RESUMO EXPANDIDO - I. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO

BARREIRAS E FACILITADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS DE CUIDADO MATERNO E PERINATAL EM POPULAÇÕES MIGRANTES/BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS DE CUIDADO MATERNO PERINATAL EN POBLACIÓN MIGRANTE/BARRIERS AND FACILITATORS TO THE IMPLEMENTATION OF MATERNAL AND PERINATAL

Sandra Patricia Osorio Galeano (sandra.osorio@udea.edu.co)

Angela Maria Salazar Maya (asalazar@ces.edu.co)

Diego Alejandro Salazar (alejandro.salazar@udea.edu.co)

Barreiras e facilitadores para a implementação de práticas de cuidado materno e perinatal em populações migrantes

Introdução: A migração é um fenômeno global que expõe as pessoas a uma maior vulnerabilidade, gerando riscos significativos para sua saúde e bem-estar. Entre os migrantes, as gestantes e seus filhos representam um grupo de particular preocupação. Há evidências de uma associação entre migração e desfechos maternos e perinatais adversos, principalmente relacionados à saúde geral e mental das mães, parto prematuro e baixo peso ao nascer. Na América Latina, a migração venezuelana é um fenômeno recente, complexo e dinâmico, o que torna necessário implementar práticas de cuidado social e culturalmente sensíveis e que respondam às realidades do contexto. No

entanto, alcançar esse objetivo requer uma compreensão mais profunda das condições e experiências das mães migrantes. Surge, portanto, a necessidade de desenvolver uma descrição objetiva desse fenômeno e, ao mesmo tempo, integrar as vozes das mães migrantes para obter uma compreensão mais profunda de sua realidade e identificar barreiras e facilitadores para a implementação de estratégias de cuidado e apoio mais relevantes, sensíveis às suas necessidades e circunstâncias, e que sejam também eficazes, sustentáveis e contextualizadas. Espera-se que isso mitigue as barreiras reais e fortaleça os facilitadores existentes para atender às realidades da prática profissional atual.

Objetivo: Identificar as barreiras e os facilitadores que influenciam a implementação de práticas de cuidados materno-infantis em populações migrantes, com base em suas condições de vida e experiências durante a gravidez, o parto e o período neonatal.

Método: O Quadro Consolidado para Pesquisa em Implementação (CFIR, sigla em inglês para Consolidated Framework for Implementation Research) foi aplicado para interpretar as inferências e meta-inferências derivadas de um Estudo de métodos mistos do tipo convergente, que teve como foco descrever as condições e experiências de mães migrantes durante a gravidez, o parto e o período neonatal. Na componente quantitativa, foi realizado um estudo descritivo transversal, no qual um questionário foi aplicado a 181 mães migrantes com mais de 14 anos de idade, internadas na unidade neonatal ou recebendo cuidados no programa de Cuidado Materno Canguru em uma instituição de saúde na cidade de Medellín. A amostra e o método de amostragem foram por conveniência. Na componente qualitativa, a teoria fundamentada foi desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas com 17 mães migrantes que participaram do estudo quantitativo, considerando um quadro de amostragem interdependente para o estudo de métodos mistos. O número de participantes foi determinado pela saturação teórica. A integração dos dados foi realizada utilizando uma abordagem de conexão, e o relatório de análise foi desenvolvido utilizando uma matriz de exibição conjunta.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Antioquia e pelo comitê de pesquisa da instituição de saúde onde o estudo foi conduzido.

Resultados: Na componente quantitativa, a idade média foi de 24 anos (DP 6,26). 75,1% (n=141) eram donas de casa, o pai era o provedor econômico em

64,64% (n=117) dos casos, 58% (n=98) possuíam autorização de residência temporária no país, e uma alta porcentagem, 96,1% (n=174), das mães recebeu cuidados pré-natais; no entanto, 27,4% (n=49) realizaram menos de 5 consultas, e 61,9% (n=112) enfrentaram barreiras de acesso. 56,9% (n=103) das mulheres não planejaram suas gravidezes e, destas, 65,2% (n=67) relataram ter barreiras para acessar programas de planejamento familiar. Em relação às crianças, o peso médio ao nascer foi de 2416,7 g (DP 627,2 g) e a idade gestacional média foi de 36 semanas (DP 2,95 semanas). 63,5% (n=115) apresentaram baixo peso ao nascer e 47,5% (n=86) nasceram antes de 37 semanas.

Na componente quantitativa, emergiram quatro categorias: Migrar para mudar de vida, o cotidiano de uma migrante, buscar atendimento como mulher migrante e enfrentar a realidade do cuidado como migrante; esta última emergiu como a categoria central.

Na integração inerente à abordagem de métodos mistos, uma perspectiva convergente foi encontrada nos dados e números sobre regularização, dependência econômica e barreiras de acesso a cuidados pré-natais e programas de planejamento familiar, bem como nas categorias do cotidiano de uma migrante e da busca por cuidados como mulher migrante. As condições de saúde das crianças também convergem e se expandem em relação à categoria que enfrenta a realidade dos cuidados como mulher migrante.

Na interpretação dos resultados por meio da aplicação do CFIR em seus domínios e construtos, identificou-se que as barreiras e os facilitadores para a implementação de práticas de enfermagem materno-perinatal situaram-se principalmente no domínio Contexto Externo, no qual as mães migrantes e seus recém-nascidos enfrentam múltiplas condições de vulnerabilidade. Entre as principais barreiras destacam-se a baixa regularização migratória, o conhecimento limitado sobre os fluxos de atenção à saúde e seus direitos, bem como o receio de procurar os serviços de saúde devido à sua situação migratória, as limitações econômicas e a escassez de redes de apoio social e familiar. Dentro desse domínio, também é importante mencionar como barreiras o baixo peso ao nascer e a prematuridade relatados, condições que implicam maiores necessidades de acompanhamento e monitoramento. Por sua vez, foram identificados como facilitadores o marco normativo que contempla ações e mecanismos de proteção e priorização da atenção à saúde para as mulheres migrantes e seus filhos, bem como a oferta de serviços gratuitos. Adicionalmente, a existência de organizações comunitárias e programas de

apoio voltados à população migrante pode facilitar a implementação de práticas de cuidado para esse grupo.

Com relação ao Contexto Interno, com base nas perspectivas das mães migrantes, foram identificadas barreiras, como a falta de clareza por parte de algumas instituições quanto ao acesso à saúde. Cabe ressaltar que as experiências das mães durante a gravidez, o parto e o pós-parto revelaram que, em alguns casos, o atendimento foi complexo, principalmente devido ao recebimento de orientações diversas ou contraditórias. Contudo, foram identificados fatores facilitadores nas instituições responsáveis pelo parto e pelos cuidados neonatais. Nesse sentido, a experiência das instituições no atendimento a populações vulneráveis e migrantes internas, bem como seu alto nível de especialização no cuidado a bebês prematuros ou de baixo peso ao nascer, também foram identificados como fatores facilitadores.

Por fim, no domínio dos Indivíduos: papéis e características, como barreiras os resultados identificaram que, segundo alguns profissionais, as informações fornecidas podem ser pouco claras. Apesar de falarem o mesmo idioma, algumas expressões nem sempre são compreensíveis no novo contexto. Soma-se a essa barreira a falta de confiança para questionar o que não entenderam. Os facilitadores identificados foram atitudes prestativas e de apoio por parte da equipe, interesse em aprender mais sobre as circunstâncias das mulheres migrantes, dado o crescente número destas, e, de modo geral, a disponibilidade de canais de apoio para o cuidado e a administração.

Conclusão: O cuidado materno e perinatal em populações migrantes é um tema de grande importância para a profissão e a sociedade. Atualmente, existem diretrizes e estratégias de cuidado baseadas em evidências que orientam as práticas assistenciais; contudo, ao lidar com populações migrantes, existem barreiras e facilitadores específicos para a sua implementação. É necessário mitigar as barreiras de acesso ao cuidado por meio de ações intersetoriais e interprofissionais que melhorem a informação para as mulheres migrantes sobre as vias de acesso, especialmente em programas de planejamento familiar e pré-natal. Da mesma forma, os profissionais de saúde devem passar por processos de conscientização e treinamento sobre regulamentações e cuidados de saúde para migrantes internacionais a partir de uma perspectiva intercultural.

Por fim, é necessário dar voz aos principais atores envolvidos no fenômeno em questão e integrá-los a dados objetivos para promover a ciência da

implementação na enfermagem. Isso permite compreender os fatores contextuais e pessoais relevantes para a implementação de práticas de cuidado pertinentes e sensíveis às realidades dos indivíduos e comunidades em diferentes contextos de cuidado.

Entidade financiadora: Comitê para o Desenvolvimento da Pesquisa - Universidade de Antioquia

1. Garnica-Rosas L, Granich-Armenta A, Guerra Y Guerra G, Sánchez-Dominguez M, Lamadrid-Figueroa H. Perinatal Outcomes Among Venezuelan Immigrants in Colombia: A Cross-Sectional Study. J Immigr Minor Health. 2021 Oct;23(5):976-985.

2. Weerasingha S, Tindal K, Palmer K, Ellery SJ, Davies-Tuck M. Do Antenatal Interventions Improve Maternal and Perinatal Outcomes for Migrant Women Living in High-Income Countries and What Guidelines Exist for Migrant Women? A Systematic Review and Meta-Analysis. Birth. 2025 Dec;52(4):529-538. doi: 10.1111/birt.12903

3. Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. BMC Med. 2018 Jun 12;16(1):89. doi: 10.1186/s12916-018-1064-0

4. Reardon CM, Damschroder LJ, Ashcraft LE, Kerins C, Bachrach RL, Nevedal AL, Domlyn AM, Dodge J, Chinman M, Rogal S. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) User Guide: a five-step guide for conducting implementation research using the framework. Implement Sci. 2025 Aug 16;20(1):39.

5.. Creswell J, Plano-Clark V. Designing and conducting mixed methods research. Third edition. Oaks, CA: Sage Thousand; 2018

Barreras y facilitadores para la implementación de prácticas de cuidado materno perinatal en población migrante

Introducción: La migración es un fenómeno global que expone a las personas a una mayor vulnerabilidad, generando riesgos significativos para su salud y el

bienestar. Dentro de las personas migrantes, las mujeres gestantes y sus hijos representan un grupo de gran interés. Al respecto existe evidencia acerca de la asociación entre la migración y resultados maternos y perinatales adversos, que tienen que ver principalmente con la salud general y mental de las madres, el parto prematuro y el bajo peso al nacer. En América Latina, la migración venezolana se configura como fenómeno reciente, complejo y dinámico, por lo que es necesario implementar prácticas de cuidado social y culturalmente

sensibles a la realidad del contexto, sin embargo, para lograrlo se requiere un mayor conocimiento de las condiciones y experiencias de las madres migrantes. Es así como surge la necesidad de acercarse a una descripción objetiva de este fenómeno y su vez integrar las voces de las madres migrantes, para alcanzar una comprensión más profunda de su realidad e identificar barreras y facilitadores para implementar estrategias de cuidado y atención más pertinentes, sensibles a sus necesidades y a su realidad, que además sean efectivas, sostenibles y contextualizadas. Con lo cual se espera mitigar las barreras reales y fortalecer los facilitadores existentes para enfrentar en la realidad de la práctica profesional actual.

Objetivo: Identificar las barreras y los facilitadores que influyen en la implementación de prácticas de cuidado materno perinatal en población migrante, a partir de sus condiciones de vida y de sus experiencias durante la atención de la gestación, el parto y el periodo neonatal.

Método: se aplicó el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación (CFIR: por sus siglas en inglés para Consolidated Framework for Implementation Research), para la interpretación de las inferencias y meta inferencias derivadas de un Estudio Mixto de tipo Concurrente, cuyo interés fue la descripción de las condiciones y experiencias de las madres migrantes durante la gestación, el parto y el cuidado neonatal.

En el componente cuantitativo se realizó un estudio descriptivo trasversal, para lo que aplicó un cuestionario a 181 madres migrantes mayores de 14 años, hospitalizadas en la unidad neonatal o atención en el programa madre canguro de una institución de salud de la ciudad de Medellín. La muestra y el muestreo fue a conveniencia. En el componente cualitativo se llevó a cabo una teoría fundamenta mediante entrevistas semiestructuradas a 17 madres migrantes que participaron en el estudio cuantitativo considerando un marco muestral de tipo interdependiente para el estudio mixto. El número de participantes se estableció mediante saturación teórica. Para la integración de los datos se

utilizó el enfoque de conexión y el informe del análisis de la integración se desarrolló mediante una matriz de integración tipo Joint Display.

El estudio contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y del comité de investigación de la institución de salud donde se realizó el estudio.

Resultados: En el componente cuantitativo se evidencio una edad promedio de 24 años (DE 6,26), un 75,1 % (n=141) se desempeñan como amas de casa, el padre es el proveedor económico en el 64,64 % (n=117) de los casos, el 58 % (n=98) contaba con un permiso temporal de permanencia en el país y un porcentaje alto 96,1 % (n=174) de las madres realizó controles prenatales; pero un 27,4 % (n=49) realizó menos 5 controles y el 61,9 % (n=112) experimentó barreras en el acceso. El 56,9 % (n=103) de las mujeres no planeó el embarazo y de ellas 65,2 % (n=67) dijo haber tenido barreras para acceder a los programas de planificación familiar. En cuanto a los hijos, el peso al nacer promedio fue 2416,7 g (DE 627,2 g) y la edad gestacional promedio fue de 36 semanas (DE 2,95 semanas). El 63,5 % (n=115) presentó bajo peso al nacer y el 47,5 % (n=86) nació antes de las 37 semanas.

En el componente cuantitativo emergieron cuatro categorías: Migrando para cambiar la vida, la cotidianidad del migrante, buscando atención como mujer migrante y enfrentando la realidad del cuidado siendo migrante, esta última se configuró como la categoría central.

En la integración propia del método mixto se encontró una perspectiva convergente en los datos y cifras de regularización, dependencia económica y barreras para el acceso a los controles prenatales y programas de planificación familiar y las categorías la cotidianidad del migrante y buscando atención como mujer migrante. Las condiciones de salud de los niños también son convergentes y se expanden en relación con la categoría enfrentando la realidad del cuidado como mujer migrante.

En la interpretación de los resultados mediante la aplicación del CFIR en sus dominios y constructos, se identificó que las barreras y facilitadores para las prácticas de enfermería materno perinatal se ubicaron principalmente en el dominio Contexto Externo, en el que las madres migrantes y sus recién nacidos enfrentan múltiples condiciones de vulnerabilidad. Entre las principales barreras se destacan la baja regularización migratoria, el limitado conocimiento de las rutas de atención en salud y de sus los derechos, así como el temor a acudir a los servicios de salud por su situación migratoria, las limitaciones económicas y

las pocas redes de apoyo social y familiar. Dentro del este dominio también es importante mencionar como barreras el bajo peso al nacer y la prematurez reportada, lo que implica mayores necesidades de acompañamiento y seguimiento. Por su parte se identificaron como facilitadores el marco normativo que contempla acciones y mecanismos de protección y priorización de la atención en salud para las mujeres migrantes y sus hijos, así como la prestación de servicios gratuitos Adicionalmente, la existencia de organizaciones comunitarias y programas de apoyo a población migrante pueden facilitar la implementación de prácticas de cuidado para este grupo.

En cuanto al dominio Contexto Interno, de acuerdo con las perspectivas de las madres migrantes se pudo identificar que existen barreras como, por ejemplo, una orientación poco clara de algunas instituciones frente a las rutas y vías para el acceso a la atención en salud, al respecto cabe anotar que en la experiencia de las madres en su trayectoria durante la gestación, el parto y el cuidado de sus hijos, encontraron que en algunos casos, fue compleja la atención particularmente porque recibían orientaciones diversas o contradictorias. Pero como facilitador se identificó que existe en las instituciones encargadas de la atención del parto y el cuidado del recién nacido. En este sentido también se identificó como facilitador la experiencia de las instituciones en la atención y cuidado de poblaciones vulnerables y de atención de migrantes internos y la alta competencia en la atención de niños prematuros o con bajo peso al nacer.

Por último, en el dominio Individuos: roles y características como barreras se identificó que por parte de algunos profesionales la información puede ser poco clara, pues pese a tener el mismo idioma algunas expresiones no son siempre comprensibles en el nuevo contexto, a lo que se suma como barrera la poca confianza para preguntar acerca de lo que no comprendieron. Como facilitador se identificó una actitud de ayuda y apoyo por parte del personal, el interés por conocer más sus condiciones dado el número creciente de mujeres migrantes y por general canales de apoyo asistencial y administrativo.

Conclusión: El cuidado materno perinatal en población migrante, es un tema de gran importancia para la profesión y la sociedad. Actualmente se cuentan con guías de atención basadas en la evidencia y estrategias que orientan las prácticas de cuidado, sin embargo, cuando se trata de población migrante existen barreras y facilitadores específicos para su implementación. Es necesario mitigar barreras de acceso a la atención mediante acciones intersectoriales e interprofesionales que mejoren la información a las mujeres

migrantes acerca de las rutas de acceso principalmente en programas de planificación familiar y control prenatal. De igual forma el personal de salud debe contar con procesos de sensibilización y formación en términos de normatividad y de atención en salud de migrantes internacionales desde una perspectiva intercultural.

Finalmente, es necesario dar espacio a las voces de los principales actores involucrados en los fenómenos de interés e integrarlas a los datos objetivos para favorecer la ciencia de la implementación en enfermería, pues permite conocer y comprender los factores contextuales y personales relevantes para la implementación de prácticas de cuidado pertinentes y sensibles a la realidad de las personas y las comunidades en los diferentes contextos de atención.

Entidad financiadora: Comité para el Desarrollo de la Investigación-Universidad de Antioquia

1. Garnica-Rosas L, Granich-Armenta A, Guerra Y Guerra G, Sánchez-Dominguez M, Lamadrid-Figueroa H. Perinatal Outcomes Among Venezuelan Immigrants in Colombia: A Cross-Sectional Study. J Immigr Minor Health. 2021 Oct;23(5):976-985.

2. Weerasingha S, Tindal K, Palmer K, Ellery SJ, Davies-Tuck M. Do Antenatal Interventions Improve Maternal and Perinatal Outcomes for Migrant Women Living in High-Income Countries and What Guidelines Exist for Migrant Women? A Systematic Review and Meta-Analysis. Birth. 2025 Dec;52(4):529-538. doi: 10.1111/birt.12903

3. Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. BMC Med. 2018 Jun 12;16(1):89. doi: 10.1186/s12916-018-1064-0

4. Reardon CM, Damschroder LJ, Ashcraft LE, Kerins C, Bachrach RL, Nevedal AL, Domlyn AM, Dodge J, Chinman M, Rogal S. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) User Guide: a five-step guide for conducting implementation research using the framework. Implement Sci. 2025 Aug 16;20(1):39.

5.. Creswell J, Plano-Clark V. Designing and conducting mixed methods research. Third edition. Oaks, CA: Sage Thousand; 2018

Barriers and Facilitators to the Implementation of Maternal and Perinatal Care Practices in Migrant Populations

Introduction: Migration is a global phenomenon that exposes people to greater vulnerability, generating significant risks to their health and well-being. Among migrants, pregnant women and their children represent a group of particular concern. There is evidence of an association between migration and adverse maternal and perinatal outcomes, primarily related to the mothers' overall and mental health, premature birth, and low birth weight. In Latin America, Venezuelan migration is a recent, complex, and dynamic phenomenon, making it necessary to implement socially and culturally sensitive care practices that are responsive to the realities of the context. However, achieving this requires a deeper understanding of the conditions and experiences of migrant mothers. Thus arises the need to develop an objective description of this phenomenon and, at the same time, integrate the voices of migrant mothers to gain a more profound understanding of their reality and identify barriers and facilitators for implementing more relevant care and support strategies that are sensitive to their needs and circumstances, and that are also effective, sustainable, and contextualized. This is expected to mitigate existing barriers and strengthen facilitators to address the realities of current professional practice.

Objective: To identify the barriers and facilitators that influence the implementation of maternal and perinatal care practices among migrant populations, based on their living conditions and experiences during pregnancy, childbirth, and the neonatal period.

Method: The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) was applied to interpret the inferences and meta-inferences derived from a concurrent mixed-methods study. The study aimed to describe the conditions and experiences of migrant mothers during pregnancy, childbirth, and neonatal care.

The quantitative component involved a cross-sectional descriptive study, which included administering a questionnaire to 181 migrant mothers over 14 years of age who were hospitalized in the neonatal unit or receiving care through the Kangaroo Mother Care program at a healthcare institution in Medellín. The sample and sampling method were convenience sampling. The qualitative component involved grounded theory through semi-structured interviews with 17 migrant mothers who participated in the quantitative study, using an interdependent sampling frame for the mixed-methods study. The number of participants was determined by theoretical saturation. Data integration was performed using a connection approach, and the integration analysis was reported using a Joint Display.

The study was approved by the Ethics Committee of the Nursing Faculty of the University of Antioquia and the research committee of the healthcare institution where the study was conducted.

Results: In the quantitative component, the average age was 24 years (SD 6.26). 75.1% (n=141) were housewives, the father was the economic provider in 64.64% (n=117) of cases, 58% (n=98) had a temporary residence permit in the country, and a high percentage, 96.1% (n=174), of the mothers received prenatal care; however, 27.4% (n=49) received fewer than 5 checkups, and 61.9% (n=112) experienced barriers to access. 56.9% (n=103) of the women did not plan their pregnancies, and of these, 65.2% (n=67) reported having barriers to accessing family planning programs. Regarding the children, the average birth weight was 2416.7 g (SD 627.2 g) and the average gestational age was 36 weeks (SD 2.95 weeks). 63.5% (n=115) had low birth weight and 47.5% (n=86) were born before 37 weeks.

In the quantitative component, four categories emerged: Migrating to change one's life, the daily life of a migrant, seeking care as a migrant woman, and facing the reality of caregiving as a migrant; the latter emerged as the central category.

In the integration inherent to the mixed methods approach, a convergent perspective was found in the data and figures on regularization, economic dependence, and barriers to accessing prenatal care and family planning programs, as well as in the categories of the daily life of a migrant and seeking care as a migrant woman. The children's health conditions are also convergent

and expand in relation to the category of facing the reality of caregiving as a migrant woman.

In interpreting the results through the application of the CFIR to its domains and constructs, it was identified that the barriers and facilitators for maternal and perinatal nursing practices were primarily located in the External Context domain, where migrant mothers and their newborns face multiple vulnerabilities. Among the main barriers are low immigration regularization, limited knowledge of healthcare pathways and their rights, as well as fear of accessing health services due to their immigration status, economic limitations, and few social and family support networks. Within this domain, it is also important to mention low birth weight and reported prematurity as barriers, which imply greater needs for support and follow-up. On the other hand, the regulatory framework that includes actions and mechanisms for the protection and prioritization of healthcare for migrant women and their children, as well as the provision of free services, were identified as facilitators. Additionally, the existence of community organizations and support programs for the migrant population can facilitate the implementation of care practices for this group.

Regarding the Internal Context domain, according to the perspectives of migrant mothers, barriers were identified, such as a lack of clarity from some institutions regarding the routes and pathways for accessing healthcare. It should be noted that the mothers' experiences during pregnancy, childbirth, and childcare revealed that in some cases, care was complex, particularly because they received diverse or contradictory guidance. However, a facilitating factor was identified within the institutions responsible for childbirth and newborn care. In this sense, the institutions' experience in caring for vulnerable populations and internal migrants, as well as their high level of expertise in caring for premature or low birth weight infants, were also identified as facilitating factors.

Finally, in the domain of Individuals: roles and characteristics as barriers, it was identified that some professionals may not provide clear information. Despite speaking the same language, some expressions are not always understandable in the new context. This is compounded by a lack of confidence in asking about what they did not understand. Facilitators identified included a helpful and supportive attitude from staff, an interest in learning more about their

circumstances given the growing number of migrant women, and, in general, the availability of support channels for care and administration.

Conclusion: Maternal and perinatal care for migrant populations is a topic of great importance for the profession and society. Currently, there are evidence-based care guidelines and strategies that guide care practices; however, when dealing with migrant populations, there are specific barriers and facilitators to their implementation. It is necessary to mitigate barriers to access to care through intersectoral and interprofessional actions that improve information for migrant women about access pathways, especially in family planning and prenatal care programs. Similarly, healthcare personnel must undergo awareness and training processes regarding regulations and healthcare for international migrants from an intercultural perspective.

Finally, it is necessary to give voice to the main stakeholders involved in the phenomena of interest and integrate them with objective data to promote the science of implementation in nursing. This allows for understanding the contextual and personal factors relevant to implementing care practices that are pertinent and sensitive to the realities of individuals and communities in different care settings.

Funding entity: Committee for the Development of Research - University of Antioquia

1. Garnica-Rosas L, Granich-Armenta A, Guerra Y Guerra G, Sánchez-Dominguez M, Lamadrid-Figueroa H. Perinatal Outcomes Among Venezuelan Immigrants in Colombia: A Cross-Sectional Study. J Immigr Minor Health. 2021 Oct;23(5):976-985.

2. Weerasingha S, Tindal K, Palmer K, Ellery SJ, Davies-Tuck M. Do Antenatal Interventions Improve Maternal and Perinatal Outcomes for Migrant Women Living in High-Income Countries and What Guidelines Exist for Migrant Women? A Systematic Review and Meta-Analysis. Birth. 2025 Dec;52(4):529-538. doi: 10.1111/birt.12903

3. Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review

of systematic reviews. BMC Med. 2018 Jun 12;16(1):89. doi: 10.1186/s12916-018-1064-0

4. Reardon CM, Damschroder LJ, Ashcraft LE, Kerins C, Bachrach RL, Nevedal AL, Domlyn AM, Dodge J, Chinman M, Rogal S. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) User Guide: a five-step guide for conducting implementation research using the framework. Implement Sci. 2025 Aug 16;20(1):39.

5.. Creswell J, Plano-Clark V. Designing and conducting mixed methods research. Third edition. Oaks, CA: Sage Thousand; 2018

Palavras-chave: ciencia de la implementación; enfermería neonatal; migración humana.