

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
EM REGIÃO DE FRONTEIRA – MESTRADO**

ELISÂNGELA SANCHES PERANDRÉ SANTOS

**Saúde da mulher migrante internacional universitária: comportamentos de cuidados e o
acesso na atenção primária**

**FOZ DO IGUAÇU
2025**

ELISÂNGELA SANCHES PERANDRÉ SANTOS

Saúde da mulher migrante internacional universitária: comportamentos de cuidados e o acesso na atenção primária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira – Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADOR: Dr. Helder Ferreira

COORIENTADOR: Dr^a. Rosane Meire Munhak da Silva

**FOZ DO IGUAÇU
2025**

Sanches Perandré Santos, Elisângela
Saúde da mulher migrante internacional universitária:
comportamentos de cuidados e o acesso na atenção primária. /
Elisângela Sanches Perandré Santos; orientador Helder
Ferreira; coorientadora Rosane Meire Munhak da Silva. -- Foz
do Iguaçu, 2025.
112 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu)
-- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira,
2025.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Mulher. 3.
Migração Internacional. 4. Comportamentos Relacionados com a
Saúde. I. Ferreira, Helder, orient. II. Meire Munhak da
Silva, Rosane, coorient. III. Título.

SANTOS, E.S.P. **Saúde da mulher migrante internacional universitária: comportamentos de cuidados e o acesso na atenção primária**. 112 folhas. Dissertação de Mestrado em saúde Pública em Região de Fronteira - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Dr. Helder Ferreira. Coorientadora: Dr^a. Rosane Meire Munhak da Silva. Foz do Iguaçu, 2025. ELISÂNGELA SANCHES PERANDRÉ SANTOS

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente

HELDER FERREIRA

Data: 01/07/2025 15:07:41-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Helder Ferreira Universidade
Estadual do Oeste do Paraná –
UNIOESTE



Documento assinado digitalmente

LUCIANA APARECIDA FABRIZ

Data: 30/06/2025 13:18:42-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr^a. Luciana Aparecida Fabriz
Universidade Estadual do Oeste do Paraná –
UNIOESTE



Documento assinado digitalmente

GLADYS AMELIA VELEZ BENITO

Data: 30/06/2025 13:43:13-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr^a. Gladys Amelia Velez Benito Universidade
Federal da Integração Latino Americana -
UNILA

DEDICATÓRIA

Ofereço esta conquista a Deus, fonte eterna de sabedoria, coragem e inspiração. É com imensa gratidão que reconheço sua presença em cada passo desta caminhada, me fez encontrar apoio nas incertezas, calma nos momentos desafiadores e direção quando tudo parecia incerto. Sem seu amparo constante, esta trajetória não teria sido possível.

Com imenso carinho e reconhecimento, ao meu esposo Regimar, pela serenidade, paciência incansável e apoio incondicional em todos os momentos. A sua resiliência foi essencial para que eu pudesse perseverar e alcançar esta conquista.

Aos meus filhos, Anaísa e Bernardo, que são minha razão de viver e maior fonte de inspiração.

Obrigada pela compreensão em minhas ausências, o carinho e força silenciosa foram fundamentais para que eu pudesse seguir em frente com confiança e propósito.

Dedico à minha mãe, exemplo de coragem e amor incondicional, agradeço por ser alicerce firme em todos os momentos da minha vida, és a MULHER mais forte que eu já conheci!

Ao professor Dr. Helder, meu orientador, e à minha coorientadora, Dr^a Rosane, expresso meu sincero agradecimento pela orientação cuidadosa e assertiva, pela generosidade na partilha de saberes e pelo incentivo constante que tanto enriqueceram este percurso acadêmico.

Manifesto também a minha gratidão aos demais docentes que, com dedicação, sensibilidade e compromisso, contribuíram de forma significativa para a minha formação e para o amadurecimento deste trabalho. Ressalto que este percurso me fez crescer enquanto profissional de enfermagem, fortalecendo a minha prática com mais consciência, segurança e empatia.

À Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), pela concessão do afastamento necessário e pela autorização para o desenvolvimento desta pesquisa, agradeço pela confiança depositada em mim e pelo compromisso com a produção de conhecimento. Estendo meu agradecimento especial aos colegas do Departamento de Atendimento à Saúde do Estudante (DEAS), pela colaboração, apoio cotidiano e pelo trabalho coletivo que inspira e fortalece a atenção à saúde no contexto universitário.

Aos colegas do mestrado, companheiros de jornada, agradeço pela partilha de experiências, pelo diálogo construtivo, pelo apoio mútuo e pelas amizades que floresceram ao longo desta etapa tão significativa da minha vida.

A cada pessoa que, de alguma forma, contribuiu para esta realização, deixo o meu sincero agradecimento.

SANTOS, E.S.P. **Saúde da mulher migrante internacional universitária: comportamentos de cuidados e o acesso na atenção primária**. 112 folhas. Dissertação de Mestrado em saúde Pública em Região de Fronteira - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Dr. Helder Ferreira. Coorientadora: Dr^a. Rosane Meire Munhak da Silva. Foz do Iguaçu, 2025. ELISÂNGELA SANCHES PERANDRÉ SANTOS.

RESUMO

O fenômeno migratório, reconhecido como um direito humano, ultrapassa o deslocamento geográfico por envolver também a travessia de fronteiras culturais e simbólicas. Esse processo impõe às pessoas migrantes a reconstrução de expectativas e significados sobre si e sobre o mundo. Portanto, compreender os movimentos migratórios demanda uma abordagem interseccional, que considere simultaneamente fatores culturais, étnicos, econômicos, históricos e sociais que influenciam a vivência e a inserção em novos contextos. A relação entre migração e saúde revela-se complexa, atravessada por desigualdades estruturais e obstáculos ao acesso a direitos sociais fundamentais, como trabalho, moradia, educação e saúde. No cenário brasileiro, o Sistema Único de Saúde reconhece a influência dos determinantes sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, sobre o modo como diferentes grupos acessam e vivenciam o cuidado em saúde. Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de um estudo de método misto paralelo convergente, com o objetivo de compreender as relações entre os comportamentos de cuidado em saúde de mulheres migrantes internacionais universitárias e o acesso à atenção primária à saúde em um município brasileiro de fronteira. O estudo foi realizado em Foz do Iguaçu, cidade situada na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, e combinou dados quantitativos, com 135 inquéritos, e qualitativos, com 19 entrevistas com mulheres migrantes vinculadas a uma universidade pública. Os dados quantitativos revelaram lacunas importantes no cuidado preventivo à saúde: 47,5% das entrevistadas relataram não realizar o exame preventivo do câncer do colo do útero, e 48,9% não se submeteram a testagens rápidas para infecções sexualmente transmissíveis. A barreira linguística foi apontada por 59,3% como um dos principais entraves para acessar os serviços de saúde. Outros obstáculos incluíram horários incompatíveis das unidades (57,4%) e dificuldades para agendar consultas de rotina (70,4%). Os resultados qualitativos complementaram essas evidências ao mostrar que, embora as participantes reconheçam avanços no sistema de saúde brasileiro em comparação com seus países de origem, ainda enfrentam barreiras linguísticas, desinformação sobre direitos, ausência de acolhimento culturalmente sensível e longos tempos de espera. Observou-se que o cuidado em saúde foi influenciado por aspectos simbólicos e culturais, nos quais coexistem práticas tradicionais, como o uso de chás e plantas medicinais, com estratégias contemporâneas, como atividades físicas e psicoterapia. A saúde sexual e reprodutiva destacou-se como uma área crítica, marcada por desinformação, tabus e desconhecimento sobre os serviços disponíveis. Isso evidencia a necessidade de ações em saúde que considerem as dimensões culturais, acadêmicas e existenciais das experiências migratórias. Nesse contexto, fortalecer redes de atenção sensíveis à interculturalidade, à juventude e à mobilidade humana é fundamental, assim como investir em estratégias intersetoriais, formação continuada das equipes e políticas públicas comprometidas com a equidade e a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Migração Internacional; Assistência à Saúde Comportamentos Relacionados com a Saúde; Interacionismo Simbólico.

SANTOS, E.S.P. **Health of International Migrant University Women:** care behaviors and access to primary health care. 112 pages. Master's Dissertation in Public Health in Border Regions – State University of Western Paraná. Advisor: Dr. Helder Ferreira. Co-advisor: Dr. Rosane Meire Munhak da Silva. Foz do Iguaçu, 2025. Foz do Iguaçu, 2025. ELISÂNGELA SANCHES PERANDRÉ SANTOS.

ABSTRACT

The migratory phenomenon, recognized as a human right, goes beyond geographical displacement by also involving the crossing of cultural and symbolic boundaries. This process requires migrants to reconstruct expectations and meanings about themselves and the world. Therefore, understanding migratory movements demands an intersectional approach that simultaneously considers cultural, ethnic, economic, historical, and social factors that influence the experience and integration into new contexts. The relationship between migration and health is complex, shaped by structural inequalities and obstacles to accessing fundamental social rights such as employment, housing, education, and healthcare. In the Brazilian context, the Unified Health System (SUS) acknowledges the influence of social, economic, cultural, ethnic-racial, psychological, and behavioral determinants on how different groups access and experience health care.

This research was developed through a parallel convergent mixed-methods study aiming to understand the relationship between health care behaviors of international migrant university women and their access to primary health care in a Brazilian border city. The study was conducted in Foz do Iguaçu, a city located at the tri-border area between Brazil, Paraguay, and Argentina. It combined quantitative data, gathered through 135 surveys, and qualitative data, collected via 19 interviews with migrant women affiliated with a public university.

The quantitative findings revealed significant gaps in preventive health care: 47.5% of participants reported not undergoing cervical cancer screening, and 48.9% had not taken rapid tests for sexually transmitted infections. Language barriers were cited by 59.3% as a major obstacle to accessing health services. Other reported barriers included incompatible operating hours of health units (57.4%) and difficulties in scheduling routine appointments (70.4%). The qualitative findings complemented these results, showing that although participants acknowledged improvements in the Brazilian health system compared to their countries of origin, they still faced language barriers, lack of information about their rights, absence of culturally sensitive care, and long waiting times.

Health care practices were influenced by symbolic and cultural factors, where traditional practices-such as the use of teas and medicinal plants-coexisted with contemporary strategies like physical activity and psychotherapy. Sexual and reproductive health emerged as a critical area, marked by misinformation, taboos, and a lack of awareness about available services. These findings highlight the need for health initiatives that consider the cultural, academic, and existential dimensions of migratory experiences. In this context, strengthening health networks that are sensitive to interculturality, youth, and human mobility is essential, along with investing in intersectoral strategies, continuous training of health teams, and public policies committed to equity and comprehensive care.

Keywords: Primary Health Care; Women's Health; International Migration; Health Care; Health-Related Behaviors; Symbolic Interactionism.

SANTOS, E.S.P. **Salud de mujeres universitarias migrantes internacionales: conductas de cuidado y acceso a atención primaria.** 112 hojas. Disertación de Maestría en Salud Pública en la Región Fronteriza – Universidad Estadual del Oeste de Paraná. Supervisor: Dr. Helder Ferreira. Coasesora: Dra. Rosane Meire Munhak da Silva. Iguazú, 2025. **ELISÂNGELA SANCHES PERANDRÉ SANTOS.**

RESUMEN

El fenómeno migratorio, reconocido como un derecho humano, va más allá del desplazamiento geográfico pues implica también el cruce de fronteras culturales y simbólicas. Este proceso obliga a los migrantes a reconstruir expectativas y significados sobre sí mismos y el mundo. Por tanto, comprender los movimientos migratorios demanda un enfoque interseccional, que considere simultáneamente factores culturales, étnicos, económicos, históricos y sociales que influyen en la experiencia e inserción en nuevos contextos. La relación entre migración y salud es compleja, marcada por desigualdades estructurales y obstáculos para el acceso a derechos sociales fundamentales, como el trabajo, la vivienda, la educación y la salud. En el escenario brasileño, el Sistema Único de Salud reconoce la influencia de determinantes sociales, económicos, culturales, étnico-raciales, psicológicos y comportamentales en la forma como los diferentes grupos acceden y experimentan la atención de salud. Esta investigación se desarrolló a partir de un estudio mixto convergente paralelo, con el objetivo de comprender las relaciones entre los comportamientos de atención de salud de mujeres universitarias migrantes internacionales y el acceso a la atención primaria de salud en un municipio fronterizo brasileño. El estudio se realizó en Foz do Iguaçu, ciudad situada en la triple frontera entre Brasil, Paraguay y Argentina, y combinó datos cuantitativos, con 135 encuestas, y cualitativos, con 19 entrevistas a mujeres migrantes vinculadas a una universidad pública. Los datos cuantitativos revelaron importantes lagunas en la atención sanitaria preventiva: el 47,5% de los encuestados declaró no haberse sometido a pruebas preventivas de detección del cáncer de cuello uterino y el 48,9% no se había sometido a pruebas rápidas para detectar infecciones de transmisión sexual. La barrera del idioma fue señalada por el 59,3% como uno de los principales obstáculos para acceder a los servicios de salud. Otros obstáculos incluyeron horarios de unidad incompatibles (57,4%) y dificultades para programar citas de rutina (70,4%). Los hallazgos cualitativos complementaron esta evidencia al mostrar que, aunque los participantes reconocen avances en el sistema de salud brasileño en comparación con sus países de origen, todavía enfrentan barreras lingüísticas, desinformación sobre derechos, falta de apoyo culturalmente sensible y largos tiempos de espera. Se observó que la atención a la salud fue influenciada por factores simbólicos y culturales, en el que coexisten prácticas tradicionales, como el uso de tés y plantas medicinales, con estrategias contemporáneas, como la actividad física y la psicoterapia. La salud sexual y reproductiva se destacó como un área crítica, marcada por la desinformación, los tabúes y la falta de conocimiento sobre los servicios disponibles. Esto pone de relieve la necesidad de acciones de salud que consideren las dimensiones culturales, académicas y existenciales de las experiencias migratorias. En este contexto, es fundamental fortalecer redes de cuidados sensibles a la interculturalidad, las juventudes y la movilidad humana, invertir en estrategias intersectoriales, formación permanente de equipos y políticas públicas comprometidas con la equidad y la integralidad de la atención.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Salud de la mujer; Migración internacional; Atención de salud: comportamientos relacionados con la salud; Interaccionismo simbólico.

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS - Atenção Primária à Saúde

CCU - Câncer de colo de útero

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV - Humano Papiloma Vírus

IS - Interacionismo Simbólico

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LC - Linha de Cuidado

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1– Integração dos dados: fragilidades e fortalezas no cuidado na Atenção Primária – Foz do Iguaçu, 2025	40
Figura 1 – Interacionismo Simbólico de mulheres migrante universitárias, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2025	63
Figura 2 – Comportamentos de cuidados da mulher migrante universitária em região de fronteira. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2025	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características relacionadas ao acesso à saúde de mulheres migrantes internacionais em município brasileiro de fronteira, Foz do Iguaçu, 2024.....	43
Tabela 2. Características da procura e continuidade dos serviços da atenção primária de mulheres migrantes internacionais, Foz do Iguaçu, 2024.....	45
Tabela 3. Atendimentos realizados por mulheres migrantes internacionais na Atenção Primária à Saúde, Foz do Iguaçu, 2024	47
Tabela 4. Experiências da mulher migrante internacional com os serviços de Atenção Primária à Saúde, Foz do Iguaçu, 2024.....	49

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivo específico	18
3. REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 Atenção Primária à Saúde: conceito, evolução e princípios	20
3.2 Organização da atenção à saúde da mulher: linhas de cuidado e redes de serviços	22
3.3 Acesso à atenção primária à saúde por migrantes internacionais	24
3.4 Fronteira e Saúde	25
4. PERCURSO METODOLÓGICO	28
4.1 Tipo de estudo	28
4.2 Local do estudo	29
4.3 Participantes do estudo	30
4.4 Aspectos éticos	30
4.5 Trajetória de coleta de dados	31
4.5.1 Etapa Quantitativa	31
4.5.1.2 Amostragem	31
4.5.1.3 Processo de coleta de dados	31
4.5.1.4 Análise de dados quantitativos	31
4.5.2 Etapa Qualitativa	31
4.5.2.1 Coleta de dados qualitativos	32
4.5.2.2 Análise de dados	33
5. RESULTADOS	34
Artigo I	35
Artigo II	58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
7. REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO PESQUISA QUANTITATIVA	89
APÊNDICE II - CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA	94
APÊNDICE III - ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA PESQUISA QUALITATIVA	100
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	102
ANEXO II - TERMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO	104

ANEXO III - FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA	106
ANEXO IV - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	108
ANEXO IV - SUBMISSÃO ARTIGO I – Revista Saúde em Debate	111
ANEXO V - SUBMISSÃO ARTIGO II – Revista Gaúcha de Enfermagem	112

1. INTRODUÇÃO

O Brasil tem se consolidado como um destino cada vez mais procurado por migrantes, impulsionado por sua posição geográfica e fronteiras extensas com diversos países sul-americanos. Esse contexto favorece o acolhimento e a integração de populações em deslocamento, refletindo na diversidade crescente da sociedade brasileira (LOSCO; GEMMA, 2021).

Nesse panorama de mobilidade humana, a participação feminina nos fluxos migratórios merece atenção especial, uma vez que suas motivações e desafios diferem significativamente dos enfrentados pelos homens. Além da busca por melhores condições econômicas, muitas mulheres migram em razão do reencontro com familiares, do acesso à educação ou da tentativa de escapar de imposições socioculturais. No entanto, esse processo pode expô-las a riscos como violência, tráfico humano e exploração, evidenciando que a migração feminina ultrapassa a esfera financeira, exigindo uma abordagem mais ampla e sensível (PINTO *et al.*, 2020).

O acesso à saúde, nesse contexto, torna-se uma dimensão fundamental para a garantia de direitos e da dignidade humana. A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenha papel central na promoção do bem-estar e na prevenção de doenças, sendo orientada pelo princípio da universalidade. Contudo, barreiras linguísticas, burocráticas e culturais ainda dificultam o acesso efetivo da população migrante, comprometendo a continuidade do cuidado e suscitando questionamentos sobre a equidade e a efetividade da APS (ROCHA *et al.*, 2020).

A universalização do acesso aos serviços de saúde pressupõe a oferta de atendimento equitativo, independentemente de fatores socioeconômicos, gênero ou nacionalidade. No entanto, a forma como os indivíduos percebem e acessam esses serviços está intrinsecamente ligada à organização do sistema de saúde, ao nível de escolaridade, às condições socioeconômicas e às barreiras geográficas (DANTAS *et al.*, 2021).

A APS é estruturada para atender às necessidades de saúde das comunidades por meio de equipes multiprofissionais e um modelo assistencial que busca oferecer o cuidado integral, considerando as particularidades individuais e as especificidades territoriais (BRASIL, 2010). Dessa forma, a APS reconhece que a saúde é influenciada por determinantes sociais, econômicos e ambientais, que podem tanto ampliar quanto limitar as possibilidades de acesso aos serviços de saúde (MERHY *et al.*, 2020).

A realidade vivenciada em regiões de fronteira revela a complexidade de assegurar o acesso à saúde para a população migrante, considerando a ocorrência de desigualdades no

atendimento e possíveis práticas discriminatórias. As barreiras enfrentadas por essa população na busca e utilização dos serviços de saúde reforçam a necessidade de políticas públicas mais inclusivas e adaptadas às especificidades desses territórios (ALBAN *et al.*, 2024).

Dentre esses desafios, destacam-se as dificuldades linguísticas e culturais na relação entre profissionais de saúde e migrantes, que interferem negativamente na qualidade da assistência, dificultam a compreensão mútua e comprometem a continuidade do cuidado (ROCHA *et al.*, 2020). Em territórios de fronteira, essas dificuldades tendem a ser ainda mais intensas, refletindo a precariedade do acolhimento, a morosidade no atendimento e as lacunas no acesso aos serviços públicos (SOUZA *et al.*, 2021).

Para as mulheres migrantes jovens, sobretudo aquelas que atravessam fronteiras motivadas por projetos educacionais, as barreiras de acesso à APS se entrelaçam a desafios próprios de sua trajetória acadêmica, social e emocional. Muitas dessas mulheres chegam desacompanhadas de familiares ou redes de apoio, trazendo consigo sonhos, medos e expectativas. Inseridas em um contexto de deslocamento solitário, vivenciam sentimentos de vulnerabilidade, insegurança e isolamento, que afetam não apenas sua saúde emocional, mas também o vínculo com os serviços e a continuidade do cuidado, especialmente em questões sensíveis, como saúde sexual e reprodutiva (ADAMES; BORGES, 2023; QUADROS; ALMEIDA, 2022; ALMEIDA, 2024).

A participação limitada dessas mulheres em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças amplia sua exposição a agravos, elevando os riscos de morbimortalidade materna, gravidez não planejada e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). O acesso inadequado aos serviços reprodutivos e preventivos intensifica essas vulnerabilidades, reforçando a necessidade de implementar ações inclusivas e eficazes, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004).

A produção científica brasileira tem demonstrado que mulheres migrantes estão mais expostas à gravidez não planejada. Um estudo com mulheres venezuelanas em situação de migração apontou dificuldades no acesso a métodos contraceptivos e a ausência de planejamento reprodutivo adequado (BAHAMONDES *et al.*, 2020). Na região da tríplice fronteira, um estudo mostrou que as condições de vulnerabilidade social, associadas ao intenso fluxo migratório, constituem barreiras estruturais ao acesso a políticas de saúde e planejamento reprodutivo (PEDRO *et al.*, 2021).

No que tange às doenças transmissíveis, o processo migratório pode elevar o risco de infecção por HIV e outras IST (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Em 2020, o Brasil registrou 346.791 casos de HIV entre mulheres, consolidando essa condição como uma das

prioridades da saúde pública nacional. Ainda que o dado não se refira exclusivamente as mulheres migrantes, ele reforça a urgência de incluí-las nas estratégias de cuidado, em razão de suas condições vulneráveis (BRASIL, 2020).

Um estudo conduzido por Silva *et al.*, (2023), demonstrou uma prevalência de IST significativamente maior entre migrantes e refugiados em comparação com a população geral brasileira. Os autores também apontaram que o tempo de permanência no país pode agravar essas vulnerabilidades. Diante disso, os autores enfatizaram a importância de políticas públicas que garantam o acesso integral à saúde, por meio de programas de acolhimento e serviços adaptados para as especificidades socioculturais dos imigrantes e refugiados.

Outra condição de saúde relevante é o Câncer do Colo do Útero (CCU), uma das principais causas de morbimortalidade entre mulheres no mundo e o terceiro câncer mais prevalente entre mulheres no Brasil (OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA, 2024). Estima-se a ocorrência de 17.010 novos casos por ano no triênio 2023–2025, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA). A principal causa do CCU é a infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV), de transmissão sexual. Embora muitas infecções pelo HPV sejam transitórias, algumas evoluem para lesões precursoras que, sem tratamento, podem progredir para câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a). Os tipos 16 e 18 do HPV são responsáveis por cerca de 70% dos casos de CCU e também estão associados a outros cânceres, como os de ânus, vulva, vagina, pênis e orofaringe (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b).

As estratégias de prevenção do CCU incluem a vacinação contra o HPV, o rastreamento periódico de lesões precursoras e o tratamento precoce. No Brasil, o exame preventivo é recomendado para mulheres de 25 a 64 anos, com periodicidade anual, podendo ser espaçado para três anos após dois resultados normais consecutivos (BRASIL, 2013). Essas medidas são essenciais para reduzir a incidência e a mortalidade pelo CCU, destacando a importância da detecção precoce como pilar da saúde pública.

Portanto, é fundamental desenvolver estratégias que incentivem a adesão e o acesso ao exame preventivo, considerando as barreiras percebidas pelas mulheres e a gravidade do CCU (MABOTJA; LEVIN; KAWONGA, 2021). Desse modo, investigar e buscar compreender as percepções e comportamentos de cuidados de saúde de mulheres migrantes universitárias em região de fronteira internacional, considerando o acesso e o cuidado em saúde, torna-se relevante, visto a necessidade de identificar fragilidades e provocar debates neste âmbito, tornando possível propor estratégias para melhorar o cuidado em saúde dessa população.

A operacionalidade dos serviços de saúde para o atendimento à mulher migrante é desafiadora, por considerar suas necessidades de cuidados para promover saúde e prevenir

agravos. Diante dessas premissas surgiram as seguintes questões de pesquisa: Como acontece o acesso ao cuidado à saúde da mulher migrante internacional universitária em município brasileiro de fronteira, com o foco na atenção primária? Quais suas percepções e comportamentos de cuidados para com sua saúde?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a relação dos comportamentos de cuidados da mulher migrante internacional universitária e o acesso à atenção primária à saúde em município brasileiro de fronteira.

2.2 Objetivos Específicos

Analisar o cuidado à saúde da mulher migrante universitária no contexto do acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação na atenção primária à saúde;

Apreender o comportamento e a percepção da mulher migrante internacional universitária sobre a necessidade de cuidados com sua saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão abordará o conceito da APS no Brasil, destacando seu papel essencial na promoção do bem-estar e no cuidado integral da população. Para isso, serão considerados os atributos essenciais da APS, propostos por Barbara Starfield (2002), que buscam garantir a qualidade e a efetividade desse nível de atenção. A garantia desse direito é especialmente relevante para grupos em situação de vulnerabilidade, sobretudo os migrantes, que enfrentam desafios adicionais para o acesso aos serviços de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que a saúde é um direito universal e ressalta que esse direito deve ser assegurado a todos, independentemente da situação migratória (OMS, 2006). No Brasil, essa premissa foi incorporada pela Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo nº 196, estabelece que, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 118).

No que se refere aos direitos da população migrante, o Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 6.815/1980) foi um marco ao garantir a igualdade de direitos entre nacionais e estrangeiros, incluindo o acesso ao SUS (SOUZA *et al.*, 2021). Posteriormente, a Nova Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) substituiu o Estatuto do Estrangeiro, adotando uma abordagem mais humanitária e inclusiva. Essa legislação está alinhada aos princípios dos Direitos Humanos e da Constituição Federal, sendo fundamentada em valores como fraternidade, solidariedade e combate à xenofobia (BRASIL, 2020; MENDES, 2020).

Ao longo do século XX, o Brasil passou por profundas transformações sociais e econômicas, impulsionadas pela urbanização e industrialização, que alteraram significativamente o perfil demográfico e epidemiológico do país. No entanto, apesar desses avanços, na década de 1980, os indicadores de saúde ainda não atendiam às necessidades da população. Esse cenário evidenciou a urgência de políticas públicas mais inclusivas, resultando na criação do SUS pela Constituição de 1988 (ANDRADE *et al.*, 2015).

O SUS, instituído pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, baseia-se nos princípios de universalidade, equidade e atenção integral, oferecendo serviços desde a atenção primária até os níveis secundário e terciário (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Para garantir sua efetividade, a Constituição Federal, em seu artigo nº 198, estabelece que os serviços de saúde devem ser organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, seguindo diretrizes como descentralização, integralidade no atendimento e participação social. Nesse modelo, cada esfera de governo – federal, estadual e municipal, assume a gestão dos serviços de saúde, promovendo

a colaboração entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais (BRASIL, 1988).

A estruturação da APS no Brasil também foi influenciada por diretrizes internacionais. A Declaração de Alma-Ata, proclamada em 1978, representou um marco ao defender a APS como o eixo central de sistemas de saúde eficientes e equitativos. O documento estabeleceu diretrizes fundamentais que continuam a nortear os sistemas contemporâneos, reforçando a importância da ampliação do acesso e da participação ativa da população no planejamento e gestão dos serviços de saúde (OMS, 1978; CONASS, 2015a).

3.1 Atenção Primária à Saúde: conceito, evolução e princípios

A APS surgiu como conceito em 1920, na Inglaterra, por meio do Relatório Dawson, que estruturou o sistema de saúde em diferentes níveis de atendimento e definiu seus papéis e interações (CONASS, 2015b). A APS representa o primeiro nível de atenção no SUS, oferecendo um conjunto de ações que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Seu objetivo central é proporcionar um cuidado integral, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população (ARAÚJO *et al.*, 2017).

A APS no Brasil ganhou força na década de 1990 com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa mudança reorientou o modelo assistencial, deslocando o foco da doença para uma abordagem integral do cuidado, considerando o contexto de vida dos indivíduos e suas famílias (MENDES, 2019). Com a institucionalização da ESF como principal estratégia de reorganização da atenção básica, a gestão descentralizada possibilitou a atuação de equipes multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo atendimento contínuo, humanizado e orientado à promoção da saúde nos territórios definidos (BRASIL, 2012).

Em 2006, a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) consolidou a ESF como a principal diretriz organizadora da atenção básica no SUS. Construída de forma participativa, a PNAB reforçou o papel da APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e eixo central da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Seus princípios incluem universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

A APS é reconhecida como uma estratégia essencial para a organização eficiente dos sistemas de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2019). Quando bem estruturada, permite atender à

maioria das demandas de uma comunidade, garantindo acesso ágil, qualificado e contínuo aos serviços, além de evitar procedimentos desnecessários por meio do uso adequado de tecnologias (STARFIELD, 2002; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). No entanto, em muitos países, observa-se um distanciamento dos princípios da APS, resultando em serviços de baixa resolutividade e na exclusão de parte da população devido a modelos padronizados e pouco adaptáveis às necessidades locais (BITTON *et al.*, 2017; BRASIL, 2017; BRANDÃO, 2019).

No Brasil, embora a APS seja central no SUS, persistem desafios como a coexistência de modelos focalizados e seletivos, o que gera fragmentação dos cuidados (CONNILL, 2007; FACCHINI; TOMASI; THUMÉ, 2021). A organização da APS no país segue princípios do SUS e se fundamenta na territorialização, garantindo ações alinhadas às necessidades locais (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Além disso, a organização da APS fundamenta-se nos atributos essenciais definidos por Starfield (2002), os quais qualificam os serviços e orientam sua atuação. O acesso de primeiro contato refere-se à disponibilidade e à utilização dos serviços de APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, sendo o primeiro recurso procurado frente a novos problemas ou episódios de saúde, com exceção das situações de urgência e emergência.

A longitudinalidade diz respeito à continuidade do cuidado ao longo do tempo, promovendo o estabelecimento de vínculos entre os usuários e os profissionais, o que fortalece a relação terapêutica e contribui para um acompanhamento mais eficaz. Já a integralidade compreende a oferta de um conjunto abrangente de ações que contemplam as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, levando em consideração os aspectos biopsicossociais dos sujeitos. Quando necessário, esse atributo também envolve o encaminhamento para outros níveis de atenção (Starfield, 2002).

A coordenação do cuidado constitui-se como um aspecto central da APS, ao assegurar a continuidade da atenção por meio da integração entre os diferentes serviços e níveis do sistema de saúde. Isso pode ocorrer tanto por meio do acompanhamento contínuo por um mesmo profissional, quanto pela manutenção de prontuários clínicos e articulação entre os pontos de atenção (Starfield, 2002).

Além dos atributos essenciais, a autora também propõe três atributos derivados que ampliam a efetividade da APS: a orientação familiar, que considera o núcleo familiar como parte integrante do cuidado, avaliando tanto seu potencial de apoio quanto os fatores que podem representar riscos à saúde; a orientação comunitária, que pressupõe a construção de vínculos com a comunidade, promovendo sua participação ativa no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde; e a competência cultural, que se refere à capacidade dos serviços de saúde em

reconhecer e acolher as especificidades culturais dos usuários, considerando valores, práticas e tradições que influenciam os processos de adoecimento e cuidado (Starfield, 2002).

A presença desses atributos é determinante para a qualidade e efetividade da APS. No Brasil, a disparidade na qualidade dos serviços está frequentemente associada à ausência de um ou mais desses elementos (MENDES, 2019). A qualificação da assistência em APS tem se consolidado como uma prioridade tanto no campo político quanto no social, impulsionando melhorias estruturais e diretrizes que permitem avaliar a efetividade dos serviços prestados. A mensuração da qualidade dos serviços tem sido aprimorada por meio de indicadores e avaliações que garantem um atendimento mais acessível e alinhado às necessidades da população (COSTA *et al.*, 2020).

Apesar dos avanços na organização da APS no Brasil, o acesso equitativo aos serviços de saúde ainda enfrenta obstáculos. Fatores como desigualdades sociais, desafios organizacionais e especificidades biológicas de determinados grupos comprometem a efetividade da atenção primária. Nesse cenário, o fortalecimento do empoderamento comunitário torna-se fundamental, pois influencia diretamente a morbimortalidade e a qualidade de vida dos usuários do SUS (SOUZA, 2019; FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020).

3.2 Organização da atenção à saúde da mulher: linhas de cuidado e redes de serviços

A organização da atenção à saúde da mulher no Brasil encontra respaldo na PNAISM, instituída em 2004, a qual representa um marco no redirecionamento das ações voltadas à saúde feminina. Essa política promoveu a superação da visão restrita centrada na saúde materno-infantil, ao incorporar a perspectiva da integralidade, considerando as distintas fases do ciclo de vida, os determinantes sociais da saúde e as necessidades específicas de grupos em situação de vulnerabilidade (SOUTO; MOREIRA, 2021).

No âmbito do cuidado em saúde, as Linhas de Cuidado (LC) configuram-se como diretrizes técnico-operacionais que organizam a oferta de serviços nos distintos níveis do sistema de saúde, com o propósito de assegurar a continuidade, a resolutividade e a integralidade da atenção. As LC delineiam os fluxos assistenciais e os papéis institucionais, contribuindo para a qualificação do cuidado por meio da padronização de condutas, do fortalecimento do trabalho colaborativo e da articulação interprofissional entre equipes e serviços (BRASIL, 2018; BRASIL, 2021).

Nesse sentido, as LC são instrumentos estratégicos de coordenação e integração da RAS, cuja efetividade depende do engajamento de gestores e profissionais na consolidação de práticas que garantam o acesso e o acompanhamento contínuo da população nos territórios. Na atenção à

saúde da mulher, a LC orientada pela PNAISM permite a articulação entre os diversos pontos da rede, contemplando desde ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce, até cuidados específicos como o pré-natal, parto e puerpério, saúde sexual e reprodutiva, climatério e rastreamento de agravos prioritários, como o CCU e câncer de mama (BRASIL, 2020).

A APS assume, nesse processo, um papel central na oferta de ações de cuidado que vão além da assistência médico-clínica. Inclui o acesso a métodos contraceptivos, educação em saúde, testes rápidos para IST, manejo de condições ginecológicas, apoio à amamentação e enfrentamento da violência de gênero (BRASIL, 2020). No campo da saúde sexual e reprodutiva, observa-se uma ampliação do enfoque, passando da prevenção de gravidez indesejada e IST para uma abordagem mais abrangente, centrada no bem-estar, nos direitos humanos, na equidade de gênero e no empoderamento das mulheres (PONTES *et al.*, 2023).

Entretanto, a implementação das LC enfrenta desafios significativos quando se trata do acesso de mulheres em contextos de vulnerabilidade, como aquelas em situação de rua, migrantes e refugiadas, adolescentes, lésbicas e bissexuais, pessoas vivendo com HIV/AIDS, mulheres privadas de liberdade e pessoas trans. Essas populações lidam com barreiras que vão além da infraestrutura dos serviços, como a discriminação institucional, a falta de informação acessível, a insegurança social e a ausência de políticas sensíveis às suas especificidades, comprometendo a continuidade e a dignidade do cuidado (SANTOS *et al.*, 2021).

Conforme destacado por Gomes (2011), ainda persistem obstáculos significativos para garantir uma atenção integral à saúde das mulheres, sobretudo devido à predominância de abordagens biomédicas reducionistas, à ausência de uma leitura contextualizada das mulheres nas relações de gênero, à hegemonia de uma lógica heteronormativa e às barreiras estruturais que dificultam o acesso aos serviços.

Desse modo, a operacionalização das LC exige não apenas a normatização de fluxos assistenciais, mas também o desenvolvimento de estratégias que incorporem a perspectiva interseccional e ampliem o alcance das políticas públicas (SANTOS *et al.*, 2021). O fortalecimento das redes de serviços, a capacitação das equipes de saúde para o atendimento humanizado e inclusivo e a valorização da participação social são condições indispensáveis para garantir um cuidado integral e equitativo à saúde da mulher, especialmente em contextos de fronteira e migração.

Diante desse cenário, a análise do acesso de mulheres migrantes universitárias à APS nas regiões de fronteira permite problematizar até que ponto essas diretrizes vêm sendo efetivamente incorporadas à prática cotidiana dos serviços.

3.3 Acesso à Atenção Primária à Saúde por migrantes internacionais

O termo migração refere-se a um processo complexo, que vai muito além de simplesmente mudar de um lugar para outro (CAMPOS; PINHEIRO; CARVALHO, 2022), embora a palavra tenha origem no latim *migrare*, que significa deslocar-se, a migração envolve uma jornada de desafios e transformações. Para os migrantes, essa experiência pode representar tanto perdas quanto recomeços, trazendo consigo rupturas, incertezas e novas possibilidades. O impacto dessa jornada varia de pessoa para pessoa, dependendo do suporte emocional e social que recebem, da receptividade da nova sociedade e das políticas de acolhimento do país de destino (VENTURA, 2018).

Historicamente, a migração tem ocorrido tanto de forma voluntária quanto forçada. Enquanto alguns migrantes buscam melhores condições de vida e maior autonomia, outros são forçados a deixar seus países devido a conflitos, crises econômicas ou violação de direitos humanos (SANTOS; HANASHIRO, 2021). No Brasil, a migração continua sendo um tema sensível, frequentemente associado a estereótipos negativos que dificultam a integração dos migrantes e perpetuam barreiras sociais, econômicas e institucionais (WERMUTH, 2020).

Dentre os desafios enfrentados por essa população, o acesso à saúde destaca-se como uma das principais questões. Os fluxos migratórios devem ser analisados não apenas do ponto de vista geopolítico e econômico, mas também considerando as condições de saúde dos migrantes e as barreiras estruturais que dificultam o atendimento. Nos últimos anos, tem havido um crescente interesse na situação das mulheres migrantes, especialmente devido ao fenômeno da "feminização da imigração", que transformou as dinâmicas migratórias e intensificou as vulnerabilidades enfrentadas por esse grupo (BARRIENTOS *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Atualmente, cerca de 280 milhões de pessoas vivem como migrantes internacionais (OIM, 2022). Independentemente dos motivos da migração, essas pessoas buscam melhores oportunidades e condições de vida, incluindo acesso à educação e à saúde (BARRAL *et al.*, 2022). No contexto da saúde dos migrantes, a APS funciona como um espaço de acolhimento e promoção do bem-estar. No entanto, para garantir um atendimento equitativo e de qualidade, é essencial que a APS vá além do atendimento emergencial e implemente estratégias voltadas às necessidades específicas dessa população (FAQUETI; GRISOTTI; RISSON, 2020; LOSCO; GEMMA, 2021; OYARZO, 2022).

Além do acesso aos serviços, a efetividade do cuidado depende da criação de ambientes acolhedores que incentivem a participação ativa dos migrantes na construção de um sistema mais inclusivo e sensível às barreiras estruturais, culturais e linguísticas que dificultam sua interação com os serviços de saúde (ANTONIOLO *et al.*, 2021; ARAÚJO *et al.*, 2021). A

construção de um sistema de saúde verdadeiramente acessível e equitativo requer a promoção de espaços que respeitem as especificidades culturais e incentivem o protagonismo da comunidade migrante, conforme orienta a Política de Promoção da Saúde (FUNAYAMA; CYRINO; GARCIA, 2022).

No que diz respeito às mulheres migrantes, esses desafios são ainda mais acentuados. Além das barreiras linguísticas e burocráticas, elas enfrentam desigualdades sociais, discriminação e xenofobia, que dificultam o acesso a serviços essenciais, incluindo o planejamento familiar e o atendimento pré-natal adequado (ROZENDO; GIACOMOZZI; VITALI, 2022). A desinformação e os estigmas negativos amplificados pelas redes sociais também impactam sua qualidade de vida, tornando necessárias políticas públicas que garantam um cuidado integral e humanizado (OSEI, *et al.*, 2024).

A relação entre migração e saúde é atravessada por fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a incidência e o agravamento de doenças. No SUS, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) orientam a compreensão dessas vulnerabilidades, destacando a necessidade de estratégias mais inclusivas e equitativas (FAQUETI; GRISOTTI; RISSON, 2020).

Além disso, a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural e as especificidades da população migrante é um fator determinante para a qualidade do atendimento. A falta de preparo e a desinformação sobre os direitos dos migrantes dentro do SUS são barreiras significativas que precisam ser superadas para que a APS cumpra seu papel de garantir um cuidado digno e universal (BRANDT; AREOSA; RODRIGUES, 2022).

A atenção à saúde da mulher migrante deve ser integral e contemplar todas as fases do seu ciclo de vida. O cuidado não pode se limitar à gestação e ao puerpério, mas deve incluir serviços de saúde reprodutiva e prevenção de doenças. Para isso, é fundamental que a APS ofereça um atendimento resolutivo e acessível, superando barreiras estruturais e promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2015). Garantir a saúde dos migrantes é um desafio que exige esforço conjunto entre profissionais, gestores e comunidades. A criação de políticas públicas inclusivas e a ampliação do acolhimento dentro da APS são passos essenciais para assegurar que essa população tenha acesso a um cuidado digno e de qualidade.

3.4 Fronteira e Saúde

A fronteira é um conceito que remete à separação, capaz de envolver divisões físicas ou abstratas e englobando territórios habitados ou não. Sua principal função é demarcar os limites entre Estados, estabelecendo distinções territoriais e reforçando identidades nacionais. No entanto, as fronteiras não são apenas linhas de divisão; elas também representam espaços

dinâmicos de encontros, trocas e interações, refletindo múltiplas realidades políticas, econômicas, socioculturais e ambientais. Nessas regiões estratégicas para a integração regional, a circulação de pessoas e bens é intensa, e as populações locais frequentemente criam redes de sociabilidade próprias, muitas vezes em resposta aos desafios impostos pelos controles estatais e barreiras institucionais (LIMA; TOSO, 2019; CARVALHO, 2022).

No Brasil, essa complexa dinâmica se manifesta ao longo da extensa faixa de fronteira, que se estende por 16.885,7 km e é compartilhada com 10 dos 12 países da América do Sul: Bolívia, Uruguai, Peru, Venezuela, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Argentina e Suriname, sendo Chile e Equador os únicos países sul-americanos sem fronteira terrestre com o Brasil. Essa faixa se divide em três grandes segmentos: o Arco Norte, que compreende Amapá, Pará, Amazonas, Roraima e Acre; o Arco Central, abrangendo Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; e o Arco Sul, formado por Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Essa divisão regional facilita a compreensão das dinâmicas fronteiriças, levando em conta as particularidades geográficas, econômicas e socioculturais de cada região.

Importante destacar que essa organização territorial impacta diretamente a oferta de serviços públicos e o acesso a direitos fundamentais, como a saúde (ALMEIDA, 2024). A fronteira brasileira abrange 11 unidades da federação e 588 municípios, dos quais 432 estão integralmente dentro da zona fronteira, enquanto 156 encontram-se parcialmente incluídos. Além disso, 29 municípios são classificados como cidades gêmeas, caracterizadas por interações transfronteiriças intensas. Essas cidades compartilham dinâmicas econômicas, culturais e sociais que afetam diretamente a mobilidade das populações e o acesso a serviços essenciais, como saúde e educação. Nessas localidades, os fluxos migratórios são constantes, e a busca por atendimento nos sistemas de saúde pode sobrecarregar os serviços locais, exigindo estratégias de gestão e políticas públicas adaptadas às particularidades desse território (ALMEIDA, 2024).

Mondardo e Staliano (2020), apontam que a oferta de serviços de saúde nas regiões de fronteira é desigual, resultando em um fluxo predominante de pacientes em direção ao Brasil, onde o sistema público de saúde segue os princípios da universalidade, integralidade e gratuidade. Quando as cidades fronteiriças possuem níveis semelhantes de desenvolvimento e oferta de serviços, observa-se um equilíbrio no atendimento, com usuários acessando serviços em ambos os lados da fronteira. No entanto, quando há disparidades significativas entre os países vizinhos, a demanda por serviços de saúde tende a se concentrar em um dos lados, podendo levar à sobrecarga do sistema. Além disso, em algumas regiões, as diferenças na disponibilidade de especialidades médicas e tratamentos específicos direcionam os fluxos de pacientes de acordo com as necessidades de cada população.

As fronteiras, por serem atravessadas por diferentes culturas, línguas e modos de vida, exigem uma abordagem diferenciada por parte da gestão pública. Dificuldades no acesso ao território, distâncias significativas em relação às capitais e o fluxo contínuo de pessoas entre dois ou mais países impactam diretamente a organização e a eficiência dos serviços de saúde. Entre os grupos mais afetados por essas barreiras estão as mulheres migrantes, que enfrentam desafios adicionais para acessar serviços de saúde, especialmente no que diz respeito ao cuidado materno-infantil, à saúde sexual e reprodutiva e ao enfrentamento da violência de gênero. Essas vulnerabilidades são amplificadas pelas desigualdades estruturais e pela falta de políticas específicas voltadas para essa população (ALMEIDA, 2024).

Além dos desafios no acesso à saúde, a configuração geográfica dessas regiões também influencia sua dinâmica socioeconômica e cultural. No caso da tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai, Foz do Iguaçu se destaca como um dos principais pontos de interação transfronteiriça do país. O município é o sétimo mais populoso do Estado do Paraná, com 285.415 habitantes (IBGE, 2022). A cidade faz parte da tríplice fronteira internacional entre Brasil, Argentina e Paraguai, que é um dos nove *trifinios* localizados no território brasileiro. O termo "*trifinio*", de origem latina, designa os pontos geográficos onde se encontram três fronteiras internacionais (AGULLO, 2017).

No mundo, há 159 *trifinios*, sendo 15 situados na América Latina. No Brasil, além da tríplice fronteira de Foz do Iguaçu (Brasil), Puerto Iguazú (Argentina) e Ciudad del Este (Paraguai), considerada a mais movimentada do país, existem outras oito regiões trifronteiriças: Brasil-Guiana Francesa-Suriname (AP), Brasil-Suriname-Guiana (PA), Brasil-Guiana-Venezuela (RR), Brasil-Venezuela-Colômbia (AM), Brasil-Colômbia-Peru (AM), Brasil-Peru-Bolívia (AC), Brasil-Bolívia-Paraguai (MS) e Brasil-Argentina-Uruguai (RS) (AGULLO, 2017).

Viver em território de fronteira internacional traz desafios para mulheres migrantes jovens, especialmente quando se trata de cuidar da própria saúde. A constante movimentação entre países, as diferenças de idioma, a insegurança em relação à documentação e a dificuldade em acessar direitos básicos tornam a busca por atendimento na APS ainda mais complexa. Essas barreiras não se apresentam de forma isolada, mas somam-se a fatores como gênero, idade, classe social e nacionalidade, que atravessam suas vidas e influenciam diretamente a forma como são acolhidas pelos serviços de saúde. Nessa ótica, a falta de articulação entre os serviços e a ausência de políticas públicas que reconheçam essas vivências e necessidades evidenciam a importância de construir estratégias mais acolhedoras e equitativas, que assegurem um cuidado integral e respeitoso à saúde das mulheres em contextos de fronteira (BRANDT; AREOSA; RODRIGUES, 2022).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de método misto, utilizando-se o modelo paralelo convergente. Essa abordagem permite uma exploração aprofundada das questões investigadas ao combinar técnicas de coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos. Além disso, promove a integração de múltiplas perspectivas epistemológicas e evita a associação rígida de paradigmas específicos a métodos qualitativos ou quantitativos (CRESWELL; CLARK, 2018).

Os estudos de métodos mistos emergiram na década de 1980, impulsionados pela necessidade de compreender fenômenos sociais complexos que não podiam ser completamente explicados apenas pela objetividade dos métodos quantitativos ou pela subjetividade dos qualitativos. Dessa forma, essa abordagem foi desenvolvida para ampliar a compreensão intersubjetiva dos fenômenos estudados, proporcionando uma visão mais holística do que cada método poderia oferecer isoladamente (MERTENS *et al.*, 2016; FETTERS, 2018).

Justifica-se a adoção de métodos mistos quando uma única fonte de dados se mostra insuficiente, quando há necessidade de esclarecer resultados preliminares ou de ampliar a generalização de dados exploratórios. Portanto, essa abordagem pode ser empregada para fortalecer o estudo com uma perspectiva complementar, aplicar um referencial teórico de maneira mais eficaz ou aprofundar a compreensão do fenômeno investigado em diferentes etapas da pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2013).

De acordo com Creswell e Clark (2013), uma pesquisa de métodos mistos envolve:

- Coleta e análise rigorosa de dados quantitativos e qualitativos, conforme as questões de pesquisa;
- Integração simultânea ou sequencial dos dados, garantindo complementaridade entre os achados;
- Definição da prioridade entre os dados quantitativos e qualitativos, de acordo com os objetivos da investigação;
- Aplicação dos procedimentos metodológicos em um único estudo ou em múltiplas fases de um programa de pesquisa;
- Organização do estudo com base em perspectivas filosóficas e referenciais teóricos;
- Estruturação dos processos metodológicos em projetos que orientam a condução da pesquisa.

As tipologias de métodos mistos são representadas por um sistema de notação, no qual os

elementos quantitativos (QUAN) e qualitativos (QUAL) são indicados por letras maiúsculas ou minúsculas, a depender da prioridade atribuída a cada um. O símbolo de adição (+) indica simultaneidade na coleta de dados, enquanto a seta (→) denota uma sequência entre os métodos. Em projetos mais complexos, setas duplas opostas (QUAL → ← QUAN) representam uma implementação cíclica entre os elementos e parênteses indicam a integração de um método dentro de outro, como em QUAN (qual). Já o uso de colchetes sinaliza que os métodos mistos fazem parte de um estudo inserido em uma série de investigações, como em QUAL → QUAN→ [QUAN + qual] (CRESWELL; CLARK, 2013; 2018).

Neste estudo, optou-se pela notação QUAN + QUAL, correspondente ao modelo paralelo convergente. Nesse desenho metodológico, os dados quantitativos e qualitativos são coletados e analisados de maneira independente, dentro de uma mesma fase do estudo. Posteriormente, os resultados de ambas as abordagens são integradas, permitindo identificar convergências, divergências, contradições ou relações entre os bancos de dados (CRESWELL; CLARK, 2013).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um município brasileiro de fronteira, escolhido por sua relevância no contexto da migração internacional e por concentrar um número significativo de mulheres migrantes universitárias. Essa localização proporciona um cenário singular para a investigação das barreiras e facilitadores no acesso à APS.

O estudo foi desenvolvido na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), que possui múltiplos campi no município de Foz do Iguaçu, Paraná: Itaipu Parquetec, Jardim Universitário (JU), Campus Integração (CI) e Unidade Edifício Rio Almada. Foz do Iguaçu está situada na região Sul do Brasil e faz fronteira com Puerto Iguazú, na Argentina, e Ciudad del Este, no Paraguai, compondo a Tríplice Fronteira.

A UNILA é uma instituição pública de ensino superior bilíngue (Português-Espanhol), criada em 2010, com a missão de promover o intercâmbio acadêmico e a cooperação solidária entre os países do Mercosul e demais nações da América Latina. Atualmente, a universidade oferece 29 cursos de graduação e 13 programas de pós-graduação em diversas áreas do conhecimento, com forte ênfase nos estudos latino-americanos e na promoção da diversidade linguística e cultural da região (UNILA, 2024).

Atualmente, a UNILA possui 3.595 estudantes ativos na graduação, dos quais 1.394 são internacionais. Dentre eles, 659 são mulheres migrantes, provenientes de diferentes países, incluindo Angola, Argentina, Benin, Bolívia, Chile, Colômbia, Cuba, El Salvador, Equador, Guiné-Bissau, Haiti, Honduras, Japão, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República

do Congo, República Dominicana e Venezuela (UNILA, SIGAA, 2024).

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo mulheres migrantes internacionais, com matrícula ativa na Instituição. Adotou-se como critério de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, de nacionalidade não brasileira, discentes de graduação da UNILA, com período de matrícula igual ou superior a 12 meses. Considerou-se um intervalo de 12 meses tendo em vista a mulher apresentar necessidade e requerer cuidados nos serviços de saúde brasileiro. Como critério de exclusão: mulheres que não utilizaram o SUS, ou que estavam afastadas por motivo de saúde.

As participantes da etapa quantitativa da pesquisa foram selecionadas a partir de uma planilha extraída do Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas (SIGAA), ferramenta utilizada para a administração acadêmica das estudantes. Esse sistema possibilita o acesso as informações essenciais sobre a matrícula e a situação acadêmica das discentes, o que viabiliza a identificação de mulheres migrantes internacionais universitárias que atenderam aos critérios de inclusão definidos para o estudo. A partir dos dados da planilha, iniciou-se o envio de *e-mails* institucionais para todas as estudantes listadas com uma carta convite para participar da pesquisa e com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na fase qualitativa, foram adotadas diferentes estratégias para recrutamento, incluindo abordagens presenciais nos campi, convites enviados por *e-mail* institucional e divulgação em grupos de *WhatsApp*. Além disso, o TCLE da etapa quantitativa apresentava um convite para a entrevista presencial com a pesquisadora principal, o que levou algumas discentes a manifestarem interesse em participar dessa etapa.

4.4 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), respeitando a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de n.º 466/2012, sendo aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 77188224.1.0000.0107 e pelo Parecer n.º 6.687.085 (Anexo IV).

Elaborou-se o TCLE (anexos I e II) para coleta das assinaturas das participantes em duas vias, sendo uma cópia entregue à participante e outra mantida junto a pesquisadora. Todos os registros foram anônimos, assegurando completo sigilo das 135 respostas do inquérito (etapa quantitativa). As participantes foram identificadas na etapa qualitativa de forma sequencial numérica, com a letra P e o número da entrevista, como P1 (Participante 1), P2 (Participante 2),

de forma numérica sequencial.

4.5 Trajetória de coleta de dados

4.5.1 Etapa Quantitativa

A pesquisa quantitativa permite determinar os indicadores e tendências presentes na realidade, ou seja, dados representativos e objetivos. O eixo central dessa metodologia é a materialização físico numérica no momento da explicação, não valorizando a subjetividade e a individualidade. Nesta abordagem, o interesse é no coletivo, naquilo que pode ser predominante como característica do grupo, não se interessando pelo singular, o individual, o diferenciado, ou seja, o pessoal (MUSSI, *et al.*, 2019).

4.5.1.2 Amostragem

A amostragem empregada foi a de conveniência, um método não probabilístico que se baseia na seleção de participantes que estão disponíveis e demonstram interesse em participar da pesquisa, dentro do período de coleta de dados estabelecido (GIL, 2008).

4.5.1.3 Processo de coleta de dados

De acordo com os objetivos geral e específicos do estudo, os pesquisadores elaboraram um questionário baseado nos atributos essenciais propostos por Barbara Starfield (STARFIELD, 2002). A coleta de dados ocorreu entre abril e agosto de 2024, com a participação de 135 mulheres, que responderam ao questionário composto de 38 perguntas, disposto no Apêndice I e II. As participantes foram convidadas por meio de um *link* na plataforma *Google Forms*®, após manifestarem concordância e assinarem digitalmente o TCLE em duas vias, disponibilizado em português e espanhol (Anexos I e II).

4.5.1.4 Análise de dados quantitativos

Os dados obtidos foram extraídos da plataforma e organizados em uma planilha do Microsoft Excel®. As informações foram tabuladas para realizar uma análise descritiva que identificasse tendências e padrões, sendo apresentadas em tabelas. Para a análise dos dados, foram aplicados o teste Qui-quadrado e o teste Exato de Fischer para verificar a associação, considerando um nível de significância de 95% (Kim, 2017)

4.5.2 Etapa Qualitativa

Nesta fase, desenvolveu-se uma pesquisa descritiva exploratória, de natureza qualitativa.

A pesquisa descritiva busca trazer para o diálogo o fenômeno e suas complexidades, com o objetivo de descrever características de determinada população ou fenômeno. A fase exploratória busca encontrar novos dados, informações e subsídios sobre o fenômeno, sendo que, o pesquisador busca familiarizar-se com o fenômeno a ser estudado (GIL, 2017).

A pesquisa qualitativa é utilizada para estudar a história, as relações, as representações, as crenças, as opiniões e as percepções, que são produtos das interpretações feitas pelos seres humanos sobre como vivem, constroem seus artefatos, se sentem e pensam, contribuindo para o desvelamento de processos sociais ainda pouco conhecidos (MINAYO, 2014).

4.5.2.1 Coleta de dados qualitativos

A coleta de dados qualitativos ocorreu de abril a junho de 2024. As mulheres foram convidadas a participar da entrevista por meio de *e-mail* institucional e abordagens pela pesquisadora nos Campus da Universidade, com o propósito de descrever os comportamentos, percepções e experiências em busca por cuidados à saúde. Houve o aceite e participação de 19 mulheres, sendo que foram apresentados os objetivos e contribuições do estudo. Após sua concordância, foi coletada a assinatura no TCLE em duas vias, disponibilizado nos idiomas português e espanhol conforme afinidade e preferência da participante.

Foram realizadas entrevistas em profundidade nas instalações da universidade, em um local reservado que havia sido previamente agendado pela pesquisadora principal, a qual recebeu treinamento prévio pelos pesquisadores orientadores, que possuem experiência em pesquisa qualitativa. A qualquer momento, a participante poderia interromper a entrevista caso decidisse não continuar, porém, não houve nenhuma interrupção de entrevistas em toda a trajetória de coleta de dados.

Utilizou-se para a entrevista um roteiro de perguntas, conferidas no Apêndice III, que possui a seguinte questão norteadora: Conte-me sobre sua experiência nos serviços de saúde pública do Brasil? Empregou-se como estratégia metodológica a realização de 3 (três) entrevistas piloto, com objetivo de auxiliar a pesquisadora a identificar inconformidades ou lacunas no roteiro de perguntas que orientou o andamento da interlocução. A entrevista foi gravada em áudio para posterior transcrição na íntegra e análise dos dados obtidos e findou-se quando as respostas começarem a ter redundância, ou seja, quando houve um esgotamento das narrativas sobre determinado fenômeno (MINAYO, 2017).

Após a conclusão dessa etapa, os textos transcritos foram enviados às participantes por *e-mail* institucional para que fossem verificados e legitimados. Ressalta-se que não houve interposições por parte das participantes.

4.5.2.2 Análise de dados

A técnica de análise de dados eleita foi a Análise Temática (MINAYO, 2014), que seguiu suas três fases de construção: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, envolvendo inferência e interpretação. Este tipo de análise favoreceu a obtenção de narrativas detalhadas, permitindo a exploração dos significados construídos pelas mulheres migrantes em relação ao cuidado com a saúde.

Em particular, para a análise do segundo artigo apresentado nesta dissertação, intitulado “Comportamentos de cuidados em saúde da mulher migrante universitária em região de fronteira internacional”, adotou-se o referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS), no intuito de obter maior aprofundamento dos resultados qualitativos, visto que esta abordagem destaca a construção social dos significados a partir das interações e vivências individuais.

Originado na sociologia norte-americana, o IS busca compreender como os indivíduos atribuem sentido às suas experiências e de que forma essas interpretações influenciam suas ações e relações no contexto social (CHARON, 2010; LEITE, 2023).

Fundamentado em uma perspectiva subjetivista, esse referencial teórico destaca a importância da interpretação individual das situações vividas, reconhecendo que o ser humano constrói sua identidade e sua trajetória a partir das interações que estabelece no meio social. Dessa forma, o IS se alinha à concepção de desenvolvimento humano adotada nesta pesquisa, que compreende esse processo como intrinsecamente vinculado ao contexto sociocultural e às relações interpessoais que se desdobram ao longo da vida (CHARON, 2010; LEITE, 2023).

Pesquisadores da área da saúde destacam a importância do IS para a efetivação do cuidado em saúde. Essa perspectiva teórica sustenta que o cuidado não pode ser concebido de maneira isolada, mas sim como um processo relacional que se constrói a partir das interações entre os sujeitos envolvidos. Dessa forma, a comunicação e a troca de significados tornam-se elementos indispensáveis para a construção de vínculos, a compreensão mútua e a promoção de práticas de cuidado que sejam sensíveis às necessidades e experiências individuais (UTZUMI, *et al.*, 2018). Essa perspectiva foi fundamental para compreender como as migrantes universitárias percebem e vivenciam o acesso aos serviços de saúde, considerando seus contextos socioculturais e subjetivos.

5. RESULTADOS

Os resultados e a discussão desta dissertação foram estruturados em dois artigos científicos, elaborados de acordo com as normas e diretrizes das seguintes revistas, às quais foram submetidos para avaliação e possível publicação.

Artigo I - Atenção à saúde da mulher migrante universitária em município de tríplice fronteira internacional: estudo misto, submetido à Revista Saúde em Debate.

Artigo II - Comportamentos de cuidados em saúde da mulher migrante universitária em região de fronteira internacional, submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem.

ARTIGO I

Atenção à saúde da mulher migrante universitária em município de tríplice fronteira internacional: estudo misto

Health care for migrant university women in a triple international border municipality: mixed study

RESUMO

Este estudo analisou o cuidado à saúde da mulher migrante universitária no contexto do acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação na atenção primária. Utilizando o método misto paralelo convergente, foram realizados 135 inquéritos e 19 entrevistas, em Foz do Iguaçu, Brasil. Os resultados revelaram dificuldades como barreiras linguísticas, desconhecimento sobre o sistema de saúde brasileiro, falta de informação e de abordagens sensíveis às especificidades culturais e sociais dessas mulheres. Foi observado a baixa adesão nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, como o exame preventivo do câncer cérvico-uterino e testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis, justificados pela priorização de demandas acadêmicas. Mesmo assim, as participantes avaliaram o sistema de saúde como satisfatório, em comparação ao país de origem. Conclui-se que a superação dessas barreiras exige investimentos interpaises, capacitação profissional e criação de estratégias inclusivas que promovam o acesso equitativo e culturalmente sensível em serviços de atenção primária de municípios de fronteira.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Mulher. Migração.

ABSTRACT

This study analyzed health care for university migrant women in the context of access, longitudinality, comprehensiveness and coordination in primary care. Using a convergent parallel mixed method, 135 surveys and 19 interviews were conducted in Foz do Iguaçu, Brazil. The results revealed difficulties such as language barriers, lack of knowledge about the Brazilian health system, and lack of information and approaches that are sensitive to the cultural and social specificities of these women. Low adherence to health promotion and disease prevention actions was observed, such as preventive examinations for cervical cancer and rapid tests for sexually transmitted infections, justified by the prioritization of academic demands. Even so, the participants evaluated the health system as satisfactory, compared to their country of origin. It is concluded that overcoming these barriers requires intercountry investments,

professional training, and the creation of inclusive strategies that promote equitable and culturally sensitive access to primary care services in border municipalities.

Keywords: Primary Health Care. Women's Health. Migration.

INTRODUÇÃO

O fenômeno migratório é um direito humano e se refere a ação de se deslocar, isto é, atravessar fronteiras territoriais e culturais, que vão além de uma mudança de espaço geográfico, pois exige que uma pessoa se depare com novas expectativas em relação ao mundo e a si mesma¹. Uma análise dos movimentos migratórios não deve apenas oferecer a busca pelo entendimento sobre questões culturais, étnicas, econômicas e histórias de um grupo específico, mas aprofundar as discussões sobre todos esses aspectos e sua inter-relação²⁻³.

A correlação entre migração e saúde é complexa e permeada por fatores sociais, preconceito, discriminação, iniquidades no acesso ao trabalho, moradia, educação e diferenças culturais entre os países⁴. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a relação entre saúde e as questões sociais é expressa por determinantes sociais, que incluem os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, e estes influenciam na prevalência de questões de saúde das populações.

Entre janeiro de 2010 e maio de 2024, o Brasil registrou 1.652.434 migrantes, dos quais 659.978 eram mulheres⁵. É fundamental que a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) em regiões de fronteira considere os aspectos relacionados à saúde internacional, já que a delimitação simbólica do território nacional não impede as interações sociais, culturais e econômicas que impactam diretamente a saúde nessa área⁶. Migrantes, especialmente mulheres, enfrentam barreiras significativas no acesso ao cuidado à saúde e aos serviços públicos, sendo a falta de acolhimento e a morosidade no atendimento os principais desafios⁷.

A mulher jovem universitária migrante enfrenta fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde, incluindo disparidades culturais, problemas linguísticos, ausência de documentos e histórico médico, juntamente com enfrentamento de racismo, xenofobia, isolamento social e falta de conhecimento sobre como obter assistência⁸. Adicionado a isso, viver na fronteira longe de familiares, ter a responsabilidade de administrar a vida acadêmica e social, sem rede de apoio familiar, podem ser fatores de grande influência na saúde da migrante⁹. Neste cenário, destaca-se o importante papel dos serviços de APS para atender essa população, por se referir a principal porta de entrada para o SUS. É pela APS que se assegura a comunicação com toda a rede de atenção e garante acesso aos cuidados e tecnologias necessárias para

atender demandas de saúde territoriais com base em risco, vulnerabilidade e resiliência¹⁰.

A APS, pautada em um sistema universal e sustentável, oferece ações e serviços para atender necessidades individuais e coletivas¹¹. Para isso, se orienta em quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, que garante acessibilidade aos serviços de saúde; longitudinalidade, que abrange a continuidade do cuidado ao longo do tempo, em uma relação de confiança entre usuários e profissionais; integralidade, que assegura cuidados abrangentes, considerando os aspectos biopsicossociais para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; e coordenação, que busca integrar os cuidados, a continuidade e a cooperação entre os diversos serviços de saúde¹². Somado aos atributos essenciais, três dimensões derivadas foram incluídas para qualificar as práticas nos serviços de APS, quais sejam: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural¹², todas quais relevantes ao mencionar a saúde de migrantes.

Desse modo, analisar o cuidado à saúde da mulher migrante universitária no contexto da promoção da saúde e prevenção de agravos em região de fronteira internacional, território selecionado por sua relevância no âmbito da migração internacional e por abrigar um número significativo de mulheres migrantes universitárias, torna-se relevante, visto a necessidade de identificar fragilidades e provocar debates, tornando possível propor estratégias para melhorar o cuidado em saúde dessa população no âmbito da APS.

Com base no exposto, este estudo teve como objetivo analisar o cuidado à saúde da mulher migrante universitária no contexto do acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação na APS.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de método misto, utilizando a estratégia paralelo convergente, caracterizada pela coleta e análise simultânea dos dados qualitativos e quantitativos¹³, conduzido em Foz do Iguaçu, Paraná, localizado na tríplice fronteira – Brasil, Paraguai e Argentina.

A população do estudo foram mulheres migrantes internacionais universitárias, de uma universidade pública federal. Foram incluídas as mulheres maiores de 18 anos, de nacionalidade diferente da brasileira, discentes de graduação, com período de matrícula igual ou superior a 12 meses. Os critérios de exclusão foram: mulheres migrantes universitárias não usuárias do SUS e mulheres com licença para tratamento de saúde.

Pelo Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas da referida universidade, foram identificadas 489 discentes de nacionalidade estrangeira que atenderam os critérios de inclusão. Para ambas as etapas do estudo utilizou-se amostragem por conveniência. As

participantes foram convidadas pelo *e-mail* institucional e por abordagem presencial na própria universidade. Foram realizados 135 inquéritos, cujo questionário foi disponibilizado por um *link* na plataforma *Google Forms*®. Esse questionário foi composto por 38 perguntas, elaboradas pelos pesquisadores, com base nos atributos essenciais da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação).

A coleta de dados ocorreu entre abril e agosto de 2024. Os dados quantitativos foram extraídos do *Google Forms*®, organizados no Microsoft Excel e analisados por testes Qui-quadrado, apresentando resultados descritivos em tabelas com nível de significância de 5%. A coleta de dados qualitativos aconteceu concomitantemente a etapa quantitativa. No momento da abordagem e aceite para etapa quantitativa, as participantes também foram convidadas a participar da etapa qualitativa. Desse modo, foram realizadas 19 entrevistas, utilizando-se de um roteiro de perguntas semiestruturadas, elaborado pelos pesquisadores, composto por sete questões de caracterização e as demais (18) conduzidas a partir da seguinte pergunta norteadora: Conte-me sobre sua experiência nos serviços de saúde pública do Brasil?

As entrevistas foram realizadas pela primeira autora, que é enfermeira e tem experiência com atendimentos à migrantes. A pesquisadora principal, foi treinada pelos demais autores, os quais possuem experiência em pesquisa qualitativa. Para o treinamento e para a verificação da clareza e ou inconformidades do roteiro de perguntas, foram realizadas três entrevistas piloto, as quais puderam ser incluídas neste estudo. As entrevistas, agendadas previamente, aconteceram nas instalações da universidade, em local privativo, sem quaisquer interrupções.

As entrevistas, com duração média de 45 minutos, foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra (sem utilização de *Software*), e após foram enviadas individualmente para cada participante por *e-mail* para que fossem verificadas e legitimadas, as quais não sinalizaram quaisquer alterações. As entrevistas foram interrompidas quando se atingiu a saturação de dados¹⁴, por meio de um criterioso processo de análise.

A análise qualitativa inicial seguiu as etapas da análise temática: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, envolvendo inferência e interpretação¹⁴. Após a coleta, os dados quantitativos e qualitativos foram analisados, e o conjunto dos resultados possibilitaram a fusão dos elementos¹³. A integração dos dados revelou convergência, evidenciada pela consistência das informações obtidas entre as duas abordagens.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e respeitou a resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 77188224.1.0000.0107 e pelo

Parecer n.º 6.687.085. Para garantir o anonimato das participantes, essas foram identificadas como MP1 (Mulher Participante 1), MP2 de forma numérica sequencial.

RESULTADOS

Na etapa quantitativa participaram 135 mulheres de 20 nacionalidades diferentes, sendo as mais frequentes: colombianas, paraguaias, peruanas, haitianas, venezuelanas e bolivianas. A faixa etária para a maioria foi entre 18 a 41 anos, com residência no Brasil entre 2 a 6 anos, cujos cursos predominantes foram: Ciências Biológicas, Medicina, Biotecnologia, Antropologia, Letras, Serviço Social, Administração Pública e Políticas Públicas.

Na etapa qualitativa, 19 mulheres participaram de nacionalidades colombiana (5), paraguaia (4), peruana (3), haitiana (3), venezuelana (2), nicaraguense (1) e boliviana (1). A faixa etária foi de 21 a 50 anos, residência no Brasil em média 3 anos, cursando predominantemente Letras, Medicina, Arquitetura e Antropologia.

Os dados quantitativos destacaram padrões claros pelas dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde, enquanto os dados qualitativos complementaram esses resultados ao trazerem relatos detalhados que elucidaram as causas subjacentes dessas experiências. A integração permitiu uma compreensão abrangente do fenômeno, reforçando a validade dos resultados e ampliando as possibilidades de aplicação prática para melhoria dos serviços de saúde em municípios de fronteira.

Pela integração dos dados quantitativos e qualitativos foram organizadas quatro categorias de análise, mediadas pelos atributos da APS, possibilitando identificar fortalezas e fragilidades para o cuidado da saúde da mulher migrante universitária em município de fronteira internacional, demonstrados na Figura 1.

Figura 1: Integração dos dados: fragilidades e fortalezas no cuidado na Atenção Primária – Foz do Iguaçu, 2025.



Fonte: elaboração própria

Fragilidades para o acesso na atenção primária à saúde

O acesso aos serviços públicos ainda representa um desafio ao sistema de saúde brasileiro, sobretudo para as populações migrantes internacionais. As barreiras funcionais foram descritas pelas participantes ao depararem-se com obstáculos para agendar consultas médicas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) diante de agravos à saúde, principalmente pela morosidade nos agendamentos. Essa demora nos atendimentos levou a desistência da busca por serviços de APS. *“Então quase não tem um atendimento rápido. No caso que eu queria sacar consulta demorava muito tempo (MP1).” “Às vezes que eu tentei, para fazer uma rotina, [...] não tinha vagas. [...] no fim das contas eles te atendem, [...] é muito trabalho até você realmente chegar num médico de frente [...], aí você desiste [...] (MP13).” “[...] na UBS nunca tem espaço para agendar mais pessoas. [...] eu me sentia mal, [...] e não tinha agendamento para esse dia. Depois da terceira vez que eu fui, que me marcaram para outro mês, [...] então eu não voltei mais (MP15).”*

No que se refere aos horários de atendimento, foram elencadas dificuldades para acessar nos horários que a UBS se encontra aberta a população, justificadas pela rotina acadêmica integral. Essa situação demonstra a necessidade de maior flexibilidade e adaptação nos serviços de saúde para atender essa população, assim como para os demais grupos que vivenciam a mesma circunstância. *“[...] Quando eu estou doente eu procuro a UBS que fica mais perto, [...] eu não sabia os horários de atendimento, as vezes que eu vou, eu nunca acerto o horário, tinha que voltar no dia seguinte, mas eu volto porque tipo, às vezes, eu me sinto mal e preciso de atendimento (MP3).” “E muchas veces los ticos, para los estudiantes que entran la mañana e viene tipo, la 11 e isso, ir la UBS hasta às 4, pero no atiendem, no sei se porque somos estudiantes, pero la maioria sí (MP16).”*

Para as mulheres migrantes a barreira linguística foi um desafio frequente ao acessar os serviços de saúde. A dificuldade em se comunicar de forma eficaz no idioma do país de acolhimento pode gerar mal-entendidos, diagnósticos incorretos e até mesmo retardar a resolutividade do problema de saúde apresentado. A falta de intérpretes ou materiais informativos em diversos idiomas impedem a compreensão de usuários migrantes de suas condições clínicas e tratamentos prescritos. Esse fato pode limitar o acesso, favorecer isolamento social e dificultar a integração cultural, como observado nos relatos. *“[...] eu achei um pouco difícil por causa do idioma. Eu falo esse português, mas tem palavras que eu não consigo entender ou a pessoa também. Mas eu achei que custou para gente se comunicar, [...] é um problema, mas depois a gente usou o tradutor (MP2).” “[...] os doutores mais velhos são mais difíceis. Entre o mais jovem*

a pessoa é mais aberta, tem mais paciência, és mais receptivo com o paciente é bem diferente dos doutores mais velhos (MP4). ” “[...] teve vezes que na troca de palavra eles mandam fazer uma coisa que não precisava (MP7). ”

A burocracia documental também pode representar uma barreira funcional. Embora as participantes tivessem documentos devido à sua matrícula ativa na universidade, houve relatos de dificuldades sobre essa questão. Essas dificuldades envolveram a regularização de documentos ou a falta do cartão SUS por ser migrante transfronteiriça, o que evidencia que mesmo com *status* formal, as barreiras burocráticas ainda conferem uma preocupação significativa para muitas migrantes.

[...] mi hijos não têm documentación da cá, então, tengo que fazer para poder assistir com ellos. Então, por isso no tengo entendido que coisas me podem ajudar aí em SUS. O sea, porque eu fui e me colocaram o endereço, mas não me explicaram que outros benefícios tenho (MP18). Eles pediram o documento, eu entreguei o paraguaio, aí eles disseram que não, que eles podiam atender só porque eles estavam atendendo prioridades por outras pessoas agora, e eu estava muito mal, eles só tomaram minha pressão [...]. Tipo você vai hoje, mas seu atendimento vai ser daqui a dois meses, então a pessoa já está mal, precisa agora e isso é uma coisa um pouco difícil. (MP2).

A Tabela 1 apresentou um panorama quantitativo sobre os principais indicadores de acesso e barreiras experienciadas pelas participantes. No entanto mostrou que, diante de problemas agudos de saúde, as participantes tendem a buscar a unidade de saúde com mais frequência, assim como adotam a prática da automedicação.

Tabela 1. Características relacionadas ao acesso à saúde de mulheres migrantes internacionais em município brasileiro de fronteira, Foz do Iguaçu, 2024.

Parâmetros/variáveis	n	%	p-valor*
Diante de problemas agudos de saúde**			
Buscam a UBS***	72	53,3	0,0001
Buscam a UPA****	22	16,3	
Automedicação	67	49,6	
Outros	05	3,6	
A UBS que você frequenta fica aberta sábado e/ou domingo ou à noite?			
Na maioria das vezes não	32	23,7	0,0001
Na maioria das vezes sim	2	1,5	
Não	73	54,1	
Não sei / Não lembro	24	17,8	
Sim	4	3,0	
Horário de funcionamento da UBS é adequado às suas necessidades?			
Na maioria das vezes não	45	33,3	0,0001
Na maioria das vezes sim	26	19,3	
Não	37	27,4	
Não sei / Não lembro	9	6,7	
Sim	18	13,3	
Quando você fica doente durante o horário de funcionamento da UBS, alguém desse serviço te atende no mesmo dia?			
Na maioria das vezes não	25	18,5	0,0001
Na maioria das vezes sim	54	40,0	
Não	24	17,8	
Não sei / Não lembro	9	6,7	
Sim	23	17,0	
Encontra barreira linguística?			
Na maioria das vezes não	26	19,3	0,0001
Na maioria das vezes sim	44	32,6	
Não	27	20,0	
Não sei / Não lembro	2	1,5	
Sim	36	26,7	

*Teste Qui-quadrado; **Questão de múltipla escolha; ***Unidade básica de saúde; ****Unidade de pronto atendimento.

Fonte: elaboração própria

(Des)continuidade do cuidado nos serviços de atenção primária

A partir dos relatos das participantes, evidencia-se que há fragilidade na longitudinalidade e isso gera impacto negativo na qualidade e eficácia dos serviços prestados às mulheres migrantes. “[...] *se for algo muito que eu precisar, mas, tipo uma gripezinha, uma dor, eu prefiro ir à farmácia comprar medicamento e tá bom, é isso (MP1)*”. “[...] *se a pessoa sabe que vai num atendimento médico e já sabe tipo com antecedência que não vai ser resolvido o problema dessa pessoa aí não vai querer buscar atendimento (MP5)*”. “*Eu acho que é a última estância [UBS] e eu já me digo, [...] já prefiro não ir, prefiro evitar [...]* (MP13).”

A tabela 2 mostrou a baixa adesão à procura por consultas de rotina e preventivas, sugerindo que mulheres migrantes reagem prontamente às situações de urgência, porém, não mantêm o acompanhamento regular de sua saúde, renunciando às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, as quais estabelecem um cuidado longitudinal. Esse padrão de busca por atendimento pode estar relacionado a barreiras estruturais, como dificuldade de acesso aos serviços no horário disponível, ou subjetivas, como a percepção de que consultas preventivas não são prioritárias diante de outras demandas do cotidiano.

Além disso, as participantes relataram que os profissionais de saúde respondem às perguntas de maneira compreensível, o que sugere um fator positivo na relação com os serviços. No entanto, a divisão quanto à mudança de equipe ou unidade – com 43% afirmando que não mudariam e 46% demonstrando interesse em mudar – pode indicar que, apesar de haver confiança em alguns serviços, também existem insatisfações que precisam ser investigadas. Questões como tempo de espera, continuidade do cuidado e qualidade do atendimento podem influenciar essa percepção e impactar ainda mais a adesão ao acompanhamento regular.

Tabela 2. Características da procura e continuidade dos serviços da atenção primária de mulheres migrantes internacionais, Foz do Iguaçu, 2024.

Continuidade/variáveis	n	%	p-valor*
Costuma realizar consultas de rotina ou <i>check-ups</i>?			
Na maioria das vezes não	41	30,4	0,0001
Na maioria das vezes sim	24	17,8	
Não	54	40,0	
Sim	16	11,9	
É fácil marcar consulta (rotina, <i>check-up</i>) na UBS**			
Na maioria das vezes não	32	23,7	0,0001
Na maioria das vezes sim	21	15,6	
Não	63	46,7	
Não sei / Não lembro	9	6,7	
Sim	10	7,4	
Os profissionais de saúde da UBS** respondem às suas perguntas de maneira que você entenda?			
Na maioria das vezes não	13	9,6	0,0001
Na maioria das vezes sim	71	52,6	
Não	4	3,0	
Não sei / Não lembro	4	3,0	
Sim	43	31,9	
Se estivesse escolha, optaria por mudar de equipe ou unidade de saúde?			
Na maioria das vezes não	10	7,4	0,0001
Na maioria das vezes sim	8	5,9	
Não	58	43,0	
Não sei / Não lembro	13	9,6	
Sim	46	34,1	

*Teste Qui-quadrado; ** Unidade básica de saúde.

Fonte: elaboração própria

Relação profissional usuária fragilizada e implicações para integralidade do cuidado

Muitas mulheres migrantes relataram experiências sobre o atendimento médico na APS, que seguem predominantemente o modelo biomédico. Esse modelo, centrado no tratamento de doenças e sintomas físicos, muitas vezes, deixa de lado aspectos importantes da saúde integral, como fatores emocionais, sociais e culturais, fundamentais para uma abordagem mais holística. Pelos relatos surgiram questões como a falta de escuta ativa e de uma relação mais próxima com os profissionais de saúde, e isso gera a sensação de que suas necessidades e particularidades não foram compreendidas.

Além disso, muitas mencionaram que o foco excessivo em medicações, sem considerar sua realidade como migrante, contribui para uma desconexão entre elas e o sistema de saúde. Essas mulheres, que já enfrentam barreiras linguísticas e culturais, destacaram a importância de uma abordagem que as enxergue de maneira completa, levando em conta não só suas queixas físicas, mas o impacto de sua trajetória migratória e acadêmica em sua saúde geral. “[...] *eu acho que os doutores somente precisam [...] sair das pessoas. [...], então para mim, se eu tenho dinheiro, vou pagar só para ter certeza de que o médico vai me medicar, alguma coisa que serve, que resolve (MP10)*”. [...] *na minha opinião eu vejo que o SUS oferece o atendimento, mas, tem algumas falhas [...] que são o jeito de atender, é feito o modelo biomédico, tipo você vai e te deram um medicamento e vai para casa. Mas não procuraram na verdade a saber a causa da sua doença, isso é uma falha (MP5)*.

A Tabela 3 apresenta dados sobre os atendimentos realizados por profissionais de saúde às mulheres migrantes na APS, que incluíram o exame preventivo de câncer do colo do útero, testagens rápidas para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e exames de imagens para prevenção do câncer de mama. Foram identificadas falhas nesses atendimentos, bem como nas orientações sobre essas ações, todos com significância estatística ($p < 0,0001$). Essa análise pode mostrar dados referente a falta de informações sobre essas ações em saúde ou a dificuldade de compreensão dessas orientações, interferindo diretamente na integralidade do cuidado.

Tabela 3. atendimentos realizados por mulheres migrantes internacionais na Atenção Primária à Saúde, Foz do Iguaçu, 2024.

Atendimentos/variáveis	n %			p-valor*
Atendimentos dos profissionais de saúde oferecidos às mulheres migrantes na atenção primária	Sim	Não	Não sei/ Não lembro	0,0001
Os profissionais de saúde realizam exame físico durante as consultas?	65 48,1	61 45,2	9 6,7	0,0001
Abordaram questões como: alimentação, lazer, exercício físico, álcool, drogas ou violência	31 23	92 68,1	12 8,9	0,0001
Receberam informações específicas sobre serviços disponíveis para mulheres migrantes?	7 5,2	126 93,4	2 1,5	0,0001
Receberam orientações sobre a importância do exame preventivo do câncer do colo do útero	38 28,1	95 70,3	2 1,5	0,0001
Médico(a) ou enfermeiro(a), realiza exame clínico das mamas?	11 8,2	111 82,2	13 9,6	0,0001
Recebeu informações sobre métodos contraceptivos ou planejamento familiar?	32 23,7	103 76,3	-	0,0001
Realiza o exame preventivo de Câncer de colo de útero (Papanicolau) anualmente?				
Na maioria das vezes não	21	15,6		0,0001
Na maioria das vezes sim	10	7,4		
Não	43	31,9		
Não sei / Não lembro	2	1,5		
Não tenho 25 anos ou mais	35	25,9		
Sim	24	17,8		
Fez testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis (Sífilis, HIV**, Hepatites B e C)?				
Na maioria das vezes não	3	2,2		0,0001
Na maioria das vezes sim	3	2,2		

Não	63	46,7
Não sei / Não lembro	1	0,7
Sim	65	48,1

Exames de imagem das mamas anualmente.

Na maioria das vezes não	6	4,4	0,0001
Na maioria das vezes sim	2	1,5	
Não	118	87,4	
Sim	9	6,7	

*Teste Qui-quadrado; **Vírus da Imunodeficiência Humana
 Fonte: elaboração própria

Limitações na coordenação dos serviços de atenção primária

As participantes experienciaram dificuldades para o acesso ao cuidado contínuo no SUS, revelando lacunas na coordenação do sistema. Esses desafios indicam a importância de aprimorar a comunicação entre o sistema de saúde e seus usuários, garantindo que as informações sobre os fluxos de atendimento sejam compreendidas por todos, inclusive pelos migrantes. “[...] *endocrinologista, yo tenia que ir-me no privado, pero no queria pagar. Entonces pensei em ir al sus, pero afinal em el sus no me puseram na fila. E me dijeron que exámenes, después de três meses. [...] después de tener começado el tratamiento de hipotiroidismo, parou o sangrado* (MP19).”

Se tem uma coisa que eu não sabia, naquele momento, que eu fiz a primeira ultrassom no peito, [...] me falam que tem que fazer cada seis meses. Eu achei que depois que eu fiz a primeira, já tô uma fila para fazer a outra, mas não sabia que tem que voltar na UBS para marcar para entrar na fila de novo. Agora já passaram seis meses (MP11).

A Tabela 4 apontou resultados sobre a satisfação com a organização do cuidado oferecido pela equipe de saúde da APS, somado a comparação dos serviços de saúde pública do país de origem com o sistema brasileiro e respeito cultural.

Tabela 4. Experiências da mulher migrante internacional com os serviços de Atenção Primária à Saúde, Foz do Iguaçu, 2024.

Avaliação do cuidado/variáveis	n	%	p-valor*
Como você avalia o cuidado de saúde oferecido pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde?			
Bom	59	43,7	0,0001
Excelente	9	6,7	
Não sei / Não lembro	7	5,2	
Regular	56	41,5	
Ruim	4	3,0	
O atendimento em saúde fornecido pela Unidade Básica de Saúde no Brasil é melhor que em seu país de origem?			
Na maioria das vezes não	6	4,4	0,0001
Na maioria das vezes sim	42	31,1	
Não	18	13,3	
Não sei / Não lembro	7	5,2	
São semelhantes	25	18,5	
Sim	37	27,4	
Se sente respeitada pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?			
Na maioria das vezes não	7	5,2	0,0001
Na maioria das vezes sim	40	29,6	
Não	2	1,5	
Não sei / Não lembro	9	6,7	
Sim	77	57	

*Teste qui-quadrado

Fonte: Elaboração própria

Os dados revelaram que as mulheres migrantes internacionais apresentam uma satisfação boa e/ou regular com o cuidado recebido e consideraram o atendimento à sua saúde melhor em comparação ao país de origem, visto que se sentiram respeitadas pelos profissionais que as atenderam. Esses resultados apresentaram significância estatística ($p < 0,0001$).

Contudo, os depoimentos nas entrevistas expuseram desafios para a coordenação e continuidade do cuidado no SUS, relacionados à falta de informações sobre exames, além das dificuldades para acesso aos serviços de saúde, aliadas a longos períodos de espera e ausência de orientações sobre encaminhamentos. Estes aspectos tornam o processo de cuidado fragmentado, e por vezes, inacessível.

DISCUSSÃO

A integração dos resultados desta pesquisa culminou na identificação de desafios enfrentados por mulheres migrantes universitárias ao buscarem atendimento de saúde em serviços de APS em território brasileiro de fronteira. Os dados evidenciaram barreiras funcionais e culturais, que não apenas comprometeram a agilidade no atendimento de problemas clínicos, mas também desencorajaram a busca por consultas e exames preventivos.

Essa conjuntura reflete na baixa adesão às práticas essenciais de cuidado relacionado à saúde da mulher, como consultas de rotina, testes rápidos para IST, exames preventivos do câncer cérvico-uterino, avaliação clínica, autoexame e exames de imagem das mamas. Foi observado a desistência de atendimentos pelo SUS, justificado pela morosidade de consultas médicas. Esses elementos apontam para a necessidade de intervenções específicas que possam reduzir as desigualdades no acesso e melhorar a cobertura dos cuidados de saúde.

Sobre o acesso à saúde para migrantes e refugiados em território brasileiro, a legislação nacional se mostra alinhada às recomendações das agências internacionais. A Constituição Federal, assim como, a Lei nº13.445/2017, que dispõe sobre direitos e deveres de migrantes no Brasil, garantem o direito à saúde a população migrante, independentemente de seu status migratório¹⁵.

A universalidade do SUS garante o acesso à saúde para mulheres migrantes, promove inclusão e atendimento igualitário. Seus princípios orientadores fundamentam políticas públicas e reforçam o compromisso com a equidade no acesso e cuidado, assegurando o respeito ao direito à saúde para todos¹⁶. O acesso à saúde para migrantes é influenciado pelos fluxos migratórios e pelas particularidades do sistema de saúde local, sua abrangência, estrutura, custos e dispersão territorial. No Brasil, o fluxo migratório tem crescido na última década, com recentes flutuações devido à pandemia de coronavírus¹⁷.

Para as mulheres migrantes universitárias deste estudo, existem muitas barreiras para o acesso APS em um município de fronteira. Estas barreiras foram definidas por um conjunto de aspectos estruturais e culturais que impactaram na utilização dos serviços de saúde, no que diz respeito à morosidade do atendimento mediante agravos à saúde, falta de flexibilidade de horários, barreiras linguísticas e problemas com documentação por ser migrante.

Pesquisadores americanos e ingleses descreveram obstáculos que dificultam o acesso ao sistema de saúde e o uso efetivo desses serviços pela população migrante, como problemas com o idioma, ausência de informações, desconhecimento, dificuldades de compreensão sobre a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, burocracia, medo, desconfiança, discriminação,

custos, distância do transporte, tempo dos usuários e a demora no atendimento ^{18-20.}

Estudo conduzido no estado do Paraná com migrantes do Haiti, que buscou compreender suas perspectivas e os desafios para acessar os serviços de saúde brasileiro, identificou que a dificuldade linguística afeta tanto os haitianos quanto os profissionais de saúde²¹. Corroborando com os resultados desta investigação, o referido estudo apontou questões como a incompatibilidade de horários das UBS com a rotina dos migrantes, a dificuldade de compreender a organização dos serviços, a falta de medicamentos e a demora no atendimento. Diante desses desafios, os autores ressaltaram a importância de sensibilizar os profissionais de saúde para que os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS possam ser efetivamente realizados²¹.

Em território europeu, foi verificado que apesar dos objetivos de equidade, as desigualdades para acessar os serviços de saúde entre migrantes e não migrantes continuam a prevalecer. Essas desigualdades decorrem de barreiras legais que limitam o acesso de migrantes sem documentos aos cuidados e de sua situação econômica, que muitas vezes, necessitam de recursos financeiros para custear os serviços de saúde. Além disso, a falta de competência linguística e cultural para lidar com os problemas de saúde e discriminação, contribuem para essas disparidades²².

Na china identificou-se barreiras para o acesso à saúde sexual e reprodutiva para mulher migrante, destacando a falta de conscientização dessa população sobre a saúde reprodutiva, políticas de migração discriminatórias, insatisfação com os serviços de saúde locais e barreiras linguísticas²³. Em consonância com estudo anterior, esta pesquisa evidenciou acesso limitado das mulheres aos cuidados preventivos essenciais, como o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, visto que quase metade delas tinham indicação de fazer a coleta do preventivo, contudo não fizeram o exame ginecológico e nunca realizaram os testes para IST.

Pesquisadores brasileiros revelaram que mulheres que não realizam exames preventivos regularmente tendem a perceber sua saúde como melhor, em comparação àquelas que realizam mamografias e exames para detecção do câncer cérvico-uterino com frequência. Além disso, relataram que a ausência de sintomas, medo de receber um diagnóstico de câncer e falta de procura por atendimento médico influenciam a baixa adesão a esses exames, além da falta de tempo e dificuldades para agendamento. Por outro lado, mulheres com histórico de câncer de mama na família apresentam maior probabilidade de realizar mamografias regularmente e exames preventivos²⁴.

Um estudo sobre o rastreamento tardio do câncer cérvico-uterino, ressaltou a necessidade

de explorar em profundidade as barreiras enfrentadas por diferentes grupos populacionais, como minorias étnicas, mulheres de baixa renda e migrantes com o objetivo de desenvolver intervenções mais direcionadas e culturalmente sensíveis²⁵.

No estudo conduzido na Catalunha com pacientes migrantes do norte da África e profissionais de saúde espanhóis, foi revelado que as barreiras de comunicação ultrapassam as questões de idioma. Segundo os autores, existem diferenças nas formas de interpretar as informações de saúde, que dificulta ainda mais a clareza no atendimento. Do mesmo modo, os profissionais relataram que alguns pacientes comparecem às consultas acompanhados de amigos ou familiares que possuem maior proficiência na língua, no entanto, essa prática apresenta desvantagens como a falta de privacidade na consulta. Esses obstáculos produzem um efeito na qualidade do cuidado, demandando uma compreensão mais profunda das nuances culturais para garantir a assistência mais eficaz e sensível às particularidades desses pacientes²⁶. Da mesma forma, os resultados dessa pesquisa trouxeram achados referente a falta de orientação e informação sobre os serviços disponíveis para mulheres migrantes, além da barreira de comunicação. Esses resultados foram destacados por mais da metade das participantes nas duas etapas da pesquisa.

No que se refere à longitudinalidade, esta pesquisa demonstrou fragilidades na fonte regular de atenção ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde. Do mesmo modo, pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, constatou uma desconexão entre profissionais de saúde e usuários, devido à falta de vínculo dos usuários com os serviços da APS. Essa frágil interação pode ser gerada pelo desconhecimento sobre a importância desse vínculo para o cuidado e baixa capacidade resolutiva dos serviços, desmotivando a criação de laços mais duradouros²⁷. Os autores ressaltaram que a alta rotatividade de profissionais e a comunicação insuficiente entre os pontos da rede, agravada pela ausência de um sistema informatizado, fazem com que os usuários enfrentem trajetórias de atendimento confusas, prejudicando sua compreensão e dos próprios profissionais sobre os fluxos de atendimento para migrantes.

A respeito da integralidade, as mulheres migrantes relataram que o atendimento na APS no Brasil ainda segue um modelo biomédico, focado principalmente em doenças específicas e procedimentos técnicos, deixando de lado uma visão integral da saúde. Esse enfoque limitado dificulta o acolhimento das necessidades sociais, culturais e emocionais das usuárias, aspectos fundamentais para um cuidado humanizado e para criar laços de confiança, especialmente nas populações migrantes, que já se encontram em condições de vulnerabilidade²⁸.

Sob outra perspectiva do modelo biomédico que demonstra inflexibilidade e não abre espaço para negociação e diálogo, pesquisadoras²⁹ reiteram que, o modelo biopsicossocial é amplamente reconhecido e valorizado pelos usuários que passaram a receber um atendimento completo, contínuo e integrado, gerando satisfação e um sentimento de gratidão, visto que proporciona um cuidado mais humano e abrangente.

Sobre a coordenação do cuidado, os resultados desvelaram o enfrentamento de problemas relacionados à falta de informações sobre o sistema e níveis de atenção. O propósito da coordenação do cuidado é evitar a fragmentação do atendimento, assegurando que os usuários tenham acesso a serviços contínuos e integrados³⁰, somado a colaboração entre profissionais de saúde, comunicação clara e a integração dos serviços³¹.

Outrossim, a coordenação do cuidado previne a duplicação de serviços e a realização de procedimentos desnecessários. Quando há uma boa comunicação entre os profissionais de saúde, reduz-se a chance de solicitar exames redundantes ou de prescrever medicamentos que possam interagir negativamente. Isso não apenas otimiza o uso de tempo e recursos, mas também diminui possíveis riscos para o paciente³².

Embora a população jovem apresente necessidades de saúde menos complexas quando comparados a outros grupos, a literatura científica sugere que fatores relacionados à sua posição social, incluindo idade, gênero, estado civil e condições socioeconômicas, podem intensificar os riscos de marginalização e aumentar condições de saúde desfavoráveis³³. Essas variáveis influenciam no acesso aos serviços de saúde, qualidade do atendimento e interferem diretamente na capacidade dos jovens de alcançar o bem-estar físico e mental, considerando que grande parte das participantes deste estudo já precisaram de atendimento para problemas de saúde mental.

Em muitas situações, essas características se combinam para reforçar barreiras estruturais, tornando o acesso à saúde ainda mais difícil, deixando os migrantes expostos à problemas que poderiam ser evitados ou manejados com um suporte adequado. Corroborando esta afirmação, pesquisadores apontam que essas barreiras percebidas, minam profundamente a percepção dos migrantes sobre seu próprio direito de acesso aos serviços, desmotivando-os a buscar cuidados de saúde e aumentando sua vulnerabilidade diante do sistema público³⁴.

Ademais, a rotina das mulheres universitárias geralmente prioriza as atividades acadêmicas, e como resultado, os cuidados com sua saúde deixam de serem percebidos. Isso compromete o diagnóstico precoce e o tratamento de doenças, evidenciando a necessidade premente de estratégias e práticas que promovam maior sensibilização sobre a importância do cuidado regular da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração entre os resultados quantitativos e qualitativos revelou barreiras funcionais e culturais experienciadas por mulheres migrantes universitárias em relação a presença dos atributos essenciais da APS em município brasileiro de fronteira. Foi destacado que, embora o SUS seja avaliado de forma satisfatória por esse grupo, dificuldades continuam a desafiar o acesso aos serviços de saúde, sobretudo na presença de barreiras linguísticas, desconhecimento sobre o funcionamento do SUS, ausência de informações, falta de iniciativas que considerem as necessidades culturais e sociais, longas filas de espera para consultas de rotina e falta de flexibilidade no horário de funcionamento das unidades de saúde.

As mulheres migrantes, muitas vezes, focadas nas rotinas acadêmicas, demonstraram baixa adesão aos cuidados preventivos, que pode gerar um problema para o sistema de saúde diante da ausência do diagnóstico precoce de doenças complexas. A combinação das duas abordagens proporcionou uma análise mais abrangente e diversificada da temática, oferecendo informações para a elaboração de políticas de saúde pública mais inclusivas e adaptadas às realidades vivenciadas por mulheres migrantes universitárias em município de fronteira, considerando a presença da mulher cada vez mais significativa na mobilidade humana.

Portanto, recomenda-se estratégias que priorizem a capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento a migrantes e ações para promover um ambiente acolhedor e sensível às necessidades das mulheres migrantes, para assim, possibilitar o acesso pleno e igualitário aos cuidados de saúde.

Considerando o número de discentes internacionais matriculadas na instituição, pode-se reconhecer como limitação do estudo o número de participantes na etapa quantitativa, que pode restringir a representatividade dos dados e a generalização dos achados para as migrantes, visto que amostra poderia ser maior. No método misto, possíveis fragilidades incluem viés de resposta e influência social no inquérito, além da subjetividade e contexto nas entrevistas qualitativas. Para mitigar essas limitações, a integração dos dados torna-se essencial, ampliando a compreensão do fenômeno analisado.

REFERÊNCIAS

1. Martins-Borges L, Lodetti MB, Jibrin M, et al. Inflexões epistemológicas: a Etnopsiquiatria. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2019 [acesso em 2024 out 07]; 31(spe):249-255. Disponível em: https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29001.
2. Salcedo-Barrientos D, Vergueiro ACB, Macedo CM, et al. Revisão Integrativa: um olhar sobre a violência de gênero vivenciada pela mulher migrante. *Ciências da Saúde: Avanços Recentes e Necessidades Sociais*. 2020 [acesso em 2024 out 5]; 3(2):93-104. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341662732_REVISAO_INTEGRATIVA_UM_OLHAR SOBRE_A_VIOLENCIA_DE_GENERO_VIVENCIADA_PELA_MULHER_MIGRANTE.
3. Souza JB, Heidemann ITSB, Pitilin EB. Determinantes sociais da saúde de mulheres migrantes haitianas: repercussões no enfrentamento da COVID-19. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2020 [acesso em 2024 out 10]; 22(64362):1-8. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/64362>.
4. Faqueti A, Grisotti M, Risson AP. Saúde de imigrantes haitianos: revisão de estudos empíricos qualitativos. *Interface*. 2020 [acesso em 2024 out 8]; 24(190311):1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190311>.
5. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Justiça – SENAJUS. Migração no Brasil. Boletim Informativo Nº 4, 2024 Out. [acesso em 2024 dez 12]. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/secretaria-nacional-de-justica-senajus/boletim-da-migracao-no-brasil_10102024_versao-agosto-final-10-out-2024-1.pdf.
6. Rodrigues KV, Almeida PF de, Cabral LM da S, et al. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. *Saúde Debate*. 2021 [acesso em 2025 jan 13]; 45(131):998-1016. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5730/488>.
7. Souza JB, Heidemann ITSB, Walker F, et al. Vulnerability and health promotion of Haitian immigrants: reflections based on Paulo Freire's dialogic praxis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021 [acesso em 2024 nov 18]; 55(e03728): 1-8. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020011403728>.
8. Alves JF de S, Martins MAC, Borges FT, et al. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 [acesso em 2024 out 10]; 24(12):4677–4686. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.32242017>.
9. Ventura D de FL, Yujira VQ. Saúde de migrantes e refugiados. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da família. Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, florestas e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs). 2022 [acesso em 2024 dez 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-do-campo-da-floresta-das-aguas-povos-e-comunidades-tradicionais/guia-de-diretrizes-para-a-atencao-integral-a-saude-das-populacoes-do-campo-floresta-e-aguas-cfa-e-povos-e-comunidades-tradicionais-pcts.pdf/view>.
11. Mendonça F de F, Lima LD de, Pereira AMM, et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate*. 2023 [acesso em 2024 nov]; 47(137):13-30.

Disponível

em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7841>.

12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília – Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

13. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and Conducting Mixed Methods Research. 3ª ed. Los Angeles: SAGE; 2018.

14. Minayo MC de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa. 2017 [acesso em 2024 out 12]; 5(7):1–12. Recuperado de <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.

15. Costa NBN, Gurgel H, Matos KFR. Migração e Saúde: inter-relações, legislação e acesso: inter-relações, legislação e acesso. Tempus - Actas de Saúde Coletiva. 2021 [acesso em 2024 nov 3]; 14(3):99-114. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2866>.

16. Mendes GF, Branco PGG. Curso de Direito Constitucional. 15 ed. São Paulo: Saraiva; 2020.

17. Cavalcanti L, Oliveira T, Macedo M. Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra. 2021. [acesso em 2024 nov 3]; Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>.

18. Kennard B, Moorehead A, Stewart S, et al. Adaptation of Group-Based Suicide Intervention for Latinx Youth in a Community Mental Health Center. Journal of Child and Family Studies. 2020 [acesso em 2024 nov 3]; 29:2058-2069. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01718-0>.

19. Yu M, Kelley AT, Morgan AU, et al. Challenges for Adult Undocumented Immigrants in Accessing Primary Care: A Qualitative Study of Health Care Workers in Los Angeles County. Health Equity. 2020 [acesso em 2024 nov 4]; 4(1):366-374. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32923841/>.

20. Kang C, Tomkow L, Farrington R. Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK. British Journal of General Practice. 2019 [acesso em 2024 nov 4]; 69(685):537-545. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30745354/>.

21. Rocha ASPS, Cunha TR, Guiotoku S, et al. Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética. Revista Bioética. 2020 [acesso em 2024 nov 3]; 28(2):384–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282400>.

22. Lebano A, Hamed S, Bradby H, et al. Migrants ‘and refugees’ health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. BMC Public Health. 2020 [acesso em 2024 nov 6]; 20(1039):1-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>.

23. Asuamah MA, Agyenim-Boateng R. Access to Reproductive Healthcare Services Among African Women Living in Beijing: Understanding the Challenges. Journal of Racial and Ethnic Health Disparities. 2023 [acesso em 2024 nov 7]; 10(1):343-349. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01225-y>.

23. Guerra LC, ArêdesLN, CarvalhoVB, et al. Reasons and factors related to non-adherence to breast and cervical cancer screening in primary health care in São José do Rio Preto - SP after the COVID-19 pandemic. Revista de Medicina. 2023 [acesso em 2024 dez 04]; 102(5):1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v102i5e-208207>.

24. Cortez EN, Costa LLS, Botelho SA, et al. Fatores para rastreamento tardio do câncer de colo de útero: uma revisão integrativa de literatura . Research, Society and Development. 2023 [acesso em 2024 dez 03];

- 12(6):1-9. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42275>.
25. Pagès CF, Angàs MB, Urgell FR, et al. Barreras en la comunicación asistencial con pacientes inmigrantes de origen amazig. Revista Española de Comunicación em Salud. 2020 [acesso em 2024 nov 10]; 11(2): 217-225. Disponível em: <https://doi.org/10.20318/recs.2020/5249>.
26. Silva CB da, Santos EP dos, Gomes L dos S, et al. Essential attributes: fundamentality of evaluation for quality in primary health care. Brazilian Journal of Development. 2023 [acesso em 2024 nov 7];9(2):6595-6611. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n2-031>.
27. Martin D, Inoue VRS, 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 [acesso em 2024 nov 08];(29):49-68. Disponível em: <https://www.revistadelcesla.com/index.php/revistadelcesla/article/download/769/591/3620>.
28. Schenker M, Costa D. H. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. Ciência & Saúde Coletiva. 2019 [acesso em 2024 nov 7]; 24(4):1369-1380. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>.
29. Cruz MJB, Santos A de F dos, Macieira C, et al. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. Caderno de Saúde Pública. 2022 [acesso em 2024 nov 7]; 38(2):1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088121>.
30. Almeida HB de, Vanderlei LC de M, Mendes MF de M, et al. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. Cadernos de Saúde Pública. 2021 [acesso em 2024 nov 7]; 37(2):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022020>.
31. Ribeiro SP, Cavalcanti M de LT. Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve. Ciência & Saúde Coletiva. 2020 [acesso em 2024 nov 7]; 25(5):1799-1808. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.
32. Kkosi B, Seeley J, Ngenya N, et al. Explorando a candidatura de adolescentes e jovens para utilização de serviços de saúde em um distrito rural, África do Sul. BMC Health Services Research. 2019 [acesso em 2024 nov 5];19(195):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3960-1>.
33. Legido-Quigley H, Pocock N, Tan ST, et al. A assistência médica não é universal se os migrantes sem documentos forem excluídos. The BMJ. 2019 [acesso em 2024 nov 5]; 366(14160): 1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.l4160>.

ARTIGO II

Comportamentos de cuidados em saúde da mulher migrante universitária em região de fronteira internacional

Health care behaviors of female migrant university students in an international border region

Comportamientos de atención de salud de estudiantes universitarias migrantes en una región fronteriza internacional

RESUMO

Objetivo: Apreender o comportamento e a percepção da mulher migrante internacional universitária sobre a necessidade de cuidados com sua saúde.

Método: Estudo descritivo exploratório, qualitativo, conduzido à luz do referencial do Interacionismo Simbólico. Foram participantes 19 mulheres migrantes internacionais, de uma universidade pública, em Foz do Iguaçu, Brasil. A técnica para coleta foi a entrevista, cujos dados foram analisados por Análise Temática.

Resultados: Emergiu uma categoria de análise principal, denominada Desafios e Fragilidades para o Cuidado da Saúde. Foi revelado que as mulheres constroem significados em torno de práticas saudáveis, como alimentação equilibrada, estratégias para cuidar da saúde mental, uso de plantas e ervas medicinais e incorporação de atividades físicas em suas rotinas. Essas práticas conviveram com lacunas relativas à saúde sexual e reprodutiva. Essa dinâmica evidenciou a necessidade de serviços de saúde que reconheçam e adaptem às interpretações culturais e às realidades acadêmicas dessas mulheres, promovendo um cuidado integral.

Considerações finais: As mulheres migrantes universitárias ao interagirem em um novo contexto cultural, atribuíram significados às práticas de cuidado em saúde, buscando conciliar tradições culturais com as demandas e recursos locais. Barreiras como desinformação e acesso limitado aos serviços afetaram os cuidados preventivos em saúde sexual e reprodutiva.

Descritores: Comportamentos Relacionados com a Saúde. Assistência à Saúde. Interacionismo Simbólico. Migração Internacional. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To understand the behavior and perception of international migrant university women regarding the need for health care.

Method: This is a descriptive-exploratory, qualitative study, conducted in light of the Symbolic Interactionism framework. The participants were 19 international migrant women from a public university in Foz do Iguaçu, Brazil. The data collection technique was interviews, and data were analyzed using Thematic Analysis.

Results: A main category of analysis emerged, called Challenges and Weaknesses in Health Care. It was revealed that women construct meanings around healthy practices, such as a balanced diet, strategies to care for mental health, use of medicinal plants and herbs, and incorporation of physical activities into their routines. These practices coexisted with gaps in sexual and reproductive health. This dynamic highlighted the need for health services that recognize and adapt to the cultural interpretations and academic realities of these women, promoting comprehensive care.

Conclusion: When interacting in a new cultural context, female university migrants attributed

meanings to health care practices, seeking to reconcile cultural traditions with local demands and resources. Barriers such as misinformation and limited access to services affected preventive care in sexual and reproductive health.

Descriptors: Health-Related Behaviors. Health Care. Symbolic Interactionism. International Migration. Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el comportamiento y la percepción de las mujeres universitarias migrantes internacionales respecto a la necesidad de atención en salud.

Método: Estudio cualitativo descriptivo exploratorio, realizado a la luz del marco del Interaccionismo Simbólico. Participaron diecinueve mujeres migrantes internacionales de una universidad pública de Foz do Iguaçu, Brasil. La técnica de recolección fue la entrevista, cuyos datos fueron analizados mediante Análisis Temático.

Resultados: Surgió una categoría principal de análisis denominada Desafíos y Debilidades para la Atención en Salud. Se reveló que las mujeres construyen significados en torno a prácticas saludables, como la alimentación equilibrada, las estrategias para el cuidado de la salud mental, el uso de plantas y hierbas medicinales y incorporación de actividades físicas a sus rutinas. Estas prácticas coexistieron con brechas en la salud sexual y reproductiva. Esta dinámica puso de relieve la necesidad de contar con servicios de salud que reconozcan y se adapten a las interpretaciones culturales y realidades académicas de estas mujeres, promoviendo una atención integral.

Consideraciones finales: Al interactuar en un nuevo contexto cultural, las mujeres universitarias migrantes atribuyeron significados a las prácticas de atención de salud, buscando conciliar las tradiciones culturales con las demandas y recursos locales. Barreras como la desinformación y el acceso limitado a los servicios han afectado la atención preventiva en salud sexual y reproductiva.

Descriptor: Comportamientos relacionados con la salud. Cuidado de la salud. Interaccionismo simbólico. Migración Internacional. Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

Os movimentos migratórios encontram-se em ascendência em todo o globo. O número de migrantes internacionais já alcançou, a nível mundial, 281 milhões de pessoas, desse total 135 milhões são mulheres, destacando a intensificação da mobilidade global e a crescente diversidade dos fluxos migratórios que caracterizam o cenário do século XXI⁽¹⁾.

As migrações internacionais geram transformações e introduzem novas dinâmicas nas sociedades de origem e de destino. Esse fenômeno é de natureza complexa, pois o migrante é um agente em constante transformação e reconfigura os territórios em diferentes níveis. Sua presença e interação com novos espaços possibilitam a criação de novas formas de ser, estar e viver, abrem caminhos para perspectivas que ampliam e enriquecem os horizontes culturais e sociais⁽²⁾.

Neste espaço transformador, a saúde da mulher migrante mostra-se como um tema a ser discutido no contexto global, tendo em vista o aumento da migração feminina e das

especificidades que acompanham essa população. Para as mulheres mais jovens que buscam a migração, impulsionadas principalmente por melhores oportunidades educacionais, todo esse processo poderá produzir impactos negativos à sua saúde física e mental, considerando as dificuldades relacionadas à adaptação cultural, interação com seus pares e ausência de uma rede de apoio familiar e social⁽³⁾. Essas dificuldades são preocupantes, pois podem provocar prejuízos e mudanças nos comportamentos e práticas de cuidado em saúde.

Um estudo francês descreveu que as mudanças de comportamentos de cuidados de mulheres migrantes, a precariedade do estilo de vida, as barreiras da linguagem e as dificuldades de compreender o funcionamento do sistema de saúde, tornaram os cuidados e o atendimento à saúde bastante deficitários, em especial para as ações de prevenção de agravos⁽⁴⁾. Desse modo, a migração internacional coloca a saúde de mulheres em risco, sobretudo a sexual e reprodutiva, como apontou um estudo canadense⁽⁵⁾.

A convivência com diferentes culturas e com a dinâmica transfronteiriça, considerando o cenário de estudo, tornam a experiência migratória ainda mais complexa às mulheres, uma vez que precisarão conciliar as demandas acadêmicas e pessoais, com os desafios de acesso e adaptação aos sistemas de saúde locais que já se encontram fragilizados⁽⁶⁾. Além disso, aspectos do dia a dia como alimentação, atividade física, saúde sexual e reprodutiva ganharão novos significados, exigindo dos profissionais e serviços de saúde abordagens específicas que considerem os contextos socioculturais e as trajetórias de vida dessas mulheres.

Neste espaço, torna-se relevante compreender como as mulheres migrantes jovens atribuem significados às suas escolhas e como suas interações sociais e culturais influenciam na construção de seus cuidados em saúde. Esse debate poderá contribuir para a formulação de estratégias inclusivas e culturalmente sensíveis, capazes de promover uma atenção à saúde mais humanizada e eficaz para mulheres migrantes, sobretudo no contexto das universidades e de regiões de fronteira.

Com base neste pressuposto, o objetivo do estudo foi apreender o comportamento e a percepção da mulher migrante internacional universitária sobre a necessidade de cuidados com sua saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa⁽⁷⁾, conduzido à luz do referencial teórico do Interacionismo Simbólico⁽⁸⁾ (IS), cujo método foi delineado a partir das diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O cenário de pesquisa foi o município de Foz do Iguaçu, Paraná, localizado na tríplice

fronteira – Brasil, Paraguai e Argentina. O município é marcado pelo encontro de diferentes culturas, onde convivem aproximadamente 95 nacionalidades, somado a atrativos turísticos (Parque Nacional, Cataratas do Iguaçu e Itaipu Binacional) que fortalecem a integração regional e atraem uma imensidão de pessoas de diferentes continentes⁽⁹⁾. Além disso, a região tem sido procurada por indivíduos jovens que buscam melhores chances universitárias, sejam por brasileiros ao país vizinho (Paraguai), como por migrantes internacionais, principalmente da América Latina, para ingressar em uma universidade pública brasileira.

A pesquisa foi conduzida especificamente em uma instituição pública de ensino superior, bilíngue (Português - Espanhol), onde ingressam estudantes brasileiros, de países integrantes do Mercosul e demais países da América Latina.

Foram participantes do estudo 19 mulheres migrantes internacionais, acadêmicas de uma universidade pública federal, que atenderam os seguintes critérios de inclusão: idade acima de 18 anos, de nacionalidade diferente da brasileira, matriculadas em cursos de graduação há pelo menos 12 meses. Como critérios de exclusão adotou-se: mulheres migrantes universitárias que não utilizavam o Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se que todas as estudantes declararam usar o SUS, portanto, não houve exclusões.

A partir do Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas da referida universidade, foram identificadas 489 discentes de nacionalidade não brasileira que atenderam os critérios de inclusão. Em seguida, as participantes foram convidadas pelo e-mail institucional ou por abordagem presencial na própria instituição. A coleta de dados ocorreu entre abril e agosto de 2024.

Foram realizadas entrevistas, conduzidas pela primeira autora que é enfermeira, realiza atendimentos a migrantes e que recebeu treinamento prévio dos demais autores, que possuem expertise em pesquisa qualitativa. Para garantir a clareza e adequação do roteiro de perguntas, bem como, treinamento para a entrevistadora, foram conduzidas três entrevistas piloto, que, posteriormente, foram incluídas no estudo. As entrevistas foram previamente agendadas e ocorreram em um ambiente privativo na própria universidade, sem quaisquer tipos de interrupções.

Com duração média de 45 minutos, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente de forma manual, sem o uso de *software*. Após a transcrição, os registros foram enviados individualmente por e-mail às participantes para revisão e validação, sem que houvesse apontamento de alterações. O processo de coleta de dados foi encerrado quando se

atingiu a saturação de dados⁽⁷⁾, alcançada por meio de análises constantes durante o processo de coleta de dados.

As entrevistas foram apoiadas por um roteiro de perguntas semiestruturadas, elaborado pelos pesquisadores, composto por sete questões de caracterização e as demais (18) conduzidas a partir da seguinte pergunta norteadora: Como você realiza os cuidados com sua saúde?

A análise de dados eleita foi a Análise Temática⁽⁷⁾, que seguiu suas três fases de construção: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, envolvendo inferência e interpretação. Este tipo de análise favoreceu a obtenção de narrativas detalhadas, permitindo a exploração dos significados construídos pelas mulheres migrantes em relação ao cuidado com a saúde.

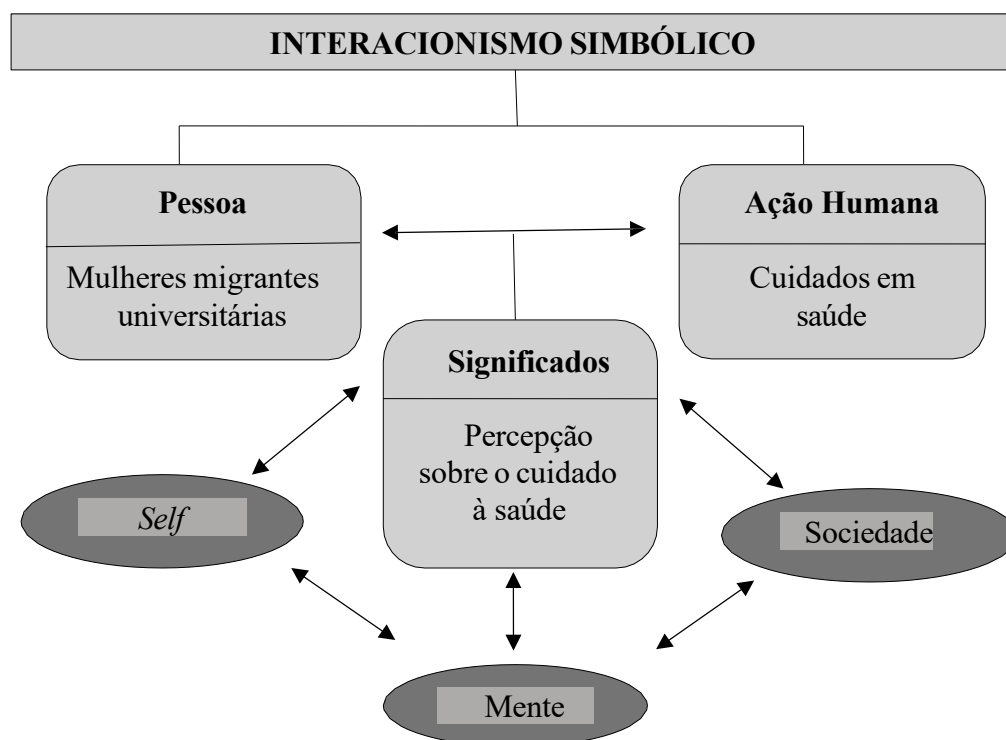
Importante ressaltar que, as instituições de ensino superior podem ser consideradas espaços de desenvolvimento que vão além da esfera técnico-profissional. Portanto, no pensamento do IS, ao oferecer oportunidades e promover vivências e experiências acadêmicas, culturais, afetivas, relacionais, sexuais e amorosas, essas instituições contribuem significativamente para a (trans)formação dos indivíduos⁽¹⁰⁾.

O IS se refere a uma abordagem da sociologia norte-americana que busca entender os significados e as lógicas que fundamentam as ações humanas. Enquanto teoria subjetivista, o IS considera a perspectiva do indivíduo e sua interpretação da situação como elementos essenciais para compreender o ser humano como um ser social. Essa abordagem se relaciona com a concepção de desenvolvimento humano adotada nesta pesquisa, que o vê como um processo dependente do ambiente social e das interações que surgem a partir dessa inserção^(8, 10).

Por considerar o contexto das mulheres migrantes universitárias, foi fundamental compreender conceitos-chave do IS, como símbolos, *self*, mente, ação humana, sociedade e interação humana. O símbolo é a percepção e interpretação que a pessoa faz de algo; o *self*, é um conceito comum a todos, relacionado à interação da pessoa consigo mesma, abrangendo autopercepção e pensamento; a mente é o processo social de interação consigo mesma, por meio de símbolos, que atribui significados e interpreta estímulos; a ação humana resulta da auto interação, na qual a pessoa define metas, observa e avalia as ações alheias e toma decisões para direcionar seu comportamento. Esse processo envolve interações com outros e com o *self*; a interação social é um processo dinâmico em que a pessoa, como ator, se comunica, interpreta e se relaciona com os outros. Através da utilização de símbolos, auto interação e decisões, a pessoa se torna um objeto social, e a interação simbólica é fundamental para compreender o significado das ações e a dinâmica das relações sociais ⁽⁸⁾.

A partir do referencial teórico do IS⁽⁸⁾, foi elaborado um esquema gráfico que representa o comportamento e a percepção da mulher migrante internacional universitária sobre a necessidade de cuidados com sua saúde, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Interacionismo Simbólico de mulheres migrante universitárias, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2025.



Fonte: Autores, 2025.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e respeitou a resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 77188224.1.0000.0107 e pelo Parecer n.º 6.687.085. Para garantir o anonimato das participantes, essas foram identificadas como MP1 (Mulher Participante 1), MP2 de forma numérica sequencial.

RESULTADOS

Participaram das entrevistas 19 mulheres, provenientes da Colômbia (5), Paraguai (4), Peru (3), Haiti (3), Venezuela (2), Nicarágua (1) e Bolívia (1), com idades entre 21 e 50 anos,

com residência no Brasil em média a três anos e cursando, predominantemente, Letras e Medicina.

As mulheres migrantes participantes do estudo enfrentaram desafios relacionados à adaptação cultural, linguística e social, que refletiram diretamente em suas práticas de cuidado com a saúde. A partir dos relatos a respeito dos cuidados com a saúde, emergiu uma categoria de análise principal, denominada Desafios e Fragilidades para o Cuidado da Saúde, culminando em cinco subtemas apresentados na Figura 2.

Figura 2 - Comportamentos de cuidados da mulher migrante universitária em região de fronteira. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2025



Fonte: Autores, 2025.

Desafios para as práticas alimentares e aculturação

As participantes relataram que baseiam seus cuidados de saúde em práticas alimentares saudáveis, valorizando o preparo de refeições com ingredientes frescos e, sempre que possível, com alimentos típicos de seus países de origem.

[...] na alimentação, eu tento evitar as farinhas, refrigerantes. [...] não consigo comer coisas com muito óleo meu estômago não tolera. (MP3)

[...] Eu me organizo para comer, tipo um cardápio [...] eu sei se eu não comer bem que não vou poder me concentrar normalmente para poder estudar, porque é tudo um ciclo, tem que estudar, mas para estudar tem que dormir, se você não dorme bem você não vai poder memorizar. (MP5)

A primeira coisa que eu faço para cuidar da minha saúde é que eu não uso muito produto químico. [...] não bebo refrigerante, tipo industriais [...], para comida eu como coisa que é natural, às vezes eu como no restaurante. (MP9)

As participantes reconheceram a alimentação saudável como uma estratégia central de cuidado com a saúde, porém, descreveram dificuldades em manter esse hábito no Brasil, especialmente quando comparado às práticas alimentares do país de origem. Entre as dificuldades apontadas estão o custo elevado para manter uma dieta equilibrada, a falta de acesso a ingredientes típicos e a necessidade de adaptar suas refeições ao contexto local.

A adaptação ao consumo de alimentos culturalmente brasileiros, foi mencionada como um obstáculo, tanto por diferenças de paladar quanto pela percepção de que muitos alimentos disponíveis não atendem às expectativas de qualidade ou valores nutricionais baseados em suas tradições culturais. Esses fatores destacaram que a alimentação saudável, embora essencial, pode ser dificultada pelas condições econômicas e culturais do processo de migração.

[...] por ejemplo, yo en mi país no comía muchas cosas que acá son muy habituales, como la pasta, por ejemplo, el macarrão es muy habitual acá, el pan, así como el pan. La alimentación allá es base de raíz, [...] son muy habitual los frijoles, el arroz en una menor cantidad, este y más cereales avena, cebada, este, trigo otras, pero no el pan otras, avena, cebada, chía, linaza hay muchos cereales muchos granos la papa no tanto realmente, [...] la mandioca, otros tubérculos también son muy comunes allá [...] acá se come mucho macarrão todos los días, veo, siempre hay macarrão en las marmitas, tienen mucho carbohidrato [...]. (MP8)

[...] frutas a cá son muito custosas, [...] em Colômbia em mí casa hay laranja, em árvore. Una batata, em mí casa tem batata na huerta, [...], a cá me dá medo esse tipo de alimentação que é tudo em lata, em paquetado. [...] foi um choque, mas estoy adaptando, estoy tratando fazer algumas coisas. Entón son muitas coisas que no posso dizer que estoy fazendo cuidado de mí salud porque no tengo acceso. [...] tengo que adaptar. (MP18)

Na alimentação, tento cuidar, mas é bem difícil ter dinheiro para cuidar da alimentação. [...] frutas e verduras, por exemplo, é muito caro. Aí, não sei. A única fruta assim que em casa a gente come de vez em quando é banana [...]. (MP19)

Rotina de atividades físicas

A adoção de práticas de atividades físicas, como caminhadas, uso de bicicleta e exercícios realizados em academias, foi relatada pelas mulheres migrantes como uma forma de promover a saúde e o bem-estar. No entanto, a academia, embora valorizada por oferecer uma estrutura adequada para diferentes tipos de exercícios, apresentou barreiras como custos elevados e a falta de tempo para frequentar regularmente.

[...] para vir para faculdade eu sempre venho a pé. A única caminhada que faço é para vir, mas para ir embora vou de ônibus [...]. (MP3)

[...] trato de hacer un poco de ejercicio unas 4 o 5 veces por semana [...]. (MP8)

[...] eu sempre presto atenção o que aconteceu com o meu corpo. [...] agora eu estou aprendendo a andar de bicicleta. (MP9)

Estou cuidando da minha saúde, posso falar [...], estou tentando fazer a caminhada todo dia. Eu não peguei ônibus para ir ao meu trabalho, para fazer caminhada todo dia. (MP11)

[...] tento então cuidar da minha saúde, com meus hábitos, [...] tentar fazer esporte [...], às vezes eu caminho muito, caminho muito por causa da faculdade, às vezes tenho que ir para Paraguai também, então eu fico caminhando. (MP14)

Essas práticas, adaptadas às condições e preferências individuais, revelaram como a atividade física é incorporada no cotidiano das migrantes, mesmo diante de desafios culturais, econômicos e de rotina acadêmica.

[...] eu vou na academia, mas eu parei por causa do dinheiro [...]. (MP5)

Tradições de cuidado: uso de chás e remédios caseiros

O uso de chás naturais foi mencionado pelas mulheres migrantes como uma prática comum de cuidado com a saúde, associada às tradições culturais de seus países de origem. Os relatos indicaram que os chás são utilizados tanto de forma preventiva, para fortalecer o sistema imunológico, quanto como tratamento caseiro para aliviar sintomas como dores, resfriados e problemas digestivos. As participantes relataram que a preparação dos chás é um hábito transmitido por gerações, valorizando o conhecimento ancestral sobre as propriedades medicinais de ervas e plantas.

[...] na minha família tem essa crença dos chás tipo para dor de estômago, a gente toma um chá de menta, coisas assim para aliviar a dor, [...] estamos muito acostumadas de ervas essas coisas. (MP1)

[...] tem para cada doença, então por exemplo tem o boldo que é para dor de estômago, tem anis, tem a camomila, a gente toma muito camomila. Quando você tiver febre e tal ou alguma dor a gente toma a menta, então isso também é o costume da minha família. Eu sou a pessoa que tem um monte de ervas na minha casa. (MP3)

[...] na época do Covid a gente consumia muito chá para gripe, assim para imunidade, gripe essas coisas, a gente usou bastante [...]. (MP4)

Quando eu cozinho uso a palha com alho com cravo, isso eu faço quando eu não como normalmente e se eu fiquei cheia de gases, aí antes de comer eu faço o chá [...]. (MP5)

[...] ahorita estoy cultivando albahaca y manzanilla, camomila, yo conseguí semillas y los estoy cultivando, [...] y lo que quiero hacer un jardín de hierbas medicinales, porque es algo que yo tenía allá, tenía muchas cosas, tenía gengibre, tenía cúrcuma, tenía tomillo, tenía orégano este boldo, manzanilla eh, hay una flor que se usa para hacer un té para dormir, que te ayuda a dormir que se llama valeriana. (MP8)

[...] minha mãe me deu uma unha de gato, é um chá que dão para a terceira idade. [...] como mulher estou na etapa de 50 anos para frente, acho que tem que cuidar-se um pouco mais. (MP12)

[...] minha família é do Peru mesmo [...] ali têm muita medicina natural, como as plantas, os chás [...]. Tinha muitas aftas na boca [...] não conseguia comer direito. E o que minha mãe falou foi fazer um chá de folhas de goiaba. Depois também foi com vinagre, sal, água. (MP14)

Contudo, algumas mulheres apontaram dificuldades em encontrar determinadas ervas típicas de suas regiões, precisando substituí-las por alternativas disponíveis no Brasil.

[...] tem muitas coisas que aqui não tem, e tem no Paraguai. Por exemplo o eucalipto nunca achei aqui. Então no Paraguai você já compra o eucalipto como se fosse a erva doce que vem nos pacotes, no supermercado tem uma sessão de ervas. (MP3)

Essas práticas ressaltaram a importância do vínculo cultural e da sabedoria popular no cuidado cotidiano com a saúde entre as mulheres migrantes.

Estratégias para cuidar da saúde mental

O equilíbrio da saúde mental emergiu como uma preocupação entre as mulheres migrantes, com relatos que destacaram a busca por psicoterapia como uma forma estruturada e profissional de lidar com os desafios emocionais. Algumas participantes mencionaram a importância desse suporte para enfrentar questões como ansiedade, estresse decorrentes da adaptação cultural. Além disso, outras estratégias alternativas também foram apontadas, como ouvir *podcasts* sobre bem-estar e desenvolvimento pessoal, que oferecem uma abordagem prática e acessível para promover reflexões e incentivar mudanças positivas no cotidiano. Essas práticas refletiram na busca por formas diversificadas de autocuidado e resiliência, combinando o apoio formal e recursos informais para preservar a saúde mental.

[...] faço psicoterapia semanalmente, [...] tento cuidar da saúde com respeito ao acadêmico, porque era uma pressão de ser perfeita e de estar tudo em dia da faculdade e aqui na U. tem sido bem diferente. [...] os meus transtornos influenciam no desempenho acadêmico. (MP6)

[...] faço terapia é um cuidado [...]. (MP19)

Eu estou praticando para a minha saúde mental, escutar podcast no fone, podcast tipo de saúde, de cuidar da sua vida mental. Eu tento sair também no final da semana, fiquei com as minhas amigas conversando um pouquinho, assisti um filme para me descansar. (MP11)

Para manter a saúde mental, as mulheres migrantes também descreveram a dança, práticas para relaxamento, lazer e a meditação, inclusive advindas do próprio contexto cultural.

[...] Eu cuido muito do meu horário de sono, cuido do meu lazer [...], mas não tenho um horário de lazer fixo. (MP5)

Eu gosto de dançar, [...] depende como que está a ansiedade e depressão, que tem fim de semana que eu não piso a rua e tem outros dias que eu gosto sim de sair e dançar, me faz muito bem o movimento à saúde, para a saúde mental, física. (MP6)

[...] tenho uma filosofia de vida, que é o Budismo. No Budismo a gente tem como fazer uma meditação. Essa meditação para la salud faz muito bem. Então essa meditação me ajuda bastante, incrivelmente. Me hace entrar e focar para a minha vida cotidiana, minha vida diária, né. (MP12)

Descuidado da saúde sexual e reprodutiva

Com respeito a saúde sexual e reprodutiva, as mulheres, em sua maioria, não realizaram práticas preventivas de rotina. Essa situação decorreu de diversos fatores, como vergonha, desconhecimento sobre os serviços disponíveis, falta de acolhimento nos sistemas de saúde, ausência de informações adequadas sobre a importância da prevenção e pela rotina acadêmica.

Não tenho vida sexual. [...] faz muito tempo que não tenho. É, eu lembro a primeira vez que eu fui lá no ginecologista, [...], eu fiquei com vergonha. Ficar sem roupa, para mostrar as partes íntimas [...]. Eu fiz faz, já há dois anos. (MP9)

Acho que já ouvi falar mais não conheço. [...] você descrevendo, eu já vi que falar dele. Não, acho que nunca precisei. E eu nunca precisei. Teve uma condição muito estranha que foi que a menstruação chegou, ela é muito irregular, nunca é certo. Mas esse mês eu lembro que chegou no dia 15 e fiquei sete semanas sentindo mal. (MP13)

Não, eu sei que devo fazer, mas ainda não fez. Mas, acho que deixo passar tempo e aí não faço mais [...] eu sei que devo fazer. (MP14)

Si, Conoco, pero no participé. Mais bien, no és porque quero hacer, si no que no pensei nisso e me desilusionei del SUS. (MP16)

No, yo no, porque no sé, voy a ser sincera, yo... el tiempo que yo tengo, lo ocupo mucho en estudio, en Unila, mi pesquisa, en mi vida diaria y a veces dejo de lado la salud, la verdad. E cuando me doi algo, se compro medicamento sin prescripción, y tengo que estar así muy mal, muy mal para ir a hospital. (MP17)

Essas atitudes expuseram essas mulheres a riscos de agravos evitáveis e evidenciou a necessidade de ações específicas que promovam o acesso aos serviços para o cuidado preventivo, considerando as particularidades culturais e sociais desse grupo. Os depoimentos evidenciaram que a maioria das mulheres não realizaram o rastreamento para o câncer cérvico

uterino e testagens rápidas para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e nem sempre julgaram ser necessários. Essa situação foi agravada pelo desconhecimento sobre a importância desses exames, pois contribuiu para a baixa adesão às práticas preventivas e aumentou a vulnerabilidade aos agravos evitáveis.

Nunca fiz. Meu Deus, estou ficando aqui muito mal. Muito irresponsável.
(MP10)

Não é necessário para mim, [...] porque eu tenho só um parceiro sexual, para mim não é necessário mais. Eu estou pensando também para ir lá no UBS, precisar de um agendamento para esse exame. Para mim vai demorar, eu já sei. (MP11)

O exame também de ITS, [...] também não! É, importante sim, eu nunca fiz.
(MP14)

DISCUSSÃO

Na perspectiva do IS, permitiu-se com o estudo, compreender como as mulheres migrantes atribuem significados às suas práticas de cuidado com a saúde, em meio aos desafios impostos pela adaptação cultural, linguística e social. Segundo o IS, os significados foram construídos e negociados na interação social, cujas ações dessas mulheres refletiram não apenas suas vivências individuais, mas também os contextos sociais e culturais que moldaram suas experiências ao vir a um novo país⁽⁸⁾.

Nesse sentido a vivência universitária vai além dos currículos, programas e ementas das disciplinas, sendo moldada pelas relações e experiências que cada estudante estabelece dentro da universidade e em outros espaços, inserindo-se em uma rede complexa de interações que impactam sua trajetória acadêmica e pessoal⁽¹⁰⁾.

Ao explorar como definem suas necessidades de saúde por meio de interações sociais e culturais, foi possível identificar por um lado as estratégias simbólicas que elas criaram para responder a essas demandas, mas por outro, os desafios estruturais e culturais percebidos em suas experiências no país de acolhimento. Esses achados foram particularmente relevantes, pois revelaram as práticas de cuidado como construções simbólicas influenciadas pelas dinâmicas do contexto migratório e acadêmico, destacando como essas mulheres reconstroem significados e moldam suas escolhas de saúde em um ambiente de constante interação e adaptação.

A partir das narrativas, surgiram os significados relativos à manutenção de práticas saudáveis, como alimentação equilibrada, atividades físicas adaptadas às suas rotinas, estratégias para cuidar da saúde mental e o uso de plantas e ervas naturais, que simbolizaram a preservação de tradições culturais. Essas práticas foram construídas e negociadas nas interações sociais e culturais, refletindo um esforço para equilibrar o *self* em meio aos desafios do contexto

migratório e acadêmico. Contudo, o cuidado com a saúde em aspectos gerais contrastou com a interpretação simbólica aparentemente limitada da saúde sexual e reprodutiva, marcada por lacunas na promoção e prevenção de doenças. Nessa ótica, evidencia-se a necessidade de ampliar o acesso às informações específicas e promover a conscientização sobre esse aspecto do cuidado, reconhecendo como as interações e os significados conferidos a essa temática influenciam o bem-estar integral dessas mulheres.

As práticas alimentares entre migrantes revelaram uma complexidade de fatores culturais, sociais e estruturais que moldaram suas escolhas e hábitos no contexto de acolhimento. As disparidades culturais, religiosas e socioeconômicas frequentemente geram padrões alimentares distintos entre migrantes e a população local, sendo especialmente desafiadoras para aqueles em situações de vulnerabilidade, visto que o acesso limitado a alimentos adequados e desafios de integração podem influenciar suas práticas alimentares⁽¹¹⁾. Nesse cenário, a manutenção de alimentos tradicionais e étnicos surge como um elemento importante para a promoção da saúde e do bem-estar geral, pois reforça a identidade cultural e oferece conforto emocional durante o processo de adaptação ao novo ambiente⁽¹²⁾.

Essas dinâmicas já foram observadas em diversos contextos. Em território americano, estudantes migrantes enfrentaram mudanças em seus hábitos alimentares, muitas vezes, marcadas pela substituição de alimentos frescos por opções menos saudáveis. Alguns relataram evitar o consumo de hortaliças e frutas na percepção de que esses produtos não eram frescos e poderiam conter modificações genéticas ou agrotóxicos em sua produção. No entanto, outros conseguiram retomar padrões alimentares típicos ao aprenderem a cozinhar, destacando o preparo de alimentos como estratégia de preservação cultural e de saúde. Os estudantes que adotaram a dieta típica norte americana relataram efeitos negativos para a saúde, incluindo ganho de peso, aumento da sensação de fadiga, desconforto abdominal e outras complicações que prejudicaram o seu bem-estar físico⁽¹³⁾.

Similarmente, na Austrália, migrantes chineses relataram transformações nos hábitos alimentares influenciadas pela dificuldade de acesso a ingredientes tradicionais, mudanças nas dinâmicas sociais das refeições e a curiosidade em experimentar novos alimentos. Esses relatos reforçam que, embora a migração provoque adaptações alimentares, ela também motiva esforços para preservar práticas culturais por meio da alimentação⁽¹⁴⁾. Ao relacionar alimentação com a saúde física e mental, emergiram os significados apreendidos pelas participantes às suas escolhas alimentares, que vão além da nutrição e refletem simbolicamente a conexão com sua identidade cultural. Essas escolhas foram continuamente reinterpretadas nas interações sociais e nos contextos vivenciados no país de acolhimento, revelando como as

experiências migratórias moldam não apenas seus hábitos alimentares, mas também a forma como percebem e constroem seu bem-estar geral.

A prática regular de atividade física desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, oferece benefícios que abrangem tanto melhorias no condicionamento físico quanto no bem-estar psicossocial⁽¹⁵⁾. Os resultados da pesquisa apontaram que as participantes demonstraram um esforço para integrar atividades físicas em suas rotinas, ajustando-as conforme a disponibilidade de tempo dentro de seus compromissos acadêmicos e financeiros. Apesar dos desafios relacionados à conciliação de horários, a maioria praticou exercícios físicos e os reconheceu como importantes símbolos de cuidados com a saúde física e mental.

O esforço para integrar a atividade física em suas rotinas destacou um comportamento proativo em relação aos cuidados com a saúde. Essa postura contrasta com os dados do estudo desenvolvido em universidades russas que registraram um aumento no número de estudantes com problemas de saúde⁽¹⁶⁾. Os níveis insuficientes de exercício estão relacionados a um maior risco de ganho de peso, síndrome metabólica, diabetes e doenças cardíacas⁽¹⁷⁾. Esse cenário sugere que estudantes universitários podem desenvolver doenças crônicas no futuro, gerando custos significativos para suas famílias e para a sociedade.

No que diz respeito ao uso de plantas e ervas medicinais, os saberes e práticas tradicionais trazidos pelas mulheres migrantes passam por transformações no país de acolhimento, sendo ressignificados e integrados a novos contextos e influências locais. Nessa conjuntura, a pesquisa transcultural é essencial para identificar necessidades de saúde culturalmente específicas e ampliar o conhecimento etnobotânico diretamente nas comunidades.

Essa adaptação foi evidenciada em uma pesquisa⁽¹⁸⁾, com mulheres migrantes haitianas em Nova York, as quais demonstraram forte vínculo com o uso de ervas naturais, tanto na alimentação quanto em cuidados de saúde da mulher. Essas práticas caribenhas, adaptadas à vida urbana, foram amplamente empregadas em situações como parto, puerpério, infecções ginecológicas e cistos ovarianos, destacando a resiliência e a capacidade de reinvenção dos saberes ancestrais em novos ambientes.

Além disso, as plantas medicinais são amplamente reconhecidas como fontes ricas de vitaminas e sais minerais essenciais para o funcionamento e vitalidade do organismo humano. Sua eficácia inspira confiança nos indivíduos que as utilizam, promovendo o compartilhamento e a valorização dessa forma de terapia⁽¹⁹⁾. Entre as mulheres migrantes, essas práticas, profundamente enraizadas em suas culturas, foram tradicionalmente transmitidas de geração em geração. O sucesso obtido com o uso de plantas medicinais encoraja mais pessoas a adotar

esses métodos, perpetuando-os e reforçando sua importância como elemento cultural e de cuidado à saúde⁽¹⁹⁾.

No campo da saúde mental, destacou-se a importância de estratégias voltadas para o equilíbrio emocional e o bem-estar psicológico, fundamentais para lidar com desafios impostos às mulheres migrantes. Essas estratégias abrangem desde o estabelecimento de redes de apoio até o uso de terapias alternativas e tradicionais, que se mostram eficazes para enfrentar pressões acadêmicas, culturais e sociais. Essa atenção é indispensável para assegurar a qualidade de vida e promover resiliência frente às adversidades enfrentadas⁽²⁰⁾.

Os problemas de saúde mental têm se tornado uma preocupação global crescente, exacerbados pelas mudanças no estilo de vida e pela pressão acadêmica. Questões como ansiedade e depressão estão cada vez mais comuns, especialmente entre jovens e adultos em idade produtiva. Além disso, fatores como isolamento social, insegurança financeira e crises globais, como pandemias e conflitos, agravam este cenário⁽²¹⁾.

A experiência acadêmica, por sua vez, é amplamente reconhecida como uma fase de transição, marcada pelo amadurecimento, desenvolvimento da autonomia, construção de laços afetivos e formação profissional. No entanto, também é descrita como um período de intenso estresse e vulnerabilidade, que pode favorecer o surgimento de diferentes transtornos mentais⁽²²⁾, particularmente ao incluirmos a mulher migrante internacional nesse contexto. Portanto, a literatura tem ampliado os debates com relação ao adoecimento mental, com relevância às especificidades e necessidades individuais de acordo com o contexto que cada indivíduo se encontra inserido⁽²³⁾.

Uma investigação com adultos nos Estados Unidos sustentou que a prática regular de exercícios físicos atua como um fator protetor para a saúde mental⁽²⁴⁾. Em conjunto, outro estudo brasileiro com universitários destacou que mesmo atividades físicas esporádicas, se mostraram particularmente eficaz na promoção da saúde mental, reforçando seus benefícios em diferentes níveis de frequência ao longo dos períodos analisados⁽²⁵⁾. Esses achados corroboram a assertividade dos comportamentos de cuidado adotados pelas mulheres migrantes, que incluíram a integração de práticas tradicionais de saúde e o uso de estratégias contemporâneas, como a dança e a meditação, para enfrentar os desafios para sua saúde mental na jornada migratória.

Com respeito à saúde sexual e reprodutiva, pesquisas indicaram que as disparidades sociais e culturais entre os países de origem e os países de acolhimento, aliadas às percepções das próprias mulheres, exercem um impacto negativo sobre o acesso e o engajamento das mulheres migrantes com os cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Esses desafios foram, por

muitas vezes, associados a fatores como estigma social, questões étnicas e discriminação relacionada à nacionalidade⁽²⁶⁾.

No contexto brasileiro, o sistema de saúde universal representa um importante facilitador no acesso aos direitos e aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva por parte de mulheres migrantes. A disponibilização de informações adaptadas à idade e ao gênero contribui para reduzir algumas dessas barreiras. Contudo, a falta de conhecimento sobre esses direitos ainda é uma questão predominante, sublinhando a importância de estratégias intersetoriais que sejam sensíveis às particularidades das mulheres migrantes e que considerem os diferentes contextos em que vivem⁽²⁷⁾.

A falta de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e a limitada disponibilidade de fontes de informação adequadas são agravadas por barreiras de comunicação e linguagem. Essas dificuldades têm um impacto significativo, pois muitas mulheres migrantes percebem as informações escritas como complexas e redigidas no idioma do país de acolhimento, que elas frequentemente não dominam. Assim, a forma como as informações são transmitidas exerce um papel fundamental na assimilação de conhecimento e na autonomia das mulheres em relação aos seus direitos e serviços de saúde sexual e reprodutiva⁽²⁶⁾.

Essas dificuldades de comunicação refletem diretamente na navegação pelo sistema de saúde, muitas vezes, desconhecidos e pouco acessíveis para as mulheres migrantes. Essa falta de familiaridade resulta em uma baixa procura por esses serviços, agravada pelo desconhecimento sobre quais serviços são oferecidos, onde estão localizados e em que horários estão disponíveis⁽²⁸⁾. Portanto, a superação desses desafios requer não apenas políticas públicas inclusivas, mas também esforços para promover a integração cultural e a disseminação de informações acessíveis e adequadas às realidades dessas mulheres.

Uma pesquisa realizada na China apontou diversos obstáculos no acesso à saúde sexual e reprodutiva para mulheres migrantes, incluindo a falta de conscientização sobre saúde reprodutiva, políticas migratórias discriminatórias, insatisfação com os serviços de saúde disponíveis e barreiras linguísticas⁽²⁹⁾. De maneira alinhada a estudos anteriores sobre os desafios nos atendimentos, esta pesquisa revelou que muitas mulheres enfrentaram dificuldades no acesso a cuidados preventivos essenciais, como o exame para prevenção do câncer cérvico uterino. Quase metade das participantes apresentaram indicação para realizar a coleta do exame preventivo, mas não o fizeram, além disso, nunca passaram por exames ginecológicos ou por testes para detecção de IST.

A saúde sexual e reprodutiva permeia todas as áreas do cuidado e destaca a importância de uma abordagem que ultrapasse as ações preventivas, promovendo uma perspectiva de

cuidado integral e contínuo. É fundamental que essas questões sejam trabalhadas por equipes de saúde capacitadas, para além de campanhas ministeriais, a fim de ampliar as discussões sobre sexualidade, gênero, prazer, desejo e reprodução, reconhecendo-os como aspectos fundamentais da condição humana e contribuindo para a promoção de uma assistência mais inclusiva e efetiva⁽³⁰⁾.

Ademais, destaca-se a relevância de implementar estratégias integradas que abordem o cuidado em saúde de maneira abrangente, levando em conta as particularidades das mulheres migrantes universitárias. Reconhecer os significados atribuídos por elas às suas práticas de saúde é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas e iniciativas institucionais que valorizem suas culturas, respeitem suas experiências e ampliem o acesso a serviços de saúde de forma inclusiva e humanizada. Além disso, os resultados sugerem a necessidade de ações direcionadas à saúde sexual e reprodutiva, promovendo educação e suporte adequado para que essas mulheres possam cuidar de sua saúde de maneira integral, em equilíbrio com as demandas acadêmicas e os desafios da migração.

Uma limitação deste estudo refere-se à dependência do autorrelato das participantes, o que pode influenciar os resultados devido à subjetividade das percepções, possíveis lapsos de memória e à tendência de relatar experiências de forma socialmente desejável. Além disso, a pesquisa foi conduzida em uma localidade específica no Brasil, o que pode restringir a generalização dos achados para outras regiões e contextos nos quais as mulheres migrantes estão inseridas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de mulheres migrantes universitárias em relação ao cuidado em saúde revelou a complexidade das interações simbólicas que permeiam suas escolhas e práticas. Por meio dessas interações, elas reinterpretaram significados individuais e culturais, conciliaram tradições com novas estratégias e desenvolveram formas para cuidar da própria saúde. A manutenção de hábitos como o uso de chás naturais, aliada à incorporação de práticas locais, como atividades físicas e serviços psicoterapêuticos, evidenciou a riqueza de sentidos construídos na interseção entre suas origens e o contexto de acolhimento.

A saúde sexual e reprodutiva, no entanto, destacou-se como uma fragilidade no comportamento de cuidados dessas mulheres. Os resultados da pesquisa evidenciaram que barreiras como desinformação, tabus culturais e dificuldades de acesso aos serviços específicos impactaram negativamente o cuidado preventivo e a busca por assistência adequada. A ausência de suporte integral e culturalmente sensível nos serviços de saúde contribuiu para uma atenção

insuficiente a questões como prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), planejamento familiar e acompanhamento ginecológico. Tais achados apontam para a necessidade de políticas públicas e estratégias educativas que abordem de maneira ampla e inclusiva as necessidades dessa população.

O *self* dessas mulheres foi moldado pelas experiências de migração e vida universitária, permitindo-lhes refletir sobre suas práticas de saúde, desenvolver estratégias para equilibrar demandas e promover autonomia e protagonismo em suas escolhas de cuidado. Nesse contexto, as interações no ambiente universitário e no sistema de saúde influenciaram suas atitudes e promoveram o cuidado, mesmo diante de experiências negativas, resistência e abandono de práticas em saúde.

Essas mulheres desenvolveram escolhas conscientes que equilibraram tradições culturais e práticas modernas de cuidado, promovendo bem-estar e integração em suas vidas. Nesse cenário, a colaboração entre mulheres migrantes, profissionais de saúde e instituições universitárias configura-se como um espaço interativo, fundamentado no respeito cultural. Essa abordagem favorece a autonomia das mulheres, permitindo que assumam protagonismo no cuidado à saúde e contribuam para a construção de um ambiente mais inclusivo, humanizado e alinhado às suas necessidades específicas.

Diante dos resultados deste estudo, sugere-se que pesquisas futuras aprofundem a compreensão das barreiras enfrentadas por mulheres migrantes universitárias no acesso à atenção primária à saúde. Além disso, investigações que explorem a percepção de profissionais de saúde sobre o atendimento a essa população podem fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de acolhimento e assistência. Estudos longitudinais também são recomendados para avaliar os impactos das políticas públicas na melhoria do acesso e na qualidade do cuidado prestado às mulheres migrantes.

REFERÊNCIAS

1. World Migration Report. Geneva: IOM; 2024 [cited 2025 jan 3]. Available from: <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/2024-05/world-migration-report-2024>.
2. Dutra GS, Sturza JM. O direito à saúde e a mobilidade humana global: migrações e a (im) probabilidade da fraternidade internacional. RBDG. 2022;8:1. Available from: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0111/2022.v8i1.8789>.
3. Ferreira AVS, Nascimento VN do, Borges LM. A saúde mental de mulheres imigrantes na universidade. Interação Psicol. 2022;26:2.

Available from: <https://doi.org/10.5380/riep.v26i2.76724>.

4. Ouanhnon L, Astruc P, Freyens A, Mesthé P, Pariente K, Rougé D, et al. Women's health in migrant populations: a qualitative study in France. *Eur J Public Health*. 2023;33(1):99-105. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac133>.

5. Chen YYB. International migrants' right to sexual and reproductive health care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022;157(1). Available from: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14149>.

6. Souza JB, Heidemann ITSB, Walker F, Schleicher ML, Konrad AZ, Campagnoni JP. Vulnerability and health promotion of Haitian immigrants: reflections based on Paulo Freire's dialogic praxis. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2021;55:e03728. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020011403728>.

7. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

8. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10^a ed. Boston: Prentice Hall; 2010.

9. Mendonça O, Prezotto F, Burt L. 1º Relatório Yglota de Nacionalidades e Etnias da Região Trinacional do Iguaçu. Foz do Iguaçu, PR: Instituto Yglota; 2023.

10. Leite R de CN. A formação de si do estudante universitário à luz do Interacionismo Simbólico. In: Sampaio SMR, Santos GG dos, Borja MEL. Observatório da vida estudantil: Compreensões e trilhas teórico-metodológicas. Salvador: Edufba; 2023. p. 63-80.

11. Jansen ES, Agyemang C, Boateng D, Danquah I, Beune E, Smeeth L, et al. Rural and urban migration to Europe in relation to cardiovascular disease risk: does it matter where you migrate from? *Public Health*. 2021;196. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.06.001>

12. Elshahat S, Moffat T, Gagnon O, Charkatli L, Gomes-Szoke ED. A relação entre dieta/nutrição e a saúde mental dos imigrantes nas sociedades ocidentais através de uma lente bio-psico-sociocultural holística: uma revisão de escopo. *Appetite*. 2023;183:e106463. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106463>.

13. Alakaam A, Willyard A. Eating habits and dietary acculturation effects among international college students in the United States. *AIMS Public Health*. 2020;7:2. Available from: <https://doi.org/10.3934/publichealth.2020020>.

14. Lee SD, Kellow NJ, Huggins CE, Choi TST. How and why diets change post-migration: a qualitative exploration of dietary acculturation among recent Chinese immigrants in Australia. *Nutrients*. 2022;14:e3573. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu14173573>.

15. Gucciardi DF, Hong K, Guerrero MD, Buscava E, Thøgersen-Ntoumani C, Ntoumanis N, et al. Longitudinal relations between psychological distress and moderate-to-vigorous physical activity: a latent change score approach. *Psicol Esporte Exercício*, 2020;47:e101490. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.02.005>.

16. Zemlyakova ZS, Shilko VG. Comparative analysis of state anxiety and morbidity rate in female students engaged in classical and slide aerobics. *Theory Prac Phys Cul*. 2020 [cited 2025 jan 04];10:38-40. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/comparative-analysis-of-state-anxiety-and-morbidity-rate-in-female-students-engaged-in-classical-and-slide-aerobics>.
17. Zhang Y, Tian Y. The Relationship between physical activity and depressive symptoms in middle-aged and elderly people controlling for demographic and health status variables. *Sustainability*. 2022;14:e13986. Available from: <https://doi.org/10.3390/su142113986>.
18. Vardeman ET, Kennelly EJ, Vandebroek I. Haitian women in New York City use global food plants for women's health. *J. ethnobiol. ethnomed*. 2024;20:8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13002-024-00648-1>.
19. Cavalcanti CA, Andrade YVS de, Lima CN. Estudo etnobotânico sobre a contribuição do uso de plantas medicinais utilizadas no sítio Frexeira Velha, pertencente ao município de Pesqueira –PE. *Braz. J. Develop*. 2020;6:12. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-106>.
20. Penha JRL, Oliveira CC, Mendes AVS. Saúde mental do estudante universitário: revisão integrativa. *J. Health NPEPS*. 2020;5:1. <https://doi.org/10.30681/252610103549>.
21. Jing X, Meng H, Li Y, Lu L, Yao Y. Associations of psychological capital, coping style and emotional intelligence with self-rated health status of college students in China during COVID-19 pandemic. *Psychol Res Behav Manag*. 2022;15. Available from: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S383743>.
22. Lambert A dos S, Castro RCA de M. Factors influencing the physical and psychic sickness of university students: an analysis of Brazilian scientific production. *Rev. Cocar*. 2020 [cited 2025 jan 7]; 14(28):70-89. Available from: <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/3107>.
23. Miranda PIG, Silva Júnior FJG da, Sales JC e S, Parente A da CM, Costa APC, Monteiro CF de S. COVID-19 pandemic and suicidal behavior in adults: systematic review of observational studies. *Rev. gaúcha enferm*. 2024;45:e20230195. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230195.en>.
24. Wang Y, Nie J, Ferrari G, Rey-Lopez JP, Rezende LFM. Association of physical activity intensity with mortality: a national cohort study of 403 681 US adults. *JAMA Intern Med*. 2021;181:2. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.6331>.
25. Leonardi FG, Andreazza R, Wagner GA. Factors associated with the mental suffering of undergraduate students in São Paulo from 2017 to 2021. *Rev. Aval Educ Sup*. 2024;29:e024032. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-57652024v29id28284332>.
26. Quintero LD, Osorio HO, Bojorquez-Chapela I, Isaza L, Acosta-Reyes J, Fernández-Niño JA. Interrupción voluntaria del embarazo y salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes en Barranquilla. *Pan American J. Public Health*. 2023;47e49. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.49>.

27. Chavez LJE, Lamy ZC, Silva LFN da, Goulart AMR, Cintra N, Neal S, et al. Barriers and facilitators for the sexual and reproductive health and rights of displaced Venezuelan adolescent girls in Brazil. *J Mig Health*. 2024;10:e100252. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2024.100252>.
28. 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. *PLoS ONE*. 2023;18(9): e0291486. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291486>.
29. Asuamah MA, Agyenim-Boateng R. Access to reproductive healthcare services among African women living in Beijing: understanding the challenges. *J. racial ethnic health Disparities*. 2023;10(1). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01225-y>.
30. Queiroz ABA, Carvalho AL de O, Bezerra J da F, Gaspar IM de P, Titara NML, Cardoso FM, et al. Sexual and reproductive health: analysis of the content published in two Brazilian scientific nursing events. *Rev. gaúcha enferm*. 2024;45:e20230121. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230121.en>.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação foi conduzida à luz dos atributos essenciais da APS, conforme propostos por Barbara Starfield, e do referencial teórico do IS, buscando articular elementos objetivos e subjetivos que permeiam o cuidado em saúde de mulheres universitárias em situação de mobilidade internacional.

A partir da análise integrada dos dados quantitativos e qualitativos, identificou-se que, embora a maioria das participantes reconheça a importância da APS como principal porta de entrada para o SUS, persistem barreiras que comprometem o acesso efetivo e resolutivo. Entre os principais obstáculos destacados estão os entraves burocráticos, as dificuldades comunicacionais, a inadequação dos horários de funcionamento das unidades de saúde e as fragilidades no acolhimento das especificidades socioculturais das mulheres migrantes.

As narrativas das estudantes migrantes revelaram experiências permeadas por sentimentos de insegurança, frustração e invisibilidade nos encontros com os serviços de saúde. Paralelamente, emergiram estratégias de resistência e solidariedade, construídas no cotidiano universitário e nas redes de apoio entre migrantes. Tais elementos ressaltam a relevância de compreender os sentidos e significados atribuídos a essas interações, evidenciando como elas influenciam as decisões de buscar ou evitar cuidados em saúde, bem como moldam as trajetórias individuais de acesso e continuidade do cuidado.

Ao dialogar com os atributos da APS, os resultados apontaram fragilidades significativas no acesso como primeiro contato, na continuidade do cuidado ao longo do tempo e na integralidade das ações ofertadas. Essas lacunas foram agravadas diante de um sistema de saúde que, por muitas vezes desconsidera as especificidades da condição migratória, o que resulta em formas sutis e estruturais de exclusão. A coordenação do cuidado, por sua vez, revelou-se limitada, especialmente no que se refere à articulação entre os diferentes níveis de atenção e à garantia de continuidade do cuidado nos territórios onde as estudantes estão inseridas.

Embora esta pesquisa esteja circunscrita a um recorte geográfico e populacional específico, mulheres migrantes vinculadas a uma universidade pública situada em região de fronteira, seus achados contribuíram para o aprofundamento das reflexões acerca das interseções entre saúde, gênero, migração e educação. Os resultados destacaram lacunas persistentes nas políticas públicas direcionadas à população migrante, bem como os desafios enfrentados por essas mulheres para efetivar seus direitos em saúde, mesmo em um sistema que se propõe universal, equitativo e integral como o SUS.

Ao mesmo tempo, as participantes revelaram importantes fortalezas em suas experiências com os serviços de saúde. Entre os aspectos positivos, destacaram-se a boa avaliação do cuidado prestado pelas equipes da APS, o reconhecimento de iniciativas de respeito às especificidades culturais e a percepção de que o sistema público de saúde brasileiro é, em muitos aspectos, mais acessível e abrangente do que os sistemas vigentes em seus países de origem. Esses elementos demonstraram que, apesar das barreiras, houve espaços de acolhimento e práticas que potencializaram o cuidado, servindo de base para o aprimoramento de políticas e serviços voltados à população migrante.

Ademais, as evidências aqui apresentadas reforçam a importância de investir na formação permanente de profissionais da saúde, com enfoque no cuidado transcultural e interseccional, além de ampliar estratégias de acolhimento e comunicação nos serviços da APS. Destaca-se, ainda, a relevância da articulação entre as instituições de ensino superior e as redes locais de saúde, de modo a potencializar ações que promovam o acesso e a equidade em contextos marcados pela diversidade e mobilidade humana.

Esta pesquisa contribui para o avanço do conhecimento sobre o acesso à APS por mulheres migrantes universitárias, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas, sensíveis às múltiplas dimensões da migração e comprometidas com a justiça social. Espera-se, assim, fortalecer o SUS como um sistema público, universal e verdadeiramente acessível a todas as pessoas, independentemente de sua nacionalidade, condição migratória ou trajetória de vida.

7. REFERÊNCIAS

- ADAMES, BRUNA; BORGES LUCIENNE MARTINS. Além das Fronteiras: haitianos e a exposição à violência durante o processo migratório. **Psicólogo InFormação**; [S.I.], v. 25, n. 25, p. 37-64, 2024. Disponível em: <https://revistas.metodista.br/index.php/psicologoinformacao/article/view/1079>. Acesso em: 14 mar 2025.
- AGULLO, J. **Una revisión geopolítica de la triple frontera de Paraná**. In: ACOSTA, Willy Soto (ed.). Repensar las fronteras, la integración regional y el territorio. Heredia, Costa Rica: Clacso; Idespo; Universidad Nacional de Costa Rica, 2017. Disponível em: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20170209035946/Repensar_las_fronteras.pdf. Acesso em: 10 jan 2025.
- ALBAN, L. L.; KEMMELMEIER, C. S.; RISSATO, D. Acesso e utilização de serviços de saúde por migrantes residentes em regiões de fronteira no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, [S. l.], v. 16, n. 11, p. e6701, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n11-144>. Acesso em: 08 dez 2024.
- ALMEIDA, L. P. **Saúde na fronteira Brasil-Paraguai: territorialidades e intersetorialidades nas estratégias de cuidado e educação em saúde**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2024. 550 p. Disponível em: https://www.fundect.ms.gov.br/wp-content/uploads/2024/11/eBook_saude-brasil-paraguai-1.pdf. Acesso em: 11 jan 2025.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9568/a03v29n2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jan 2025.
- ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. V. de H. C.; BEZERRA, R. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 783-836. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-443477>. Acesso em: 03 fev 2025.
- ANTONIOLLI, M. A. et al. **Comunicação entre profissionais de saúde e imigrantes haitianos: uma experiência de aproximação ensino e serviço para redução de vulnerabilidades**. 8º Congresso Internacional em Saúde, v. 8, 2021. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19242>. Acesso em: 14 fev 2025.
- ARAÚJO, T. N. et al. **Atenção à saúde de imigrantes haitianos em diferentes países na atualidade: revisão integrativa de literatura**. RECIIS, v. 15, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i1.2082>. Acesso em: 14 dez 2024.
- ARAÚJO, W. R. M. et al. Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-12, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007033>. Acesso em: 14 dez 2024.
- BAHAMONDES, L. et al. **Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil**. BMC Public Health, v. 20, p. 1771, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09912-x>. Acesso em: 07 dez 2025.

BARRAL, A. I. M. et al. **Migrações e cuidados de e para a América Latina**. Périplos: Revista de Investigações sobre Migrações, v. 6, n. 2, p. 6-15, 2022. DOI: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/44844/34509. Acesso em: 03 fev 2025.

BARRIENTOS, D. M. S. et al. **Revisão Integrativa: um olhar sobre a violência de gênero vivenciada pela mulher migrante**. In: CASTRO, L. H. A.; PEREIRA, T. T. (org.). Ciências da Saúde: Avanços Recentes e Necessidades Sociais 3. v. 2, p. 93-104, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.6672025059>. Acesso em: 11 nov 2024.

BITTON, A. et al. **Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries**. Journal of General Internal Medicine, v. 32, n. 5, p. 566-571, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3898-5>. Acesso em: 20 jan 2025.

BRANDÃO, J. R. M. **A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais**. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 1, e00178217, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178217>. Acesso em: 18 fev 2025.

BRANDT, G. B.; AREOSA, S. V. C.; RODRIGUES, K. P. **Política Pública para imigrantes: dificuldades e desafios no acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Lajeado/RS**. Redes (St. Cruz Sul, Online), v. 27, 2022. DOI: <https://doi.org/10.17058/redes.v27i1.17462>. Acesso em: 07 nov 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 jan 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 12 jan 2025.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: Acesso em: 03 nov 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 14 jan 2025.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 213, de 19 de julho de 2016**. Estabelece o conceito de "cidades-gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21772550/do1-2016-07-20-portaria-n-213-de-19-de-julho-de-2016-21772471. Acesso em: 03 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária nº**

13: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Editora MS, 2013. 124 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em: 03 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Revogada pela PRT GM/MS nº 1.645 de 01.10.2015.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 out. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 03 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Política Nacional de Atenção Básica. Anexo XXII. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 03 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 143, n. 61, seção 1, p. 71-76, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 03 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/psf01.pdf>. Acesso em: 10 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 03 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde/SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 91 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 03 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. 5. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 83 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso

em: 03 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linhas de Cuidado**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>. Acesso em: 10 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 03 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2020: número especial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologicohivaids-2020>. Acesso em: 11 nov 2024.

CAMPOS, A. G.; PINHEIRO, P. M. L.; CARVALHO, L. A. Cuidados de enfermagem a pessoas migrantes. In: ROCHA, E. S. C. et al. (org.). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade**. Brasília, DF: Editora ABEn, 2022. p. 72-83. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.e08>. Acesso em: 03 dez 2024.

CARVALHO, M. A. Saúde Coletiva e os territórios de fronteira. In: ZILLY, A.; SILVA, R. R. M. (orgs.). **Saúde pública na região da fronteira Brasil-Paraguai-Argentina**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. ISBN: 978-65-265-0004-0. Disponível em: <https://pedrojoaoeditores.com.br/produto/saude-publica-na-regiao-da-fronteira-brasil-paraguai-argentina/>. Acesso em: 17 nov 2024.

CAVALCANTE NETO, A. S.; OLIVEIRA, M. A. C. **Saúde dos imigrantes venezuelanos: revisão de escopo**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 20, p. e-56000, 2021. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.56000>. Acesso em: 14 nov 2024.

CONILL, E. M. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y seus efeitos na coesão social**. Intercambio III, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, 2 jan. 2007. Disponível em: http://idisa.org.br/img/File/Documento_Tecnico_APSFinal12set2007.pdf. Acesso em: 17 nov 2024.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 3. ed. Los Angeles: SAGE, 2018.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. 10. ed. Boston: Prentice Hall, 2010.

DANTAS, M. N. P. et al. **Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 24, e210004, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-54972021000>. Acesso em: 17 nov 2024.

FACCHINI, L.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. **Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018.** São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/site/wp-content/uploads/2021/11/Acesso-e-qualidade-na-atenc%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica-E-book.pdf>. Acesso em: 14 fev 2025.

FAQUETI, A.; GRISOTTI, M.; RISSON, A. P. **Revisão de estudos empíricos qualitativos sobre a saúde dos imigrantes haitianos.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, e190311, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190311>. Acesso em: 14 fev 2025.

FETTERS, M. D. **Six equations to help conceptualize the field of mixed methods.** Journal of Mixed Methods Research, v. 12, n. 3, p. 262-267, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/1558689818779433>. Acesso em: 18 jan 2025.

FUNAYAMA, A. R.; CYRINO, E. G.; GARCIA, M. A. A. Práticas profissionais e promoção da saúde na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista APS**, v. 25, supl. 1, p. 230-250, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35440>. Acesso em: 18 jan 2025.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. *et al.* **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental.** Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>. Acesso em: 18 jan 2025.

GOMES, R. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2358–2358, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500001>. Acesso em: 18 fev 2025.

KIM, H-Y. Statistical notes for clinical researchers: Chi-squared test and Fisher's exact test. **A Restorative Dentistry and Endodontics**, 42(2):152-155, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5395/rde.2017.42.2.152>. Acesso em: 23 mar 2025.

LEITE, R. de C. N. **A formação de si do estudante universitário à luz do interacionismo simbólico.** In: SAMPAIO, S. M. R.; SANTOS, G. G.; BORJA, M. E. L. (org.). Observatório da vida estudantil: compreensões e trilhas teórico-metodológicas. Salvador: Edufba, 2023. p. 63-80. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/37209>. Acesso em: 06 março 2025.

LIMA, L.; TOSO, B. Acesso à atenção primária na tríplice fronteira sob a ótica do brasileiro não residente no país. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 13-20, 2019. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p13>. Acesso em: 06 março 2025.

LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F. B. **Atenção primária à saúde para imigrantes bolivianos no Brasil.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, e200477, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200477>. Acesso em: 14 mai 2025.

MABOTJA, M. C.; LEVIN, J.; KAWONGA, M. **Beliefs and perceptions regarding cervical cancer and screening associated with Pap smear uptake in Johannesburg: a cross-sectional study.** Plos One, v. 16, n. 2, p. e0246574, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0246574>. Acesso em: 06 março 2025.

MENDES, A. de A.; BRASIL, D. R. **A nova Lei de Migração Brasileira e sua regulamentação da concessão de vistos aos migrantes.** Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos, v. 41, n. 84, p. 64-88, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2020v43n84p64>. Acesso em: 03 março 2025.

MENDES, E. V. **A construção da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 06 dez 2024.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>. Acesso em: 14 fev 2025.

MERHY, E. E. *et al.* **Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde.** Saúde em Debate, v. 43, spe 6, p. 70-83, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Acesso em: 11 jan 2025.

MERTENS, D. M. *et al.* **Expanding thinking through a kaleidoscopic look into the future: implications of the Mixed Methods International Research Association's Task Force Report on the future of mixed methods.** Journal of Mixed Methods Research, v. 10, n. 3, p. 221-227, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/1558689816649719>. Acesso em: 06 março 2025..

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 06 março 2025.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONDARDO, M.; STALIANO, P. Saúde na fronteira brasileira: políticas públicas e acesso a serviços. **Revista Espaço Aberto**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 99-116, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/EspacoAberto/issue/view/1504>. Acesso em: 09 março 2025.

MUSSI, R. F. F.; MUSSI, L. M. P. T.; ASSUNÇÃO, E. T. C.; NUNES, C. P. Pesquisa quantitativa e/ou qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Sustinere: Revista de Saúde e Educação**, v. 7, n. 2, p. 414-430, 2019. Acesso em: 14 fev 2025.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. **Indicadores de colo do útero.** 2024. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/indicadores/2024/indicadores-de-colo-do-utero/>. Acesso em: 19 jan 2025.

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* **Desigualdades no acesso à saúde: um olhar sobre a população negra na atenção primária à saúde.** In: OLIVEIRA, L. G. F. (org.). Acesso à saúde no Brasil: percursos da universalização. 1. ed. Curitiba: Editora Bagai, 2023. p. [inserir intervalo de páginas]. Acesso em: 22 dez 2024.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Relatório sobre a migração mundial 2022**. 2022. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022-chapter-2>. Acesso em: 19 mar 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 23 mar 2025.

OSEI, S.; SANTOS, M. A.; ROFRIGUES, C. R. O acesso aos serviços de saúde para mulheres no Brasil. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Candido Santiago” - RESAP**, v. 10, 2024. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/665/442>. Acesso em: 23 jan 2025.

OYARZO, C. B. **Entre compadres, comadres e paisanas que sabem curar: práticas de cuidados comunitários por parte de migrantes rurais da Bolívia em uma cidade da Patagônia-Argentina**. Périplos: Revista de Investigaciones sobre Migraciones, v. 6, n. 2, p. 132-161, 2022. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/41911. Acesso em: 26 jan 2025.

PEDRO, C. B. *et al.* **Factors related to family planning in border region**. Escola Anna Nery, v. 25, n. 3, e20200180, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0180>. Acesso em: 26 fev 2025.

PINTO, M. B.; PEREIRA, M. C.; SCHIMANSKI, É.; MARGRAF, W. **A mulher imigrante e sua vulnerabilidade no ambiente de trabalho: uma revisão de literatura**. Revista Magistro, v. 1, n. 21, 2020. Disponível em: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/magistro/article/view/6164>. Acesso em: 22 dez 2024.

PONTES, B. *et al.* **Factors related to pregnancy in adolescence: reproductive profile of a group of pregnant women**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, v. 15, e11972, 2023. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11972>. Acesso em: 29 jan 2025.

QUADROS, L. F. de S.; ALMEIDA, L. P. **Afetos do cotidiano e a construção social do estudante migrante do ensino superior**. In: SOUZA, F.B. de; ALMEIDA, L.P. de. Expressões acadêmicas e diálogos sobre migração, refúgio e políticas sociais. São Paulo: Pimenta Cultural, v. 2, 2022. DOI 10.31560/pimentacultural/2022.94951. Acesso em: 14 mar 2025.

ROCHA, A. S. P. S.; CUNHA, T. R.; GUIOTOKU, S.; MOYSÉS, S. T. **Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética**. Revista Bioética, v. 28, n. 2, p. 384–389, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282400>. Acesso em: 27 jan 2025.

ROZENDO, A.; GIACOMOZZI, A. I.; VITALI, M. M. **Representações sociais sobre migrantes**. Ecos – Estudos Contemporâneos da Subjetividade, v. 12, n. 1, p. 109-119, 2022. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/3119/1757>. Acesso em: 03 dez 2024.

SANTOS, E. E. O.; HANASHIRO, D. M. M. **Acculturation and employment dynamics in a Brazilian NGO aimed at Haitian refugees’ social integration**. Cadernos EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1679-395120200020>. Acesso em: 28 jan 2025.

SANTOS, G. C.; BAPTISTA, T. W. F.; CONSTANTINO, P. **“Whose baby is this?”: challenges for homeless women’s right to motherhood.** Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 5, e00269320, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00269320>. Acesso em: 01 fev 2025.

SILVA, C. A. *et al.* **Getting knowledge to provide care: prevalence and factors associated with sexually transmitted infections in immigrants from Goiás.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 57, n. spe, p. e20230034, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0034pt>. Acesso em: 11 jan 2025.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 832–846, jul./set. 2022. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4764>. Acesso em: 10 dez 2024.

SOUZA, J. B. *et al.* Determinantes sociais da saúde de mulheres imigrantes haitianas: repercussões no enfrentamento da COVID-19. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 22, e64362, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.64362>. Acesso em: 06 dez 2024.

SOUZA, J. B. *et al.* Vulnerabilidade e promoção da saúde de imigrantes haitianos: reflexões pela práxis dialógica de Paulo Freire. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03728, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020011403728>. Acesso em: 04 dez 2024

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana. **Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas – SIGAA.** 2025. Disponível em: <https://sig.unila.edu.br/>. Acesso em: 14 mai 2025.

UTZUMI, F. C. *et al.* **Continuidade do cuidado e interacionismo simbólico: uma compreensão possível.** Texto & Contexto – Enfermagem, v. 27, n. 2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>. Acesso em: 17 fev 2025.

VENTURA, M. **Imigração, saúde global e direitos humanos.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 4, e00054118, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054118>. Acesso em: 15 jan 2025.

WERMUTH, M. A. D. **As políticas migratórias brasileiras do século XIX ao século XXI: uma leitura biopolítica do movimento pendular entre democracia e autoritarismo.** Revista Direito e Práxis, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 2330-2358, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/45137>. Acesso em: 14 mar 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cervical cancer screening.** 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3240>. Acesso em: 23 jan 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer.** 2021b. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer). Acesso em: 22 jan 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **Migration and health: key issues.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migration-and-health-in-the-european-region/migration-and-health-keyissues#292933>. Acesso em: 20 jan 2025.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO PESQUISA QUANTITATIVA

1. Qual é a sua idade? () 18 - 25 anos () 26 - 33 anos () 34 - 41 anos () 42 - 49 anos () 50 ou mais
2. Qual é sua nacionalidade?
3. Qual seu curso?
4. Há quanto tempo reside em Foz do Iguaçu? () 1 - 2 anos () 3 - 4 anos () 5 - 6 anos () 7 - 8 anos () 9 anos ou mais
5. Características Étnico-Raciais () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta Outra: _____
6. Possui algum tipo de auxílio financeiro estudantil? () Alimentação () Moradia () Bolsa de extensão ou pesquisa () Creche Transporte () Nenhum () Outro
7. Que tipo de residência está acomodada no momento? () Alojamento estudantil () Casa alugada com outros(as) estudante () Casa alugada com familiares () Casa própria () Outro
8. Já utilizou algum serviço público de saúde do município pelo SUS (Sistema Único de Saúde)? Qual? Poderá assinalar mais de uma opção. () Unidade Básica de Saúde (UBS) () Hospital () Unidade de Pronto Atendimento (UPA) () Serviço de atenção especializada (consulta com especialistas) () Nunca utilizei serviço público de saúde (SUS) () Outro. Qual? _____

9. Qual Unidade Básica de Saúde (UBS) você pertence?	
() UBS JARDIM SAO PAULO	() UBS SAO JOAO
() UBS CARIMÃ	() UBS SOL DE MAIO
() UBS SAÚDE PROFILURB II	() MORUMBI III
() UBS PORTO BELO	() UBS VILA C NOVA
() NUCLEO DE SAÚDE MORUMBI I	() UBS JARDIM LANCASTER
() UBS JD. AMÉRICA	() UBS CIDADE NOVA
() UBS PORTAL DA FOZ	() UBS JARDIM SAO PAULO II
() UBS OURO VERDE	() UBS PADRE MONTI
() UBS TRÊS LAGOAS	() UBS PROFILURB I
() UBS CAMPOS DO IGUAÇÚ	() UBS VILA YOLANDA

☐ UBS VILA ADRIANA	☐ UBS CAIC PORTO MEIRA
☐ UBS TRÊS BANDEIRAS	☐ UBS PQ PRESIDENTE
☐ UBS VILA MARACANÃ	☐ UBS VILA C
☐ NÚCLEO DE SAUDE AKLP	☐ UBS MORUMBI III
☐ UBS MORUMBI II	☐ OUTRA
☐ NÃO SEI / NÃO LEMBRO	

10. Quando apresenta algum problema de saúde, sua opção é: ☐ Procurar atendimento na UBS ☐ Procurar atendimento na UPA ☐ Tomar medicações por conta própria ☐ Tentar tratamento alternativo. Qual?
11. Você costuma realizar consultas de rotina ou check-ups na Unidade Básica de Saúde? ☐ Sim ☐ Na maioria das vezes sim ☐ Não ☐ Na maioria das vezes não ☐ Não sei/Não lembro
12. A Unidade básica de saúde que você frequenta fica aberta no sábado e/ou domingo ou à noite? ☐ Sim ☐ Na maioria das vezes sim ☐ Não ☐ Na maioria das vezes não ☐ Não sei/Não lembro
13. O horário de funcionamento da unidade de saúde é adequado às suas necessidades? ☐ Sim ☐ Na maioria das vezes sim ☐ Não ☐ Na maioria das vezes não ☐ Não sei/Não lembro
14. Quando você fica doente durante o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, alguém desse serviço de saúde te atende no mesmo dia? ☐ Sim ☐ Na maioria das vezes sim ☐ Não ☐ Na maioria das vezes não ☐ Não sei/Não lembro
15. Para você é fácil marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) na Unidade básica de Saúde do seu bairro? ☐ Sim ☐ Na maioria das vezes sim ☐ Não ☐ Na maioria das vezes não ☐ Não sei/Não lembro
16. Você acha que o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” entende o motivo da sua queixa de saúde? ☐ Sim ☐ Na maioria das vezes sim ☐ Não ☐ Na maioria das vezes não ☐ Não sei/Não lembro

17. Os profissionais de saúde que prestam atendimento no posto de saúde respondem às suas perguntas de maneira que você entenda? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
18. Durante as consultas, os profissionais de saúde realizam o exame físico, examinando seu corpo, garganta e abdômen? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
19. Além de sua queixa, os profissionais de saúde abordam outras questões da sua vida durante as consultas, como alimentação, lazer, exercício físico, problemas relacionados a álcool, drogas ou violência? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
20. Você se sente respeitada pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião)? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
21. Em razão da sua nacionalidade, encontra alguma dificuldade ou barreira linguística? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
22. Você já recebeu informações específicas sobre serviços de saúde disponíveis na UBS para mulheres migrantes? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
Em relação aos serviços de saúde oferecidos na atenção básica:
23. Você recebeu orientações sobre a importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (Papanicolau) e sobre o intervalo recomendado para a realização do próximo exame? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
24. Se você tem 25 anos ou mais, realiza o exame preventivo de Câncer de colo de útero (Papanicolau) anualmente? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não

() Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
25. Recebeu informações sobre a importância do autoexame das mamas e foi instruída sobre como realizá-lo? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
26. Faz exames de imagem das mamas (ultrassonografia e/ou mamografia) anualmente? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
27. O (A) médico(a) ou o (a) enfermeiro (a) realiza o exame clínico das mamas? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
28. Assinale qual (quais) das vacinas disponíveis no SUS, você recebeu nos últimos 10 anos: () Hepatite B (contra hepatite B) () Febre Amarela (contra febre amarela) () Antitetânica (contra tétano) () dT Dupla adulto (contra difteria e tétano) () Tríplice Viral (contra sarampo, caxumba e rubéola) () HPV (contra o papiloma humano vírus) () Covid-19 (contra covid) () Influenza (contra gripe) () Dengue () Outras
29. Realizou avaliação da saúde bucal ou recebeu tratamento odontológico no serviço público de saúde de Foz do Iguaçu? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
30. Recebeu informações sobre planejamento familiar ou métodos contraceptivos? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
31. Precisou de atendimento para problemas de saúde mental? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
32. Já fez testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis (Sífilis, HIV, Hepatites B e C)? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não () Na maioria das vezes não () Não sei/Não lembro
33. Foi orientada sobre a importância de uma alimentação saudável, boa higiene e a necessidade de um sono adequado (dormir o suficiente)? () Sim () Na maioria das vezes sim () Não

☐ Na maioria das vezes não ☐ Não sei/Não lembro
34. Foi orientada sobre cuidados para lidar com questões comuns relacionadas à menstruação ou à menopausa? ☐ Sim ☐ Na maioria das vezes sim ☐ Não ☐ Na maioria das vezes não ☐ Não sei/Não lembro
35. Se você tivesse escolha, optaria por mudar de equipe ou de Unidade de Saúde? ☐ Sim ☐ Na maioria das vezes sim ☐ Não ☐ Na maioria das vezes não ☐ Não sei/Não lembro
36. Por que mudaria de equipe ou unidade de saúde? ☐ A Unidade é distante da sua casa ☐ Horário de atendimento não atende às suas necessidades ☐ Porque não consegue atendimento ☐ É mal atendida ☐ Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores ☐ Outros motivos ☐ Não mudaria de unidade de saúde
37. Na sua experiência, como avalia o cuidado de saúde oferecido pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde? ☐ Excelente ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Não sabe/Não respondeu/Não lembra
38. Do seu ponto de vista, o atendimento em saúde fornecido pela Unidade Básica de Saúde no Brasil é melhor que em seu país de origem? ☐ Sim ☐ Na maioria das vezes sim ☐ Não ☐ Na maioria das vezes não ☐ São semelhantes ☐ Não sei/Não lembro

APÊNDICE II

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

1. ¿Cual es su edad? ☐ 18 - 25 anos ☐ 26 - 33 anos ☐ 34 - 41 anos ☐ 42 - 49 anos ☐ 50 o mas	
2. ¿Cual es su nacionalidad?	
3. ¿Cual es su curso?	
4. ¿Hace cuanto tiempo reside en Foz do Iguaçu? ☐ 1 - 2 anos ☐ 3 - 4 anos ☐ 5 - 6 anos ☐ 7 - 8 anos ☐ 9 anos o mas	
5. Características Étnico-Raciales. ☐ Amarilla ☐ Blanca ☐ Indígena ☐ Parda ☐ Negra Otra: _____	
6. ¿Algún tipo de auxilio financiero estudiantil? ☐ Alimentación ☐ Vivienda ☐ Beca de extensión o investigación ☐ Guardería ☐ Transporte ☐ Ninguno ☐ Otro	
7. ¿En que tipo de residencia está alojada en el momento? ☐ Alojamiento estudiantil ☐ Casa alquilada con otros (as) estudiante ☐ Casa alquilada con familiares ☐ Casa alquilada, sola ☐ Casa propia ☐ Otro	
8. ¿Ha utilizado alguna vez algún servicio público de salud del municipio a través del SUS (Sistema Único de Salud)? ¿Cual? Puede seleccionar más de una opción. ☐ Unidad Básica de Salud (UBS) ☐ Hospital ☐ Unidad de Atención de Emergencia (UPA) ☐ Servicio de atención especializada (consulta con especialistas) ☐ Nunca utilicé el servicio público de salud (SUS) ☐ Otro ¿Cual? _____	

9. ¿En cual Unidad Básica de Salud recibe atención en salud?	
☐ UBS JARDIM SAO PAULO	☐ UBS SAO JOAO
☐ UBS CARIMÃ	☐ UBS SOL DE MAIO
☐ UBS SAÚDE PROFILURB II	☐ MORUMBI III
☐ UBS PORTO BELO	☐ UBS VILA C NOVA
☐ NUCLEO DE SAÚDE MORUMBI I	☐ UBS JARDIM LANCASTER
☐ UBS JD. AMÉRICA	☐ UBS CIDADE NOVA

☐ UBS PORTAL DA FOZ	☐ UBS JARDIM SAO PAULO II
☐ UBS OURO VERDE	☐ UBS PADRE MONTI
☐ UBS TRÊS LAGOAS	☐ UBS PROFILURB I
☐ UBS CAMPOS DO IGUAÇÚ	☐ UBS VILA YOLANDA
☐ UBS VILA ADRIANA	☐ UBS CAIC PORTO MEIRA
☐ UBS TRÊS BANDEIRAS	☐ UBS PQ PRESIDENTE
☐ UBS VILA MARACANÃ	☐ UBS VILA C
☐ NÚCLEO DE SAUDE AKLP	☐ UBS MORUMBI III
☐ UBS MORUMBI II	☐ OUTRA
☐ NÃO SEI / NÃO LEMBRO	

10. Cuando tiene un problema de salud, su opción es: ☐ Buscar atención en la UBS ☐ Buscar atención en la UPA ☐ Tomar medicamentos por cuenta propia ☐ Probar tratamientos alternativos ¿Cual?
11. ¿Realiza consultas o controles de rutina en la Unidad Básica de Salud? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo
12. ¿La unidad básica de salud que frecuenta está abierta los sábados y/o domingos, o en horario nocturno? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo
13. ¿El horario de atención de la unidad de salud es adecuado a sus necesidades? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo
14. ¿Cuando usted se enferma durante el horario de atención de la Unidad Básica de Salud, ¿lo atiende alguien de ese servicio de salud el mismo día? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo
15. ¿Es fácil para usted agendar una cita de revisión (cita de rutina, chequeo) en la Unidad Básica de Salud de su barrio? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo

16. ¿Cree que el “médico/enfermero” entiende el motivo de su queja de salud? () Sí () La mayoría de las veces sí () No () La mayoría de las veces no () No sé/No recuerdo
17. ¿Los profesionales de la salud que atienden en el centro de salud responden a sus preguntas de forma que puedas entender? () Sí () La mayoría de las veces sí () No () La mayoría de las veces no () No sé/No recuerdo
18. ¿Durante las consultas, los profesionales de la salud realizan examen físico, examinando su cuerpo, garganta y abdomen? () Sí () La mayoría de las veces sí () No () La mayoría de las veces no () No sé/No recuerdo
19. ¿Además de su queja, ¿los profesionales de la salud abordan otros temas de su vida durante las consultas como alimentación, ocio, ejercicio físico, problemas relacionados con el alcohol, drogas o violencia? () Sí () La mayoría de las veces sí () No () La mayoría de las veces no () No sé/No recuerdo
20. ¿Se siente respetada por los profesionales en relación a sus hábitos culturales, costumbres, religión)? () Sí () La mayoría de las veces sí () No () La mayoría de las veces no () No sé/No recuerdo
21. ¿Debido a su nacionalidad, ¿encuentra alguna dificultad o barrera lingüística? () Sí () La mayoría de las veces sí () No () La mayoría de las veces no () No sé/No recuerdo
22 ¿Ha recibido información específica sobre los servicios de salud disponibles en la UBS para mujeres migrantes? () Sí () La mayoría de las veces sí () No () La mayoría de las veces no () No sé/No recuerdo

Em relação aos serviços de saúde oferecidos na atenção básica:

23. ¿Ha recibido orientación sobre la importancia del examen preventivo de cáncer de cuello uterino (Papanicolaou)(Citología) y el intervalo recomendado para la realización del siguiente examen?

- ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No
☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo

24. ¿ Si tiene 25 años o más, ¿Realiza examen preventivo de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou) anualmente?

- ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No
☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo

25. ¿Recibió información sobre la importancia del autoexamen de mamas y te instruyeron sobre cómo realizarlo?

- ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No
☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo

26. ¿Se realiza exámenes de imagen mamaria (ultrasonido y/o mamografía) anualmente?

- ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No
☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo

27. ¿El (la) médico (a) o enfermero (a) realiza el examen clínico de mama?

- ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no
☐ No sé/No recuerdo

28. Seleccione cuál de las vacunas disponibles en el SUS recibió en los últimos 10 años:

- ☐ Hepatitis B (contra la hepatitis B) ☐ Fiebre Amarilla (contra la fiebre amarilla)
☐ Antitetánico (contra el tétanos) ☐ dT Doble adulto (contra la difteria y el tétanos)
☐ Triple Viral (contra el sarampión, las paperas y la rubéola)
☐ VPH (contra el virus del papiloma humano) ☐ Covid-19 (contra covid)
☐ Influenza (contra la gripe) ☐ Dengue

29.¿Ha realizado evaluación de su salud bucal o recibido tratamiento odontológico en el servicio público de salud de Foz do Iguaçu?

- ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No

☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo
30. ¿Ha recibido información sobre planificación familiar o métodos anticonceptivos? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo
31. ¿Necesitó atención para problemas de salud mental? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo
32. ¿Alguna vez realizó pruebas rápidas para detectar infecciones de transmisión sexual (sífilis, VIH, hepatitis B y C)? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo
33. ¿Ha sido asesorada sobre la importancia de una dieta saludable, una buena higiene y la necesidad de un sueño adecuado (dormir lo suficiente)? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayor parte del tiempo ☐ No sé/No recuerdo
34. ¿Fue asesorada sobre cuidados para afrontar problemas comunes relacionados con la menstruación o la menopausia? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo
35. ¿Si tuvieras la opción, ¿elegirías cambiar de equipo de referencia o de unidad de salud? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no ☐ No sé/No recuerdo
36. ¿Por qué cambiarías de equipo de referencia o unidad de salud? ☐ La Unidad está lejos de su domicilio ☐ Los horarios de atención no se ajustan a sus necesidades ☐ Porque no consigue asistencia ☐ Está mal atendido ☐ Conoce profesionales de otra unidad mejores

☐ Otras razones ☐ No cambiaría de unidad de salud
37. En su experiencia, ¿cómo evalúa el cuidado en salud que ofrecen los profesionales de la Unidad Básica de Salud? ☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ No sé/No contesté/No recuerdo
38. Desde su punto de vista, ¿la atención de salud brindada por la Unidad Básica de Salud en Brasil es mejor que en su país de origen? ☐ Sí ☐ La mayoría de las veces sí ☐ No ☐ La mayoría de las veces no ☐ Son parecidos ☐ No sé/No recuerdo

APÊNDICE III

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA PESQUISA QUALITATIVA
Caracterização das participantes etapa qualitativa
1) Idade: 2) Nacionalidade: 3) Tempo de residência em Foz do Iguaçu: 4) Curso: 5) Tipo de residência: () Campus Integração () Casa alugada () República estudantil () Familiares () Outro. Qual? _____ 6) Possui algum auxílio estudantil? () Moradia () Alimentação () Transporte () Creche () Outro. Qual _____ 7) Atendimento em saúde: () Privado () Público () Outro. Qual: _____
Roteiro de perguntas para guiar a entrevista
Questão norteadora: Conte-me sobre sua experiência nos serviços de saúde pública do Brasil.
1. Conte-me sobre sua história e quais motivos fizeram você escolher a fronteira em um município brasileiro para estudar? 2. Você conhece os serviços de saúde do Brasil? Quais serviços? 3. Como você ficou sabendo sobre os serviços de saúde disponíveis na Unidade Básica de Saúde (UBS)? 4. Como você descreve o seu acesso ao serviço de saúde na UBS? 5. Quais os motivos que você já teve para buscar esses atendimentos? Conte-me sobre sua experiência. 6. Você se sente confortável usando os serviços de saúde das UBS? 7. Você se sente compreendida pelos profissionais de saúde? Comente. 8. Você voltaria a utilizar os serviços de saúde da UBS? Por quê? Comente sobre isso. 9. Já enfrentou desafios de comunicação com os profissionais de saúde? Como isso afetou sua experiência? 10. Você cuida de sua saúde? Como você faz esses cuidados? Você acha que suas crenças culturais influenciam suas decisões de cuidados de saúde? Fale-me sobre isso. 11. Existe alguma prática cultural específica, que você gostaria que os profissionais de saúde conhecessem ou respeitassem? 12. Como você avalia os serviços de saúde que recebeu até agora? Poderia descrever? 13. De que forma você obtém informações sobre saúde? (mídia, amigos, profissionais de saúde)? Existe alguma informação sobre saúde que você gostaria de receber, mas não teve acesso na UBS? 14. Você participa de programas de cuidados preventivos, como exames regulares e vacinação? Comente sobre isso. 15. Os profissionais de saúde da UBS conhecem sua história de saúde e ou doença? 16. Você recebe apoio em momentos que se encontra doente e ou quando requer cuidados com sua saúde? De quem? Fale-me sobre isso. 17. Quando você procura a UBS seus problemas de saúde são resolvidos? Comente sobre isso. 18. Que sugestões você daria para melhorar os serviços para migrantes em sua comunidade?

19. Você conhece os serviços de saúde do Brasil? Quais serviços?
20. Como você ficou sabendo sobre os serviços de saúde disponíveis na Unidade Básica de Saúde (UBS)?
21. Como você descreve o seu acesso ao serviço de saúde na UBS?
22. Quais os motivos que você já teve para buscar esses atendimentos? Conte-me sobre sua experiência.
23. Você se sente confortável usando os serviços de saúde das UBS?
24. Você se sente compreendida pelos profissionais de saúde? Comente.
25. Você voltaria a utilizar os serviços de saúde da UBS? Por quê? Comente sobre isso.
26. Já enfrentou desafios de comunicação com os profissionais de saúde? Como isso afetou sua experiência?
27. Você cuida de sua saúde? Como você faz esses cuidados? Você acha que suas crenças culturais influenciam suas decisões de cuidados de saúde? Fale-me sobre isso.
28. Existe alguma prática cultural específica, que você gostaria que os profissionais de saúde conhecessem ou respeitassem?
29. Como você avalia os serviços de saúde que recebeu até agora? Poderia descrever?
30. De que forma você obtém informações sobre saúde? (mídia, amigos, profissionais de saúde)? Existe alguma informação sobre saúde que você gostaria de receber, mas não teve acesso na UBS?
31. Você participa de programas de cuidados preventivos, como exames regulares e vacinação? Comente sobre isso.
32. Os profissionais de saúde da UBS conhecem sua história de saúde e ou doença?
33. Você recebe apoio em momentos que se encontra doente e ou quando requer cuidados com sua saúde? De quem? Fale-me sobre isso.
34. Quando você procura a UBS seus problemas de saúde são resolvidos? Comente sobre isso.
35. Que sugestões você daria para melhorar os serviços para migrantes em sua comunidade?

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada discente internacional:

Convidamos você a participar da pesquisa **“Saúde da mulher migrante internacional universitária: comportamentos de cuidados e o acesso na atenção primária”**, tendo como responsável pela execução da coleta de dados a mestrandia: Elisângela Sanches Perandrê Santos, orientada pelo Professor Dr. Helder Ferreira e coorientada pela professora Dr^a. Rosane Meire M. da Silva. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a função de proteger eticamente a participante da pesquisa.

O estudo tem por objetivo: Compreender a relação dos comportamentos de cuidados da mulher migrante internacional universitária e o acesso à atenção primária à saúde em município brasileiro de fronteira.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa, pelos motivos de ser mulher migrante internacional; estudante de graduação da Universidade Federal da Integração Latino-Americana com período igual ou superior a 12 meses de matrícula e usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). A sua participação consistirá em responder um ou dois questionários, sendo o primeiro com 36 perguntas objetivas por meio de *link* pela plataforma *Google Forms* após concordância e assinatura digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o segundo instrumento com 7 perguntas de caracterização e 18 perguntas para roteiro de entrevista presencial.

Você não terá nenhum gasto com a pesquisa e não será remunerada por sua participação na mesma. Sua participação é voluntária, sendo assim, não é obrigatória e você está livre para decidir se quer ou não participar em qualquer uma ou duas etapas, bem como, para retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizada de nenhuma forma caso não queira participar, mesmo que já tenha começado a responder as perguntas, você poderá parar a qualquer momento, tanto na primeira como na segunda fase. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você apresentada. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

Caso você se sinta desconfortável, cansada ou constrangida, há a opção de interromper a entrevista a qualquer momento. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meios de contato descritos neste termo. Ao final da pesquisa, todo o

material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme a resolução 466/2012 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informamos ainda que os resultados desta pesquisa têm objetivos acadêmicos/científicos e serão divulgados em trabalhos acadêmicos e em artigos científicos. Caso você queira se comunicar com a pesquisadora e assistentes, este são os endereços: Foz do Iguaçu: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu, Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Jardim Universitário, 85851-100, Contato: Elisângela Sanches Perandrê Santos, Telefone/whatsapp: (45) 99924-7173.

Caso você precise informar algum fato, ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619, Bairro Universitário, Cascavel - PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Eu, _____
fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Este documento que você vai assinar contém 2 páginas.

Você deve assinar este documento que está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua e a outra do pesquisador. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Declaro que concordo em participar deste estudo, de uma ou das duas etapas previstas, mas estou ciente que posso desistir a qualquer momento. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Foz do Iguaçu, __/__/2024.

ANEXO II

TERMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

Estimada estudiante internacional: La invitamos a participar de la investigación “Salud de mujeres inmigrantes universitarias internacionales: conductas de cuidado y acceso en la atención primaria”, Teniendo como responsable por la ejecución de la recolecta de datos a la estudiante de maestría: Elisângela Sanches Perandr  Santos, supervisada por el Profesor Dr. Helder Ferreira y cosupervisada por la profesora Dr . Rosane Meire M. da Silva. Esta investigación fue aprobada por el Comit  de  tica en Investigación, el cual tiene la función de proteger éticamente al participante de la investigación.

El estudio tiene como objetivo: Comprender la relación entre las conductas de cuidado de mujeres universitarias inmigrantes internacionales y el acceso a la atención primaria de salud en un municipio fronterizo brasileño.

Se le invita a participar en la investigación, por el echo de ser una mujer migrante internacional; estudiante de pregrado de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana con un período igual o superior a 12 meses de matrícula y usuaria del Sistema  nico de Salud (SUS). Su participación consistirá en responder uno o dos cuestionarios, el primero con 36 preguntas objetivas a través de un enlace en la plataforma Google Forms luego de aceptar y firmar digitalmente el Formulario de Consentimiento Libre e Informado, y el segundo instrumento con 7 preguntas de caracterización y 18 preguntas para un Guion de entrevista presencial.

La investigación presentar  riesgos mínimos, en la etapa cualitativa usted podrá sentirse cansado al responder preguntas durante la entrevista y emocionalmente incómodo al exponer aspectos que puedan hacer referencia a una situación desagradable vivida. Si es necesario y acordado, el investigador podrá derivarle al servicio de psicología de la universidad. Asimismo, en la etapa cuantitativa los riesgos también serán mínimos, considerando que las encuestas se realizarán de forma digital.

No incurrirá en ningún costo por la investigación y no será remunerado por su participación en la misma. Su participación es voluntaria, por lo tanto, no es obligatoria y usted es libre de decidir si desea o no participar en una o dos etapas, así como de retirar su participación en cualquier momento. No será penalizado de ninguna manera si no quieres participar, aunque ya hayas empezado a responder las preguntas, podrás parar en cualquier momento, tanto en la primera como en la segunda fase. Se garantizar  la confidencialidad y privacidad de la información que envíe. Cualquier dato que pueda identificarla se omitir  al publicar los resultados de la investigación y el material se almacenará en un lugar seguro. Si se siente incómodo, cansado o avergonzado, tiene la opción de detener la entrevista en cualquier momento. En cualquier

momento, durante la investigación, o posteriormente, podrá solicitar información al investigador sobre su participación y/o la investigación, lo cual podrá realizar mediante los métodos de contacto descritos en este término.

Al finalizar la investigación, todo el material se mantendrá en archivo por al menos cinco años, de acuerdo con la resolución 466/2012 y lineamientos del Comité de Ética en Investigación. También le informamos que los resultados de esta investigación tienen objetivos académicos/científicos y serán publicados en trabajos académicos y artículos científicos. Si desea comunicarse con el investigador y los asistentes, estas son las direcciones: Foz do Iguaçu: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu, Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Jardim Universitário, 85851-100, Contacto: Elisângela Sanches Perandrê Santos, Teléfono/Whatsapp: (45) 99924-7173.

Si necesita informar algún hecho, o derivado de su participación en la investigación y se siente incómodo en buscar al investigador, puede comunicarse con el Comité Permanente de Ética en Investigaciones con Seres Humanos de UNIOESTE (CEP), de lunes a viernes, en horario de 8:00 am a 3:30 pm, en la Rectoría de la UNIOESTE, sala del Comité de Ética, PRPPG, ubicada en Rua Universitária, 1619, Bairro Universitário, Cascavel - PR. Si lo prefiere, puede contactarse vía Internet a través del correo electrónico: cep.prppg@unioeste.br o a través del teléfono del CEP (45) 3220-3092. Yo, , fui informada de los objetivos de la investigación antes mencionados de manera clara y detallada y aclaré mis dudas. Sé que en cualquier momento puedo solicitar nueva información y motivar mi decisión si así lo deseo.

El investigador me aseguró que todos los datos de esta investigación serán confidenciales. Este documento que firmará contiene 2 páginas. Debe firmar este documento que se le presenta en dos copias, siendo una copia suya y otra del investigador. Le sugerimos que guarde su copia de forma segura. Declaro que estoy de acuerdo en participar en este estudio, en una o dos etapas previstas, y soy consciente que puedo retirarme en cualquier momento. Recibí una copia de este Termo de Consentimiento Libre e Informado y se me dio la oportunidad de leerlo y aclarar mis dudas.

Foz de Iguaçu, / /2024.

ANEXO III
FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Aprovado na
CONEP em 04/08/2000

Anexo I
Formulário de pesquisa

Título da pesquisa: “Saúde da mulher migrante internacional universitária: comportamentos de cuidados e o acesso na atenção primária”

Pesquisador responsável: Elisângela Sanches Perandrê Santos

Pesquisador(es) Assistente(s):

Tipo de Pesquisa

- | | |
|---|--|
| ☐ Iniciação científica | ☒ Dissertação/Mestrado () |
| TCC - Graduação | ☐ Tese/Doutorado |
| ☐ TCC - Especialização | ☐ Projeto Institucional |

Anexo II
Autorização da Instituição Coparticipante

O(s) pesquisador(es) Elisângela Sanches Perandrê Santos, (orientada pelo Professor Dr. Helder Ferreira e coorientada pela Professora Dr^a Rosane Meire M. da Silva), está(ão) autorizado(s) por esta instituição Universidade da Integração Latino Americana - UNILA a realizar(em) a pesquisa intitulada: **“Saúde da mulher migrante internacional universitária: comportamentos de cuidados e o acesso na atenção primária”**, assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).

(Assinatura do Responsável pela Instituição Coparticipante)

Observação: Caso haja mais de uma Instituição Coparticipante, as autorizações podem ser apensadas separadamente.

Foz do Iguaçu, 30 de janeiro de 2024.

Emitido em 30/01/2024

AUTORIZAÇÃO Nº 1/2024 - DEAS (10.01.05.22.04.02)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 31/01/2024 10:29)

DIANA ARAUJO PEREIRA

REITOR

Visualize o documento original em <https://sig.unila.edu.br/documentos/> informando seu número: **1**, ano: **2024**, tipo:
AUTORIZAÇÃO, data de emissão: **30/01/2024** e o código de verificação: **ad5155577c**

ANEXO IV



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde da mulher migrante internacional universitária: comportamentos de cuidados e o acesso na atenção primária.

Pesquisador: ELISANGELA SANCHES PERANDRE SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77188224.1.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.687.085

Apresentação do Projeto:

Saneamento de pendências da pesquisa:

Título da Pesquisa: Saúde da mulher migrante internacional universitária: comportamentos de cuidados e o acesso na atenção primária.

Pesquisador Responsável: ELISANGELA SANCHES PERANDRE SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77188224.1.0000.0107

Submetido em: 04/03/2024

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO

PARANA Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Localização atual da Versão do Projeto: Universidade Estadual do Oeste do Paraná -

UNIOESTE Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Objetivo da Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 6.687.085

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequações no TCLE realizadas

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Relatório Final na Plataforma Brasil até 30 dias após o encerramento desta pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2278732.pdf	04/03/2024 13:51:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Espanhol.pdf	04/03/2024 13:46:17	ELISANGELA SANCHES PERANDRE SANTOS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2278732.pdf	04/03/2024 08:49:18		Aceito
Outros	Formulario.pdf	31/01/2024 14:33:23	ELISANGELA SANCHES PERANDRE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	26/01/2024 13:22:02	ELISANGELA SANCHES PERANDRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/01/2024 10:38:20	ELISANGELA SANCHES PERANDRE SANTOS	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	25/01/2024 10:36:17	ELISANGELA SANCHES PERANDRE	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE
DO PARANÁ - UNIOESTE



Continuação do Parecer: 6.687.085

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ELISANGELA.pdf	25/01/2024 10:31:04	ELISANGELA SANCHES PERANDRE	Aceito
---	------------------------	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 06 de Março de 2024

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO V
SUBMISSÃO ARTIGO I – REVISTA SAÚDE EM DEBATE

 Outlook

[SD] Agradecimento pela submissão

De saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br <saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br>

Data Qui, 20/03/2025 16:24

Para Elisângela Sanches Perandr  Santos <elisangelaperandre@hotmail.com>

Elisângela Sanches Perandr  Santos,

Agradecemos a submissão do trabalho "Aten o   saúde da mulher migrante universitária em município de t plice fronteira internacional: estudo misto" para a revista Saúde em Debate. Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administra o do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/10355>

Login: elisangela43

Em caso de d vidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Equipe editorial

ANEXO VI
SUBMISSÃO ARTIGO II – REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

Revista Gaúcha de Enfermagem	
 Revista Gaúcha de Enfermagem	
Comportamentos de cuidados em saúde da mulher migrante universitária em região de fronteira internacional	
Journal:	Revista Gaúcha de Enfermagem
Manuscript ID	RGENF-2025-0090
Manuscript Type:	Original Article
Keywords - Please find additional keywords from the following lists: http://decs.bvs.br/ and http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh.:	Comportamentos Relacionados com a Saúde, Assistência à Saúde, Interacionismo Simbólico, Migração Internacional, Saúde da Mulher
	