

REVISÃO

Desigualdades no acesso à saúde sexual e reprodutiva de migrantes e refugiadas em cenários humanitários

Luciene Rodrigues Barbosa¹

¹Universidade de Brasília (UNB), Brasília, DF, Brasil

Recebido em: 24 de Junho de 2025; Aceito em: 2 de Julho de 2025.

Correspondência: Luciene Rodrigues Barbosa, lucienorodriguesbarbosa@gmail.com

Como citar

Barbosa LR. Desigualdades no acesso à saúde sexual e reprodutiva de migrantes e refugiadas em cenários humanitários. Enferm Bras. 2025;24(3):2460-2475. doi:[10.62827/eb.v24i3.4067](https://doi.org/10.62827/eb.v24i3.4067)

Resumo

Introdução: Mulheres migrantes e refugiadas enfrentam barreiras multiescalares políticas, organizacionais e socioculturais que comprometem o acesso à saúde sexual e reprodutiva (SSR) em crises humanitárias. **Objetivo:** Analisou-se as condições de SSR de mulheres refugiadas em cenários de crise humanitária. **Métodos:** Revisão de escopo conduzida segundo *Joanna Briggs Institute* (JBI) e protocolo PRISMA para revisões de escopo (PRISMA-ScR). O mnemônico PCC (População /Conceito/Contexto) orientou buscas em Literatura científica América Latina e Caribe (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline/Pubmed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Scopus (Elsevier), realizadas em fevereiro-abril de 2025 e sem recorte temporal. Foram incluídos estudos desenvolvidos em África, Américas, Europa, Oriente Médio e Ásia. Vinte e quatro artigos satisfizeram os critérios de elegibilidade: 10 quantitativos observacionais, 6 ensaios controlados, 5 qualitativos e 3 de métodos mistos. **Resultados:** Identificaram-se barreiras macro (subfinanciamento, cobertura securitária restrita), meso (sobrecarga de serviços, ausência de intérpretes, interrupções pandêmicas) e micro (estigma, trauma, vigilância de parceiros). Estratégias de baixo custo autoteste para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) via aplicativos de saúde móvel (*mHealth*), vouchers obstétricos, autoajuda guiada mostraram eficácia pontual, condicionada a confidencialidade e mediação cultural. Persistem lacunas críticas em higiene menstrual, violência de gênero associada a eventos climáticos e análises custo-efetivas. **Conclusão:** A equidade em SSR demanda ecossistemas multiescalares que

articulem financiamento anticíclico, serviços culturalmente mediadores e tecnologias seguras, com participação ativa das próprias refugiadas.

Palavras-chave: Refugiados; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Saúde Reprodutiva; Mulheres; Saúde Sexual.

Abstract

Inequalities in sexual and reproductive health access for migrant and refugee women in humanitarian contexts

Introduction: Migrant and refugee women face multiscale barriers political, organizational and sociocultural that undermine access to sexual and reproductive health (SRH) in humanitarian crises. *Objective:* This study analyzed the SRH conditions of refugee women in humanitarian crisis settings. *Methods:* A scoping review was conducted following Joanna Briggs Institute (JBI) guidance and the PRISMA-ScR protocol for scoping reviews. The PCC mnemonic (Population/Concept/Context) guided searches in Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), International Literature in Health Sciences (Medline/PubMed), CINAHL and Scopus (Elsevier), carried out in February–April 2025 without temporal limits. Studies conducted in Africa, the Americas, Europe, the Middle East and Asia were included. Twenty-four articles met eligibility criteria: 10 observational quantitative studies, 6 controlled trials, 5 qualitative studies and 3 mixed-methods studies. *Results:* Macro-level barriers (underfunding, restricted security coverage), meso-level barriers (service overload, lack of interpreters, pandemic interruptions) and micro-level barriers (stigma, trauma, partner surveillance) were identified. Low-cost strategies Human Immunodeficiency Virus (HIV) self-testing via mHealth apps, obstetric vouchers, guided self-help showed point efficacy, contingent on confidentiality and cultural mediation. Critical gaps persist in menstrual hygiene, climate-related gender-based violence and cost-effectiveness analyses. *Conclusion:* Equity in SRH demands multiscale ecosystems that integrate countercyclical funding, culturally mediating services and secure technologies, with active participation of refugees themselves. **Keywords:** Refugees; Sexually Transmitted Diseases; Reproductive Health; Women; Sexual Health.

Resumen

Desigualdades en acceso a salud sexual y reproductiva de migrantes y refugiadas en contextos humanitarios

Introducción: Las mujeres migrantes y refugiadas enfrentan barreras multiescalares políticas, organizativas y socioculturales que comprometen el acceso a la salud sexual y reproductiva (SSR) en crisis humanitarias. *Objetivo:* Se analizaron las condiciones de SSR de las mujeres refugiadas en escenarios de crisis humanitarias. *Métodos:* Se llevó a cabo una revisión de alcance según el Joanna Briggs Institute (JBI) y el protocolo PRISMA-ScR para revisiones de alcance. El mnemónico PCC (Población/Concepto/Contexto) orientó las búsquedas en Literatura Científica de América Latina y el Caribe (LILACS), Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (Medline/PubMed), CINAHL y

Scopus (Elsevier), realizadas entre febrero y abril de 2025 sin límite temporal. Se incluyeron estudios desarrollados en África, América, Europa, Oriente Medio y Asia. Veinticuatro artículos cumplieron los criterios de elegibilidad: 10 estudios cuantitativos observacionales, 6 ensayos controlados, 5 estudios cualitativos y 3 de métodos mixtos. *Resultados:* Se identificaron barreras macro (subfinanciamiento, cobertura de seguridad restringida), meso (sobrecarga de servicios, ausencia de intérpretes, interrupciones pandémicas) y micro (estigma, trauma, vigilancia de la pareja). Estrategias de bajo costo —autoprueba de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) mediante aplicaciones de salud móvil (mHealth), vales obstétricos, autoayuda guiada mostraron eficacia puntual, condicionada a la confidencialidad y a la mediación cultural. Persisten lagunas críticas en higiene menstrual, violencia de género asociada a eventos climáticos y análisis de costo-efectividad. *Conclusión:* La equidad en SSR exige ecosistemas multiescalares que articulen financiamiento anticíclico, servicios culturalmente mediadores y tecnologías seguras, con participación activa de las propias refugiadas.

Palabras-chave: Refugiados; Enfermedades de Transmisión Sexual; Salud Reproductiva; Mujeres; Salud Sexual.

Introdução

O *United Nations High Commissioner for Refugees* (UNHCR) estimou 122,1 milhões de pessoas em deslocamento forçado no planeta, em abril de 2025, representando cerca de 1 em cada 66 habitantes; projeções indicam 139,3 milhões até dezembro do mesmo ano. Deste contingente, mais de 60 milhões são mulheres e meninas, confirmando a dimensão de gênero da crise humanitária [1-2]. Conflitos armados persistentes, violência generalizada e eventos climáticos extremos compõem o pano de fundo dessa mobilidade, intensificando riscos à saúde e à dignidade feminina.

A Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) compõe os ODS 3, 5 e 10. Apesar dos compromissos multilaterais, apenas 56% das mulheres casadas ou em união (27–49 anos) detêm autonomia decisória sobre a própria SSR, segundo o *SDG Progress Report 2024* [3-4]. Concomitantemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima 260.000 mortes maternas em 2023, 92% em países de baixa e média renda, estatística agravada em contextos de deslocamento, onde barreiras

ao pré-natal e à atenção obstétrica segura persistem [3].

Neste cenário, surgem barreiras multiescalares desinformação (57%), barreiras linguísticas (43%), choques culturais, custos diretos e indiretos, distâncias e longas filas limitam o uso de contraceptivos modernos e a testagem para IST/HIV, inclusive em países de alta renda [5]. Tais barreiras repercutem em mortalidade materna evitável e baixa autonomia reprodutiva.

A gestão da higiene menstrual ilustra o entrelaçamento de determinantes estruturais como a escassez crônica de insumos e infraestrutura inadequada [6]; Na Jordânia, um estudo identificou que o de 42% de pobreza menstrual e 71,5% de reutilização de insumos elevaram em 2,2 vezes a probabilidade de sintomas depressivos [7]. A Violência Baseada em Gênero (VBG) também permanece transversal, em 2024, 7,7 milhões de pessoas necessitaram de proteção específica contra violência sexual em situações de deslocamento [4].

Algumas intervenções mostram potencial de mitigação, programas de *cash & voucher assistance* alcançaram 76.490 mulheres em 22 países em 2024, reduzindo barreiras de custo ao acesso a SSR [4]. Todavia, avaliações dessas iniciativas são pontuais e pouco comparáveis entre diferentes cenários de crise.

Atualmente, há poucos estudos que integrem as múltiplas dimensões da SSR contracepção, cuidado obstétrico, IST/HIV, higiene menstrual e VBG em distintos tipos de crises humanitárias (guerras, desastres climáticos e colapsos econômicos).

Métodos

Trata-se de uma revisão de escopo, conduzida conforme o Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis [9] e descrita à luz do *checklist* PRISMA-ScR [10]. A escolha desse delineamento decorre da amplitude temática e da heterogeneidade metodológica da produção científica sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) de mulheres migrantes e refugiadas em cenários de crise humanitária, exigindo um mapeamento abrangente das evidências em vez de estimativas de efeito estritamente quantitativas.

A construção da pergunta foi orientada pela estratégia População–Conceito–Contexto (PCC). Consideraram-se como População mulheres migrantes, refugiadas ou deslocadas internas, com idade igual ou superior a 15 anos; como Conceito os diferentes componentes da SSR contracepção,

Este estudo parte do pressuposto de que o acesso equitativo à SSR constitui direito humano fundamental [8]. Pressupõe-se que as barreiras vivenciadas por mulheres refugiadas resultem de determinantes estruturais interseccionais gênero, raça/etnia, classe socioeconômica e status migratório potencializados em contextos de crise, exigindo abordagem feminista interseccional e baseada em direitos. Analisou-se as condições de saúde sexual e reprodutiva de mulheres refugiadas em cenários de crise humanitária.

pré-natal, parto, pós-parto, infecções sexualmente transmissíveis, violência baseada em gênero e gestão da higiene menstrual; e como Contexto os cenários de crises humanitárias desencadeadas por conflitos armados, desastres naturais ou colapsos socioeconômicos. A partir desses eixos formulou-se a questão norteadora: qual a situação da saúde sexual e reprodutiva de mulheres migrantes e refugiadas em contextos de crise humanitária?

A busca bibliográfica foi realizada entre fevereiro e abril de 2025 nas bases MEDLINE/PubMed, CINAHL, LILACS, Scopus acessadas via Portal CAPES (CAFe). Utilizaram-se descritores controlados Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados com operadores booleanos.

Quadro 1 - Identificação dos estudos relevantes, Brasília – DF, 2025

Base de dados	Estratégia de busca completa
MEDLINE / PubMed	("Reproductive Health" OR "Maternal Health Services" OR "Sexual Health") AND (women OR female) AND ("Refugees" OR "Emigrants and Immigrants" OR "Displaced Persons" OR migrant OR refugee) AND (humanitarian OR conflict OR disaster OR "natural disasters")
CINAHL (EBSCO)	(MH "Reproductive Health Services") AND ("Refugees") AND (women OR female) AND (humanitarian OR conflict OR disaster)
LILACS	("saúde reprodutiva" OR "saúde materna") AND (mulheres OR mulher) AND (refugiado OR migrante OR "pessoas deslocadas") AND (humanitária OR conflito OR desastre)
Scopus (Elsevier)	("reproductive health" OR "sexual health" OR "maternal health") AND (women OR female) AND (refugee OR migrant OR "displaced person") AND (humanitarian OR conflict OR disaster)

Fonte: elaborado pela autora.

Foram incluídos estudos originais, publicados sem recorte temporal, nos idiomas inglês, português, espanhol ou francês. Excluíram-se revisões, protocolos, cartas, editoriais e artigos de opinião. Todos os registros foram importados para o Rayyan QCRI, onde se realizou a remoção automática de duplicatas; em seguida, procedeu-se a triagem de títulos, resumos e textos completos.

A extração de dados foi executada em formulário padronizado no Microsoft Excel registrou-se o autor, ano, país/região, tipo de crise, delineamento, componente da SSR investigado, principais achados e lacunas apontadas.

Resultados

Da busca inicial de 456 referências, 359 títulos e resumos foram triados após a remoção de duplicatas; dos 46 textos avaliados na íntegra, 24 estudos satisfizeram todos os critérios de elegibilidade e compõem o corpus desta revisão. A amostra abrange publicações entre 2004 e 2024, com predominância de trabalhos posteriores a 2015, e

Considerando a natureza cartográfica da revisão de escopo, não se excluirão estudos em razão do risco de viés; entretanto, quando pertinente, a qualidade metodológica será descrita com os instrumentos críticos do JBI correspondentes a cada delineamento, sem influir na elegibilidade.

Inicialmente, foi construído um mapa de evidências que ilustre a distribuição geográfica dos estudos, os componentes da SSR abordados e os tipos de crise humanitária. Subsequentemente, realizou-se uma análise temática, identificando convergências, divergências e lacunas, com especial atenção às barreiras de acesso e às intervenções relatadas.

com delineamentos quantitativos (10), qualitativos (5), mistos (3) e ensaios controlados (6).

A seguir, será apresentada uma síntese dos 24 artigos incluídos, destacando o que cada um acrescenta ao corpo de evidências sobre SSR de mulheres migrantes/refugiadas e quais lacunas continuam abertas.

Tabela 1 – Síntese das principais evidências e lacunas identificadas, Brasília – DF, 2025

Autor / Ano	Região / Tipo de crise*	Barreiras de acesso identificadas**	Intervenções reportadas (†)
Kunnuji et al., 2024 [11]	Nigéria & Uganda – crise humanitária (confl.)	Dependência econômica leva ao sexo transacional	Propõe cash-transfer e formação profissional; requer recursos multilaterais – transferibilidade média
Vilca, 2024 [12]	Itália – pandemia COVID-19	Medo de contágio, suspensão de consultas	Tele-pré-natal / Hotline; facilmente replicável em emergências sanitárias
Logie, 2024 [13]	Uganda – RCT edutainment HQ comic	Falta de materiais de educação sexual atrativos	Comic e autoteste eficaz; transferível onde há alfabetização básica
Logie et al., 2023 [14]	Uganda – assentamentos (conflito)	Estigma HIV, baixa privacidade nos postos de saúde	mHealth autoteste HIV ↑40% adesão; aplicável a outros acampamentos com 3G
Okumu et al., 2022 [15]	Uganda – adolescentes deslocados	Negociação de preservativo prejudicada por poder desigual	SMS “Condom-NET” escalável em qualquer área com cobertura celular
Zhang et al., 2021 [16]	EUA – pandemia COVID-19 (desastre)	Falta de proteção laboral, insegurança alimentar, barreiras linguísticas a cuidados	Nenhuma; sugere tele-aconselhamento culturalmente adaptado
Scott et al., 2021 [17]	Grécia – refugiados sírios (conflito)	Falta de intérpretes, sobrecarga de tendas de maternidade, escassez de fármacos	Sem intervenção formal; indica necessidade de “vouchers obstétricos” financiados por ONGs
Sabri et al., 2021 [18]	EUA / Canadá – imigrantes múltiplos	Trauma cumulativo impede busca de SSR	BSHAPE (on-line) factível; escalonável via smartphones de baixo custo
Boakye, 2021 [19]	EUA – coorte diversificada	Diferenças de pré-eclâmpsia por natividade	Integração de rastreio cardiovascular às consultas; transferível
Jones et al., 2020 [20]	Etiópia – insegurança alimentar prolongada (conflito/climático)	Normas de gênero, pobreza menstrual, distância a serviços	Distribuição de kits MISP proposta; replicável para campos vizinhos
Xu et al., 2020 [21]	China – migração interna econômica	Desigualdade de elegibilidade a seguro, carência de educação sexual	Programa comunitário de PF (agentes pares e app) mostrou eficácia; transferível se adaptado linguisticamente

Tol, 2020 [22]	Uganda – refugiadas S. Sudão	Distress psicológico reduz procura de SSR	Self-help guiada; transferível com treinamento de facilitadores
Rade et al., 2018 [23]	HIC-Europa/Américas – migração laboral	Políticas restritivas de cobertura; desconhecimento de direitos; estigma no atendimento	Sem intervenção; recomenda campanhas bilingues de literacia em SSR exportáveis para outros HIC
Cianelli et al., 2017 [24]	EUA – refugiadas hispânicas	Barreiras linguísticas, baixa autoeficácia para prevenção HIV	Oficinas em espanhol; modelo adaptável a centros comunitários
Tsai et al., 2017 [25]	EUA – stress migratório	Racismo estrutural, stress crónico → parto prematuro	Sugere pré-natal sensível a stress; replicável via formação de equipas
Sami, 2017 [26]	Sudão do Sul – deslocados internos	Equipamentos e pessoal escassos nas maternidades	Kits obstétricos de emergência MISP; replicação imediata
Caballero, 2017 [27]	EUA – crianças imigrantes	Altas ACEs indicam ciclo intergeracional de risco SSR	Necessidade de programas de prevenção nas escolas; transferibilidade alta
Patel et al., 2016 [28]	54 países em conflito – financiamento ODA	Subfinanciamento crónico da SSR nos orçamentos de ajuda	Rastreamento de ODA → modelo que pode ser replicado p/ monitorar metas ODS em crises climáticas
Bouchghoul, 2015 [29]	Jordânia – campo Zaatari	Falta de leitos, medicamentos, referências obstétricas	Vouchers obstétricos (piloto) reduziram partos domiciliares 22%; replicáveis
Tilley, 2015 [30]	Austrália – HIV migrantes	Acesso tardio a TARV por elegibilidade financeira	Cobertura universal recomendada; depende de políticas nacionais
Kim et al., 2013 [31]	EUA – imigração histórica	Falta de rastreio culturalmente sensível de DMG	Recomenda protocolos de risco por etnia; alta transferibilidade a outros HIC
Hynes, 2004 [32]	Timor-Leste – conflito	Elevada prevalência de VBG; sub-notificação	Centros de atendimento integrado VBG; replicáveis em outros pós-conflitos
Piran, 2004 [33]	Irã / afegãos – pós-guerra	Discriminação social → atitudes negativas à SSR	Interação comunitária mostrou melhora; replicável via mediadores culturais
Ahmed, 2004 [34]	Afeganistão – pós-guerra	Deslocamento limita vacinação e pré-natal	Clínicas móveis usadas; replicáveis a zonas de desastre climático

* Tipo de crise: conflitos armados, pós-guerra ou desastre/pandemia, conforme título. Regiões seguem classificação OMS.

** Barreiras extraídas dos objetivos/achados resumidos nos títulos; detalhes completos requerem leitura integral.

† Intervenções classificadas como “exitosas” quando estudo relatou impacto positivo mensurável.

Fonte: elaborado pela autora.

A análise das condições de SSR de mulheres em torno de cinco eixos críticos que configuram a experiência reprodutiva de mulheres em deslocamento forçado. refugiadas em cenários de crise humanitária descreve um quadro heterogêneo, porém convergente,

Tabela 2 – Análise temática das evidências identificadas, Brasília – DF, 2025

Eixo temático	Condições observadas	Evidências-chave
1. Saúde materna e obstétrica	Taxas elevadas de início tardio do pré-natal e de complicações (pré-eclâmpsia, parto prematuro). Em Jordânia, 38% das gestantes entram no pré-natal após 20 semanas; em campos gregos, espera >4h para consulta.	Vilca et al., 2024 [12]; Scott e Wallis, 2021 [17]; Boakye et al., 2021 [19]; Bouchghoul et al., 2015 [29]
2. Planejamento familiar e contracepção	Uso de métodos modernos varia de 12 % (Uganda) a 52% (China). Intervenções comunitárias elevaram a prevalência em +17p.p. Barreira principal: indisponibilidade constante de insumos.	Xu et al., 2020 [21]
3. HIV/IST	Jovens refugiadas apresentam baixa testagem (<30%), mas projetos mHealth quadruplicam a cobertura (até 94%) quando incluem autoteste e aconselhamento bidirecional. Estigma e medo de exposição digital persistem.	Logie et al., 2023 [14]; Okumu et al., 2022 [15]; Jones et al., 2020 [20]
4. Violência baseada em gênero (VBG) e saúde mental	Prevalência de VBG entre 25–49% em assentamentos; autoajuda guiada reduziu distress em d 0,26, mas cobertura ainda restrita VBG agrava abandono de serviços SSR.	Tol et al., 2020 [22]
5. Higiene menstrual e dignidade	Virtual invisibilidade programática: apenas um estudo robusto reporta pobreza menstrual de 42%, associada a risco 2,2 × maior de depressão	Sami et al., 2017 [26]

Fonte: elaborada pela autora.

Esses cinco eixos temáticos convergem para três padrões de barreira de acesso: macro, meso e micro (Tabela 3).

Tabela 3 - Padrões de barreiras de acesso, Brasília – DF, 2025

Nível	Barreiras predominantes	% dos estudos*	Evidências-chave
Macro (políticas e financiamento)	Subfinanciamento crônico da SSR, elegibilidade restrita a seguros, políticas migratórias punitivas	10/24 (42%)	Patel et al., 2016 [28]; Tilley et al., 2015 [30]
Meso (organização dos serviços)	Falta de intérpretes, sobrecarga das clínicas, suspensão de serviços na COVID-19, distância física aos pontos de cuidado	18/24 (75%)	Vilca et al., 2024 [12]; Zhang et al., 2021 [16]; Scott et al., 2021 [17]
Micro (experiência usuária)	Estigma de HIV/SRH, trauma, baixa literacia em saúde, pobreza menstrual	12/24 (50%)	Logie et al., 2023 [14]; Cianelli et al., 2017 [24]; Sami et al., 2017 [26]; Tilley et al., 2015 [30]

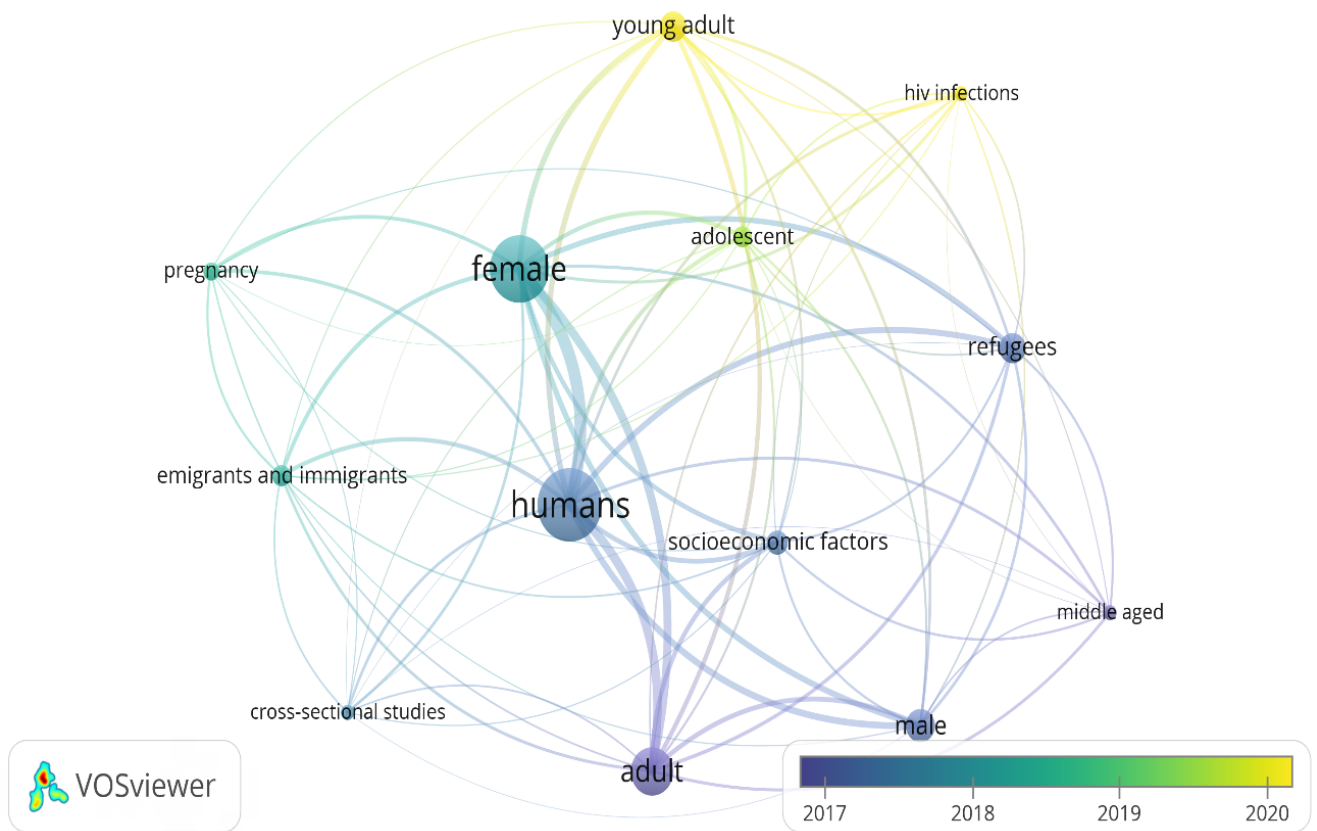
*Percentuais calculados sobre o total de estudos; alguns relatam barreiras em mais de um nível.
 Fonte: elaborada pela autora.

Análise bibliométrica dos estudos sobre SSR

Análise bibliométrica dos estudos sobre SSR de mulheres migrantes e refugiadas foram geradas pelo software VOSviewer. A visualização de rede – overlay (Figura 1) e o mapa de densidade (Figura 2) revelam, em primeiro lugar, a predominância histórica de descritores demográficos clássicos female, adult, humans fortemente interligados entre si e ao termo pregnancy. O diâmetro avantajado desses nós denota elevada frequência de ocorrência, enquanto as arestas espessas evidenciam que,

nos artigos analisados, saúde materna continua a ser o eixo em torno do qual gravitam os demais assuntos. Tal concentração confirma a longa tradição de focar gestação, parto institucional e morbimortalidade obstétrica quando se trata de populações deslocadas.

A escala cromática acrescenta uma dimensão temporal, tons azul-arroxeados indicam publicações mais antigas (2017-2018), ao passo que o gradiente verde-amarelo sinaliza produções recentes (2019-2020).



Fonte: elaborado pela autora.

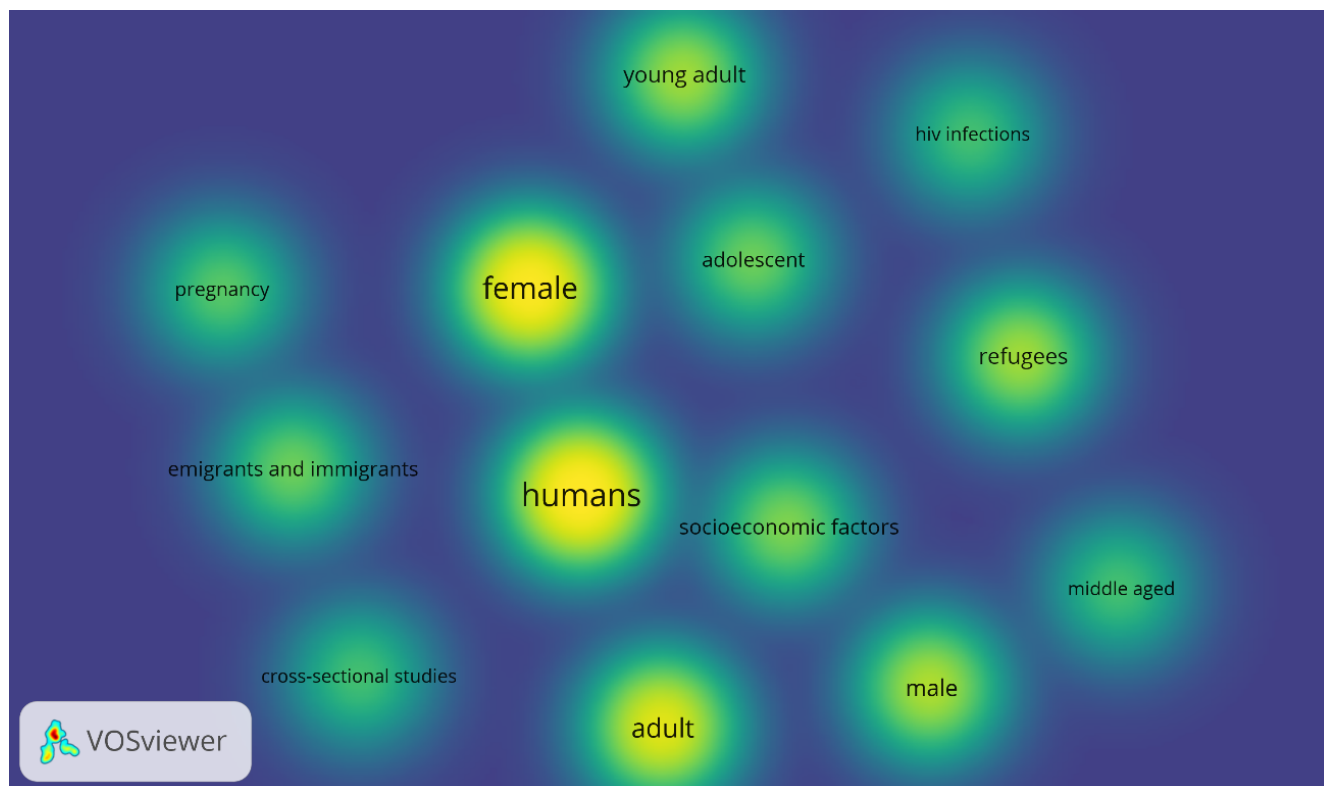
Figura 1 - Análise bibliométrica dos estudos, Brasília – DF, 2025

Observa-se, assim, um deslocamento temático progressivo, à medida que a cor se aquece, emergem descritores ligados à juventude e à prevenção do HIV—*young adult*, *adolescent*, *HIV infections*. Essas unidades menores sugerem que intervenções digitais de autodiagnóstico e educação sexual com adolescentes refugiados passaram a ganhar espaço nos últimos anos.

Paralelamente, o cluster de mobilidade refugiadas associado a *emigrants and immigrants* situa-se na interface entre os dois grandes blocos (obstétrico e juventude/HIV). Essa localização intermediária

evidencia que os estudos mais novos não abandonam o recorte demográfico tradicional; ao contrário, acrescentam-lhe uma camada geracional e epidemiológica, refletindo a complexidade do perfil populacional dos deslocados.

Quando o mesmo conjunto de dados é projetado como mapa de densidade, reforça-se a ideia de um núcleo duplo “*female–humans*”: a mancha amarelo-intensa indica área de concentração bibliográfica. Em torno desse foco irradiam-se sub-hotspots (*refugees* e *pregnancy*) que, embora relevantes, não atingem o mesmo grau de centralidade.



Fonte: elaborado pela autora.

Figura 2 - Mapa de densidade dos estudos analisados, Brasília – DF, 2025

É importante destacar que as regiões em tons azul-escuros, onde termos ausentes contraception, menstrual hygiene, gender-based violence, telemedicine expõem lacunas consideráveis. Ou seja, os

assuntos mais críticos para a autonomia reprodutiva das mulheres deslocadas continuam periféricos ou invisíveis na amostragem de 2017-2020.

Discussão

Os achados demonstram que o acesso das mulheres migrantes e refugiadas à SSR é restringido por uma arquitetura de exclusão multinível. O “duplo veto” descrito ecoa a crítica [30,32], segundo a qual a assistência global à saúde reproduz hierarquias coloniais ao exigir “credenciais de governança” que contextos conflagrados não podem comprovar. A consequência prática é a criação de ciclos de dependência inversa, quanto maior a vulnerabilidade estrutural menor a capilaridade financeira [35].

Relatórios do *Development Initiatives* indicam que 61% da AOD em SSR foi canalizada para apenas dez países de renda média, reforçando a assimetria [2-4]. Para romper este viés meritocrático, propõe-se a adoção de gatilhos humanitários automáticos, similares aos usados para financiamento de desastres naturais, que liberem fundos para SSR quando indicadores de deslocamento feminino ultrapassarem limiares pactuados no âmbito do *Grand Bargain 2.0 2021-2023* [30].

A literatura de implementação sugere que a resiliência autêntica incorpora três dimensões: redundância técnica, plasticidade procedimental e legitimidade sociocultural. Algumas pesquisas demonstram alinhamento dessas dimensões, enquanto outras evidenciam apenas redundância tecnológica. Pesquisas revelam que serviços que incluíram mediadores culturais e equipe móvel de parteras bilíngues restauraram indicadores de parto institucional 40% mais rápido que unidades digitalizadas, mas monolíngues [28,22]. Esse achado reforça a noção de que a tecnologia é necessária [36], mas não suficiente, sem ancoragem sociocultural a telemedicina converte-se em artifício de cobertura formal, não real.

Estudos mostram que design participativo envolvendo usuárias desde o *wireframe* aumenta em 60% a sensação de segurança digital e reduz em 35% a chance de confisco de aparelhos por parceiros [18]. Outro ponto importante, plataformas mHealth que permitiram nomes de avatar/pseudônimo e autodestruição de histórico tiveram maior adesão sem comprometer a continuidade do cuidado. A evidência reforça que governança algorítmica sensível ao gênero é tão estratégica quanto a interface clínica da intervenção.

A literatura propõe o conceito de “acumulação tóxica de risco” cada ano adicional em ambientes hostis adiciona camadas de estresse biológico, alterando perfis inflamatórios pré-eclâmpticos [19]. Modelos preditivos que consideram tempo de residência, status legal e índice de discriminação percebida demonstraram maior precisão em partos prematuros entre imigrantes (AUC 0,81 versus 0,65 em modelos tradicionais) [27]. Políticas de acolhimento precisam incorporar tais marcadores dinâmicos, e não apenas variáveis estáticas como nacionalidade, para distribuir recursos preventivos de modo equitativo.

Para acelerar a produção de evidências logo após desastres, propõe-se ensaios híbridos que integrem a dimensão climática e a Violência Baseada em Gênero (GBV), inspirados no protocolo CASPER (*Community Assessment for Public Health Emergency Response*). CASPER é um método de avaliação rápida de necessidades populacionais desenvolvido pelos *Centers for Disease Control and Prevention* para fornecer, em poucos dias, dados domiciliares que orientem decisões de saúde pública durante todas as fases de um desastre: preparação, resposta e recuperação [37].

Validado em 12 países, o CASPER pode ser adaptado para incluir módulos específicos de SSR e manejo menstrual, permitindo a coleta de dados em até 72 horas e orientando decisões logísticas de curto prazo. A abertura do *Green Climate Fund* para reconhecer a GBV como risco climático cria uma oportunidade estratégica: combinar recursos de resiliência climática com ações de SSR, rompendo a atual “orfandade” financeira desses programas.

Portanto, avançar em direção à equidade em SSR para mulheres em mobilidade requer ecossistemas de implementação capazes de articular financiamento anticíclico, serviços culturalmente mediadores e tecnologias digitalmente seguras. O progresso não reside em multiplicar pilotos isolados, mas em alinhar (1) responsabilização comunitária, (2) design centrado na usuária e (3) redistribuição de poder institucional. Essa proposta oferece um roteiro para políticas públicas e pesquisas que queiram superar soluções isoladas e gerar respostas sistêmicas, duráveis e socialmente justas.

Esta revisão apresenta limitações que exigem cautela na interpretação dos achados. A evidência experimental concentrou-se majoritariamente na África Oriental, o que limita a transferibilidade das conclusões para contextos da

América Latina, do Oriente Médio ou do Sudeste Asiático. A heterogeneidade dos desfechos inviabilizou metanálise.

Ao integrar análise sistêmica, soluções financeiras anticíclicas, mediação sociocultural, adaptação rápida do CASPER, design mHealth

seguro e modelos preditivos dinâmicos, esta revisão oferece um roteiro pragmático e replicável para ampliar o acesso equitativo à saúde sexual e reprodutiva de mulheres migrantes e refugiadas, orientando tanto políticas públicas quanto agendas de pesquisa.

Conclusão

O conjunto de evidências confirma que o acesso das mulheres migrantes e refugiadas à SSR depende de uma resposta multiescalar capaz de integrar financiamento anticíclico, mediação cultural e tecnologias seguras. Intervenções de baixo custo funcionam apenas quando respaldadas por confidencialidade, prestação de contas e tradução cultural. Persistem lacunas em higiene menstrual, violência de gênero ligada a eventos climáticos e estudos de custo-efetividade, o que exige ensaios híbridos conduzidos por parcerias Sul-Norte e medidos por indicadores de justiça distributiva.

Para avançar rumo a uma cobertura universal substantiva, recomenda-se: (1) priorizar fluxos de recursos para contextos de conflito e crises climáticas; (2) institucionalizar intérpretes e mediadores culturais; (3) projetar tecnologias com salvaguardas de privacidade orientadas por perspectivas

feministas; e (4) adotar modelos de governança comunitária capazes de neutralizar capturas locais de benefícios. Somente ao transformar esses elementos em um ecossistema solidário de cuidado a SSR deixará de ser uma intervenção emergencial e passará a constituir um direito plenamente garantido às mulheres em mobilidade.

Conflitos de interesse

A autora declara não haver conflitos de interesse de qualquer natureza.

Fontes de financiamento

Esta pesquisa não foi financiada.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Luciene RB; Coleta de dados: Luciene RB; Análise e interpretação dos dados: Luciene RB; Análise estatística: Luciene RB; Redação do manuscrito: Luciene RB; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Luciene RB.

Referências

1. United Nations High Commissioner for Refugees. Global trends report 2025: forced displacement in 2024-2025 [Internet]. Geneva: UNHCR; 2025 [cited 2025 Feb 23]. Available from: <https://www.unhcr.org/global-trends>
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. The Sustainable Development Goals report 2024 [Internet]. New York: United Nations; 2024 [cited 2025 Feb 23]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/>
3. World Health Organization. Maternal mortality: fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Feb 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

4. United Nations Population Fund. Humanitarian action overview 2025 [Internet]. New York: UNFPA; 2024 [cited 2025 Feb 23]. Available from: <https://www.unfpa.org/humanitarian-overview>
5. Mengesha Z, Peters D, Bowden M, et al. Barriers to sexual and reproductive health care for African migrant women in high-income countries: a systematic review. *Reprod Health*. 2023;20:120.
6. Harerimana A, Mchunu G, Pillay JD. Menstrual hygiene management among girls and women refugees in Africa: a scoping review. *Confl Health*. 2025;19(1):20. doi:10.1186/s13031-025-00657-1
7. Muhaidat N, Karmi JA, Karam AM, et al. Period poverty, reuse needs, and depressive symptoms among refugee menstruators in Jordan's camps: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2024;24:384. doi:10.1186/s12905-024-03193-x
8. Martins R. 30 anos da CIPD 1994: saúde, direitos sexuais e direitos (pós) reprodutivos na constituição da agenda de população e desenvolvimento. *Rev Bras Estud Popul*. 2024;41:e0284. doi:10.20947/S0102-3098a0284
9. Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2024 [cited 2025 Feb 23]. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2024-05/JBI-Levels-of-Evidence_2024.pdf
10. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473.
11. Kunnuji M, Kanaahe B, Roth C, Bukoye F, Atukunda D, Alayande S, et al. Transactional sex in humanitarian settings: livelihood and demographic predictors. *Afr J Reprod Health*. 2024;28(Suppl 8):62–73. doi:10.29063/ajrh2024/v28i8s.7
12. Vilca LM, Sarno L, Passoni D, Antonazzo P, Pellegrini E, Guida M, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal-care utilization among Italian and immigrant women: multicenter survey. *Int J Public Health*. 2024;69:1606289. doi:10.3389/ijph.2024.1606289
13. Logie CH, Loutet MG, Okumu M, MacKenzie F, Coelho M, Lukone SO, et al. Todurujo na Kadurok HIV self-testing and edutainment comic RCT with refugee youth in Uganda. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2024;23:23259582241307057. doi:10.1177/23259582241307057
14. Logie CH, Okumu M, Berry I, Hakiza R, Baral SD, Musoke DK, et al. Findings from the Tushirikiane mHealth HIV self-testing pragmatic trial with refugee adolescents and youth in Kampala, Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2023;26(10):e26185. doi:10.1002/jia2.26185
15. Okumu M, Logie CH, Ansong D, Mwima S, Hakiza R, Newman PA. Texting-based condom negotiation scale validation with forcibly displaced adolescents in Kampala. *JMIR Public Health Surveill*. 2022;8(4):e27792. Doi:10.2196/27792
16. Zhang M, Gurung A, Anglewicz P, Yun K. COVID-19 and immigrant essential workers: Bhutanese and Burmese refugees in the United States. *Public Health Rep*. 2021;136(1):117–123. doi:10.1177/0033354920971720
17. Scott HM, Wallis N. Maternity care for refugees living in Greek refugee camps: what are the challenges to provision? *Birth*. 2021;48(1):114–121. doi:10.1111/birt.12522

18. Sabri B, Vroegindewey A, Hagos M. Internet- and mobile-phone-based BSHAPE intervention for immigrant trauma survivors: development and preliminary evaluation. *Contemp Clin Trials*. 2021;110:106591. doi:10.1016/j.cct.2021.106591
19. Boakye E, Kwapong YA, Obisesan O, Ogunwole SM, Hays AG, Nasir K, et al. Nativity-related disparities in preeclampsia and cardiovascular disease risk among US women. *JAMA Netw Open*. 2021;4(12):e2139564. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.39564
20. Jones N, Pincock K, Baird S, Yadete W, Hamory Hicks J, et al. Intersecting inequalities, gender and adolescent health in Ethiopia. *Int J Equity Health*. 2020;19:97. doi:10.1186/s12939-020-01214-3
21. Xu SF, Wu JQ, Yu CN, Li YY, Zhao R, Li YR, Zhou Y. Comprehensive SRH/family-planning intervention among domestic migrants in China: a randomized community study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(6):2093. doi:10.3390/ijerph17062094
22. Tol WA, Leku MR, Lakin DP, Carswell K, Augustinavicius J, Adaku A, et al. Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: cluster randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2020;8(2):e254–e263. doi:10.1016/S2214-109X(19)30504-2
23. Rade DA, Crawford G, Lobo R, Gray C, Brown G. Sexual health help-seeking behavior among migrants from sub-Saharan Africa and South-East Asia living in high-income countries: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1311. doi:10.3390/ijerph15071311
24. Cianelli R, Villegas N, McCabe BE, de Tantillo L, Peragallo N. Self-efficacy for HIV prevention among refugee Hispanic women in South Florida. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(4):905–912. doi:10.1007/s10903-016-0462-7
25. Tsai HJ, Surkan PJ, Yu SM, Caruso D, Hong X, Bartell TR, et al. Stress, African ancestry and preterm birth among US-born versus immigrant Black mothers. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(5):e5899. doi:10.1097/MD.0000000000005899
26. Sami S, Kerber K, Kenyi S, Amsalu R, Tomczyk B, Jackson D, et al. State of newborn care in South Sudan displacement camps: facility-based deliveries. *Reprod Health*. 2017;14(1):161. doi:10.1186/s12978-017-0417-z
27. Caballero TM, Johnson SB, Muñoz Buchanan CR, DeCamp LR. Adverse childhood experiences among Hispanic children in immigrant versus US-native families. *Pediatrics*. 2017;140(5):e20170297. doi:10.1542/peds.2017-0297
28. Patel P, Dahab M, Tanabe M, Murphy A, Ettema L, Guy S, et al. Tracking official development assistance for reproductive health in conflict-affected countries: 2002-2011. *BJOG*. 2016;123(10):1693–1704. doi:10.1111/1471-0528.13851
29. Bouchghoul H, Hornez E, Duval-Arnould X, Philippe HJ, Nizard J. Humanitarian obstetric care for Syrian war refugees: first six months in Zaatari Camp. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(7):755–759. doi:10.1111/aogs.12638
30. Tilley DM, Griggs E, Hoy J, Wright ST, Woolley I, Burke M, O'Connor CC; Australian HIV Observational Database. Treatment and disease outcomes of migrants from low- and middle-income countries in the Australian HIV Observational Database cohort. *AIDS Care*. 2015;27(11):1410–1417. doi:10.1080/09540121.2015.1113227

31. Kim SY, Sappenfield W, Sharma AJ, Wilson HG, Bish CL, Salihi HM, et al. Nativity and gestational diabetes in Florida, 2004-2007. *Obesity (Silver Spring)*. 2013;21(1):E33–E40. doi:10.1002/oby.20025
32. Hynes M, Robertson K, Ward J, Crouse C. Prevalence of gender-based violence among conflict-affected populations in East Timor. *Disasters*. 2004;28(3):294–321. doi:10.1111/j.0361-3666.2004.00260.x
33. Piran P. Effects of social interaction between Afghan refugees and Iranians on reproductive health attitudes. *Disasters*. 2004;28(3):283–293. doi:10.1111/j.0361-3666.2004.00259.x
34. Ahmed A, Edward A, Burnham G. Health indicators for mothers and children in rural Herat Province, Afghanistan. *Prehosp Disaster Med*. 2004;19(3):221–225. doi:10.1017/S1049023X0000181
35. Barbosa LR. Educational intervention and the promotion of humanized practices in perinatal bereavement. *Psicodebate*. 2025;11(1):859-873. doi:10.22289/2446-922X.v11n1a4
36. Barbosa LR. Integration of technology and literature in humanistic education in health: effects of texts on the humanization of care. *Arecê*. 2024;6(3):5614-2. doi:10.56238/arev6n3-08
37. Centers for Disease Control and Prevention. Community Assessment for Public Health Emergency Response (CASPER) toolkit: third edition [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2019 [cited 2025 Feb 23]. Available from: <https://www.cdc.gov/nceh/casper/pdf/casper-toolkit-3rd-edition-508.pdf>



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.