Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Perfil das mães imigrantes internacionais
residentes no município de São Paulo**

Érica Karoline Ferreira

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do título
de Mestre em Ciências.**

**Área de concentração: Epidemiologia das doenças,
dos agravos à saúde e de seus determinantes.**

Orientadora: Profa. Dra. Zilda Pereira da Silva.

São Paulo

2019

Perfil das mães imigrantes internacionais residentes no município de São Paulo

Érica Karoline Ferreira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Epidemiologia das doenças, dos agravos à saúde e de seus determinantes.

Orientadora: Profa. Dra. Zilda Pereira da Silva.

Versão revisada

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa. Desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

À minha mãe Elineide, por todo apoio e amor incondicionais, e que é a minha base e exemplo de força e superação, a quem devo todas as minhas conquistas.

Ao meu companheiro de vida Ju Bong, por todo o amor e apoio em todos os momentos.

Às mulheres da minha família que são exemplos de força e persistência, em especial à minha irmã Ana Paula e às minhas avós Ercília e Margarida.

Vocês são meus pilares...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus pela força e por todas as conquistas na minha vida.

À minha querida orientadora, a professora Zilda Pereira da Silva, principalmente pela confiança que teve em mim, além de todo apoio e acolhimento que me ofereceu nesta trajetória. Agradeço imensamente por esses anos de ensinamentos e dedicação; com certeza é uma das pessoas que mais admiro e me inspiro, tanto como pessoa, como profissional.

À professora Márcia Furquim de Almeida pela confiança e por ter me apresentado à professora Zilda, além de suas contribuições e recomendações na execução deste trabalho.

Ao professor Gizelton pelas aulas de bioestatística e contribuições neste trabalho.

À Dra. Lúcia Mayumi Yazaki e à professora Nádia Zanon Narchi pelas sugestões e recomendações junto à professora Márcia em minha banca de qualificação e pré-banca.

À equipe do Sinasc São Paulo pelo fornecimento dos dados e por todo suporte e toda disponibilidade durante todo o processo de construção deste trabalho.

À minha querida amiga Leonor Ramos Pinheiro pela ajuda nos estudos, além de ouvir meus desabafos e contribuir com conselhos e sugestões para este trabalho.

Às minhas amigas de infância Marina, Maitê e Sarita pela torcida e pelo apoio constantes.

Às minhas amigas da graduação, Flávia Oliveira, Driele Alia, Marília Gut, Bruna Alonso, Vanessa Mami, Pâmella Cavallieri, Mariana Biancheze, Daniella Benitez e Larissa Oliveira, grandes exemplos de mulheres e também de profissionais em quem me espelho.

Aos meus colegas de pós-graduação pelo apoio, pela rede de estudos e pelas boas conversas.

Aos meus colegas Rubens e Amanda pelas conversas, discussões sobre o trabalho e pelos desabafos.

Aos funcionários da FSP, especialmente ao Mateus da Secretaria do Departamento de Epidemiologia pela paciência e por todas as informações e todos os auxílios prestados.

Ferreira EK. Perfil das mães imigrantes internacionais residentes no Município de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

RESUMO

Introdução: A imigração tem se tornado um grande desafio, o que exige, tanto dos países de origem quanto dos países receptores, esforços constantes em responder às necessidades dessas populações. Atualmente o município de São Paulo, polo de empregos, é um grande receptor de imigrantes, com grande volume de mulheres em idade reprodutiva. Sendo essas populações mais vulneráveis devido à dificuldade do acesso à saúde, por barreiras linguísticas e culturais, faz-se necessário um maior enfoque na saúde reprodutiva dessas mulheres. **Objetivos:** Analisar se existem diferenças na gestação, parto e nascidos vivos (NV) de imigrantes em comparação às brasileiras, segundo naturalidade. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal sobre nascidos vivos no município de São Paulo, entre 2012 e 2017, a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Foram comparadas as características de mães imigrantes e brasileiras; foi analisada a evolução de NV de 11 nacionalidades, e para cinco (Bolívia, China, Paraguai, Angola e Peru) foram comparadas suas características com as brasileiras. Foram utilizadas medidas de tendência central e proporções e calculado teste de qui-quadrado com nível de significância de 5%. Foram utilizados os softwares Excel e SPSS 17.0. **Resultados:** Do total de 998.205 NV, 3% são filhos de mães imigrantes. Não houve diferenças entre a idade média das mães imigrantes e brasileiras. Foi mais frequente entre as brasileiras: mães adolescentes (13,0%), idade ≥ 35 anos (18,4%), ensino superior completo/incompleto (28,0%), raça/cor branca (50,7%), parto cesáreo (53,5%), ≥ 7 consultas de pré-natal (77,1%), início precoce ao pré-natal (83,3%), baixo peso ao nascer (9,7%) e pré-termo (11,0%); todas as diferenças estatisticamente significantes ($P < 0,001$). Entre as mães imigrantes foi maior: nenhuma ou baixa escolaridade (24,4%), ter companheiro (57,2%), múltiparas (65,7%), com 1 ou mais gestações anteriores (65,6%), parto vaginal (65,7%), ≤ 3 consultas de pré-natal (11,6%), início tardio ao pré-natal (7º mês em diante, 7%). Por nacionalidade destacaram-se maiores proporções de adolescentes entre bolivianas (13,1%), paraguaias (13,1%) e brasileiras (13,0%); as mães angolanas com ensino superior completo/incompleto (37,1%), múltiparas (78,2%), 1 ou mais perdas fetais/aborto (33,0%), início tardio ao pré-natal (12,0%), ≤ 3 consultas de pré-

natal (17,6%), pré-termo (16,4%) e baixo peso ao nascer (14,9%). Entre as mães bolivianas, encontraram-se maiores proporções de parto vaginal (77,0%) e domiciliar (1,6%), RN pós-termo (3,6%) e peso >4000g (13,6%). **Conclusão:** Foram encontradas diferenças nos perfis das mães brasileiras e imigrantes segundo características sociodemográficas, da gestação, do parto e de nascidos vivos, assim como entre as diferentes nacionalidades das mães. É recomendável pensar em políticas públicas específicas para abranger os diferentes aspectos culturais dos diferentes grupos de mães, visando ampliar o acesso e obter melhores resultados para sua saúde reprodutiva.

Palavras-Chaves: Imigração. Saúde materna. Gravidez. Nascido Vivo. Sistema de Informação em Saúde.

Ferreira EK. Profile of international immigrant mothers residing in the city of São Paulo. [Dissertation]. São Paulo: Public Health School, University of São Paulo, 2019.

ABSTRACT

Introduction: Immigration has become a major challenge, requiring constant efforts by both countries of origin and receiving countries to meet the needs of these populations. Currently, the municipality of São Paulo is a large receiving of immigrants, with large numbers of women of reproductive age. As these populations are more vulnerable due to the difficulty of access to health, due to linguistic and cultural barriers, thus a greater focus on the reproductive health of these women is necessary. **Objectives:** To analyze if there are differences in gestation, delivery and live births (LB) of immigrants in comparison to Brazilians, according to their country origin. **Methods:** A cross-sectional study on live births was carried out in the city of São Paulo, between 2012 and 2017, based on data from the Live Birth Information System (Sinasc). The characteristics of immigrant and Brazilian mothers were compared; the evolution of live birth of 11 nationalities was analyzed, and for five (Bolivia, China, Paraguay, Angola and Peru) their characteristics were compared with the Brazilian ones. Measurements of central tendency and proportions were used and chi-square test with significance level of 5%; processed in Excel and SPSS 17.0. **Results:** Of the total of 998,205 live birth, 3% are children of immigrant mothers. There were no differences between the average age of immigrant and Brazilian mothers. It was more frequent among Brazilian women: adolescent mothers (13.0%), age ≥ 35 years (18.4%); higher education (28.0%), race/color white (50.7%), cesarean section (53.5%), ≥ 7 prenatal appointment (77.1%), early prenatal care (83.3%), low birth weight (LBW) (9.7%) and preterm LB (11.0%), all differences were statistically significant ($p < 0.001$). Among the immigrant mothers, the highest proportions were: none or low schooling (24.4%), with partner (57.2%), multiparous (65.7%), 1 or more previous pregnancies (65.6%), vaginal delivery (65.7%), ≤ 3 prenatal appointment (11.6%), late onset to prenatal care (7th month onwards, 7%). By nationality, the highest proportions of adolescents were: Bolivians (13.1%), Paraguayans (13.1%) and Brazilians (13.0%); the Angolan mothers were high education (37.1%), multiparous (78.2%), 1 or more fetal losses/abortion (33.0%), late onset to prenatal care (12.0%), ≤ 3 prenatal appointments (17.6%), preterm birth (16.4%) and LBW (14.9%). Among the Bolivian mothers, were found higher proportions: vaginal birth (77.0%) and home birth

(1.6%), post-term LB (3.6%) and weight >4000g (13.6%). **Conclusion:** Differences were found in profiles of Brazilian and immigrant mothers according to sociodemographic, gestation, delivery and live births characteristics, as well as the different nationalities of the mothers. It is recommended to think about specific public policies to cover the different cultural aspects of the different groups of mothers, in order to increase access and obtain better results for their reproductive health.

Keywords: Immigration. Maternal health. Pregnancy. Live Birth. Health Information System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 HISTÓRICO DA IMIGRAÇÃO NO BRASIL.....	15
1.2 IMIGRAÇÃO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO	17
1.3 O IMIGRANTE E O ACESSO À SAÚDE NO MUNDO	18
1.4 ATENÇÃO À GESTAÇÃO, AO PARTO E PÓS-PARTO NO MUNDO.....	19
1.5 ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	21
1.6 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS	23
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	26
3.1 DESENHO DO ESTUDO	26
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	26
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	26
3.4 FONTE DE DADOS	26
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	27
3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO	29
3.6.1 Variáveis Socioeconômicas.....	29
3.6.2 Variáveis da gestação e do parto	30
3.6.3 Variáveis do Recém-Nascido	30
3.6.4 Variáveis do local de ocorrência	31
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	31
3.7.1 Análise de completude das variáveis.....	31
3.7.2 Análise estatística	31
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	32

4 RESULTADOS	33
4.1 COMPLETITUDE DAS VARIÁVEIS	33
4.2 EVOLUÇÃO DOS NASCIMENTOS DE FILHOS DE IMIGRANTES INTERNACIONAIS	36
4.3 CARACTERÍSTICAS DE RESIDÊNCIA DAS MÃES BRASILEIRAS E IMIGRANTES	40
4.4 CARACTERÍSTICAS DAS MÃES BRASILEIRAS E IMIGRANTES.....	42
4.5 CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS DE BRASILEIRAS E DE IMIGRANTES	47
4.6 GRUPOS MAIS FREQUENTES DE MÃES IMIGRANTES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	52
4.6.1 Características das mães dos grupos mais frequentes de imigrantes.....	53
4.6.2 Análise das características para as nacionalidades mais frequentes de mães imigrantes	56
5 DISCUSSÃO	68
6 CONCLUSÕES	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXO 1: Tabela de nascidos vivos, segundo características sociodemográficas das mães, segundo nacionalidade. Município de São Paulo, 2012 a 2017.	94
ANEXO 2: Mapas com a distribuição de nascidos vivos de mães imigrantes segundo distrito de residência da mãe e nacionalidade. Município de São Paulo, 2012 a 2017.....	95
ANEXO 3: Formulário da Declaração de Nascido Vivo	100
ANEXO 4: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	101
ANEXO 5: Currículo Lattes – Érica Karoline Ferreira.....	103
ANEXO 6: Currículo Lattes – Zilda Pereira da Silva	104

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Detalhamento da população de estudo, critérios de inclusão e exclusão do estudo. Município de São Paulo, 2012 a 2017 27
- Figura 2:** Distribuição de nascidos vivos de mães imigrantes. Total, Bolívia e China. Município de São Paulo, 2012 a 2017 38
- Figura 3:** Distribuição de nascidos vivos de mães imigrantes do Paraguai, Angola, Peru, Argentina, Coreia do Sul, Líbano, Nigéria e Síria. Município de São Paulo, 2012 a 2017 39
- Figura 4:** Distribuição da idade das mães residentes no município de São Paulo por naturalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017 42
- Figura 5:** Distribuição de nascidos vivos, segundo peso ao nascer e naturalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017 50
- Figura 6:** Distribuição de nascidos vivos, segundo idade gestacional e nacionalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017 50
- Figura 7:** Distribuição de nascidos vivos das cinco nacionalidades mais frequentes de mães imigrantes, segundo ano de nascimento. Município de São Paulo, 2012 a 2017 53
- Figura 8:** Distribuição dos nascidos vivos, segundo da faixa etária das mães de nacionalidades selecionadas. Município de São Paulo, 2012 a 2017 56
- Figura 9:** Distribuição de nascidos vivos, segundo idade gestacional e nacionalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017 64
- Figura 10:** Distribuição de nascidos vivos, segundo peso ao nascer por nacionalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017 66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número e proporção de nascidos vivos de mães imigrantes e mães brasileiras, residentes excluídos do estudo. Município de São Paulo, 2012 a 2017	28
Tabela 2: Completitude das variáveis do Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Município de São Paulo, 2012 e 2017	35
Tabela 3: Número e percentual de nascidos vivos, segundo nacionalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017	36
Tabela 4: Nascidos vivos, segundo nacionalidade da mãe e ano de nascimento. Município de São Paulo, 2012 a 2017	37
Tabela 5: Nascidos vivos, segundo Supervisão Técnica de Saúde (STS) de residência, por nacionalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017	41
Tabela 6: Nascidos vivos, segundo características sociodemográficas das mães, por nacionalidade. Município de São Paulo, 2012 a 2017.....	44
Tabela 7: Nascidos vivos, segundo características dos antecedentes obstétricos das mães, por nacionalidade. Município de São Paulo, 2012 a 2017.....	45
Tabela 8: Nascidos vivos, segundo características da gestação e do parto das mães, por nacionalidade. Município de São Paulo, 2012 a 2017.....	46
Tabela 9: Nascidos vivos, segundo características, por nacionalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017	49
Tabela 10: Nascidos vivos, segundo características do local de nascimento, por nacionalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017	51
Tabela 11: Número e proporção de nascidos vivos, segundo Supervisão Técnica de Saúde (STS) de residência e nacionalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017.....	54
Tabela 12: Média de idade e desvio padrão do total das mães e das nulíparas, segundo nacionalidades selecionadas. Município de São Paulo, 2012 a 2017	55

Tabela 13: Distribuição dos nascidos vivos, segundo características socioeconômicas das mães, por nacionalidades selecionadas. Município de São Paulo, 2012 a 2017..... 58

Tabela 14: Distribuição dos nascidos vivos, segundo características dos antecedentes obstétricos, por nacionalidades selecionadas. Município de São Paulo, 2012 a 2017 61

Tabela 15: Distribuição dos nascidos vivos, segundo características da gestação e do parto, por nacionalidades selecionadas. Município de São Paulo, 2012 a 2017 62

Tabela 16: Distribuição dos nascidos vivos, segundo variáveis da gestação e do parto, por nacionalidades selecionadas. Município de São Paulo, 2012 a 2017 63

Tabela 17: Distribuição dos nascidos vivos, segundo características do nascimento, por nacionalidades selecionadas. Município de São Paulo, 2012 a 2017 67

SIGLAS UTILIZADAS

CRS: Coordenadoria de Regiões de Saúde

DN: Declaração de Nascido Vivo

DUM: Data da Última Menstruação

GIG: Grande para a Idade Gestacional

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG: Idade Gestacional

INE: Instituto Nacional de Estadística – Bolívia

Mercosul: Mercado Comum do Sul

Mipex: *Migrant Integration Policy Index*

MSP: Município de São Paulo

NV: Nascidos Vivo

OMS: Organização Mundial de Saúde

Opas: Organização Pan-Americana de Saúde

PIG: Pequeno para a Idade Gestacional

RN: Recém-Nascido

Sinasc: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

STS: Supervisão Técnica de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A imigração hoje tem sido tema das grandes manchetes jornalísticas em todo o mundo, principalmente evidenciando o grande número de refugiados que chegam à Europa, em condições, na maioria das vezes, desumanas. Dessa forma, a mobilidade de pessoas entre os diferentes países tem se tornado um grande desafio, principalmente para a saúde pública. O que exige “quer aos países de origem, quer aos países receptores, um esforço constante de reorganização interna, política e social, por forma a responder às necessidades e às expectativas das populações migrantes” (TOPA, 2013, p. 329).

Partindo da definição de migrante de Urquia e Gagnon (2011), descrita como sendo a pessoa que estabelece residência semi ou permanente em um lugar diferente daquele em que vivia anteriormente, ou seja, a pessoa que se muda dentro de uma localidade podendo ser um bairro, uma cidade e até mesmo um país. Sendo o termo “imigrante” na perspectiva do lugar ou país que acolhe e “emigrante” o termo usado quando se descreve o movimento em relação ao local de partida. Assim, a definição de imigrantes utilizada neste trabalho faz referência às mulheres que vieram de outros países e que tiveram filhos nascidos vivos no MSP, porém, sem identificar se estabeleceram residência no município.

Compreender a importância da imigração no contexto de saúde pública e, mais especificamente, identificar os diferentes perfis de nascimento e assistência ao ciclo gravídico puerperal das mães imigrantes, é necessário para entender os desafios em enfrentar as desigualdades e possibilitar acesso mais digno e integral à saúde dessas pessoas.

1.1 HISTÓRICO DA IMIGRAÇÃO NO BRASIL

Historicamente, a imigração em massa para o Brasil começou no final da monarquia, sobretudo em função da expansão da atividade cafeeira no final da década de 1880, quando existia uma escassez de mão de obra para tal atividade (TELAROLLI JR., 1996). Segundo Levy (1991), no período do grande fluxo imigratório no Brasil, entre 1885 e 1930, cerca de 3,8 milhões de estrangeiros entraram oficialmente no país, sendo que, até 1903, 70% eram italianos.

Os imigrantes vieram a princípio para substituir a mão de obra escravizada, além disso, outro objetivo para o incentivo da imigração no país relacionava-se às ideias ligadas ao “branqueamento” da população que era predominantemente negra na época. De fato, o Brasil era uma nação predominantemente negra devido ao tráfico negreiro no período e que, segundo os princípios evolucionistas, estavam associados à baixa fertilidade, suposta inferioridade intelectual, e ainda, uma população com maior incidência de doenças, por isso incentivava-se a entrada de imigrantes brancos vindos da Europa com a finalidade de “branquear” o país (GRANADA et al., 2017).

É evidente o quanto a participação da população imigrante no Brasil é de extrema importância na formação cultural, econômica e social do país. No entanto, do ponto de vista da constituição demográfica do país, a participação dos imigrantes é considerada pequena quando comparada com países como Estados Unidos e Argentina. Segundo o estudo de Mortara citado por Clevelário Jr. (1997, p. 52), “os imigrantes em 1940 constituíam cerca de 16%, 54%, 36% e 19% da população total do Brasil, Argentina, Estados Unidos e Canadá”, respectivamente.

Embora essa participação da população imigrante seja considerada pequena na década de 1940 em comparação com outros países americanos, “o crescimento vegetativo dos imigrantes e de seus descendentes foi mais importante para o crescimento da população brasileira que para países como Estados Unidos ou Argentina” (CLEVELÁRIO JR., 1997).

No período de imigração em massa entre 1890-1930, devido à expansão da atividade cafeeira, a mão de obra imigrante era basicamente concentrada em áreas rurais, onde a natalidade era maior que nas áreas urbanas. Italianos e alemães por suas numerosas descendências e devido a uma nupcialidade precoce apresentaram altas taxas de crescimento vegetativo (diferença entre o número de nascimentos e óbitos), ou seja, o número de nascimentos superava o de óbitos (CLEVELÁRIO JR., 1997).

Segundo Clevelário Jr. (1997), o número de imigrantes que chegavam por ano sofreu uma queda após 1940, contudo, provavelmente pelo pós-guerra entre as décadas de 1950 e 1960, houve um momentâneo aumento do número anual de imigrantes no Brasil, retornando uma queda após esse período.

Dados mais recentes mostram que, em 2000, a população imigrante representava uma pequena porcentagem na população brasileira, apenas 0,4% do total, entretanto, nota-se um aumento dos imigrantes naturais dos países do Cone Sul, como paraguaios, bolivianos, uruguaios, argentinos e chilenos, sendo que naquele mesmo ano essas nacionalidades estavam

entre as dez mais frequentes entre os imigrantes residentes no país (SALA; CARVALHO, 2008).

Essa mudança migratória dos países do Mercosul para o Brasil, provavelmente se deu devido à grave crise econômica na Argentina no ano 2000, a qual desencadeou o crescimento de desemprego e um maior controle em relação à imigração, sendo o Brasil um novo destino para esses imigrantes (SALA; CARVALHO, 2008).

1.2 IMIGRAÇÃO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO

O Estado de São Paulo foi uma das regiões que abrigou o maior fluxo migratório no país devido à expansão da atividade cafeeira (CLEVELÁRIO JR., 1997; TELAROLLI JR., 1996; LEVY, 1991). A grande onda de imigrantes para o Estado de São Paulo se deu a partir de 1887, e no ano de 1910, 63% dos imigrantes se dirigiam a este Estado. Da população estrangeira que se encontrava no Brasil, 44,54% estavam em São Paulo no ano de 1900, e em 1940, 57,89% (LEVY, 1991; TELAROLLI JR., 1996).

Segundo Levy (1991), mais de 60% dos italianos se dirigiram ao Estado de São Paulo entre 1885-1930, sendo que após esse período, essa proporção atingiu 80%. A grande maioria dos imigrantes espanhóis migrou também para São Paulo, chegando a 75% no período de 1900-1929, já no período de 1910-1944, mais de 95% dos imigrantes japoneses dirigiram-se ao Estado.

A população imigrante contribuiu de forma importante na formação da população do Estado de São Paulo; no ano de 1900 os estrangeiros eram 20,96% da população paulista. Além disso, é importante destacar a representação da população feminina estrangeira no início do século XX, que segundo dados do Censo de 1920, do total de mulheres, as estrangeiras eram 16,63% e dentre as com 20 anos e mais, as estrangeiras representavam 25,9%, no Estado de São Paulo (LEVY, 1991).

Para Levy (1991), além da contribuição no crescimento da população, a entrada de imigrantes também pode ter representado grande impacto na fecundidade. Nota-se, com dados do Censo de 1940, a alta fecundidade das estrangeiras, sobretudo das italianas com um número médio de 7,8 filhos. Já entre as japonesas e as alemãs, as quais já exercitavam maior controle

da fecundidade nos países de origem, esse número era um pouco menor, com médias de 4,7 e 4,2 filhos respectivamente, até mesmo em relação às brasileiras com 5,4 filhos.

Ainda hoje, o Estado e principalmente o município de São Paulo são historicamente regiões com alta participação de imigrantes. Naturalmente o município de São Paulo, como líder no quesito econômico no Estado e no país, é também polo de empregos, atraindo imigrantes internos e externos, o que torna essencial o entendimento dos aspectos culturais, socioeconômicos e das condições de saúde que envolvem esses grupos (SÃO PAULO, 2015a). Vale ressaltar, o grande avanço que o município de São Paulo conquistou ao aprovar a Lei 16.478/16, que garante o direito dos imigrantes e refugiados à educação, aos serviços sociais, e ainda, aos serviços públicos de saúde, o que certamente irá contribuir em melhorias nas condições de vida desses estrangeiros (SÃO PAULO, 2016a).

Atualmente estão entre os imigrantes e refugiados no município as populações originárias de países africanos e asiáticos, especialmente China e Coreia do Sul, mas também da América Latina e do Caribe (SÃO PAULO, 2015a). Entre as principais motivações que influenciam a imigração estão: insegurança material e física, intolerância, exclusão econômica e política, repressão, catástrofes e transtornos diversos, conflitos e guerras (BI, 2014).

1.3 O IMIGRANTE E O ACESSO À SAÚDE NO MUNDO

Existem mais de 214 milhões de imigrantes em todo o mundo e metade são mulheres, entretanto, mesmo a imigração sendo um fenômeno presente em grande parte de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a saúde do imigrante é ainda uma questão a ser discutida e melhorada (URQUIA et al., 2010). Um exemplo desse acolhimento à população imigrante tem sido visto na União Europeia e em outros países a partir do Índice das Políticas de Integração, em inglês *Migrant Integration Policy Index* (Mipex), publicado pela primeira vez em 2004, sendo uma ferramenta importante na mensuração das políticas de integração dos países membros (MIPEX, 2015).

Os imigrantes são pessoas que, em sua maioria, partem em busca de trabalho, por fuga de conflitos no país de origem, e ainda, por motivos econômicos. É comum associá-los a pessoas saudáveis e fortes que tiveram a capacidade de atravessar fronteiras para trabalhar, fenômeno conhecido como “efeito do imigrante saudável”. No entanto, estudos existentes são

divergentes nesta questão, já que os imigrantes são pessoas que apresentam diferentes padrões de mortalidade e doenças, além de possuírem diferentes padrões na utilização de serviços de saúde. Além disso, as barreiras linguísticas e culturais podem ter grande influência na procura dos serviços de saúde por essas pessoas e, sem dúvida, a falta de uma rede social de apoio, como no país de origem, acaba tornando os estrangeiros uma população de extrema vulnerabilidade (PADILHA, 2013). Em síntese, as condições como se dá a migração, as políticas de integração do país receptor, além da situação de legalidade ou ilegalidade, são fatores que afetam diretamente as condições de saúde dos estrangeiros (TOPA, 2010).

1.4 ATENÇÃO À GESTAÇÃO, AO PARTO E PÓS-PARTO DE IMIGRANTES NO MUNDO

É importante destacar também a importância da população feminina dentro do total de imigrantes. Estima-se que as mulheres sejam metade de todos migrantes no mundo, sendo na União Europeia 54% do total de imigrantes (TOPA et al., 2010). Além disso, quando comparadas aos homens imigrantes, as mulheres estrangeiras são mais vulneráveis à discriminação, sendo algumas mais vulneráveis que outras, seja por etnia, classe social, faixa etária ou nacionalidade (TOPA et al., 2013). Dessa forma, faz-se necessária uma atenção à saúde da mulher imigrante, em especial à saúde reprodutiva, abrangendo a extrema importância de uma assistência diferenciada ao ciclo gravídico puerperal, por essas mulheres serem uma população de maior risco de piores desfechos neonatais e acesso tardio ao pré-natal (VÁSQUEZ-DE KARTZOW; CASTILLO-DURÁN, 2012).

Apesar da importância que o cuidado pré-natal tem para evitar desfechos desfavoráveis no ciclo gravídico puerperal, nota-se ainda uma diferença tanto no acesso como no tratamento das mulheres por questões étnicas e raciais (SARNOFF et al., 2001). Em uma coorte retrospectiva realizada na Espanha, onde se avaliou mulheres imigrantes de origem africana com gravidez não complicada, entre os anos de 2007 e 2010, observou-se que as mulheres imigrantes africanas tiveram um pior cuidado pré-natal, assim como piores resultados neonatais em comparação às mulheres espanholas (PAZ-ZULUETA et al., 2015).

Em outro estudo realizado no Canadá, sobre as diferenças entre as mulheres imigrantes recém-chegadas e as mulheres canadenses, não houve diferença de acesso aos cuidados de

saúde e às consultas de pré-natal, embora tenha sido superior o número de consultas das nascidas no Canadá. Nesse mesmo estudo observou-se que as imigrantes recém-chegadas eram mais suscetíveis de terem um parto com fórceps ou uma cesariana, o que poderia estar relacionado com barreiras linguísticas, baixo status socioeconômico e, ainda, uma atenção ao pré-natal inadequada (MUMTAZ et al., 2014).

Quando se comparam as mulheres imigrantes com as nativas do país receptor notam-se diferenças nos desfechos perinatais, evidenciando a vulnerabilidade das estrangeiras. Em um estudo realizado em Israel comparando mulheres etíopes categorizadas pelo tempo de imigração com as mulheres israelenses, encontrou-se cerca de duas vezes a incidência de muito e extremamente pré-termo entre as etíopes em comparação às israelenses, além de mais chance de recém-nascidos pequenos para idade gestacional e menores escores de Apgar de 5 minutos. Quando se comparava as populações do estudo, uma minoria das etíopes era casada e tinha maior paridade em comparação às mulheres israelenses (CALDERON-MARGALIT et al., 2015).

Um estudo de 2015, que buscou relacionar o efeito do imigrante saudável com possíveis nascimentos pré-termos entre as mulheres estrangeiras, encontrou um risco menor entre as estrangeiras e refugiadas em comparação às mães nascidas nos Estados Unidos, entretanto, o efeito imigrante saudável nessa amostra foi observado após o controle das seguintes co-variáveis: raça/etnia da mãe, cuidados pré-natais tardios ou não realizados, idade materna jovem, além do tabagismo durante o primeiro trimestre de gestação (MILLER et al., 2016). Em estudo de casos e controles realizado em Santiago no Chile, entre 2008 e 2009, que buscou comparar o peso e a altura dos recém-nascidos das imigrantes e nativas chilenas, foi encontrado que as mães estrangeiras tinham menor risco de gravidez na adolescência e da ocorrência de recém-nascidos de baixo peso (VÁSQUEZ-DE KARTZOW; CASTILLO-DURÁN, 2012), no entanto, como o estudo não apresenta informação sobre a idade da imigração, não é possível conhecer a influência dessa variável no resultado.

Outro ponto abordado na literatura é referente ao tempo de residência do imigrante no país receptor e o quanto isso impacta nas condições materno-fetais da população imigrante. Em um estudo realizado no Canadá, avaliou-se a ocorrência de baixo peso ao nascer e recém-nascidos pequenos para idade gestacional, comparando os subgrupos de imigrantes por tempo de residência no Canadá e os não imigrantes; comparou-se também se havia diferença na ocorrência desses desfechos entre os subgrupos de imigrantes categorizados por o tempo de

chegada ao país. Os resultados apontaram que imigrantes recentes possuíam menor risco de parto pré-termo em comparação com a população nativa canadense, entretanto, o risco aumentou após 10 anos de permanência no Canadá (URQUIA et al., 2010).

1.5 ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Muitos imigrantes desejam constituir ou ampliar a família e, para o imigrante ilegal, ter um filho no Brasil é uma maneira de regularizar sua situação no país, já que tanto o pai quanto a mãe da criança adquirem o direito de legalizar-se (ROSSI, 2005). Dessa maneira, é natural que muitos imigrantes que se encontram em condições de ilegalidade utilizem este recurso para manterem-se no país. Mesmo a gravidez sendo um evento fisiológico, trata-se de um período de vulnerabilidade para a mulher e para o feto, assim, um aspecto que merece grande destaque é o da saúde reprodutiva das mulheres estrangeiras, que muitas vezes encontram dificuldades no acesso à assistência devido aos diferentes aspectos culturais, de comunicação e linguagem e, ainda, à questão da ilegalidade, o que faz com que alguns grupos tenham receio de procurar serviços públicos de saúde (MADI et al., 2009).

Em 2014, cerca de 3% dos nascidos vivos no município de São Paulo eram filhos de não brasileiras. Naquele mesmo ano, destacaram-se entre as mães estrangeiras: as bolivianas (53,4%), as chinesas (14,7%), as paraguaias (4,1%) e as peruanas (3,3%). Notou-se, ainda, uma crescente presença das haitianas, relacionada ao recente fluxo migratório de haitianos na cidade, passando de 0,4%, em 2012, para 1,8%, em 2014 (SÃO PAULO, 2015a).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema mais utilizado para o atendimento ao parto das mulheres estrangeiras no município. Em 2014, 76,6% dos partos de não brasileiras foram realizados em serviços do SUS, sendo mais de 90% de bolivianas, paraguaias, haitianas e nigerianas (SÃO PAULO, 2015a).

Dessa forma, é possível perceber que a maior parte das mulheres não brasileiras recorre aos serviços do SUS, o que requer que estes serviços de saúde estejam aptos a lidar com as diferenças culturais e aprimorar a assistência às mães imigrantes e a comunicação com elas, para assim, reduzir a vulnerabilidade desses grupos. Entretanto, alguns estudos mostram um despreparo dos profissionais em lidar com elementos culturais em relação ao parto, e isso se deve a uma formação centrada no modelo biomédico (CASTRO et al., 2015), diferente de

muitos países de origem, onde é comum o acompanhamento por parteiras tradicionais (SASS et al., 2010).

Para o Ministério da Saúde um pré-natal adequado é aquele em que são realizadas sete ou mais consultas (SÃO PAULO, 2015b). Entretanto, para a mulher migrante, muitas vezes em condições de clandestinidade, somada às longas e extenuantes jornadas de trabalho, é difícil o seguimento adequado do pré-natal, recorrendo ao serviço de saúde apenas em condições críticas, como, por exemplo, no momento do parto (SASS et al., 2010). Sem dúvida, a assistência ao pré-natal é de grande importância na prevenção de riscos de morbimortalidade materna e fetal, além de permitir o tratamento e diagnóstico de inúmeras complicações durante a gestação e a redução de fatores ou comportamentos de riscos, os quais são passíveis de serem corrigidos (KILSZTAJN et al., 2003).

Vale ressaltar que um pré-natal inadequado implica em intercorrências graves e que são de grande interesse para a Saúde Pública, como, por exemplo, a incidência de sífilis congênita, que é um indicador de assistência inadequada. Segundo um estudo realizado no município de São Paulo que avaliou os desfechos maternos e fetais na população boliviana, verificou-se que as taxas de sífilis congênita foram dez vezes maiores entre as mulheres bolivianas do que as encontradas entre as brasileiras (SASS et al., 2010). Em 2014, é notável ainda a baixa cobertura da assistência ao pré-natal (0 a 3 consultas) entre as nigerianas (24,3%), haitianas (17,2%) e bolivianas (16,0%). Observou-se naquele mesmo ano que a proporção de mães migrantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal foi de 59,9%, enquanto entre as brasileiras essa proporção foi de 75,1% (SÃO PAULO, 2015a, 2015b). O que de fato evidencia a existência de barreiras no acesso e acompanhamento adequado das migrantes na assistência ao pré-natal.

Na literatura brasileira existem poucos estudos que abordam a saúde reprodutiva das mulheres migrantes, sendo a maioria deles de natureza qualitativa, retratando principalmente aspectos sociais e emocionais dessa população. Nota-se, ainda, alguns estudos sobre acesso ao pré-natal pelas mulheres estrangeiras, sendo escassos os que abordam os perfis das mães migrantes em comparação às brasileiras, com aspectos relacionados às características sociodemográficas, tipo de parto e desfechos perinatais.

Observa-se que a maior parte dos estudos sobre saúde reprodutiva de migrantes é focada na população boliviana, por ser a nacionalidade majoritária no município de São Paulo, ficando abaixo apenas da população portuguesa (YAZAKI et al., 2014). Nota-se também o crescente aumento da participação de outras nacionalidades no município, como é o caso dos

haitianos, em virtude do terremoto que devastou o país, em 2010 (CONSTANTINO, 2012). Por isso há necessidade de estudar também outras nacionalidades de imigrantes residentes no município. Além disso, ter dados que demonstrem as diferenças culturais de aspectos ligados à gestação, parto e puerpério dessas mulheres, em comparação com as brasileiras, ajudaria na elaboração de estratégias de melhoria na atenção ao ciclo gravídico puerperal que englobassem todas as mulheres.

1.6 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS

No ano de 2012, houve no MSP, a implantação do novo modelo da Declaração de Nascido Vivo (DN), documento base do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), sendo acrescentado o campo de nacionalidade da mãe, o que tornou possível, dessa forma, agregar novas informações ao perfil epidemiológico dos nascimentos (SÃO PAULO, 2015b).

Assim sendo, a utilização do Sinasc, que se propõe a coletar e produzir informações sobre a ocorrência dos nascimentos, dados da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido, é uma excelente ferramenta para captar aspectos das mulheres segundo nacionalidade (SÃO PAULO, 2011).

O Sinasc foi criado em 1990, juntamente com a Declaração de Nascido Vivo (DN), que é o documento de entrada do Sistema, sendo possível obter informações sobre a mãe, a gestação, o parto e o recém-nascido (BRASIL, 2001). No ano de 1998, já em funcionamento em todos os municípios brasileiros, o Sinasc permaneceu como um sistema de alimentação contínua, dependendo dos dados preenchidos na DN pelos profissionais de saúde treinados (OLIVEIRA et al., 2015). Além disso, a qualidade dos dados do Sistema depende tanto do preenchimento completo da DN quanto do processo de distribuição e devolução dos impressos e, ainda, da digitação das informações (SÃO PAULO, 2017).

O Sistema é uma ferramenta com ampla cobertura de dados, sendo que dos 2.979.259 nascidos vivos ocorridos em 2014, houve uma cobertura de 96% para o Brasil, porém, com diferenças regionais, sendo as regiões Norte (90%) e Nordeste (91%) com as piores coberturas. Entre as outras regiões brasileiras, nota-se melhores coberturas no Centro-Oeste (98%), no Sudeste (99%) e no Sul (100%) do país (BRASIL, 2017).

No município de São Paulo, o Sinasc teve sua implantação entre 2000 e 2001, sendo o processamento das informações de responsabilidade das instituições que atendem aos partos (SÃO PAULO, 2017). No ano de 2009, visando a melhoria no preenchimento dos dados do Sistema pelas instituições que atendem os partos, a equipe do Sinasc municipal criou uma premiação chamada Selo SINASC, visando promover a melhoria da qualidade dos dados no município, premiando com um selo os hospitais que atinjam as metas de preenchimento e outras normas pré-estabelecidas (SÃO PAULO, 2017).

Outra iniciativa da gerência do Sinasc municipal, para ajudar na completude dos dados preenchidos na DN e facilitar a comunicação com as mães estrangeiras, foi a elaboração de um documento traduzido para as línguas espanhola, inglesa e francesa. Dessa maneira, além de uma assistência de qualidade e individualizada que essas mulheres necessitam, é possível maior acolhimento no momento de coletar as informações pessoais; e ainda, trata-se de um instrumento de apoio aos profissionais para reduzir as barreiras linguísticas e culturais (SÃO PAULO, 2016b).

Assim, a partir da criação do campo naturalidade da mãe, e ainda, com os esforços em facilitar a comunicação e coleta de dados na DN com as mulheres estrangeiras, houve possibilidade de estudar a natalidade das imigrantes.

Tendo em vista a relevância do tema imigração e uma maior participação da mulher nos fluxos migratórios, é de grande importância o estudo de questões relacionadas à saúde reprodutiva das mulheres imigrantes. Visto que na literatura brasileira são escassos os estudos que tratam desse tema, são necessários trabalhos que abordem a saúde reprodutiva das imigrantes, com análise dos indicadores relacionados ao ciclo gravídico puerperal dessas mulheres, para entender as diferenças e possíveis vulnerabilidades entre as diferentes nacionalidades.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar se existem diferenças nos indicadores relativos à gestação, ao parto e aos nascidos vivos das mulheres imigrantes internacionais em comparação às brasileiras, segundo país de origem, no MSP, no período de 2012 a 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a completitude das variáveis de interesse segundo condição de mãe imigrante internacional ou brasileira no MSP;
- Verificar as diferenças nas características da gestação e do parto das mães imigrantes internacionais e brasileiras no MSP;
- Verificar a diferença no perfil dos recém-nascidos de mães imigrantes internacionais e brasileiras no MSP.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Este é um estudo transversal com a utilização de dados secundários. O estudo tem como referência os nascimentos ocorridos no período de 01/01/2012 a 31/12/2017, no município de São Paulo, cujas mães também residiam na cidade.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado com dados do município de São Paulo, o mais populoso do país, com uma população de 11.253.503 habitantes (IBGE, 2010). O PIB per capita do município é de cerca de R\$ 54.357,81 (IBGE, 2010). O município registra taxa de fecundidade total de 1,8 filhos por mulher, com grande variação intramunicipal de 0,9 (Distrito Consolação) a 2,9 filhos por mulher (Distrito Brás), em 2014 (SEADE, 2016).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo inclui todos os nascidos vivos ocorridos no município de São Paulo, cujas mães residiam na cidade, correspondendo a 998.205 nascidos vivos.

3.4 FONTE DE DADOS

A fonte de dados foi o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc, que é um sistema capaz de coletar dados sobre os nascidos vivos ocorridos em todo o Brasil, além de fornecer dados sobre as características epidemiológicas da mãe, da gestação e do recém-nascido para todos os níveis do sistema de saúde.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Do total de nascidos vivos de mães residentes no município de São Paulo (1.037.633), foram selecionados apenas os nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município, sendo excluídos, portanto, aqueles que ocorreram em qualquer outro município (39.428). A exclusão dos nascimentos fora do MSP visou restringir a análise apenas para NV na cidade de São Paulo com foco na rede hospitalar no município.

Figura 1: Detalhamento da população de estudo, dos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Dos excluídos, 263 eram filhos de imigrantes, correspondendo a 0,9% desse grupo e 39.165 (3,9%) eram filhos de brasileiras (Tabela 1).

Nota-se que o percentual de nascidos vivos de mães imigrantes que ocorreram fora do município é menor que o percentual encontrado entre as brasileiras, o que demonstra uma maior movimentação e circulação de mães brasileiras e nascimentos em outros municípios, diferente das imigrantes onde os nascimentos se concentram na cidade de São Paulo (Tabela 1).

Tabela 1: Número e proporção de nascidos vivos de mães imigrantes e mães brasileiras, residentes excluídos do estudo. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Ano	Imigrantes			Brasileiras		
	Total	Excluídos	%	Total	Excluídos	%
2012	5.221	17	0,3	170.668	6.679	3,9
2013	4.905	22	0,4	168.043	6.804	4,0
2014	5.162	23	0,4	170.653	6.902	4,0
2015	5.207	24	0,5	171.074	6.560	3,8
2016	5.010	46	0,9	162.292	6.008	3,7
2017	5.042	131	2,6	164.356	6.212	3,8
Total	30.547	263	0,9	1.007.086	39.165	3,9

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

Das 136 nacionalidades contidas no banco de dados, foram selecionadas 11 para avaliar a evolução no tempo, tendo como critério representar pelo menos 1% do total de nascidos vivos de mães imigrantes. Já para a análise das diferenças do perfil entre as nacionalidades, foram selecionadas cinco a partir do critério de ocorrência de mais de mil casos no período de 2012 a 2017.

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.6.1 Variáveis Socioeconômicas

- Escolaridade: Sem escolaridade, Fundamental I (1ª a 4ª série), Fundamental II (5ª a 8ª série), Médio (antigo 2º Grau), Superior incompleto, Superior completo e ignorado. Para análise descritiva, foram utilizadas essas mesmas categorias. Para testar as diferenças entre os grupos, elas foram agrupadas em: menos que o Ensino Médio completo, Ensino Médio completo, Superior incompleto ou completo e ignorado;

- Idade da mãe: registrada na DN como contínua, e utilizada neste estudo como média e variável categorizada em anos: 10 a 14, 15 a 19, 20 a 34, 35 ou mais. Para análise do teste de qui-quadrado de Pearson foi categorizada em: 10 a 19 anos, 20 a 34 e 35 e mais. O termo adolescência foi utilizado segundo definição da OMS, considerando a faixa etária dos 10 aos 19 anos (BRASIL,2018);

- Situação conjugal: solteira, casada, viúva, separada/divorciada, união estável. Para análise descritiva, foram utilizadas essas mesmas categorias. Para testar as diferenças entre os grupos, elas foram agrupadas em: sem companheiro e com companheiro;

- Raça/cor: branca, preta, amarela, parda, indígena; sendo utilizadas desta maneira no estudo descritivo e para testar as diferenças, foram agrupadas em branca e não-branca.

- Naturalidade: variável que identifica a naturalidade da mãe no caso das brasileiras e país de nascimento para mães imigrantes na DN. A partir desta variável foi possível identificar os dois grupos de mães, imigrantes e brasileiras, além de separá-las segundo país de origem.

- Local de residência da mãe: na DN é utilizado o código do distrito administrativo da mãe, que foi categorizado segundo Supervisão Técnica de Saúde (STS) e por Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS).

3.6.2 Variáveis da gestação e do parto

- Número de gestações anteriores: foi registrada na DN como variável contínua, mas no estudo foi categorizada em: Nenhuma gestação, 1 e mais gestações;

- Paridade: variável criada a partir da união das variáveis contínuas “número de filhos vivos” e “número de filhos mortos” contidas na DN, ou seja, os partos anteriores de nascidos vivos ou nascidos mortos, sendo categorizada em: Nenhum, 1 filho, 2 a 3 filhos, 4 e mais filhos anteriores;

- Número de perdas fetais/abortos: categorizada em: Nenhuma, 1 ou mais;

- Tipo de gravidez: utilizada como registrada na DN: única, dupla, tripla e mais;

- Tipo de parto: vaginal ou cesárea;

- Número de consultas de pré-natal: variável utilizada tanto de forma contínua como em categorias: Nenhuma, de uma a três consultas, de quatro a seis consultas; sete e mais consultas;

- Mês de início do pré-natal: variável contínua, sendo utilizada de forma categorizada em: 1º mês, 2º mês, 3º mês, 4º ao 6º mês, 7º e mais.

3.6.3 Variáveis do Recém-Nascido

- Peso ao nascer: variável contínua na DN, categorizada em: menos de 1.500g, 1.500 a 2.499g, 2.500 a 3.999g, 4.000g ou mais; também foi utilizada a categorização de peso <2500g e peso ≥ 2500 g para identificar o baixo peso ao nascer.

- Apgar de 1º e 5º minutos: variável contínua na DN, categorizada em: menor que 2, de 3 a 4, 5 a 7 e 8 a 10.

- Sexo: feminino e masculino

- Idade gestacional: variável contínua na DN, mas categorizada em: pré-termo (menor que 37 semanas), termo precoce (de 37 semanas a 38 semanas e 6 dias), termo completo (de 39 semanas a 40 semanas e 6 dias), termo tardio (de 41 semanas a 41 semanas e 6 dias), pós-termo (de 42 semanas ou mais) (CALDEIRÃO, 2014).

3.6.4 Variáveis do local de ocorrência

- Local de nascimento: variável categorizada na DN como: hospital, outros estabelecimentos de saúde, domicílio e outros. Neste estudo foi categorizada em: hospital e outros estabelecimentos de saúde, domicílio e outros.

- Hospital de nascimento SUS e não-SUS: variável criada a partir da variável “código do estabelecimento de nascimento” contida na DN, vinculada com o código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), fornecidos pela Gerência do Sinasc/CEinfo. A partir dessa vinculação foi possível criar a variável “tipo de gestão”, a qual foi categorizada em: atendimento SUS e privado. Para análise desta variável foram excluídos os nascimentos que ocorreram em domicílio ou em outros locais.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

3.7.1 Análise de completitude das variáveis

Visando verificar se existiam diferenças no preenchimento das Declarações de Nascidos Vivos (DN) de brasileiras e imigrantes, foi realizada, para todas as variáveis, a análise de completitude para os anos de 2012 e 2017, para, assim, identificar a evolução da qualidade das mesmas. Utilizou-se os critérios: excelente (acima de 95%), bom (de 90% a 95%), regular (de 70% a 90%), ruim (de 50% a 70%) e muito ruim (abaixo de 50%) (ALMEIDA, 2011).

3.7.2 Análise estatística

Inicialmente, foi realizada análise descritiva com medidas de distribuição e de tendência central das características dos nascidos vivos e da gestação das mães brasileiras e do conjunto das mães imigrantes. Em seguida, foi realizada análise das diferenças entre os dois grupos de mães. Foram analisadas mais detalhadamente cinco nacionalidades, considerando aquelas com mais de mil ocorrências de nascidos vivos em todo o período. O teste de qui-quadrado de Pearson foi utilizado para comparar as proporções; foi adotado nível de significância de 5%. Os dados foram processados nos softwares Excel e SPSS versão 17.0.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob parecer nº 2.728.213 (Anexo 2).

4 RESULTADOS

4.1 COMPLETITUDE DAS VARIÁVEIS

De acordo com Lima et al. (2009), a completitude das variáveis pode ser entendida como o grau em que os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) possuem valores que não são nulos, ou seja, brancos ou ignorados. As variáveis foram analisadas seguindo os seguintes critérios propostos por Almeida et al. (2011): excelente (acima de 95%), bom (de 90% a 95%), regular (de 70% a 90%), ruim (de 50% a 70%) e muito ruim (abaixo de 50%). Os dados foram analisados separados em dois grupos, mães imigrantes e mães brasileiras, e para avaliar a evolução da completitude no tempo foram utilizados os anos de 2012 e 2017.

Na Tabela 2 é possível observar que a maior parte das variáveis apresentou excelente completitude (acima de 95%), mantendo esse patamar nos anos de 2012 e 2017. Destaca-se que as variáveis idade da mãe, tipo de gravidez, tipo de parto, sexo do recém-nascido, peso ao nascer, distrito administrativo de residência, local de nascimento e CEP do endereço de ocorrência do parto apresentaram 100% de completitude para os dois grupos de mães, brasileiras e imigrantes, no período analisado.

Já a variável data da última menstruação, introduzida em 2012 na DN, que apresentava uma completitude ruim no ano de 2012, sofre uma piora ao longo do período, passando para muito ruim, em 2017, nos dois grupos de mães, entretanto, vale destacar que no município de São Paulo a ultrassonografia é um dos métodos mais utilizados para estimar as semanas de gestação (SÃO PAULO, 2011). Dessa maneira, observa-se que a variável método para estimar semanas de gestação – campo da DN preenchido caso a data da última menstruação (DUM) seja ignorada – apresentou uma completitude regular para os dois grupos de mães no ano de 2012, alcançando uma excelente completitude no ano de 2017 entre brasileiras e imigrantes. Destaca-se também a excelente completitude, nos dois períodos e grupos estudados, da variável de número de semanas de gestação, gerada a partir das duas variáveis anteriormente mencionadas.

A variável idade do pai, também introduzida no ano de 2012, foi considerada como muito ruim nos dois anos e grupos de mães analisados, e ainda, observa-se uma piora ao longo do período estudado. Dessa forma, nota-se que grande parte das variáveis apresentaram

excelente completitude dos dados, apenas duas delas foram consideradas com baixa completitude. Além disso, não foram verificadas diferenças de preenchimento entre os grupos de mães brasileiras e imigrantes, mostrando a excelente qualidade do banco de dados do município de São Paulo em relação a esse quesito.

Tabela 2: Completitude das variáveis do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.
Município de São Paulo, 2012 e 2017.

Variáveis	Em %			
	Imigrantes		Brasileiras	
	2012	2017	2012	2017
Mãe				
Idade	100,0	100,0	100,0	100,0
Raça/cor	99,9	100,0	98,7	100,0
Escolaridade	97,5	99,8	98,7	100,0
Ocupação da mãe	98,7	99,4	98,4	99,0
Situação conjugal	99,5	99,7	99,9	99,8
Distrito administrativo de residência	100,0	100,0	100,0	99,9
Código do distrito administrativo de residência	100,0	99,9	99,9	99,9
Pai				
Idade do pai	39,7	24,1	51,2	36,1
Gestação e Parto				
Data da última menstruação	69,7	28,9	62,7	27,6
Método para estimar semanas de gestação	89,6	98,5	87,1	98,5
Nº de semanas de gestação	99,8	99,9	98,7	100,0
Tipo de gravidez	100,0	100,0	100,0	100,0
Tipo de parto	100,0	100,0	100,0	100,0
Tipo de apresentação do RN	99,9	100,0	98,2	100,0
Nº de consultas de pré-natal	98,6	99,8	98,1	99,9
Mês de início do pré-natal	98,9	98,9	96,8	99,1
Nº de gestações anteriores	99,9	100,0	98,8	100,0
Nº de partos vaginais	99,9	100,0	98,8	100,0
Nº de partos cesáreos	99,9	100,0	98,8	100,0
Nº de filhos vivos	99,9	100,0	99,9	100,0
Nº de filhos mortos	99,8	100,0	99,9	100,0
Se o trabalho de parto foi induzido	96,8	99,9	94,9	100,0
Profissional que atendeu o parto	99,9	100,0	98,7	100,0
Cesárea ocorreu antes do TP iniciar	97,5	99,9	95,4	99,9
Nascido Vivo				
Peso	100,0	100,0	100,0	100,0
Sexo	100,0	100,0	100,0	100,0
Anomalia identificada	99,9	100,0	99,9	100,0
Código da anomalia	100,0	100,0	100,0	100,0
Apgar de 1 min	98,6	99,0	99,6	99,7
Apgar de 5 min	98,7	99,1	99,7	99,7
Local de ocorrência				
Código do estabelecimento de saúde	98,5	98,6	99,5	99,5
Endereço do local de nascimento	99,9	99,9	100,0	99,9
Distrito administrativo de nascimento	99,9	99,9	100,0	99,9
Local de nascimento	100,0	100,0	100,0	100,0
Código do endereço de nascimento	99,8	99,7	99,9	99,9
CEP do endereço de nascimento	100,0	100,0	100,0	100,0

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

4.2 EVOLUÇÃO DOS NASCIMENTOS DE FILHOS DE IMIGRANTES INTERNACIONAIS

No período foram identificados registros de 30.284 nascidos vivos de mães imigrantes, representando 3,0% do total de nascidos vivos no município. Observa-se que essa proporção se manteve estável ao longo do período estudado (Tabela 3).

Tabela 3: Número e percentual de nascidos vivos, segundo nacionalidade da mãe.
Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Ano	Imigrantes		Brasileiras		Total	
	N	%	N	%	N	%
2012	5.204	3,1	163.989	96,9	169.193	100,0
2013	4.883	2,9	161.239	97,1	166.122	100,0
2014	5.139	3,0	163.751	97,0	168.890	100,0
2015	5.183	3,1	164.514	96,9	169.697	100,0
2016	4.964	3,1	156.284	96,9	161.248	100,0
2017	4.911	3,0	158.144	97,0	163.055	100,0
Total	30.284	3,0	967.921	97,0	998.205	100,0

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Foram identificadas 136 nacionalidades no banco de dados, destas foram selecionadas as 11 mais frequentes (com $\geq 1,0\%$ no período) para serem analisadas separadamente quanto à sua evolução no período (Tabela 4, Figuras 2 e 3).

Do total de 30.284 nascidos vivos de mães imigrantes no período, 52,3% são filhos de mães bolivianas, que de 2012 a 2015 representaram mais de 50% dos nascidos vivos de mulheres imigrantes, porém, houve decréscimo, passando de 58,4% (3.057 NV) em 2012, para 48,2% (2.370 NV) em 2017.

A segunda nacionalidade mais frequente é a chinesa (12,7%), que registra redução importante: de 14,6% (765 NV) em 2012, para 9,7% (476 NV) em 2017.

Os nascidos vivos de mães paraguaias (4,5% do total) e peruanas (3,4%), por sua vez, apresentaram uma variação crescente, indo de 3,9% (2012) para 4,9% (2017) e de 3,3% (2012) para 4,0% (2017), respectivamente.

De forma mais intensa que as anteriores, os filhos de mães angolanas e haitianas registraram aumento importante no período, variando de 1,9% (2012) para 5,6% (2017) e de 0,4% (2012) para 5,6% (2017), respectivamente (Tabela 4). Assim como os nascidos vivos de mães nigerianas e sírias, que também apresentaram crescimento elevado, passando, respectivamente, de 0,7% (2012) para 1,4% (2017) e de 0,1% (2012) para 2,3% (2017). Já os nascidos vivos de mães argentinas, libanesas e sul-coreanas registraram diminuição tanto no número absoluto como na proporção.

Tabela 4: Nascidos vivos, segundo nacionalidade da mãe e ano de nascimento.
Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Nacionalidades	2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bolívia	3.057	58,7	2.812	57,6	2.736	53,2	2.663	51,4	2.248	45,3	2.370	48,3	15.886	52,5
China	765	14,7	586	12,0	756	14,7	644	12,4	634	12,8	476	9,7	3.861	12,7
Paraguai	205	3,9	215	4,4	211	4,1	243	4,7	255	5,1	241	4,9	1.370	4,5
Angola	98	1,9	109	2,2	146	2,8	193	3,7	333	6,7	277	5,6	1.156	3,8
Peru	173	3,3	166	3,4	167	3,2	173	3,3	165	3,3	195	4,0	1.039	3,4
Haiti	22	0,4	52	1,1	93	1,8	191	3,7	219	4,4	276	5,6	853	2,8
Argentina	99	1,9	84	1,7	61	1,2	83	1,6	74	1,5	56	1,1	457	1,5
Líbano	86	1,7	81	1,7	83	1,6	61	1,2	75	1,5	69	1,4	455	1,5
Coreia do Sul	87	1,7	85	1,7	57	1,1	66	1,3	44	0,9	49	1,0	388	1,3
Nigéria	38	0,7	50	1,0	74	1,4	69	1,3	67	1,3	70	1,4	368	1,2
Síria	6	0,1	12	0,2	19	0,4	61	1,2	101	2,0	114	2,3	313	1,0
Outras	596	11,5	645	13,2	743	14,5	748	14,4	755	15,2	727	14,8	4.214	13,9
Total	5.204	100,0	4.883	100,0	5.139	100,0	5.183	100,0	4.964	100,0	4.911	100,0	30.284	100,0

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

As Figuras 2 e 3 ilustram a evolução do número de nascidos vivos, segundo nacionalidade da mãe, sendo separados em dois gráficos devido às diferenças de escala. Em

síntese, nota-se que o total de nascimentos de filhos de imigrantes é estável ao longo do período 2012-2017, porém, a análise segundo nacionalidade, mostra diminuição para mães naturais da Bolívia, China, Argentina e Coreia do Sul, e ligeiro aumento para Paraguai (a partir de 2015) e Peru (em 2017). Para as nacionalidades com fluxo migratório mais recente no país, observa-se crescimento nos primeiros anos e estabilidade a partir de 2015 para Nigéria, e elevação expressiva para Haiti, Síria e Angola, esta última, entretanto, com redução em 2017.

Figura 2: Distribuição de nascidos vivos de mães imigrantes. Total, Bolívia e China.
Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

Figura 3: Distribuição de nascidos vivos de mães imigrantes do Paraguai, Angola, Peru, Argentina, Coreia do Sul, Líbano, Nigéria e Síria. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

4.3 CARACTERÍSTICAS DE RESIDÊNCIA DAS MÃES BRASILEIRAS E IMIGRANTES

Quanto à região de residência da mãe: 19,3% das mães imigrantes concentraram-se na região da Supervisão Técnica de Saúde (STS) da Mooca/Aricanduva, 11,7% na região da STS da Sé e 11,4% na região da Vila Maria/Vila Guilherme. Já as brasileiras possuem maior distribuição pelas diversas regiões do município, com uma maior concentração entre as regiões das Supervisões Técnicas de Saúde do Campo Limpo (6,3%), Capela do Socorro (6,3%) e M'Boi Mirim (6,2%) (Tabela 5).

Tabela 5: Nascidos vivos, segundo Supervisão Técnica de Saúde (STS) de residência, por nacionalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Supervisão Técnica de Saúde (STS)	Imigrantes		Brasileiras		Total	
	N	%	N	%	N	%
CRS Centro	5.540	18,3	24.677	2,5	30.217	3,0
STS Santa Cecília	2.004	6,6	8.695	0,9	10.699	1,1
STS Sé	3.536	11,7	15.982	1,7	19.518	2,0
CRS Leste	3.434	11,3	224.560	23,2	227.994	22,8
STS Cidade Tiradentes	149	0,5	22.662	2,3	22.811	2,3
STS Ermelino Matarazzo	572	1,9	17.637	1,8	18.209	1,8
STS Guaianases	533	1,8	29.052	3,0	29.585	3,0
STS Itaim Paulista	245	0,8	35.081	3,6	35.326	3,5
STS Itaquera	947	3,1	48.356	5,0	49.303	4,9
STS São Mateus	405	1,3	37.047	3,8	37.452	3,8
STS São Miguel	583	1,9	34.725	3,6	35.308	3,5
CRS Norte	7.324	24,2	192.099	19,8	199.423	20,0
STS Casa Verde/Cachoeirinha	1.573	5,2	29.372	3,0	30.945	3,1
STS Freguesia/Brasilândia	566	1,9	40.856	4,2	41.422	4,1
STS Pirituba/Perus	372	1,2	51.749	5,3	52.121	5,2
STS Santana/Jaçanã	1.353	4,5	45.851	4,7	47.204	4,7
STS Vila Maria/Vila Guilherme	3.460	11,4	24.271	2,5	27.731	2,8
CRS Oeste	2.103	6,9	79.220	8,2	81.323	8,1
STS Butantã	439	1,4	39.567	4,1	40.006	4,0
STS Lapa/Pinheiros	1.664	5,5	39.653	4,1	41.317	4,1
CRS Sudeste	10.470	34,6	192.023	19,8	202.493	20,3
STS Ipiranga	385	1,3	36.860	3,8	37.245	3,7
STS Mooca/Aricanduva	5.837	19,3	41.529	4,3	47.366	4,7
STS Penha	2.793	9,2	36.331	3,8	39.124	3,9
STS Vila Mariana/Jabaquara	1.191	3,9	37.481	3,9	38.672	3,9
STS Vila Prudente/Sapopemba	264	0,9	39.822	4,1	40.086	4,0
CRS Sul	1.402	4,6	254.446	26,3	255.848	25,6
STS Campo Limpo	347	1,1	60.766	6,3	61.113	6,1
STS Capela do Socorro	349	1,2	61.338	6,3	61.687	6,2
STS M' Boi Mirim	126	0,4	60.191	6,2	60.317	6,0
STS Parelheiros	26	0,1	16.069	1,7	16.095	1,6
STS Santo Amaro/Cidade Ademar	554	1,8	56.082	5,8	56.636	5,7
Ignorado	11	0,0	896	0,1	907	0,1
Total	30.284	100,0	967.921	100,0	998.205	100,0

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

4.4 CARACTERÍSTICAS DAS MÃES BRASILEIRAS E IMIGRANTES

Quando se analisa a idade média das mães, esta foi de 27,8 anos, não havendo diferença entre as mães imigrantes (27,5) e brasileiras (27,8). No entanto, verifica-se distribuição diferente quando se analisa por faixa etária. Observa-se que nos dois grupos predominam os nascidos vivos de mães na faixa etária dos 20 aos 34 anos, porém com distribuição diferente, sendo que o pico de nascimentos entre as imigrantes ocorre entre 20 e 29 anos (54,9%) e entre as brasileiras na faixa dos 25 a 34 anos (47,3%). É notável ainda um maior percentual de mães adolescentes entre as brasileiras em relação às imigrantes (Figura 4).

Figura 4: Distribuição de nascidos vivos, segundo idade e nacionalidade da mãe.
Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

Foram testadas as diferenças entre os grupos de imigrantes e de brasileiras. A proporção de mães adolescentes foi maior entre as brasileiras (13,0%) do que entre as imigrantes (8,5%). Observou-se também maior percentual de mães com mais de 35 anos entre as brasileiras (18,4%) em comparação com as imigrantes (14,8%), sendo todas essas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$) (Tabela 6). Com relação à escolaridade, observou-se que mais de 50,0% das mães nos dois grupos possuem Ensino Médio completo, no entanto, destaca-se maior percentual de imigrantes com nenhuma escolaridade ou apenas com Ensino Fundamental (24,4%) do que entre as mães brasileiras (19,3%). Observou-se também que as brasileiras apresentaram maior percentual entre as com Ensino Superior (28,0%) em comparação com as imigrantes (21,7%), diferenças também estatisticamente significativas ($p < 0,001$) (Tabela 6).

Quando analisamos a raça/cor das mães, observou-se também diferenças estatisticamente significantes. É interessante destacar que 50,7% das mães brasileiras se declararam brancas, enquanto esse percentual foi menor entre as imigrantes (37,2%) (Tabela 6). Dados mais detalhados encontram-se no Anexo 1, onde observa-se distribuição diferente: enquanto as brasileiras se concentram entre cor branca (50,7%) e parda (41,0%), as mães imigrantes se distribuem em branca (37,2%), parda (25,7%), amarela (14,9%) e indígena (13,0%).

Quanto à situação conjugal, foi possível identificar maior percentual de mulheres com companheiro entre as imigrantes (57,2%) do que entre as brasileiras (54,1%), sendo todas as diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$) (Tabela 6). No entanto, nos dados detalhados, observou-se que nos dois grupos de mães a maior frequência é de mulheres solteiras, com 42,2% (imigrantes) e 44,1% (brasileiras), em segundo lugar para as imigrantes estão as uniões estáveis (31,8%) e para as brasileiras a situação conjugal casada (37,3%) (Anexo 1).

Tabela 6: Nascidos vivos, segundo características sociodemográficas das mães, por nacionalidade. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Características sociodemográficas	Imigrantes		Brasileiras		Total		P- valor
	N	%	N	%	N	%	
Idade							
10 a 19 anos	2.576	8,5	125.642	13,0	128.218	12,8	<0,001
20 a 34 anos	23.214	76,7	664.412	68,6	687.626	68,9	
35 e mais	4.494	14,8	177.839	18,4	182.333	18,3	
Ignorado	0	0,0	28	0,0	28	0,0	
Escolaridade							
Nenhuma ou baixa escolaridade	7.376	24,4	187.261	19,3	194.337	19,5	<0,001
Ensino Médio completo	15.982	52,8	506.888	52,4	522.870	52,4	
Superior incompleto ou completo	6.572	21,7	270.947	28,0	277.519	27,8	
Ignorado	354	1,2	2.825	0,3	3.179	0,3	
Raça/Cor							
Branças	11.267	37,2	490.953	50,7	502.220	50,3	<0,001
Não brancas	18.991	62,7	474.459	49,0	493.450	49,4	
Ignorado	26	0,1	2.509	0,3	2.535	0,3	
Situação conjugal							
Sem companheiro	12.863	42,5	442.796	45,7	455.659	45,6	<0,001
Com companheiro	17.309	57,2	523.816	54,1	541.125	54,2	
Ignorado	112	0,4	1.309	0,1	1.421	0,1	
Total	30.284	100,0	967.921	100,0	998.205	100,0	

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Ao se analisar as características dos antecedentes obstétricos das mães, observou-se maior paridade, ou seja, maior percentual de um ou mais filhos anteriores, entre as mulheres imigrantes (65,7%), com destaque para maior frequência de grandes múltiparas, aquelas que tiveram quatro ou mais filhos (6,7%), enquanto 57,7% das brasileiras eram múltiparas. Foi maior também o percentual das mães imigrantes com 1 ou mais gestações anteriores (65,6%) em comparação com as brasileiras (57,4%). Observou-se maior percentual de mães imigrantes que tiveram 1 ou mais perdas fetais ou abortos (21,0%) do que entre as brasileiras (18,7%), sendo todas as diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$) (Tabela 7).

Tabela 7: Nascidos vivos, segundo características dos antecedentes obstétricos das mães, por nacionalidade. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Características dos antecedentes obstétricos	Imigrantes		Brasileiras		Total		P- valor
	N	%	N	%	N	%	
Número de filhos anteriores							
Nenhum	10.360	34,2	408.930	42,2	419.290	42,0	<0,001
1	9.638	31,8	289.839	29,9	299.477	30,0	
2 a 3	8.239	27,2	213.078	22,0	221.317	22,2	
4 e mais	2.033	6,7	55.358	5,7	57.391	5,7	
Ignorado	14	0,0	716	0,1	730	0,1	
Número de gestações anteriores							
Nenhuma	10.397	34,3	409.584	42,3	419.981	42,1	<0,001
1 ou mais gestações	19.880	65,6	555.885	57,4	575.765	57,7	
Ignorado	7	0,0	2.452	0,3	2.459	0,2	
Número de perdas fetais/aborto							
Nenhuma	23.923	79,0	786.497	81,3	810.420	81,2	<0,001
1 ou mais perdas	6.348	21,0	180.728	18,7	187.076	18,7	
Ignorado	13	0,0	696	0,1	709	0,1	
Total	30.284	100,0	967.921	100,0	998.205	100,0	

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

A Tabela 8 mostra que a frequência do parto vaginal foi maior entre as mães imigrantes (65,7%) em relação às brasileiras (46,5%). Todas as diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,001$). Em relação ao tipo de gravidez, observa-se pequena diferença entre os dois grupos, sendo maior a frequência de gestação dupla entre as brasileiras (2,6%) em relação às imigrantes (2,3%) ($p = 0,027$).

Quando analisamos o número de consultas de pré-natal realizadas pelos dois grupos de mães, nota-se maior acesso das brasileiras a um maior número de consultas, sendo que 77,1% delas realizaram 7 ou mais consultas, enquanto 62,3% das imigrantes realizaram esse número

de consultas. Observa-se também que mais que o dobro das imigrantes (11,6%) realizou menos de 4 consultas de pré-natal, em comparação com as brasileiras (5,0%). Embora a maioria de brasileiras (83,3%) e de imigrantes (64,0%) tenham iniciado o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, é possível observar um início mais tardio para as imigrantes, pois 26,7% delas iniciaram entre o 4º e o 6º mês e 7% deram início do 7º mês em diante. Todas as diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,001$) (Tabela 8).

Tabela 8: Nascidos vivos, segundo características da gestação e do parto das mães, por nacionalidade. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Características da gestação e do parto	Imigrantes		Brasileiras		Total		P- valor
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de gravidez							
Única	29.548	97,6	941.628	97,3	971.176	97,3	0,027
Dupla	708	2,3	25.441	2,6	26.149	2,6	
Tripla ou mais	27	0,1	796	0,1	823	0,1	
Ignorado	1	0,0	56	0,0	57	0,0	
Tipo de parto							
Vaginal	19.892	65,7	449.936	46,5	469.828	47,1	<0,001
Cesáreo	10.387	34,3	517.939	53,5	528.326	52,9	
Ignorado	5	0,0	46	0,0	51	0,0	
Número de consultas de pré-natal							
0 a 3 consultas	3.521	11,6	48.588	5,0	52.109	5,2	<0,001
4 a 6 consultas	7.713	25,5	167.607	17,3	175.320	17,6	
7 e mais consultas	18.854	62,3	746.369	77,1	765.223	76,7	
Ignorado	196	0,6	5.357	0,6	5.553	0,6	
Mês de início do pré-natal							
1º ao 3º mês	19.367	64,0	806.254	83,3	825.621	82,7	<0,001
4º ao 6º mês	8.082	26,7	129.114	13,3	137.196	13,7	
7º mês e mais	2.106	7,0	16.748	1,7	18.854	1,9	
Ignorado	729	2,4	15.805	1,6	16.534	1,7	
Total	30.284	100,0	967.921	100,0	998.205	100,0	

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Desta maneira é possível observar algumas diferenças nas características das mães residentes no MSP por nacionalidade. Observou-se que as mulheres imigrantes são mais jovens que as brasileiras, entretanto, a frequência de gravidez na adolescência foi maior entre as brasileiras do que entre as imigrantes. A maior parte das mães concluiu o Ensino Médio, porém, as brasileiras possuem maior escolarização do que as imigrantes, já que foi maior a frequência das que concluíram o Ensino Superior. Quanto à raça/cor, mesmo com distribuições diferentes entre os dois grupos, notou-se que a cor branca foi predominante entre brasileiras e imigrantes, destacando-se maior frequência de amarelas e indígenas entre as imigrantes. Também foi predominante a frequência de mães solteiras nos dois grupos.

Quanto às características obstétricas, observou-se que as mães imigrantes possuem maior paridade em relação às brasileiras, quando considera-se a paridade pelo número de filhos anteriores, vivos e mortos. As imigrantes possuem maior frequência de parto vaginal do que as brasileiras, para as quais a cesariana é o tipo de parto predominante.

Foi possível observar também que imigrantes e brasileiras, em sua maioria, realizaram 7 consultas ou mais de pré-natal, porém, as mães imigrantes possuem maior frequência de 0 a 3 consultas, caracterizando um pior acesso da assistência ao pré-natal. Além disso, observou-se um início mais tardio da atenção ao pré-natal das imigrantes, geralmente iniciando as consultas entre o 4º ao 6º mês de gestação, enquanto que as brasileiras iniciam mais precocemente, em sua maioria no 2º mês.

4.5 CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS DE BRASILEIRAS E DE IMIGRANTES

Quanto às características encontradas nos nascidos vivos das mães imigrantes e brasileiras mostradas na Tabela 9, não se observou diferenças estatisticamente significantes no sexo dos recém-nascidos ($p=0,206$).

Quanto ao peso ao nascer, observou-se que os filhos de mães brasileiras apresentaram maior percentual de baixo peso ao nascer ($<2.500g$) com 9,7%, do que as imigrantes (5,3%), e maior frequência de mais de 4.000g entre as imigrantes (9,5%) (Tabela 9). Quando se analisa a distribuição dos pesos a cada 500g (Figura 5), observa-se que, nos dois grupos, o pico está entre

3.000 e 3.499g, sendo 39,3% no grupo de imigrantes e 41,7% no de brasileiras. Entretanto, a curva de distribuição está deslocada à direita para o grupo de RNs de mães imigrantes, com maiores frequências de peso acima de 3.500g.

Observou-se também que houve maior percentual de Apgar do 1º e 5º minuto menor ou igual a 7 entre os nascidos vivos de brasileiras (11,3% e 2,1%) do que entre as imigrantes (9,6% e 1,9%).

Quanto à idade gestacional, embora a frequência de nascidos vivos a termo completo seja maior tanto entre imigrantes (54,0%) como para as brasileiras (48,8%), nota-se maior frequência de nascidos vivos pré-termo (11,0%) e termo precoce (33,1%) entre as brasileiras, as quais possuem maior frequência de nascidos vivos a termo tardio (9,3%) e pós-termo (2,6%) (Tabela 9). Assim, nota-se uma distribuição dos nascimentos de filhos de mães brasileiras em idades gestacionais mais precoces e pré-termos, enquanto as imigrantes tendem a ter gestações mais prolongadas (Figura 6).

Tabela 9: Nascidos vivos, segundo características, por nacionalidade da mãe.

Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Características do nascido vivo	Imigrantes		Brasileiras		Total		P- valor
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Feminino	14.639	48,3	472.775	48,8	487.414	48,8	0,206
Masculino	15.642	51,7	495.026	51,1	510.668	51,2	
Ignorado	3	0,0	120	0,0	123	0,0	
Peso							
<1.500g	280	0,9	15.026	1,6	15.306	1,5	<0,001
1.500 a 2.499	1.335	4,4	78.467	8,1	79.802	8,0	
2.500 a 3.999g	25.783	85,1	835.821	86,4	861.604	86,3	
4.000g e mais	2.880	9,5	38.583	4,0	41.463	4,2	
Ignorado	6	0,0	24	0,0	30	0,0	
Apgar1 min							
≤ 7	2.905	9,6	108.854	11,2	111.759	11,2	<0,001
> 7	27.079	89,4	855.816	88,4	882.895	88,4	
Ignorado	300	1,0	3.251	0,3	3.551	0,4	
Apgar 5 min							
≤ 7	578	1,9	19.199	2,1	19.777	2,0	<0,001
> 7	29.423	97,2	945.653	97,7	975.076	97,7	
Ignorado	283	0,9	3.069	0,3	3.352	0,3	
Idade gestacional							
Pré-termo (< 37 semanas)	2.599	8,6	106.459	11,0	109.058	10,9	<0,001
Termo precoce (37 a 38 semanas)	7.681	25,4	320.498	33,1	328.179	32,9	
Termo completo (39 a 40 semanas)	16.343	54,0	472.269	48,8	488.612	48,9	
Termo tardio (41 semanas)	2.824	9,3	53.243	5,5	56.067	5,6	
Pós-termo (42 semanas e mais)	786	2,6	12.174	1,3	12.960	1,3	
Ignorado	51	0,2	3.278	0,3	3.329	0,3	
Total	30.284	100,0	967.921	100,0	998.205	100,0	

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Figura 5: Distribuição de nascidos vivos, segundo peso ao nascer e naturalidade da mãe.
Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município

Figura 6: Distribuição de nascidos vivos, segundo idade gestacional e nacionalidade da mãe.
Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Quanto ao local de nascimento, embora nos dois grupos de mães a maior frequência seja de partos ocorridos em hospitais, observou-se maior proporção de partos domiciliares em imigrantes (1,1%) do que entre as mães brasileiras (0,4%), sendo todas as características acima estatisticamente significativas ($p < 0,001$) (Tabela 10).

Em relação ao tipo de gestão do hospital de nascimento, sendo retirados da análise aqueles que nasceram em domicílio ou em outros locais, também foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$). Nos dois grupos de mães nota-se maior utilização de hospitais de gestão SUS, embora seja maior a frequência de mães imigrantes (79,3%) em relação às brasileiras (60,5%). Entre as mães brasileiras foi maior o percentual de utilização de hospitais de gestão privada (37%).

Tabela 10: Nascidos vivos, segundo características do local de nascimento, por nacionalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Características do local de nascimento	Imigrantes		Brasileiras		Total		P- valor
	N	%	N	%	N	%	
Local de ocorrência							
Hospital	29.839	98,5	960.741	99,3	990.580	99,2	<0,001
Outros estabelecimentos de saúde	60	0,2	2.561	0,3	2.621	0,3	
Domicílio	333	1,1	3.847	0,4	4.180	0,4	
Outros	52	0,2	743	0,1	795	0,1	
Ignorado	0	0,0	29	0,0	29	0,0	
Total	30.284	100,0	967.921	100,0	998.205	100,0	
Gestão							
SUS	23.706	79,3	582.953	60,5	606.659	61,1	<0,001
Privado	5.602	18,7	356.902	37,0	362.504	36,5	
Ignorado	591	2,0	23.447	2,4	24.038	2,4	
Total	29.899	100,0	963.302	100,0	993.201	100,0	

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

Nota: Excluídos os nascimentos ocorridos em domicílio e em outros locais.

A partir dos resultados pode-se observar que há uma predominância no nascimento de crianças do sexo masculino nos dois grupos de análise. Quanto às condições de nascimento, tanto filhos de imigrantes como de brasileiras, apresentaram boas condições ao nascer,

concentrados na categoria de Apgar de 8 a 10 no 1º e no 5º minuto. Observou-se também que os filhos de brasileiras apresentaram maior percentual de baixo peso ao nascer, e em relação à idade gestacional, os RNs de mães brasileiras são mais pré-terms e termos precoces que os das imigrantes. Quanto ao local de nascimento, para ambos os grupos predominaram os partos ocorridos em instituições hospitalares, sendo o tipo de gestão SUS o mais frequente, embora entre as brasileiras seja maior a proporção de hospitais de gestão privada do que para as imigrantes.

4.6 GRUPOS MAIS FREQUENTES DE MÃES IMIGRANTES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Dentre todas as nacionalidades estudadas, 11 apresentaram mais que 1% no total de nascidos vivos e apenas 5 delas com mais de mil casos em todo o período de 2012 a 2017, sendo estas consideradas como os principais grupos de mães imigrantes para análise mais detalhada: bolivianas, chinesas, paraguaias, angolanas e peruanas.

Assim, nota-se que, por ano de nascimento, são duas as nacionalidades predominantes em todo período de análise: as mães bolivianas que se destacam com mais de 50% dos nascimentos de 2012 a 2015, reduzindo para 45,2% apenas em 2016, e as mães chinesas em segundo lugar em todos os anos. Destaca-se também um aumento dos nascimentos de filhos de mães angolanas a partir de 2016 (Figura 7).

Figura 7: Distribuição de nascidos vivos das cinco nacionalidades mais frequentes de mães imigrantes, segundo ano de nascimento. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

4.6.1 Características das mães dos grupos mais frequentes de imigrantes

A Tabela 11 mostra a distribuição de nascidos vivos segundo a região de Supervisão Técnica de Saúde (STS) de residência das mães, por nacionalidades, onde observa-se maior distribuição de brasileiras pelas diversas regiões do município, já entre as imigrantes, nota-se maior concentração em alguns pontos da cidade próximos às regiões centrais e da Zona Norte e Leste do MSP.

Observa-se diferenças na concentração de residência entre as diferentes nacionalidades de mães imigrantes: entre as bolivianas, a maior concentração de residência está na região das STSs da Mooca/Aricanduva (21,6%), Vila Maria/Vila Guilherme (19,6%) e Penha (14,4%); entre as mães paraguaias, a concentração se dá nas STSs da Mooca/Aricanduva (26,7%) e Santa Cecília (24,9%); entre as mães peruanas, nota-se maior concentração nas regiões das STSs da Sé (23,3%) e Mooca/Aricanduva (17,2%); entre as mães chinesas, há grande concentração de

residência na região da STS Sé (51,4%) e parte delas residindo na região da STS Mooca/Aricanduva (22,8%); já entre as mães angolanas, foi maior a frequência de residência na região das STSs da Mooca/Aricanduva (25,0%), Sé (11,9%), Penha (11,2%) e Itaquera (11,1%).

Tabela 11: Número e proporção de nascidos vivos, segundo Supervisão Técnica de Saúde (STS) de residência e nacionalidade da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Supervisão Técnica de Saúde (STS)	Brasil		Bolívia		Paraguai		Peru		China		Angola	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CRS Centro	24.677	2,5	1.119	7,0	427	31,2	381	36,7	2.168	56,2	182	15,7
STS Santa Cecília	8.695	0,9	857	5,4	341	24,9	139	13,4	184	4,8	45	3,9
STS Sé	15.982	1,7	262	1,6	86	6,3	242	23,3	1.984	51,4	137	11,9
CRS Leste	224.560	23,2	2.215	13,9	118	8,6	90	8,7	57	1,5	196	17,0
STS Cidade Tiradentes	22.662	2,3	81	0,5	4	0,3	5	0,5	0	0,0	3	0,3
STS Ermelino Matarazzo	17.637	1,8	470	3,0	21	1,5	17	1,6	3	0,1	9	0,8
STS Guaianases	29.052	3,0	272	1,7	14	1,0	6	0,6	4	0,1	26	2,2
STS Itaim Paulista	35.081	3,6	150	0,9	29	2,1	5	0,5	17	0,4	6	0,5
STS Itaquera	48.356	5,0	524	3,3	15	1,1	27	2,6	14	0,4	128	11,1
STS São Mateus	37.047	3,8	296	1,9	14	1,0	16	1,5	7	0,2	8	0,7
STS São Miguel	34.725	3,6	422	2,7	21	1,5	14	1,3	12	0,3	16	1,4
CRS Norte	192.099	19,8	6.199	39,0	285	20,8	93	9,0	117	3,0	103	8,9
STS Casa Verde/Cachoeirinha	29.372	3,0	1.393	8,8	37	2,7	22	2,1	19	0,5	19	1,6
STS Freguesia/Brasilândia	40.856	4,2	474	3,0	13	0,9	26	2,5	6	0,2	2	0,2
STS Pirituba/Perus	51.749	5,3	244	1,5	8	0,6	8	0,8	12	0,3	5	0,4
STS Santana/Jaçanã	45.851	4,7	982	6,2	59	4,3	15	1,4	38	1,0	34	2,9
STS Vila Maria/Vila Guilherme	24.271	2,5	3.106	19,6	168	12,3	22	2,1	42	1,1	43	3,7
CRS Oeste	79.220	8,2	118	0,7	35	2,6	59	5,7	157	4,1	89	7,7
STS Butantã	39.567	4,1	65	0,4	13	0,9	23	2,2	52	1,3	10	0,9
STS Lapa/Pinheiros	39.653	4,1	53	0,3	22	1,6	36	3,5	105	2,7	79	6,8
CRS Sudeste	192.023	19,8	5.927	37,3	460	33,6	333	32,1	1.245	32,2	562	48,6
STS Ipiranga	36.860	3,8	63	0,4	7	0,5	11	1,1	134	3,5	12	1,0
STS Mooca/Aricanduva	41.529	4,3	3.425	21,6	366	26,7	179	17,2	881	22,8	289	25,0
STS Penha	36.331	3,8	2.280	14,4	68	5,0	108	10,4	20	0,5	129	11,2
STS Vila Mariana/Jabaquara	37.481	3,9	44	0,3	13	0,9	28	2,7	180	4,7	114	9,9
STS Vila Prudente/Sapopemba	39.822	4,1	115	0,7	6	0,4	7	0,7	30	0,8	18	1,6
CRS Sul	254.446	26,3	305	1,9	45	3,3	83	8,0	115	3,0	23	2,0
STS Campo Limpo	60.766	6,3	49	0,3	8	0,6	46	4,4	14	0,4	6	0,5
STS Capela do Socorro	61.338	6,3	188	1,2	11	0,8	6	0,6	27	0,7	1	0,1
STS M' Boi Mirim	60.191	6,2	23	0,1	7	0,5	13	1,3	9	0,2	9	0,8
STS Parelheiros	16.069	1,7	9	0,1	3	0,2	1	0,1	3	0,1	0	0,0
STS Santo Amaro/Cidade Ademar	56.082	5,8	36	0,2	16	1,2	17	1,6	62	1,6	7	0,6
Ignorado	896	0,1	3	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,1
Total	967.921	100,0	15.886	100,0	1.370	100,0	1.039	100,0	3.861	100,0	1.156	100,0

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Nos anexos se encontram os mapas segundo distritos de residência, com a distribuição de NV de mães imigrantes de cada uma das 5 nacionalidades mais frequentes (ANEXO 2).

A média de idade no total de mães residentes, cujos partos ocorreram no Município de São Paulo (MSP), foi de 27,8 anos, mas quando se observa apenas as mães nulíparas essa média cai para 25,2 anos. Essa diferença nas médias ocorre também por nacionalidade, sendo a média de idade nas mães bolivianas a menor entre todas, seja entre as nulíparas (22,2 anos) seja no total de mães (25,6 anos). Já a maior média foi observada entre as mães angolanas, com 31,9 e 29,2, respectivamente, para o total e entre as nulíparas (Tabela 12).

Tabela 12: Média de idade e desvio padrão do total das mães e das nulíparas, segundo nacionalidades selecionadas. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Naturalidade	Total	Nulíparas
	Média (Dp)	Média (Dp)
Bolívia	25,6 (19,9 -31,3)	22,2 (17,7 - 26,6)
China	28,3 (23,1 -33,4)	25,3 (21,2 - 29,4)
Paraguai	25,7 (19,9 -31,4)	22,8 (18,0 - 27,6)
Angola	31,9 (25,1 -38,6)	29,2 (21,9 - 36,5)
Peru	28,4 (22,2 -34,5)	25,9 (19,8 - 32,0)
Brasil	27,9 (21,1 -34,6)	25,2 (18,6 - 31,9)
Total	27,8 (21,1 -34,6)	25,2 (18,6 - 31,8)

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Ao se observar a distribuição das faixas etárias, é possível perceber diferenças por nacionalidades. As mães bolivianas e paraguaias são as mais jovens, sendo sua maioria mulheres entre 20 a 24 anos, destaca-se também um maior percentual de mães com menos de 20 anos. Entre as mães chinesas nota-se uma predominância das mulheres entre 25 a 29 anos e um percentual mais elevado de mães de 30 a 34 anos. Já entre as mães peruanas, a distribuição é bastante equilibrada, diferente das mães angolanas onde predominam as mulheres na faixa etária maior que 30 anos (Figura 8).

Figura 8: Distribuição dos nascidos vivos, segundo da faixa etária das mães de nacionalidades selecionadas. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo/CEInfo. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos Sinasc.

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

4.6.2 Análise das características para as nacionalidades mais frequentes de mães imigrantes

Foi realizada uma análise das variáveis de interesse para as cinco nacionalidades mais frequentes, comparando cada grupo com as mães brasileiras. A Tabela 13 apresenta os resultados do teste de associação de qui-quadrado, mostrando que entre as principais nacionalidades de mães imigrantes, há maior percentual de mães adolescentes entre as bolivianas (13,1%) e paraguaias (13,1%), perfil semelhante ao encontrado entre as brasileiras (13,0%). Já entre as mães angolanas, notou-se maior percentual de mais velhas, com 35 anos e

mais (33,7%), sendo todos os valores estatisticamente significantes em relação às mães brasileiras ($p < 0,001$) (Tabela 13).

Com relação à escolaridade, observou-se que em todas as nacionalidades predominam as mães com Ensino Médio completo. Observou-se que há maior percentual de mães sem escolaridade ou baixa escolaridade (nenhuma a 8ª série) entre as mães paraguaias (36,2%). Já entre as mães angolanas, observou-se maior escolaridade, sendo o maior percentual dentre as com Ensino Superior incompleto e completo (37,1%), seguidas pelas peruanas (25,9%) e chinesas (18,3%), enquanto as brasileiras com Ensino Superior incompleto e completo foram 22,4%.

Quando se analisou o estado civil das mães, observou-se maior proporção de mães brasileiras com companheiro (54,1%) do que entre as bolivianas (53,9%), peruanas (51,5%) e angolanas (51,0%). Já chinesas e paraguaias registram maior percentual de mães sem companheiro. Com exceção das peruanas, todas as diferenças foram estatisticamente significantes.

Já quando se analisou a raça/cor das mães, notou-se que a maioria das brasileiras (50,7%) e paraguaias (64,9%) são brancas, seguidas pelas pardas, com 41,0% e 29,0%, respectivamente. Entre as bolivianas, a maior parte se declarou branca (35,0%) e parda (39,1%), e 23,9% se declararam indígenas. Destacou-se também que, entre as chinesas, 90,7% são amarelas. Entre as mães angolanas, 91,3% são pretas e entre as peruanas, 53,1% são pardas (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição dos nascidos vivos, segundo características socioeconômicas das mães, por nacionalidades selecionadas. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Características socioeconômicas	Brasil		Bolívia		P-valor	Paraguai		P-valor	Peru		P-valor	China		P-valor	Angola		P-valor
	N	%	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
Idade	ref				< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
10 a 19 anos	125.642	13,0	2.076	13,1		179	13,1		69	6,6		63	1,6		28	2,4	
20 a 34 anos	664.412	68,6	12.519	78,8		1.078	78,7		782	75,3		3.282	85,0		738	63,8	
35 e mais	177.839	18,4	1.291	8,1		113	8,2		188	18,1		516	13,4		390	33,7	
Ignorado	28	0	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Escolaridade					< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Nenhuma ou pouca escolaridade	187.261	19,3	5.039	31,7		496	36,2		110	10,6		973	25,2		194	16,8	
Ensino Médio completo	506.688	52,4	10.240	64,5		765	55,8		656	63,1		1.982	51,3		523	45,2	
Superior incompleto ou completo	270.947	28,0	529	3,3		105	7,7		269	25,9		708	18,3		429	37,1	
Ignorado	2.825	0,3	78	0,5		4	0,3		4	0,4		198	5,1		10	0,9	
Situação conjugal					0,015			< 0,001			0,215			< 0,001			< 0,001
Sem companheiro	442.796	45,7	7.281	45,8		692	50,5		502	48,3		2.046	53,0		557	48,2	
Com companheiro	523.816	54,1	8.570	53,9		672	49,1		535	51,5		1.482	46,2		590	51,0	
Ignorada	1.309	0,1	35	0,2		6	0,4		2	0,2		33	0,9		9	0,8	
Raça/Cor					< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Branca	490.953	50,7	5.563	35,0		889	64,9		368	35,4		309	8,0		48	4,2	
Preta	67.517	7,0	46	0,3		3	0,2		7	0,7		3	0,1		1.055	91,3	
Amarela	8.664	0,9	255	1,6		23	1,7		26	2,5		3.503	90,7		4	0,3	
Parda	397.285	41,0	6.214	39,1		397	29,0		552	53,1		40	1,0		48	4,2	
Indígena	993	0,1	3.796	23,9		55	4,0		85	8,2		1	0,0		0	0,0	
Ignorado	2.509	0,3	12	0,1		3	0,2		1	0,1		5	0,1		1	0,1	
Total	967.921	100,0	15.886	100,0		1.370	100,0		1.039	100,0		3.861	100,0		1.156	100,0	

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

Nota: Os valores de P são resultados do teste de qui-quadrado comparando cada grupo de mães imigrantes com as mães brasileiras.

A Tabela 14 mostra as características dos antecedentes obstétricos das mães, onde observou-se que 78,1% das mães angolanas possuíam 1 ou mais gestações anteriores, seguidas pelas mães chinesas (68,3%) e bolivianas (67,4%), diferenças estatisticamente significantes em relação às mães brasileiras. Já entre as mães paraguaias e peruanas não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p= 0,107$ e $0,072$, respectivamente) para gestações anteriores. Com relação à paridade, número de filhos anteriores, das mães também não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as mães paraguaias ($p= 0,606$) e peruanas ($p= 0,219$) em relação às brasileiras. A nacionalidade com maior frequência de múltiparas (de um a mais filhos anteriores) foi a angolana (78,3%).

Ao analisarmos as perdas fetais e os abortos, não se encontrou diferenças estatisticamente significantes entre as bolivianas ($p= 0,597$) e paraguaias ($p= 0,524$) em relação às mães brasileiras. Foi maior a frequência de perdas e abortos entre angolanas (33,0%), chinesas (25,5%) e peruanas (24,4%) em relação às brasileiras (18,7%) (Tabela 14).

Na Tabela 15, onde estão as características relacionadas à gestação atual e ao parto, observou-se que, quanto ao tipo de parto, as angolanas possuem perfil bastante similar ao das brasileiras, com maior frequência de parto cesáreo, 52,7% e 53,5%, respectivamente ($p<0,001$). Já entre as mães das outras nacionalidades, observou-se uma predominância do parto vaginal, com destaque para as mães bolivianas onde o parto vaginal chega a 77,0%, sendo todas as diferenças estatisticamente significantes ($p<0,001$).

Além disso, nota-se que as mães angolanas possuem maior frequência de gravidez múltipla (11,2%) do que as outras imigrantes e também em relação às brasileiras (2,3%) ($p<0,001$).

Em todas as nacionalidades, a maioria das mães deram início precoce aos cuidados na gestação (do 1º ao 3º mês), com destaque para as brasileiras (83,3%). No entanto, apenas 52,1% das bolivianas iniciaram os cuidados ao pré-natal neste período, sendo 36,4% entre o 4º e 6º mês de gestação. É importante destacar também que 12,0% das angolanas iniciaram o pré-natal apenas a partir do 7º mês em diante de gestação, seguidas por 8,7% das mães bolivianas (Tabela 15).

Brasileiras (77,1%) e Paraguaias (70,3%) foram os grupos que mais fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal e as bolivianas com menor proporção (53,0%). Com baixo número de consultas, 17,6% das mães angolanas e 14,3% das mães bolivianas fizeram apenas de 0 a 3 consultas.

Não houve diferença estatisticamente significativa para o local de nascimento entre as mães paraguaias ($p= 0,340$) e mães peruanas ($p= 0,835$), em relação às mães brasileiras. Em todas as nacionalidades observou-se que mais de 98,0% dos nascimentos ocorreram em hospitais, entretanto, destaca-se o percentual de 1,6% dos nascimentos de filhos de mães bolivianas, enquanto entre as brasileiras esse percentual foi de 0,4% ($p<0,001$) (Tabela 16).

Dos nascimentos ocorridos em hospitais, para 98,9% das mães bolivianas e 93,7% das paraguaias foram em hospitais de gestão do SUS, enquanto, entre as chinesas, esse percentual foi de apenas 64,0% e entre as brasileiras 60,5%. Dentre as mães chinesas observou-se maior percentual de nascimentos ocorridos em hospitais de gestão privada (34,3%), enquanto entre as brasileiras foi 37,0% (Tabela 16).

Tabela 14: Distribuição dos nascidos vivos, segundo características dos antecedentes obstétricos, por nacionalidades selecionadas.

Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Características dos antecedentes obstétricos	Brasil		Bolívia		P-valor	Paraguai		P-valor	Peru		P-valor	China		P-valor	Angola		P-valor
	N	%	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
Número de gestações anteriores	ref				< 0,001			0,107			0,072			< 0,001			< 0,001
Nenhuma	409.584	42,3	5174	32,6		563	41,1		415	39,9		1224	31,7		253	21,9	
1 ou mais gestações	555.885	57,4	10706	67,4		807	58,9		624	60,1		2637	68,3		903	78,1	
ignorado	2.452	0,3	6	0,0		0	0,0		0	0		0	0,0		0	0,0	
Número de filhos anteriores					< 0,001			0,606			0,219			< 0,001			< 0,001
Nenhum	408.930	42,2	5.164	32,5		561	40,9		412	39,7		1.218	31,5		252	21,8	
1	289.839	29,9	4.985	31,4		432	31,5		336	32,3		1.401	36,3		300	26,0	
2 a 3	213.078	22,0	4.534	28,5		302	22,0		225	21,7		1.105	28,6		438	37,9	
4 partos e mais	55.358	5,7	1.194	7,5		75	5,5		66	6,4		136	3,5		166	14,4	
Ignorado	716	0,1	9	0,1		0	0,0		0	0,0		1	0,0		0	0,0	
Número de perdas fetais/ aborto					0,597			0,524			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Nenhuma	786.497	81,3	12.905	81,2		1.122	81,9		786	75,6		2.876	74,5		774	67,0	
1 ou mais perdas	180.728	18,7	2.973	18,7		248	18,1		253	24,4		984	25,5		382	33,0	
Ignorado	696	0,1	8	0,1		0	0,0		0	0,0		1	0,1		0	0,0	
Total	967.921	100,0	15.886	100,0		1.370	100,0		1.039	100,0		3.861	100,0		1.156	100,0	

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Tabela 15: Distribuição dos nascidos vivos, segundo características da gestação e do parto, por nacionalidades selecionadas.
Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Características da gestação e do parto	Brasil		Bolívia		P-valor	Paraguai		P-valor	Peru		P-valor	China		P-valor	Angola		P-valor
	N	%	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
Tipo de gravidez	ref				<0,001			0,550			0,009			0,007			<0,001
Única	941.628	97,3	15.714	98,9		1.342	98,0		1.030	99,1		3.792	98,2		1.027	88,8	
Dupla	25.441	2,6	172	1,1		28	2,0		9	0,9		69	1,8		120	10,4	
Tripla ou mais	796	0,1	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		9	0,8	
Ignorado	56	0,0	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Tipo de parto					<0,001			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001
Vaginal	449.936	46,5	12.238	77,0		925	67,5		673	64,8		2.237	57,9		546	47,2	
Cesáreo	517.939	53,5	3.646	23,0		445	32,5		365	35,1		1.624	42,1		609	52,7	
Ignorado	46	0,0	2	0,0		0	0,0		1	0,1		0	0,0		1	0,1	
Mês de início do pré-natal					<0,001			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001
1º ao 3º mês	806.254	83,3	8.284	52,1		953	69,6		727	70,0		2.848	73,8		704	60,9	
4º ao 6º mês	129.114	13,3	5.779	36,4		327	23,9		241	23,2		784	20,3		282	24,4	
7º mês e mais	16.748	1,7	1.376	8,7		69	5,0		53	5,1		168	4,4		139	12,0	
Ignorado	15.805	1,6	447	2,8		21	1,5		18	1,7		61	1,6		31	2,7	
Consultas					< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
0 a 3	48.588	5,0	2.274	14,3		115	8,4		100	9,6		322	8,3		204	17,6	
4 a 6	167.607	17,3	5.080	32,0		287	20,9		258	24,8		921	23,9		273	23,6	
7 e mais	746.369	77,1	8.417	53,0		963	70,3		678	65,3		2.603	67,4		669	57,9	
Ignorado	5.357	0,6	115	0,7		1	0,1		3	0,3		15	0,4		10	0,9	
Total	967.921	100,0	15.886	100,0		1.370	100,0		1.039	100,0		3.861	100,0		1.156	100,0	

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Tabela 16: Distribuição dos nascidos vivos, segundo as características do local de nascimento, por nacionalidades selecionadas.
Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Características do local de nascimento	Brasil		Bolívia		P-valor	Paraguai		P-valor	Peru		P-valor	China		P-valor	Angola		P-valor
	N	%	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
Local de nascimento	ref				< 0,001			0,340			0,835			0,008			0,001
Hospital/Outros estabelecimentos de saúde	963.302	99,5	15.599	98,2		1.367	99,8		1.035	99,6		3.856	99,9		1.141	98,7	
Domicílio	3.847	0,4	248	1,6		3	0,2		3	0,3		4	0,1		12	1,0	
Outros/Ignorado	772	0,1	39	0,2		0	0,0		1	0,1		1	0,0		3	0,3	
Total	967.921	100,0	15.886	100,0		1.370	100,0		1.039	100,0		3.861	100,0		1.156	100,0	
Gestão do hospital					< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
SUS	582.953	60,5	15.423	98,9		1.281	93,7		908	87,7		2.469	64,0		885	77,6	
Privado	356.902	37,0	170	1,1		79	5,8		110	10,6		1.322	34,3		207	18,1	
Ignorado	23.447	2,4	6	0,0		7	0,5		17	1,6		65	1,7		49	4,3	
Total*	963.302	100,0	15.599	100,0		1.367	100,0		1.035	100,0		3.856	100,0		1.141	100,0	

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Nota: Excluídos os nascimentos ocorridos em domicílio e em outros locais.

Em relação às características do recém-nascido, é possível observar maior frequência de pré-termos (<37 semanas) entre os nascidos vivos de mães angolanas (16,4%) e paraguaias (12,5%), percentuais maiores do que entre as brasileiras (11,0%). Já entre as bolivianas, observou-se maior frequência de RN pós-termo (42 semanas completas ou mais) (3,6%) do que às brasileiras (1,3%), sendo todas as diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$) (Tabela 17). A Figura 9 mostra maior frequência de nascidos vivos em idades gestacionais mais próximas do pré-termo entre as mães angolanas, diferente dos nascidos vivos de mães bolivianas, que se concentram em idades gestacionais mais elevadas. É notável também um maior pico entre as mães chinesas de NV de idade gestacional igual a 39 semanas.

Figura 9: Distribuição de nascidos vivos, segundo idade gestacional e nacionalidade da mãe.
Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Quanto ao sexo dos nascidos vivos, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes apenas para as mães chinesas ($p < 0,001$), com maior proporção de nascidos vivos do sexo masculino (54,4%) em relação às brasileiras (51,1%) (Tabela 17).

Para peso ao nascer não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre nascidos vivos de mães paraguaias e brasileiras em relação ao baixo peso ao nascer ($< 2.500\text{g}$) e não baixo peso ($p = 0,054$). Uma maior frequência de baixo peso foi encontrada entre os filhos de mães angolanas (14,9%), em relação aos filhos de brasileiras (9,7%) ($p < 0,001$). Quando analisado o peso ao nascer desagregado, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para todas as nacionalidades. Enquanto os filhos de mães angolanas obtiveram destaque com percentuais mais elevados de RNs com $< 1.500\text{g}$ (3,7%) e entre 1.500 a 2.499g (11,2%), os filhos de brasileiras corresponderam a 1,6% e 8,1%, respectivamente. Os filhos de mães bolivianas, por sua vez, registraram os maiores percentuais de peso mais elevado, em comparação aos filhos das mães de outras nacionalidades e brasileiras, sendo que 13,6% deles nasceram com pesos $> 4.000\text{g}$, enquanto apenas 4% dos filhos de brasileiras se concentraram nessa faixa (Tabela 17). Através da Figura 10 pode-se perceber essa maior concentração de baixo peso ao nascer entre os NV de mães angolanas, diferente das mães bolivianas com NV com pesos mais elevados, com pico entre 3.500 a 4.000g.

Figura 10: Distribuição de nascidos vivos, segundo peso ao nascer por nacionalidade da mãe.
Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

Quanto ao Apgar de 1º e 5º minutos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os nascidos vivos de mães paraguaias ($p=0,496$ e $p=0,341$, respectivamente) e para os filhos de mães peruanas no Apgar de 5º minuto, todos em comparação aos filhos de mães brasileiras ($p=0,078$). Observou-se maior frequência de menores escores de Apgar entre os filhos de mães angolanas, com maior frequência de Apgar < 7 nos dois períodos, 1º minuto (17,9%) e 5º minuto (4,2%), em comparação com os filhos de mães brasileiras, onde 11,3% apresentaram Apgar ≤ 7 no 1º minuto e 2,0% no 5º minuto (Tabela 17).

Tabela 17: Distribuição dos nascidos vivos, segundo características do nascimento, por nacionalidades selecionadas.

Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Características do nascido vivo	Brasil		Bolívia		P-valor	Paraguai		P-valor	Peru		P-valor	China		P-valor	Angola		P-valor
	N	%	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
Idade gestacional	ref				<0,001			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001
Pré-termo (<37 semanas)	106.459	11,0	1.224	7,7		171	12,5		87	8,4		245	6,3		190	16,4	
Termo precoce (37 a 38 semanas)	320.498	33,1	3.364	21,2		362	26,4		246	23,7		1.231	31,9		307	26,6	
Termo completo (39 a 40 semanas)	472.269	48,8	8.906	56,1		673	49,1		572	55,1		2.061	53,4		556	48,1	
Termo tardio (41 semanas)	53.243	5,5	1.804	11,4		128	9,3		102	9,8		256	6,6		85	7,4	
Pós-termo	12.174	1,3	571	3,6		33	2,4		29	2,8		60	1,6		18	1,6	
Ignorado	3.278	0,3	17	0,1		3	0,2		3	0,3		8	0,2		0	0,0	
Sexo					0,771			0,132			0,522			<0,001			0,078
Feminino	472.775	48,8	7.746	48,8		666	48,6		525	50,5		1.761	45,6		567	49,0	
Masculino	495.026	51,1	8.139	51,2		703	51,3		514	49,5		2.100	54,4		588	50,9	
Ignorado	120	0,0	1	0,0		1	0,1		0	0,0		0	0,0		1	0,1	
Peso ao nascer					< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
<1.500g	15.026	1,6	100	0,6		15	1,1		8	0,8		26	0,7		43	3,7	
1.500 a 2.499	78.467	8,1	398	2,5		91	6,6		38	3,7		168	4,4		129	11,2	
2.500a 3.999	835.821	86,4	1.226	83,3		1.156	84,4		883	85,0		3.502	90,7		939	81,2	
4.000g e mais	38.583	4,0	2.160	13,6		108	7,9		110	10,6		165	4,3		45	3,9	
Ignorado	24	0,0	2	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Apgar 1 min					< 0,001			0,496			0,003			< 0,001			< 0,001
≤ 7	108.854	11,3	1.398	8,8		165	12,0		83	8,0		347	9,0		207	17,9	
> 7	855.816	88,4	14.233	89,6		1.202	87,7		954	91,8		3.508	90,9		940	81,3	
Ignorado	3.251	0,3	255	1,6		3	0,2		2	0,2		6	0,2		9	0,8	
Apgar 5 min					< 0,001			0,341			0,078			0,008			< 0,001
≤ 7	19.199	2,0	284	1,8		34	2,5		11	1,1		59	1,5		49	4,2	
> 7	945.653	97,7	15.360	96,7		1.333	97,3		1.026	98,7		3.798	98,4		1.098	95,0	
Ignorado	3.069	0,3	242	1,5		3	0,2		2	0,2		4	0,1		9	0,8	
Total	967.921	100,0	15.886	100,0		1.370	100,0		1.039	100,0		3.861	100,0		1.156	100,0	

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar se existem diferenças nas características das mães, da gestação, do parto e do recém-nascido das imigrantes internacionais em comparação às mulheres brasileiras, como também se existem diferenças entre as cinco mais frequentes nacionalidades, no período 2012-2017, no município de São Paulo.

Foram utilizados os dados do Sinasc, que mostraram boa completitude das variáveis, não havendo diferenças para imigrantes e brasileiras, no entanto, apenas duas variáveis foram consideradas com uma completitude ruim, idade do pai e data da última menstruação, ambas apresentando uma piora ao longo do tempo. A importância da completitude na avaliação da qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde está no fato de que dados incompletos geram distorções e vieses nos indicadores de saúde, assim a avaliação dessa dimensão da qualidade se coloca como etapa inicial e essencial no exame das informações disponíveis.

Os resultados da presente investigação foram semelhantes aos encontrados no estudo de Bonilha et al. (2018), em que o Sinasc foi comparado a dados coletados em quatro maternidades da rede SUS do MSP, onde observou-se que todas as variáveis investigadas apresentaram baixo percentual de ausência de informação quando comparadas com o padrão ouro do “Estudo do Binômio Mãe-Filho”.

Em um estudo realizado com 14.514.533 nascidos vivos em todo o Brasil, no período de 2006 a 2010, para avaliar atributos e utilidade do Sinasc, observou-se uma completitude de 100% para as variáveis peso ao nascer, local de ocorrência, sexo do recém-nascido, idade da mãe, município de ocorrência, Unidade da Federação de ocorrência, município de residência, Unidade da Federação de residência e ano de nascimento. Apenas a completitude das variáveis ‘nascido morto’ (85,8%) e ‘ocupação’ (82,5%) apresentaram completude abaixo de 90,0% (OLIVEIRA et al.,2015).

A excelente completitude dos dados do Sinasc em São Paulo foi impulsionada pelo trabalho realizado na Secretaria Municipal com a criação do Selo SINASC, em 2009, que premia os hospitais que cumprem as normas de qualidade estabelecidas (SÃO PAULO, 2017).

O presente estudo mostrou uma grande diversidade de nacionalidades (136), para as quais foi estudada a evolução mais detalhada em onze delas. Quando analisada a evolução dos

nascimentos de filhos de mães imigrantes ao longo de 2012 a 2017, observou-se uma proporção estável no total, porém, com tendências contrárias segundo as nacionalidades. A principal nacionalidade, boliviana, que representa mais da metade de todos os nascimentos de imigrantes, registrou declínio no período, assim como os nascimentos de mães chinesas, a segunda nacionalidade mais frequente.

Vale destacar também um aumento do número de nascimentos de filhos de mães naturais da Nigéria até 2015, e uma elevação bastante expressiva para Haiti, Síria e Angola. Dados sobre empregos formais registrados na Relação Anual de Informações Sociais (Rais), mostram que o número de imigrantes haitianos no Brasil em 2011 era de 815 pessoas e, em 2014, passou para 30.484 pessoas. Naturalmente, este aumento expressivo dos nascimentos de filhos de mães haitianas, já evidente a partir de 2013, pode ter relação com o grande fluxo migratório dessa população para o Brasil em virtude do terremoto catastrófico no ano de 2010 no Haiti (CAVALCANTI; TONHATI, 2017).

Algumas diferenças foram encontradas também em relação às características socioeconômicas de imigrantes e brasileiras, assim como pelas diferentes nacionalidades analisadas. Entre essas diferenças está a região de residência das mães imigrantes que, diferente das mães brasileiras, distribuídas pelo município de forma mais homogênea, estão concentradas em regiões específicas, próximas às regiões centrais e Zonas Norte e Leste da cidade. Por nacionalidade, essa concentração também aparece, principalmente entre as bolivianas, paraguaias e angolanas, que estão em maior frequência na região da STS Mooca/Aricanduva. Segundo o estudo de Yazaki et al. (2014), observou-se que os três principais distritos de residência dos imigrantes bolivianos eram Vila Medeiros, Vila Maria e Belém, o que de fato corrobora com os achados neste trabalho, pois esses distritos fazem parte das STSs da Mooca/Aricanduva e Vila Maria/Vila Guilherme. Entre as mães chinesas, a grande concentração se deu na região da STS da Sé, fator relacionado à proximidade com o campo de atuação dos chineses no MSP, o comércio na região da rua 25 de março (BI, 2014).

Quanto à idade, observou-se um perfil mais jovem entre as mães imigrantes. Embora não haja diferenças nas médias de idade entre os grupos de mães imigrantes e mães brasileiras, quando analisamos por faixa etária, foi encontrada maior frequência de mães adolescentes entre as brasileiras em comparação às mães imigrantes. Este achado é relevante, já que a gravidez na adolescência é uma importante questão de saúde pública, pois, para além das questões psicossociais, tem relação direta com agravos à saúde materna e complicações perinatais, como

baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascer, prematuridade e, ainda, baixos escores de Apgar de 5º minuto (GOLDENBERGE et al., 2005). Este resultado se assemelha ao encontrado em um estudo de caso e controle realizado em Santiago no Chile, em 2008 e 2009, onde foi maior a frequência de mães adolescentes entre as mulheres chilenas (15,9%) em comparação com as imigrantes (6,3%) (VÁSQUEZ-DE KARTZOW; CASTILLO-DURÁN, 2012).

Quando analisada a faixa etária das mães, segundo nacionalidade, foram encontrados maiores percentuais de mães adolescentes entre as bolivianas, paraguaias e brasileiras. Segundo dados do *Demographic YearBook* da ONU (2017), é possível observar perfil semelhante de faixa etária nos países de origem dessas mães, com percentuais próximos aos achados neste trabalho, sendo que no Paraguai, no ano de 2016, a proporção de mães como menos de 19 anos foi de 12,8%. Já no Peru, em 2016, os percentuais de mães adolescentes (menos de 19 anos) (12,8%) foram mais altos que os achados neste trabalho, o que pode ter relação com a idade em que as mães peruanas costumam migrar para o Brasil, sugerindo uma migração de mulheres com mais idade. Já a frequência de mães com mais de 35 anos (18,8%) foi bastante semelhante aos nossos achados (UNITED NATIONS, 2017).

Embora a comparação das mães imigrantes que vivem no Brasil com as que moram em outras partes do mundo deva ser feita com ressalvas, pelas diferenças tanto de imigração como de influências sociais e ambientais identificadas nos países receptores, um estudo retrospectivo realizado na Espanha com mães espanholas e imigrantes de cinco nacionalidades mais frequentes, observou-se maior proporção de mães bolivianas com idade menor ou igual a 19 anos, representando 6,1% em comparação às espanholas (2,1%). A proporção de mães adolescentes bolivianas só foi menor que a encontrada entre as imigrantes nacionais do Equador (9,2%), Romênia (8,6%) e Colômbia (7,8%) (RESTREPO-MESA et al., 2014), o que mostra situação semelhante à encontrada no nosso estudo, porém, com valores bem inferiores, indicando talvez uma possível adaptação das bolivianas ao padrão social espanhol.

Entre as mães angolanas, observou-se um perfil diferente tanto das brasileiras como das outras nacionalidades, evidenciado por maior frequência de mães mais velhas, com 35 anos e mais, e menor frequência de mães adolescentes, o que também pode sugerir uma migração de mulheres com mais idade para o Brasil.

Essas idades extremas em imigrantes são observadas na literatura, como, por exemplo, em um estudo descritivo realizado em Israel em partos ocorridos de 2002 a 2009, onde se

comparou as mães israelenses com as mães imigrantes etíopes ou filhas de pais de origem etíope, que também encontrou médias similares nas idades entre os dois grupos de mães, embora tenham encontrado maior proporção de mães adolescentes ou com 41 anos ou mais entre as mulheres de origem etíope; no estudo também foram realizadas análises de regressão para controlar possíveis fatores de confusão (CALDERON-MARGALIT et al., 2015).

O nível de instrução da mãe é um aspecto de grande importância para um melhor acesso ao sistema de saúde, assim como ao melhor uso desses serviços (FONSECA et al., 2017). Segundo os achados na literatura, o nível de instrução das mães imigrantes tende a ser mais baixo do que entre as mães do país receptor (RESTREPO-MESA et al., 2015; RACAPE et al., 2016). Resultados semelhantes foram encontrados no presente estudo, quando comparamos apenas mães brasileiras com mães imigrantes, onde se revelou maior escolaridade entre as brasileiras, tendo estas um maior percentual de Ensino Superior completo e menores percentuais entre as que não possuíam escolaridade ou apenas o Ensino Fundamental I, em comparação às imigrantes.

Entretanto, de acordo com um estudo realizado na Bélgica com dados de nascimentos ocorridos entre 1998 e 2010, onde um dos objetivos foi determinar se o status socioeconômico modifica a associação entre nacionalidade materna e resultados perinatais, com análise ajustada por idade materna, paridade, educação e status empregatício, observou-se que ser imigrante é mais proteção para o baixo peso ao nascer e a mortalidade perinatal para mulheres com baixo índice socioeconômico do que para mulheres com alto índice socioeconômico (RACAPE et al., 2016).

Por nacionalidade, menor escolaridade foi observada entre as mães paraguaias e bolivianas, já maior escolaridade foi encontrada entre as mães angolanas. Entretanto, é preciso levar em conta que a organização do sistema educacional difere entre os vários países, tornando difícil a padronização dessa informação para o formato captado na DN, além disso, como os níveis de escolaridade não são os mesmos, o que seria considerado baixo nos padrões brasileiros pode não ter o mesmo efeito nos outros países, o que torna difícil a classificação e análise da escolaridade das imigrantes. Em um estudo realizado na Bélgica, os autores concluíram que é preciso considerar que os padrões sociais dos países de origem não seguem os mesmos padrões de países receptores. Além disso, os anos de escolaridade das imigrantes não necessariamente é o mesmo da população nativa do país receptor, deve-se considerar também que os níveis educacionais considerados baixos no país que recebe podem ser considerados elevados no país

de origem (RACAPE et al., 2016). Outros aspectos a serem considerados são a idade, os motivos e as condições em que houve a migração, podendo ocasionar interrupção dos estudos no país de origem e dificuldade de continuá-los no país receptor.

Alguns estudos têm utilizado raça/cor para avaliar as iniquidades em saúde e também para identificar diferenças na idade gestacional e prematuridade entre as raças e os grupos étnicos (SØRBYE et al., 2016; PACHECO et al., 2018). No presente estudo observou-se que 50,7% das brasileiras são mulheres brancas, enquanto que as imigrantes são 37,2%. Diferenças foram encontradas também na raça/cor por nacionalidade, onde mais da metade das mães brasileiras e paraguaias se autodeclararam como brancas, chinesas como amarelas, bolivianas e peruanas como pardas e angolanas como pretas; o que de fato seria o esperado, visto a diversidade étnica desses grupos de mães. Pensando nessa diversidade racial e na predisposição a riscos que alguns grupos étnicos possuem, é importante salientar que 91,3% das mães angolanas são pretas, sendo que há uma maior predisposição biológica de mulheres negras para hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (PACHECO et al., 2018), o que, no nosso estudo, pode ser agravado pela idade mais elevada dessas mulheres. Esses fatores devem ser evidenciados principalmente quando abordamos o ciclo gravídico puerperal e os antecedentes de saúde das gestantes, tendo em vista agravos que são grandes problemas de saúde pública, como a pré-eclâmpsia, umas das maiores complicações na gestação e principal causa de morbimortalidade materna e perinatal no mundo todo (NORONHA NETO et al., 2010). Vale ressaltar, ainda, que entre as mães angolanas deste estudo encontrou-se maior proporção de idade maior que 40 anos, sendo que entre os fatores de risco associados a pré-eclâmpsia estão idades maternas extremas, primeira gestação e gestação múltipla (URQUIA et al. 2014). Segundo Urquia et al. (2014), o aparecimento desta morbidade está relacionado a complicações na gestação, parto pré-termo, e ainda, restrição de crescimento fetal. De fato, foi encontrada entre as mães angolanas neste estudo maior proporção de pré-termo, de baixo peso ao nascer, assim como menores escores de Apgar de 1º e 5º minuto, o que pode estar associado com possíveis complicações hipertensivas nesse grupo de mulheres, entretanto, não tivemos acesso às informações sobre os fatores de risco da população estudada.

Observou-se que a maior parte das mães dos dois grupos possuem companheiro, seja em uma união estável ou através do casamento oficial, sendo maior o percentual entre as mulheres imigrantes. Alguns achados da literatura apontam que a presença de um companheiro afeta positivamente na sobrevivência de recém-nascidos na questão do óbito neonatal, o que

pode estar relacionado com o apoio financeiro e também psicossocial refletindo na atenção ao recém-nascido (RIBEIRO et al., 2009).

Não houve diferenças estatisticamente significantes entre brasileiras e peruanas, sendo que mais de 50% das mulheres destas nacionalidades tinham companheiro. Apenas entre as mães chinesas e paraguaias a maior frequência era de mulheres sem companheiro. Em uma coorte realizada com nascidos vivos com peso de 500 a 2.499g em Recife (PE), de 2001 a 2003, com dados do Sinasc e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), observou-se a ausência de companheiro como um fator de risco em nível distal para óbito neonatal (RIBEIRO et al., 2009). Vale ressaltar que mesmo com as Declarações de Nascido Vivo traduzidas, dificuldades linguísticas e de interpretação podem ocorrer ao se perguntar sobre a real situação conjugal da mãe para as imigrantes, principalmente no caso das mães chinesas, pois nem sempre há um tradutor capacitado na ajuda da coleta de dados.

Foram vários os achados na literatura mostrando maior paridade e número de gestações anteriores entre as mães imigrantes em relação às mães nativas do país receptor (GILLET et al., 2013; CALDERON-MARGALIT, 2015; BELIHU et al., 2016). Tal qual na literatura, foram encontrados no presente estudo maior paridade, maior frequência de gestações anteriores, assim como maior número de perdas fetais e abortos entre as mães imigrantes. Por nacionalidade da mãe, as imigrantes apresentaram maior proporção de 1 ou mais gestações e de múltiparas, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre paraguaias e peruanas em relação às mães brasileiras, no número de gestações anteriores e paridade. Destacam-se as mães angolanas com maior paridade (78,2%), maior número de gestações anteriores (78,1%) e número de perdas fetais e abortos (33,0%). Em relação às perdas fetais, observou-se maior frequência entre as mães angolanas, seguidas pelas mães chinesas e peruanas, já as mães paraguaias tiveram menor proporção. Não houve diferenças estatisticamente significantes para as bolivianas em relação às brasileiras. No estudo realizado por Calderon-Margalit et al. (2015), em Israel com imigrantes etíopes, onde os autores utilizaram testes de qui-quadrado e teste de Student para comparar mães israelenses e etíopes, utilizaram também modelos de regressão para testar a associação das mulheres de origem etíope a possíveis desfechos perinatais, foram aplicados também controle para idade materna, status socioeconômico, paridade, gestação múltipla e idade gestacional. Entre os resultados, observou-se maior paridade entre as mães etíopes (tinham 3,2 gestações e 2,8 partos) em relação às mães de origem israelense (em média 2,4 gestações e 2,0 partos). Uma maior paridade também foi encontrada entre as imigrantes em comparação às mães nativas em um estudo transversal realizado em Vitória, na Austrália, com

432.567 nascimentos, onde se comparou mães australianas com mães nascidas em quatro países da África Oriental, eritreus, etíopes, somalis e sudanesas, onde também foram realizados ajustes para possíveis fatores de confusão. O mesmo aconteceu quando se comparou a variável paridade por nacionalidade da mãe, destacando-se maior frequência de multiparidade entre as mães da Somália (79,7%) em comparação às australianas (57,4%) (BELIHU et al., 2016).

Quando é abordado o tipo de parto, é de grande importância destacar que o Brasil ainda vive uma epidemia de cesarianas, onde este tipo de parto passou a ser a forma mais comum de nascimentos no país, chegando a 56,7%, sendo que no serviço privado de saúde chega a 85,0% e nos serviços públicos a 40,0% (BRASIL, 2016). Essas taxas são bem superiores às sugeridas em estudos mais recentes realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que sugerem que as taxas de cesarianas superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna e neonatal (WHO, 2015). Naturalmente, a cesariana quando bem indicada é uma das tecnologias existentes para salvar vidas, no entanto, quando realizada de forma desenfreada e de maneira rotineira pode agregar riscos maternos e neonatais (BRASIL, 2016). Entretanto, no Brasil, a cesariana tem sido utilizada de maneira rotineira, muitas vezes realizada de forma eletiva com horários e dias agendados, de forma mais conveniente para médicos e mães (OLIVEIRA et al., 2016). De fato são vários os fatores que contribuem para essa alta taxa de cesarianas no Brasil, além de uma cultura amplamente medicalizada, onde a figura do médico torna-se o grande protagonista do parto e a mulher acaba perdendo a autonomia de seu próprio corpo e das chances de escolha desse evento, outros fatores como o mito de que a cesárea é mais segura do que o parto normal, de que a cirurgia cesariana mantém intactos a vagina e o períneo e, ainda, o grande medo da dor do parto tornam-se decisivos na escolha dessas mulheres (DOS ANJOS et al., 2014; BOERMA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2016). Além das influências culturais e sociodemográficas nos diferentes países, outros fatores como o modelo de assistência nos países, os aspectos relacionados ao trabalho médico e os interesses econômicos também acabam influenciando na escolha da cesariana como via de parto (PATAH; MALIK, 2011).

Dessa maneira, os resultados encontrados neste trabalho salientam esse cenário, onde observou-se maior proporção de partos cesáreos entre as mães brasileiras, enquanto entre as imigrantes essa proporção foi bem inferior. Vale ressaltar também que no presente trabalho foram encontrados maiores percentuais de pré-termo, baixo peso ao nascer e Apgar menor que 7 tanto no 1º quanto no 5º minuto de vida, fatores que fazem relação ao alto percentual de cesariana entre as brasileiras.

Essa maior proporção de cesarianas também foi observada em 2013, em um estudo realizado em Portugal com imigrantes brasileiras, onde foi avaliado como o país de origem afeta a probabilidade de ter uma cesariana. Dessa maneira, observou-se que 48,8% dos partos de brasileiras foram cesarianas, enquanto na população nativa de mulheres portuguesas a proporção foi de 34,5%. Além disso, os autores enfatizam o contexto brasileiro em relação ao alto número de cesáreas ocorridas no Brasil e, ainda, concluem que os aspectos culturais dos países de origem possuem forte influência no tipo de parto (TEIXEIRA et al., 2013).

Quando se analisou por nacionalidades das mães imigrantes, neste trabalho, observou-se que as angolanas são as que possuem a frequência de cesáreas mais próxima das brasileiras (52,7%). Valores bem mais altos que os encontrados em Angola, segundo dados da Demographic and Health Surveys (DHS) 2017, dos anos de 2015 e 2016, onde se constatou que nos cinco anos anteriores a esse inquérito, apenas 4% dos partos em Angola foram cesarianas. Além disso, esse tipo de via de nascimento foi mais comum em mulheres com menos de 35 anos, primíparas e mulheres com um maior nível de escolaridade (secundário ou superior).

Maiores proporções de parto vaginal foram encontradas entre as imigrantes das outras quatro nacionalidades, com destaque para as mães bolivianas (77,0%). Achados um pouco diferentes dos encontrados na literatura, como em um estudo realizado no Canadá, onde os pesquisadores encontraram maior proporção de cesáreas em imigrantes recém-chegadas (36,1%) do que em relação às canadenses (24,7%). Os autores ressaltam que as altas taxas de cesarianas podem ser em virtude de barreiras linguísticas, relacionadas também a baixo status socioeconômico e, ainda, a um pré-natal inadequado (MUMTAZ et al., 2014).

Em uma meta-análise de 67 estudos, observou-se diferenças entre as taxas de cesarianas de imigrantes e não imigrantes, sendo encontradas altas taxas entre as mulheres imigrantes da África Subsaariana, Somali e do sul da Ásia, já nos países do Oeste Europeu e Vietnã, foram encontradas taxas mais baixas (MERRY et al., 2013).

Merry et al. (2013) apontam que o país receptor é uma variável de grande importância quando se comparam as taxas de cesáreas, principalmente para grupos como norte-africanos e latino-americanos, sendo que as variações das taxas de cesárea também indicam as políticas públicas, a assistência à saúde e os fatores culturais dos países receptores.

Na literatura, os estudos evidenciam que dentre os fatores de risco para partos cesáreos, entre os imigrantes estão: as barreiras linguísticas, os índices socioeconômicos desfavoráveis,

além de um pior acesso à assistência ao pré-natal (MERRY et al., 2013; MUMTAZ et al., 2014). O que de fato condiz com nossos achados sobre o pré-natal, onde observou-se início tardio do pré-natal entre as mães angolanas, o que poderia estar relacionado à alta proporção de cesarianas nesse grupo de imigrantes. Além disso, vale destacar a maior proporção de gestações múltiplas entre as angolanas, o que também pode ter influência com o maior percentual de cesarianas nesse grupo de imigrantes.

Altas proporções de nenhuma ou poucas consultas e início tardio ao pré-natal foram encontrados também entre as mães bolivianas, entretanto, ao contrário das angolanas, estas apresentaram maiores proporções de parto vaginal, o que pode estar relacionado aos fatores culturais fortes sobre um parto mais natural e sem intervenções (YAJAHUANCA, 2015).

Dados da Opas (2014) sobre os indicadores básicos de saúde, apontam que a proporção de atenção à saúde por pessoa capacitada para pré-natal (4 consultas e mais) na Bolívia chega a apenas 58,8%, proporção mais baixa que as encontradas no Paraguai (71,3%), Peru (87,3%) e Brasil (88,7%). Já em Angola 61% das mulheres tiveram quatro ou mais consultas de pré-natal com um profissional qualificado, que pode ser um médico, enfermeira ou parteira, e apenas 40% delas iniciaram o pré-natal nos primeiros três meses de gravidez (DHS, 2017). Vale ressaltar que a organização entre os países é diferente, tanto em políticas de saúde quanto na assistência, dessa maneira, mostrando realidades diferentes das encontradas no Brasil.

Segundo Yajahuanca (2015), muitas mulheres bolivianas deixam de ir às consultas no Brasil por falta de tempo, devido às cargas longas de trabalho, ao tempo de espera nas unidades de saúde, por medo de críticas preconceituosas dos profissionais da saúde e dificuldades linguísticas.

Essa maior proporção de início tardio ao pré-natal e menor número de consultas de pré-natal para mães angolanas e mães bolivianas pode estar relacionado aos fatores culturais de cuidados com a saúde, como também às barreiras sociais, culturais e linguísticas que o imigrante encontra ao procurar os sistemas de saúde.

A assistência ao pré-natal tem papel fundamental no que diz respeito à prevenção e detecção de morbidades materno e fetais, além de ajudar no intercâmbio de informações entre os profissionais da saúde e as gestantes, na promoção de saúde e prevenção de agravos, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde o número ideal de 7 ou mais consultas de pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; SÃO PAULO, 2015b). Além disso, é de suma importância que esse acompanhamento pré-natal seja precoce, pois atrasar esses cuidados e o rastreio de

possíveis morbidades está associado a maior risco de morbimortalidade materno e neonatal (PAZ-ZULETA et al., 2015). Ao analisar o número de consultas de pré-natal e mês de gestação da primeira consulta entre esses dois grupos de mães, observou-se entre as imigrantes tanto um pior acesso caracterizado por uma maior frequência de mães que não realizaram nenhuma ou 3 consultas de pré-natal em comparação às mães brasileiras quanto um início mais tardio desse acompanhamento.

Resultados semelhantes foram encontrados em uma coorte retrospectiva realizada na Espanha, no período de 2007 a 2010, com gestantes imigrantes africanas e gestantes nativas espanholas, que buscou identificar possíveis diferenças na adequação do pré-natal entre esses dois grupos e onde observou-se pior qualidade na assistência ao pré-natal recebida pelas imigrantes (PAZ-ZULETA et al., 2015). No Brasil, em um estudo transversal retrospectivo tipo caso controle, realizado com parturientes brasileiras e bolivianas, no período de 2003 a 2007, observou-se maior número de bolivianas que não realizaram o pré-natal, e para aquelas que o fizeram, foi maior o número das que realizaram menos que cinco consultas (SASS et al., 2010).

Ao analisar as características dos nascidos vivos dos dois grupos de mães, imigrantes e brasileiras, não foram encontradas diferenças significativas entre o sexo do RN entre os grupos, sendo maior a frequência de NV do sexo masculino, como apontado em alguns estudos (RODRIGUES; ZAGONEL, 2010; BRASIL, 2011).

Alguns fatores de risco estão amplamente relacionados à mortalidade neonatal precoce, tais como o baixo peso ao nascer e a prematuridade, além das intercorrências que podem ocorrer no período gestacional e no parto (SCHOEPS et al., 2007). Assim, salienta-se a importância de indicadores como peso ao nascer e idade gestacional (IG) para Saúde Pública. Através da idade gestacional, que se trata do tempo da concepção ao nascimento, é possível identificar a prematuridade (partos ocorridos antes das 37 semanas de gestação), segunda principal causa de morte em crianças menores que 5 anos (WHO, 2012). Entretanto, existe uma disparidade na forma em que as semanas de gestação são calculadas. Para a OMS, a Data da Última Menstruação (DUM) trata-se do método mais adequado, pelo seu baixo custo e pela acessibilidade (PEREIRA et al., 2014). Entretanto, a Ultrassonografia (USG) precoce (realizada entre as 10^a a 13^a semanas) é o método mais preciso para o cálculo da idade gestacional (PEREIRA et al., 2014). Na Declaração de Nascido Vivo, a DUM é utilizada como padrão para estimar a IG, mas também é possível a coleta do número de semanas a partir do resultado de

exame físico e outros métodos, sendo a USG um dos métodos mais utilizados para estimar a IG no MSP (SÃO PAULO, 2011).

Neste presente trabalho, foi maior a frequência de baixo peso ao nascer, Apgar menor que 7 no 1º e no 5º minuto entre as mães brasileiras, o que pode estar relacionado a maior proporção de pré-termo entre os nascidos vivos desse grupo de mães. Entre as imigrantes, foi maior a frequência de nascidos vivos com mais de 4.000g e de pós-termo em comparação com os filhos de brasileiras.

Em relação a maior proporção de pré-termo em filhos de brasileiras, resultados similares foram encontrados no estudo de Urquia et al. (2010) no Canadá, através de um estudo por meio de *linkage* dos bancos de dados de imigrantes que tinham residência permanente em Ontário, no período de 1985 a 2000, com os registros hospitalares materno-infantil de 2002 a 2007. Entre os resultados, os autores observaram que os imigrantes recentes (com menos de 5 anos de residência) tinham menor risco para nascidos vivos pré-termos do que as mães canadenses, 4,7% e 6,2%, respectivamente. Entretanto, à medida que aumentava o tempo de residência, o risco era maior de se ter filhos pré-termos, mas não para recém-nascidos Pequenos para Idade Gestacional (PIG). Os autores também salientam que ignorar o tempo de residência pode mascarar as diferenças entre pré-termo de imigrantes e não imigrantes.

Já no estudo realizado nos Estados Unidos, em Syracuse, Nova York, comparando primeiramente a incidência de partos pré-termos entre imigrantes e mulheres americanas, além de ver se o efeito do imigrante saudável poderia reduzir o risco de parto pré-termo nas imigrantes, observou que os riscos de prematuridade diminuíram em mulheres imigrantes em comparação com as nativas americanas após ser feito o controle por raça, pré-natal tardio, idade materna menor que 18 anos e tabagismo (MILLER et al., 2016).

Neste estudo, observou-se maior frequência de nascidos vivos pré-termos entre as mães angolanas, seguida de filhos de mães paraguaias em relação às mães brasileiras, fato que, quando analisado os dados agregados de imigrantes, não havia sido identificado. Já entre as mães bolivianas, foi observado maior proporção de nascidos vivos pós-termo e com peso superior a 4.000g. Em estudo transversal tipo caso controle realizado em hospital do MSP, comparando desfechos neonatais de mães bolivianas e brasileiras, observou-se maiores proporções de parto vaginal, menor proporção de prematuridade e de nascidos vivos PIG, além de menores proporções de escores de Apgar menor ou igual a 7, em comparação com as mães brasileiras (SASS, et al., 2010). Achados que vão ao encontro dos nossos resultados.

Uma maior proporção de baixo peso ao nascer foi encontrada em filhos de mulheres nativas em comparação às imigrantes em um estudo retrospectivo realizado na Espanha, que utilizou dados do Instituto Nacional de Estatística da Espanha de 2007 a 2008. Os autores compararam as nacionalidades de imigrantes com maior fluxo de nascimentos com as nativas espanholas, e entre os resultados encontraram maior proporção de baixo peso ao nascer entre os nascidos vivos de mães espanholas (3,6%) em comparação aos filhos de imigrantes da Romênia (2,8%), do Marrocos (2,4%), do Equador (2,5%), da Colômbia (2,3%) e da Bolívia (1,6%). Maiores percentuais de macrosomia foram encontrados entre os filhos de mães imigrantes, sendo a maior proporção entre os filhos de mães bolivianas (RESTREPO-MESA et al., 2014).

Vale ressaltar que entre as mães angolanas foi maior também a frequência de gravidez múltipla, o que pode ter influência na maior proporção de cesarianas, e também em certas condições neonatais, como prematuridade e menores escores de Apgar no 1º e 5º minuto.

Esse perfil das mães angolanas com uma idade mais avançada e maior escolaridade, além de fatores como gravidez múltipla, de baixo peso, de pré-termo e baixos escores de Apgar, poderia estar relacionado a casos de reprodução assistida, informação não disponível na DN. A literatura é escassa sobre a reprodução assistida em imigrantes, mas segundo uma dissertação realizada em Portugal, em 2010, que estuda o “Turismo médico”, existe maior frequência de mulheres angolanas em busca de tratamentos para a infertilidade em Portugal, sendo essas com maior idade e de classe média em seu país de origem. A autora cita que pela falta desses serviços nos países da África Subsaariana, esses imigrantes procurariam tratamentos em outros países, referindo o Brasil como o principal destino para as mulheres angolanas na busca de tratamentos de fertilização (FARIA, 2010).

Quanto ao local de nascimento, apesar de mais de 98,0% dos nascimentos terem ocorrido em hospitais, foi maior a frequência de partos domiciliares entre as mães imigrantes em comparação com as brasileiras. Apesar de no município de São Paulo a maioria dos partos terem sido realizados em ambiente hospitalar, observou-se proporção um pouco maior de partos domiciliares em mães bolivianas. Segundo dados do Censo de 2012 da Bolívia, 23,3% dos partos ocorreram em domicílio e 56,4% em um estabelecimento de saúde (INE – Bolívia, 2012), aspecto cultural do país que pode estar relacionado aos nossos achados.

Foi possível observar também que, dos partos hospitalares, foram maiores as frequências de hospitais da rede SUS entre as mães bolivianas e paraguaias. Apenas entre as

mães chinesas observou-se menor frequência na utilização dessa rede, sendo a rede mista e não SUS a mais utilizada entre elas. Essa diferença no uso da rede de atendimento pode estar relacionada às diferenças de condições financeiras desses grupos. Diversos estudos mostram que população usuária do SUS, em sua maioria tem pior condição socioeconômica e menor frequência de posse de planos de saúde (RIBEIRO et al., 2006; SILVA et. al., 2009). Por outro lado, as barreiras linguísticas e a falta de conhecimento do direito de serem atendidas pelo SUS também podem influenciar no acesso ao sistema público de saúde (SÃO PAULO, 2015a).

Este estudo permitiu construir um panorama sobre a situação de saúde no que diz respeito aos indicadores relativos à gestação, ao parto e aos recém-nascidos das mulheres imigrantes, tendo em vista o aumento e a diversidade delas no MSP. Conseguiu-se observar algumas diferenças nos perfis da gestação e dos nascimentos entre as nacionalidades, bem como identificar dificuldades no acesso à assistência à saúde para algumas nacionalidades.

A diversidade entre as nacionalidades e as particularidades de cada grupo de imigrantes estudado foram os pontos fortes do estudo, entretanto, a comparabilidade entre os grupos se torna limitada justamente pela grande diferença entre elas.

Entre as limitações deste estudo estão aquelas derivadas do uso de dados secundários. Os dados do Sinasc não contêm informações que permitem conhecer o tempo de imigração das mães, tampouco, se estas têm residência permanente no município ou se estão aqui provisoriamente a trabalho ou estudo. Dessa maneira, tratando imigrante internacional como aquele que fixou a residência no Brasil, em alguns casos, os dados do Sinasc podem incluir mulheres que buscam o sistema de saúde brasileiro apenas para ter acesso, por exemplo, ao tratamento para engravidar indisponível no país de origem, às quais, portanto, não se enquadrariam no conceito de imigrante, já que seria por um momento rápido e de passagem, não fixando residência. O que de fato entraria no conceito de “circularidade” defendido por Bilborrow (1998), que seria o movimento no qual a pessoa faz passando fora de casa em atividade de trabalho ou outras, em um período de 30 dias, e sem ter se mudado definitivamente de residência.

Outra limitação deste estudo é que por serem dados sem identificação das mães, pode ser que estas se repitam ao longo do período, ou seja, através desses dados algumas mães podem aparecer mais de uma vez pelo número de filhos no período estudado.

6 CONCLUSÕES

A imigração de fato é uma importante questão para a Saúde Pública, com o aumento do volume de mulheres em idade fértil em situação de migração, é preciso uma atenção à saúde reprodutiva das mesmas.

Assim, através deste estudo foi possível identificar diferenças nos perfis sociodemográficos da gestação, do parto e dos nascidos vivos de mães imigrantes e brasileiras, assim como as diferenças nas características entre os grupos de imigrantes estudados.

Observou-se maior vulnerabilidade entre as mães imigrantes em comparação às brasileiras, com relação ao acesso ao pré-natal com maiores percentuais de poucas consultas e início tardio ao pré-natal, além de menor escolaridade.

Além disso, foi possível observar maior paridade, maior número de gestações anteriores, maior proporção de parto vaginal, de idade gestacional termo tardio e pós-termo e de peso superior a 4.000g.

Diferenças também foram encontradas entre as cinco nacionalidades mais frequentes. Entre as mães angolanas, além de maior proporção de maior escolaridade, foi observada também maior frequência de mães com mais de 35 anos, maior paridade, maior proporção de gestações múltiplas, maior frequência de cesarianas, NV pré-termo, baixo peso ao nascer e Apgar menor que 7 no 1º e no 5º minuto, assim como pior acesso ao pré-natal.

Já entre as mães bolivianas, um perfil diferente foi identificado, assim como entre as mães paraguaias, maior proporção de mães adolescentes e menor escolaridade. Além disso, as bolivianas apresentaram maior frequência de parto vaginal, de NV com idade gestacional de termo tardio e pós-termo e, ainda, com peso ao nascer superior a 4.000g.

As mães chinesas chamaram atenção pelo menor percentual de mães adolescentes e por um maior percentual de usuárias de hospitais da rede privada de saúde (34,3%), valores bem próximos às brasileiras.

Assim, pode-se observar através deste estudo a importância de se conhecer as diferenças nos perfis de nascimentos das diferentes nacionalidades, tendo em vista os aspectos culturais e as peculiaridades de saúde de cada uma delas. Além disso, é de grande importância que um município com grande diversidade cultural e grande fluxo migratório esteja preparado para atender as necessidades de saúde desses imigrantes. Para isso, são necessários estudos mais

aprofundados para entender melhor essas diferenças culturais e epidemiológicas identificadas entre os diferentes grupos de imigrantes.

Apesar dos avanços no acolhimento aos imigrantes no MSP, através das leis e de iniciativas como as das DN traduzidas para diminuir as barreiras de acesso dos mesmos aos serviços de saúde, é necessário também preparar os profissionais da saúde para atender de forma igualitária esses imigrantes, com treinamentos em hospitais e unidades de saúde. E ainda, é preciso pensar em políticas públicas específicas para abranger os diferentes aspectos culturais e também de uma forma individualizada os diferentes grupos de mães, ajudando na prevenção de agravos e mortalidades maternas e neonatais, tanto nas mães brasileiras como nas imigrantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Marcia Furquim de; JORGE, M. H. P. M. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 32, n. 3, p. 217-224, jun. 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2018.

_____ et al . Qualidade das informações registradas nas declarações de óbito fetal em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 5, p. 845-853, out. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2019. [Epub: 12 ago. 2011. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000058>>].

ANJOS, C. S. dos et al. Cesárea desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, set./dez. 2014, v. 1, n. 3, p. 86-94.

BELIHU, F. B. Perinatal health outcomes of East African immigrant populations in Victoria, Australia: a population based study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2016, v. 16, n. 1.

BI M. Y. Imigração chinesa em São Paulo e o seu português falado. **Domínios de Linguagem**, 2014, v. 8, n. 3, p. 166-187.

BOERMA, T. et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, v. 392, 13 out. 2018. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31928-7/fulltext#relAudio](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext#relAudio)>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2001.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

_____. _____. CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. mar. 2016. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/03/Diretrizes-Cesariana.pdf>. Acesso em: 5 maio 2019.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: >http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf<. Acesso em: 6 maio 2019.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti**. [recurso eletrônico]. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BILSBORROW, R. E. The state of the art and overview of the chapters. In: **Symposium on internal migration and urbanization in developing countries**. 1, 1996, New York. Migration, urbanization and development: new directions and issues. New York: United Nations Population Fund. – UNFPA; Norwell: Kluwer Academic Publishers, 1998.

BONILHA, Eliana de Aquino et al. Cobertura, completude e confiabilidade das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de maternidades da rede pública no município de São Paulo, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100310&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2019.

CALDERON-MARGALIT, R. et al. Adverse Perinatal Outcomes among Immigrant Women from Ethiopia in Israel. **BIRTH**, v. 42, n. 2, jun. 2015.

CALDEIRÃO, T. D. Condições de nascimento de recém-nascidos a termo em município de médio porte do interior paulista. 2014. 66 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014.

CASTRO, C. M de; OLIVEIRA, R. C.; CUSTÓDIO, M. C. S. Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo. **Civitas**, v. 5, n. 2, 2015, p. 59-74.

CAVALCANTI, I.; TONHATI, T. Características sociodemográficas e laborais da imigração haitiana no Brasil. Dossiê: imigração haitiana no Brasil: Estado das artes. **Revista de Investigación sobre Migraciones**, v. 1, n. 1, 2017.

CONSTANTINO B. Em busca da terra de Bondiè: análise da imigração haitiana no Brasil em 2012. **Inter-Relações**, Faculdade Santa Marcelina, ano 12, n. 36, 2º sem. 2012.

CLEVELÁRIO JUNIOR, J. A. Participação da Imigração na formação da população Brasileira. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, Brasília, 1997.

DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS – DHS. Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MINSA), Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MINPLAN) e ICF. **Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016**. Luanda, Angola e Rockville, Maryland, EUA: INE, MINSA, MINPLAN e ICF, 2017.

FARIA, I. **“Turismo Médico” e RMA: Uma Visão dos Movimentos transnacionais na procura de tratamento em Portugal**. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2010.

FONSECA, S. C. et al. Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 94, 24 nov. 2017.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. Yazaki, L.M. Diferenciais regionais de fecundidade no município de São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de dados. São Paulo, 2016.

GILLET, E. et al. **Fetal and infant health outcomes among immigrant mothers in Flanders, Belgium**. International Journal of Gynecology and Obstetrics, v. 124, n. 2, p. 128-133, out. 2013.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2019.

GRANADA, D.; CARRENO, I.; RAMOS, N.; RAMOS, M. C. P. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface**, Botucatu, 2017; v. 21, n. 61, p. 285-296.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**, 2003, v. 37, n. 3, p. 303-310.

LEVY, M. S. F. A imigração internacional e a fecundidade. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, Campinas, v. 8, n. 1/2, 1991.

LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.

MADI, M. C. C.; CASSANTI, A. C.; SILVEIRA, C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da Cidade de São Paulo. **Rev. Saúde e Sociedade**, 2009; v. 18, n. 2, p. 67-71.

MERRY, L. et al. International migration and caesarean birth: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2013, v. 13, n. 27.

MILLER, L. S.; ROBINSON, J. L.; CIBULA, D. A. Healthy Immigrant Effect: Preterm Births Among Immigrants and Refugees in Syracuse, NY. **Matern Child Health J.**, 2016, v. 20, n. 2, p. 484–493.

Migrant Integration Policy Index – **MIPEX**. 2015. Disponível em: <<http://www.mipex.eu/methodology>>. Acesso em: 7 nov. 2017.

MUMTAZ, Z.; O'BRIEN, B.; HIGGINBOTTOM, G. Navigating maternity health care: a survey of the Canadian prairie newcomer experience. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2014, v. 14, n. 4.

NORONHA NETO, Carlos; SOUZA, Alex Sandro Rolland de; AMORIM, Melania Maria Ramos. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 459-468, set. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032010000900008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2019.

OLIVEIRA, Max Moura de et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 629-640, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2017.

OLIVEIRA, R.; MELO, E.; NOVAES, E.; FERRACIOLI, P.; MATHIAS, T. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 733-740, 1 out. 2016.

PACHECO, V. C. et al. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 125-137, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100125&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2019.

PADILHA, B. Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. **Rev. Inter. Mob. Hum.**, Brasília, ano 21, n. 40, p. 49-68, jan./jun. 2013.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 185-194, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2019.

PAZ-ZULUETA et al. Disparities in Access to Prenatal Care Services for African Immigrant Women in Spain. **J. Immigrant Minority Health**, 2015, v. 17, p. 1355-1363.

PEREIRA, Ana Paula Esteves et al. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, Supl. 1, p. S59-S70, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SALA, G. A.; Carvalho, J. A. M. A presença de imigrantes de países do Cone Sul no Brasil. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 287-304, jul./dez. 2008.

RACAPE, J. et al. Are all immigrant mothers really at risk of low birth weight and perinatal mortality? The crucial role of socio-economic status. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 75, 8 abr. 2016.

RESTREPO-MESA, S. L. et al. Newborn birth weights and related factors of native and immigrant residents of Spain. **J. Immigrant Minority Health**, 2015, v. 17. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10903-014-0089-5>>. Acesso em: 10 fev 2019.

RIBEIRO, A. M. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças de baixo peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, São Paulo, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200005>. Acesso em: 20 maio 2019.

RIBEIRO, M. C. S. A; BARATA, R. B; ALMEIDA, M. F; SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2006, v. 11, n. 4, p. 1011-1022.

RODRIGUES, Karen Simone Fizinus; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 534-542, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2019.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 701-714, 2007.

ROSSI, C. N. **Nas costuras do trabalho escravo. Um olhar sobre os imigrantes bolivianos ilegais que trabalham nas confecções de São Paulo**. São Paulo: Escola de Comunicação e Artes da USP, 2005. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Jornalismo e Editoração.

SARNOFF, R. et al. Disparities in Reported Prenatal Care Advice From Health Care Providers Among Women of Mexican Origin in California. **Journal of Immigrant Health**, v. 3, n. 2, 2001.

SASS, N. et al. Desfechos maternos e perinatais em gestantes bolivianas no município de São Paulo: um estudo transversal caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 2010; v. 32, n. 8, p. 398-404.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Declaração de Nascido Vivo. **Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011.

_____. _____. _____. Aguiar B. S., Neves H., Lira M. T. A. M. **Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo**. Boletim CEInfo, Análise, ano 10, n. 13, dez. 2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015a.

_____. _____. _____. **Nascer na cidade de São Paulo: 15 anos do SINASC**. Boletim CEInfo, Análise, ano 10, n. 11, maio 2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015b.

_____. _____. _____. **Orientações para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo de filhos de mães imigrantes ou refugiadas**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2016b. Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/sinasc/Manual_Orientacoes_DN_Imigrantes_Refugiados.pdf>. Acesso em: 13 jul 2019.

_____. Lei 16.478, de 8 de julho de 2016. Institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**. 19 jul. 2016a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. **O selo do SINASC no Município de São Paulo**. Boletim CEInfo Análise, ano 12, n. 14, maio 2017. São Paulo (SP). Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_14.pdf>. Acesso em: 13 jul 2019.

SILVA, Zilda Pereira da et al. Morte neonatal precoce segundo complexidade hospitalar e rede SUS e não-SUS na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2010, v. 26, n. 1, p. 123-134.

SØRBYE, I. K. et al. Variations in gestational length and preterm delivery by race, ethnicity and migration. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 32, 2016.

TEIXEIRA, C. et al. The Brazilian preference: cesarean delivery among immigrants in Portugal. **PLoS One**, v. 8, n. 3, 2013.

TELAROLLI JUNIOR, R. Imigração e Epidemias no Estado de São Paulo. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, v. 3, n. 2, p. 265-283, jul./out. 1996.

TOPA, J. B.; NOGUEIRA, C.; NEVES A. S. A. Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico. *Psico.*, 2010, v. 41, n. 3.

_____; _____. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 328-341, 2013.

UNITED NATIONS. **United Nations Demographic Year Book**. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Revision of World Population Prospects - Organisation des Nations Unies, 2017.

URQUIA, M. et al. Immigrants' duration of residence and adverse birth outcomes: a population-based study. **BJOG**, 2010, v. 117, p. 591–601.

_____; GAGNON, A. J. Glossary: migration and health. **J. Epidemiol Community Health**, 2011, v. 65, p. 467-472.

_____ et al. Disparities in pre-eclampsia and eclampsia among immigrant women giving birth in six industrialised countries. **BJOG**, 2014, v. 121, p. 1492-1500.

VÁSQUEZ-DE KARTZOW, R.; CASTILLO-DURÁN, C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. **Rev. Chil. Pediatr.**, 2012, v. 83, n. 4, p. 366-370.

WHO-World Health Organization. **Born too Soon: The Global Action Report on Preterm birth**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em:

<https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

_____. WHO Statement on Cesarean Section Rates. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=CD7894D4E0CF1C87302BA175D794A4F1?sequence=3>. Acesso em: 9 jul. 2019.

YAJAHUANCA, R. S. A. **A experiência da gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

YAZAKI, L. M. et al. Indicadores de saúde reprodutiva e mortalidade dos bolivianos residentes na cidade de São Paulo. In **XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 2014, São Pedro. Anais [recurso eletrônico] / XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais: População, Governança e Bem-Estar. São Pedro, SP: ABEP, 2014.

ANEXO 1: Tabela de nascidos vivos, segundo características sociodemográficas das mães, segundo nacionalidade. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Características mãe	Imigrantes		Brasileiras		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
10 a 14 anos	38	0,1	4510	0,5	4548	0,5
15 a 19 anos	2.538	8,4	121.132	12,5	123.670	12,4
20 a 34 anos	23.214	76,7	664.412	68,6	687.626	68,9
35 e mais	4.494	14,8	177.839	18,4	182.333	18,3
Ignorado	0	0,0	28	0,0	28	0,0
Escolaridade						
Sem escolaridade/ fundamental I (1ª a 4ª série)	1.416	4,7	21.241	2,2	22.657	2,3
Fundamental II (5ª a 8ª série)	5.960	19,7	166.020	17,2	171.980	17,2
Médio (antigo 2º Grau)	15.982	52,8	506.888	52,4	522.870	52,4
Superior incompleto	906	3,0	54.465	5,6	55.371	5,5
Superior completo	5.666	18,7	216.482	22,4	222.148	22,3
Ignorado	354	1,2	2.825	0,3	3.179	0,3
Raça cor						
Branca	11.267	37,2	490.953	50,7	502.220	50,3
Preta	2.750	9,1	67.517	7,0	70.267	7,0
Amarela	4.517	14,9	8.664	0,9	13.181	1,3
Parda	7.773	25,7	397.285	41,0	405.058	40,6
Indígena	3.951	13,0	993	0,1	4.944	0,5
Ignorado	26	0,1	2.509	0,3	2.535	0,3
Situação conjugal						
Solteira	12.768	42,2	427.039	44,1	439.807	44,1
Casada	7.665	25,3	360.736	37,3	368.401	36,9
Viúva	16	0,1	1.451	0,1	1.467	0,1
Separada/divorciada	79	0,3	14.306	1,5	14.385	1,4
União estável	9.644	31,8	163.080	16,8	172.724	17,3
Ignorado	112	0,4	1.309	0,1	1.421	0,1
Total	30.284	100,0	967.921	100,0	998.205	100,0

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

Nota: Refere-se aos nascidos vivos de mães residentes e que ocorreram no município.

ANEXO 2: Mapas com a distribuição de nascidos vivos de mães imigrantes segundo distrito de residência da mãe e nacionalidade. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

Anexo 2 A distribuição de nascidos vivos de mães imigrantes bolivianas segundo distrito de residência da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

Anexo 2 B Mapa com a distribuição de nascidos vivos de mães chinesas segundo distrito de residência da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

Anexo 2 C Mapa com a distribuição de nascidos vivos de mães paraguaias segundo distrito de residência da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

Anexo 2 D Mapa com a distribuição de nascidos vivos de mães angolanas segundo distrito de residência da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

Anexo 2 E Mapa com a distribuição de nascidos vivos de mães peruanas segundo distrito de residência da mãe. Município de São Paulo, 2012 a 2017.

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

ANEXO 3: Formulário da Declaração de Nascido Vivo.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo		Modelo	
I		1 Nome do Recém-nascido (RN):		Número do Cartão Nacional de Saúde do RN: 703 6007 5365 4844 MODEL 6	
II		2 Data e hora do nascimento:		3 Sexo: ☐ M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ Ignorado	
III		4 Peso ao nascer:		5 Índice de Apgar:	
IV		6 Local de nascimento:		7 Estabelecimento:	
V		8 Endereço da ocorrência, se fora do estado, ou da residência (rua, praça, avenida, etc):		9 Bairro/Distrito:	
VI		10 Nome da Mãe:		11 Ocupação habitual:	
VII		12 Data nascimento da Mãe:		13 Nacionalidade da Mãe:	
VIII		14 Logradouro:		15 Bairro/Distrito:	
IX		16 Nome do Pai:		17 Estado do Pai:	
X		18 Gestações anteriores:		19 Parto:	
XI		20 Gestações anteriores:		21 Tipo de parto:	
XII		22 Data da última Menstruação (DUM):		23 Tipo de parto:	
XIII		24 Número de consultas de pré-natal:		25 Tipo de parto:	
XIV		26 Método utilizado para estudar:		27 Tipo de parto:	
XV		28 Descrever todas as anomalias congênicas observadas:		29 Tipo de parto:	
XVI		30 Data do preenchimento:		31 Nome do responsável pelo preenchimento:	
XVII		32 Tipo de documento:		33 Nº do documento:	
XVIII		34 Cartório:		35 Registro:	
XIX		36 Município:		37 UF:	

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
 O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
 Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Revisão 01/14 - 1ª impressão 05/2014

ANEXO 4: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

USP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FSP/USP	

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil das mães imigrantes internacionais no Município de São Paulo

Pesquisador: ERICA KAROLINE FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89420218.1.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.728.213

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FSP-USP. Serão usados dados secundários armazenados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo geral, tem-se "Analisar as diferenças na saúde reprodutiva das mulheres estrangeiras em comparação às brasileiras, segundo naturalidade.

Como objetivos específicos, têm-se: "1) verificar as diferenças nas características das mães imigrantes estrangeiras e as brasileiras; 2) verificar a diferença no perfil dos recém-nascidos de mães estrangeiras e brasileiras."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de projeto que usará dados públicos disponíveis para download.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentado adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715	
Bairro: Cerqueira Cesar	CEP: 01.246-904
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779	Fax: (11)3061-7779
	E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.728.213

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1095689.pdf	04/05/2018 12:07:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	texto_tese.pdf	04/05/2018 12:00:35	ERICA KAROLINE FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_PlataformaBR_Erica.pdf	04/05/2018 11:55:00	ERICA KAROLINE FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Junho de 2018

Assinado por:
Kelly Polido Kaneshiro Olympio
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.248-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO 5: Currículo Lattes – Érica Karoline Ferreira.

Érica Karoline Ferreira

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9462443142112665>
Última atualização do currículo em 02/08/2018

Graduada em Obstetrícia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). Cursou o Programa de Aprimoramento Profissional na Área de Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde-SUS/SP (2015), trabalhando principalmente com Sistemas de Informação em Saúde, Análise de Situação de Saúde e Indicadores de mortalidade. Foi bolsista de apoio técnico em extensão pelo CNPq no projeto "Monitoramento de indicadores do desenvolvimento infantil em campanhas de vacinação: uma ferramenta para planejamento e avaliação de ações intersetoriais." Atualmente é Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Érica Karoline Ferreira
Nome em citações bibliográficas	FERREIRA, É. K.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2017	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Perfil das Mães estrangeiras residentes no município de São Paulo, Orientador: Profª Dra. Zilda Pereira da Silva.
2014 - 2015	Especialização em Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva. (Carga Horária: 1760h). Instituto de Saúde, I Saude, Brasil. Título: Diagnóstico de situação de saúde do município de Franco da Rocha. Orientador: Marli de Fátima Prado.
2008 - 2012	Bolsista do(a): Fundação do Desenvolvimento Administrativo, FUNDAP, Brasil. Graduação em Obstetrícia. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação Complementar

2017 - 2017	Reanimação Neonatal para profissionais da saúde. (Carga horária: 8h). Fundação Sociedade Brasileira de Pediatria, FSBP, Brasil.
2016 - 2016	Treinamento geral para assistente de pesquisa do projeto Latin-MH. (Carga horária: 16h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2015 - 2015	Artemisia Lab Primeira Infância. (Carga horária: 24h). Artemisia, A, Brasil.
2012 - 2012	Curso de Consultoria em Aleitamento Materno. (Carga horária: 16h). Grupo de Apoio à Maternidade Ativa, GAMA, Brasil.

Atuação Profissional

Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, HMLMB, Brasil.

Vínculo institucional

ANEXO 6: Currículo Lattes – Zilda Pereira da Silva.

	Zilda Pereira da Silva Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/4481599643491362 Última atualização do currículo em 03/05/2019
Possui mestrado (2001) e doutorado (2008) em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo. Atualmente, é professora doutora no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. É orientadora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Atuou como analista de projetos, assessora técnica e gerente na Fundação Seade. Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: estatísticas e sistemas de informação em saúde, mortalidade infantil e acesso a serviços de saúde. (Texto informado pelo autor)	
Identificação	
Nome	Zilda Pereira da Silva
Nome em citações bibliográficas	SILVA, Z. P.; Silva, Zilda Pereira da; da Silva, Z. P.; DA SILVA, ZILDA PEREIRA
Endereço	
Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública da USP. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617930 Fax: (11) 30617926 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
Formação acadêmica/titulação	
2005 - 2008	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Perfil dos nascimentos e da mortalidade neonatal precoce, segundo local de parto, complexidade hospitalar e rede SUS e não-SUS, região metropolitana de São Paulo, 2006, Ano de obtenção: 2008. Orientador: Marcia Furquim de Almeida. Palavras-chave: saúde pública; mortalidade neonatal precoce; complexidade hospitalar; local de parto; Sistema Único de Saúde. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
1998 - 2001	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Transformações na Administração Municipal de Saúde no Estado de São Paulo: aspectos de recursos humanos e financeiros, Ano de Obtenção: 2001. Orientador: Evelin Naked de Castro Sá. Palavras-chave: saúde pública; informação em saúde; políticas públicas. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências Humanas / Área: Sociologia / Subárea: Sociologia da Saúde. Setores de atividade: Saúde Humana.
1995 - 1995	Especialização em em Saúde Pública. (Carga Horária: 800h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1980 - 1986	Graduação em Ciências Sociais. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Formação Complementar	
2014 - 2014	Saúde Global. (Carga horária: 32h). Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil.
2013 - 2013	