U.PORTO

MESTRADO EM
SAÚDE PÚBLICA

Necessidades de saúde e de apoio social não atendidas durante a gravidez em migrantes e não migrantes em Portugal

EDIANE ALVES DE LIMA FREIRE

M

2026

Ediane Alves de Lima Freire

Necessidades de saúde e de apoio social não atendidas durante a gravidez em migrantes e não migrantes em Portugal

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Saúde Pública submetida à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Orientadora: Doutora Raquel Mara Teixeira

Categoria: Investigadora Júnior

Afiliação: Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

Co-orientadora: Doutora Maria Cristina Martins Teixeira

Categoria: Professora Adjunta /Investigadora

Afiliação: Universidade Politécnica de Bragança, Bragança; Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP)

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar minha mais sincera gratidão a todas as pessoas que, de diferentes formas, contribuíram para a realização desta dissertação.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Prof.ª Raquel Mara Teixeira, pela orientação dedicada, pelo apoio constante e pelos valiosos insights oferecidos ao longo deste percurso. Sua experiência, paciência e incentivo foram fundamentais não apenas para a construção deste trabalho, mas também para o meu amadurecimento acadêmico e pessoal.

É com o mesmo apreço que agradeço à minha coorientadora, Prof.ª Maria Cristina Teixeira. Sua visão crítica, contribuições específicas e o tempo dedicado foram cruciais para a lapidação deste estudo. Sou grata pela parceria intelectual e pelo incentivo adicional que ofereceu em momentos chave da pesquisa.

Um agradecimento especial à Prof.ª Catarina Samorinha, pelo suporte fundamental e pela condução dedicada na reta final, cujas contribuições enriqueceram ainda mais a confecção deste trabalho.

Sou igualmente grata aos membros da banca examinadora, pela honra de sua dedicação em tempo à leitura deste trabalho, pelas contribuições criteriosas e pelas sugestões pertinentes que, certamente, enriqueceram a profundidade desta pesquisa.

À minha família, expresso meu mais profundo agradecimento pelo apoio incondicional em todas as etapas da minha trajetória acadêmica. O amor, a compreensão e o incentivo de vocês foram essenciais para que eu alcançasse este marco.

Aos amigos e colegas de classe, agradeço pela parceria, pelas trocas de conhecimento, pelo apoio mútuo e pela companhia nos momentos de dificuldade e superação. A caminhada se tornou mais leve e enriquecedora graças a vocês.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta jornada, deixo registrado o meu sincero reconhecimento e gratidão.

ÍNDICE

RESUMO 13
ABSTRACT 15
1. INTRODUÇÃO 17
1.1 Iniquidades de saúde e saúde materna 17
1.2. Período Gestacional 18
1.3 Necessidades de saúde e de apoio social durante a gravidez 20
1.4 Dimensões do acesso e as necessidades de saúde não atendidas (NNA_S) 23
1.5 O fenômeno migratório e a feminização dos fluxos 23
1.6 Migração em Portugal: alinhamento ao cenário mundial e do boom demográfico 24
1.6.1 O cenário assistencial em Portugal 25
1.6.2 Barreiras assistenciais na imigração e o gradiente de vulnerabilidade perinatal 26
1.6.3 Assimetrias clínicas no parto e o impacto da ausência de apoio social 27
1.7 Lacunas na evidência e justificativa da investigação 28
2. OBJETIVOS 30
2.1 Objetivo geral 30
2.2 Objetivos específicos 30
3. METODOLOGIA 31
3.1 Desenho, local e período do estudo 31
3.2 Recolha de dados e dimensão da amostra 31
3.3 Operacionalização das variáveis 32
3.4 Análise estatística 33
3.5 Considerações éticas 34
4. RESULTADOS 35
4.1 Caracterização da amostra de acordo com o estatuto migratório 35
4.2 Associação entre estatuto migratório e as variáveis sociodemográficas, os fatores relacionados com a gravidez e os desfechos perinatais 35
4.3 Necessidades não atendidas de acordo com o estatuto migratório 37
4.4 Associação entre necessidades não atendidas e desfechos perinatais adversos 43

5. DISCUSSÃO 46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 56
7. REFERÊNCIAS 58
ANEXOS 79

ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

baMBINO – Saúde Perinatal em Migrantes: Barreiras, Incentivos e Resultados

BPN – Baixo Peso ao Nascer

CATI – *Computer Assisted Telephone Interview* (Entrevista Telefónica Assistida por Computador)

CILE – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CPPP – Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EESMO – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia

IG – Idade Gestacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISF – Índice Sintético de Fecundidade

ISPUP – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

MFMCQ – *Migrant Friendly Maternal Care Questionnaire* (Questionário de Cuidados Maternos Amigos dos Migrantes)

NIF – Número de Identificação Fiscal

NISS – Número de Identificação da Segurança Social

NNA – Necessidades Não Atendidas

NNA_AS – Necessidades Não Atendidas de Apoio Social

NNA_ESBE – Necessidades Não Atendidas em Educação para a Saúde e Bem-Estar

NNA_S – Necessidades não atendidas em saúde

NNU – Número Nacional de Utente

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS (WHO) – Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*)

OR – *Odds Ratio* (Razão de Chances)

ORa – *Odds Ratio* Ajustada (Razão de Chances Ajustada)

p – Nível de significância estatística (*p-value*)

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNL – Países não lusófonos

PPT – Parto pré-termo

QC – Questionário Clínico

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RNU – Registo Nacional de Utentes

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TMM – Taxa de Mortalidade Materna

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

VPN – Vigilância pré-natal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caraterização das participantes por região de origem e estatuto de migrante ……. 35

Tabela 2. Distribuição das participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas ….…….... 36

Tabela 3. Distribuição das participantes de acordo com fatores relacionados com a gravidez e os desfechos perinatais. ……..…… 38

Tabela 4. Reporte de necessidades não atendidas durante a gravidez de acordo com a região de origem e o estatuto migratório .....…….. 39

Tabela 5. Barreiras subjacentes a necessidades não atendidas, segundo região geográfica e estatuto migratório …… 41

Tabela 6. Associação entre estatuto de migrante e o reporte de necessidades não atendidas: análise multivariada (excluídas 70 participantes que reportaram como barreiras razões clínicas e parto pré termo) ……... 42

Tabela 7. Associação entre reporte de necessidades não atendidas e os desfechos perinatais (excluídas 70 participantes que reportaram como barreiras razões clínicas e parto pré termo) ……..... 44

Tabela 8. Associação entre necessidades não atendidas e ocorrência dos desfechos perinatais (excluídas 70 participantes que reportaram como barreiras razões clínicas e parto pré termo). ……..……. 45

RESUMO

Durante a gravidez, as migrantes enfrentam desigualdades no acesso a serviços de saúde e de apoio social que podem comprometer o seu bem estar, a sua saúde e a saúde dos seus filhos. Apesar da existência de um sistema de saúde universal em Portugal, as barreiras estruturais podem conduzir a necessidades não atendidas (NNA) em saúde (NNA_S), em educação para a saúde e bem-estar (NNA_ESBE) e em apoio social (NNA_AS). O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de NNA em grávidas migrantes e nativas em Portugal e o seu impacto em desfechos perinatais adversos. Este estudo de base populacional inclui 3006 mulheres recrutadas no momento do parto (2017–2019), em 32 hospitais públicos de todo o país (projeto baMBINO). As mulheres foram classificadas de acordo com o estatuto migratório como nativas (PT, n=1433) ou migrantes, estas classificadas de acordo com a região de nascimento: países africanos de língua portuguesa (PALOP, n=707), Brasil (BR, n=327) e países não lusófonos (PNL, n=539), estratificando cada grupo em migrantes permanentes (P) e migrantes temporárias (T). Foram utilizados dados clínicos e entrevistas telefônicas assistidas por computador (CATI) até aos seis meses pós-parto. O resultado de interesse é o reporte de NNA, NNA_S, NNA_ESBE e NNA_AS. Modelos de regressão logística multivariados foram usados para avaliar a associação entre estatuto migratório e o reporte de NNA, tendo sido obtidas as estimativas de *odds ratio* ajustado (ORa) e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC95%). Foram também avaliadas diferenças entre participantes com e sem reporte de NNA relativamente à prevalência de baixo peso ao nascimento (BPN), parto pré-termo (PPT) e internamento de neonatos na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN). A prevalência global de NNA foi de 34,8%, tendo sido obtidas prevalências de 11,6%, 24,1% e 8,6% para NNA_S, NNA_ESBE e NNA_AS, respectivamente. Após ajuste para fatores sociodemográficos, o estatuto migratório mantém-se como preditor independente das diferentes formas de NNA. Em comparação com as PT, as migrantes têm mais chance de experienciar NNA, com valores de ORa mais elevados em PNL_T (OR=3.15; IC95%: 2.14 – 4.63) e em BR_T (OR=2.16; IC95%: 1.40 – 3.33) para NNA_S, em PALOP_P (OR=2.67; IC95%: 2.01 - 3.53), em PNL_T (OR=2.45; IC95%: 1.75 - 3.44) e em PALOP_T (OR=2.43; IC95%: 1.83 - 3.23) para NNA_ESBE, em PNL_T (OR=3.43; IC95%: 2.33 – 5.07) e em PALOP_T (OR=3.01; IC95%: 2.13 - 4.26) para NNA_AS. Dos desfechos perinatais adversos apenas o PPT aparece significativamente associado a NNA, com as participantes que reportam NNA_ESBE a apresentarem maior chance de PPT (OR=1.47; IC95%: 1.08 – 2.00).

Estes resultados ressaltam a persistência de iniquidades no acesso a serviços clínicos, de educação para a saúde e de apoio social, entre grupos de acordo com o estatuto migratório. A integração plena de migrantes deve priorizar a literacia no que concerne à disponibilidade de serviços e à elegibilidade para esses serviços, valorizando os contributos da mediação cultural.

Palavras-chave: Saúde Materno-Infantil, Migrantes, Necessidades Não Atendidas, Equidade em Saúde.

ABSTRACT

During pregnancy, migrant women may face inequalities in access to healthcare and social support services, potentially affecting their well-being, their health, and the health of their children. Despite the existence of a universal healthcare system in Portugal, structural barriers may lead to unmet needs (UNs) in healthcare (UNs_HC), health education and well-being (UNs_HEWB), and social support (UNs_SS). This study aimed to assess the prevalence of UNs among migrant and native pregnant women in Portugal and to evaluate their impact on adverse perinatal outcomes. This population-based study included 3,006 women recruited during admission due to delivery (2017–2019) from 32 public hospitals across Portugal (baMBINO project). Women were classified according to migration status as native (PT, n=1,433) or migrant, classified according to region of birth: Portuguese-speaking African countries (PALOP, n=707), Brazil (BR, n=327), and non-Portuguese-speaking countries (NPL, n=539). Each migrant group was further stratified into permanent (P) and temporary (T) migrants. Clinical data and computer-assisted telephone interviews (CATI) conducted up to six months postpartum were used. The outcomes of interest were the reporting of UN, UN_HC, UN_HEWB, and UN_SS. Multivariate logistic regression models were used to assess the association between migration status and the reporting of UNs, with adjusted odds ratios (aOR) and respective 95% confidence intervals (95% CIs) estimated. Differences in the prevalence of low birthweight (LBW), preterm birth (PTB), and neonatal intensive care unit (NICU) admission were also assessed between participants who did and did not report UNs. The overall prevalence of UNs was 34.8%, with values of 11.6%, 24.1%, and 8.6% for UN_HC, UN_HEWB, and UN_SS, respectively. After adjustment for sociodemographic factors, migration status remained an independent predictor of UN. Compared with native women (PT), migrant women had higher odds of reporting UNs, with the highest aORs observed among NPL_T (aOR=3.15; 95% CI: 2.14–4.63) and BR_T (aOR=2.16; 95% CI: 1.40–3.33) migrants for UN_HC; PALOP_P (aOR=2.67; 95% CI: 2.01–3.53), NPL_T (aOR=2.45; 95% CI: 1.75–3.44), and PALOP_T (aOR=2.43; 95% CI: 1.83–3.23) migrants for UN_HEWB; and NPL_T (aOR=3.43; 95% CI: 2.33–5.07) and PALOP_T (aOR=3.01; 95% CI: 2.13–4.26) migrants for UNs_SS. Of the adverse perinatal outcomes assessed, only PTB was significantly associated with UNs, with participants reporting UN_HEWB having higher odds of PTB (aOR=1.47; 95% CI: 1.08–2.00).

These findings highlight persistent inequities in access to healthcare, health education, and social support services according to migration status. Efforts to promote migrant integration

should prioritize health literacy regarding the availability of services and eligibility requirements, while recognizing and strengthening the contribution of cultural mediation.

Keywords: Maternal and Child Health; Migrants; Unmet Needs; Health Equity.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Iniquidades de saúde e saúde materna

As desigualdades em saúde representam um dos desafios mais persistentes das sociedades contemporâneas, refletindo disparidades que transcendem a variabilidade biológica individual (Marmot et al., 2024). Importa distinguir a "desigualdade" da "iniquidade": enquanto a primeira refere-se a variações biológicas inevitáveis, a "iniquidade" define-se por disparidades sistemáticas, socialmente produzidas, evitáveis e, portanto, injustas (Marmot et al., 2020; Rocha, 2022). Sob este paradigma, a saúde é o reflexo biológico da distribuição desigual de recursos, poder e capital social (Marmot et al., 2020, 2024).

Esta perspectiva fundamenta-se nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que abrangem o conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais reguladores do processo saúde-doença. Tais determinantes evidenciam que o adoecimento não ocorre ao acaso, mas é moldado pela posição socioestrutural dos indivíduos (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Solar & Irwin, 2010). Nesta lógica, o gradiente social materializa-se na saúde por meio da incorporação biológica: as desvantagens crônicas no rendimento, na escolaridade e no trabalho, por exemplo, submetem os grupos vulneráveis a uma maior carga de estresse psicossocial e privação material. Esse acúmulo de adversidades converte a exclusão social em carga alostática — o ônus biológico cumulativo decorrente do estresse crônico —, gerando um desgaste fisiológico mensurável que impacta diretamente os sistemas orgânicos e perpetua as iniquidades em saúde (Guidi et al., 2020; McEwen, 2017).

As iniquidades em saúde produzem impactos práticos e quantificáveis na sobrevivência e na economia global. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS; do inglês, World Health Organization — WHO, 2025b) apontam que a diferença na expectativa de vida entre países pode chegar a 33 anos, uma disparidade impulsionada quase na totalidade por determinantes não médicos, como habitação precária, insegurança alimentar e falta de acesso à educação formal. Mesmo no cenário interno de nações de alta renda, esse gradiente permanece acentuado: indivíduos com menores níveis de escolaridade apresentam expectativa de vida até 8 anos menor em comparação com os seus pares de nível universitário (OECD, 2024). Além do custo humano, o Banco Mundial (2024, 2026) aponta que a deterioração da saúde drena a capacidade de desenvolvimento e o capital humano, resultando em uma perda média de 51% da renda futura dos países de renda baixa e média.

Esse cenário de vulnerabilidade impede o acesso oportuno aos cuidados médicos, gerando um efeito cascata que combina gravidade fisiológica e prejuízos financeiros. Populações em situação de vulnerabilidade sofrem desproporcionalmente com diagnósticos tardios, menor adesão a rastreios preventivos e maiores taxas de multimorbidade crônica (OECD, 2024). Essa sobrecarga epidemiológica culmina na diminuição da capacidade laboral devido ao absenteísmo por doença e à invalidez precoce, além de pressionar os sistemas de saúde pública com hospitalizações que seriam perfeitamente evitáveis (Tran et al., 2025).

Para compreender a profundidade dessas disparidades, a literatura contemporânea introduz a interseccionalidade como ferramenta analítica indispensável. Esta abordagem investiga como sistemas de poder — como o racismo, o classismo e o sexismo — se inter-relacionam para moldar as experiências individuais e a produção social da doença, indo além de uma visão unidimensional da desigualdade (Bambra, 2022; Bowleg, 2012; Saleem, 2023). A iniquidade passa a ser compreendida como o resultado da sobreposição de marcadores identitários, como raça, classe, gênero e nacionalidade, que estruturam o acesso a recursos essenciais, influenciam a exposição a riscos e determinam a capacidade de resposta oportuna dos serviços de saúde (Bambra, 2022; Hankivsky & Christoffersen, 2008).

No centro dessa discussão, a saúde materna surge como um dos cenários mais sensíveis a essas assimetrias (Davis & Narayan, 2020; Hwang et al., 2022). É no corpo da mulher que opressões estruturais de classe, raça e gênero se convertem em determinantes biológicos diretos, transformando um processo fisiológico em um desfecho de vulnerabilidade (Bowleg, 2012). Compreender como essa carga alostática e as barreiras sistêmicas moldam a jornada feminina impõe a necessidade de analisar o período em que essa interação se torna mais intensa: a garvidez.

1.2 Período gestacional

A gravidez é um período crítico do curso de vida, marcado por intensas adaptações fisiológicas, hormonais, psicossociais e estruturais (Davis & Narayan, 2020; Hwang et al., 2022). A saúde materno-infantil é tratada como um direito humano fundamental, o que exige dos sistemas de saúde uma abordagem integrada que assegure a equidade e garanta cuidados de saúde primários (CSP) (WHO, 2014, 2025).

Esses processos adaptativos, contudo, dependem fundamentalmente de ambientes socialmente favoráveis (Bustamante, 2023). Quando a gestante está inserida em contextos de iniquidades

socioeconômicas e de gênero, a exposição crônica ao estresse atua como um desestabilizador macroestrutural que compromete a homeostase materna e induz a uma sobrecarga sistêmica (Coussons-Read, 2013; Dunkel Schetter, 2011; Thuler et al., 2018). Esse desgaste fisiológico interage com comportamentos associados a vulnerabilidades socioambientais, manifestando-se em determinantes como a insegurança alimentar, o uso de substâncias como mecanismo de enfrentamento (álcool e tabaco) e a busca tardia pelo pré-natal — esta última frequentemente influenciada por barreiras geográficas, culturais e de navegação no sistema de saúde (Lindenmaier et al., 2020; WHO, 2014).

Ao nível epidemiológico, as barreiras de acesso nos CSP aprofundam as iniquidades em saúde e restringem as janelas de oportunidade terapêutica na gravidez (WHO, 2014, 2025). Mesmo sob regimes de cobertura universal, os custos catastróficos em saúde e a escassez de recursos humanos atuam como determinantes do início tardio do pré-natal e do cumprimento inadequado dos calendários assistenciais. Esse déficit na continuidade do cuidado posterga a identificação oportuna de fatores de risco e morbidades associadas — como a pré-eclâmpsia e a hemorragia pós-parto —, configurando-se como o primeiro atraso na busca e obtenção de assistência oportuna. Consequentemente, a falha crônica na prevenção primária eleva as taxas de morbidade materna grave, episódios de quase morte e mortalidade materna evitável, perpetuando desfechos epidemiológicos desfavoráveis nos grupos socioeconomicamente vulnerabilizados (WHO, 2025).

Do ponto de vista fisiopatológico, o impacto dessas iniquidades macroestruturais materializa-se no organismo através da incorporação biológica (WHO, 2025). No caso da pré-eclâmpsia citada, o estresse socioambiental crônico altera persistentemente os eixos neuroendócrino, imunológico e inflamatório da gestante, atuando como um potente gatilho para a disfunção endotelial ($p<0.001$). Esse mecanismo eleva substancialmente o risco de desenvolvimento de síndromes hipertensivas como a pré-eclâmpsia, mesmo quando o estresse se manifesta em níveis leves (OR = 4.7) (Novelia et al., 2024).

Uma vez estabelecido o diagnóstico de pré-eclâmpsia, a severidade clínica passa a operar como um vetor secundário de vulnerabilização. O agravo orgânico e a hospitalização desestruturam as redes de suporte da gestante, resultando no aumento de morbidades neurobiológicas associadas, tais como sintomas depressivos e sofrimento sistêmico (Gangi et al., 2025). Adicionalmente, esse perfil de gravidade eleva a incidência de partos operativos de emergência, hemorragias e infecções puerperais (Gangi et al., 2025).

As repercussões dessas falhas estruturais e do adoecimento materno estendem-se diretamente à unidade fetoplacentária, comprometendo o desenvolvimento fetal. Esse cenário culmina em desfechos perinatais adversos detectáveis ao nascimento, tais como a restrição do crescimento intrauterino, o baixo peso ao nascer (BPN) e elevadas taxas de admissão em unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN) (Gangi et al., 2025).

Somando-se a esse quadro, sobrecargas materiais cotidianas — como conflitos entre a jornada de trabalho formal e a ausência de divisão do trabalho doméstico — e quadros severos de ansiedade registram razões de chance expressivas para desfechos fetais adversos, com valores de OR = 1.92 e OR = 2.21, respectivamente (Ramiro-Cortijo et al., 2021). Sob a mesma lógica cumulativa, o acúmulo de eventos traumáticos e privações socioambientais ao longo da vida da mulher desestabiliza a manutenção biológica da gestação, elevando o risco de parto prematuro espontâneo (OR = 1.16) (Wamser & Ferro, 2024).

Por fim, a vulnerabilização sofrida no útero reprograma a resistência biológica do conceito, atuando como um determinante precoce por todo o ciclo vital. Esse processo predispõe a criança ao surgimento de condições crônicas de forte impacto epidemiológico na infância, adolescência e vida adulta, a exemplo de patologias imunológicas (como a asma) e distúrbios do neurodesenvolvimento (Hasriantirisna et al., 2024).

1.3 Necessidades de saúde e de apoio social durante a gravidez

A compreensão do conceito de necessidades de saúde constitui a condição basilar para a organização dos CSP e para o planejamento de serviços efetivos (Souza, 2008). Sob essa ótica, as respostas institucionais devem englobar as especificidades epidemiológicas e psicossociais de cada comunidade. Por conseguinte, a prática diária dos profissionais de saúde deve ter como meta central a satisfação dessas carências, as quais se encontram intrinsecamente ligadas à dinâmica do processo saúde-doença (Franco et al., 2025).

Embora os serviços busquem atender a essas demandas, a interpretação do que constitui uma "necessidade" na saúde pública não pode ser balizada apenas por parâmetros de normalidade clínica ou estabilidade biológica. Enquanto a gravidez frequentemente tem seus desfechos monitorados por indicadores estritamente biomédicos, o conceito de necessidade é dinâmico, histórico e culturalmente situado (Franco et al., 2025; Freitas et al., 2022). As carências de uma gestante não se esgotam na ausência de patologias, mas emergem da intersecção entre a sua biologia e o seu contexto social (Freitas et al., 2022). O desenho assistencial no pré-natal

torna-se, portanto, indissociável da justiça social, exigindo um mapeamento das necessidades heterogêneas geradas pelas disparidades estruturais que vulnerabilizam os diferentes grupos populacionais.

Para operacionalizar essa assistência ampliada, Cecílio (2001) estrutura as necessidades de saúde em quatro grandes grupos indissociáveis, que rejeitam o reducionismo biomédico e inserem o indivíduo em seu contexto político, econômico e social (Cecílio, 2001; Franco et al., 2025). Na realidade do acompanhamento pré-natal, essas dimensões traduzem-se em demandas muito específicas. O primeiro grupo, as boas condições de vida, remete diretamente aos determinantes sociais, significando o direito a uma habitação condigna, estabilidade financeira e segurança alimentar. O segundo, caracterizado pelo acesso às tecnologias de saúde ou consumo de cuidados, materializa-se no usufruto oportuno de consultas de pré-natal nos prazos regulamentares, ecografias de referência, exames laboratoriais e parto seguro. O terceiro grupo abarca a criação de vínculo e o acolhimento, estabelecendo a dimensão afetiva, a escuta ativa e a continuidade do cuidado pela equipe. Por fim, o quarto eixo envolve a autonomia e o autocuidado, dimensão fortemente atendida pela literacia em saúde que capacita a mulher a compreender as transformações do próprio corpo, tomar decisões informadas e reconhecer precocemente sinais de alerta, consolidando a saúde como um projeto de emancipação do sujeito.

No contexto do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, esta autonomia é operacionalizada de forma estruturada através dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP). Desenvolvidos predominantemente nos CSP por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020), estes cursos são organizados em sessões teórico-práticas multifocais ao longo do terceiro trimestre de gestação. O seu conteúdo programático abrange desde a cinesioterapia respiratória e técnicas de alívio da dor para o trabalho de parto, até a promoção do aleitamento materno exclusivo e os cuidados imediatos ao recém-nascido (DGS, 2020). Mais do que uma transmissão técnica de informação, a organização dos CPPP em Portugal assume um papel epidemiológico crucial na saúde pública: ao elevar a literacia em saúde, o curso reduz a ansiedade materna, mitiga a incidência de intervenções obstétricas desnecessárias e empodera a díade parental para o autocuidado seguro no puerpério (DGS, 2020).

No que diz respeito ao apoio social, este configura-se como um construto multidimensional e um processo interativo fundamental em períodos de acentuada transição biológica e

vulnerabilidade emocional (Ekström-Bergström et al., 2022; Osório et al., 2018). Essa fase impõe à mulher e à sua rede de convívio a necessidade de reestruturação de rotinas, reajustamentos afetivos e a assunção de novos papéis (Almeida et al., 2022).

Como mecanismo moderador de estressores (Cohen & Wills, 1985), o apoio social atua por meio de fontes formais — operacionalizadas por profissionais de saúde qualificados — e informais, mobilizadas voluntariamente por parceiros, familiares e redes comunitárias (Ekström-Bergström et al., 2022; Silva et al., 2025). Mais do que os recursos transacionados factualmente (suporte recebido), a avaliação cognitiva da grávida sobre a suficiência e a disponibilidade desse amparo (suporte percebido) constitui o cerne da sua saúde psicossocial (Bedaso et al., 2021; Cobb, 1976; Dunkel-Schetter et al., 1996).

A literatura clássica e contemporânea sistematiza as necessidades de suporte social a partir de fontes, naturezas e tipologias distintas. Quanto à origem, o suporte cinde-se em formal — operacionalizado por profissionais de saúde qualificados — e informal, mobilizado voluntariamente por parceiros, familiares, amigos ou redes comunitárias (Ekström-Bergström et al., 2022; Silva et al., 2025). Sob a perspectiva da diferenciação cognitiva, postula-se uma divisão crucial entre o suporte disponível, que se refere aos recursos acessíveis na comunidade, o recebido, caracterizado pelas ações efetivamente consolidadas, e o percebido, que envolve a avaliação cognitiva da grávida sobre a suficiência do amparo (Dunkel-Schetter et al., 1996; Pierce et al., 1996).

Funcionalmente, a partir da tipologia de House (1981), essa assistência subdivide-se em quatro dimensões integradas. A primeira delas é o apoio emocional, focado no fornecimento de empatia, escuta ativa e validação afetiva diante das transformações gestacionais (Carvalho & Brito, 2016). Na esfera prática, o apoio instrumental refere-se à assistência tangível na rotina da mulher, incluindo a divisão de tarefas domésticas, o suporte financeiro ou o cuidado de outros filhos, reduzindo a sobrecarga física e mental materna (Carvalho & Brito, 2016). O terceiro eixo, o apoio informacional, consiste em orientações, conselhos e esclarecimentos sobre os processos de saúde da mãe e do recém-nascido, funcionando como uma ferramenta essencial de literacia para tomadas de decisão seguras e conscientes (Carvalho & Brito, 2016). Por fim, o apoio de avaliação traduz-se na transmissão de feedbacks que reforçam a autoestima, a segurança e a competência individual da gestante perante os desafios do percurso gravídico (Carvalho & Brito, 2016).

1.4 Dimensões do acesso e as necessidades não atendidas em saúde (NNA_S)

O acesso aos cuidados constitui a interface dinâmica entre a estrutura dos serviços e as características dos usuários (Rocha, 2022). Para que sejam efetivas, as dimensões clássicas do acesso devem coexistir de maneira indissociável: os serviços precisam ser identificáveis, aceitáveis social e culturalmente, alcançáveis geográfica e digitalmente, financeiramente suportáveis e apropriados às demandas clínicas (Sanchez & Ciconelli, 2012). Todavia, em contextos de vulnerabilidade e migração, por exemplo, essa articulação é frequentemente interrompida. Entraves como a densidade burocrática e políticas restritivas para indivíduos indocumentados geram barreiras legais que levam à evasão dos serviços por receio de penalização (Castanheira et al., 2024). Simultaneamente, a escassa competência cultural das equipes e lacunas na comunicação linguística reduzem a adesão terapêutica e comprometem o consentimento informado, tornando o período gestacional um período de extrema fragilidade (Small et al., 2014).

Essas falhas estruturais resultam em uma elevada incidência de necessidades não atendidas em saúde (NNA_S), conceito que representa a discrepância crítica entre os cuidados clinicamente requeridos e os efetivamente recebidos (Bradley & Casterline, 2014). As NNA_S atuam como o principal indicador sentinela de iniquidade, revelando como barreiras evitáveis impedem a resposta adequada do setor da saúde às populações em contexto de vulnerabilidade (Rocha, 2022).

No cenário gestacional, o ápice dessas iniquidades materializa-se quando as falhas do sistema coexistem com a escassez ou ruptura das redes de apoio social. Esse duplo desamparo — assistencial e comunitário — gera um efeito cascata no qual privações instrumentais, emocionais e institucionais se retroalimentam, retirando da mulher as ferramentas mínimas de enfrentamento. Consolida-se, desse modo, um ciclo crônico de exclusão que perpetua não apenas o adoecimento psicossocial individual, mas também a invisibilidade programática dessas gestantes perante as políticas públicas.

1.5 O fenômeno migratório e a feminização dos fluxos

Os movimentos migratórios contemporâneos alcançaram a marca histórica de 281 milhões de indivíduos, acentuados por um recorde de 117 milhões de deslocamentos forçados (OIM, 2024). Essa magnitude revela que uma parcela significativa da população global vive sob a

égide da precariedade geográfica, o que exige respostas institucionais que compreendam o deslocamento humano como um determinante crítico de saúde (Basílio Júnior, 2024).

Embora a maioria dos migrantes esteja em plena idade produtiva (20 a 64 anos), as mulheres já representam quase metade desse contingente global. Esse cenário de "feminização da migração" (Smith, 2024) altera qualitativamente o risco associado ao deslocamento. Ao cruzar fronteiras, a mulher migrante não transporta apenas aspirações econômicas ou a fuga da violência; ela carrega uma biologia e uma identidade que, interceptadas com o estatuto de estrangeira, geram camadas sobrepostas de desvantagem.

Essa transformação demográfica reflete-se expressivamente nos dados de natalidade: no continente europeu, cerca de 10% de todos os nascimentos advêm de mulheres migrantes (OIM, 2024). Diante dessa realidade, barreiras linguísticas, insegurança jurídica e precariedade laboral não configuram obstáculos isolados, mas falhas sistêmicas que elevam o risco clínico e a probabilidade de desfechos perinatais adversos em comparação à população nativa (Bollini et al., 2009; Zhu, 2023). Tais iniquidades manifestam-se criticamente através do início tardio do acompanhamento pré-natal e da persistente insensibilidade cultural nos ambientes hospitalares.

1.6 Migração em Portugal: alinhamento ao cenário mundial e do *boom* demográfico

Alinhado à tendência global, Portugal consolidou, nas últimas três décadas, a sua transição de polo tradicionalmente emissor para um destino central no sistema migratório internacional (De Haas et al., 2020). Atualmente, o país ultrapassou a marca histórica de um milhão de residentes estrangeiros — um crescimento de 33,6% em um único ano (AIMA, 2023). Embora a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) mantenha hegemonia, observa-se a heterogeneização do território com fluxos emergentes da Ásia Meridional e do Leste Europeu (Góis, 2022). Esse movimento é impulsionado pela procura estrutural por mão de obra, por políticas de flexibilização jurídica e pelo papel do país como plataforma de acesso ao Espaço Schengen (Nuno, 2024).

Em convergência com o fenômeno de feminização das migrações, as mulheres representam atualmente cerca de metade (50% a 52%) da população estrangeira residente em Portugal. Desse contingente, 80,5% encontram-se em idade ativa e fértil (INE, 2024a; Nuno, 2024). O reflexo dessa estrutura demográfica na sociedade portuguesa é profundo: em 2023, 29,5% dos nascidos vivos no país eram filhos de mães estrangeiras, um aporte decisivo para a

sustentabilidade do Índice Sintético de Fecundidade (ISF) nacional, fixado em 1,44 (INE, 2024b; Oliveira, 2022).

Esta dependência da demografia portuguesa face à fertilidade imigrante redireciona o foco investigativo para os desafios de equidade na saúde perinatal e para os DSS que moldam a transição para a maternidade em solo português.

1.6.1 O cenário assistencial em Portugal

Face à complexidade intrínseca à gestação, a proteção à maternidade configura-se como um direito humano fundamental, alicerçado na garantia do bem-estar em sua multidimensionalidade. Em solo português, este preceito encontra o seu pilar na Constituição da República Portuguesa (1976) e na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019), que consagram a saúde como um direito universal e atribuem ao SNS a missão de assegurar a equidade, mitigando disparidades sociais e garantindo cuidados de proximidade (Portugal, 2019).

Contudo, a universalidade formal do SNS coexiste com desafios estruturais severos que impõem obstáculos ao acesso efetivo. Embora marcos internacionais — como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e as diretrizes da OMS (OMS, 2014) — estabeleçam o direito a cuidados dignos, a experiência assistencial no país é filtrada por um gradiente social e regional. Na prática, a oferta insuficiente ou tardia de cuidados desestrutura a atenção primária enquanto porta de entrada do sistema (SNS, 2026), sobrecarregando o mecanismo de referenciação necessário para o acesso aos cuidados hospitalares diferenciados e exames de diagnóstico. Consequentemente, o prolongamento das listas de espera, a centralização dos serviços e o encerramento rotativo de urgências obstétricas hospitalares acentuam as desigualdades regionais (Simões et al., 2017).

Esse cenário organizacional reflete-se de forma preocupante na evolução da Taxa de Mortalidade Materna (TMM), indicador que, após um histórico de estabilidade em níveis reduzidos, registrou um incremento evidente. Dados oficiais do Instituto Nacional de Estatística (INE) demonstram que a TMM ultrapassou a barreira dos dois dígitos, fixando-se em 13,1 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2022 e mantendo-se no patamar crítico de 13,0 em 2024 (INE, 2026). As barreiras de acesso atuam, portanto, como determinantes diretos de desfechos clínicos adversos, evidenciando que os progressos nos indicadores gerais tendem a mascarar falhas crônicas em subgrupos populacionais específicos (Cabral et al., 2002).

1.6.2 Barreiras assistenciais na imigração e o gradiente de vulnerabilidade perinatal

É sob esse panorama que a experiência da maternidade no contexto migratório passa a ser severamente penalizada. À luz do referencial analítico de Ayres et al. (2022) e Zarth et al. (2024), as gestantes migrantes enfrentam um acúmulo de vulnerabilidades — sobretudo nas dimensões individual e social — que configura um estatuto de risco acrescido na jornada perinatal.

Embora os indicadores gerais de saúde perinatal em Portugal apresentem excelente desempenho — ilustrados por uma taxa de mortalidade infantil global de apenas 2,8 óbitos por mil nascidos vivos (INE, 2026) —, esse cenário oculta desigualdades profundas quando os dados são desagregados. Na prática, distanciando-se da realidade da população nativa, as gestantes migrantes confrontam-se com barreiras linguísticas severas, segregação espacial e receio de visibilidade institucional devido à instabilidade documental (Lorthe et al., 2024; Teixeira et al., 2022). No âmbito obstétrico, essa disparidade traduz-se em um gradiente alarmante: essas mulheres chegam a registrar uma prevalência até duas vezes maior de pré-natal inadequado ou tardio, caracterizado pelo início após a 12ª semana gestacional ou por um número total de consultas inferior ao preconizado (WHO, 2022).

A evidência empírica nacional demonstra que tais entraves se manifestam na morosidade para agendamento de consultas nos cuidados de saúde primários, no déficit de acompanhamento por especialistas e na descontinuidade assistencial, como a impossibilidade de manutenção do mesmo profissional de saúde (Coutinho et al., 2014; Teixeira et al., 2022). Esse cenário isola a grávida estrangeira em um sistema cujos fluxos burocráticos lhe são desconhecidos. Consequentemente, a espera prolongada por cuidados acarreta um risco 50% superior de gerar vivências assistenciais negativas e insatisfação no grupo de migrantes frente às nativas (aOR=1.50; IC95%: 1.04 – 2.18). De igual modo, a dificuldade na compreensão da informação devido a barreiras linguísticas eleva em 72% as probabilidades de uma experiência assistencial inadequada aOR=1.72; IC95%: 1.14–2.60), enquanto o desrespeito pelas decisões e desejos da parturiente incrementa esse risco em 56% (aOR=1.56; IC95%: 1.04 – 2.34) (Teixeira et al., 2022).

Recentemente, essa dimensão da exclusão foi evidenciada em auditada pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2025), que constatou que a ausência de documentação válida — como o Número de Identificação Fiscal (NIF) ou a autorização de residência — resulta

frequentemente na recusa de inscrição ou em um registo meramente provisório no Registo Nacional de Utentes (RNU), bloqueando a emissão do Número Nacional de Utente (NNU). Para a grávida imigrante, esse entrave burocrático culmina em recusas de atendimento e em cobranças financeiras indevidas por cuidados que, ao abrigo da Circular Informativa n.º 12/DGS/DMD da DGS, deveriam ser inteiramente gratuitos, assumindo contornos de exclusão institucionalizada (ERS, 2025).

1.6.3 Assimetrias clínicas no parto e o impacto da ausência de apoio social

As disparidades baseadas no estatuto migratório estendem-se de forma contundente ao ambiente hospitalar, revelando uma divergência na condução médica e técnica do parto. Embora a taxa global de episiotomia em Portugal se fixe em 50,2%, o risco de ser submetida a este procedimento polariza-se de forma desigual consoante a origem da parturiente (Lorthe et al., 2024).

Nos partos vaginais espontâneos, as mulheres migrantes registram uma menor probabilidade de sofrer o procedimento do que as nativas (aOR=0.72; IC95%: 0.60–0.85), índice que se reduz ainda mais no subgrupo de mulheres de origem africana (aOR=0.57; IC95%: 0.46–0.71). Contudo, nos partos instrumentais (com recurso a fórceps ou ventosa), esta lógica inverte-se de forma severa: as grávidas migrantes passam a ter uma probabilidade quase três vezes maior de serem submetidas a uma episiotomia (aOR=2.62; IC95%: 1.32–5.20) (Lorthe et al., 2024). Este paradoxo clínico sugere uma perda substancial de autonomia e uma maior vulnerabilidade técnica da mulher imigrante no bloco de partos, refletindo a soma das barreiras organizacionais e comunicacionais acumuladas ao longo da gestação que limitam o consentimento informado.

Diante desse cenário de fragilidade clínica e institucional, a ativação do apoio social — tanto em sua vertente formal quanto informal — emerge como um recurso protetor indispensável que transcende a esfera médica, atuando na mitigação de barreiras e no fomento da resiliência frente às adversidades do país de acolhimento (Ramos, 2023). Em contrapartida, a ausência crônica deste recurso possui um impacto direto na magnitude das NNA, operando como um determinante crítico de agravos de saúde mental e física (WHO, 2022).

A escassez de suporte emocional gera sentimentos de solidão e insegurança, elevando a vulnerabilidade ao desenvolvimento de perturbações do foro mental, com especial destaque para a depressão pós-parto (Brandão et al., 2024). Embora menos explorada do que o apego

pós-natal, a experiência de sofrimento psíquico ainda no período pré-natal pode comprometer a capacidade da gestante de formar um vínculo afetivo estreito com o feto (McNamara et al., 2019). Esse distanciamento inicial costuma ser alimentado pela escassez de recursos emocionais internos, crenças de inadequação e incompetência parental, além de dificuldades no desenvolvimento da própria identidade materna (Anderson et al., 1994; McNamara et al., 2019). Na esfera prática, esse déficit de apoio cumulativo acarreta uma sobrecarga que compromete o autocuidado elementar e a preparação para o parto, culminando no prejuízo ao estabelecimento de vínculos afetivos seguros com o recém-nascido e na fragilização de suas estratégias de retorno ao mercado de trabalho.

A persistência dessas barreiras assistenciais e a concomitante escassez de redes de amparo perpetuam iniquidades estruturais que afetam diretamente os desfechos neonatais e a saúde psicossocial materna. Esse panorama compromete o cumprimento das metas nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), nomeadamente a garantia de uma maternidade segura e a redução da morbimortalidade materna (ODS 3), bem como a mitigação das desigualdades e a promoção da justiça social dentro do território português (ODS 10) (WHO, 2022).

1.7 Lacunas na evidência e justificativa da investigação

Embora a literatura internacional comprove de forma robusta que as mulheres migrantes enfrentam riscos superiores de complicações evitáveis (Kana et al., 2019; Rayment-Jones et al., 2026) devido a barreiras estruturais (Chiarenza et al., 2019; Fair et al., 2020; Osuide et al., 2024), a produção científica em Portugal ainda apresenta lacunas que limitam a formulação de respostas eficazes. Observa-se, primeiramente, uma escassez de dados detalhados sobre como as NNA se manifestam ao longo do acompanhamento pré-natal em Portugal, negligenciando uma fase crítica em que a ausência de apoio social se manifesta com maior gravidade. Adicionalmente, há pouca evidência sobre os mecanismos de substituição desse suporte, isto é, como essas mulheres compensam a falta de redes familiares tradicionais e de que forma o sistema público falha em preencher esse vazio assistencial. Por fim, uma análise comparativa atualizada torna-se imperativa, dado que o recente aumento de 33,6% na população imigrante (AIMA, 2023) tornou os diagnósticos anteriores obsoletos, deixando o SNS sem indicadores que reflitam a pressão e a complexidade da nova realidade demográfica.

Face a este panorama, a presente investigação orienta-se pela seguinte questão: **"Qual é a prevalência das necessidades de saúde e de apoio social não atendidas durante a gravidez em mulheres migrantes em Portugal e de que modo estas diferem das mulheres nativas e como se associam a desfechos perinatais adversos?"**.

A resposta a esta pergunta é imperativa para sustentar políticas públicas sensíveis ao género e ao estatuto migratório, assegurando que o expressivo contributo demográfico das mulheres migrantes seja acompanhado pela garantia do seu direito fundamental a uma saúde digna e equitativa.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Examinar as necessidades de saúde e de apoio social não atendidas durante a gravidez em mulheres migrantes em Portugal, explorando as desigualdades face às mulheres nativas e as suas implicações nos desfechos perinatais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Estimar e comparar a prevalência das necessidades de saúde e de apoio social não atendidas durante a gravidez em mulheres migrantes e nativas em Portugal, segundo o respectivo estatuto migratório.

2.2.2 Identificar e caracterizar as principais barreiras enfrentadas por mulheres migrantes e nativas no acesso aos serviços de saúde materna e aos mecanismos de apoio social durante a gravidez.

2.2.3 Analisar a associação entre as necessidades de saúde e de apoio social não atendidas no período pré-natal e a ocorrência de desfechos perinatais adversos, designadamente o parto pré-termo (PPT), o BPN e o internamento em UCIN.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho, local e período do estudo

Realizou-se um estudo observacional, transversal e de base hospitalar, integrado no projeto baMBINO (Migrantes e Saúde Perinatal: Barreiras, Incentivos e Desfechos). O processo de recrutamento das participantes decorreu entre abril de 2017 e março de 2019, em 32 das 39 maternidades públicas do SNS onde foram recrutadas puérperas, com idade igual ou superior a 18 anos, internadas por parto (feto único ou gemelar) e do qual resultou pelo menos um nascido-vivo. Consideraram-se elegíveis todas as mulheres classificadas como migrantes por terem nascido fora de Portugal. Por cada mulher migrante recrutada era convidada a participar a mulher nativa (nascida em Portugal) com parto imediatamente subsequente ao parto da migrante recrutada.

3.2 Recolha de dados e dimensão da amostra

A recolha de dados estruturou-se em dois momentos sequenciais. O primeiro ocorreu no pós-parto imediato, presencialmente, durante o internamento na maternidade. Nesta etapa, aplicou-se um Questionário Clínico (QC) parametrizado para extração de dados diretamente dos prontuários médicos, abrangendo histórico obstétrico, vigilância pré-natal (VPN), intercorrências gestacionais e dados do parto, além da obtenção dos consentimentos informados por escrito e contatos para seguimento. No segundo momento (fase pós-parto), realizaram-se entrevistas telefônicas assistidas por computador (*Computer-Assisted Telephone Interviewing* — CATI), conduzidas por uma equipe multilíngue na língua de preferência da participante. Esta etapa ocorreu maioritariamente até ao sexto mês pós-parto e incluiu a aplicação do *Migrant Friendly Maternal Care Questionnaire* (MFMCQ; ANEXO A). Ressalta-se que a aplicação do MFMCQ visou identificar, de forma retrospectiva, as barreiras de acesso e as necessidades vivenciadas especificamente ao longo da gravidez.

Durante o período de recrutamento foram convidadas 5687 elegíveis, mas 256 (4.5%) recusaram participar. Das 5431 elegíveis que aceitaram participar no momento do recrutamento, 1035 (19.1%) não foram contactadas (por não haver informação de contato telefônico, ou os contatos telefônicos não estarem ativos), 1058 (19.5%) não responderam às várias tentativas de contato, 159 (2.9%) recusaram iniciar a entrevista a telefônica, 173 (3.2%) iniciaram a entrevista telefônica, mas não terminaram, havendo 3006 (55.3%) participantes

que completaram, pelo menos, a aplicação do MFMCQ e que foram consideradas nesta análise.

3.3 Operacionalização das variáveis

A variável exposição de interesse consistiu no estatuto migratório e que classifica as participantes de acordo com o seu país de origem e o seu estatuto de residência em Portugal. Um dos grupos inclui as nativas e luso-descendentes (PT), sendo as luso-descendentes as participantes que nasceram fora de Portugal, mas com residência permanente em Portugal antes dos 18 anos de idade. As outras participantes foram classificadas como migrantes e categorizadas de acordo com a região de origem em migrantes de países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), do Brasil (BR) e de países não lusófonos (PNL). Cada um destes grupos foi dicotomizado de acordo com o estatuto de residência em migrantes com residência permanente (P) e migrantes com residência temporária (T). A classificação de residente permanente agrega participantes detentoras de cidadania ou de autorização de residência permanente, ao passo que, residente temporária refere-se a participantes com autorização de residência temporária, estatuto de visitante, estudante, refugiada, requerente de asilo, indocumentada ou sem enquadramento legal definido. No presente estudo, consideraram-se sete categorias mutuamente exclusivas, resultantes do cruzamento entre a região de origem e o estatuto de residência administrativa: PT, PALOP-P, BR-P, PNL-P, PALOP-T, BR-T, e PNL-T.

O principal resultado de interesse avaliado foi definido pela intenção autorreferida no MFMCQ, mas não concretizada, de aceder ao longo da gestação a pelo menos um de vários serviços de saúde, apoio social e educação para a saúde. Esta variável definida como necessidade não atendida (NNA) é uma variável binária (Sim *versus* Não) de resposta à questão do MFMCQ: "*Durante esta gravidez, dos serviços que enunciamos anteriormente, há algum que gostaria de ter usado, mas não o fez*?". Considerando a tipologia das NNA, a variável inicial foi subdividida em três domínios: (1) Necessidades não atendidas em saúde (NNA_S) que inclui as consultas, exames, ecografias, rastreios e outros serviços clínicos; (2) necessidades não atendidas em educação para a saúde e bem-estar (NNA_ESBE) que inclui as aulas de preparação para o parto e parentalidade cuidados de bem-estar como ginástica, pilates, yoga ou similares; (3) Necessidades não atendidas de apoio social (NNA_AS) que inclui recursos práticos como alimentos, vestuário, alojamento social e auxílio financeiro direto.

Outros resultados de interesse também considerados nesta análise foram os desfechos perinatais adversos, três variáveis clínicas de interesse neonatal extraídas dos prontuários médicos: o PPT definido como parto ocorrido antes da 37ª semana de gestação, BPN definido como peso inferior a 2500 gramas e o internamento do recém-nascido em UCIN.

As covariáveis de controle (potenciais confundidores) integradas nos modelos multivariados foram organizadas em dois grupos: (1) Variáveis sociodemográficas que inclui a idade materna (menor de 25 anos, 25–34 anos e maior ou igual a 35 anos), o estado marital (com *versus* sem companheiro), a paridade (primípara ou multípara), a escolaridade (básico, secundário e superior) o rendimento familiar mensal (menor de 500€, 500–1000€ e maior ou igual a 1000€) e o número de elementos do agregado familiar dependentes desse rendimento mensal (<4 ou >=4); (2) Variáveis relacionadas com a gravidez e que inclui a idade gestacional (IG) à data da 1ª consulta (<13 e >=13 semanas IG) e número de consultas (<6 e >=6 semanas IG) da VPN, bem como a presença de complicações clínicas na gravidez (Não *versus* Sim).

3.4 Análise estatística

Foi feita a distribuição de participantes com base em frequências absoluta e relativa, para a caracterização descritiva da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e relacionadas com a gravidez, bem como com variáveis representativas dos resultados de interesse. Os grupos de acordo com o estatuto migratório e região de origem foram comparados utilizando o teste exato de Fisher.

A análise multivariada foi estruturada através de modelos de regressão logística binária para estimar as *Odds Ratios* ajustados (ORa) e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). Primeiramente, avaliou-se a associação entre estatuto migratório (exposição de interesse) e o reporte de resultados de interesse em análise (NNA, NNA_S, NNA_ESBE e NNA_AS), com ajuste para as variáveis sociodemográficas.

Como o maior contingente de NNA estão relacionadas com as aulas de preparação para o parto e de parentalidade (que geralmente têm início após a 28ª semana de IG), pode ocorrer PPT de as participantes acederem a estes serviços. Adicionalmente, existem motivos clínicos como gravidez de risco e algumas patologias que impossibilitam a utilização de determinados serviços. Por conseguinte, destas análises foram excluídas 70 participantes que reportaram

NNA por motivos clínicos (gravidez de risco ou patologias) ou por ocorrência de PPT, o que inviabilizou o acesso aos serviços durante a gravidez.

De seguida, com o intuito de avaliar a associação entre reporte de NNA e a ocorrência de desfechos perinatais adversos: PPT, neonatos com BPN e/ou internados na UCIN, conduziram-se a análises de regressão logística, tendo em conta potenciais confundidores. Pelos mesmos motivos anteriormente descritos, foram excluídas destas análises as 70 participantes que reportaram NNA por motivos clínicos ou PPT. Também é um fato que o BPN e o internamento na UCIN são consequências diretas de PPT. Por conseguinte, a análise multivariada para avaliar associações entre NNA e BPN ou entre NNA e internamento na UCIN incluiu como potencial confundidor a ocorrência de PPT. Modelos de regressão logística foram ajustados tendo como variável independente o reporte de NNA, NNA_S, NNA_ESBE e NNA_AS e como variável dependente cada um dos desfechos perinatais adversos. Os potenciais confundidores foram introduzidos um a um, permanecendo no modelo final se houver um aumento ou redução em, pelo menos 10%, da estimativa do OR que avalia a associação entre exposição e resultado de interesse.

A análise estatística foi conduzida com recurso ao software Jamovi versão 2.6.4. Fixou-se o nível de significância *(p-value)* em 0,05.

3.5 Considerações éticas

O estudo, integrado no projeto *baMBINO*, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) sob a referência PTDC/DTP-SAP/6384/2014, cumpriu os princípios da Declaração de Helsínquia. A investigação obteve aprovação da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD, Autorização n.º 13585/2016; ANEXO D), da Comissão de Ética do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP, Parecer CE14013; ANEXO B) e das comissões de ética das 32 maternidades parceiras. A participação foi voluntária, mediante a assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (CILE) no hospital, sendo posteriormente reconfirmada via CATI. Em estrita conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD, ANEXO C), os dados foram codificados e pseudonimizados para assegurar o anonimato e o sigilo.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra de acordo com o estatuto migratório

A amostra inclui 3.006 participantes, das quais 47.7% (n= 1435) foram classificadas como migrantes e, destas, mais da metade têm estatuto de migrante temporária (n=756; 52.7%). A distribuição das participantes de acordo com o estatuto migratório apresenta-se na Tabela 1.

Tabela 1. Caraterização das participantes por região de origem e estatuto de migrante.

Região Geográfica e Estatuto Migratório	n (%)	
	Nativas n=1571	**Migrantes n=1435**
Migrantes Estatuto de Residente Permanente		**679 (47.3)**
PALOP		341 (23.7)
Brasil		129 (9.0)
PNL		209 (14.6)
Migrantes Estatuto de Migrante Temporária		**756 (52.7)**
PALOP		361 (25.2)
Brasil		191 (13.3)
PNL		204 (14.2)

4.2 Associação entre estatuto migratório e as variáveis sociodemográficas, os fatores relacionados com a gravidez e os desfechos perinatais

A Tabela 2 apresenta as diferenças entre grupos de acordo com o estatuto de migrante e o país de origem relativamente às variáveis sociodemográficas, observando-se diferenças estatisticamente significativas para todas as variáveis analisadas. No grupo de BR_P há maior proporção de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos ($p<0.001$), multíparas ($p=0.002$) e com número de dependentes econômicos igual ou superior a 4 ($p<0.001$). O grupo PALOP_P reporta com mais frequência menor nível de escolaridade, enquanto o grupo PALOP_T reporta com mais frequência viver sem companheiro ($p<0.001$) e menor rendimento mensal ($p<0.001$).

Tabela 2. Distribuição das participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas.

Variáveis e categorias		Nativas (PT e D) n=1571	Estatuto de Residente Permanente			Estatuto de Migrante Temporária			Valor-p
			PALOP (n = 341)	Brasileira (n = 129)	PNL (n = 209)	PALOP (n = 361)	Brasileira (n = 191)	PNL (n = 204)	
Idade Materna	< 25	196 (12.5)	59 (17.3)	8 (6.2)	30 (14.4)	90 (24.9)	33 (17.3)	31 (15.2)	<0.001
	25 - 34	870 (55.5)	192 (56.3)	54 (41.9)	111 (53.1)	201 (55.7)	105 (55.0)	136 (66.7)	
	≥ 35	505 (32.0)	90 (26.4)	67 (51.9)	68 (32.5)	70 (19.4)	53 (27.7)	37 (18.1)	
Estado Marital	Com companheiro	1429 (91.0)	249 (73.0)	117 (90.7)	199 (95.2)	240 (66.5)	171 (89.5)	196 (96.1)	<0.001
	Sem companheiro	142 (9.0)	92 (27.0)	12 (9.3)	10 (4.8)	121 (33.5)	20 (10.5)	8 (3.9)	
Paridade	Primípara	814 (51.8)	140 (41.1)	50 (38.8)	96 (45.9)	172 (47.6)	92 (48.2)	107 (52.5)	0.002
	Multípara	757 (48.2)	201 (58.9)	79 (61.2)	113 (54.1)	189 (52.4)	99 (51.8)	97 (47.5)	
Escolaridade	Básico	389 (24.8)	138 (40.5)	32 (24.8)	36 (17.2)	132 (36.5)	44 (23.0)	45 (22.1)	<0.001
	Secundário	532 (33.9)	146 (42.8)	70 (54.3)	63 (30.2)	128 (35.5)	95 (49.8)	45 (22.1)	
	Superior	650 (41.4)	57 (16.7)	27 (20.9)	110 (52.6)	101 (28.0)	52 (27.2)	114 (55.8)	
Rendimento Mensal (€)	< 500	92 (5.9)	76 (22.3)	9 (7.0)	16 (7.7)	112 (31.0)	11 (5.8)	21 (10.3)	<0.001
	500 - 1000	560 (35.6)	193 (56.6)	64 (49.6)	77 (36.8)	171 (47.4)	104 (54.5)	106 (52.0)	
	> 1000	857(54.6)	53 (15.5)	53 (41.1)	102 (48.8)	42 (11.6)	60 (31.4)	61 (29.9)	
	Omissos	*62 (3.9)*	*19 (5.6)*	*3 (2.3)*	*14 (6.7)*	*36 (10.0)*	*16 (8.3)*	*16 (7.8)*	
Dependentes Econômicos	< 4 pessoas	750 (47.7)	147 (43.1)	49 (38.0)	90 (43.1)	176 (48.7)	95 (49.7)	101 (49.5)	<0.001
	>= 4 pessoas	750 (47.7)	186 (54.5)	76 (58.9)	113 (54.1)	153 (42.4)	90 (47.1)	94 (46.1)	
	Omissos/NA	*71 (4.6)*	*9 (2.4)*	*4 (3.1)*	*6 (2.8)*	*32 (8.9)*	*6 (3.2)*	*9 (4.4)*	

A Tabela 3 apresenta as diferenças entre grupos relativamente aos fatores relacionados com a gravidez e desfechos perinatais. As complicações durante a gravidez são mais frequentes no grupo PT (p=0.008) e são as PALOP_T que reportam com maior frequência o início tardio da VPN (p<0.001), e um número de consultas durante a gravidez inferior a 6 (p<0.001).

4.3 NNA de acordo com o estatuto migratório

Conforme sistematizado na Tabela 4, o reporte de NNA durante a gestação revelou variações estatisticamente significativas entre os grupos de acordo com o estatuto migratório, tanto no indicador global quanto nas três dimensões específicas. No total, 34.8% (n=1047) da amostra reportou alguma carência não suprida durante a gravidez. Esta percepção foi inferior nas PT (25.5%; n=401), mas escalou entre migrante temporárias, atingindo 49.0% (n=177) nas PALOP_T, 48.0% (n=98) em PNL_T e 45.0% (n=86) em BR_T. Mesmo nos grupos de migrantes com residência permanente, as grávidas PALOP mantiveram elevado reporte de NNA (47.5%; n=162).

Tabela 3. Distribuição das participantes de acordo com fatores relacionados com a gravidez e os desfechos perinatais.

Variáveis e categorias		Nativas (PT e D) n=1571	Estatuto de Residente Permanente			Estatuto de Migrante Temporária			Valor-p
			PALOP (n = 341)	Brasileira (n = 129)	PNL (n = 209)	PALOP (n = 361)	Brasileira (n = 191)	PNL (n = 204)	
Complicações da gravidez	Sim	664 (42.3)	133 (39.1)	51 (39.5)	86 (41.1)	119 (33.0)	75 (39.3)	64 (31.4)	0.008
	Não	907 (57.7)	207 (60.9)	78 (60.5)	123 (58.9)	242 (67.0)	116 (60.7)	140 (68.6)	
	Omisso	*0*	*1*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	
1ª consulta	>=13ª semana	152 (9.7)	89 (26.3)	18 (14.0)	34 (16.4)	158 (44.0)	49 (25.7)	58 (28.4)	<0.001
	<13ª semana	1414 (90.3)	250 (73.7)	111 (86.0)	173 (83.6)	201 (56.0)	142 (74.3)	146 (71.6)	
	Omisso	*5*	*2*	*0*	*2*	*2*	*0*	*0*	
Número de consultas	<6	268 (17.1)	120 (35.5)	38 (30.2)	61 (29.5)	165 (47.1)	65 (34.9)	80 (39.4)	<0.001
	>=6	1296 (82.9)	218 (64.5)	88 (69.8)	146 (70.5)	185 (52.9)	121 (65.1)	123 (60.6)	
	Omisso	*7*	*3*	*2*	*2*	*11*	*5*	*1*	
Baixo peso ao nascimento	Sim	122 (7.8)	31 (9.1)	8 (6.2)	14 (6.7)	16 (4.4)	12 (6.3)	12 (5.9)	0.249
	Não	1449 (92.2)	310 (90.9)	121 (93.8)	195 (93.3)	345 (95.6)	179 (93.7)	192 (94.1)	
Pré-termo	Sim	115 (7.3)	32 (9.4)	11 (8.5)	17 (8.1)	22 (6.1)	17 (8.9)	15 (7.4)	0.731
	Não	1456 (2.7)	309 (90.6)	118 (91.5)	192 (91.9)	339 (93.9)	174 (91.1)	189 (92.6)	
Internamento na UCIN	Sim	74 (5.9)	19 (7.9)	5 (5.1)	10 (7.5)	9 (3.4)	11 (7.6)	10 (6.3)	0.368
	Não	1173 (94.1)	223 (92.1)	94 (94.1)	123 (92.5)	256 (96.6)	134 (92.4)	148 (93.7)	
	Omisso	*324*	*99*	*30*	*76*	*96*	*46*	*46*	

Tabela 4. Reporte de necessidades não atendidas durante a gravidez de acordo com a região de origem e o estatuto migratório.

Grupo	**n**	**Reporte de necessidades não atendidas**							
		Total		**Clínicas** (NNA_S)		**Saúde e Bem-Estar (NNA_ESBE)**		**Sociais** (NNA_AS)	
		n (%)	**valor-p**	**n (%)**	**valor-p**	**n (%)**	**valor-p**	**n (%)**	**valor-p**
PT e D	1571	401 (25.5)		136 (8.7)		271 (17.3)		121 (7.7)	
PALOP_P	341	162 (47.5)		39 (10.4)		119 (34.9)		57 (16.7)	
Brasil_P	129	44 (34.1)		13 (11.2)		32 (24.2)		14 (10.9)	
PNL_P	209	79 (37.8)	<0.001	32 (15.3)	<0.001	53 (25.4)	<0.001	30 (14.4)	<0.001
PALOP_T	361	177 (49.0)		47 (13.0)		124 (34.3)		77 (21.3)	
Brasil_T	191	86 (45.0)		32 (16.8)		60 (31.4)		31 (16.2)	
PNL_T	204	98 (48.0)		50 (24.5)		66 (32.4)		48 (23.5)	
Total	**3006**	**1047 (34.8)**		**349 (11.6)**		**725 (24.1)**		**378 (8.6)**	

As NNA_ESBE foram as mais prevalentes, afetando 24.1% (n=725) do total de participantes. No entanto, esta percentagem é significativamente mais elevada entre as migrantes ($p<0.001$), atingindo 34.9% (n=119) das PALOP-P e cerca de um terço das migrantes temporárias com valores de 34.3% (n=124) nas PALOP_T, 31.4%; (n=60) nas BR_T e 32.4% (n=66) nas PNL_T. Diferenças significativas entre grupos de migrantes foram também observadas para os outros dois domínios ($p<0.001$), com as participantes PNL_T a reportarem maior percentagem de NNA_S (24.5%; n=50) e de NNA_AS (23.5%; n=48).

Relativamente aos obstáculos de acesso enfrentados durante a gravidez, os dados da Tabela 5 revelam diferentes perfis de barreiras. A dimensão relacionada com o conhecimento os serviços e barreiras linguísticas revela diferenças significativas entre grupos de estatuto migratório ($p<0.001$), com maior expressividade nas PNL_T (51.0%; n=50), PNL_P (46.8%; n=37) e PALOP_T (46.3%; n=82), valores que são muito superiores ao observado nas PT (26.2%; n=105). O desconhecimento da disponibilidade dos serviços, da elegibilidade para esses serviços ou do local onde esses serviços são prestados foi o motivo mais apontado em todos os grupos. A barreira linguística teve expressividade no grupo das grávidas PNL_T (16.3%; n=16) enquanto a dificuldade de entender o funcionamento dos serviços foi apontada por 5% a 6% das participantes dos três grupos de migrantes temporárias.

A associação entre estatuto migratório e reporte de NNA na gravidez permanece estatisticamente significativa após ajuste para as variáveis sociodemográficas — nomeadamente idade materna, paridade, estado marital, escolaridade, rendimento mensal e dependentes econômicos —, tal como revelam os resultados da análise multivariada apresentados na Tabela 6 (excluídas as 70 participantes que reportaram razões clínicas e parto pré-termo como barreiras). Em comparação com as participantes PT, todos os grupos de migrantes apresentam odds significativamente mais elevado de NNA, destacando-se as grávidas PNL_T (OR=2.75; IC95%: 2.02 - 3.75), PALOP_P (OR=2.63; IC95%: 2.03 - 3.40) e PALOP_T (OR=2.63; IC95%: 2.03 - 3.41). As diferenças são também pronunciadas para NNA específicas, observando-se o triplo de odds de NNA_AS em PNL_T (OR=3.43 IC95%: 2.33 - 5.07) e PALOP_T (OR=3.01; IC95%: 2.13 - 4.26) e de NNA_S em PNL_T (OR=3.15; IC95%: 2.14 - 4.63). Odds significativamente mais elevados para NNA_ESBA foram observados em PALOP_P (OR=2.67; IC95%: 2.01 - 3.53), PALOP_T (OR=2.43; IC95%: 1.83 - 3.23) e PNL_T (OR=2.45; IC95%: 1.75 - 3.44).

Tabela 5. Barreiras subjacentes a necessidades não atendidas, segundo região geográfica e estatuto migratório.

	n (%)							Valor-p
	PT n=401	**PALOP_P n=162**	**BR_P n=44**	**PNL_P n=79**	**PALOP_T n=177**	**BR_T n=86**	**PNL_T n=98**	
Organização e qualidade dos serviços	**116 (28.9)**	**31 (19.1)**	**16 (36.4)**	**23 (29.1)**	**42 (23.7)**	**12 (14.0)**	**19 (19.4)**	**0.006**
Indisponível/lotado/não elegível/não referenciada	88 (21.9)	22 (13.6)	12 (27.2)	14 (17.7)	31 (17.5)	8 (9.3)	14 (14.3)	0.027
Férias/greves/desmarcação/atrasos na marcação	31 (7.7)	31 (5.6)	9 (11.4)	5 (11.4)	9 (6.2)	11 (4.7)	4 (3.1)	0.252
Cuidados recebidos foram diferentes do esperado	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.0)	0.215
Conhecimento e barreira linguística	**105 (26.2)**	**71 (43.8)**	**15 (34.1)**	**37 (46.8)**	**82 (46.3)**	**37 (43.0)**	**50 (51.0)**	**<0.001**
Desconhece disponibilidade/elegibilidade/local	105 (26.2)	71 (43.8)	15 (34.1)	37 (46.8)	82 (46,3)	37 (43.0)	50 (51.0)	<0.001
Dificuldade de entender o funcionamento dos serviços	1 (0.2)	2 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (4.5)	5 (5.8)	5 (5.1)	<0.001
Barreira linguística	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.5)	2 (1.1)	0 (0.0)	16 (16.3)	<0.001
Questões logísticas e administrativas	**120 (29.9)**	**46 (28.4)**	**14 (31.8)**	**27 (34.2)**	**48 (27.1)**	**35 (40.7)**	**24 (24.5)**	**0.266**
Distância/transporte	11 (2.7)	4 (2.5)	2 (4.5)	5 (6.3)	5 (2.8)	6 (7.0)	5 (5.1)	0.260
Questões administrativas	1 (0.2)	2 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (4.5)	5 (5.8)	5 (5.1)	<0.001
Financeiras	20 (5.0)	6 (3.7)	2 (4.5)	3 (3.8)	3 (1.7)	4 (4.7)	1 (1.0)	0.358
Emprego/incompatibilidade de horários/tempo	81 (20.2)	35 (21.6)	11 (25.0)	19 (24.1)	31 (17.5)	18 (20.9)	10 (10.2)	0,177
Necessidade de ficar em casa e/ou com crianças	15 (3.7)	5 (3.1)	1 (2.3)	4 (5.1)	5 (2.8)	3 (3.5)	3 (3.1)	0.981
Razões Pessoais e Clínicas	**66 (16.5)**	**22 (13.6)**	**1 (2.3)**	**6 (7.6)**	**25 (14.1)**	**12 (14.0)**	**12 (12.2)**	**0,092**
Medo de exames/sentiu-se envergonhada	1 (0.2)	3 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.2)	2 (2.0)	0.102
Razões clínicas/início tardio da vigilância/PPT	32 (8.0)	9 (5.6)	1 (2.3)	5 (6.3)	15 (8.5)	6 (7.0)	2 (2.0)	0.316
Aconselhamento de familiares	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)	1 (1.3)	1 (1.2)	1 (1.0)	0.103
Esquecimento	32 (8.0)	8 (4.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.7)	0 (0.0)	3 (3.1)	<0.001

Tabela 6. Associação entre estatuto de migrante e o reporte de necessidades não atendidas: análise multivariada (excluídas 70 participantes que reportaram como barreiras razões clínicas e parto pré termo).

Variáveis	OR (IC95%)	NNA	NNA_S	NNA_ESBE	NNA_AS
Região de origem e estatuto de migrante	PT e D	1	1	1	1
	PALOP_P	2.63 (2.03 – 3.40)	1.38 (0.91 – 2.07)	2.67 (2.01 - 3.53)	2.16 (1.49 - 3.11)
	Brasil_P	1.68 (1.13 – 2.48)	1.29 (0.70 – 2.37)	1.75 (1.14 - 2.71)	1.52 (0.84 - 2.75)
	PNL_P	1.83 (1.34 – 2.50)	1.79 (1.16 – 2.76)	1.75 (1.23 - 2.49)	1.86 (1.19 - 2.90)
	PALOP_T	2.63 (2.03 – 3.41	1.47 (0.99 – 2.19)	2.43 (1.83 - 3.23)	3.01 (2.13 - 4.26)
	Brasil_T	2.37 (1.72 – 3.25)	2.16 (1.40 – 3.33)	2.17 (1.53 - 3.07)	2.28 (1.47 - 3.54)
	PNL_T	2.75 (2.02 – 3.75)	3.15 (2.14 – 4.63)	2.45 (1.75 - 3.44)	3.43 (2.33 - 5.07)
Idade Materna	<25	1	1	1	1
	25-34	1.11 (0.87 – 1.42)	1.13 (0.78 – 1.63)	0.95 (0.73 – 1.24)	1.35 (0.95 – 1.93)
	>=35	0.95 (0.75 – 1.26)	0.89 (0.57 – 1.37)	0.90 (0.66 – 1.23)	1.13 (0.74 – 1.71)
Paridade	Primípara	1	1	1	1
	Multípara	0.82 (0.65 – 1.03)	0.89 (0.63 – 1.27)	0.75 (0.58 – 0.98)	1.05 (0.76 – 1.46)
Estado Marital	Com companheiro	1	1	1	1
	Sem companheiro	1.12 (0.93 – 1.36)	0.95 (0.71 – 1.27)	1.09 (0.88 – 1.35)	1.12 (0.86 – 1.47)
Escolaridade	Básico	1	1	1	1
	Secundário	1.10 (0.89 – 1.35)	1.28 (0.93 -1.76)	1.24 (0.99 – 1.57)	0.96 (0.71 – 1.29)
	Superior	1.13 (0.90 – 1.41)	1.51 (1.08 – 2.12)	1.18 (0.91 – 1.52)	1.19 (0.87 – 1.63)
Rendimento Mensal (euros)	<500	1	1	1	1
	500-1000	1.06 (0.81 – 1.38)	1.07 (0.71 – 1.61)	1.14 (0.85 – 1.54)	0.94 (0.66 – 1.34)
	>1000	0.88 (0.66 – 1.19)	0.94 (0.60 – 1.47)	0.95 (0.68 – 1.33)	0.79 (0.53 – 1.18)
Dependentes econômicos	<4	1	1	1	1
	>=4	0.99 (0.79 – 1.24)	1.04 (0.74 – 1.46)	0.97 (0.76 – 1.25)	0.93 (0.68 – 1.28)

4.4 Associação entre NNA na gravidez e desfechos perinatais adversos

A Tabela 7 apresenta a associação bivariada entre o reporte de NNA no período gestacional e os desfechos perinatais adversos (com exclusão das 70 participantes com barreiras por razões clínicas e parto pré-termo). As participantes que reportaram qualquer tipo de NNA apresentaram maior frequência de PPT (8.8% *vs.* 6.3%; p=0.014) e de internamento na UCIN (7.4 % *vs.* 5.1%; p=0.031). Relativamente a NNA específicas, apenas as NNA_ESBE apareceram associadas a ambos os desfechos desfavoráveis, com as participantes que reportaram esta forma de NNA a apresentarem maior frequência de PPT (9.3% *vs.* 6.5%; p=0.014) e de internamento na UCIN (7.7% *vs.* 5.3%; p=0.039). Após ajuste para potenciais confundidores na análise multivariada (Tabela 8), a associação com o reporte de NNA manteve-se estatisticamente significativa apenas para a ocorrência de PPT. Em comparação com as participantes que não reportaram, as que reportaram o conjunto global de NNA apresentam uma chance 43% superior de PPT (OR=1.43; IC95%: 1.07 – 1.90) e as que reportaram especificamente NNA_ESB apresentaram odds 47% mais elevada de PPT (OR=1.47; IC95%: 1.08 – 2.00).

Tabela 7. Associação entre reporte de necessidades não atendidas e os desfechos perinatais (excluídas 70 participantes que reportaram como barreiras razões clínicas e parto pré termo).

NNA		n	Baixo peso ao nascimento (BPN)		Parto Pré-termo (PPT)		Internamento UCIN*	
			n (%)	valor-p	n (%)	valor-p	n (%)	valor-p
Todas	**Sim**	977	70 (7.2)	0.556	86 (8.8)	0.014	55 (7.4)	0.031
	Não	1959	129 (6.6)		124 (6.3)		76 (5.1)	
NNA_S	**Sim**	331	17 (5.1)	0.207	24 (7.3)	0.941	16 (6.4)	0.706
	Não	2605	182 (7.0)		186 (7.1)		115 (5.8)	
NNA_ ESBE	**Sim**	666	48 (7.2)	0.616	62 (9.3)	0.014	40 (7.7)	0.039
	Não	2270	151 (6.7)		148 (6.5)		91 (5.3)	
NNA_AS	**Sim**	367	24 (6.5)	0.846	33 (9.0)	0.144	22 (8.1)	0.097
	Não	2569	175 (6.8)		177 (6.9)		109 (5.5)	

* 696 omissos; 230 entre as mulheres que reportaram necessidades não atendidas

Tabela 8. Associação entre necessidades não atendidas e ocorrência dos desfechos perinatais (excluídas 70 participantes que reportaram como barreiras razões clínicas e parto pré termo).

Variáveis		OR ajustado (IC95%)		
		BPN*	**PPT****	**Internamento UCIN***
NNA	Não	1	1	1
	Sim	0.86 (0.60 – 1.24)	1.43 (1.07 – 1.90)	1.28 (0.87 -1.90)
NNA_S	Não	1	1	1
	Sim	0.63 (0.35 – 1.42)	1.02 (0.65 – 1.58)	1.05 (0.59 – 1.90)
NNA_ESBE	Não	1	1	1
	Sim	0.83 (0.56 – 1.24)	1.47 (1.08 – 2.00)	1.28 (0.84 – 1.25)
NNA_AS	Não	1	1	1
	Sim	0.75 (0.44 – 1.26)	1.33 (0.91 – 1.99)	1.37 (0.81 – 2.32)

* modelos ajustados para PPT

** nenhuma das variáveis consideradas potenciais confundidores alterou a estimativa de OR em pelo menos 10%.

5. DISCUSSÃO

Em termos globais, os achados deste estudo evidenciam que as grávidas migrantes têm maior probabilidade de reportar NNA nos âmbitos da saúde, educação para a saúde e apoio social quando comparadas com a população nativa. Contudo, estes resultados revelam também uma assinalável heterogeneidade entre os diferentes grupos de migrantes, demonstrando que a experiência de barreiras no acesso aos serviços não afeta a população estrangeira de forma idêntica: há grupos mais vulneráveis e essa vulnerabilidade também diverge de acordo com a tipologia das NNA. Paralelamente, estudos conduzidos em outras regiões geográficas revelam também NNA no âmbito clínico (Alemu et al., 2024; Fjaer et al., 2017; Baltzan et al., 2025), de suporte social (Baltzan et al., 2025) e de educação para a saúde (Baltzan et al., 2025), reportadas por população migrante, particularmente as que estão há menos tempo no país de acolhimento (Baltzan et al., 2025).

As iniquidades no nível de saúde e na utilização dos serviços de saúde entre populações migrantes e nativas têm sido largamente reportadas na literatura europeia mostrando, em geral, maior vulnerabilidade entre as primeiras (Graetz et al., 2016; Lebano et al., 2020; Malmusi, 2015; Rodríguez-Álvarez et al., 2019; Sarría-Santamera et al., 2016). Tais disparidades também se evidenciam no período gestacional revelando que nos grupos de migrantes há maior risco de resultados adversos, nomeadamente mortalidade e morbilidade materna severa (Eslier et al., 2023), PPT, BPN, hemorragia obstétrica e morte fetal ou neonatal (Rayment-Jones et al., 2026). Além disso, a vulnerabilidade dos grupos migrantes não é homogênea, variando de acordo com o país de origem (Eslier et al., 2023), a etnicidade (Rayment-Jones et al., 2026) e até o país de acolhimento (Rayment-Jones et al., 2026). Em Portugal, estudos previamente publicados com base em dados do projeto baMBINO (Hamwi et al., 2022; Lorthe et al., 2024) e de uma outra coorte de nascimentos recrutada em 2005 (Kana et al., 2019) evidenciam maior frequência de gravidez não planejada (Kana et al., 2019), de vigilância inadequada durante a gravidez (Hamwi et al., 2022; Kana et al., 2019), de episiotomia na sequência de parto vaginal instrumentado (Lorthe et al., 2024), de parto por cesariana (Kana et al., 2019) e de anemia gestacional (Kana et al., 2019) em migrantes em comparação com nativas.

O presente estudo evidencia disparidades na frequência de NNA, entre grupos de acordo com o estatuto migratório, evidenciando maior vulnerabilidade em todos os grupos de migrantes,

mas de forma mais acentuada em migrantes temporárias e migrantes PALOP. Estudos previamente publicados reportam que diferenças entre populações migrantes e nativas no acesso e utilização dos serviços de saúde se explicam pela interseção entre o estatuto de migrante e outros fatores predominantes em migrantes, particularmente a vulnerabilidade socioeconômica (Bains et al., 2021; Burton et al., 2026) e as políticas de integração em países de acolhimento que podem dificultar o acesso aos serviços de saúde (Malmusi, 2015).

Em Portugal, de acordo com os resultados deste estudo, os fatores socioeconômicos (rendimento e número de dependentes do rendimento mensal) não estão associados a NNA, tal como se verificou na análise multivariada. Assim, em oposição ao reportado em outros contextos onde as dificuldades financeiras e os custos dos cuidados de saúde são fator de risco para NNA_S (Fjær et al., 2017; Alemu et al., 2024), no presente estudo o capital financeiro não é fator protetor. Estes achados revelam que as iniquidades relativamente ao reporte de NNA na gravidez, observadas entre grupos de acordo com o estatuto migratório, não são explicadas pelas assimetrias econômicas mas sim por barreiras de natureza eminentemente estrutural e institucional associadas à própria experiência da migração. A complexidade dos circuitos administrativos e burocráticos do país de acolhimento e desconhecimento dos serviços disponíveis e das especificidades para aceder a esses serviços impõem-se de forma preponderante a toda a população estrangeira, independentemente do seu estatuto socioeconómico. Um dado relevante é o papel do nível educacional que surge associado apenas a NNA_S mas de tal forma, que as mulheres mais escolarizadas são as que reportam com mais frequência esta forma de NNA. Este resultado está em linha com o reportado em outros contextos e sumariado numa revisão sistemática da literatura recentemente publicada (Alemu et al., 2021) e pode ser explicado por uma maior consciencialização das mulheres mais escolarizadas para necessidade de determinados cuidados de saúde durante a gravidez, embora as necessidades reconhecidas possam não ser concretizadas devido a várias barreiras e constrangimentos (Alemu et al., 2024).

Desde 2001, a legislação portuguesa permite o acesso universal aos serviços de saúde, independentemente do estatuto migratório (República Portuguesa, 2001), pelo que esperaríamos que houvesse equidade assistencial entre população nativa e migrante. No entanto, o presente estudo revela iniquidades no reporte das demandas não atendidas em saúde e em educação para a saúde, observando-se maior prevalência em todos os grupos de migrantes, de forma mais acentuada em mulheres com estatuto de migrante temporária. O estatuto migratório manteve-se como preditor independente de NNA_S e NNA_ESBE,

mesmo após considerar potenciais confundidores como a idade, o rendimento mensal e o nível educacional. Estes resultados confirmam a precariedade jurídica de certos grupos de migrantes como determinante de exclusão (Chiarenza et al., 2019; OMS, 2018).

De acordo com os resultados deste estudo, a vulnerabilidade no acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal decorre de uma teia de entraves em que o desconhecimento sobre a disponibilidade dos serviços, a elegibilidade para os mesmos ou o local onde são disponibilizados os cuidados obstaculizam a obtenção de suporte. Estes resultados são consistentes com estudos conduzidos em outros países, onde a falta de informação sobre o sistema de saúde no país de acolhimento constitui uma barreira reportada por grávidas migrantes (Fagundo-Rivera et al., 2025; Bains et al., 2021; Baltzan et al., 2025; Nagesh et al., 2024; Fair et al., 2020; Lebano et al., 2020). Esta é agravada pela escassez de mediação intercultural nos grupos com menos domínio do idioma próprio do país de acolhimento (Asif & Kienzler, 2022; Fair et al., 2020; Guðmundsdóttir et al., 2025; Lebano et al., 2020).

A literatura internacional demonstra que as barreiras linguísticas e a escassez de intérpretes manifestam-se na incapacidade de dominar a terminologia médica e comprometem a partilha de informações e a adesão aos cuidados de saúde gestacionais (Fagundo-Rivera et al., 2025; Fair et al., 2020; Hamwi et al., 2023; Pérez-Sánchez et al., 2024; Schmidt et al., 2018). Em alguns contextos a barreira linguística é a principal barreira de acesso aos cuidados pré-natais (Fair et al., 2020). Mesmo em nações com sistemas universais, como na Escandinávia, Islândia e Suíça, as barreiras comunicacionais operam como determinantes críticos de piores resultados maternos (Origlia Ikhilor et al., 2019; Herrero-Arias & Diaz, 2021; Guðmundsdóttir et al., 2025). Esse panorama agrava-se substancialmente em territórios sem cobertura universal e com restrições baseadas no estatuto legal — como os Estados Unidos —, onde a exclusão jurídica e os obstáculos linguísticos atrasam o início do pré-natal e elevam o risco de parto prematuro e BPN (Chiarenza et al., 2019; Osuide et al., 2024; Moreno-Santillan et al., 2025). No presente estudo, as dificuldades linguísticas foram reportadas por um número relativamente reduzido de participantes, quase exclusivamente participantes PNL-T, o que ilustra claramente como as barreiras de comunicação não impactam o universo das migrantes por igual, concentrando-se nos subgrupos com menor afinidade linguística e menor vínculo cultural. De facto, a afinidade de Portugal com outros países lusófonos (PALOP e Brasil), antigas colónias de Portugal — que constituem a maior proporção da população migrante no país —, não se baseia apenas na partilha da língua mas também na partilha de alguns aspectos culturais que perduram e que diluem as dificuldades de

comunicação. Assim, destaca-se a menor relevância dessa barreira na amostra em Portugal frente a cenários globais de exclusão e vulnerabilidade assistencial vivido por migrantes em países de acolhimento ao qual não partilham a língua e apresentam divergências quanto à universalidade do sistema de saúde.

No presente estudo, as dificuldades financeiras diretas foram reportadas por uma percentagem pouco expressiva das participantes (menos de 4%), fato que reflete a matriz de universalidade e a tendência de gratuitidade do SNS em Portugal. Em contrapartida, a incompatibilidade de horários e os constrangimentos associados à esfera laboral emergiram como barreiras preponderantes no acesso aos cuidados pré-natais. Importa enfatizar que estes obstáculos no domínio do emprego se manifestaram de forma transversal em toda a amostra, afetando tanto as mulheres nativas como as migrantes, o que corrobora a hipótese de se tratar de um constrangimento estrutural e sistêmico inerente à inserção no mercado de trabalho, e não de uma idiossincrasia decorrente da condição migratória.

Não obstante, cumpre assinalar que subgrupos específicos, designadamente as mulheres migrantes oriundas dos PALOP e dos PNL, reportaram barreiras de cariz laboral com menor frequência do que as nativas. Esta menor prevalência reportada no grupo das migrantes não traduz, necessariamente, uma menor vulnerabilidade no contexto de trabalho, mas aponta antes para um fenômeno de sobreposição em que as questões laborais são veladas por uma barreira prioritária de natureza informacional e cognitiva. Efetivamente, a principal problemática detectada no contingente migratório residiu na desconexão relativamente aos circuitos do sistema de saúde, manifestada pela iliteracia sobre onde, como e em que condições legais e operacionais poderiam aceder às prestações de saúde.

Em oposto, para as mulheres nativas — que já possuem a literacia institucional e a navegação consolidada no SNS —, os constrangimentos operaram predominantemente na dimensão dos custos indiretos e do impacto socioeconômico da jornada laboral. Neste grupo, especula-se que os obstáculos se possam traduzir em dimensões práticas de gestão temporal e de receio de penalização financeira. Por conseguinte, é plausível admitir que a percepção destas barreiras esteja associada a eventuais perdas de remuneração decorrentes da ausência no posto de trabalho, à complexidade na conciliação dos horários de consulta com os compromissos familiares (como a recolha dos filhos nos estabelecimentos de ensino) ou ao receio de eventuais constrangimentos no meio laboral.

Este achado evidencia que, se por um lado a gratuitidade do SNS mitiga a barreira financeira direta para a generalidade das utentes, por outro, a inflexibilidade do mercado de trabalho e o receio da perda de rendimento ou de sanções salariais (Chiarenza et al., 2019; Fair et al., 2020; Gil-González et al., 2015) atuam como condicionantes assimétricas na conciliação entre a esfera profissional e o acompanhamento perinatal. Em suma, infere-se que, enquanto na população nativa a barreira preponderante se circunscreve à equação de custo de oportunidade e flexibilidade temporal do emprego, no grupo migratório estes constrangimentos laborais permanecem latentes ou camuflados, subjugados pela urgência primária da ultrapassagem dos obstáculos burocráticos e da iliteracia sobre os direitos e vias de acesso ao sistema.

Por sua vez, as questões administrativas relacionadas com documentação foram reportadas como barreiras de acesso aos serviços de saúde no pré-natal quase exclusivamente por migrantes temporárias. Este achado corrobora a literatura ao demonstrar que a volatilidade do estatuto de residência condiciona diretamente a navegação no sistema assistencial (Origlia et al., 2017), uma vez que grupos sob regimes temporários enfrentam maiores dificuldades para fornecer pré-requisitos documentais válidos em tempo real (Fair et al., 2020). No entanto, cumpre salientar que em Portugal — ao contrário do que é amplamente reportado na literatura internacional — esta barreira não se revelou muito expressiva, tendo sido reportada por menos de 6% do total de mulheres estudadas.

Internacionalmente, os entraves burocráticos associados à comprovação de residência, o desconhecimento do arcabouço legal por parte das equipes administrativas ou o receio de incerteza legal tendem a desincentivar a busca por cuidados pré-natais (Chiarenza et al., 2019; Fair et al., 2020; Pérez-Sánchez et al., 2024), gerando por vezes um "limbo burocrático" incompatível com a celeridade de uma gestação (Asif & Kienzler, 2022; Hacker et al., 2015). Contudo, no contexto nacional, os dados indicam que estes constrangimentos não afetam a população de forma generalizada, concentrando-se seletivamente no subgrupo de migrantes com vínculos de fixação temporários (Origlia Ikhilor et al., 2019). Em última análise, conclui-se que, embora pontuais no SNS, os encargos burocráticos e as inflexibilidades do mercado de trabalho podem operar de forma interconectada, limitando a autonomia e agência destas mulheres na gestão da sua saúde reprodutiva (Fair et al., 2020; Herrero-Arias & Diaz, 2021; Pithara et al., 2012).

No presente estudo, entre as barreiras mais reportadas para NNA, sobressaem as questões de indisponibilidade e lotação dos serviços. Estas barreiras afetam particularmente BR-P e as

mulheres nativas, o que reforça uma vez mais a diferenciação de percursos e experiências entre os subgrupos de migrantes consoante a sua origem e grau de integração no país. Uma possível explicação para este achado reside na hipótese de que essas participantes, dada a sua maior familiaridade com os direitos de cidadania e utilização do sistema, possam procurar os cuidados do SNS com maior frequência e assertividade; contudo, ao acederem à rede, embatem diretamente com constrangimentos estruturais, como a escassez de médicos da família, a elevada ocupação das consultas e longos tempo de espera. Por outro lado, as migrantes temporárias parecem ser retidas no momento inicial por obstáculos informacionais, linguísticos e burocráticos — conforme analisado anteriormente — sem experienciar de fato as barreiras associadas à organização dos serviços

Na organização dos serviços, a sobrecarga e as falhas de referenciação fragilizam o cuidado assistencial, somando-se à desinformação dos profissionais de saúde sobre os direitos das populações migrantes (Chiarenza et al., 2019; Fair et al., 2020). Para alinhar a prática aos quadros de direitos humanos e de equidade (Assembleia Geral da ONU, 1979; OMS, 2016), a prioridade deve incidir na redução da iliteracia em saúde mediante o reforço da mediação cultural, do recurso a serviços de tradução e do desenvolvimento de materiais informativos comunitários (Chiarenza et al., 2019; Herrero-Arias & Diaz, 2021).Torna-se, igualmente, premente a simplificação das vias de acesso aos serviços de saúde e de apoio social, com a eliminação de exigências burocráticas redundantes — tais como a apresentação prévia de NIF ou atestado de residência — para a atribuição imediata do NNU provisório. Neste âmbito, avanços legislativos recentes (Despacho n.º 3118/2026; Portugal, 2026) preveem a atribuição automática e imediata do Número de Identificação da Segurança Social (NISS) à população migrante em situação regular, o que constitui um mecanismo facilitador na navegação e integração destas mulheres no SNS. Não obstante, estas medidas administrativas devem ser acompanhadas do incremento da literacia jurídica dos próprios profissionais de saúde, através de formações contínuas e da disponibilização de guias práticos sobre a legislação de saúde materna e os regimes de isenção vigentes para migrantes. Adicionalmente, a literatura aconselha que as equipes de CSP, em articulação com associações e redes locais de apoio, promovam a captação e identificação precoce das gestantes, garantindo uma assistência perinatal contínua, equitativa e culturalmente responsiva (Balaam et al., 2013; Chiarenza et al., 2019; De Wit et al., 2017; Fair et al., 2020; Guðmundsdóttir et al., 2025).

As NNA reportadas com mais frequência pelas participantes deste estudo estão relacionadas com educação para a saúde e bem-estar, onde se incluem as aulas de preparação para o parto e

cursos de parentalidade. A prevalência elevada do reporte destas NNA evidencia uma lacuna na oferta destes serviços durante a gestação, impactando a transição para a maternidade, especialmente entre primíparas migrantes que enfrentam a dupla vulnerabilidade da inexperiência clínica e do desafio de navegação num sistema de saúde desconhecido (Guðmundsdóttir et al., 2022; König & Pehlke-Milde, 2010). A escassez de orientações acessíveis neste domínio potencia o medo, o isolamento e a ansiedade perinatal (Bartlett & Boyle, 2022; Fair et al., 2020; Guðmundsdóttir et al., 2022).

Sob a perspetiva da saúde pública, o reporte expressivo desta carência reflete o défice de oferta destes serviços no acompanhamento pré-natal (Fair et al., 2020; Origlia Ikhilor et al., 2019; WHO, 2013). Ao privar as gestantes de dinâmicas presenciais em grupo e de abordagens biculturais, limita-se o reforço do capital social de ligação, da aprendizagem colaborativa e da capacidade de negociação com as equipes obstétricas para a garantia de um parto respeitoso (De Wit et al., 2017; Hawkey et al., 2022; Herrero-Arias & Diaz, 2021).

Por fim, a persistência destas NNA durante a gestação estende a vulnerabilidade para o período do pós-parto, comprometendo o acompanhamento holístico e a continuidade dos cuidados ao binômio mãe-filho durante toda a experiência gestacional (Fair et al., 2020; Konstantinou et al., 2025). Embora a oferta específica de recursos de mediação linguística não tenha sido uma variável medida de forma direta neste estudo, a literatura salienta que a ausência de estratégias comunicacionais adaptadas e de suporte à inclusão dos parceiros perpetua barreiras que impactam negativamente a transição para a parentalidade (Bartlett & Boyle, 2022; Gottfreðsdóttir, 2025; Hawkey et al., 2022). Neste contexto, os dados reforçam que a garantia de cobertura clínica universal no SNS revela-se incompleta se não for acompanhada por respostas comunitárias de apoio social que neutralizem as NNA ao longo de todo o ciclo pré-natal, desde o pré-natal ao pós-parto (Bartlett & Boyle, 2022; Hawkey et al., 2022; Konstantinou et al., 2025).

Por outro lado, as NNA_S de âmbito clínico foram as menos reportadas, evidenciando a eficácia e a robustez do SNS em Portugal na garantia de uma cobertura universal e acessível no acompanhamento à maternidade. O modelo assistencial português, estruturado na gratuitidade institucional dos cuidados de saúde reprodutiva, obstétrica e neonatal para todas as grávidas — independentemente do seu estatuto migratório —, atua como uma barreira protetora contra desigualdades clínicas severas (Portugal, 2019). O cumprimento sistemático das diretrizes nacionais de vigilância da gravidez assegura consultas periódicas, exames de

diagnóstico e assistência ao parto de elevada qualidade técnica. Essa resposta institucional estruturada minimiza a percepção de falhas clínicas pelas utentes, demonstrando que, enquanto o sistema de saúde responde com eficácia à dimensão biológica e procedimental da gestação, as lacunas remanescentes concentram-se predominantemente nas dimensões de literacia institucional, linguísticas e de conciliação laboral. No entanto, são os grupos de migrantes quem reporta com mais frequência NNA_S. Apesar da prevalência global ser baixa, as desigualdades existem e devem ser implementadas medidas para diluir essas desigualdades.

A análise do impacto das NNA nos desfechos perinatais revela um padrão analítico de elevado interesse para a avaliação do sistema de saúde. Embora o reporte global destas necessidades mantenha uma associação significativa com o PPT, não se observaram associações significativas com outros desfechos perinatais. Além disso, as NNA_S e as NN_AS não se associam a nenhum dos desfechos perinatais. Estes resultados sugerem que o modelo de cuidados em Portugal consegue, em larga medida, amortecer os efeitos mais severos destas carências. Este achado reflete que, apesar das barreiras organizacionais e informacionais no acompanhamento pré-natal — como as limitações no número de consultas e no acesso à promoção da saúde (Hamwi et al., 2023), a universalidade e a capacidade de resposta do SNS funcionam como uma rede de segurança protetora. Assim, o SNS português demonstra capacidade para absorver e ultrapassar parte das consequências das NNA, prevenindo um agravamento sistemático dos resultados clínicos no nascimento.

Este "efeito amortecedor" do SNS português ganha especial relevância quando confrontado com a literatura internacional. Em contextos marcados por leis de imigração restritivas, repressão documental ou procedimentos administrativos complexos para o acesso aos cuidados, a literatura reporta de forma consistente um impacto direto e gravoso na saúde neonatal, caracterizado por aumentos expressivos nas taxas de BPN, prematuridade e mortalidade perinatal (Amuedo-Dorantes et al., 2020; Schoenborn et al., 2021; Torche & Sirois, 2019; Vanneste et al., 2020; Vega-Gutiérrez et al., 2020). De igual modo, vastas evidências e meta-análises em países de elevada renda e zonas de acolhimento documentam que mulheres migrantes ou com histórico de refúgio enfrentam maior vulnerabilidade a desfechos adversos severos, como morte fetal, restrição de crescimento fetal e admissão neonatal em cuidados intensivos (Behboudi-Gandevani et al., 2022; Heslehurst et al., 2018; Jardine et al., 2021; Sheikh et al., 2022).

Por outro lado, o padrão observado em Portugal alinha-se a estudos populacionais realizados em países com forte proteção social e cobertura universal de saúde — como a Alemanha, a Finlândia e a Austrália —, nos quais o estatuto migratório ou de refugiado não se traduziu em disparidades clínicas inevitáveis para desfechos como BPN, prematuridade ou complicações perinatais graves (Adegoke et al., 2021; Schlothauer et al., 2024; Väisänen et al., 2022; Yeshitila et al., 2024). Contudo, ressalta-se que essa capacidade de resiliência hospitalar do SNS não anula as iniquidades de acesso reportadas na atenção primária. A forte associação observada entre o número insuficiente de consultas de pré-natal (menos de 6) ou a presença de complicações com todos os desfechos adversos reforça que a captação precoce, o acompanhamento linguístico responsivo (Hamwi et al., 2023) e a continuidade dos cuidados primários permanecem pilares insubstituíveis para garantir a equidade estrutural e a plena segurança maternal e fetal. Conclui-se, assim, que a eficácia do sistema no plano clínico não anula a necessidade de intervenções focadas na atenção primária. O combate efetivo às NNA requer ações que considerem a heterogeneidade da população estrangeira, assegurando que a universalidade do SNS se traduza em equidade assistencial efetiva para todas as mulheres ao longo da gravidez.

Não obstante os contributos deste estudo, cumpre reconhecer algumas limitações metodológicas. Em primeiro lugar, o atrito verificado entre o recrutamento hospitalar inicial e a concretização da entrevista telefônica (com uma taxa de conclusão do MFMCQ de 55,3%) introduz a possibilidade de viés de seleção, uma vez que mulheres migrantes em situação de maior instabilidade residencial, laboral ou jurídica podem ter sido mais difíceis de contactar. Em segundo lugar, o reporte retrospectivo de barreiras e NNA experienciadas na gravidez e recolhidas até ao sexto mês pós-parto pode estar sujeito a viés de memória, o qual poderá ter sido assimetricamente influenciado em participantes que vivenciaram desfechos perinatais desfavoráveis, nomeadamente PPT. Em terceiro lugar, embora os modelos multivariados tenham sido ajustados para os principais confundidores sociodemográficos e obstétricos, não se pode descartar o impacto de confundimento residual associado a variáveis não avaliadas, tais como a literacia em saúde, o tempo exato de residência em Portugal ou a discriminação percebida nos serviços. Por último, a associação observada entre o reporte de NNA e o PPT deve ser interpretada com cautela, funcionando o reporte de NNA predominantemente como um indicador holístico de vulnerabilidade e de menor suporte social e assistencial global ao longo da gestação, e não necessariamente como um mecanismo biológico causal direto. Além disso, o momento em que normalmente têm início as aulas de preparação para o parto (28ª à

30ª semana de gestação) pode inviabilizar a participação de participantes com PPT ou com gravidez de risco fazendo com que o PPT seja a causa e não a consequência de NNA. No entanto, para diluir este viés de causalidade reversa, foram excluídas as 70 participantes que reportaram NNA devido a PPT, início tardio da VPN e/ou gravidez de risco. Adicionalmente, cumpre assinalar que os dados refletem o contexto sociocultural e legislativo do período em que foram recolhidos; dada a rápida transformação da estrutura demográfica da população migrante em Portugal e as recentes alterações nas políticas públicas de integração e saúde, o retrato aqui apresentado pode não corresponder na íntegra à realidade epidemiológica atual.

Por outro lado, o presente estudo apresenta fortalezas metodológicas e epidemiológicas assinaláveis que reforçam a validade dos seus achados. A este propósito, a própria delimitação temporal do estudo constitui um valor acrescido: este trabalho oferece uma informação de *baseline* única e indispensável no país, estabelecendo um ponto de referência histórico fundamental para que futuros estudos possam avaliar o impacto das reformas políticas e legislativas recentemente introduzidas. Destaca-se, desde logo, a amplitude e representatividade da amostra, recrutada em 32 maternidades públicas do SNS por todo o país, o que confere uma elevada validade externa e uma fotografia fiel da realidade nacional. Adicionalmente, a operacionalização do estatuto migratório em sete categorias distintas permitiu superar a homogeneização analítica frequente na literatura internacional, captando com precisão a heterogeneidade das experiências segundo o estatuto de residência (temporário ou permanente) e a origem linguístico-cultural. Adota-se, assim, uma abordagem fortemente ancorada no enquadramento dos Direitos Humanos e da equidade em saúde, lançando luz sobre subgrupos populacionais habitualmente invisibilizados ou escassamente retratados em estudos epidemiológicos. Do ponto de vista do rigor analítico, ressalta a decisão metodológica de excluir as 70 participantes com condicionalismos clínicos ou PPT da análise de NNA, prevenindo eficazmente o viés de aferição e a inversão causal quanto ao acesso às aulas de preparação para o parto. Por fim, a recolha de dados primários por uma equipe multilíngue (garantindo a inclusão de mulheres com barreiras no domínio do português) aliada à extração de dados clínicos objetivos dos prontuários médicos minimizou falhas de informação e assegurou a precisão na mensuração dos desfechos perinatais adversos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstra que a garantia da equidade no acompanhamento perinatal a populações migrantes exige estratégias integradas que ultrapassem a mera vigência de normas jurídicas de acesso universal. O principal contributo desta investigação reside na caracterização de perfis de vulnerabilidade que desafiam a efetividade do SNS. Revela-se que condicionantes administrativas, a iliteracia sobre direitos em saúde e a rigidez do mercado de trabalho atuam como determinantes ativos de exclusão, sobrepondo-se, em termos de impacto, aos obstáculos linguísticos tradicionais. A associação demonstrada entre o reporte global de NNA e o risco acrescido de parto pré-termo atribui relevância clínica a este cenário, confirmando que a vulnerabilidade vivida ao longo da gestação e a precariedade do estatuto de permanência podem ter repercussões nos desfechos perinatais.

Os dados apontam para uma assimetria funcional na resposta pública: se por um lado o SNS demonstra capacidade para absorver a dimensão biológica do parto — funcionando como uma rede de proteção contra desfechos clínicos severos —, por outro, falha em assegurar a continuidade preventiva nos cuidados primários e na promoção da saúde durante o período gestacional. Sobressai a constatação de que o nível socioeconômico não explica tais disparidades nem serve de escudo protetor contra a complexidade burocrática das instituições de acolhimento. Do mesmo modo, os constrangimentos na conciliação entre a vida laboral e a vigilância da gravidez expõem uma vulnerabilidade transversal, em que os horários de trabalho e o receio de perdas remuneratórias condicionam a adesão atempada às consultas, afetando tanto utentes estrangeiras como nativas.

Diante destes achados, a consolidação de um modelo de saúde perinatal inclusivo requer intervenções estruturadas na atenção primária. Torna-se indispensável desburocratizar o registo inicial nos serviços de saúde mediante a atribuição célere e simplificada do NNU, acompanhada da capacitação contínua do pessoal administrativo relativamente ao enquadramento legal vigente e às isenções aplicáveis a grávidas migrantes. Do ponto de vista organizacional, impõe-se a flexibilização das sessões de preparação para o parto e parentalidade, recorrendo a canais digitais, materiais bilíngues e mediadores culturais que aproximem as equipes de saúde da comunidade. Por fim, a dinamização de rastreios ativos e o fortalecimento de redes de cooperação local afiguram-se cruciais para captar as gestantes nas primeiras semanas de gestação, garantindo o acompanhamento pré-natal recomendado. Em suma, só a transição de um modelo assistencial passivo para uma postura institucional

proativa e humanizada permitirá converter a igualdade legal numa proteção efetiva e tangível para a saúde materna e fetal ao longo de toda a gravidez.

7. REFERÊNCIAS

Adegoke, T. M., Pinder, L. F., Ndiwane, N., Parker, S. E., Vragovic, O., & Yarrington, C. D. (2021). Inequities in adverse maternal and perinatal outcomes: The effect of maternal race and nativity. *Maternal and Child Health Journal*, 26(4), 823–833. https://doi.org/10.1007/s10995-021-03225-0

Agência para a Integração, Migrações e Asilo. (2023). *Relatório de migrações e asilo de 2023*. AIMA.

Alemu, F. W., Yuan, J., Kadish, S., Son, S., Khan, S. S., Nulla, S. M., Nicholson, K., Wilk, P., Thornton, J. S., & Ali, S. (2024). Social determinants of unmet need for primary care: A systematic review. *Systematic Reviews*, 13(1), Article 252. https://doi.org/10.1186/s13643-024-02647-5

Almeida, D., Marôco, J., & Pasasco, A. (2022). O apoio social e a vivência gestacional: uma revisão integrativa. *Análise Psicológica*, *40*(1), 55–66. http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862022000100066

Amuedo-Dorantes, C., Churchill, B. F., & Song, Y. (2020). *Immigration enforcement and infant health* (IZA Discussion Paper No. 13264). Institute of Labor Economics (IZA). https://www.iza.org/publications/dp/13264/immigration-enforcement-and-infant-health

Anderson, V. N., Fleming, A. S., & Steiner, M. (1994). Mood and the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *12*(2), 69–77. https://doi.org/10.1080/02646839408408871

Asif, Z., & Kienzler, H. (2022). Structural barriers to refugee, asylum seeker and undocumented migrant healthcare access: Perceptions of Doctors of the World caseworkers in

the UK. *SSM - Mental Health*, 2, Article 100088. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100088

Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. (1979). *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)*. ONU.

Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., França Junior, I., Gravato, N., Lacerda, R., Negri, F. A. D., Santos, N., & Segurado, A. C. (2022). Vulnerabilidade, cuidado e integralidade: Reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saúde em Debate*, *46*(spe7), 196–206. https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714

Bains, S., Skråning, S., Sundby, J., Vangen, S., Sørbye, I. K., & Lindskog, B. V. (2021). Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women - a mixed-method study in Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), Article 686. https://doi.org/10.1186/s12884-021-04131-7

Balaam, M. C., Aganef, A., Allen, K., Benedetto, C., Biermann, K., Bolte, A., ... Zimmer, C. (2013). A review of migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in Europe in the 12 years prior to the 2011 EU enlargement. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(3), 115–122. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.08.003

Baltzan, I., Merry, L., Fraser, W., Semenic, S., Pelaez, S., Edington, A., Baig, A., & Gagnon, A. (2025). Migrant-friendly maternity care in Montreal, Canada: A cross-sectional study on migrant women's care perspectives. *PLoS ONE*, 20(8), Article e0330830. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0330830

Bambra, C. (2022). Placing intersectional inequalities in health. *Health & Place*, *75*, Artigo 102761. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102761

Bartlett, R., & Boyle, J. A. (2022). Developing multi-language maternal health education videos for refugee and migrant women in southeast Melbourne. *Midwifery*, 111, Article 103369. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103369

Basílio Júnior, L. N. (2024). *Migração qualificada do Brasil para Portugal: Dinâmica recente e perspectivas para o projeto migratório* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. Repositório Institucional da UFRN.

Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). Prevalence and determinants of low social support during pregnancy among Australian women: A community-based cross-sectional study. *Reproductive Health*, *18*(1), Artigo 158. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01202-x

Behboudi-Gandevani, S., Bidhendi-Yarandi, R., Panahi, M. H., Mardani, A., Paal, P., Prinds, C., & Vaismoradi, M. (2022a). Adverse pregnancy outcomes and international immigration status: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Global Health*, 88(1), Article 44. https://doi.org/10.5334/aogh.3591

Behboudi-Gandevani, S., Bidhendi-Yarandi, R., Panahi, M. H., Mardani, A., Prinds, C., & Vaismoradi, M. (2022b). Perinatal and neonatal outcomes in immigrants from conflict-zone countries: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 766943. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.766943

Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., & Kupelnick, B. (2009). Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*, *68*(3), 452–461. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.018

Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase "women and minorities": Intersectionality—An important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, *102*(7), 1267–1273. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750

Bradley, S. E., & Casterline, J. B. (2014). Understanding unmet need: History, theory, and measurement. *Studies in Family Planning*, *45*(2), 123–150. https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00381.x

Brandão, T., Ribeiro, A. C., Griff, M. I., Babore, A., & Diniz, E. (2024). Social support and postpartum depressive symptoms in Portuguese women: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(23), Artigo 7150. https://doi.org/10.3390/jcm13237150

Burton, S., Dasgupta, T., Barry, Z., Easter, A., Sandall, J., & Rayment-Jones, H. (2026). The role of poverty-related social determinants in maternal and perinatal health inequities: A cross-sectional study using the eLIXIR born in South London, UK maternity-child data linkage. *International Journal for Equity in Health*, 25(1). https://doi.org/10.1186/s12939-026-02793-3

Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *17*(1), 77–93. https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006

Bustamante, S. R. (2023). *Transição para a maternidade: Bem-estar psicológico em mulheres em situação de vulnerabilidade psicossocial* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Católica Portuguesa.

Cabral, M. V., Silva, P. A., & Do Céu Mateus, M. (2002). *Saúde e atitudes perante a saúde em Portugal*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Carmona, R., Diez, E., & Peiró, R. (2014). Inequidades en salud en la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 86–92. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.016

Carvalho, C. F. S., & Brito, R. S. de. (2016). Support network in the pregnancy-puerperal cycle: Conceptions of women with physical disabilities. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *25*(2), Artigo e0600015. https://doi.org/10.1590/0104-07072016000600015

Castanheira, R., Dias, S., & Almeida, I. (2024). Undocumented migrants' access to healthcare in Europe: A systematic review of policies and practices. *International Journal for Equity in Health*, *23*(1), 1–15. https://doi.org/10.1186/s12939-024-XXXX-X

Cecílio, L. C. de O. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 113–126). IMS/UERJ; ABRASCO.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*(5), 300–314. https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310–357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

Coussons-Read, M. E. (2013). Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: Mechanisms and pathways. *Obstetric Medicine*, *6*(2), 52–57. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5052760/

Coutinho, E. de C., Silva, A. L. da, Pereira, C. M. F. P., Almeida, A. I., Nelas, P. A. B., Parreira, V. B. C., & Amaral, M. O. (2014). Health care to immigrant and Portuguese pregnant women in Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *48*(esp. 2), 9–16. https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800003

Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baena, R. M., & Devillé, W. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research*, 19(1), Article 513. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4353-1

Davis, E. P., & Narayan, A. J. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and Psychopathology*, *32*(5), 1625–1639. https://doi.org/10.1017/S0954579420001121

De Haas, H., Miller, M. J., & Castles, S. (2020). *The age of migration: International population movements in the modern world* (6th ed.). Red Globe Press.

De Wit, L., Luijken, K., & Devillé, W. (2017). Interventions to improve access to healthcare for undocumented migrants in Europe: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 27(Suppl._3), 154–160. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx166

Dias, S. F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*, 8, Article 207. https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-207

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade (CPPP) e Cursos de recuperação pós-parto (CRPP): Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. Ministério da Saúde. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx

Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: Stress, coping, and the development of outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, *42*(1), 1–16. https://doi.org/10.1007/s12160-011-9273-9

Dunkel-Schetter, C., Sagrestano, L. M., Feldman, P., & Killingsworth, C. (1996). Social support and pregnancy: A comprehensive review focusing on ethnicity and culture. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family* (pp. 375–412). Plenum Press.

Ekström-Bergström, A., Thorstensson, S., & Bäckström, C. (2022). The concept, importance and values of support during childbearing and breastfeeding – A discourse paper. *Nursing Open*, *9*(1), 11–21. https://doi.org/10.1002/nop2.1062

Entidade Reguladora da Saúde. (2025). *Acesso de imigrantes a cuidados de saúde primários*. https://www.ers.pt

Eslier, M., Azria, E., Chatzistergiou, K., Stewart, Z., Dechartres, A., & Deneux-Tharaux, C. (2023). Association between migration and severe maternal outcomes in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 20(6), Article e1004257. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004257

Fagundo-Rivera, J., García-Lozano, M. S., Portero-Prados, F. J., Romero-Castillo, R., Badillo-Sánchez, N., & Fernández-León, P. (2025). Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 35(3), 407–422. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf042

Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van den Muijsenbergh, M., Soltani, H., & ORAMMA team. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and

maternity care in European countries: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(2), Article e0228378. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378

Fjær, E. L., Stornes, P., Borisova, L. V., McNamara, C. L., & Eikemo, T. A. (2017). Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(Suppl._1), 82–89. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw219

Franco, F. A., Hino, P., Nichiata, L. Y. I., & Bertolozzi, M. R. (2025). Understanding the health needs according to health service users: Elements for nursing. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, *16*(1), 157–162.

Freitas, G. C. de, Flores, J. A. das, & Camargo Jr., K. R. de. (2022). "Necessidades de saúde": reflexões acerca da (in)definição de um conceito. *Saúde e Sociedade*, *31*(1), Artigo e200983. https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200983

Gangi, S., Smith, J., & Ribeiro, A. (2025). Clinical severity of preeclampsia and its neurobiological and perinatal impacts: A multicenter study. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *38*(1), Artigo e202504.

Gele, A. A., Musse, F. K., Shrestha, M., & Qureshi, S. (2016). Barriers and facilitators to utilization of maternal health care services among Somali women in Oslo. *International Journal of Women's Health*, 8, 199–210. https://doi.org/10.2147/IJWH.S104921

Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Agudelo-Suárez, A. A., Castejón Bolea, R., & Ronda-Pérez, E. (2015). Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethnicity & Health*, 20(5), 523–541. https://doi.org/10.1080/13557858.2014.946473

Góis, P. (2022). Redes, interligações e sistemas migratórios num Portugal europeu e atlântico. *Relações Internacionais*, (75), 11–28.

Graetz, V., Rechel, B., Groot, W., Norredam, M., & Pavlova, M. (2016). Utilization of health care services by migrants in Europe—a systematic literature review. *British Medical Bulletin*, 121(1), 5–18. https://doi.org/10.1093/bmb/ldw057

Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., & Fava, G. A. (2020). Allostatic load and its impact on health: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *90*(1), 11–27. https://doi.org/10.1159/000510696

Guðmundsdóttir, E. Ý., Nieuwenhuijze, M., Einarsdóttir, K., Hálfdánsdóttir, B., & Gottfreðsdóttir, H. (2022). Labor analgesia use among migrant women in Iceland: A population-based cohort study. *Birth*, 49(3), 486–496. https://doi.org/10.1111/birt.12616

Guðmundsdóttir, E. Ý., Nieuwenhuijze, M., Rúdólfsdóttir, A. G., & Gottfreðsdóttir, H. (2025). Fostering empowerment through communication: The needs, expectations, and experience of maternity care among Polish migrant women in Iceland. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 44, Article 101087. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2025.101087

Hacker, K., Anies, M. E., Folb, B., & Zallman, L. (2015). Barriers to health care access and utilization for undocumented immigrants: A literature review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 175–183. https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173

Hamwi, S., Lorthe, E., & Barros, H. (2022). Host-country language proficiency and migrant-native disparities in prenatal care utilization: A nationwide study in Portugal. *Birth*, 49(3), 474–485. https://doi.org/10.1111/birt.12618

Hamwi, S., Lorthe, E., Severo, M., & Barros, H. (2023a). Determinants of antenatal care utilization and timing among migrant and native women in Portugal. *Public Health*, 215, 102–110. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.01.005

Hamwi, S., Lorthe, E., Severo, M., & Barros, H. (2023b). Migrant and native women's perceptions of the quality of prenatal care communication: The role of proficiency in the host country's language. *BMC Public Health*, 23, Article 295. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15175-6

Hankivsky, O., & Christoffersen, A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Critical Public Health*, *18*(3), 271–283. https://doi.org/10.1080/09581590802294296

Hasriantirisna, H., Nanda, K. R., & Munawwarah, M. S. (2024). Effects of stress during pregnancy on maternal and fetal health: A systematic review. *Advances in Healthcare Research*, *2*(2), 103–115. https://doi.org/10.60079/ahr.v2i2.339

Hawkey, A. J., Ussher, J. M., & Perz, J. (2022). What do women want? Migrant and refugee women's preferences for access to sexual and reproductive health care and information. *Ethnicity & Health*, 27(8), 1787–1805. https://doi.org/10.1080/13557858.2021.1980772

Herrero-Arias, R., & Diaz, E. (2021). A qualitative study of Southern European immigrant parents' experiences navigating the Norwegian healthcare system. *International Journal for Equity in Health*, 20, Article 42. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01384-8

Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., & Rankin, J. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: A systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*, 16(1), Article 89. https://doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Publishing Company.

Hwang, W. Y., Choi, S. Y., & An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: A methodological study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, *28*(1), 8–17. https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.01.04

Instituto Nacional de Estatística. (2024a). *Estatísticas demográficas 2023*. INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2024b). *Nados-vivos (n.º) por local de residência da mãe*. INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2026a). *Estatísticas vitais: Taxa de mortalidade materna (por 100 000 nados-vivos) segundo as causas de morte (SICO)*. https://www.ine.pt/

Instituto Nacional de Estatística. (2026b). *Taxa de mortalidade infantil (‰) por Local de residência (NUTS - 2024); Anual: Indicador 0012565*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012565&contexto=bd&selTab=tab2

Jardine, J., Walker, K., Gurol-Urganci, I., Webster, K., Muller, P., Hawdon, J., Thomas, A., Pasupathy, D., & van der Meulen, J. (2021). Adverse pregnancy outcomes attributable to socioeconomic and ethnic inequalities in England: A national cohort study. *The Lancet*, 398(10314), 1905–1912. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01595-6

Kana, M. A., Correia, S., & Barros, H. (2019). Adverse pregnancy outcomes: A comparison of risk factors and prevalence in native and migrant mothers of Generation XXI Portuguese birth cohort. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(2), 307–314. https://doi.org/10.1007/s10903-018-0750-z

König, C., & Pehlke-Milde, J. (2010). *Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz: Schlussbericht*. Bundesamt für Gesundheit.

Konstantinou, E., Murto, T., Bacatum, C., & Widström, A. M. (2025). Migrants' perceptions and needs in sexual health education: A focus group study. *Sexuality & Culture*, 29(3), 943–962. https://doi.org/10.1007/s12119-024-10307-y

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., ... Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: A scoping review. *BMC Public Health*, 20(1), Article 1039. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8

Lindenmaier, F., Elsenbruch, S., Erim, Y., & Teufel, M. (2020). Socioeconomic status and health-related behavior in pregnant women: The mediating role of psychosocial stress and health literacy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *41*(3), 214–222. https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1731518

Lorthe, E., Severo, M., Hamwi, S., Rodrigues, T., Teixeira, C., & Barros, H. (2024). Obstetric interventions among native and migrant women: The (over)use of episiotomy in Portugal. *International Journal of Public Health*, 69, Article 1606296. https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1606296

Malmusi, D. (2015). Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries. *European Journal of Public Health*, 25(2), 293–299. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku156

Marmot, M. (2024). Income inequality and health: A new challenge. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *78*(12), 779–781. https://doi.org/10.1136/jech-2024-222456

Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot Review 10 years on*. Institute of Health Equity. https://www.instituteofhealthequity.org

McEwen, B. S. (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress*, *1*, 1–11. https://doi.org/10.1177/2470547017692328

McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systematic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLoS ONE*, *14*(7), e0220032. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032

Moreno-Santillan, A., Martínez-Adame, L., & Cunningham, B. (2025). Linguistic barriers in maternal health care: Effects on prenatal access, perinatal outcomes, and strategies for equitable care. *Health*, 17(12), 1443–1458. https://doi.org/10.4236/health.2025.1712096

Mozooni, M., Preen, D. B., & Pennell, C. E. (2018). Stillbirth in Western Australia, 2005–2013: The influence of maternal migration and ethnic origin. *Medical Journal of Australia*, 209(9), 394–400. https://doi.org/10.5694/mja18.00362

Nagesh, N., Ip, C. H. L., Li, J., Fan, H. S. L., Chai, H. S., Fan, Y., Wong, J. Y., Fong, D. Y., & Lok, K. Y. (2024). Exploring South Asian women's perspectives and experiences of maternity care services: A qualitative evidence synthesis. *Women and Birth*, 37(2), 259–277. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.12.002

Novelia, S., Hassan, S., & Utami, S. (2024). Mild and severe maternal stress as a predictor for endothelial dysfunction and preeclampsia risk. *Hypertension in Pregnancy*, *43*(1), 15–23. https://doi.org/10.1080/10641955.2024.2309812

Nuno, S. C. C. (2024). *A disposição dos imigrantes da língua portuguesa em Portugal: Um retrato digital* [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona]. Repositório Institucional da Universidade Lusófona.

Oliveira, C. R., et al. (2022). Challenges and facilitators to healthcare access for migrants in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(8), Artigo 4534.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/b3704e14-en

Organização Internacional para as Migrações. (2024). *Relatório mundial sobre migração 2024*. OIM.

Organização Mundial da Saúde. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health*. OMS.

Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2200–2210. https://doi.org/10.1111/jan.14093

Osorio, H. D. L., Gonzalez, I. C. V., & Trujillo, L. E. T. (2018). Afectividad y apoyo social percibido in mulheres gestantes: un análisis comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, *27*(2), 53–67. https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584

Osuide, J. O., Parsa, A. D., Mahmud, I., & Kabir, R. (2024). The effect of limited access to antenatal care on pregnancy experiences and outcomes among undocumented migrant women in Europe: A systematic review. *Frontiers in Global Women's Health*, 5, Article 1289784. https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1289784

Pérez-Sánchez, M., Immordino, P., Romano, G., Giordano, A., García-Gil, C., & Morales, F. (2024). Access of migrant women to sexual and reproductive health services: A systematic review. *Midwifery*, 139, Article 104167. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104167

Pierce, G. R., Sarason, I. G., Sarason, B. R., Joseph, H. J., & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family* (pp. 3–23). Plenum Press.

Pithara, C., Zembylas, M., & Theodorou, M. (2012). Access and effective utilization of healthcare services by temporary migrants in Cyprus. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 8(2), 72–85. https://doi.org/10.1108/17479891211250012

Portugal. [Constituição (1976)]. (1976). *Constituição da República Portuguesa*. Assembleia da República.

Portugal. Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169, 2–16. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124430489

Portugal. Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 169.

Portugal. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. (2026, 11 de março). Despacho n.º 3118/2026: Altera o Regulamento do Registo Nacional de Utentes. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 49/2026, pp. 45–48. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3118-2026-1070724143

Portugal. Ministério da Saúde. (2026). *Portal da Transparência do SNS: Utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários*. Serviço Nacional de Saúde. https://transparencia.sns.gov.pt/

Ramiro-Cortijo, D., de la Calle, M., Benitez, V., Gila-Diaz, A., Moreno-Jiménez, B., Arribas, S. M., & Garrosa, E. (2021). Maternal psychological and biological factors associated to gestational complications. *Journal of Personalized Medicine*, *11*(3), 183. https://doi.org/10.3390/jpm11030183

Rayment-Jones, H., Burton, S., Bridle, L., Mohamud, Y., Easter, A., Seed, P., eLIXIR Born in South London Partnership, & Sandall, J. (2026). The role of ethnicity and migration in perinatal inequalities: A retrospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 133(6), 1249–1261. https://doi.org/10.1111/1471-0528.70169

República Portuguesa. (2001). Despacho n.º 25360/2001 (2.ª série). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 286. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/25360-2001-3622857

Rocha, A. (2022). *O acesso aos serviços de saúde: Conceitos e métricas*. Saúde Pública Press.

Rodríguez-Álvarez, E., Lanborena, N., Borrell, C., & Retolaza, A. (2019). Inequalities in healthcare utilization between migrants and native population in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), 1012–1020. https://doi.org/10.1111/hsc.12718

Saleem, S. (2023). Intersectionality and inequality: Analyzing the complexities of race, gender, and class. *Journal for Current Sign*, *1*(2), 1–11. https://currentsignreview.com/index.php/JCS/article/view/24

Sanchez, R. M., & Ciconelli, R. M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *31*(3), 260–268. https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000300010

Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A. I., Carmona, R., & Regidor, E. (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37, Article 28. https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3

Schlothauer, D., Teschemacher, L., Breckenkamp, J., Razum, O., & Sauzet, O. (2024). Perinatal outcome of immigrant women with and without refugee status compared to non-immigrant women: Results of the Pregnancy and Obstetric Care for Refugees (PROREF) cross-sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 310(4), 2413–2424. https://doi.org/10.1007/s00404-024-07639-3

Schmidt, N. C., Fargnoli, V., Epiney, M., & Irion, O. (2018). Barriers to reproductive healthcare access for migrant women in Geneva: A qualitative study. *Reproductive Health*, 15, Article 43. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7

Schoenborn, C., De Spiegelaere, M., & Racape, J. (2021). Measuring the invisible: Perinatal health outcomes of unregistered women giving birth in Belgium, a population-based study. *BMC Public Health*, 21, Article 1102. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11110-w

Sheikh, J., Allotey, J., Kew, T., Fernández-Félix, B. M., Zamora, J., Khalil, A., Thangaratinam, S., & van Gelder, M. (2022). Effects of race and ethnicity on perinatal outcomes in high-income and upper-middle-income countries: An individual participant data

meta-analysis of 2 198 655 pregnancies. *The Lancet*, 400(10368), 2049–2062. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01191-1

Silva, T. A. da, Santos, C. M. dos, Oliveira, K. C. de, & Ferreira, L. M. (2025). Relevância do suporte social no período gestacional e puerperal. *Asclepius International Journal of Scientific Health Science*, *4*(12), 290–295. https://doi.org/10.70779/aijshs.v4i12.455

Simões, J. D., Augusto, G. F., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, *19*(2), 1–184.

Small, R., Yelland, J., Lumley, J., Brown, S., & Liamputtong, P. (2014). Immigrant women's views about care during labor and birth: An Australian study. *Birth*, *29*(4), 266–277. https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00201.x

Smith, M. M. J. G. C. (2024). *Feminização das migrações: Mulheres imigrantes de São Tomé e Príncipe em Portugal* [Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Institucional do ISCTE.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health* (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, No. 2). World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/44489

Souza, R. R. (2008). Prefácio. In E. Y. Egry (Org.), *Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores* (pp. 11–12). Dedone.

Teixeira, C., et al. (2022). Maternal care experience and postpartum depressive symptoms among migrant and native in Portugal. *European Journal of Public Health*, *32*(Suppl 3), ckac130.087. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac130.087

Thuler, A. C. de M. C., Wall, M. L., & Souza, M. A. R. (2018). Caracterização das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e o incentivo à amamentação precoce. *Revista Enfermagem UERJ*, *26*, Artigo e16936. https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.16936

Torche, F., & Sirois, C. (2019). Restrictive immigration law and birth outcomes of immigrant women. *American Journal of Epidemiology*, 188(1), 24–33. https://doi.org/10.1093/aje/kwy218

Tran, P. B., De Smedt, D., Di Zinno, G., & Vandijck, D. (2025). Multimorbidity and the indirect cost of productivity loss from health-related work absenteeism in Belgium. *European Journal of Public Health*, *35*(2), ckaf063. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf063

Väisänen, H., Remes, H., & Martikainen, P. (2022). Perinatal health among migrant women: A longitudinal register study in Finland 2000-17. *SSM - Population Health*, 20, Article 101298. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101298

Vanneste, C., Barlow, P., & Rozenberg, S. (2020). Urgent medical aid and associated obstetric mortality in Belgium. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(2), 307–313. https://doi.org/10.1007/s10903-019-00897-3

Vega-Gutiérrez, M. M., Fernández-Niño, J. A., & Rojas-Botero, M. L. (2020). Determinants of birth weight among children of irregular migrant Venezuelan women in Barranquilla and Riohacha. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 1–8. https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87572

Vik, E. S., Aasheim, V., Schytt, E., Small, R., Moster, D., & Nilsen, R. M. (2019). Stillbirth in relation to maternal country of birth and other migration related factors: A population-based study in Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), Article 5. https://doi.org/10.1186/s12884-018-2139-4

Villarroel, N., & Artazcoz, L. (2016). Heterogeneity in health and healthcare utilization among immigrants in Spain. *European Journal of Public Health*, 26(2), 250–256. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv198

Wamser, R., & Ferro, R. A. (2024). Cumulative trauma, posttraumatic stress, and obstetric and perinatal outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *16*(8), 1374–1381. https://doi.org/10.1037/tra0001579

World Bank. (2024). *The Changing Wealth of Nations 2024: Managing Assets for the Future*. World Bank Group. https://openknowledge.worldbank.org

World Bank. (2026). *Building human capital where it matters: Homes, neighborhoods and workplaces*. World Bank Group. https://www.worldbank.org

World Health Organization. (2014). *Prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth* (WHO/RHR/14.23). https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23

World Health Organization. (2022). *World report on the health of refugees and migrants: Protecting health in an era of moving populations*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240054455

World Health Organization. (2025a). *Social determinants of health: Key facts*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health

World Health Organization. (2025b). *Trends in maternal mortality: 2000 to 2025: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759

Yeshitila, Y. G., Gold, L., Riggs, E., Abimanyi-Ochom, J., Sweet, L., & Le, H. N. D. (2024). Trends and disparities in perinatal health outcomes among women from refugee backgrounds in Victoria, Australia: A population-based study. *Midwifery*, 132, Article 103980. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103980

Zarth, M. D., Fernández, P. A., Baggio, M. A., Zilly, A., Gamarra, C. J., & Silva, R. M. M da. (2024). Cross-cultural nursing care for immigrant women during pregnancy and childbirth: Experiences and vulnerabilities. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *45*, Artigo e20230161. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230161.en

Zhu, C. (2023). Barriers and challenges of immigrant women's access to and experience of optimal maternity care. *The Columbia University Journal of Global Health*, *13*(1). https://doi.org/10.52214/cujgh.v13i1.10690

ANEXOS

ANEXO A - MIGRANT FRIENDLY MATERNAL CARE QUESTIONNAIRE (MFMCQ)

Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire

MFMCQ – ENGLISH – September 2017

Instructions for Interviewers

1. As you conduct the interview, please read each question to the woman slowly and clearly. Follow the instructions below for answer options as follows:
   - For questions that say *"read aloud and check all that apply"*, read each answer and allow her to reply *yes* or *no* to each of the answer options;
   - For questions that say *"allow mother to answer and check all that apply"*, ask the question without giving her any of the options and then decide which answer best matches hers. If she can't think of an answer read out 2-3 of the answer options to prompt her.

2. Follow directions about skip options.
   For example:
   Q10 asks which services the mother would have liked to use but didn't. Only ask Q11 "If you did not receive the care you wanted for this pregnancy, what factors or barriers affected this?" if the mother indicated in Q10 that there was a service she wanted to use.

3. For any question to do with time frames (e.g., Q2, 6), prompt the woman for the best response she can give.

4. If you are unsure about which box to check (e.g., medical complication or procedure), check "Other" and write an explanation.

5. For words the woman might not understand, use these definitions/explanations:

- **Family planning:** planning when to have children and using birth control
- **Sexually transmitted infections:** illness or infections shared by having sexual intercourse
- **Anaesthesia:** medication given to make a person lose feeling or feel numb in an area (local) or everywhere (general)
- **Special care baby unit:** mother and baby were separated because baby needed to be watched by the healthcare staff for a medical concern
- **Miscarriage:** pregnancy loss prior to 22 weeks of pregnancy
- **Terminated pregnancy:** removal of baby before it develops; abortion
- **Immigration status** (Q93)**:** starting the day they arrived in this country, NOT the day they received their papers/residency card
- **Detention by the Foreigners and Borders Service (SEF):** Possible prompts: Have you ever been locked up by immigration authorities? Have you ever been imprisoned for immigration reasons?
- **Income:** earnings of everyone living in the household (e.g., sister, husband, mother) before taxes
- **How many does it support:** includes sister, her babies, etc.
- **Labour:** when contractions (pain) start until the birth of the baby

NOTES: (1) Questions marked with * (n=86) were identified (during a Delphi consensus process with international perinatal health research experts) as a minimum set of questions for use in international comparisons; (2) Questions marked with M are those only relevant for migrant women or identified as recommended migration indicators to capture in analyses of perinatal health (see Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J. Migration and Perinatal Health Surveillance: An International Delphi Survey. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2010;149(1), 37-43).

Interview Start: Project Summary for Mothers

I am working with a research team interested in migrant women's maternity experiences in Portugal. I will be asking you questions about your experiences during your pregnancy, labour and birth, the period after your baby was born, and your overall maternity experiences. Then there will be a series of questions about your obstetrical (previous pregnancies) and migration history. Throughout the interview, you are free to ask me to re-read a question, or clarify or explain a question. I would also like to repeat that all the information you give will remain private. You may withdraw your participation from the study at any time, and you may choose to not answer any questions you don't feel comfortable answering.

Please let me know at any point if you have any questions. Do you have any questions before we begin?
Alright, let's get started!

MFMCQ English Version		Participant ID:	
START TIME:	____ ____ : ____ ____	Interviewer's Name:	
END TIME:	____ ____ : ____ ____	Interview date:	

1.*[M] In which country were you born?

_____

2.*[M] How long have you lived in Portugal?
(TOTAL amount of time mother lived in this country - often in migration women come and go, before entirely moving to a country)

_____ (days) _____ (weeks) _____(months) _____ (years)

2.1 ☐ Continuously ☐ Intermittently

This first set of questions is about your MOST RECENT PREGNANCY in Portugal

3.[M] Did you arrive in Portugal pregnant with the recent baby?

- ☐ Yes, how many weeks pregnant were you? _____
- ☐ No
- ☐ Don't know

4.*Did you receive care for this pregnancy from a healthcare professional (such as a doctor, nurse, or midwife)?

- ☐ Yes_____ (in which countries)
- ☐ No *(Skip to Q8)*

5.*Who gave the care for this pregnancy in Portugal?
(Allow mother to answer and check all that apply; prompt if necessary)

- ☐ Family doctor, General practitioner, GP
- ☐ Obstetrician, Gynaecologist, OBGYN
- ☐ Midwife
- ☐ Nurse Practitioner/Nurse
- ☐ Other *(please specify):* _____
- ☐ N/A

6.*How many weeks pregnant were you when you first received care for this pregnancy? _____(weeks); in Portugal? _____(weeks)

(Don't count a visit that was ONLY for a pregnancy test)

- ☐ N/A *(no care received during this pregnancy)*

7.*How many visits did you have with a health professional (doctor, nurse, or midwife) for this pregnancy overall?

_____

- ☐ N/A *(no care received during this pregnancy)*

7.1 How many of them were in Portugal?

7.2 How many of them were

- ☐ in the hospital? *overall* _____, *in Portugal* _____
- ☐ in the health centre? *overall* _____, *in Portugal* _____
- ☐ in a private clinic/hospital? *overall* _____, *in Portugal* _____
- ☐ others (please specify)? _____*overall* _____, *in Portugal* _____

8.*Did you have any medical complications during this pregnancy?

- ☐ Yes ***(Allow mother to answer and check all that apply)***
  - ☐ Anaemia
  - ☐ High blood pressure
  - ☐ Preeclampsia (gestational hypertension)
  - ☐ Preterm labour
  - ☐ Deep vein thrombosis
  - ☐ Gestational diabetes
  - ☐ Placenta praevia
  - ☐ Placental abruption
  - ☐ Urinary tract infection
  - ☐ Severe back pain
  - ☐ Preterm rupture of membranes
  - ☐ Depression
  - ☐ Other (please specify): _____ (include fetal complications)
- ☐ No, you did not have any medical complications during this pregnancy

9.During this pregnancy, which of the following services did you use?
(Read aloud and check all that apply)

	Yes	*No*
Pregnancy/childbirth preparation classes	☐	☐
Appointment with a healthcare professional	☐	☐
Food banks	☐	☐
Assistance finding housing	☐	☐
Traditional medicines/ rituals	☐	☐
Family services (e.g., child care, counselling, parenting courses)	☐	☐
Medical tests during pregnancy (e.g., a full physical, blood tests, cervical exam/pap test)	☐	☐
Screening for birth defects (to detect problems with the baby, e.g., Down's Syndrome)	☐	☐
Ultrasound scans	☐	☐
Support services (e.g., mental health services, nutrition services, physiotherapy)	☐	☐
Other *(please specify):* _____	☐	☐

10. *During this pregnancy, would you have liked to use any of the following services, but didn't?
(Read aloud and check all that apply)

- ☐ Pregnancy classes/childbirth classes
- ☐ Appointment with a health care professional
- ☐ Food banks
- ☐ Assistance finding housing
- ☐ Traditional medicines/ rituals
- ☐ Family services (e.g., child care, counselling, parenting courses)
- ☐ Medical tests during pregnancy (e.g., a full physical, blood tests, cervical exam/pap test)
- ☐ Screening for birth defects (to detect problems with the baby, e.g., Down's Syndrome)
- ☐ Ultrasound scans
- ☐ Support services (e.g., mental health services, nutrition services, physiotherapy)
- ☐ Other *(please specify):* _____
- ☐ No *(Skip to Q12)*

11. *If you did not receive the care you wanted for this pregnancy, what factors or barriers affected this?
(Allow mother to answer and check all that apply)

- ☐ Services were not offered in your area
- ☐ Services were already full
- ☐ You did not realize services were offered
- ☐ You did not realize you were eligible for these services
- ☐ You were not eligible for these services
- ☐ You did not know where these services were offered
- ☐ You were scared your immigration/residency application would be affected
- ☐ Your appointment was cancelled by the provider
- ☐ Child care was not available
- ☐ There was a language barrier
- ☐ You did not have access to transportation
- ☐ For financial reasons
- ☐ You were working
- ☐ You did not have the time
- ☐ You needed to stay at home

- ☐ Fear of medical tests or examinations
- ☐ You got advice & help from family and friends instead
- ☐ The care you received was not what you were expecting from the healthcare system
- ☐ You had difficulties understanding how the healthcare system works and/or problems using the healthcare system
- ☐ You felt embarrassed
- ☐ Administrative reasons (e.g., no documents, no insurance -*please specify* _____)
- ☐ Other *(please specify):* _____
- ☐ N/A

12. *During this pregnancy, who or what were your most important source(s) of information about pregnancy, labour and birth?
(Allow mother to answer and check all that apply)

- ☐ Previous pregnancy
- ☐ Family or friends
- ☐ Spiritual leader
- ☐ Obstetrician, Gynaecologist, OBGYN
- ☐ Family doctor, General practitioner, GP
- ☐ Midwife
- ☐ Nurse/nurse practitioner
- ☐ Pregnancy/childbirth preparation classes
- ☐ Books
- ☐ Television
- ☐ Internet
- ☐ Other (please specify): _____

13. * [M] During this pregnancy did a healthcare professional in Portugal give you information in your language?

- ☐ Yes _____ *(please specify)*
- ☐ No
- ☐ N/A (Migrant mother speaks Portuguese as a native language)

14. *During THIS pregnancy, before your labour and the birth, did you have enough information about the following topics?

	Yes	*No*	*Don't know*
Physical changes during pregnancy	☐	☐	☐
Emotional changes during pregnancy	☐	☐	☐
Signs of beginning of labour	☐	☐	☐
Medications	☐	☐	☐
What to expect during labour/birth	☐	☐	☐
Non-medication pain therapy	☐	☐	☐
Required medical tests	☐	☐	☐
Nutrition during pregnancy	☐	☐	☐
Your own health and recovery after birth	☐	☐	☐
Mood changes you may have	☐	☐	☐
How to handle your baby	☐	☐	☐
How to recognize problems with the baby's health and development	☐	☐	☐
Breastfeeding	☐	☐	☐
Formula feeding	☐	☐	☐
Who to contact if you have questions about your or your baby's health	☐	☐	☐
Family planning/ birth control	☐	☐	☐
HIV and other sexually transmitted infections/diseases	☐	☐	☐

15. *Did the healthcare professional(s) following this pregnancy in Portugal ask you about how you planned to feed your baby?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Don't know/ don't remember
- ☐ N/A (wasn't followed by any healthcare professional in Portugal)

16. *Did the healthcare professional(s) following this pregnancy in Portugal ask you if you had any preferences about care, or if you wanted to follow any particular custom or practice during pregnancy?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ N/A (wasn't followed by any healthcare professional in Portugal)

The next set of questions is about the LABOUR & BIRTH of your MOST RECENT baby

17. *How many weeks pregnant were you when you gave birth? _____(weeks)

- ☐ Don't know

18. *How many babies did you give birth to? _____ (i.e., single baby, twins, etc.)

19. *How much did your baby(ies) weigh at birth?

_____ (grams)
_____ (grams) *(if gave birth to multiples)*
_____ (grams) *(if gave birth to multiples)*

20.*Where were you when you gave birth?
(Read aloud and check one)

- ☐ In a hospital/maternity birthing room
- ☐ In a hospital operating room
- ☐ In a hospital emergency room
- ☐ In a clinic
- ☐ In a birthing centre/unit outside of a hospital
- ☐ At your home
- ☐ Other *(please* specify): _____

21. *Which type of healthcare professional provided care during most of <u>your LABOUR</u>?
(Allow mother to answer and check one)

- ☐ Obstetrician, Gynaecologist, OBGYN
- ☐ Family doctor, General practitioner, GP
- ☐ Midwife
- ☐ Nurse or nurse practitioner
- ☐ Other *(please specify):* _____
- ☐ None
- ☐ N/A (no labour; planned c/s, labour too short, labour before admission)
- ☐ Don't know

22. *Which type of healthcare professional provided most of your care during the <u>BIRTH</u> of your baby?
(Allow mother to answer and check one)

- ☐ Obstetrician, Gynaecologist, OBGYN
- ☐ Family doctor, General practitioner, GP
- ☐ Midwife
- ☐ Nurse or nurse practitioner
- ☐ Other (please specify): _____
- ☐ None
- ☐ Don't know

23. *Did you have any of the following procedures during your labour and birth?
(Read aloud and check all that apply)

	Yes	*No*
Induction of labour (making your contractions start)	☐	☐
Augmentation of labour (making contractions you already have stronger and more frequent)	☐	☐
Use of forceps (metal tool to remove the baby)	☐	☐
Use of vacuum extraction (suction tool to remove the baby)	☐	☐
Caesarean section	☐	☐
Episiotomy (cut near the opening of the vagina)	☐	☐
Epidural for pain during labour	☐	☐
Spinal anaesthesia (includes using a catheter)	☐	☐
General anaesthesia	☐	☐
Other (please specify): _____		

24.*Were there any medical complications during your labour and birth? (Such as: perineal tear, uterine rupture, infection, postpartum haemorrhage, or baby problems)

- ☐ Yes, *(please specify)* _____
- ☐ No

If delivered vaginally, skip to Q26

25. *If your baby was born by caesarean section, what was the primary reason for it?
(Allow mother to answer and check one)

- ☐ It was planned because the doctor suggested it for medical reasons
- ☐ It was planned but you are not sure why
- ☐ It was planned because you wanted it, but not for a medical reason
- ☐ It wasn't planned, but your labour was taking too long
- ☐ It wasn't planned, but the baby was in danger
- ☐ It wasn't planned, but you were in danger
- ☐ It wasn't planned, and you don't know why it happened
- ☐ Other *(please specify):* _____
- ☐ N/A (delivered vaginally)

26. During labour were you allowed to move around or choose comfortable positions?
(Read aloud and check one)

- ☐ Yes, always
- ☐ Yes, sometimes
- ☐ Yes, rarely
- ☐ No, for medical reasons
- ☐ No, don't know why
- ☐ N/A (no labour; planned c/s, labour too short, labour before admission)

27. During labour did the healthcare professionals ask you how you wanted to manage your pain?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Don't know/ don't remember
- ☐ N/A (no labour; planned c/s, labour too short, labour before admission)

28. During labour, were you satisfied with how the healthcare professionals helped you to manage your pain?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Sometimes
- ☐ N/A (no labour; planned c/s, labour too short, labour before admission)

29. During labour were you allowed to have your choice of family members and/or support people with you?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Sometimes
- ☐ N/A (no labour; planned c/s, labour too short, labour before admission)

30. *Did you have any companion with you during labour and birth?
(Read aloud and check one)

- ☐ Yes, always
- ☐ Yes, sometimes
- ☐ Yes, rarely
- ☐ No
- ☐ Don't know/ don't remember

31. *If YES, Who?
(If more than one, please mention all)

_____(relationship to you)

_____(relationship to you)

_____(relationship to you)

- ☐ N/A

32. *Did the healthcare professionals ask you if you had any preferences about care, or if you wanted to follow any particular custom or practice during labour or birth?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ No, because the participant asked the health workers before they asked her

This next set of questions is about your POSTPARTUM period, the time since your baby was born

33. *Did your baby need to receive special care in an area separate from you?
(Read aloud and check one)

- ☐ Yes, in a neonatal intensive care unit
- ☐ Yes, in a special care baby unit
- ☐ Yes, in a nursery
- ☐ Yes (but you don't know/remember where)
- ☐ No
- ☐ Don't know/ don't remember

34. How long did you stay in the hospital or clinic after your baby was born? *(Allow the participant to answer and enter the time the unit that makes more sense i.e. enter the period in days if it is more than 24 hours)*

_____ (hours) _____ (days) _____ (weeks) _____ (months)

☐ N/A (skip to Q36)

35. Do you feel that this amount of time was too short/too long/just right?

☐ Too short
☐ Just right
☐ Too long
☐ Can't say

36. Did the healthcare professionals ask you if you had any food preferences (for example: food temperature, food prepared according to your religious faith, vegetarian, or other food types) during your stay in the hospital/maternity/ birthing centre?

☐ Yes
☐ No
☐ Don't know/don't remember
☐ N/A (e.g. she asked them first, the information was in her record)

37. *Did the healthcare professionals ask you if you had any preferences about care, or if you wanted to follow any particular custom or practice after birth?

☐ Yes
☐ No
☐ Don't know/ don't remember

38. In the first hour after birth, were you given your baby to hold skin-to-skin (with the baby's bare skin directly next to your bare skin)?

☐ Yes
☐ No. If no, why not: _____

39. *When did your healthcare professional help you or offer to help you start breastfeeding?
(Allow mother to answer and check one)

☐ In the first hour after birth
☐ Not immediately, but while I was still in the place where I gave birth (i.e., hospital/maternity birthing centre)
☐ At a later date during a healthcare visit/appointment
☐ They did not help or offer help
☐ Don't know/ don't remember
☐ You did not want to breastfeed your baby

40. *Did your healthcare professional give you information about breastfeeding resources in your community *(helpline, counseling by nurses at the health centre or at a specific room in the hospital)*?

☐ Yes
☐ No but I did not need information *(Skip to Q42)*
☐ No but I wanted information *(Skip to Q42)*
☐ Don't know/ don't remember*(Skip to Q42)*

41. *If YES, did you use these breastfeeding resources?

☐ Yes
☐ No *(please specify why not):* _____
☐ N/A (not given information)

42.*Have you or your baby seen a healthcare professional since giving birth for any reason (including routine care) associated with this pregnancy?

- ☐ Yes
- ☐ No *(Skip to Q45)*
- ☐ Don't know/ don't remember *(Skip to Q45)*

43.*If YES, why? _____

- ☐ N/A (did not see a healthcare professional)

44.*If YES, who did you see? *(Allow mother to answer and check all that apply)*

- ☐ Family doctor General practitioner, GP
- ☐ Emergency room doctor
- ☐ Obstetrician, Gynaecologist, OBGYN
- ☐ Midwife
- ☐ Nurse Practitioner/Nurse
- ☐ Paediatrician
- ☐ Other *(please specify):* _____
- ☐ N/A (did not see a healthcare professional)

45.*Since giving birth have you wanted to see a healthcare professional for you or your baby but could not?

- ☐ Yes, but couldn't
- ☐ No *(Skip to Q47)*

46.*If you could not see a healthcare professional, why? *(Allow mother to answer and check all that apply)*

- ☐ Services were not offered in your area
- ☐ Services were already full
- ☐ You did not realize services were offered
- ☐ You did not realize you were eligible for these services
- ☐ You were not eligible for these services
- ☐ You did not know where these services were offered
- ☐ You were scared your immigration/residency application would be affected
- ☐ Your appointment was cancelled by the provider
- ☐ Child care was not available
- ☐ There was a language barrier
- ☐ You did not have access to transportation
- ☐ For financial reasons
- ☐ You were working
- ☐ You did not have the time
- ☐ You needed to stay at home
- ☐ Fear of medical tests or examinations
- ☐ You got advice & help from family and friends instead
- ☐ You had difficulties understanding how the healthcare system works and/or problems using the healthcare system
- ☐ You felt embarrassed
- ☐ Administrative reasons (e.g., no documents, no insurance -*please specify* _____)
- ☐ Other *(please specify):* _____
- ☐ Don't know/ don't remember

This set of questions is about your OVERALL MATERNITY HEALTHCARE EXPERIENCE, during your most recent pregnancy

47.Thinking about it now, was there any other advice / support / information you wish you had received?

_____

_____

48.*Overall, when you met with the healthcare professionals, did you feel welcomed by them?

a) During pregnancy

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

b) During labour and birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

c) After birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

49. *Overall, were the healthcare professionals respectful?

a) During pregnancy

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

b) During labour and birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

c) After birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

50. *Overall, were the healthcare professionals helpful?

a) During pregnancy

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

b) During labour and birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

c) After birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

51. *Overall, you were happy/satisfied with the healthcare you received?

a) During pregnancy

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

b) During labour and birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

c) After birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

52. *During your pregnancy, labour, or birth did the healthcare professionals ever ask you to do something you did not want to do?

- ☐ Yes
- ☐ No (skip to Q54)
- ☐ Don't know/ don't remember (skip to Q54)

53. If YES, what was this?

_____

☐ N/A

54. Did the healthcare professionals ask your preferences about having a female or male healthcare provider?

a) During pregnancy

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

Comment _____

b) During labour and birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

Comment _____

c) In the first day after birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

Comment _____

55. *Did you understand the information provided by the healthcare professionals?

a) During pregnancy

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

Comment _____

b) During labour and birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

Comment _____

c) In the first day after birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

Comment _____

Skip to Q61 if the migrant mother speaks Portuguese as a native language

56. *[M]Would you have understood the information provided by the healthcare professionals better in another language?

- ☐ Yes, which language_____(e.g., your native language)
- ☐ No *(skip to Q61)*
- ☐ Don't know/ don't remember
- ☐ N/A *(skip to Q61)*

57.*[M]Did the healthcare professionals offer you an interpreting service?

a) **During pregnancy**
- ☐ yes
- ☐ No
- ☐ N/A

b) **During labour and birth**
- ☐ yes
- ☐ No
- ☐ N/A

c) **In the first day after birth**
- ☐ yes
- ☐ No
- ☐ N/A

58.*[M]How often was there someone with you who spoke your language and could interpret for you?

a) **During pregnancy**
- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A

b) **During labour and birth**
- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A

c) **In the first day after birth**
- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A

59.*[M]If you did have someone to interpret for you, who was it?
(Read aloud and check all that apply)

a) **During pregnancy**
- ☐ Husband/partner
- ☐ Other family member/friend
- ☐ Healthcare practitioner
- ☐ Your child
- ☐ Professional interpreter
- ☐ Another patient or patient's family member/friend
- ☐ Other *(please specify)*: _____
- ☐ N/A

b) During labour and birth

- ☐ Husband/partner
- ☐ Other family member/friend
- ☐ Healthcare practitioner
- ☐ Your child
- ☐ Professional interpreter
- ☐ Another patient or patient's family member/friend
- ☐ Other *(please specify):* _____
- ☐ N/A

c) In the first day after birth

- ☐ Husband/partner
- ☐ Other family member/friend
- ☐ Healthcare practitioner
- ☐ Your child
- ☐ Professional interpreter
- ☐ Another patient or patient's family member/friend
- ☐ Other *(please specify)*: _____
- ☐ N/A

60.[M]Were you satisfied with their interpretation?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Don't know/ don't remember
- ☐ N/A

61.*During labour and birth, or after birth, did you have any preferences about care or any particular custom or practice you wanted to follow but couldn't because the healthcare professional(s) wouldn't allow it/arrange it?

- ☐ Yes
- ☐ No *(Skip to Q64)*
- ☐ Don't know/ don't remember *(Skip to Q64)*

62. If YES, what were those preferences?

i. _____

ii. _____

iii. _____

☐ N/A

63. If YES, what reason did the healthcare provider(s) give as to why you were not allowed to follow those preferences?

i. _____

ii. _____

iii. _____

☐ N/A

64.*Is there anything you think the healthcare professionals could do differently or better?

a) **During pregnancy**
- ☐ Yes *(Complete Q65a)*
- ☐ No *(skip to Q66)*
- ☐ Don't know/don't remember *(skip to Q66)*

b) **During labour and birth**
- ☐ Yes *(Complete Q65b)*
- ☐ No *(skip to Q66)*
- ☐ Don't know/don't remember *(skip to Q66)*

c) **After birth**
- ☐ Yes *(Complete Q65c)*
- ☐ No *(skip to Q66)*
- ☐ Don't know/don't remember *(skip to Q66)*

65.If YES, please describe what could be done differently or better and by whom:

a) **During pregnancy**

_____

b) **During labour and birth**

_____

c) **After birth**

_____

66.*Please describe anything about your care during pregnancy, birth, or after birth that you are:

a) **Particularly happy/satisfied with**

_____

b) **Particularly unhappy/unsatisfied with**

_____

Thinking about your most recent pregnancy, please tell me how often the following 11 statements were true

67.*The healthcare professionals asked me if I had any questions
- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

68.The healthcare professionals were rushed

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

69. *I felt my worries were taken seriously by the healthcare professionals

a) During pregnancy

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (did not have pregnancy care)

b) During labour and birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

c) After birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

70. I had to wait too long to receive care

a) During pregnancy

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (did not have pregnancy care)

b) During labour and birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

c) After birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

71.*The healthcare professionals kept me informed about what was happening

a) During pregnancy

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (did not have pregnancy care)

b) During labour and birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

c) After birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

72.*I felt comfortable asking about things I did not understand

a) During pregnancy

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (did not have pregnancy care)

b) During labour and birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

c) After birth

- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

73.*Decisions were made by the healthcare professionals without my wishes being taken into account

a) During pregnancy
- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (did not have pregnancy care)

b) During labour and birth
- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

c) After birth
- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

74.*The healthcare professionals were very encouraging and reassuring

a) During pregnancy
- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (did not have pregnancy care)

b) During labour and birth
- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

c) After birth
- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (no healthcare professional present)

75.*Did the healthcare professionals spend enough time providing explanations?

a) During pregnancy
- ☐ Always
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never
- ☐ N/A (did not have pregnancy care)

ANEXO B - PARECER DA COMISSÃO ÉTICA DA ISPUP (Parecer CE14013)

Parecer CE14013 — *"Migrant Friendly Maternal Care in Portugal"*

Aprovação: Parecer Favorável emitido pela Comissão de Ética do ISPUP em 14/03/2014

Consulta / Referência: https://ispup.up.pt/en/ethics-committee/

(Nota: Adicionalmente, foram solicitadas e obtidas aprovações junto das Comissões de Ética locais de cada um dos hospitais envolvidos no estudo).

ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (CNPD n.º 13585/2016)

Autorização n.º 13585/ 2016

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto , NIPC 509093892, notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado baMBINO - Saúde Perinatal em Migrantes: Barreiras, Incentivos e Resultados .

Existe justificação específica, validada pela Comissão de Ética Competente (CEC), para o tratamento do dado pessoal raça/etnia.

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular e indiretamente do processo clínico.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada

pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legitima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

Finalidade – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado baMBINO - Saúde Perinatal em Migrantes: Barreiras, Incentivos e Resultados

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; raça/etnia; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados da história clínica; dados dados de exame físico; dados de meios complementares de diagnóstico; relativos à vida sexual; dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos; relativos à atividade profissional com conexão com a Investigação; comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, por escrito

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 28-12-2016

A Presidente

Filipa Calvão