.
30. Rajbangshi PR, Nambiars D, Srivastava A. "We wish to have good medical care": findings from a qualitative study on reproductive and maternal health of internally displaced women in India. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2022 Jan 1;29(2):2059324. doi: <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2059324>
31. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *IJERPH*. 2018 Jul 26;15(8):1583. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph15081583>
32. Guijarro S, Torres AL, Montero G, Garcia M, Sabay H, Iribarren S, et al. Perspectives of health practitioners on the challenges to accessing sexual and reproductive health care services for Venezuelan migrant women during the COVID-19 pandemic in Quito, Ecuador. *Panam Salud Publica*. 2023;1-10. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.58>
33. Bianco A, Larosa E, Pileggi C, Nobile CGA, Pavia M. Cervical and breast cancer screening participation and utilisation of maternal health services: a cross-sectional study among immigrant women in Southern Italy. *BMJ Open*. 2017 Oct;7(10):e016306. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016306>
34. Reinero EL, Vicente-Hernández MM, Cabedo Ferreiro R, Manresa-Domínguez JM, García Acosta M, Martínez Bueno C, et al. [Characteristics of the migrant women attended by the Reproductive Health Care Services of the Catalan Health Institute.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2023 Mar 1;97:e202303016. PubMed PMID: 36883555; PubMed Central PMCID: PMC10558107.
35. Loganathan T, Chan ZX, De Smalen AW, Pocock NS. Migrant Women's Access to Sexual and Reproductive Health Services in Malaysia: A Qualitative Study. *IJERPH*. 2020 Jul 26;17(15):5376. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155376>
36. Rocha-Jiménez T, Morales-Miranda S, Fernández-Casanueva C, Brouwer KC, Goldenberg SM. Stigma and unmet sexual and reproductive health needs among international migrant sex workers at the Mexico-Guatemala border. *Intl J Gynecology & Obste*. 2018 Oct;143(1):37-43. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12441>

37. Gray C, Crawford G, Maycock B, Lobo R. Socioecological Factors Influencing Sexual Health Experiences and Health Outcomes of Migrant Asian Women Living in 'Western' High-Income Countries: A Systematic Review. *IJERPH*. 2021 Mar 3;18(5):2469. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052469>
38. Marques P, Gama A, Santos M, Heleno B, Vermandere H, Dias S. Understanding Cervical Cancer Screening Barriers among Migrant Women: A Qualitative Study with Healthcare and Community Workers in Portugal. *IJERPH*. 2021 Jul 6;18(14):7248. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147248>
39. Schmidt NC, Fargnoli V, Epiney M, Irion O. Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reprod Health*. 2018 Dec;15(1):43. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7>
40. Mocelin HJS, Jesus SVD, Negri LDSA, Borges BJP, Silva AID, Maciel ELN. Barreiras e facilitadores do enfrentamento de HIV/aids e sífilis por venezuelanas residentes no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2023 Mar 3;47:1. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.3>
41. Sutan R, Siregar PP. Reproductive health practices and use of health services among immigrant Indonesian women working in Malaysia. *Rev saúde pública*. 2022 Jun 24;56:55. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003811>
42. Ivanova O, Rai M, Mlahagwa W, Tumuhairwe J, Bakuli A, Nyakato VN, et al. A cross-sectional mixed-methods study of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee adolescent girls in the Nakivale refugee settlement, Uganda. *Reprod Health*. 2019 Dec;16(1):35. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0698-5>
43. Mengesha ZB, Perz J, Dune T, Ussher J. Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives. Smith Fawzi MC, editor. *PLoS ONE*. 2017 Jul 20;12(7):e0181421. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181421>
44. Pérez-Urdiales I, Goicolea I. ¿Cómo acceden las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios en el País Vasco? Percepciones de profesionales sanitarias. *Atención Primaria*. 2018 Jun;50(6):368–76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.011>
45. Machado S, Wiedmeyer M ling, Watt S, Servin AE, Goldenberg S. Determinants and Inequities in Sexual and Reproductive Health (SRH) Care Access Among Im/Migrant Women in Canada: Findings of a Comprehensive Review (2008–2018). *J Immigrant Minority Health*. 2022 Feb;24(1):256–99. doi: <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01184-w>
46. Corvino I, D'Andrea F. Équipe, community, traditional values, and reproductive rights. *Front Sociol*. 2023 Jan 10;7:1043241. doi: <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.1043241>
47. Sampson S, Oni F, Ayodeji O, Oluwatola T, Gab-deedam S, Adenipekun O, et al. Addressing barriers to accessing family planning services using mobile technology intervention among internally displaced persons in Abuja, Nigeria. *AJOG Global Reports*. 2023 Aug;3(3):100250. doi: <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100250>
48. Castaner MM, Slagstad C, Damm Nielsen S, Skovdal M. Tactics employed by healthcare providers in the humanitarian sector to meet the sexual and reproductive healthcare needs of undocumented migrant women in Denmark: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2022 Dec;34:100785. doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100785>
49. Bourgois P, Holmes SM, Sue K, Quesada J. Structural vulnerability: operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *Acad Med*. 2017;92(3):299–307. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001294>

50. Debelo, B., Callander, D., Gunaratnam, P., Bateson, D., & Carter, A. (2026). Socio-ecological Analysis of Access To Sexual and Reproductive Health Services among Migrant and Refugee Women in high-income Countries: A Systematic Review. *Sexuality Research and Social Policy*. doi: <https://doi.org/10.1007/s13178-026-01291-z>
51. Stirling-Cameron, E., Almukhaini, S., Dol, J., DuPlessis, B. J., Stone, K., Aston, M., & Goldenberg, S. M. (2024). Access and use of sexual and reproductive health services among asylum-seeking and refugee women in high-income countries: A scoping review. *PLOS ONE*, 19. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312746>
52. Obach, A., Blukacz, A., Sadler, M., Calderón, A. C., Cabieses, B., & Díaz, C. (2024). Barriers and facilitators to access sexual and reproductive health services among young migrants in Tarapacá, Chile: a qualitative study. *BMC Public Health*, 24. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17884-5>
53. Maheen, H., Chalmers, K., Khaw, S., & McMichael, C. (2021). Sexual and reproductive health service utilisation of adolescents and young people from migrant and refugee backgrounds in high-income settings: a qualitative evidence synthesis (QES).. *Sexual health*. doi: <https://doi.org/10.1071/sh20112>
54. Granero-Molina, J., Gómez-Vinuesa, A. S., Granero-Heredia, G., Fernández-Férez, A., Ruíz-Fernández, M. D., Fernández-Medina, I. M., & Jiménez-Lasserrotte, M. (2023). Sexual and Reproductive Health Care for Irregular Migrant Women: A Meta-Synthesis of Qualitative Data. *Healthcare*, 11. <https://doi.org/10.3390/healthcare11111659>

Conflitos de interesse: No
Submissão: 2025/25/08
Revisão: 2026/14/02
Aceite: 2026/09/08
Publicação: 2026/26/09

Editor Chefe ou Científico: José Wicto Pereira Borges
Editor Associado: Dayze Djanira Furtado de Galiza

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.