

Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto

SAÚDE DA MULHER MIGRANTE VENEZUELANA EM RORAIMA: Desafios, Barreiras e Perspectivas no Cuidado à Maternidade



EDITORA
SCIENZA

Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto
(organizadora)

**SAÚDE DA MULHER MIGRANTE
VENEZUELANA EM RORAIMA:
Desafios, Barreiras e Perspectivas no
Cuidado à Maternidade**



2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

B2751s Barreto, Tarcia Millene de Almeida Costa

Saúde da Mulher Migrante Venezuelana em Roraima: Desafios, Barreiras e Perspectivas no Cuidado à Maternidade / Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto – São Carlos : Editora Scienza, 2025.

304 p.

ISBN – 978-65-5668-233-4

DOI – <http://dx.doi.org/10.26626/9786556682334.2025B001>

1. Mulher migrante. 2. Saúde da mulher. 3. Coletânea. 4. Maternidade.
I. Título.

CDD 305.48 – 869.8
migração – coletânea / miscelânea

Elaborado por Editora Scienza
Índice para catálogo sistemático:

1. Migração. 305.48 – 2. Coletânea / miscelânea 869.8

Revisão, Editoração, E-pub e Impressão:



Rua Cel. Domingos Marino de Azevedo, 85 – CEP 13575-008 – São Carlos, SP – (16) 9 9285-3689
www.editorascienza.com.br | gustavo@editorascienza.com

APRESENTAÇÃO

A coletânea **“SAÚDE DA MULHER MIGRANTE VENEZUELANA EM RORAIMA: Desafios, Barreiras e Perspectivas no Cuidado à Maternidade”** reúne uma série de trabalhos acadêmicos de graduação e mestrado, todos orientados pelo compromisso com o bem-estar e o direito à saúde de mulheres migrantes venezuelanas. Esta publicação, composta por nove estudos detalhados, visa lançar luz sobre a realidade de um grupo que enfrenta desafios únicos e múltiplas barreiras no acesso ao sistema de saúde brasileiro.

Roraima, estado fronteiriço e porta de entrada para a maioria das venezuelanas em busca de refúgio e novas oportunidades, se tornou um epicentro de fluxos migratórios intensos nos últimos anos. Essa situação trouxe implicações significativas para o sistema de saúde local, especialmente para a assistência materno-infantil. O estado acolhe mulheres que, ao mesmo tempo que buscam um recomeço, se deparam com dificuldades econômicas, culturais e estruturais ao tentar acessar cuidados essenciais durante o ciclo gravídico-puerperal.

A coletânea está organizada em três partes, cobrindo aspectos essenciais do cuidado pré-natal, da assistência ao parto e das consequências no puerpério para a saúde materna e neonatal. Cada parte examina uma etapa fundamental do atendimento, abordando temas como a educação em saúde, barreiras linguísticas e a discriminação percebida nos serviços de saúde. Ao longo dos estudos, identifica-se a relevância de uma assistência humanizada e acessível, considerando-se as especificidades culturais e sociais dessa população.

Acreditamos que este trabalho será de grande utilidade para gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e para a formulação

de políticas públicas que busquem promover equidade e inclusão no atendimento obstétrico. Este material não apenas fornece uma visão abrangente dos desafios vivenciados por essas mulheres, mas também propõe caminhos para superá-los, visando uma maternidade segura e respeitosa para todas, independentemente de sua nacionalidade ou condição migratória.

Que esta coletânea inspire uma reflexão profunda e leve a ações concretas para fortalecer a rede de atenção à saúde para mulheres migrantes em Roraima e em outras regiões do país.

SUMÁRIO

Parte 1 – Atenção ao Pré-natal e Educação em Saúde

Capítulo 1 – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL A MIGRANTES

VENEZUELANAS E POSSÍVEIS REFLEXOS NO PARTO E PUERPÉRIO	11
1.1 Introdução	12
1.2 Metodologia	14
1.3 Resultados e Discussão	18
1.4 Considerações Finais	53
Referências	55

Capítulo 2 – ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E

CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DAS VENEZUELANAS

ATENDIDAS NO SERVIÇO OBSTÉTRICO DE BOA VISTA.....	59
2.1 Introdução	60
2.2 Metodologia	61
2.3 Resultados e Discussão	62
2.4 Considerações Finais	73
Referências	74

Parte 2 – Assistência ao Parto e Barreiras no Atendimento

Capítulo 1 – A PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES MIGRANTES

VENEZUELANAS SOBRE A BARREIRA LINGÜÍSTICA NO

ATENDIMENTO DO TRABALHO DE PARTO	79
1.1 Introdução	80
1.2 Metodologia	82
1.3 Resultados e Discussão	87
1.4 Considerações Finais	101
Referências	102

Capítulo 2 – PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO DA MIGRANTE VENEZUELANA EM UM HOSPITAL MATERNO INFANTIL REFERÊNCIA NO EXTREMO NORTE DO BRASIL.....	107
2.1 Introdução	108
2.2 Metodologia	110
2.3 Resultados e Discussão	114
2.4 Considerações Finais	127
Referências	128

Capítulo 3 – DISCRIMINAÇÃO PERCEBIDA POR PUÉRPERAS NA ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM BOA VISTA (RR)	135
3.1 Introdução	136
3.2 Metodologia	138
3.3 Resultados e Discussão	143
3.4 Considerações Finais	160
Referências	161

Parte 3 – Puerpério e Desfechos Neonatais

Capítulo 1 – ACOMPANHAMENTO PUERPERAL DAS IMIGRANTES VENEZUELANAS RESIDENTES NOS ABRIGOS TEMPORÁRIOS DA CIDADE DE BOA VISTA – RR	171
1.1 Introdução	172
1.2 Metodologia	176
1.3 Resultados e Discussão	180
1.4 Considerações Finais	209
Referências	211

Capítulo 2 – CONDIÇÕES DE NASCIMENTO E DESFECHOS NEONATAIS DE RECÉM-NASCIDOS FILHOS DE MIGRANTES VENEZUELANAS EM CONDIÇÕES DE ABRIGAMENTO NA CIDADE DE BOA VISTA (RR)	217
2.1 Introdução	218
2.2 Metodologia	220
2.3 Resultados e Discussões	225
2.4 Considerações Finais	253
Referências	255

Parte 4 – Perfil Socioepidemiológico e Análise dos Custos em Saúde

Capítulo 1 – PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES MIGRANTES VENEZUELANAS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE NO EXTREMO NORTE DO BRASIL	265
1.1 Introdução	266
1.2 Metodologia	269
1.3 Resultados e Discussões	271
1.4 Considerações Finais	283
Referências	284

Capítulo 2 – ANÁLISE DE CUSTOS EM SAÚDE DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS NO SERVIÇO DE OBSTÉTRICIA AS MIGRANTES VENEZUELANAS EM BOA VISTA	289
2.1 Introdução	290
2.2 Metodologia	291
2.3 Resultados e Discussão	292
2.4 Considerações Finais	301
Referências	301

CONCLUSÃO	303
------------------	-----

Parte 1

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O pré-natal é uma etapa essencial para garantir a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê, especialmente em situações de vulnerabilidade como a das mulheres migrantes venezuelanas em Roraima. O acompanhamento pré-natal eficaz oferece não apenas o monitoramento de fatores de risco, mas também uma oportunidade crucial para a educação em saúde, que permite às gestantes compreenderem e se prepararem para as várias fases da gravidez, parto e puerpério.

Entretanto, o acesso ao pré-natal para essa população enfrenta desafios significativos, incluindo barreiras linguísticas, falta de conhecimento sobre os direitos de saúde no Brasil e dificuldades econômicas. O contexto migratório intensifica essas questões, o que demanda uma adaptação da assistência pré-natal para atender às necessidades específicas dessas mulheres. A educação em saúde também é uma ferramenta poderosa, capaz de promover a autonomia e proporcionar o conhecimento necessário para lidar com condições de saúde que, se não monitoradas, podem ter implicações sérias, como no caso do diabetes gestacional.

Este capítulo reúne estudos que exploram as vivências dessas gestantes e avaliam o impacto da assistência pré-natal na trajetória da maternidade para as mulheres migrantes venezuelanas. A análise das experiências e percepções dessas mulheres revela a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e sensível no atendimento pré-natal, que considere as limitações enfrentadas e busque oferecer suporte e informações adequadas. Os trabalhos aqui apresentados

discutem, portanto, não apenas as questões práticas do acompanhamento, mas também a importância de uma educação em saúde acolhedora e culturalmente apropriada, para assegurar que as gestantes se sintam amparadas e informadas durante toda a gestação.

Capítulo 1

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL A MIGRANTES VENEZUELANAS E POSSÍVEIS REFLEXOS NO PARTO E PUERPÉRIO

*Vitória Régia Albuquerque da Silva
Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto*

Resumo

A migração venezuelana constitui o mais intenso fluxo migratório na história recente de Roraima, trazendo transformações significativas em todos os níveis da estrutura socioeconômica do estado. Contudo, essa população carece de cuidados integrais de saúde, sendo caracterizada como vulnerável. Este estudo objetiva analisar as puérperas migrantes por meio da assistência pré-natal para compreender as possíveis repercussões na saúde dessas mulheres e de seus recém-nascidos, considerando a situação de maior vulnerabilidade em que se encontram. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e corte transversal, ao considerar a população alvo de 217 mulheres composta por puérperas migrantes. A coleta de dados ocorreu entre julho e agosto de 2021, por meio de um questionário semiestruturado com perguntas mistas, além de um roteiro direcionado ao cartão da gestante. Os resultados indicaram um perfil de mulheres com faixa etária média de 24 anos, com desvio padrão de $\pm 5,34$ anos. O estado civil predominante foi de solteira, representando 46,08% ($n = 100$), e 44,70% ($n = 97$) possuíam ensino médio completo. Quanto ao número de filhos, 33,17% ($n = 72$) possuíam dois filhos, e ao tratar da ocupação, 41,01% ($n = 89$) estavam desempregadas. Das entrevistadas, 80% ($n = 173$) realizaram pré-natal, com uma média de 2,77 consultas. Dentre as que realizaram pré-natal, 47% ($n = 102$)

receberam atendimento principalmente da categoria de enfermagem. Em termos de suplementação, 81% (n = 175) faziam uso, com maior adesão ao sulfato ferroso e ácido fólico a partir do segundo trimestre de gestação (49,5%, n = 86). Além disso, 94% (n = 168) realizaram testes rápidos durante a gravidez. Verificou-se que o álcool foi a substância com maior incidência, sendo relatado por 12% (n = 26) das entrevistadas. A parcela mais incidente relatou a infecção urinária como evento adverso, com 46,55% (n = 81). No que diz respeito às dificuldades para realização do pré-natal, notou-se que 25,35% (n = 55) relataram algum tipo de dificuldade e 98,50% (n = 209) não participaram de educação e saúde nos postos. Quando a paridade, 86,18% (n = 187) eram multíparas. A via de parto mais utilizada foi a normal, com 81,1% (n = 176), dos quais 18,90% (n = 41) envolveram episiorrafia. Quanto aos problemas relatados no decorrer do parto, circular de cordão 11,98% (n = 26) foi a complicação mais evidenciada. A maior parte das entrevistadas encontrava-se no puerpério mediato, correspondendo a 88% (n = 197). Os apontamentos iniciais já permitem observar a situação vulnerável em que esse grupo se encontra e como a assistência ofertada à saúde dessa população é fundamental para o progresso das gerações vindouras. Conclui-se que, embora as mulheres migrantes tenham realizado pré-natal, o número de consultas foi baixo, o início da suplementação ocorreu tardiamente, resultando em consequências no período gestacional, como alta incidência de infecção do trato urinário, intercorrências no parto e complicações na saúde neonatal. Situações essas que são antecipadas junto às consultas de acompanhamento gestacional e uso adequado da suplementação.

Palavras-chaves: Mulher migrante. Pré-natal. Neonato. Puerpério.

1.1 Introdução

O Brasil, nos últimos anos, tem demonstrado segurança econômica à visão internacional. Isso fez com que o país seja alvo novamente dos fluxos migratórios recentes. Os agrupamentos de pessoas que saem e entram do país são ativas e contribuem também para a acentuada diferença de classes dos habitantes (GRANADA, 2017).

A vulnerabilidade vivida pelos migrantes afeta principalmente a área da saúde. Algumas razões justificam essa situação encontrada e, uma evidente, é a questão econômica desfavorecida. Ademais, existem implicações de situação de ilegalidade no país acolhedor, incluindo a distância das residências até os centros de saúde e a burocracia para acessar o sistema de saúde. A falta de conhecimento sobre os direitos aos serviços públicos também aumenta a insegurança do estrangeiro (GONÇALVES, *et al.*, 2003).

Na perspectiva da visão social do migrante, existem preconceitos fundamentados em crenças reducionistas, no qual o migrante é visto como algo exótico, anormal e associados a uma única cultura. O que não é verdade, pois a cultura é algo profundo e plural. Na área da saúde, a compreensão cultural é fundamental para proporcionar um cuidado integral adequado (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Uma vez que os migrantes possuem diversas características associadas à própria origem, como a cultura, é essencial promover uma abordagem integral à saúde da população migrante, incluindo políticas de apoio social. Pois, somente assim, os migrantes terão amplo acesso aos serviços, uma redução nas desigualdades e uma melhora no estado geral de saúde. Reflexos de uma visão plural da saúde são benéficas ao contexto social ao qual se inserem (GRANADA, 2017).

Logo, a questão social é fundamental para um cuidado integral e efetivo na saúde dos migrantes. Diante disso, na recente história de Roraima, os refugiados venezuelanos constituem a leva mais intensa de migrantes. E com isso, trouxeram mudanças a todos os níveis da estrutura socioeconômica no estado. A população de refugiados venezuelanos compõe segmentos específicos, como os indígenas da etnia Warao, em que mulheres e crianças constituem a maior parte dos migrantes em situação de vulnerabilidade nas ruas, o que exige do

poder público ações voltadas a esses grupos de maneira intercultural e sensível (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Segundo Castles e Miller (2004), apesar da ausência de enfoque nas pesquisas migratórias, a feminização das migrações é uma realidade contundente. Esse dado cresce cada vez mais por todo o mundo, pois as mulheres migrantes são personagens comuns que expõem a vulnerabilidade do processo migratório. Todavia, certos grupos de mulheres migrantes são alvo de discriminação intensificada, o que agrava ainda mais sua condição de saúde (TOPA; NEVES, 2013).

Além disso, o aumento do número de partos no Hospital Materno aumentou de maneira significativa desde o início da crise econômica na Venezuela. Esse movimento pode estar relacionado ao elevado índice de mortalidade materna na Venezuela, que aumentou 65% em 2016, assim como à mortalidade infantil, que cresceu 30% no mesmo ano. Diante disso, muitas mulheres migraram em busca de condições de parto melhores (HRW, 2019).

Dessa maneira, este estudo teve como objetivo observar as puérperas migrantes a partir da assistência pré-natal, visando compreender as repercussões na saúde dessas mulheres e de seus recém-nascidos, considerando a situação de maior vulnerabilidade em que esse grupo se encontra.

1.2 Metodologia

1.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e corte transversal. A tipologia da pesquisa foi definida com a finalidade de quantificar as possíveis complicações decorrentes da ausência de acompanhamento do público-alvo, composto por mulheres migrantes e seus recém-nascidos.

Para cumprir com a finalidade do projeto, o estudo descritivo, logo, permite uma maior gama de detalhes sobre o objeto estudado e como se desenvolve o processo. Além disso, cria-se familiarização com a abordagem e linguagem proposta aos leitores. O estudo descritivo é realizado a partir de análises, classificações e explicações, de maneira objetiva e imparcial. Logo, o processo garante que os resultados não sofram distorção de quem investiga (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa quantitativa é comumente utilizada em inúmeros ensaios e, como ocorre neste estudo, para buscar relações nos acontecimentos. Este método permite a análise de problemas complexos e o aprofundamento das perspectivas dos envolvidos. A estatística é uma das ferramentas para as pesquisas de natureza quantitativa, e por meio de cálculos estatísticos, como média, desvio padrão e porcentagem, é possível quantificar dados e transformar informações em números. Para certificar a consistência dos resultados, a pesquisa quantitativa precisa estabelecer a associação entre as variáveis, assim como identificá-las. Por isso, evita-se incompatibilidade nas leituras dos dados e na observação (PRODANOV; FREITAS, 2013).

1.2.2 Local de Estudo

A pesquisa foi realizada em uma maternidade de referência localizada na capital do Estado de Roraima. Acolhe mulheres através do Sistema Único de Saúde (SUS) e abrange não só a população brasileira, como também venezuelana e guianense. É setorizada por alas e, essas, são nomeadas com nome de flores, como a Ala das Orquídeas e a Ala das Margaridas.

Há também o alojamento conjunto, Ala das Rosas, onde mães e bebês ficam juntos, e a Ala dos Girassóis destinada a infecções puerperais. Essas últimas foram o cenário do atual estudo, além da Unidade Neonatal (Ala das Pedras Preciosas) para identificação das complicações pós-parto no recém-nascido.

1.2.3 População do Estudo

A população do estudo foi composta por puérperas migrantes venezuelanas, abrangendo aquelas em período de puerpério imediato ou mediato e maiores de 18 anos. Os critérios de exclusão incluíram puérperas sem condições psíquicas adequadas e mulheres indígenas.

O cálculo amostral foi realizado a partir de dados obtidos pela DATASUS, através de critérios com enfoque na população-alvo, sendo identificado um total de 1977 partos de migrantes venezuelanas no ano de 2019. A partir do uso de calculadora amostral on-line (COMENTTO, 2018), obteve-se o número de 217 venezuelanas para participação na pesquisa. Os dados basearam-se em um erro amostral de 5% e 95% para confiabilidade do presente estudo.

As mulheres foram selecionadas por critério de conveniência, por meio de uma seleção prévia dos prontuários para identificar aquelas que atendiam aos critérios de inclusão. Posteriormente, as mulheres foram apresentadas ao teor da pesquisa e questionadas se possuem interesse em participar.

1.2.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2021 nos seguintes locais: Alojamento Conjunto (Ala das Rosas), Internação por Complicações Puerperais (Ala dos Girassóis) e Unidade Neonatal (Ala das Pedras Preciosas). Realizou-se a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e este, assinado pelas puérperas, liberou o momento de esclarecimentos sobre o estudo e o motivo da pesquisa. Esse processo ocorreu através da aplicação do questionário com perguntas objetivas, adaptado do estudo de Sousa (2019), previamente validado e traduzido para o espanhol. A coleta utilizou um roteiro dirigido para extrair informações do cartão da gestante.

Após essa etapa, foi o momento para a aplicação do questionário. Dividido em segmentos, apresentou na primeira etapa a coleta do perfil sociodemográfico das puérperas, com sete questões ao todo. Na etapa seguinte, havia dados sobre as condições de saúde no período gestacional e a realização de pré-natal, totalizando cinco perguntas. O terceiro segmento retratou as condições do parto com o total de dez questões. Na quarta seção, referiu-se ao período puerperal vivido pela mulher venezuelana em sete questões. Na quinta seção, constou a situação de nascimento e a condição de saúde do recém-nascido, com treze perguntas. Por fim, o roteiro de coleta no cartão da gestante investigou aspectos como a realização do pré-natal, o número de consultas e o profissional responsável, a suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso, e a frequência de realização dos testes rápidos.

1.2.5 Análise de Dados

Os dados coletados no estudo foram organizados e tabulados utilizando o programa Microsoft Excel® 2013. Em seguida, foi realizada uma análise descritiva, a fim de avaliar as características sociodemográficas e clínicas. As análises univariadas foram realizadas por frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central (média, mediana e moda) e medidas de dispersão (máximo, mínimo e desvio padrão). As informações coletadas por meio do questionário foram averiguadas através do programa Microsoft Excel® 2013, a partir das fórmulas presentes no programa. Além disso, foi utilizado o teste de qui-quadrado com fatores utilizados para interpretação: acompanhamento de pré-natal e complicações no parto, com o valor empregado de $p < 0,05$ no nível de significância.

1.2.6 Aspectos Éticos e Legais

O presente estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da Universidade Federal de Roraima

(CEP/UFRR), sendo aprovado sob o parecer n.º 4.642.784, conforme as diretrizes estabelecidas pela Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Termo De Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi fornecido às participantes após o aceite em participar da pesquisa, com duas vias do termo sendo entregues para assinatura. O TCLE continha informações detalhadas sobre o estudo e foi redigido no idioma da participante, ficando uma das vias em sua posse.

1.3 Resultados e Discussão

A coleta dos dados para o presente estudo foi por intermédio de entrevistas semiestruturadas, com aplicação de questionário às participantes enquadradas nos parâmetros dos critérios de inclusão. O instrumento foi subdividido em categorias, relacionadas à situação de saúde no período gravídico, assim como à assistência prestada nesse período, ao estado de saúde dos recém-nascidos, ao parto e ao nascimento.

A fim de melhorar a compreensão e consecução dos objetivos do estudo, os desfechos foram estabelecidos por eixos: caracterização da população, avaliação do período gravídico e condições de nascimento e situação de saúde neonatal, os quais serão apresentados a seguir..

1.3.1 Caracterização da População

Os dados obtidos que compreendem este eixo foram coletados por meio de questões pertinentes à: unidade básica de saúde da realização do pré-natal, escolaridade, estado civil, idade, ocupação, número de filhos, agregamento familiar e se recebe auxílio financeiro. Conforme apresentado na Tabela 1.1, foram citadas diferentes unidades básicas de saúde, incluindo UBS's do interior do estado, como Pacaraima, Rorainópolis e Caroebe.

Tabela 1.1 – Unidades citadas nas entrevistadas como local de assistência pré-natal. Boa Vista – Roraima, 2021 (n = 217).

Unidade de saúde	N	%
UBS 13 de Setembro	22	10,13
UBS 31 de Março	26	11,98
UBS Sayonara M. D. L. Matos	18	8,29
UBS Buritis	11	5,06
UBS Hélio Macêdo	10	4,60
UBS Raiar do Sol	08	3,68
UBS Dr. Rubeldimar Maia de Azevedo Cruz	03	1,38
UBS Pr. Luciano G. Rabêlo	03	1,38
UBS Asa Branca	06	2,76
UBS Cambará	08	3,68
UBS Jorge André G. Vieira	04	1,84
UBS Liberdade	09	4,14
UBS Santa Luzia	04	1,84
UBS Tancredo Neves	05	2,30
UBS Dr. Dalmo Silva Feitosa	06	2,76
UBS Délio Tupinambá	10	4,60
Centro de Referência da Saúde da Mulher	08	3,68
UBS Anísio Silva (Rorainópolis)	02	0,92
URF Maria Dos Anjos Pimentel Guerreiro (Pacaraima)	09	4,14
UBS Walter Gomes Portela (Caroebe)	01	0,57
Não realizaram	44	20,27
Total	217	100%

Fonte: Autoria própria, 2022.

Quanto ao quantitativo de atendimentos de pré-natal realizados por unidade básica, a Tabela 01 demonstra que houve uma incidência maior nas UBS 31 de março, com percentil de 11,98% (n = 26), seguido da unidade 13 de Setembro, com alcance de 10,13% (n = 22). Em terceiro lugar, aparece a UBS Sayonara M. D. L. Matos, com 8,29% (n = 18). Esses dados sugerem uma concentração da poluição atendida na zona sul e norte de Boa Vista. Outro dado particular são as mulheres advindas de outros municípios, com destaque para Pacaraima, que apresenta uma taxa de 4,14% (n = 09), dado esse que pode estar relacionado à entrada dessas migrantes pelo município fronteiriço, e que optam por continuar o acompanhamento gestacional e o parto já no território brasileiro.

Em relação ao perfil sociodemográfico das participantes, a Tabela 1.2 apresenta as porcentagens relativas ao estado civil, escolaridade, número de filhos e ocupação.

Tabela 1.2 – Expressão do perfil sociodemográfico das migrantes venezuelanas entrevistadas e seus percentuais (n = 217), 2021.

VARIÁVEL	N	Média (desvio padrão)	%
Estado civil			
União estável	100		46,08
Casada	56		25,80
Solteira	61		28,11
Viúva	0		0
Total	217		100

Tabela 1.2 – Expressão do perfil sociodemográfico das migrantes venezuelanas entrevistadas e seus percentuais (n = 217), 2021. (*Continuação*).

VARIÁVEL	N	Média (desvio padrão)	%
Escolaridade			
Ensino Fundamental Completo	50		15,4
Ensino Fundamental Incompleto	7		3,1
Ensino Médio Completo	97		53,8
Ensino Médio Incompleto	24		15,3
Ensino Superior Completo	20		4,6
Ensino Superior Incompleto	12		7,7
Total	217		100
Número de filhos			
1 filho	20		20,0
2 filhos	72		43,1
3 filhos	64	(1.0869)	21,5
4 filhos	44		10,8
5 filhos ou mais	13		4,6
Total	217		100
Ocupação			
Desempregada	89		41,01
Dona de casa	53		24,42
Ambulante	29		13,36
Babá	8		3,68
Diarista	10		4,60
Cabeleireira	12		5,52
Doméstica	4		1,84
Recepcionista	6		2,76
Atendente	4		1,84
Manicure	5		2,30
Total	217		100

Fonte: Autoria própria, 2022.

Quanto à faixa etária das participantes do estudo, o perfil sociodemográfico traçado oscilou em 18 anos como idade mínima e 43 anos como idade máxima, com uma idade média de 27,42 anos (desvio padrão = 5.430). Esse dado é semelhante ao encontrado por Simões (2017) em pesquisa realizada no estado de Roraima, ao qual concluiu a predominância da faixa etária de migrantes entre 20 e 39 anos. Logo, a média de idade das pesquisadas situa-se na faixa de idade ativa no mercado de trabalho.

No mesmo estudo, o autor apontou o estado civil “solteiro” como predominante entre migrantes, o que contrasta com os dados desta pesquisa. Aqui, a maioria das participantes se autodeclarou em união estável (46,08%, n = 100), seguida pelas solteiras (28,11%, n = 61) e pelas casadas (25%, n = 56).

Ao abordar sobre a escolaridade, 44,70% (n = 97) concluíram o ensino médio, enquanto 3,22% (n = 7) não concluíram o ensino fundamental. Esse nível educacional elevado das migrantes, corrobora com o estudo realizado pela ACNUR (2017), em que cerca de 80% dos imigrantes venezuelanos apresentaram nível médio completo.

No quesito ocupação, se destacam as desempregadas, com o número expressivo de 41,01% (n = 89), seguidas das donas de casa com 24,42% (n = 53) (Tabela 02). A Tabela 02 também reflete a diversidade das atuações profissionais das mulheres migrantes, e, segundo Andrade (2021), a população de profissionais venezuelanos sofre um processo de degradação ocupacional, uma vez que, apesar de possuírem altos níveis de escolaridade, ocupam posições laborais inferiores à sua qualificação.

Além disso, conforme Assis (2007), quando se trata da migração, a motivação dos homens migrantes é associada a melhores condições de vida e ao trabalho, enquanto as mulheres migravam para acompanhar a família, o que se pode associar a quantidade de desempregadas e donas de casa encontradas neste estudo.

1.3.2 Avaliação do Período Gravídico

A gestação é um momento definido por uma série de cuidados e assistência especializada a cada mulher gestante. Diante disso, a supervisão prestada durante o pré-natal é um marco para a saúde reprodutiva, além das orientações e prescrições essenciais para garantia de uma gravidez com mínimos agravos. Suplementação por ácido fólico, sulfato ferroso e os testes rápidos prezam pela garantia de partos e recém-nascidos mais saudáveis.

Nesta parte do estudo, os resultados foram norteados para atender ao objetivo específico, ao qual se descreveu como: identificar a realização de pré-natal pelas puérperas migrantes. Desse modo, observou-se que 80% (n = 173) das mulheres entrevistadas realizam o pré-natal, enquanto 20% (n = 44) não realizam esse seguimento durante a gestação. A média de consultas de pré-natal realizadas pelas participantes foi de 2,77 (desvio padrão = 2.4812). O número de consultas realizadas está apresentado no Gráfico 1.1.

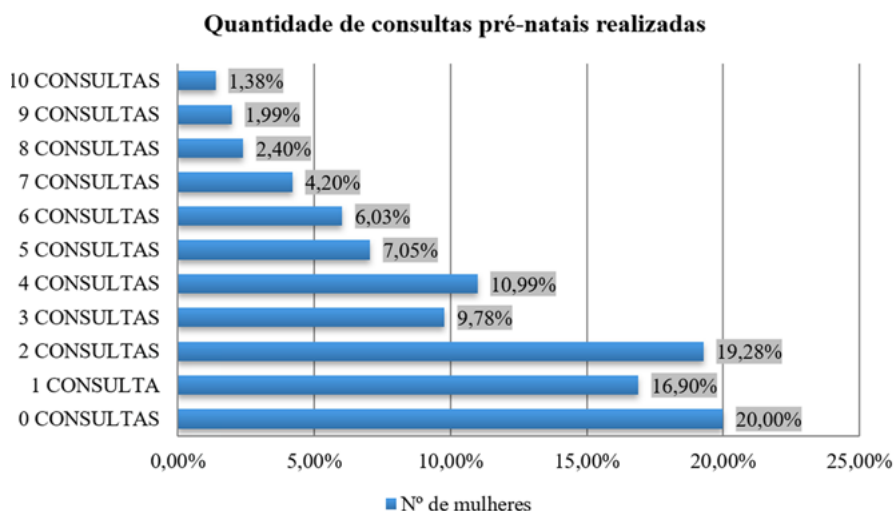


Gráfico 1.1 – Porcentagem de consultas pré-natais alcançadas (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

É possível notar a diminuição de consultas realizadas pelas participantes, com apenas 1,99% (n = 4) das entrevistadas completando 9 consultas e 20%(n = 44) sem qualquer acompanhamento pré-natal durante a gestação.

As finalidades da realização do pré-natal compõem a absorção prévia das grávidas e assim ofertar qualidade nas consultas, seguida da percepção das suas fragilidades e ampará-las, além da identificação de agravos na saúde gestacional e classificá-la por nível de risco. Caso haja o reconhecimento de transtornos, as gestantes devem ser direcionadas para o atendimento especializado de pré-natal de risco, com acesso facilitado a exames necessários. O acompanhamento gestacional permite também o diagnóstico precoce e tratamento para as Infecções Sexuais Transmissíveis (Hepatites B e C, HIV e Sífilis) (NUNES, 2016).

Os três primeiros princípios do *Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada* recomendam que o início das consultas ocorra antes dos quatro meses de gestação e que sejam realizadas pelo menos seis consultas no total: uma até os três meses, duas até seis meses e três até os nove meses de gravidez. Diante disso, as mulheres venezuelanas não corresponderam à quantidade mínima de consultas pré-natais por trimestre.

A abrangência no país a respeito do pré-natal tem crescido nos últimos anos, todavia, a qualidade desse atendimento não tem seguido a mesma tendência. Seja pela ausência de procedimentos básicos, tais como exames, a direcionamentos ofertados pelos profissionais de saúde (NUNES, 2016).

A quantidade de consultas realizadas por enfermeiros e médicos, organizadas por categoria profissional, pode ser observada no Gráfico 1.2.



Gráfico 1.2 – Consultas realizadas por categoria profissional (n = 173), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

O gráfico acima demonstra que a maioria das consultas pré-natais realizadas pelas entrevistadas foi conduzida por profissionais de enfermagem, representando 47% (n = 102), enquanto 33% (n = 71) foram realizadas por médicos.

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei n.º 7498/86) garante ao profissional enfermeiro a total autonomia para o acompanhamento pré-natal de baixo risco. Além da educação e saúde ofertadas às mulheres nas consultas, a enfermagem garante a requisição de exames e calendário vacinal completo, assim como identifica gestações de alto risco e direciona esses casos para a equipe médica (BRASIL, 2000). Isso explica o predomínio de quantidade de consultas realizadas no acompanhamento gestacional em relação às consultas médicas.

Para Oliveira (2016), é cultural a associação de consultas relacionadas apenas à classe médica. Quando se trata de consultas ofertadas pelos enfermeiros, há certo receio e/ou falta de conhecimento a respeito desse fato. Contudo, no mesmo estudo, foi observado que as gestantes saíram mais satisfeitas após serem

atendidas pelos enfermeiros, pois identificaram a dimensão que possui a enfermagem e se sentiram seguras para prosseguir com o acompanhamento.

Durante a gravidez, o enfermeiro é responsável em conscientizar e orientar as gestantes sobre o uso adequado dos medicamentos prescritos para o período gestacional, desde a forma e frequência de administração até o acesso gratuito nas unidades de saúde. O profissional é essencial para que a gestante conheça a importância das substâncias ingeridas e os malefícios da não empregabilidade correta (PEREIRA, 2019).

Sobre a incidência da suplementação por ácido fólico e sulfato ferroso, o Gráfico 1.3 apresenta as porcentagens de adesão das participantes a esses suplementos.

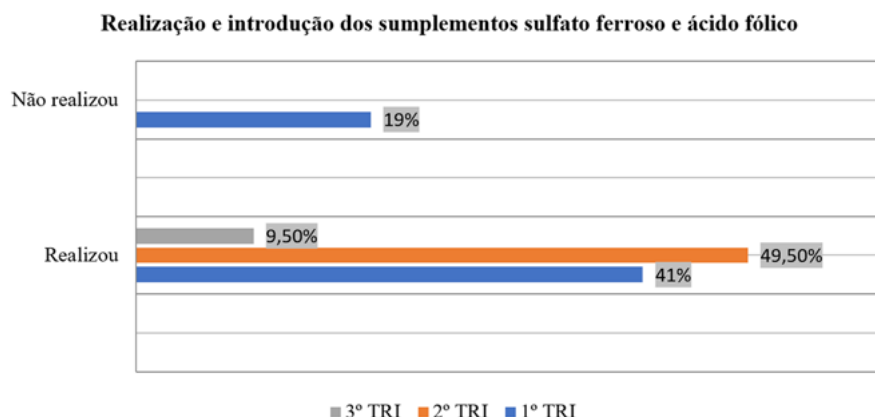


Gráfico 1.3 – Realização e introdução dos suplementos sulfato ferroso e ácido fólico (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

Quanto ao uso de medicações de suporte no período gestacional, a observa-se que 19% (n = 42) das mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal não utilizaram nenhum tipo de

suplemento, como ácido fólico ou sulfato ferroso. Em contrapartida, 81% (n = 175) das entrevistadas realizam a suplementação.

O índice maior de mulheres que iniciaram a utilização de sulfato ferroso e ácido fólico ocorreu no 2º trimestre de gestação, com 49,5% (n = 86), seguido de 41% (n = 72) no 1º trimestre e, por fim, 9,5% (n = 17) no 3º trimestre. O Gráfico 03 demonstra, em porcentagem, a quantidade de mulheres que iniciaram a suplementação por trimestre e as que não utilizaram ácido fólico e sulfato ferroso durante o acompanhamento pré-natal.

De acordo com Barbosa (2011), em seu estudo realizado com 280 mulheres, fatores como baixo índice escolar e número de consultas inferior a sete propiciam maiores chances da não suplementação por parte da gestante. Esses achados são comparáveis aos dados da presente pesquisa, onde a média de consultas pré-natais realizadas foi inferior a três.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), o nascimento de crianças de baixo peso está conectado ao uso adequado da suplementação férrica durante o período gestacional, além de impactar na diminuição de óbitos neonatais, anomalias congênitas, mortalidade materna, anemia e infecções. A suplementação de ferro e ácido fólico é fundamental na vida do neonato e da mãe, uma vez que o uso correto previne quadros de anemia, hemorragias e mau desenvolvimento do recém-nascido (PEREIRA, 2019).

Após o fim do ciclo menstrual, entre 4ª e a 6ª semana de concepção, ocorre a formação e a finalização do tubo neural do feto, uma fase delicada da gestação, pois o encéfalo, medula espinal e demais componentes tem sua formação embrionária. Diante disso, intercorrências no decorrer desse processo impedem o fechamento do tubo, o que ocasiona em uma série de anomalias durante o desenvolvimento da criança. O Defeito Aberto do Tubo Neural (DATN)

origina problemas cardíacos, espinha bífida e anencefalia, além de implicar em maiores riscos de mortalidade (FEBRASGO, 2012).

Quanto aos testes rápidos feitos durante a gestação, o Gráfico 1.4 identifica a incidência de vezes que as participantes realizaram esses exames.

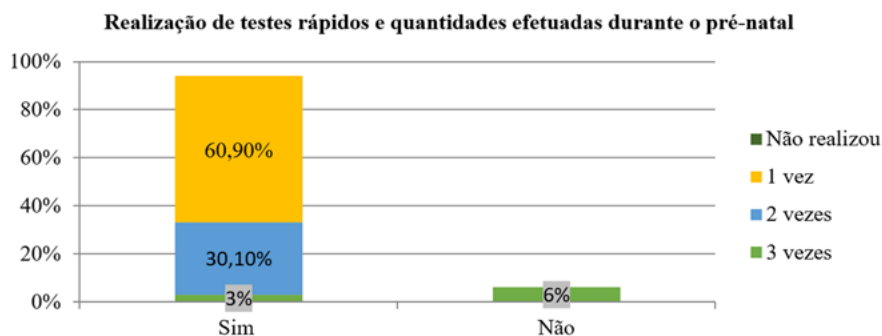


Gráfico 1.4 – Realização de testes rápidos e quantidades efetuadas durante o pré-natal (n = 173), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

No que se refere à realização de testes rápidos para ISTs durante as consultas pré-natais, o Gráfico 04 evidencia que a maior parte das entrevistadas 94% (n = 168) realizam os testes rápidos durante a gravidez, sendo que, 60,90%(n = 35) fizeram ao menos uma vez os testes para sífilis, HIV, hepatite B e C. Seguidamente, 30,1% (n = 17) realizaram duas vezes os testes e 3% (n = 2) . No entanto, 6% (n = 3) das mulheres não testaram nenhuma vez.

A recomendação é que esses testes sejam realizados pelo menos três vezes durante a gestação: no início, no final e antes do parto. Contudo, a quantidade de testes realizados chega a ser oito vezes abaixo do que o recomendado (RONCALLI, 2021).

Segundo Domingues (2014), cerca de 90% das pesquisadas realizaram apenas um teste, e somente 41,2% realizaram os dois testes. a maioria das entrevistadas, residentes na região Norte do

Brasil, também fizeram apenas um teste, confirmando a menor cobertura de testes nesta região.

O Ministério da Saúde estabelece, como parte de sua estratégia na rede básica de saúde, o estabelecimento dos testes para detecção de sífilis, HIV e hepatites virais. Tratando-se da Rede Cegonha, fundamentada no direito reprodutivo e na humanização, a detecção precoce das ISTs na Atenção Básica garante o tratamento e assistência adequados para o recém-nascido, além de reduzir a probabilidade da verticalização do contágio (BRASIL, 2013).

Sobre as incidências de transtornos reportados no transcorrer da gestação, o Gráfico 1.5 demonstra os agravos mais comuns, como: hipertensão arterial, diabetes, anemia, infecção urinária e pré-eclâmpsia/eclâmpsia.

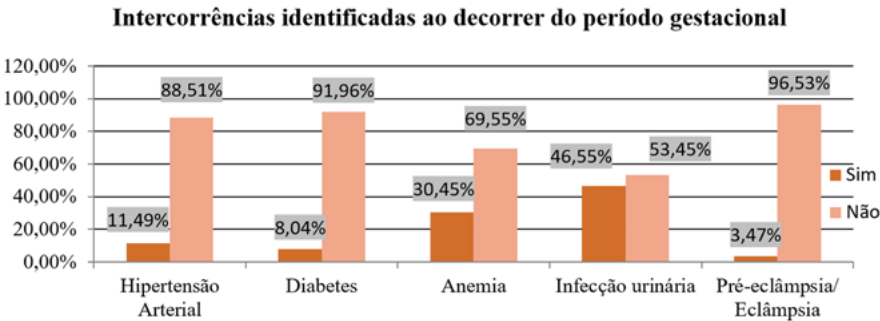


Gráfico 1.5 – Intercorrências identificadas ao decorrer do período gestacional representado por porcentagem (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

De acordo com estudo dirigido por Varella (2018), 87,8% das mulheres gestantes relataram alguma ocorrência durante a gestação, sendo a mais incidente, infecção do trato urinário, seguido de anemia e, a ITU, ainda mais frequente em parturientes do SUS. Esses dados são corroborados pelos resultados deste estudo, no qual a ITU foi referida por 46,55% das participantes como a ocorrência mais

comum. Diante disso, a atenção pré-natal é importante para prevenir o aparecimento de agravos na gestação, sendo fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos para identificar e intervir em ocorrências desse tipo, principalmente em gestantes em condições socioeconômicas desfavoráveis.

A Infecção do Trato Urinário possui relevância durante a gestação, pois está relacionada a um aumento no risco de trabalho de parto prematuro, além de poder resultar em neonatos de baixo-peso, prematuridade, sepse e elevação do índice de mortalidade materna e do feto (FINOTTI, 2018).

Quando se trata dos casos de anemia gestacional, a prevenção é a maneira mais adequada para se evitar intercorrências causadas pela doença, pois as repercussões são associadas à prematuridade, baixa cognição neonatal, assim como o baixo peso. Tais condições podem ser prevenidas, uma vez que o pré-natal inclui acompanhamento e oferta gratuita de sulfato ferroso para gestantes (MONTENEGRO, 2015).

Ao tratar das adversidades vivenciadas pelas mulheres, o Gráfico 1.6 demonstra as dificuldades mais relatadas.

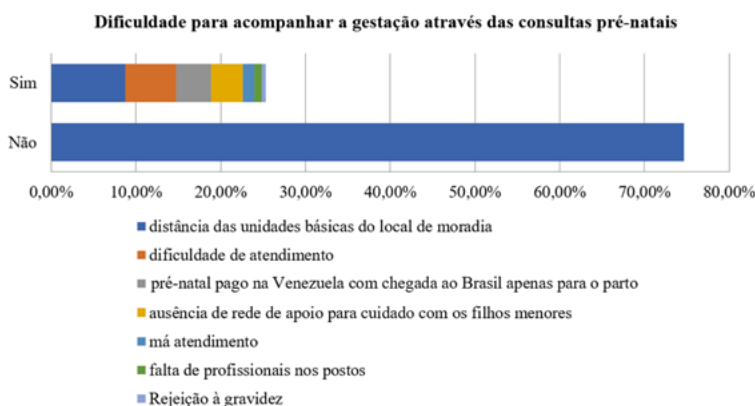


Gráfico 1.6 – Dificuldade para acompanhar a gestação através das consultas pré-natais (n = 173), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

Segundo Topa, Neves e Nogueira (2013), os obstáculos geográficos representam desafios significativos para a acessibilidade da migrante a rede de saúde, pois uma vez que a moradia é distante da instituição, torna-se desafiador a construção de um vínculo, assim como aumentam as dificuldades de chegada ao serviço. Considerando também que boa parte das mulheres migrantes vivem em situação de vulnerabilidade econômica, como apontado neste estudo, o acesso distante apresenta-se dispendioso para se manter regular.

Em relação as atividades educativas proporcionadas nas unidades de saúde, o Gráfico 1.7 demonstra em percentual a participação das mulheres migrantes.

Participação em atividades educativas na Unidade Básica de Saúde



Gráfico 1.7 – Participação em atividades educativas na Unidade Básica de Saúde (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

Em relação à adesão das mulheres entrevistadas às atividades educativas propostas nas unidades básicas de saúde, o estudo revelou que a maioria das participantes (98,50%, n = 209) não participou de ações de educação em saúde, com apenas uma pequena parcela de 3,50% (n = 8) comparecendo às palestras e outras atividades. Dado preocupante, pois as ações educativas são ferramentas de disseminação de informações essenciais à população.

A participação nas atividades de educação e saúde permite ao usuário conhecimento e autonomia de seu próprio cuidado e ainda, a criação de vínculo usuário-equipe, por se tratar de uma educação continuada e libertadora. A adesão da comunidade para a promoção da saúde contribui para o intercâmbio de conhecimentos e os aproxima da unidade, assim, garante a redução de preconceitos e estigmas criados de ambos os grupos (AMORIM, 2018). Neste estudo, observou-se a dominância de não participantes nas atividades de promoção em saúde, o que favoreceu as poucas consultas de pré-natal, queixas sobre a unidade e maior índice de agravos à saúde. Assim como o contexto pandêmico da COVID-19, o qual afetou a circulação e agrupamento de pessoas.

1.3.3 Condições de Nascimento

Este seguimento aborda as vivências das mulheres venezuelanas participantes do estudo no momento do parto. Nessa fase da pesquisa, as questões levantadas, como, a duração do parto, tempo de internação, o nível de paridade, o tipo de parto, a posição durante o parto, a realização da episiorrafia, problemas durante o parto, o profissional responsável pelo parto e as orientações após o parto, serão avaliadas.

Ao tratar do primeiro elemento mencionado, a duração média do parto observada entre as mulheres participantes do estudo foi de 8 horas, com desvio padrão de ± 4.7036 horas. O tempo de internação variou de 1 a 12 dias na maternidade, com a média de 3,055 dias e desvio padrão de ± 2.098 .

O processo de parto ativo dura em média 8 horas, sendo mulheres primíparas e quando se trata de múltíparas, a duração média reduz para 5 horas (BRASIL, 2017). Diante disso, a duração média das participantes, que é de 8 horas, está em consonância com a duração média esperada para mulheres primíparas.

Quando se trata da paridade das mulheres venezuelanas participantes da pesquisa, o Gráfico 1.8 demonstra a predominância de multíparas e, em contrapartida, da parcela menor, representando as primíparas.

Paridade das mulheres pesquisadas

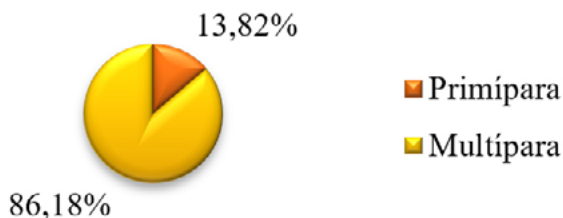


Gráfico 1.8 – Paridade das mulheres pesquisadas no estudo (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

Em relação à quantidade de filhos, Yazaki (2014) observou, em seu estudo com migrantes bolivianas, que a maior parcela das participantes era multípara, sendo 32% mães de dois filhos, 16,5% mães de três filhos e 42% mães de apenas um filho. Ou seja, a maior parcela das mulheres eram de multíparas.

A associação entre a condição de multípara e a boa adesão ao pré-natal pode estar relacionado ao episódio em que a gestante se sente mais preocupada com a saúde do bebê. Além disso, pode estar vinculada a questões religiosas e morais, por se tratar de um novo membro na família (PESAMOSCA, 2008).

Quanto às questões referentes ao nascimento, a Tabela 1.3 demonstra a idade gestacional, a via de parto e a posição de parto.

Tabela 1.3 – Perfil da coleta referente ao nascimento (n = 217), 2021.

Classificação segundo a idade gestacional (IG)	N	%	IG média (semanas)
Pré-termo (< que 37 semanas)	20	9,21	39,04
A termo (entre 37 e 41 semanas)	189	87,09	
Pós-termo (> que 42 semanas)	8	3,70	
Total	217	100	
Via de parto			
Normal	176	81,1%	
Cesárea	41	18,89%	
Total	217	100	
Posição de parto			
Ginecológica	182	83,87%	
De pé	1	0,46%	
De cócoras	34	15,66%	

Fonte: Autoria própria, 2022.

De acordo com os estudos realizados por Barcellos (2016), as posições verticais e inclinadas lateralmente sobre o posicionamento dorsal são mais vantajosas do que as em decúbito horizontal. As mulheres relatam maior facilidade para fazer força durante o trabalho de parto e sentiram menos dores e incômodos. Além disso, essas posições estão associadas à diminuição das lacerações e à redução do tempo de parto.

No estudo de Nomura (2004), identificou-se a análise de partos cesarianos, os quais apresentaram complicações, incluindo intervenção por histerectomia por se tratar de uma infecção puerperal e presumiu-se que o parto normal evita maiores chances de complicações. Ainda no mesmo estudo, as gestações classificadas como de

risco, ou seja, aquelas que apresentaram complicações durante a gravidez, têm maior probabilidade de realizar partos cesarianos.

Segundo o Gráfico 1.9, 5,06%% (n = 11) dos partos normais ocorridos houve prática de episiorrafia e 94,94% (n = 206) não relatou a realização da incisão cirúrgica.



Gráfico 1.9 – Percentil do número realizado da prática de episiorrafia (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

A prática da episiorrafia pode implicar em inúmeras complicações, tais como: dor, hemorragia, infecção e até mesmo incontinência urinária (BARCELLOS, 2016). Em relação aos problemas relatados pelas participantes durante parto, a Tabela 1.4 apresenta as principais complicações feitas pelas mulheres no estudo.

Tabela 1.4 – Problemas durante o parto relatados pelas migrantes (n = 217), 2021.

Problemas durante o parto	N	%
Não apresentou	105	48,39%
Circular de cordão	26	11,98%
Sufrimento fetal	14	6,45%
Bebê pélvico	9	4,15%
Sem passagem pélvica	12	5,53%
Perda de líquido amniótico	14	6,45%

Tabela 1.4 – Problemas durante o parto relatados pelas migrantes (n = 217), 2021. (Continuação).

Problemas durante o parto	N	%
Parada da descida fetal	3	1,38%
Hemorragia	2	0,92%
Hipertensão arterial	21	9,68%
Episiotomia	11	5,07%
Total	217	100%

Fonte: Autoria própria, 2022.

Entre aos problemas relatados, o circular de cordão foi a complicação mais frequente, com 11,98% (n = 26) dos casos. Seguiram-se a hipertensão arterial, com 9,68% (n = 21), e o sofrimento fetal e a perda de líquido amniótico apresentaram, ambos, 6,45% (n = 14). Cerca de 50% do total de 105 mulheres venezuelanas não relataram intercorrências durante o processo de nascimento, conforme demonstrado na Tabela 1.4.

Em relação ao circular de cordão, a intervenção precoce pode gerar intercorrências na vida do neonato, como disfunção neurológicas, como a paralisia, risco de choque hipovolêmico e até mesmo óbito. O indicado para remoção do circular de cordão é, primeiramente, que se mantenha íntegro e, assim, possa removê-lo ao conduzi-lo sobre os ombros ou a cabeça do neonato (BRASIL, 2011).

De acordo com o Gráfico 1.10, o enfermeiro foi o profissional mais relatado entre as entrevistadas como responsável pelo parto com, 50,69% (n = 110), seguido pelo médico, com 40,09% (n = 87). Outros 9,21% (n = 20) expressaram que o responsável que realizou o parto não se apresentou com uma categoria profissional definida.

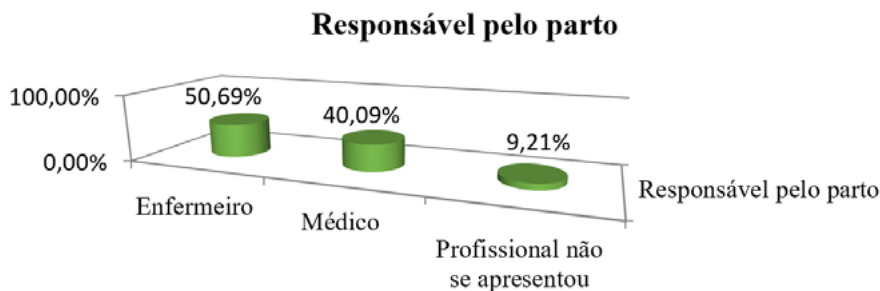


Gráfico 1.10 – Percentil da categoria profissional responsável pelo parto (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

Conforme o Gráfico 10, a maior parte dos partos foram realizados por enfermeiros, o que indica a importância da categoria para as parturientes e para a condução de partos sem complicações. Além disso, a partir da Portaria n.º 11, de 7 de janeiro de 2015, onde ocorre a implantação das diretrizes do Centro de Parto Normal (CPN) e segundo a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulariza a atuação da enfermagem, é competência do enfermeiro o partejamento da parturiente, assim como a realização do parto sob as condições de serem sem distocia. Nesse contexto, a maternidade referência da pesquisa conta com um Centro de Parto Normal, onde o enfermeiro possui total autonomia para condução dos partos enquadrados nas condições legais (SANTOS, 2019).

Sobre o quantitativo de mulheres que receberam orientação durante o pós-parto, o Gráfico 1.11 descreve o percentual dos referidos pelas mulheres.

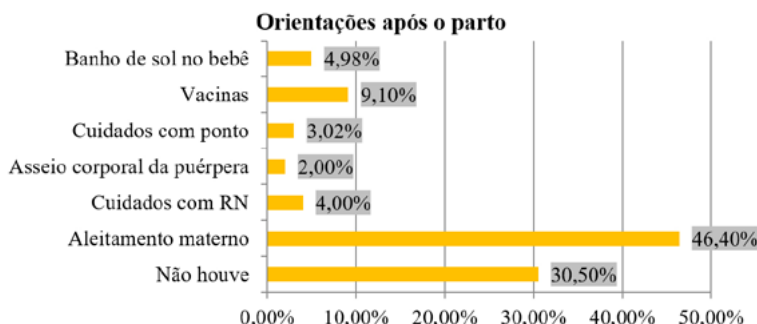


Gráfico 1.11 – Percentil demonstrativo quanto às orientações recebidas após o processo de parto (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

De acordo com Francisquini (2010), as orientações mais referenciadas às mulheres no período pós-parto são sobre amamentação, aos cuidados com o neonato e com a própria mãe e a mama. O estudo também destaca o papel da enfermagem na promoção de boas práticas relacionadas à amamentação, como a pega correta, a produção de leite e os cuidados gerais. Além do mais, é evidenciada a importância das orientações quanto as mudanças corporais em que a mulher vivenciará e a partir desse direcionamento, evitar e identificar possíveis complicações no puerpério. Esses achados corroboram com o presente estudo, que identificou a amamentação como a orientação mais frequentemente referida pelas participantes.

1.3.4 Período Puerperal

A fase vivenciada pela mulher após o parto, denominada puerpério, é intensamente transformadora e também desafiante. Desse modo, esta parte do estudo objetiva tratar desse período ao abordar em qual momento a participante se encontra, se já realizou consultas pré-natais, se houve necessidade de retorno a maternidade, quais manifestações apresentou, quais seriam, questões relacionadas à amamentação, se possui apoio para cuidados com o RN e se houve ram complicações após o parto.

As mulheres foram entrevistadas no próprio espaço onde ocorreu o parto, ou seja, a maternidade, o que resultou em uma amostra predominante de mulheres no período mediato do puerpério. A média de dias após o parto foi de 3.055, com desvio padrão de $\pm$ 2.098 dias. A maior parte encontra-se no mediato, correspondendo a 88% (n = 197). As intercorrências relatadas pelas mulheres durante o puerpério estão detalhadas na Tabela 1.5.

Tabela 1.5 – Manifestações observadas no puerpério em percentual (n = 217), 2021.

Manifestações citadas no período de puerpério	N	%
Não apresentou	51	23,50%
Cólicas	39	17,97%
Secreção vaginal	32	14,75%
Sangramento	29	13,36%
Mudança de humor	16	7,37%
Fragilidade	14	6,45%
Redução da energia	11	5,07%
Falta de apetite e sono	8	3,69%
Sentimentos de incapacidade	10	4,61%
Falta de confiança em si mesma	5	2,30%
Separação da mãe/filho	2	0,92%
Total	217	100%

Fonte: Autoria própria, 2022.

Em relação às manifestações observadas no momento puerperal, uma parcela expressiva de 23,50% (n = 51) das entrevistadas relataram não exibir nenhuma queixa a ser pontuada. A Tabela 1.5 evidencia que as cólicas foram o fator mais recorrente, com 17,97%

(n = 39), seguidas de secreção vaginal 14,75% (n = 32) e sangramento 13,36% (n = 29).

Quando à amamentação, a maioria das participantes relatou uma adesão positiva, com 95,89% (n = 208) indicando que ofereciam leite materno, enquanto 4,11% (n = 9) não o faziam, conforme demonstrado no Gráfico 1.12.

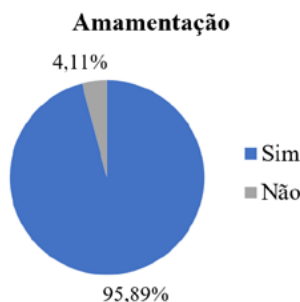


Gráfico 1.12 - Percentual de mulheres que ofertam leite materno (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

O aleitamento materno é amplamente reconhecido como o único alimento indicado até os seis meses de vida da criança. Além de fornecer todo o suporte nutricional que o bebê precisa, é um fator crucial para o bom desenvolvimento do sistema de defesa e da condição psicológica do infante (BEZUTTI, 2017). Além de evitar óbito infantil, diarreia, infecção respiratória, reduz a probabilidade de alergias, hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade. O aleitamento proporciona como efeito positivo a melhora nutricional, intelectual e o desenvolvimento da cavidade bucal. Para a mãe, há a proteção contra o câncer de mama, atua como contraceptivo, é de baixo custo e ainda fornece o vínculo afetivo entre mãe e filho (BRASIL, 2009).

Ao relacionar essas informações com o estudo atual, percebe-se a importância da amamentação não somente como fins de

saúde, mas também por ser acessível financeiramente para as migrantes venezuelanas.

No caso de apoio para cuidados com o recém-nascido, ação fundamental nesta fase puerperal devido aos inúmeros sentimentos que acometem as puérperas, as entrevistadas relataram receber ajuda dos cônjuges, com 59,70% (n = 129), seguida de 35,30% (n = 76) que não receberam nenhum apoio. As demais relatam receber apoio da mãe 3% (n = 6) e 2% (n = 5) das sogras.

Sobre as complicações no período pós-parto, foram abordadas três condições para verificação das participantes: infecção puerperal, tromboflebitis e depressão. A maioria, 89,99% (n = 195), não relatou nenhuma das complicações mencionadas. No entanto, 6,01% (n = 13) referiram depressão pós-parto e 4% (n = 9) mencionaram infecção puerperal. Nenhuma das participantes relatou tromboflebite durante o estudo.

1.3.5 Situação de Nascimento e Condição de Saúde do Recém-Nascido

Por fim, esse componente da pesquisa visa retratar as condições em que os recém-nascidos se encontraram desde o momento do nascimento até as primeiras horas de vida. Assim, foram analisados aspectos como o sexo do bebê, a ocorrência de complicações no parto, a idade gestacional no momento do nascimento, a necessidade de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), as vacinas administradas, a amamentação na primeira hora de vida, os testes realizados no recém-nascido, alterações na pele e o diagnóstico de possíveis enfermidades.

A Tabela 1.6 apresenta os dados dos neonatos relacionados ao sexo e ao peso.

Tabela 1.6 – Representação dos dados relativos ao nascimento (n = 217), 2021.

Sexo	N	%
Masculino	112	51,6
Feminino	105	48,4
Total	217	100

Classificação segundo o peso ao nascimento (g)	Peso médio (g) 3,018	
Peso extremamente baixo ao nascer (< 1.000kg)		
RN de baixo peso ao nascer (de 1.000 a 2.499kg)	- 54	- 24,88%
RN de peso apropriado ao nascer (de 2.500 a 4.499kg)	159 4	73,27% 1,85%
RN de tamanho excessivamente grande (≥ a 4.500kg)		
Total	217	100

Fonte: Autoria própria, 2022.

O peso dos recém-nascidos variou entre 2.070 e 4.530 kg. Quanto ao sexo, observou-se uma pequena prevalência do sexo masculino, com 51,6% (n = 112) (Tabela 6). Vale ressaltar que não houve ocorrência de gêmeos.

Considerado como um parâmetro de saúde do neonato, o peso no momento do nascimento é reflexo da conduta materna durante a gestação, indicando a importância do acompanhamento gestacional por se tratar de um indicador sensível e que antevê riscos de óbito neonatais e predisposição ao adoecimento (TOURINHO,2012). Do total de (n = 54) crianças classificadas como de baixo peso ao nascer, (n = 48) eram de mães que não realizam o pré-natal, o que sugere uma intrínseca relação entre esses determinantes.

O Gráfico 1.13 ilustra a porcentagem de mulheres que apresentaram complicações durante o trabalho de parto.

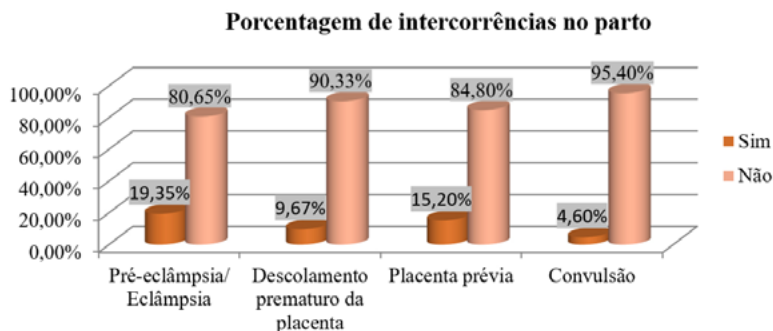


Gráfico 1.13 - Porcentagem de intercorrências no parto (n = 217), 2021.
Fonte: Autoria própria, 2022.

Ficou evidente a prevalência de dificuldades relacionadas à pré-eclâmpsia/eclâmpsia, que totalizou 19,35% (n = 42) dos episódios. Sucessivamente, os transtornos por placenta representam 15,20% (n = 33) dos casos, seguidos pelo deslocamento da placenta 9,67%(n = 21) e convulsão 4,60%(n = 10).

A pré-eclâmpsia, em regiões desfavorecidas, pode indicar até cerca de 22% da causa das mortes maternas, o que a torna um indicador problemático para a saúde das mulheres grávidas. Contudo, o aparecimento da pré-eclâmpsia é prontamente identificado durante as consultas do pré-natal e são evitáveis (FEBRASGO, 2017). O índice encontrado no presente estudo é um dado que poderia ser inibido e antecipado durante o decorrer do acompanhamento gestacional e até mesmo possibilitar diminuição da probabilidade do óbito materno.

Ao se tratar de ocorrências em recém-nascidos, a Tabela 1.7 indica os transtornos referidos, como respiratórios, neurológicos e imunes.

Tabela 1.7 – Expressão percentual das alterações em recém-nascidos (n = 217), 2021.

Variável	N	%
Transtorno de ordem respiratória		
Sim	76	35,02
Não	141	64,98
Total	217	100
Transtorno de ordem neurológica		
Sim	39	17,97
Não	178	82,03
Total	217	100
Transtorno de ordem imune		
Sim	070	3,23
Não	210	96,77
Total	217	100

Fonte: Autoria própria, 2022.

Quando se trata dos problemas que acometeram os recém-nascidos, o presente estudo buscou avaliar parâmetros organizados por sistemas, tais como: respiratório, neurológico, hematológico, metabólico, oftalmológico e imunológico. Podemos perceber na Tabela 07 que os distúrbios mais referidos pelas entrevistadas foram alterações de ordem respiratória, com 35,02% (n = 76), seguido de distúrbios neurológicos referidos por 17,97% (n = 39) das mães, e complicações imunológicas, relatadas por 3,23% (n = 07). Estas últimas estão associadas às complicações de sífilis não tratadas adequadamente durante o pré-natal.

O nascimento do recém-nascido (RN) marca não somente a saída do corpo da mãe, mas também desencadeia uma série de transformações que ele precisará passar para sobreviver a esse

novo ambiente. A respiração é uma das mais importantes, pois o neonato passará de um pulmão repleto de líquido para um pulmão cheio de ar. Para que tenha essa realização das transformações ocorridas, o neonato necessitará aprender a respirar de uma nova maneira. A boa adequação garantirá mínimas dificuldades, contudo, por se tratar de mudanças importantes, o recém-nascido pode apresentar intercorrências e assim desenvolver distúrbios respiratórios, os quais, em sua maioria, se manifestam nos primeiros momentos de vida (BRASIL, 2012).

No que diz respeito à amamentação na primeira hora de vida, 82,7% (n = 179) das mães relataram a realização da amamentação “na hora de ouro”, enquanto 17,3% (n = 38) não ofereceram leite materno nos primeiros instantes de vida.

Quanto ao número de crianças internadas, o Gráfico 1.14 aponta o percentual de internações que foi referida pelas entrevistadas.

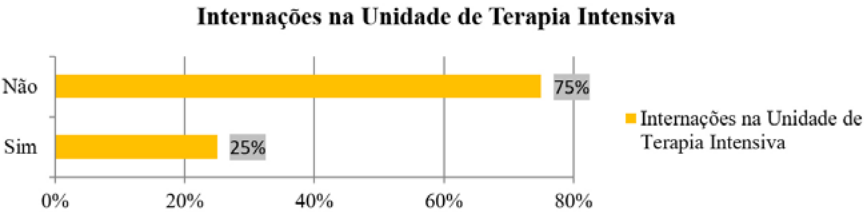


Gráfico 1.14 – Percentil de internações de neonatos na Unidade de Terapia Intensiva (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

Observou-se que 25% (n = 55) dos recém-nascidos foram internados na unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal devido a diversas condições justificáveis. A Tabela 1.8 apresenta as principais causas de internação, sendo as alterações respiratórias a motivação mais frequente, seguidas por alterações neurológicas. Dentre as queixas neurológicas, a hidrocefalia se destacou como a principal condição observada.

A Tabela 1.8 também ilustra os motivos de internação neonatal, com as complicações respiratórias predominando, seguidas por complicações relacionadas à sífilis e broncoaspiração de mecônio.

Tabela 1.8 – Distribuição percentual dos motivos para internações na UN (n = 55).

Causa do internamento	N	%
Desconforto respiratório	38	69%
Broncoaspiração de mecônio	05	9%
Prematuridade	02	4%
Complicações da sífilis	06	11%
Hidrocefalia	04	7%
Total	55	100

Fonte: Autoria própria, 2022.

O desconforto respiratório é uma das causas mais comuns de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, ficando atrás apenas da prematuridade. A prevenção desses quadros ocorre com o acompanhamento gestacional apropriado e à detecção imediata para tratamento oportuno (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

No que diz respeito à realização de pré-natal e intercorrências pós-parto, propôs-se o teste estatístico de Qui-quadrado, cujos resultados estão apresentados na Tabela 1.9.

Tabela 1.9 – Perfil do teste de Qui-quadrado para relação entre realização do pré-natal e intercorrência durante o parto, 2021.

Teve intercorrência durante o parto?				
		Não	Sim	Total
Realizou pré-natal?	Não	29	15	44
	Sim	163	10	173
Total		192	25	217

Fonte: Autoria própria, 2022.

O cálculo foi realizado manualmente no Excel, utilizando as tabelas de mulheres que realizaram o pré-natal e mulheres que apresentaram intercorrência durante o parto. Foi aplicada a fórmula de qui-quadrado disponível no programa, e obteve-se o p-valor de 6,43, tendo-se como referência o $p \geq 0,05$. Segundo o resultado obtido, sugere-se que a não realização do pré-natal interfere na ocorrência de problemas durante o parto (Tabela 1.9).

Ao se tratar da vacinação nos recém-nascidos, o Gráfico 1.15 apresenta a incidência das vacinas BCG e Hepatite B.

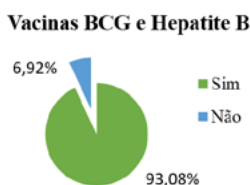


Gráfico 1.15 – Percentual de vacinados contra Tuberculose e Hepatite B (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

Tratando-se da aplicação de vacinas nos neonatos, as vacinas contra Hepatite B e BCG, que protegem logo nos primeiros dias de vida de doenças graves, foram predominantemente aplicadas, conforme relatado pelas entrevistadas. Um total de 93,08% (n = 202) dos neonatos receberam as vacinas, enquanto apenas 6,92% (n = 15) não haviam sido vacinados no momento da coleta de dados.

A administração da vacina contra a Hepatite B precisa ser em até 24 horas após o parto para que se tenha efetividade do antígeno e previna o contágio de maneira vertical. Em casos de doses tardias ainda na mesma semana de nascimento, ainda oferece proteção, a eficácia diminui progressivamente com o passar das horas após o primeiro dia de vida. No caso da vacina BCG, que possui ação contra a tuberculose, deve ser aplicada logo após o bebê nascer e, em

situações de impossibilidades, deve ser aplicada assim que possível, conforme orientações da OPAS (OPAS, 2020).

Inclusive, o próprio ambiente onde as puérperas estão inseridas, a maternidade, preconiza e disponibiliza a vacinação para os recém-nascidos como critério para alta. Dessa maneira, minimiza as perdas vacinais que poderiam ocorrer.

Quanto aos testes realizados nos recém-nascidos, a unidade de saúde também disponibiliza esses exames para as usuárias. De acordo com os dados coletados, 16,10% (n = 35) das crianças não realizaram os testes do olhinho, da orelhinha, do coraçãozinho e do pezinho.

O Gráfico 1.16 demonstra em percentual a realização da testagem por grupo. O teste do pezinho foi mais realizado, com a cobertura de 91,80% (n = 199), seguido pelo teste da orelhinha, com 87,60% (n = 190), o teste do olhinho com 54,60%(n = 118) e, por fim, o teste do coraçãozinho, que foi o menos realizado, com 10,10%(n = 22) das crianças submetidas à testagem.

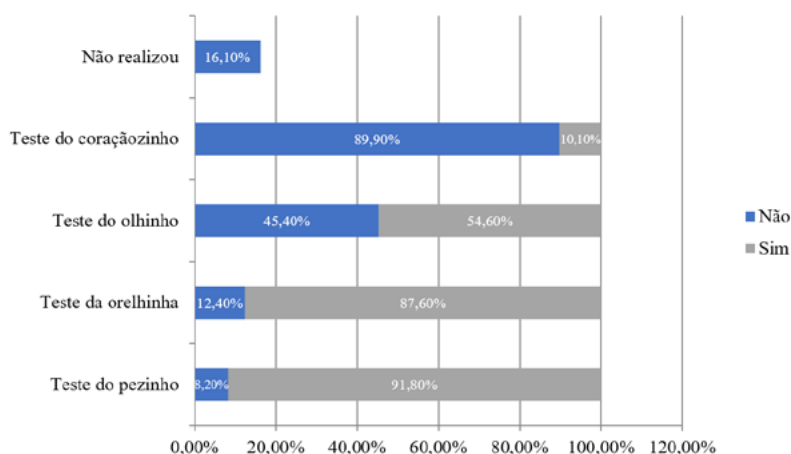


Gráfico 1.16 – Representação em percentual de triagem neonatal (n = 217), 2021.Fonte: Autoria própria, 2022.

Segundo a Portaria GM/MS n.º 822, de 6 de junho de 2001, assegura os testes realizados durante a primeira semana de vida, caracterizado como triagem neonatal. Esta preconiza que os testes precisam ser realizados entre o terceiro e o quinto dia de nascimento, para detectar os agravos característicos. No caso do teste do pezinho, todo exame coletado após a fase de recém-nascido é tratado com ressalvas, uma vez que o diagnóstico precoce é essencial para prevenir complicações de saúde no neonato (BRASIL, 2013).

O exposto anteriormente se fundamenta devido à própria organização interna da unidade, o que favorece às usuárias o acesso aos testes. Contudo, o estudo demonstrou, em média, uma baixa internação, o que pode ter contribuído para a não realização dos testes durante o período da pesquisa, pois é recomendado que o teste do pezinho seja feito com, no mínimo 72h de vida para o teste do pezinho e 24h para o teste do olhinho.

A Tabela 1.10 apresenta a oferta de aleitamento materno para as crianças incluídas na pesquisa.

Tabela 1.10 – Oferta exclusiva de leite materno aos neonatos em percentual (n = 217), 2021.

Variável	N	%
Oferta amamentação materna exclusiva		
Sim	208	95,85
Não	9	4,15
Total	217	100

Fonte: Autoria própria, 2022.

Em relação à amamentação exclusiva, a maioria das mulheres nesse estudo apresentaram um alcance de 95,85% (n = 208) das coletas, enquanto 4,15% (n = 9) relataram oferecer outro tipo

de alimento para integrar a alimentação do recém-nascido (Tabela 1.10). Ao serem indagadas para saber quais seriam os outros tipos de alimento, 44,44% (n = 4) das nove mulheres expressaram não saber, pois os filhos estavam na unidade de terapia intensiva, e as demais 55,55% (n = 5) mencionaram a oferta de água.

Além de garantir a nutrição necessária, o aleitamento materno promove proteção e afeto para a criança e, ainda, escabele uma relação próxima entre mães e seus bebês. Por ser uma opção econômica, a garantia da oferta adequada de aleitamento materno representa não somente suprimento nutritivo, mas também promove os direitos humanos fundamentais, o que se relaciona diretamente à situação da mãe migrante que, no presente estudo, vive em uma situação econômica desfavorável (BRASIL, 2009).

A maior parte da amostra referente às consultas realizadas após a alta hospitalar materno foi coletada enquanto as pacientes estavam no período mediato do puerpério, ou seja, sem terem deixado a unidade hospitalar. Assim, o número expresso de consultas após a alta foi de 5,4% (n = 12) (Tabela 1.11).

Tabela 1.11 – Classificação percentual das consultas feitas após alta da maternidade (n = 217).

Variável	N	%
Consulta após alta na maternidade		
Sim	5,4%	12
Não	94,60%	205
Total	217	100

Fonte: Autoria própria, 2022.

É de extrema importância para a saúde da mãe e do recém-nascido o cuidado no período pós-parto. Preconiza-se ao menos

uma visita à casa da puérpera após a alta da maternidade. No caso de recém-nascidos considerados de risco, essa visita deve ser realizada até três dias após a saída hospitalar. Além disso, é essencial promover, desde o pré-natal, o incentivo para que a mãe procure a unidade de saúde até dez dias após o nascimento, ao fim de garantir um acompanhamento adequado e prevenir possíveis complicações (BRASIL, 2005). No presente estudo, devido às mulheres ainda estarem internadas, não foi possível observar o retorno das mesmas para consultas.

Quanto as alterações na pele do recém-nascido, a maior incidência é a icterícia 18,43% (n = 40), seguida por cianose, com 13,36% (n = 29) e palidez com 4,61% (n = 10), de acordo com o Gráfico 1.17.

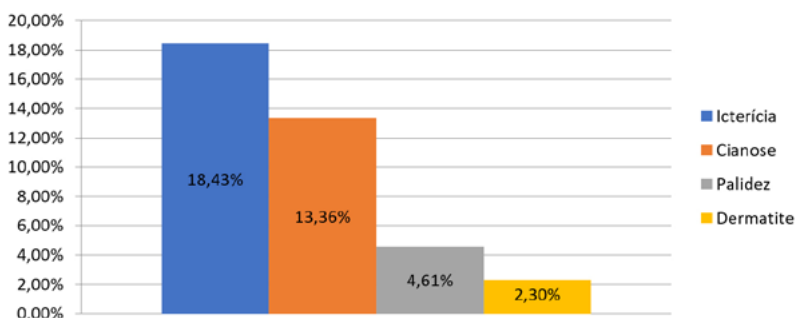


Gráfico 1.17 – Ocorrência de problemas na pele do neonato (n = 217), 2021. Fonte: Autoria própria, 2022.

A dermatite seborreica é comumente observada nos neonatos nos primeiros dias a semanas de vida, manifestando-se por erupções cutâneas com escamas e oleosas. O estudo sugere a influência hormonal materna como causa significativa para o aparecimento dessa alteração na pele (LOPEZ, 2007).

Em relação aos diagnósticos médicos dos recém-nascidos, a maior parte da amostra não apresentou nenhuma condição

específica. No entanto, as mulheres entrevistadas que relataram algum diagnóstico, pneumonia foi a mais frequente, com uma incidência de 13,82% (n = 30), seguida pela icterícia neonatal, com 8,76% (n = 19), e pela bronquiolite, com 7,83% (n = 17), conforme apresentado na Tabela 1.12.

Tabela 1.12 – Classificação percentual dos diagnósticos médicos dos recém-nascidos (n = 217), 2021.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	N	(%)
Nenhum	142	65,43%
Bronquiolite	17	7,83%
Pneumonia	30	13,82%
Anemia	3	1,38%
Hidrocefalia	4	1,84%
Icterícia neonatal	19	8,76%
PCD (fenda palatina)	2	0,92%
Total	217	100

Fonte: Autoria própria, 2022.

Observou-se também o aparecimento de agravos neurológicos, como hidrocefalia e problemas relacionados à sífilis congênita. Esta última, é frequentemente detectada nos pré-natais através dos testes rápidos realizados em consultas que permitem a detecção precoce e tratamento totalmente gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, as migrantes relataram dificuldades em dar continuidade ao pré-natal devido à distância das unidades de saúde e aos desafios de atendimento, sugerindo que a burocracia para obtenção de documentos necessários pode dificultar o acesso ao serviço.

Outro ponto é a saúde neonatal, principalmente relacionada a questões de algum agravo, como a icterícia. É fundamental que a mãe seja orientada sobre a importância dos banhos de sol para prevenir ou reduzir essa condição. Esses cuidados são frequentemente abordados durante o pré-natal, o que indica que muitos casos poderiam ser evitados com acompanhamento adequado.

Entre os diagnósticos mais frequentes, a pneumonia destacou-se como a condição mais prevalente, sendo uma inflamação pulmonar causada por bactérias, fungos ou vírus. Comumente associada à sepse e meningite, o diagnóstico é também utilizado como um indicativo de alerta de ordem mais agravada. Além disso, a pneumonia apresenta-se como causadora de óbitos neonatais em menos de 48 horas em um terço dos que apresentam a doença (BRASIL, 2012). Segundo Queiroz (2009), há aproximadamente 30 mil óbitos neonatais anuais devido à pneumonia, um agravo que pode ter origem durante o trabalho de parto ou ser adquirido no período pós-parto, e que está associado a complicações evitáveis.

Diante dos dados referidos, é imprescindível o papel do pré-natal para o bom andamento da gestação. O pré-natal oferece assistência adequada para a mãe e o bebê, contribuindo para a prevenção de agravos como anemia e os problemas respiratórios (OLIVEIRA, 2017).

Além disso, é possível observar uma associação entre a falta de acompanhamento pré-natal e a ocorrência de complicações neonatais, pois de (n = 75) das crianças com algum distúrbio, (n = 42) das mães não realizaram o pré-natal.

1.4 Considerações Finais

Os apontamentos iniciais já permitem observar a situação vulnerável em que esse grupo se encontra e como a assistência ofertada à saúde dessa população é fundamental para o progresso das

gerações vindouras. Pode-se concluir que as mulheres migrantes realizaram o pré-natal, mas frequentaram poucas consultas, iniciaram tardiamente o uso de suplementos na gestação e apresentaram alta incidência de infecção do trato urinário, intercorrências no parto e agravos à saúde do neonato. Essas situações poderiam ser antecipadas por meio de acompanhamento gestacional e uso correto da suplementação.

Outro desfecho provável são as intercorrências durante o parto e a não realização do pré-natal, e este estudo comprovou a associação de ambas as variáveis. Desse modo, é necessário que os órgãos de saúde implementem intervenções mais eficazes para garantir às migrantes um acesso adequado à assistência, levando em consideração a realidade específica em que se encontram. Isso pode ser alcançado por meio de sensibilização ou capacitação dos profissionais de saúde, para que compreendam de maneira mais profunda as necessidades dessas mulheres em situação de vulnerabilidade.

Quando se trata da saúde dos neonatos, pode-se perceber a interferência que o acompanhamento pré-natal inadequado pode ocasionar, resultando em uma alta taxa de internações e diagnósticos pós-nascimento. Tais quadros poderiam ser evitados com um acompanhamento gestacional adequado, aliado às orientações fornecidas no contexto hospitalar.

Por fim, evidencia-se o papel da enfermagem como precursora de boas práticas para um gestar mais seguro, pois o profissional enfermeiro acompanha a gestação do gestar até o nascimento e desempenha uma função fundamental para os desfechos mais salutar da população estudada.

No que diz respeito as limitações do estudo, a Pandemia da COVID-19 trouxe mudanças profundas, principalmente no contato

direto com pessoas, o que influenciou o período de coletas, além da amostra populacional na pesquisa ser numerosa.

Referências

ALMEIDA, Solange Duarte de Mattos; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. **Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. 2004.**

ANDRADE, Raquel Dully *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015.

BAENINGER, Rosana; SILVA, João Carlos Jarochinski. Migrações Venezuelanas. **Campinas: Nepo/Unicamp**, C. 5, v. 1, p. 293, 2018.

BARBOSA, Lorena *et al.* Fatores associados ao uso de suplemento de ácido fólico durante a gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, p. 246-251, 2011.

BARCELLOS, Joyce Gonçalves *et al.* **A assistência obstétrica ao parto e nascimento na percepção das mulheres: uma revisão integrativa.** 2016.

BEZUTTI, Sandra; GIUSTINA, A. **A importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.** 2017.

BRANCO, Marisa Lucena; TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 932-945, 2014.

BRASIL, M. S. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do**

recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. – 2. ed. atual. Vol. 3 – Brasília: Ministério da Saúde, 2014^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CALIFE, K.; LAGO, T. LAVRAS, C. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério – São Paulo: SES/SP, 2010.

CASTLES, Stephen; MILLER, Mark J.; QUIROZ, Luis Rodolfo Morán. **La era de la migración: Movimientos internacionales de población en el mundo moderno**. México: Universidad Autónoma de Zacatecas, 2004.

COMENTTO. **Calculadora Amostral**, 2018. Disponível em: <https://comentto.com/calculadora-amostal/>

DE OLIVEIRA PEREIRA, Dídia *et al.* **Avaliação das consultas de pré-natal**: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil. Revista Ciência Plural, v. 3, n. 3, p. 2-15, 2017.

DIAS, Sónia *et al.* **Barreiras no Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde pelos Imigrantes**. Acta Medica Portuguesa, v. 24, n. 4, 2011.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA *et al.* **Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos**. Pré-Eclâmpsia; SOER, Ed.; FEBRASGO: São Paulo, Brazil, p. 56, 2017.

FINOTTI, Marta Franco *et al.* **Diretoria da Febrasgo**. 2018

FRANCISQUINI, Andréa Rodrigues *et al.* Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 743-751, 2010.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.

GONÇALVES, Aldina *et al.* Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 55-64, 2003.

GRANADA, Daniel *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 285-296, 2017.

HRW, Human Rights Watch. **Emergência humanitária na Venezuela:** resposta da ONU em grande escala é necessária para enfrentar a crise de saúde e alimentos. 2019.

KOECHLIN, José E.; EGUREN, Joaquín. **El éxodo venezolano:** entre el exilio y la emigración. 2018.

MACÊDO, Vilma Costa. **Atenção integral à saúde da criança:** políticas e indicadores de saúde. 2016.

MARTIN, Denise; GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. **Imigração, refúgio e saúde:** perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 26-36, 2018.

MARTÍNEZ, Mario Valero. **Notas sobre Geografía Política:** el paisaje fronterizo venezolano (Notes on geography policy: the Venezuelan border landscape). **Acta Geográfica**, p. 169-184, 2014.

MASCARELLO, Keila Cristina *et al.* Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180010, 2018.

MONTENEGRO, Carlos Antonio B.; DOS SANTOS, Flávia C.; DE REZENDE-FILHO, Jorge. Anemia e gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto** (TÍTULO NÃO-CORRENTE), v. 14, n. 2, 2015.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto; ALVES, Eliane Aparecida; ZUGAIB, Marcelo. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 9-15, 2004.

PEIXOTO, João. **As teorias explicativas das migrações:** teorias micro e macro- sociológicas. 2004.

PESAMOSCA, Lucélia Garlet; FONSECA, Adriana Dora da; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 182-188, 2008.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico** – métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013. 277p.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira *et al.* Características e agravos prevalentes da população assistida na fase perinatal: Estudo em um hospital terciário do SUS. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 565-573, 2009.

ROCHA, Cristianne Maria Famer *et al.* Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 8, n. 15, 2012.

RONCALLI, Angelo Giuseppe *et al.* Efeito da cobertura de testes rápidos na atenção básica sobre a sífilis em gestantes no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares dos *et al.* Autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 471-479, 2019.

SOUSA, Jhully Sales Pena. **Condições de nascimento e desfechos neonatais de recém-nascidos filhos de migrantes venezuelanas em condições de Abrigamento na cidade de Boa Vista-RR**. UFRR. Boa Vista, RR, 2019.

TOPA, Joana; NEVES, Sofia; NOGUEIRA, Conceição. Imigração e saúde: a (in) acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 328-341, 2013.

TOURINHO, Amanda Braga; REIS, Moreira Lílian Barros De Sousa. Peso ao nascer: uma abordagem nutricional. **Comun. ciênc. saúde**, p. 19-30, 2012.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W.S. **Metodologia científica para área da saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015

Capítulo 2

ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DAS VENEZUELANAS ATENDIDAS NO SERVIÇO OBSTÉTRICO DE BOA VISTA

*Luciana Márcia Rodrigues Viana,
Pedro Henrique Amparo da Costa Leite e
Tárcia Millene de Almeida Costa Barreto*

RESUMO

O crescente número de mulheres venezuelanas entre os migrantes é uma tendência observada pelo aumento no número de atendimentos no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), que dobrou em 2016⁴. O objetivo deste estudo foi identificar e analisar o perfil sociodemográfico das migrantes venezuelanas, além de analisar a natureza dos atendimentos prestados a essas mulheres no serviço de atenção obstétrica, comparando-os com os serviços prestados às mulheres brasileiras. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, cujos dados foram obtidos por meio do SIH/SUS. Os resultados mostram que a maior representatividade é de mulheres brasileiras atendidas no serviço de referência obstétrica, onde totalizaram em: 2018 (84,5%), 2019 (73,7%), 2020 (74,9%), 2021 (76,3%) e 2022 (75,3%). Quanto à presença das mulheres venezuelanas, observa-se o uso crescente dos serviços de saúde oferecidos no HMINSN entre os anos de 2018 a 2022, representando respectivamente: 2018 (15,5%), 2019 (26,3%), 2020 (25,1%), 2021 (23,7%), 2022 (24,7%). No que se refere ao ano com maior número, em 2018, foram atendidas 5.397 mulheres brasileiras no HMINSN. Em 2019, nota-se um pico de atendimentos a mulheres venezuelanas, totalizando 1.797 atendimentos.

Palavras-Chave: Migração venezuelana. Perfil sociodemográfico. Obstetrícia.

2.1 Introdução

A migração é um fenômeno que acontece desde os primórdios da civilização, o deslocamento populacional provocou diversas mudanças culturais, o que contribuiu para a construção da percepção de mundo e das práticas que a sociedade realiza¹.

Nos últimos anos, o Brasil tem vivenciado uma significativa onda migratória de venezuelanos. Esses migrantes buscam escapar da crise econômica e política em seu país, a qual se agravou a partir de 2015, comprometendo o acesso aos alimentos, serviços de saúde, moradia e a manutenção do padrão de vida.

A fronteira entre o Brasil e a Venezuela está situada no estado de Roraima, por onde os migrantes ingressam no país em busca de melhores condições de vida, oportunidades de emprego e acesso à saúde. Muitos desses migrantes se dirigem para a capital do estado, Boa Vista, por ser a cidade mais desenvolvida da região².

Como resultado, observou-se um aumento significativo no fluxo migratório, estimando-se que cerca de 250 mil venezuelanos tenham migrado para o Brasil, com a maior parte entrando pelo estado de Roraima. Esses migrantes têm buscado refúgio principalmente em Boa Vista e em Pacaraima, município localizado no norte do estado, na fronteira com a Venezuela^{2,3}.

No cenário atual, destaca-se o crescente número de mulheres venezuelanas entre os migrantes, uma tendência evidenciada pelo aumento do número de atendimentos no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), que dobrou no ano de 2016 quando comparado ao ano anterior⁴.

Ao longo da história, as mulheres desempenharam papéis principais em diversos aspectos de suas vidas. Tradicionalmente, no contexto migratório, as mulheres frequentemente se deslocavam na companhia de seus cônjuges, porém, ao longo dos anos, essa dinâmica começou a se transformar. Os novos arranjos sociais da

vida feminina, entre outros fatores, têm remodelado a participação das mulheres nos processos migratórios, tornando-as protagonistas de suas próprias jornadas migratórias⁵.

Os dados do departamento de vigilância epidemiológica indicam um aumento no número de mulheres venezuelanas grávidas que buscam atendimento médico. Em 2019, 20,9% dos nascimentos ocorridos no HMINSN eram de mães venezuelanas, totalizando 2.792 nascimentos. Essa proporção manteve-se quase estável em 2020, com 20,6%, correspondendo a 2.564 nascimentos. Em 2021, dos 12.625 nascimentos registrados no mesmo hospital, 2.549 (20,2%) foram de mulheres venezuelanas⁶.

Estudos realizados anteriormente com esta temática apontam um aumento expressivo no uso dos serviços de saúde na maternidade devido à intensa migração venezuelana. Afirmam ainda que, mesmo com esse aumento na demanda, não houve aumento no número de profissionais de saúde nem nos insumos necessários para os atendimentos, levando a uma sobrecarga dos serviços na única maternidade pública de Boa Vista⁷.

Diante da situação, poucas discussões são fomentadas sobre os impactos socioeconômicos e socioambientais sobre os serviços de saúde em questão, bem como sobre os efeitos reais da migração nesse contexto⁸.

Neste cenário, o objetivo deste estudo foi identificar o perfil sociodemográfico e analisar a natureza dos atendimentos prestados às migrantes venezuelanas atendidas no serviço de atenção obstétrica, comparando-os com os serviços oferecidos às mulheres brasileiras.

2.2 Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e retrospectivo, com uma abordagem quantitativa, fundamentada em dados obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). O

período analisado abrange os anos de 2018 a 2022, com foco nos atendimentos realizados no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN).

A população do estudo incluiu mulheres de nacionalidade venezuelana e brasileira que utilizaram os serviços de obstetrícia de uma maternidade pública em Boa Vista (RR), entre 2018 e 2022, cujos registros de atendimentos estão disponíveis no SIH/SUS.

Os dados foram extraídos da plataforma SIH/SUS, e o processo de limpeza, codificação e análise foi conduzido utilizando o *software* R versão 4.2.2⁹. As variáveis analisadas foram: (1) Variáveis referentes ao perfil epidemiológico, tais como idade, cor da pele, nacionalidade; (2) Variáveis para caracterizar os atendimentos realizados na unidade, incluindo a causa principal do atendimento (diagnóstico principal).

Foi realizada a análise descritiva das variáveis por ano de atendimento e nacionalidade. Ao analisarmos a nacionalidade, realizamos o teste de Soma de Postos de Wilcoxon (Mann-Whitney) para comparar a diferença entre as medianas e a distribuição da variável idade. Para as variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado de independência. Adotou-se um nível de significância de 0,05.

Foram incluídos na pesquisa indivíduos do sexo feminino de nacionalidade brasileira (código 10) e venezuelana (código 92). O código 10 e 92 são obtidos durante o cadastro na plataforma do SIH/SUS.

Este estudo não exigiu aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois os dados utilizados para realização da pesquisa são agrupados, públicos e estão disponíveis na plataforma do SIH/SUS.

2.3 Resultados e Discussão

Os resultados mostram que as mulheres brasileiras apresentam a maior representatividade no uso dos serviços obstétricos no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN)

durante o período analisado. Os atendimentos distribuíram-se da seguinte forma: 2018 (84,5%), 2019 (73,7%), 2020 (74,9%), 2021 (76,3%) e 2022 (75,3%). Nota-se uma redução discreta no número de brasileiras atendidas ao longo dos anos de 2018 a 2022 (Tabela 1).

Diante desses dados, surge o questionamento: as mulheres brasileiras estão migrando para os serviços privados ou estão tendo menos filhos? Os dados do DATASUS, referentes aos nascidos vivos em Boa Vista, entre 2018 e 2022, apontam que em 2018 houve (10.747) nascimentos, 2019 (11.794), 2020 (10.857), 2021 (11.014) e 2022 (10.061). Esses números confirmam que o quantitativo de partos por ano nas mulheres brasileiras manteve-se na margem de 10 mil¹⁰.

Já os dados referentes ao período de 2014 a 2017, revelam que os partos de mulheres brasileiras ocorridos em Boa Vista foram: 2014 (6.755), 2015 (6.719), 2016 (6.479) e 2017 (7.043) nascimentos¹⁰. Comparando esses números com os do período de 2018 a 2022, verifica-se um aumento significativo nos nascimentos ao longo dos anos. Esses dados reforçam que as mulheres brasileiras não deixaram de utilizar os serviços obstétricos públicos.

É possível observar a presença significativa das mulheres venezuelanas utilizando os serviços de saúde oferecidos no HMINSN dentre os anos de 2018 a 2022, representando, respectivamente: 2018 (15,5%), 2019 (26,3%), 2020 (25,1%), 2021 (23,7%), 2022 (24,7%).

A conjuntura política e econômica vivenciada na Venezuela gerou sucessivas ondas migratórias para o Brasil, mais especificamente para o estado de Roraima. Nesse contexto, muitas mulheres e crianças migraram para o Brasil, pois se encontravam em estado de vulnerabilidade devido à falta de infraestrutura para a oferta de serviços de saúde que promovessem qualidade de vida ⁷.

A faixa etária de 20 a 24 anos se mostrou mais evidente entre todos os anos analisados dentro do estudo, representando 31,2 % em 2018, 32 % em 2019, 31,1 % em 2020, 32 % em 2021 e 31,9

% em 2022. As faixas de 15 a 19 anos e de 25 a 29 anos também apresentaram relevância nos atendimentos.

Quanto à raça/cor, a categoria parda foi predominante entre todos os anos de 2018 a 2022, mantendo-se acima de 80%. Em seguida, destacou-se a raça/cor indígena. Em um estudo realizado com a população venezuelana residente em Boa Vista (RR), os achados mostram a cor parda em evidência com 74,5%, seguido da cor branca (12,5%) e preta (8,2%)¹².

De acordo com Barbosa, o fluxo de atendimento no serviço de saúde obstétrico e ginecológico de Boa Vista (RR) aumentou significativamente com a chegada das migrantes venezuelanas. Porém, não houve aumento no quadro de profissionais e insumos necessários para o desenvolvimento do trabalho pelas equipes de saúde no hospital¹¹. Fato este que se torna preocupante, pois pode comprometer a qualidade da assistência prestada dentro do estabelecimento de saúde⁷.

Tabela 2.1 - Distribuição da nacionalidade, idade, faixa etária e raça/cor das mulheres atendidas no HMINSN por ano, de 2018 a 2022.

Características	2018, N = 6.384 ¹	2019, N = 6.837 ¹	2020, N = 6.251 ¹	2021, N = 6.407 ¹	2022, N = 6.011 ¹
Nacionalidade					
Brasil	5.397 (84,5%)	5.040 (73,7%)	4.683 (74,9%)	4.891 (76,3%)	4.529 (75,3%)
Venezuela	987 (15,5%)	1.797 (26,3%)	1.568 (25,1%)	1.516 (23,7%)	1.482 (24,7%)
Idade	23 (19 – 28)	23 (19 – 28)	23 (20 – 29)	23 (19 – 28)	24 (20 – 29)
Faixa Etária					
10 a 14 anos	108 (1,7%)	106 (1,6%)	96 (1,5%)	115 (1,8%)	87 (1,4%)

¹n (%); Mediana (AIQ). Fonte: SIH-SUS, 2024. Elaboração própria.

Tabela 2.1 - Distribuição da nacionalidade, idade, faixa etária e raça/cor das mulheres atendidas no HMINSN por ano, de 2018 a 2022. *(Continuação)*.

Características	2018, N = 6.384 ¹	2019, N = 6.837 ¹	2020, N = 6.251 ¹	2021, N = 6.407 ¹	2022, N = 6.011 ¹
15 a 19 anos	1.555 (24,4%)	1.660 (24,3%)	1.427 (22,8%)	1.501 (23,4%)	1.325 (22,0%)
20 a 24 anos	1.990 (31,2%)	2.188 (32,0%)	1.945 (31,1%)	2.051 (32,0%)	1.916 (31,9%)
25 a 29 anos	1.421 (22,3%)	1.449 (21,2%)	1.391 (22,3%)	1.393 (21,7%)	1.370 (22,8%)
30 a 34 anos	804 (12,6%)	846 (12,4%)	814 (13,0%)	794 (12,4%)	813 (13,5%)
35 a 39 anos	388 (6,1%)	473 (6,9%)	436 (7,0%)	416 (6,5%)	395 (6,6%)
40 anos ou mais	118 (1,8%)	115 (1,7%)	142 (2,3%)	137 (2,1%)	105 (1,7%)
Raça/cor					
Branca	83 (1,3%)	85 (1,2%)	82 (1,3%)	105 (1,7%)	207 (3,5%)
Preta	16 (0,3%)	12 (0,2%)	21 (0,3%)	29 (0,5%)	45 (0,8%)
Parda	5.696 (89,4%)	5.865 (86,2%)	5.285 (85,1%)	5.211 (82,3%)	4.761 (80,1%)
Amarela	1 (0,0%)	2 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,0%)	2 (0,0%)
Indígena	576 (9,0%)	842 (12,4%)	822 (13,2%)	987 (15,6%)	926 (15,6%)
Desconhecido	12	31	41	73	70

¹n (%); Mediana (AIQ). Fonte: SIH-SUS, 2024. Elaboração própria.

A média de idade para as brasileiras e venezuelanas no presente estudo foi de 23 anos, com diferenças na amplitude interquartil: para as brasileiras, o intervalo foi de 19 a 29 anos, enquanto para as venezuelanas, o intervalo foi de 20 a 27 anos (Tabela 2). Em relação à faixa-etária, a maior representatividade para ambas nacionalidades

concentrou-se no grupo de 20 a 24 anos, correspondendo a 30,3% das brasileiras e 36,0% das venezuelanas.

No estudo de Almeida *et al.* (2020), foi analisado as características sociodemográficas de faixa etária entre mulheres, constatou-se que a maior proporção de brasileiras tinha 35 anos ou mais, enquanto as venezuelanas se concentraram entre 20-34 anos¹³.

Tabela 2.2 – Distribuição geral da idade, faixa-etária e raça/cor das mulheres brasileiras e venezuelanas atendidas referente nos anos de 2018 a 2022.

Características	Brasil, N = 24.540 ¹	Venezuela, N = 7.350 ¹	p-valor ²
Idade	23 (19 – 29)	23 (20 – 27)	<0,001
Faixa Etária			<0,001
10 a 14 anos	456 (1,9%)	56 (0,8%)	
15 a 19 anos	5.688 (23,2%)	1.780 (24,2%)	
20 a 24 anos	7.443 (30,3%)	2.647 (36,0%)	
25 a 29 anos	5.373 (21,9%)	1.651 (22,5%)	
30 a 34 anos	3.301 (13,5%)	770 (10,5%)	
35 a 39 anos	1.751 (7,1%)	357 (4,9%)	
40 anos ou mais	528 (2,2%)	89 (1,2%)	
Raça/cor			<0,001
Branca	488 (2,0%)	74 (1,0%)	
Preta	94 (0,4%)	29 (0,4%)	
Parda	19.686 (80,6%)	7.132 (98,4%)	
Amarela	6 (0,0%)	1 (0,0%)	
Indígena	4.138 (17,0%)	15 (0,2%)	

¹Mediana (AIQ); n (%). ²Teste de soma de postos de Wilcoxon para a variável Idade e Teste qui-quadrado de independência para as variáveis: Faixa Etária, Raça/Cor e Ano. Para raça/cor o teste foi realizado juntando as categorias “Amarela” e “Indígenas” como “Outros”. Fonte: SIH-SUS, 2024. Elaboração própria.

Tabela 2.2 – Distribuição geral da idade, faixa-etária e raça/cor das mulheres brasileiras e venezuelanas atendidas referente nos anos de 2018 a 2022. (Continuação).

Características	Brasil, N = 24.540 ¹	Venezuela, N = 7.350 ¹	p-valor ²
Desconhecido	128	99	
Ano			<0,001
2018	5.397 (22,0%)	987 (13,4%)	
2019	5.040 (20,5%)	1.797 (24,4%)	
2020	4.683 (19,1%)	1.568 (21,3%)	
2021	4.891 (19,9%)	1.516 (20,6%)	
2022	4.529 (18,5%)	1.482 (20,2%)	

¹Mediana (AIQ); n (%). ²Teste de soma de postos de Wilcoxon para a variável Idade e Teste qui-quadrado de independência para as variáveis: Faixa Etária, Raça/Cor e Ano. Para raça/cor o teste foi realizado juntando as categorias “Amarela” e “Indígenas” como “Outros”. Fonte: SIH-SUS, 2024. Elaboração própria.

Quanto ao número de internações, observa-se na Figura 1 que a população brasileira prevaleceu em todos os anos do estudo com o maior quantitativo de internações. O maior número foi em 2018, com 5.397 mulheres brasileiras internadas, enquanto o menor número foi registrado entre mulheres com nacionalidade venezuelana, totalizando 987. Nos anos seguintes, os números se mantiveram estáveis, com as brasileiras predominando nos atendimentos ao longo de todos os anos do estudo.

Em relação aos anos com maiores números de atendimentos para as nacionalidades brasileiras e venezuelanas, destaca-se 2018, quando 5.397 brasileiras foram atendidas no HMINSN. Em 2019, nota-se um pico de atendimentos a mulheres venezuelanas, totalizando 1.797 atendimentos no mesmo hospital.

De acordo com a ACNUR, em 2019, o número de migrantes venezuelanos refugiados ultrapassou 4 milhões, dos quais cerca de

168 mil ingressaram no Brasil, o que pode explicar o aumento de atendimentos no HMINSN nesse ano¹⁴.

É possível perceber o aumento da demanda de atendimentos no HMINSN para a população migrante, considerando que é o único serviço público com a especialidade voltada para obstetrícia e ginecologia no Estado, e que também atende pacientes de países vizinhos, como Venezuela e Guiana ⁷.

É importante destacar que o Estado de Roraima conta com algumas fragilidades relacionadas aos serviços de saúde de alta complexidade, por possuir apenas uma maternidade pública que se encontra decadente quanto à falta de estrutura física e de insumos essenciais para a continuidade do serviço prestado ¹⁵.

Um estudo encontrado evidencia que as migrantes venezuelanas buscam no Brasil um serviço de atenção à saúde da mulher com maior qualidade, especialmente no momento do parto e do puerpério, devido à conjuntura política, social e econômica do seu país¹³. Tal afirmação condiz com os achados no estudo em questão, onde temos a presença das mulheres venezuelanas atendidas no HMINSN nos anos de 2018 a 2022.

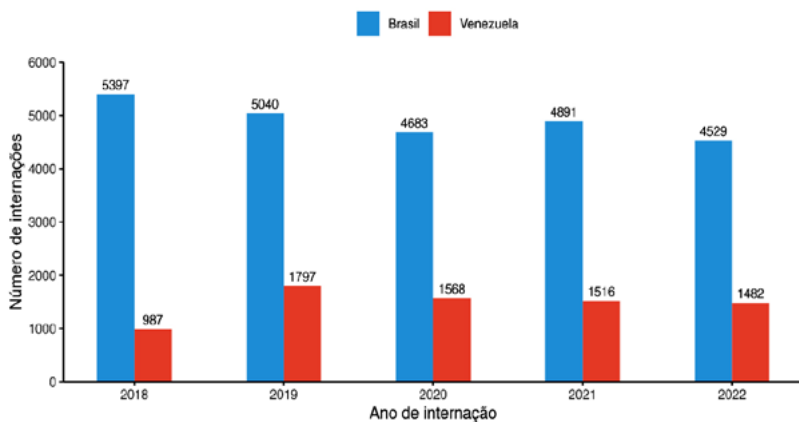


Figura 2.1 – Número de internações por nacionalidade nos anos de 2018 a 2022 no HMINSN. Fonte: SIH-SUS, 2024. Elaboração própria.

A Tabela 2.3 reúne os principais procedimentos realizados no HMINSN entre os anos de 2018 a 2022, abrangendo mulheres brasileiras e venezuelanas. Entre as brasileiras, o procedimento mais frequente foi o parto normal, com um total de 14.679 (18,1%) ocorrências. Em segundo lugar, destaca-se os partos cesarianos em gestações de alto risco com 12.119 (15,0%) casos, evidenciando uma diferença entre os dois procedimentos de apenas 3,1%. Esse dado sugere um número considerável de gestações de alto risco entre mulheres brasileiras. Além disso, partos normais em gestações de alto risco somaram 2.435 (3,0%) ocorrências.

Estudos anteriores revelam uma diferença significativa entre os tipos de parto entre mulheres brasileiras e venezuelanas, mostrando que as brasileiras são submetidas com maior frequência a partos cesáreos, enquanto as venezuelanas a partos vaginais¹³.

Outros procedimentos que aparecem em evidência entre as brasileiras incluem partos normais em centro de parto normal (10,3%), tratamento de intercorrências clínicas durante a gravidez (10,3%), e curetagem pós-abortamento ou puerperal (5,2%).

Durante a gestação, mulheres migrantes passam por uma série de desafios relacionados às necessidades ginecológicas e obstétricas inerentes à gravidez. Essas dificuldades podem ser intensificadas no período gestacional e puerperal, devido à situação de vulnerabilidade em que muitas se encontram¹⁶.

Entre mulheres venezuelanas, o principal procedimento realizado no HMINSN no período do estudo foi o parto normal, totalizando 4.538 (27,1%) casos. Em seguida, destacaram-se os partos cesarianos em gestações de alto risco, com 2.901 (17,3%) registros. Comparando-se os dados apresentados na Tabela 3, nota-se que a diferença entre os dois procedimentos é mais evidente em relação às brasileiras, e o número de partos normais em gestações de alto risco nas venezuelanas é proporcionalmente menor (Tabela 2.4).

De acordo com o estudo de Barreto *et al.* (2018), o principal procedimento ao qual as migrantes são submetidas no HMINSN é o parto. O autor ressalta que parte dessas mulheres não estão em situação de migração permanente, sendo trazidas da Venezuela por ambulâncias que retornam para o seu país de origem após a alta hospitalar¹⁵.

Outro estudo apresenta resultados similares, indicando que partos normais/naturais representam 80% dos casos, enquanto os partos cesarianos correspondem a 15,4% das ocorrências entre mulheres venezuelanas¹⁶.

Dentre outros procedimentos realizados nas venezuelanas no local do estudo, destacam-se: partos normais em centros de parto normal (n = 2.481), tratamento de intercorrências clínicas na gravidez (n = 1.659), curetagem pós-abortamento/puerperal (n = 798) e partos normais em gestações de alto risco (n = 640).

Um estudo mostrou que os resultados quanto aos principais procedimentos de emergência realizados na maternidade local de Boa Vista (RR) nas mulheres venezuelanas foram: tratamento de pré-eclâmpsia/eclampsia (21,5%), atendimento em descolamento prematuro de placenta (10,8%), placenta prévia (3,1%) e convulsões (1,5%)¹⁷. Embora esses resultados não constem na Tabela 2.4 do presente estudo, é possível que se encaixem nas categoriais de tratamento de intercorrências clínicas na gravidez, diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica e tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez parto e puerpério.

Tabela 2.3 – Principais procedimentos realizados no HMINSN. Boa Vista, 2018-2022 Brasileiras e venezuelanas.

Procedimentos (p < 0.001)	Brasil		Venezuela	
	n	%	n	%
Parto normal	14.679	18,1	4.538	27,1
Parto cesariano em gestação de alto risco	12.119	15,0	2.901	17,3
Parto normal em centro de parto normal (cpn)	8.338	10,3	2.481	14,8
Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez	8.324	10,3	1.659	9,9
Curetagem pós-abortamento / puerperal	4.169	5,2	798	4,8
Diagnostico e/ou atendimento de urgência em clínica médica	3.219	4,0	614	3,7
Tratamento de transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	3.730	4,6	12	0,1
Parto normal em gestação de alto risco	2.435	3,0	640	3,8
Tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez parto e puerpério	2.326	2,9	494	2,9
Tratamento de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério	1.791	2,2	604	3,6
Tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal	2.176	2,7	36	0,2
Tratamento de doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	1.807	2,2	370	2,2
Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal	1.808	2,2	26	0,2

Fonte: SIH-SUS, 2024. Elaboração própria.

Tabela 2.3 – Principais procedimentos realizados no HMINSN. Boa Vista, 2018-2022 Brasileiras e venezuelanas. (Continuação).

Procedimentos (p < 0.001)	Brasil		Venezuela	
	n	%	n	%
Parto cesariano	1.169	1,4	465	2,8
Diagnostico e/ou atendimento de urgência em clínica pediátrica	1.328	1,6	98	0,6
Parto cesariano c/ laqueadura tubaria	1.169	1,4	219	1,3
Tratamento de infecções específicas do período perinatal	1.186	1,5	8	0,0
Tratamento de outros transtornos originados no período perinatal	942	1,2	13	0,1
Tratamento de infecções de transmissão predominantemente sexual (a50 a a64)	918	1,2	21	0,1
Tratamento de malária	614	0,8	108	0,6
Outros procedimentos	6.666	8,2	646	3,9
Total	80.913		16.751	

Fonte: SIH-SUS, 2024. Elaboração própria.

Ao analisando a Tabela 3, referente aos procedimentos realizados em brasileiras e venezuelanas, observa-se a presença de procedimentos como: tratamento de malária (n = 108), tratamento de estreptococias (n = 56), curetagem uterina em mola hidatiforme (n = 36) e tratamento de crise hipertensiva (n = 32). Alguns desses procedimentos poderiam ser identificados e tratados durante o acompanhamento de um pré-natal de rotina, o que levanta questionamentos sobre a adequação da cobertura e pré-natal para alcançar essas mulheres.

A partir desta observação de dados, ver-se que há diferença nas necessidades de atendimento entre as duas populações

estudadas. Tal constatação sugere que a saúde da mulher estrangeira em situação de migração é mais vulnerável ao surgimento de condições como malária, hipertensão arterial e mola hidatiforme, doenças que geralmente são diagnosticadas durante o acompanhamento de pré-natal de rotina. Ademais, devido à situação migratória de grande parte dessas mulheres, não há informações concretas sobre a realização de um pré-natal de rotina.

Diante destes dados, faz-se de grande importância o conhecimento de possíveis impactos que o crescente fluxo migratório impõe sobre os serviços de saúde. Supõe-se que tais impactos possam resultar em uma redução na qualidade da assistência prestada, em razão da pressão exercida pelo aumento expressivo da demanda migratória¹¹. Desta forma, é importante que estudos com esta temática sejam realizados para que esses impactos possam ser vistos.

2.4 Considerações Finais

O presente estudo contribuiu para que a análise da presença das mulheres venezuelanas no serviço de referência obstétrica, permitindo visualizar a utilização desse serviço por essa população. Mesmo a presença das mulheres brasileiras sendo majoritária no uso do serviço obstétrico, é significativo a presença das venezuelanas.

Os resultados evidenciaram que a ausência de acompanhamento pré-natal é um fator preocupante nas mulheres em situação de migração. Algumas condições e procedimentos observados neste estudo poderiam ser diagnosticadas durante consultas de rotina. Contudo, não foi possível determinar se as mulheres venezuelanas atendidas no serviço de referência obstétrica tiveram acesso ao pré-natal na atenção básica.

Uma das fragilidades encontradas no estudo foi em relação à base de dados utilizada, que apresentava diversas variáveis sem preenchimento adequado, dificultando uma análise mais aprofundada da caracterização dos atendimentos. Além disto, a falta de

estudos similares para comparação e para discussão dos resultados também se tornou uma fragilidade.

Para pesquisas futuras, seria interessante realizar um estudo comparativo sobre o perfil sociodemográfico e a caracterização dos atendimentos antes e após a chegada das migrantes venezuelanas. Tal abordagem permitiria uma análise dos impactos no serviço de referência obstétrico em Boa Vista, Roraima.

Referencias

RAMOS, M.N. **Migração, maternidade e saúde**. Repertório, Salvador, no 18, p.84-93, 2012.

MILESI, R. **Refugiados e migrações forçadas**: uma reflexão aos 20 anos da declaração de Cartagena. ed. Ministério da Justiça. 10p. 2018. Disponível em: [http://portal.mj.gov.br/main.asp?Team = %7BC728A416-5AA7-476D-B239-CC89FFB36301%7D](http://portal.mj.gov.br/main.asp?Team=%7BC728A416-5AA7-476D-B239-CC89FFB36301%7D). Acesso em: set. 2022.

UNICEF BRASIL. **Crise migratória venezuelana no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>. Acesso em: 10 out. 2022.

HUMAN RIGHTS WATCH (HRW). **Venezuela**: Crise Humanitária Alastrasse para o Brasil. On-line. Disponível em: <https://www.hrw.org/pt/news/2017/04/18/302397>. Acesso em: 5 jan. 2023.

Nielsson, J.G; STRUZA, J.M; Wermuth, M.A. O direito ao acesso à saúde reprodutiva de mulheres migrantes: desvelando processos de precarização da vida. **Revista Derecho y Salud**, Argentina, v. 3, p. 109, 2021.

SESAU. Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima. **Secretaria de Saúde do Estado de Roraima**. Boa Vista: SESAU, 2020.

BARBOSA, L.A; SALES, A.F; TORRES, M.E. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. **Interface** - saúde, comunicação, educação. Botucatu, v. 24, 2020.

BARRETO, T.M.A.C. **Saúde Ambiental e Migração**: uma análise dos impactos da migração venezuelana sobre os serviços hospitalares na cidade Boa Vista-RR. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Recursos Naturais. Boa Vista, 2021.

R CORE TEAM. R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. **R Foundation for Statistical Computing**, Vienna,

Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

Ministério da Saúde. **Nascidos vivos por ano de nascimento segundo município**. Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrr.def> Acesso em: 10 abr. 2024.

BARBOSA, L.A.; SALES, A.F.; TORRES, M.E. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. **Interface** - saúde, comunicação, educação. Botucatu, v. 24, 2020.

BARRETO, T.M.A.C. ESTRELLA, C.V.F.; BARRETO, F. Estudo epidemiológico acerca das infecções sexualmente transmissíveis na população venezuelana residente no município de Boa Vista, Roraima. **Health and Diversity (Online)**, v.4, p.108-112, 2020.

ALMEIDA, L.A. **Atenção Pré-Natal à Migrantes Venezuelanas Na Fronteira Noroeste do Brasil com Venezuela**. Universidade do Porto, outubro, 2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131053/2/434110.pdf> Acesso em: 2 jan. 2024.

Agência da ONU para refugiados. ACNUR. **Número de refugiados e migrantes da Venezuela ultrapassa 4 milhões, segundo o ACNUR e a OIM**. 2019. Disponível em: <https://www.acnur.org> Acesso em: 10 abr. 2024.

BARRETO, T.M.A.C. RODRIGUES, F.S. BARRETO, F. Os impactos nos serviços de saúde decorrentes da migração venezuelana em Roraima: Ensaio Reflexivo. **Revista multidisciplinar da faculdade noroeste de Minas, Humanidades & Tecnologia em Revista (FINOM)** - ISSN: 1809-1628. Ano XII, vol. 14- Jan- Dez 2018.

TOPA, J. Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na região do grande Porto: percursos, discursos e práticas. **Repositório Científico do ISMAI, Portugal**, 2016.

SOUSA, J.S.P. COSTA, A.B.O. BARRETO, T.M.A.C. Condições de saúde dos recém-nascidos brasileiros filhos de migrantes venezuelanas em condições de abrigo na cidade de Boa Vista-RR. **Revista saúde em redes**, v. 7 n. 1 2021.

ASSISTÊNCIA AO PARTO E BARREIRAS NO ATENDIMENTO

O momento do parto representa uma das etapas mais críticas do ciclo gravídico-puerperal, exigindo dos serviços de saúde um atendimento sensível, acolhedor e tecnicamente eficaz para garantir a segurança e o bem-estar da mãe e do recém-nascido. Para as mulheres migrantes venezuelanas em Roraima, no entanto, o processo de parto frequentemente envolve desafios adicionais, como o enfrentamento de barreiras linguísticas e culturais, além de episódios de discriminação que podem comprometer a qualidade do atendimento recebido.

Este capítulo analisa a experiência dessas parturientes ao acessar os serviços de saúde durante o trabalho de parto e o parto, explorando a percepção das mulheres sobre o acolhimento oferecido pelos profissionais, os obstáculos que encontram para uma comunicação efetiva e a discriminação vivenciada em algumas ocasiões. A barreira linguística surge como dos principais desafios, dificultando o entendimento entre parturientes e profissionais e, por consequência, a efetividade dos cuidados. O acolhimento, por sua vez, é outro aspecto determinante na construção de um ambiente seguro e acolhedor, essencial para a redução do estresse e da ansiedade durante o parto.

Os estudos analisados ressaltam a necessidade de estratégias que possam reduzir as barreiras linguísticas e culturais no atendimento obstétrico, como a formação de profissionais em comunicação intercultural e a inclusão de práticas de acolhimento culturalmente sensíveis. Além disso, os trabalhos discutem a relevância

de medidas para combater a discriminação, promovendo a humanização do atendimento. Em conjunto, estas análises buscam apontar caminhos para que o atendimento ao parto se torne mais inclusivo e respeitoso, contribuindo para uma experiência de nascimento digna e segura para todas as mulheres, independentemente de sua origem ou status migratório.

Capítulo 1

A PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES MIGRANTES VENEZUELANAS SOBRE A BARREIRA LINGÜÍSTICA NO ATENDIMENTO DO TRABALHO DE PARTO

*Juliana Araújo Dueñas e
Tárcia Millene de Almeida Costa Barreto*

RESUMO

As migrações pelo mundo nas últimas décadas têm tomado cada vez mais destaque. Neste contexto, a Venezuela desse destaca como um exemplo de um país em meio a uma grave crise humanitária. Essa insegurança e a falta de itens básicos têm levado muitas mulheres venezuelanas a migrarem para o Brasil, em busca de condições melhores para terem seus filhos em maternidades brasileiras. Diante dessa nova demanda de atendimento aos migrantes, a comunicação então passa a ser instrumento primordial dentro da assistência prestada. No caso das parturientes em trabalho de parto, a comunicação é muito relevante, uma vez que a sua ausência pode resultar em situações como: desejos ignorados da gestante e a má compreensão do que a parturiente quer dizer ou expressar. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, com amostra por saturação, realizada com 16 participantes venezuelanas, maiores de 18 anos, hemodinamicamente estáveis, em Alojamento Conjunto, que tiveram parto vaginal e que possuíam pouco ou nenhum nível de compreensão com o idioma português. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, utilizando um roteiro com variáveis e três perguntas norteadoras, além do apoio de um gravador de voz e o diário de campo. Os resultados apontaram que 81% das entrevistadas (13 mulheres) identificaram a crise econômica como

o principal fator que motivou a migração. Fato que se deve às adversidades vividas na Venezuela, que resultaram na migração internacional como principal estratégia de sobrevivência dos venezuelanos indígenas e não indígenas. Em relação à comunicação, 68,75% das participantes relataram compreender a língua portuguesa de forma mediana, enquanto as demais afirmaram ter pouca compreensão do idioma. Este trabalho pôde avaliar todo o contexto em que as parturientes estavam inseridas, assim como suas emoções, relatos, dificuldades de comunicação verbal e a experiência de trabalho no Brasil. Sugere-se que os órgãos competentes busquem capacitar a equipe de saúde para esse atendimento diferenciado ao migrante, uma vez que o mesmo se torna a cada dia mais frequente nas unidades de saúde. Recomenda-se, ainda, a presença de intérpretes ou profissionais capacitados para atuar como mediadores, facilitando a comunicação entre as partes e promovendo um atendimento mais humanizado. Por fim, é imprescindível intensificar ações que reforcem a cultura da humanização e sensibilizem os profissionais de saúde, evitando atitudes inadequadas que possam comprometer o cuidado ao paciente.

Palavras-chaves: Barreira linguísticas. trabalho de parto. mulher migrante. Migrante, Parturiente.

1.1 Introdução

As migrações internacionais têm ganhado cada vez mais destaque nas últimas décadas, embora sejam um fenômeno que existe desde os primórdios da civilização. Atualmente, as migrações forçadas chamam atenção por serem motivadas por desastres naturais e conflitos políticos, onde os indivíduos vão em busca de melhores condições econômicas e de vida (AZEVEDO, 2016).

Neste contexto, a Venezuela vem sendo um exemplo, enfrentando uma grave crise humanitária, fruto da instabilidade política, alta inflação, violência crescente e escassez de itens básico de alimentação e higiene. Essa falta de acesso a alimentos, higiene e a serviços básicos de saúde foram alguns dos motivos para o estopim do êxodo atrás de condições mínimas de sobrevivência. Essa

insegurança tem levado muitas mulheres venezuelanas a migrarem para o Brasil, especialmente para Boa Vista, por ser de fácil acesso, com o objetivo de dar à luz em maternidades locais (MARQUES; LEAL, 2017). O relatório das Organizações dos Estados Americanos (OEA) estima que a migração de venezuelanos ultrapassará cinco milhões de pessoas até o final de 2019, e continuará crescendo se a situação no país não mudar (OEA, 2019).

No Brasil, foram registrados mais de 61 mil pedidos de refúgio por venezuelanos em 2018. Nos dias de hoje, o estado de Roraima conta com 13 abrigos temporários, no qual desses, dos quais 11 ficam localizados na capital, Boa Vista. Ao todo, abrigam mais de 6 mil venezuelanos, um número que não reflete a quantidade de migrantes venezuelanos que adentram ao estado (ACNUR, 2019). Segundo a Organização Internacional para as migrações (OIM), em 2018 foi feito um estudo de monitoramento de fluxos migratórios de venezuelanos em Roraima, e atestou que cerca de 44% dos migrantes que adentraram o estado eram do sexo feminino. A faixa etária de predominante foi entre 18 a 35 anos, sendo maioria composta por pessoas solteiras (57%) ou casadas/em união estável (40%).

Diante dessa nova demanda de atendimento aos migrantes, a comunicação então passa a ser instrumento básico dentro da assistência prestada, possibilitando a identificação e compreensão das necessidades do paciente. Isto porque, quando se trata da assistência das parturientes em trabalho de parto, a comunicação é mais uma vez relevante, uma vez que a não comunicação adequada pode provocar situações como: desejos ignorados da gestante e a má compreensão do que a parturiente quer dizer ou expressar. Nesse sentido, a comunicação deve se fazer necessária, uma vez que faz parte da assistência humanizada, que é preconizada pelo Sistema Único de Saúde (GRANADA *et al.*, 2017; WALDMAN, 2011).

A partir disso, o projeto buscou entender, a partir da percepção das parturientes migrantes venezuelanas, a importância da comunicação durante o trabalho de parto (TP), e investigar se essa diferença linguística pode afetar de alguma maneira no atendimento e experiência de parto em solo estrangeiro.

1.2 Metodologia

1.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, cuja finalidade é compreender o significado do fenômeno estudado e o que ele significa, considerando as percepções e o contexto em que o sujeito está inserido. Neste caso, o estudo avalia a interferência da barreira linguística no atendimento às parturientes migrantes durante o trabalho de parto em uma maternidade pública de Roraima.

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa descritiva busca descrever as características de um fenômeno e os fatores que o determinam. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo estudar as características de um determinado grupo, incluindo aspectos como opiniões, atitudes e crenças (GIL, 2008).

A abordagem qualitativa, por sua vez, não considera a representatividade numérica, mas sim o aprofundamento da compreensão do fenômeno estudado. Esse tipo de pesquisa explica o porquê das coisas sem quantificar os valores e nem submeter à prova dos fatos, uma vez que os dados analisados são não-métricos. Desse modo, o objetivo da amostra é produzir informações aprofundadas e ilustradas de aspectos da realidade que não podem ser quantificados, explicando a dinâmica das relações sociais, independentemente de seu tamanho (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

1.2.2 Local de Estudo

Este estudo foi realizado no Hospital Materno-infantil Nossa senhora de Nazaré (HMINSN), uma instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha desse hospital deve-se ao fato de ser a maternidade pública de maior porte no estado de Roraima, funcionando como referência às parturientes locais e às provenientes da tríplice fronteira entre Venezuela, Brasil e Guiana Inglesa, além de mulheres de diferentes etnias indígenas.

A instituição tem como missão desenvolver ações de ação integral à saúde da mulher, neonato e comunidade. Sua visão é oferecer um atendimento de excelência à população, sempre respeitando os princípios do SUS, os valores de integridade, a valorização humana, o comprometimento, superação dos resultados e melhoria contínua e inovadora.

O HMINSN é composto por seis alas: centro cirúrgico, berçário, área destinada a internações de gravidez de risco, espaço para internação em casos de abortos ou cirurgias geniturinárias, centro de parto normal e o alojamento conjunto. Este último foi escolhido como cenário da pesquisa, pois acomoda o binômio mãe-bebê, foco do estudo.

1.2.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por puérperas migrantes venezuelanas internadas no alojamento conjunto (Ala das rosas) do HMINSN. Foram incluídas na pesquisa puérperas maiores de 18 anos, venezuelanas, hemodinamicamente estáveis, internadas no alojamento conjunto, que tiveram parto vaginal e apresentavam pouco ou nenhum nível de compreensão com o idioma português. Foram excluídas da pesquisa aquelas que apresentarem qualquer incapacidade física e/ou psíquica, indígenas e aquelas cujo o recém-nascido esteja internado na unidade neonatal ou que foram a óbito.

A amostra foi definida por meio da técnica de amostragem por saturação, frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas. Nesse método, o tamanho da amostra é determinado quando ocorre redundância e novas informações deixam de agregar relevância no estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

1.2.4 Procedimentos de Coleta de Dados

Foi encaminhado um documento solicitando autorização para o diretor de ensino e pesquisa do HMINSN, junto com uma cópia do projeto de pesquisa, para que a instituição tomasse conhecimento sobre o estudo. Após o recebimento da carta de aceite, o projeto foi encaminhado a Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil, o qual concedeu o parecer de viabilização do estudo. A partir dessa informação, foi iniciado a coleta de dados.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas nos períodos matutino e vespertino, até que fossem obtidos dados suficientes para a discussão do estudo. Ocorreram no alojamento conjunto (Ala das Rosas) do HMINSN. A princípio, foi comunicado ao responsável do setor o desenvolvimento da pesquisa e sua finalidade, após isso, as puérperas que se enquadram nos critérios de inclusão eram pré-selecionadas, atentando-se sempre para os critérios de exclusão. O convite para a participação da pesquisa foi feito pela entrevistadora durante a abordagem ao binômio, onde também foi apresentado o estudo, do que ele se tratava e os aspectos éticos legais envolvidos, esclarecendo ainda a autonomia de desistência da participante, sabendo assim quaisquer dúvidas.

Após a aceitação da participação, foram assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) e o Termo de Autorização para Gravação de Voz (Apêndice 2), os quais estavam devidamente traduzidos para o espanhol. Em seguida iniciava-se a entrevista com o auxílio de um aparelho de gravação.

O roteiro semiestruturado da entrevista (Apêndice 3) contava com variáveis como nome e idade, além de três perguntas norteadoras: a compreensão do português pela parturiente, como ocorreu a comunicação durante o atendimento no trabalho de parto e como ela se sentiu durante essa experiência de atendimento. Ao término de cada entrevista, ou durante os intervalos, eram dedicados alguns minutos para alimentar o diário de campo acerca do que foi possível observar durante a coleta de dados, complementando as informações obtidas.

1.2.5 Análise dos Dados

Os dados foram analisados segundo a proposta de análise temática de Minayo (2010), que considera os núcleos de sentido presentes na comunicação, nos quais a frequência tenha relevância ao objeto analisado. Para o andamento deste tipo de análise, é necessária a realização de três etapas:

Etapas de pré-análise: nessa etapa é feita a escolha dos documentos que serão analisados, considerando sempre a hipótese e os objetivos iniciais do estudo em questão. O pesquisador então deve elaborar indicadores e ferramentas que auxiliem na compreensão e interpretação do material. Essa etapa subdivide-se em três fases:

- 1.1) *Leitura flutuante:* este momento caracteriza-se pelo contato direto do pesquisador com o material de campo. Nessa fase, haverá uma dinâmica entre as hipóteses iniciais e as que surgirão no decorrer do desenvolvimento da pesquisa, articulando-se às teorias relacionadas. Assim, a leitura se torna progressiva, superando os questionamentos levantados no início do estudo.
- 1.2) *Constituição do Corpus:* esse termo refere-se ao universo estudado como um todo, devendo responder aos critérios de validade qualitativa: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

- **Exaustividade:** o material deve englobar todos os aspectos levantados no roteiro do estudo;
- **Representatividade:** o universo analisado deve conter as características essenciais;
- **Homogeneidade:** deve obedecer aos critérios de escolha do tema tratado, das técnicas utilizadas e atributos aos interlocutores;
- **Pertinência:** os documentos analisados devem ser adequados e assim fornecer respostas necessárias ao objetivo do trabalho.

1.3) **Formulação e reformulação da hipótese e objetivos:** nesta fase, ocorre um retorno à etapa exploratória, caracterizada pela leitura exaustiva do material e pelos questionamentos iniciais. Também é possível reformular hipóteses, possibilitando ajustes de rumos interpretativos.

Além disso, nessa etapa, são definidas a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a categorização, a codificação e os conceitos teóricos que orientarão a análise.

Etapa de exploração do material: essa etapa busca classificar os núcleos de compreensão do texto. Para isso o investigador identifica categorias e, a partir delas, reduz os textos a palavras-chaves ou expressões. Após esse processo, o investigador elege as regras para a contagem, sendo a codificação chave para a interpretação e compreensão, e por fim, o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, dividindo-os pela especificidade do tema.

Etapa do tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação: os resultados são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas, que permitam sua apresentação de maneira compreensível. A partir disso, o pesquisador analisa e interpreta

esses resultados, que podem confirmar a hipótese inicial ou abrir caminho para novos questionamentos.

Esse tipo de análise é formal e mantém sua singularidade ao evidenciar a regularidade dos fenômenos analisados.

1.2.6 Aspectos Éticos e Legais

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012. A pesquisa foi aprovada pelo Parecer n.º 4.054.346 e CAAE: 30526420.1.000.5302 (Anexo 2).

1.2.6.1 Riscos e Benefícios

A Pesquisa não envolveu grandes riscos físicos e/ou psíquicos, embora tenha sido possível algum desconforto por parte das participantes ao relatarem questões pessoais. As entrevistadas foram informadas sobre a possibilidade de se desligarem da pesquisa a qualquer momento, garantindo assim, o total sigilo das suas informações. Para reforçar a confidencialidade, as entrevistadas foram codificadas por meio de sequência alfa numérica (A1, A2, A3...).

1.3 Resultados e Discussão

Neste tópico serão apresentados alguns dados sociodemográficos e as categorias que emergiram da análise dos depoimentos. Os relatos das puérperas migrantes retratam as vivências, opiniões e sentimentos vividos durante o período parturitivo.

1.3.1 Perfil dos Sujeitos do Estudo

Foram entrevistadas 16 puérperas, com idades entre 19 e 38 anos, resultando em uma média etária de 24,31 anos, demonstrando que a maior parcela da população migrante se encontra em

idade ativa. No que se refere ao nível de escolaridade encontrado da população migrante, verificou-se a seguinte distribuição: ensino médio completo (6 participantes); ensino fundamental incompleto (6 participantes); ensino fundamental completo (1 participantes); ensino médio incompleto (2 participantes) e ensino superior incompleto (1 participante).

Tais achados são corroborados pelo estudo sociodemográfico e laboral dos venezuelanos no Brasil de Simões (2017), onde a faixa etária de maior migração entre os venezuelanos era de 20 a 39 anos. De forma semelhante, da Organização Internacional para Migrações (OIM, 2020), apontam que os venezuelanos que migram para países vizinhos, como o Brasil, tendem a ter um perfil mais jovem, solteiro e com baixo nível de escolaridade. Dados esses reafirmados pelo IBGE (2017), onde descreve o percentual de venezuelanos em Roraima e sua escolaridade, e mostra que, em sua maioria, 51%, dos venezuelanos possuem o ensino médio completo. O mesmo foi identificado por Simões (2017), que relatou que 30% dos entrevistados em seu estudo tinham o ensino médio completo, e por Braga, Jesus e Lacerda (2007), que também verificaram predominância de escolaridade de nível médio entre seus participantes.

Em relação ao estado civil, cinco das participantes declararam serem casadas, enquanto onze declararam serem solteiras, sendo que quatro destas relataram ter algum tipo de companheiro. Assim como já foi citado anteriormente, os dados da OIM (2020) reafirmam que a maioria da população migrante venezuelana se encontra solteira. O estudo de Simões (2017) reforça esse perfil, indicando que 50% dos entrevistados eram solteiros, cerca de 20% casados e aproximadamente 18% mantinham algum tipo de companheiro. As participantes também foram questionadas sobre quanto tempo já estavam no Brasil, as respostas variaram entre 5 meses a 3 anos, com média aproximada 1 ano e 1 mês (13,75 meses).

Sobre as motivações para a migração, 81% das entrevistadas (treze mulheres) afirmaram que a crise econômica foi o principal fator migratório. Fato esse que já foi afirmado por Oliveira (2019), que evidenciou como as adversidades vividas na Venezuela resultaram na migração internacional como principal estratégia de sobrevivência dos venezuelanos indígenas e não indígenas, que passou a ocorrer em maior intensidade a partir de 2015. O estudo de Oliveira também revelou que grande parte da população tinha dificuldade em adquirir produtos básicos como alimentos e remédios, além de sofrer com alta inflação do país que reduzia ainda mais o poder de comprar. Na referida pesquisa, cerca de 77% dos entrevistados apontaram esse como o principal fator para a migração.

Quando questionadas sobre o entendimento da língua portuguesa, 68,75% das entrevistadas afirmaram entender de forma intermediária, enquanto as demais afirmaram entender pouco a língua. Para Oliveira (2019), 77% dos participantes de seu estudo não dominavam a língua portuguesa, e no estudo de Simões (2017), os participantes apresentavam pouco domínio e conhecimento do português, com poucos se empenhando em estudar o idioma.

É possível que o percentual de mulheres que compreendam a língua portuguesa de forma intermediária esteja relacionado com o tempo de permanência no Brasil. A construção de vínculos em solo brasileiro vai se construindo de forma gradativa, o que reflete diretamente no domínio e compreensão da língua local.

1.3.2 Categorização das Falas

Esse tópico refere-se à etapa de exploração do material, seguindo a proposta de análise temática proposta por Minayo (2010). Os depoimentos foram organizados em categorias para melhor compreensão e discussão. As categorias são: A barreira linguística e a experiência de trabalho de parto no Brasil; Estratégias adotadas

para a comunicação; e Conformismo, aceitação das mudanças culturais e negligência.

1.3.2.1 A barreira linguística e a experiência de trabalho de parto no Brasil

Esta categoria aborda as dificuldades de comunicação relatadas pelas participantes, suas tentativas de ultrapassar a barreira linguística e a experiência do trabalho de parto em solo brasileiro.

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), alguns dos cuidados gerais sobre a informação e comunicação durante o trabalho de parto recomendam que, o enfermeiro se apresente, explique seu papel no atendimento e, se possível, verifique suas necessidades e preocupações. Nesse momento, é dever do profissional de saúde estabelecer uma relação de confiança com a parturiente, além de identificar se existe possíveis dificuldades na comunicação, como a deficiência de linguagem ou o fato de a paciente ser estrangeira, ou indígena.

Com o aumento do número de pacientes de diversas culturas e países, profissionais da saúde enfrentam o desafio de lidar com migrantes que relatam dificuldades na comunicação. Nesse sentido, os profissionais precisam conhecer e compreender as culturas das populações com as quais vão lidar diretamente, as suas particularidades comunicacionais, os comportamentos de saúde e as práticas de cuidados. Uma das estratégias é a comunicação culturalmente competente (RAMOS, 2012).

Nos depoimentos a seguir, é expressa a existência da barreira durante a experiência de trabalho de parto das puérperas:

*“Eu **entendia mais ou menos o que eles diziam**, eles tinham bastante paciência, eles me compreendiam” (pct2).*

*“Eu entendia o que eles falavam, mas **eles não me entendiam**” (pct8).*

*“Foi uma comunicação boa, normal. A princípio me sentir um pouco incomoda pela diferença de linguagem, **houve situações em que eu estive um pouco perdida pois não compreendia o que estavam falando**” (pct6).*

*“Fiquei um pouco incomoda pela diferença de linguagem, **foi um pouco difícil para eu me comunicar**, tive um pouco de dificuldade” (pct5).*

Observa-se que a dificuldade de compreensão da linguagem manifesta reações de incômodo. Esse tipo de sentimento pode produzir a quebra de vínculo entre o profissional e o paciente, caso não seja adequadamente abordado. O idioma é considerado uma barreira cultural da assistência em saúde, já que esse é um dos importantes instrumentos do acolhimento e cuidado, além de ser veículo para a resposta do usuário diante da terapêutica. A comunicação facilita a construção da confiança, principalmente no contexto do trabalho de parto, onde exerce grande influência para a qualidade da assistência obstétrica. Esse fato é relatado no estudo de Chubaci e Merighi (2002), onde observaram, nos japoneses internados no Brasil, o idioma português era tido como barreira e proporcionava o desenvolvimento de sentimentos de desconfiança, sofrimento, arrependimento e impotência pelo não entendimento da língua. Logo pode-se prever que sentimentos semelhantes possam surgir durante os atendimentos às migrantes (BESSERA *et al.*, 2019).

Por esse motivo, os profissionais de saúde devem se esforçar na busca da comunicação eficiente ou mesmo cobrar de instâncias superiores capacitações para lidar com esse tipo de problemática, uma vez que os migrantes não devem ser penalizados com uma baixa qualidade de assistência em saúde, já que os mesmos passaram por um processo de migração forçada, sem preparo e sem

conhecimento da língua do país acolhedor (BARBOSA; SALES; SOUZA, 2020; BESSERA *et al.*, 2019).

Quanto à influência da diferença linguística na experiência do trabalho de parto, algumas das entrevistadas relataram que, no geral, tiveram ótimas experiências, mas sempre com algum tipo de incômodo durante o processo do parto, como pode-se observar:

“Apesar da diferença de linguagem eu me sentir bem, me trataram bem, não me sentir incomodada em nenhum momento, ao todo, minha experiência foi boa” (pct4).

“Minha experiência foi boa, em alguns momentos eu me sentia estranha pois falavam e eu não entendia nada do que estava acontecendo” (pct 3).

“Bem, apesar do português ser uma língua diferente que tem um processo mais lento para aprender e entender eu tive uma boa experiência” (pct16).

No entanto houve outras que consideraram a o trabalho de parto no Brasil como uma experiência mediana, e é até perceptível o conformismo e o desconforto das puérperas pelo serviço prestado e pela diferença linguística, como se pode observar:

“Me sentir um pouco estranha, mas a gente se acostuma, não me sentir desconfortável pois sempre me trataram bem. Tive uma boa experiência de trabalho de parto no Brasil” (pct2).

“Minha experiencia foi mais ou menos, no final do atendimento do parto sim, foi muito boa. No início foi mais ou menos, apesar de tudo, eles (profissionais da saúde) fizeram esforço para tentar me compreender” (pct5).

“Me sentir um pouco desconfortável, por que é difícil de entender, entender a situação. No meio do meu trabalho de parto falou-se muito pouco” (pct11).

“Um pouco desconfortável, pois eu não entendia muito o que tava acontecendo, porém, algumas coisas davam pra entender, eles (equipe) tentavam me explicar o que estava acontecendo. Mas em resumo apesar de eu não entender completamente a situação aconteceu tudo muito bem” (pct12).

“Apesar de não ser a mesma língua e de as vezes não entenderem o que você diz, me sentir um pouco desconfortável, tive uma experiencia mediana por causa disso” (pct15).

Segundo Bueno (2018), a comunicação é essencial para que se estabeleça um ambiente confortável e propício a interações. Para isso, é necessário pensar e implantar medidas que auxiliem e facilitem essa comunicação, uma vez que nem os profissionais nem os gestores foram preparados para tal situação (GUERRA; VENTURA, 2017).

1.3.2.2 Estratégias adotadas para a comunicação verbal

Nessa categoria, serão apresentados os meios utilizados pelas parturientes para conseguir ultrapassar a barreira linguística verbal e se comunicar durante o atendimento em seu trabalho de parto.

Em vários relatos, pode-se observar que ambas as partes buscam solucionar de alguma forma o impasse da comunicação verbal. Esse esforço é fundamental, pois a comunicação pode tanto ocultar quanto revelar mensagens de cuidado em saúde. As condutas adotadas pelas mulheres para garantir uma comunicação mínima são ilustradas nas falas a seguir:

*“Entendia mais ou menos, as vezes eles não entendiam o que eu dizia e **eu voltada a falar mais devagar para me entenderem**” (pct3).*

*“Apesar deles não me entenderem muito, porém o atendimento foi muito bom. **Eu tentava falar mais devagar para melhorar o entendimento deles**” (pct 11).*

Nota-se que a principal estratégia adotada pelas pacientes era a comunicação verbal pausada, no entanto, ao se comunicar de maneira mais compassada, há uma tendência de ocultação de mensagens entre o emissor e o receptor. No contexto da saúde, essa prática pode resultar na omissão ou supervalorização de condutas assistenciais.

Desta forma, percebe-se que uma equipe de saúde não des-preparada não consegue atender corretamente os migrantes, especialmente no eu diz respeito a abranger todas as áreas do entendimento, já que o principal, a comunicação, encontra-se prejudicada. Há diversas evidências que mostram que a existência de barreiras linguísticas torna a comunicação atendente-paciente menos bem-sucedida, e reduzindo, conseqüentemente, a satisfação do paciente com o atendimento (OLIVEIRA; MENDONÇA; MENDONÇA, 2011).

O mesmo pode se observar nas falas a seguir, que descrevem as condutas adotadas pelos profissionais de saúde para conduzir um processo de comunicação verbal mínimo:

*“A equipe sempre foi atenta, **eles falavam devagar para que eu entendesse** o que estava acontecendo” (pct13).*

*“Bem, consegui falar um pouquinho português, algumas coisas eles entendiam e eles também me ajudaram **quando eu não entendia, falando mais devagar**” (pct7).*

O idioma, enquanto barreira linguística, pode limitar em grande parte as boas práticas de enfermagem no atendimento a migrantes. Interação essa que enfrenta dificuldades na compreensão durante o atendimento, gerando impactos relevantes na qualidade do serviço prestado e nos custos da prestação de cuidados. Nesse contexto, a comunicação eficiente é indispensável para o desenvolvimento da ligação enfermeiro-paciente, pois muitos processos dentro da cena do cuidado vão depender principalmente dessa confiança gerada. Ainda mais quando se trata no cenário do migrante, da diferença de linguagem e do potencial risco de mal-entendidos e omissão de informações, impactando sobretudo na segurança do paciente, nos resultados da assistência em saúde e no custo do sistema de saúde (SILVA; ARRUDA-BARBOSA, 2020; OLIVEIRA; MENDONÇA; MENDONÇA, 2011).

Essas dificuldades evidenciam que o sistema de saúde não está adequadamente preparado para receber migrantes. A diferença de linguagem pode levar tanto o paciente quanto a equipe de saúde a evitar interações ou comunicações, devido à falta de entendimento mútuo. Nessas circunstâncias, o próprio paciente pode se sentir negligenciado, sendo frequentemente classificado como um “paciente difícil” (CHUBACI; MERIGH, 2002; FERREIRA, 2018).

Situações como essas foram identificadas nos relatos de algumas puérperas durante esse estudo.

*“[...] já cheguei quase parindo então **não teve muita comunicação** [...]” (pct16).*

*“[...] **apesar de não falarem muito**, sempre estiveram do meu lado, eles me entendiam” (pct15).*

*“Eu expliquei para eles que eu estava apresentando pressão alta e hemoglobina baixa, sentir que **não me escutaram, que não ligaram pra mim, não me sentir bem** [...]” (pct9).*

O fato dos profissionais de saúde, envolverem-se em todo o processo do trabalho de parto, aproxima o atendente e a parturiente, fortalecendo a confiança da mulher em assumir o protagonismo nesse momento. Essa aproximação pode proporcionar um apoio emocional adequado, contribuindo para uma experiência positiva que repercutirá na vida da mulher. Por outro lado, quando isso não acontece, ela se sente sozinha, deixada de lado em um momento único de sua vida, o que pode nos levar a considerar essa situação como um (des)cuidado que enfraquece as relações, além de diminuir a força vital da parturiente (CARRARO *et al.*, 2008).

Destaca-se que a comunicação em saúde é um direito tanto do profissional quanto do paciente. Além de transmitir informações e proporcionar conforto, a comunicação integra o plano terapêutico, sendo uma ferramenta muito importante do cuidado. Para sua total eficiência, deve-se haver total compreensão de ambas as partes (QUEIROZ *et al.*, 2012).

1.3.2.2.1 *Familiaridade na linguagem*

Essa subcategoria retrata a familiaridade dos migrantes com sua língua natal, o espanhol, e como ele se sente ao se comunicar com alguém no mesmo idioma.

Devido ao histórico de migrações ao Estado de Roraima desde a década de 80, com o surgimento do “eldorado brasileiro” devido à época do garimpo. Nesse período, muitos migrantes vieram para cá, atrás de oportunidades, já que se tratava de um estado em desenvolvimento. Com isso, muitos profissionais da saúde buscaram Roraima para trabalhar e se estabelecer. Por isso, é comum encontrar profissionais de origem cubana, venezuelana, peruana e boliviana (FREITAS, 2009; NOGUEIRA; VERAS; SOUZA, 2013).

Dentro desse contexto, algumas parturientes entrevistadas relataram que, durante o atendimento, contaram com a presença

e participação de profissionais que falavam espanhol, o que facilitou a comunicação no serviço de saúde prestado. Essa interação promoveu certo alívio e conforto para as pacientes, que puderam reconhecer e entender por completo o que estava sendo dito, como podemos perceber através dos relatos:

Médio, não entendia, tinha pessoas que não me entendiam, mas tinha um doutor que era venezuelano e aí eu entendia completamente. Foi um pouco incomodo, Entendia em parte o que as outras pessoas (brasileiras) diziam, mas eles me faziam me sentir bem, brincando, me ajudaram muito, foram muito bons (pct1).

“Tive sorte, me atenderam pessoas que falavam o espanhol. Fui tratada bem por todos” (pct4).

Assim, é perceptível que a dificuldade em não entender ou não falar o idioma é perturbadora, pois tal deficiência afeta o emocional do paciente e da equipe trazendo à tona sentimentos de angústia e desespero, e assim influenciando negativamente no atendimento e na terapêutica empregada (CHUBACI; MERIGH, 2002).

1.3.2.3 Conformismo e negligência

Essa categoria aborda o conformismo dos migrantes em relação à situação em que se encontram, às mudanças culturais enfrentadas e à negligência existente no serviço de saúde.

Durante as entrevistas, foi possível perceber, por meio das escolhas de palavras, tom de voz e postura das entrevistadas, o que queriam passar com o que era dito ali. Entretanto, algumas falas pareciam não condizer com aquilo que era expressado. A partir de então, observou-se que algumas das participantes possuíam um ar de conformismo em suas falas, seja pela condição de vulnerabilidade em que se encontravam, por estarem em um país estrangeiro ou por

aceitarem passivamente as circunstâncias que lhes eram impostas. Esse sentimento era evidenciado por declarações breves e diretas, como evidenciado nas falas a seguir:

“Boa, me trataram muito bem.” (pct7)

“Bem, tudo bem” (pct12).

“Ao todo me sentir bem, me trataram bem” (pct8).

“Bem, me trataram bem, me entenderam bem” (pct10).

Nos relatos, percebe-se que, para as venezuelanas, o “bom tratamento” durante o atendimento é um fator crucial, a ponto de não se importarem com o principal ponto: a diferença linguística. Diferente do que expressaram verbalmente, o que foi observado foi que, por vezes, elas estavam sozinhas, aparentemente, cansadas e na maioria das vezes exibiam um semblante abatido, triste.

O conformismo, segundo a 5ª edição do dicionário Aurélio (2010), é a atitude ou tendência de aceitar passivamente situações incômodas ou desfavoráveis, sem questionamento, luta ou ação; é a atitude de quem se conforta com todas as situações. Sobre a posição de conformismo, Cury (2008) define que a pessoa conformista é inerte, se considera incapaz, não exerce suas escolhas por medo de assumir riscos, não ousa criticar nada, prefere ser vítima do que modificadora da situação. Como consequência, o conformismo se transforma em medo. Na tese de Durán (2020), que trata da migração de venezuelanos para a capital do Peru, é destacado que os venezuelanos possuem uma mentalidade conformista e não procuram superar os obstáculos impostos, aceitando a maneira de vida que lhes é imposta.

Os indivíduos que se consideram fracassados e oprimidos a frente das circunstâncias desfavoráveis da vida e suas realizações acabam moldando seus desejos às possibilidades apresentadas, seja por medo de não conseguirem o que desejam ou até mesmo

pela falta da esperança que tudo mude/melhore, perdendo, assim, a coragem de buscar objetivos que outros, em condições mais favoráveis, podem almejar (Seb apud Kerstenetzky, 2000).

Na pesquisa de Castro, Oliveira e Custodio (2015), realizada com mulheres estrangeiras em São Paulo, foi identificado que as bolivianas, público-alvo do estudo, adotavam uma postura submissa/passiva com relação ao atendimento, alegando que tal comportamento era para colaborar com o atendimento e evitar algum tipo de problema com o profissional de saúde.

Outro ponto identificado nas falas das entrevistadas se refere a questões de negligências, como pode ser observado na fala a seguir:

Eu não entendia eles, a única coisa que entendi foi o médico (que falava espanhol) disse que não era para eu gritar que eu não ia pari pela boca e sim pela vagina, só isso que eu entendi. Ninguém tentou me explicar o que estava acontecendo, se tentaram em algum momento eu não entendi, eu so entendi ao doutor, um peruano. Penso que deveria ter pessoas capacitadas que falem o espanhol, para saber lidar com pessoas que não entendem da língua, é meu primeiro bebê em nenhum momento me tranquilizaram, ao todo me sentir sozinha. Meu companheiro so apareceu depois, quando o bebê nasceu, ele estava lá fora e não o deixaram entrar (pct9).

Nesse relato acima, é possível perceber explicitamente a presença de violência obstétrica por parte do atendente, que impôs à mulher a proibição de gritar devido às contrações, a falta de informação sobre o que estava acontecendo e a negativa em permitir a presença de seu acompanhante.

Segundo Rosário Yajahuanca (2015), a violência obstétrica trata-se da apropriação do corpo e processo reprodutivo da mulher por meio de práticas como abuso de fármacos, a patologização do parto e, sobretudo, o atendimento desumanizado, o que resulta na perda da autonomia da mulher na cena do trabalho de parto. Já para Katz *et al.* (2020), a violência obstétrica é toda ação/omissão para com a parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto, que cause algum tipo de dor, dano, sofrimento desnecessário, o próprio tratamento desumano, maus-tratos, abuso de medicamentos e patologização do parto sem qualquer consentimento ou respeito à sua autonomia. Tais atos incluem, ainda: abuso verbal (com ou sem gritos), procedimentos sem informação ou consentimento, impedimento da presença de acompanhante escolhido da parturiente, violências psicológicas como tratamentos agressivos/grosseiros, discriminação, tratamento autoritário, entre outros.

Muitas vezes, ao procurar o serviço de saúde, as mulheres se deparam com profissionais mal-humorados, autoritários, frios e mal preparados para lidar com situações adversas do cuidado. Nesse sentido, é necessário considerar o trabalho de parto e o parto como únicos, uma vez que esse é constituído de períodos e transições que se modificam constantemente, junto com reações e sentimentos ali aflorados. Por isso, cabe o profissional ter a sensibilidade de perceber essas mudanças (CARRARO, 2008).

Infelizmente, é possível identificar vários tipos de violência no depoimento acima. A própria parturiente relatou que sua autonomia e direitos foram violados, estando sozinha, sem acompanhante, em um país estrangeiro. O fato de ser migrante e ter como atendente uma pessoa que fala o seu idioma não proporcionou, como em outros casos, acolhimento; pelo contrário, a pessoa que poderia lhe passar segurança e tranquilidade, por compreender e explicar toda a situação, foi justamente a provedora de toda violência e transgressão.

1.4 Considerações Finais

Este trabalho avaliou os sentimentos e dificuldades vivenciados pelas parturientes migrantes durante o atendimento no trabalho de parto, com ênfase na barreira linguística e na comunicação.

Observou-se que a falta de uma comunicação adequada acarreta prejuízos à experiência de trabalho de parto, deixando as parturientes vulneráveis. Identificou-se também as ferramentas utilizadas pelas mulheres para facilitar a comunicação, como falar mais vagarosamente. O estudo revelou que a maioria das participantes relataram algum tipo de prejuízo, dificuldade ou intimidação durante o trabalho de parto, seja pela não compreensão, pela omissão de informações, por violações dos direitos da gestante ou até pela violência obstétrica. Esses fatores levaram as mulheres a classificarem, em sua maioria, suas experiências de trabalho de parto como não gratificantes, medianas a ruins.

Considerando esses aspectos, é possível perceber que, apesar da unidade de saúde ser referência no estado de Roraima, que é fronteiro, ela não está adequadamente preparada para lidar com essa realidade, mesmo com a ocorrência desse tipo de atendimento há bastante tempo, e antes mesmo da intensificação das migrações.

Sugere-se que os órgãos competentes busquem capacitar a equipe de saúde para esse atendimento diferenciado aos migrantes, uma vez que o mesmo se torna cada dia mais frequente nas unidades de saúde do Estado. Seria importante contar com profissionais qualificados para serem intérpretes e porta voz dos estrangeiros, ou até mesmo disponibilizar ferramentas tecnológicas e acessíveis para os atendentes em saúde, que facilitem a comunicação para ambas as partes, além de intensificar a cultura da humanização e sensibilizar os profissionais, que, devido às dificuldades, acabam tomando atitudes infelizes para com o paciente.

Acredita-se que este trabalho não encerra as discussões sobre a temática, uma vez que outras vertentes podem ser exploradas. O aprofundamento nas questões de comunicação profissional-paciente necessita desse olhar detalhado, portanto, sugere-se pesquisas que envolvam os sentimentos do profissional no atendimento destas migrantes, bem como a identificação de seus anseios para melhoria da qualidade prestada.

Referências

AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS (ACNUR). **Refúgio em números**. 4ª edição, 2019.

Agencias das nações unidas para as migrações. **Monitoramento do fluxo migratório venezuelano**, 2018.

AZEVEDO, Eliane Marchetti Silva. **Os imigrantes e as ressignificações identitárias**: ambivalência da brasilidade. São Paulo: Ponto e Vírgula, 2016.

BESERRA, Gilmara de Lucena. **Comunicação enfermeiro e parturiente na fase ativa do trabalho de parto**: cenário Brasil e Cabo Verde. Redenção, 2017.

BRAGA, Elendiulle Oliveira; JESUS, Gerciane Ferreira de e LACERDA, Elisângela Gonçalves. **Perfil do imigrante venezuelano residente em Boa Vista-RR**. Conferencia: X Encontro Nacional sobre Migração, 2017.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, Brasília, 2017.

BUENO, Alexandre Marcelo. **Norma linguística, preconceito e imigração no Brasil**. Revista Linguagem & Ensino, v. 21, n. 1, 2018.

CARRARO, Telma Elisa *et al.* **O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto**: opinião de puérperas. Florianópolis, 2008.

CASTRO, Cláudia Medeiros de; OLIVEIRA, Régia Cristina; CUSTÓDIO, Mayara Cristina Silva. **Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo**. Porto Alegre, 2015

CHUBACI, Rosa Yuka Sato e MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. **A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês**. Revista Latino-Americana, vol.10, n.6, 2002.

COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DASES-DF -CPPAS. **Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido**. Portaria SES-DF Nº342 de 28.06.2017, publicada no DODF Nº 124 de 2017.

COUTINHO, Emília de Carvalho. **Gravidez e parto**: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? Revista Escola de Enfermagem-USP, 2014.

CURY, Augusto. **O código da inteligência**, 2008.

DIAS, Sônia; GONÇALVES, Aldina. **Migração e Saúde**. Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, 2007.

DORNFELD, Dinara; PEDRO, Eva Neri Rubim. **A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2011.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário da língua portuguesa. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, Keyth Costa. **Dificuldades da assistência de enfermagem aos migrantes venezuelanos em um hospital de referência do estado de Roraima**, 2018.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques *et al.* **Dor como motivo de busca para assistência ao trabalho de parto hospitalar**. Rev. Eletr. Enf. 2017.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde**: contribuições teóricas. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2008.

FREITAS, Aimberê. **Geografia e história de Roraima**, 7 ed. Boa Vista-RR, 2009.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Maysa Luduvica. **Enfermagem obstétrica**: diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

GONÇALVES, A. *et al.* **Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes**: problemas e perspectivas de intervenção. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2003.

GRANADA, Daniel *et al.* **Discutir Saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana**. Dossiê: migração e saúde, 2017.

GUERRA, Kátia; VENTURA, Miriam. **Bioética, imigração e assistência à saúde**: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Coletiva, 2017.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua**, 2017.

KATZ, Leila *et al.* **Quem tem medo da violência obstétrica?** Revista Brasileira de Saude Materna Infantil, vol.20, no.2 Recife, 2020.

MARQUES, Andressa Clycia Mello de Souza; LEAL, Marília Daniella Freitas Oliveira. **Migrantes venezuelanos no brasil**: cooperação como meio para garantir direitos. Campina Grande: Realize, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Caderneta da Gestante**. Brasília – DF. Edição eletrônica. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, Distrito Federal; 2000.

NOGUEIRA, Francisco Marcos Mendes; VERAS, Antônio Tolrino de Rezende e SOUZA, Carla Monteiro de Souza. **Roraima no contexto das migrações**: impressões da (re) configuração espacial entre 1980 a 1991. XXVI simpósio nacional de história: conhecimento histórico e dialogo social. Natal-RN, 2013.

OIM-Organização internacional para as migrações. **Perfil dos venezuelanos na américa latina e no caribe revela variações de país para país, 2020**.

OLIVEIRA, Ana Luiza Rodrigues de; MENDONÇA, Sandra Maria Holanda de e MENDONÇA, Regina Maria Holanda de. **A língua estrangeira como barreira para o cuidado em saúde**. São Paulo: Revista Recien., 2011.

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro de. **A Migração Venezuelana no Brasil: crise humanitária, desinformação e os aspectos normativos**. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas, 2019.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Relatório da OEA sobre migrantes e refugiados venezuelanos**: “Uma crise sem precedentes na região”. P-009, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição de 2 de abril de 1948**.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendaciones de la oms para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva**, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Oms emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias**. 2018.

POSSATI, Andressa Batista *et al.* **Humanização do parto**: significados e percepções de enfermeiras. Escola Anna Nery, 2017.

QUEIROZ, Alessandra Teixeira *et al.* **A importância da comunicação em enfermagem no cuidado com o cliente**. São Paulo, 2012.

RAMOS, Ana Paula; BORTAGARAI, Francine Manara. **A comunicação não-verbal na área da saúde**. Rev. CEFAC, 2012.

RAMOS, Natália. **Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural**: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde. Revista Inter-legere, 2012

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, Paulo Sérgio da; ARRUDA-BARBOSA, Loeste. **Imigração de venezuelanos e os desafios enfrentados por enfermeiros da atenção primária à saúde**. Enfermagem em Foco, v. 11, n. 2, 2020.

SIMÕES, Gustavo da Frota. **Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil**. Curitiba: CRV, 2017.

STEFANELLI, Maguida Costa.; CARVALHO, Emília Campos de. **Comunicação nos Diferentes Contextos da Enfermagem**. São Paulo: Manole, 2012.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. **Comunicação em saúde**. 2004.

TOPA, Joana; NEVES, Sofia; NOGUEIRA, Conceição. **Imigração e Saúde:** a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. Saúde Soc. São Paulo, 2013.

WALDMAN, Tatiana Chang. **Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde:** imigrantes bolivianas em São Paulo. Revista de direito sanitário, 2011.

YAJAHUANCA, Rosario del socorro Avellaneda. **A experiencia de gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo-Brasil.** Pós-graduação em saúde pública, Universidade de São Paulo, 2015.

Capítulo 2

PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO DA MIGRANTE VENEZUELANA EM UM HOSPITAL MATERNO INFANTIL REFERÊNCIA NO EXTREMO NORTE DO BRASIL

*Jéssica Ferreira Do Nascimento e
Tárcia Millene de Almeida Costa Barreto*

RESUMO

A migração é um fenômeno que ocorre em escala mundial, e, devido à crise econômica que assola a Venezuela, muitas pessoas em busca de melhores condições de vida migraram para outros países, e dentre estes encontra-se o Brasil. Ao chegarem no país, muitos acabam vivendo em situação de rua ou em abrigos, levando-os a um estado de vulnerabilidade bastante acentuado, e por muitas vezes o seu acesso aos serviços de saúde pode ser bastante limitado. O presente estudo objetivou delinear o perfil sociodemográfico dos profissionais que prestam assistência às migrantes venezuelanas, analisar as práticas de acolhimento desenvolvidas pelos enfermeiros do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) voltadas à assistência de mulheres migrantes venezuelanas, bem como descrever as dificuldades que surgem durante a assistência. Para isto, foram utilizados métodos de estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, onde se utilizou de entrevista semiestruturada. Foram realizadas 11 entrevistas, e, com base nas respostas dos entrevistados, os resultados foram divididos entre três eixos: perfil sociodemográfico, onde notou-se que boa parte dos profissionais eram do sexo feminino (73%), com média de formação de 17,72 anos e 9,18 de atuação nos setores; o acolhimento das mulheres imigrantes, abordando as práticas de acolhimento realizadas pelos

profissionais; e, por fim, o terceiro eixo trata sobre as principais barreiras encontradas, incluindo as línguas/comunicações, as diferenças culturais em relação ao parto e as problemáticas na realização do pré-natal. Concluiu-se que as barreiras existentes durante o processo do cuidar podem interferir de maneira direta na qualidade da assistência ofertada, embora algumas das barreiras elencadas independam exclusivamente da atual situação migratória.

Palavras-chave: Migrante. Enfermagem. Acolhimento.

2.1 Introdução

Atualmente, o Brasil encontra-se em meio a uma forte crise econômica, problemática esta que se acentuou após a crise mundial que deu-se no ano de 2008 (MEIRELLES; CUNHA, 2018). Tradicionalmente, o país não era considerado um destino prioritário para populações migratórias. No entanto, este quadro está invertendo-se, e o número de migrantes cresce constantemente (BÓGUS; FABIANO, 2015).

Com isto, surge a necessidade de adaptação dos serviços de saúde às novas demandas decorrentes desse cenário, e estas adequações devem acontecer com o intuito de atender de maneira eficaz às necessidades da população de migrantes (DIAS *et al.*, 2011).

No ano de 2017, de acordo com estimativas da ACNUR (Alto Comissariado Das Nações Unidas Para Os Refugiados), existiam cerca de 30 mil venezuelanos no Brasil até o mês de julho. Este número alcançou o dobro de solicitações feitas ao longo de 2016 (ONUBR, 2017). Em 2019, até o mês de maio, estimou-se que o número de migrantes residentes em Boa Vista aumentou para quase 32 mil, destes, cerca de 9.500 eram crianças. A previsão era de que, até o final do mesmo ano, o total de migrantes no país dobrasse, atingindo 195 mil pessoas (UNICEF, 2019).

Devido a este crescente fluxo de migrantes, onde grande parte encontra-se vivendo nas ruas ou em abrigos superlotados,

em condições extremamente insalubres (CAMPOREZ; SOARES, 2018), o sistema de saúde de modo geral acaba sendo afetado com a superlotação.

Existem vários aspectos acerca do local de inserção do migrante que podem influenciar diretamente em suas necessidades, como sua ocupação, padrões de alimentação, horários e clima, condição de habitação, entre outros. Além disto, o acesso aos serviços de saúde encontra-se em processo de deterioração para toda a população, com impacto ainda mais acentuado para os migrantes (PADILLA, 2013). Segundo Dias, Rocha e Horta (2009), problemas como a falta de escolhas e pobreza aumentam a fragilidade da população de migrantes.

Voltando o foco para a população feminina, Prates *et al.* (2008) afirmam que a situação de pobreza leva as mulheres à necessidade de perpassar várias barreiras diariamente, que envolvem tanto questões pessoais e individuais, como o acesso à educação, quanto questões sociais, envolvendo a desvalorização pessoal no âmbito do trabalho, diminuindo as oportunidades ou fechando portas. Ainda segundo o autor, este fator de pobreza resulta em uma diminuição do poder de autonomia destas mulheres. Essa redução da autonomia pessoal e social limita o poder e o conhecimento dessas mulheres para conseguir entrar em um consenso com seu parceiro, expor suas preferências e ser capaz controlar sua própria fertilidade, tornando-a suscetível a consequências em sua vida sexual e reprodutiva, onde muitas destas irão vivenciar a multiparidade.

Outra vertente igualmente importante dá-se acerca da taxa de natalidade das mulheres em situação de migração, que tem aumentado desde 2016 (BENEDETTI, 2019). De acordo com Benedetti (2018), somente no ano de 2017, foram registrados 355 nascimentos de mães migrantes, e destes, 278 de mães venezuelanas.

Já em 2018, de acordo com os dados divulgados pelo SINASC (Sistema De Informações Sobre Nascidos Vivos), foram registrados 12.584 nascidos em Roraima, destes, 495 eram de mães de outros países ou Unidades da Federação, sendo 402 provenientes da Venezuela (BENEDETTI, 2019).

Com base nessas informações, busca-se compreender as práticas de acolhimento voltadas a essas mulheres, para que assim possam ser identificadas as necessidades de adequações ou mesmo a implantação de novos métodos que sejam suficientemente capazes de suprir, de maneira satisfatória, as necessidades advindas destas pessoas, a fim de garantir a assistência livre de riscos e humanizada.

2.2 Metodologia

2.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de campo, com abordagem qualitativa, realizado de maneira direcionada aos profissionais enfermeiros, com intuito de identificar as práticas de acolhimento desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem frente à mulher migrante em processo de trabalho de parto e parto propriamente dito, bem como as dificuldades decorrentes da assistência prestada a esta população.

Segundo Marconi e Lakatos (2011), o método qualitativo não utiliza instrumentos estatísticos, ao contrário do método quantitativo. Através dessa abordagem, é possível compreender de forma mais profunda os fenômenos aos quais se estuda, pois este é capaz de fornecer uma riqueza maior de detalhes. Minayo (2014) acrescenta que a pesquisa qualitativa tem a capacidade de promover a elaboração de novas abordagens, revisões ou até mesmo a criação de novos conceitos e categorias durante o processo investigativo.

Por fim, Gil (2008) define as pesquisas descritivas como aquelas que tem como objetivo primordial descrever as características de uma população específica e de fenômenos, além de tentar estabelecer relações entre as variáveis.

Gonsalves (2011) destaca que a pesquisa descritiva não busca somente no motivo ou nas fontes do fenômeno, mas busca, sobretudo, apresentar as características acerca de determinado conteúdo.

2.2.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no HMINSN, localizado no município de Boa Vista, Roraima. Este hospital é a maior maternidade pública do estado e atende por meio do sistema único de saúde (SUS), sendo também a maternidade referência do município. A pesquisa foi realizada mediante autorização da instituição.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram entrevistados profissionais que atuavam em três setores distintos do hospital. O primeiro setor foi a sala de acolhimento e classificação de risco, localizada na emergência do hospital, onde as mulheres passam por uma triagem inicial com o profissional enfermeiro, sendo então direcionadas conforme suas necessidades.

O segundo setor foi a ala das Orquídeas, onde se encontra localizado o centro obstétrico, responsável pela admissão da mulher em fase de pré-parto e parto. Por fim, o terceiro local onde foi desenvolvida a pesquisa foi o centro cirúrgico, onde são realizados os procedimentos cirúrgicos. Esses setores foram selecionados por serem considerados os principais pontos de acolhimento da maternidade.

2.2.3 População de Estudo

A população-alvo deste estudo foi composta por profissionais enfermeiros atuantes nos três principais setores de acolhimento do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth: o setor de

acolhimento e classificação de risco; Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico.

Os setores do hospital contam com um quantitativo de 23 enfermeiros, destes, apenas 11 concordaram em participar da pesquisa, 3 encontravam-se de férias, 1 profissional estava de licença, 1 com período inferior a um ano no setor e 2 estavam remanejados devido ao déficit de profissionais, não fazendo parte dos profissionais-alvos da pesquisa. Além disso, 5 profissionais se recusaram a participar. Cada profissional recebeu um código para que não fossem identificados no desenvolver desta pesquisa, sendo empregados os seguintes códigos: E01, E02, E03, E04, E05, E06, E07, E08, E09, E10 e E11.

2.2.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo foram: profissionais enfermeiros que atuam nos setores-alvos há mais de 1 ano, que aceitaram de maneira espontânea participar e contribuir para esta pesquisa e que estavam trabalhando nos setores-alvo durante o período da coleta de dados. Como critérios de exclusão, foram determinados os profissionais que se encontravam em período de férias, licença ou afastamento no período da coleta de dados.

2.2.4 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados que subsidia o presente estudo ocorreu no período de março a julho de 2019 no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Roraima e anuência da instituição onde a coleta foi realizada.

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa durante seu horário de trabalho, em momento oportuno, de forma que não interferisse em suas atividades, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a realização da pesquisa, foi realizado o levantamento do quantitativo de profissionais enfermeiros que atuantes nos setores-alvo por meio da escala de trabalho destes setores. A entrevista foi então realizada de forma individualizada, utilizando uma abordagem semiestruturada, com um roteiro composto por perguntas norteadoras para determinar o perfil sociodemográfico dos participantes (setor, sexo, tempo de formação; tempo de atuação no setor e o nível de conhecimento em espanhol), além de incluir perguntas abertas para classificar as estratégias de acolhimento utilizadas e identificar as barreiras existentes durante o processo do acolhimento. O intuito foi nortear a entrevista e identificar aspectos técnicos relacionados ao acolhimento das mulheres venezuelanas, desde sua entrada no setor acolhimento e classificação de riscos do hospital até sua admissão nas salas de parto, sejam elas individuais ou de cesárea.

A realização da pesquisa deu-se ainda, por meio de gravação, ferramenta utilizada com a finalidade de garantir a fidedignidade das respostas. Para tanto, foi solicitado aos entrevistados a permissão para gravar as conversas, garantindo, ao mesmo tempo, que sua identidade estivesse protegida no estudo por meio da utilização de códigos. Após a utilização, os áudios foram descartados.

Para aprimorar a pesquisa e tornar os dados coletados mais fidedignos, foi utilizado um diário de campo, que é um instrumento onde são feitas notas relacionadas à observação, ou seja, aspectos indiretamente ligados às entrevistas, como conversas pessoais, comportamentos, situação de lotação da unidade e eventuais contradições nos depoimentos prestados (MINAYO, 2010).

2.2.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram examinados com base na proposta de análise temática, que permite, por meio da recorrência de informações, chegar a um significado concreto do objeto de estudo. Esse

tipo de análise ocorre em três etapas distintas e inter-relacionadas (MINAYO, 2014).

A primeira etapa é a de pré-análise, onde ocorre a organização do trabalho propriamente dito, sendo essa a fase onde as ideias são organizadas e sistematizadas de maneira precisa. A segunda etapa é a de exploração do material, que utiliza métodos de classificação do objeto de estudo para aprimorar a compreensão do conteúdo. Por fim, a terceira etapa é a de tratamento dos resultados obtidos durante a pesquisa e interpretação destes. Esta etapa visa à interferência e interpelação, onde o pesquisador discute os resultados obtidos através de um resgate teórico e definir suas próprias conclusões, o que posteriormente viabilizará a interpretação final do leitor do conteúdo elaborado (MINAYO, 2014).

2.2.6 Aspectos Éticos e Legais

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Roraima, sob o n.º 3.321.241, conforme o estabelecido na resolução de n.º 466/2012 (Anexo I).

2.3 Resultados e Discussão

Os resultados foram divididos em três eixos: perfil sociodemográfico, estratégias de acolhimento e as principais barreiras encontradas.

2.3.1 Perfil Sociodemográfico dos Profissionais

Os dados utilizados para delinear e caracterizar o perfil de cada profissional entrevistado foram obtidos por meio do instrumento de coleta de dados, que inclui questões sobre o perfil dos participantes, tais como: sexo, tempo de formação (graduação), tempo de atuação no setor atual e nível de conhecimento em espanhol.

Tabela 2.1 - Delineamento do perfil sociodemográfico dos participantes.

DESCRIÇÃO	PERCENTUAL (N)	MÉDIA
Sexo	Feminino - 73% (8) Masculino - 27% (3)	–
Tempo de formação	07 anos - 18,18 % (2) 12 anos - 9,09% (1) 13 anos - 18,18 % (2) 14anos - 9,09% (1) 16 anos - 9,09% (1) 18 anos - 9,09% (1) 19 anos - 9,09% (1) 20 anos - 9,09% (1) 23 anos - 9,09% (1)	14,72 anos
Tempo de atuação	02 anos - 9,09% (1) 04 anos -9,09% (1) 05 anos -9,09% (1) 07 anos -9,09% (1) 08 anos - 18,18 % (2) 10 anos -18,18 % (2) 13 anos -9,09% (1) 17 anos -18,18 % (2)	9,18 anos
Nível de espanhol	Não entende - 63,63% (7) Entende com dificuldade - 27,27% (3) Intermediário - 9,09% (1) Fluente - Nenhum	–

Fonte: Autoria própria.

Com base nos dados apresentados na Tabela 2.1, em relação ao sexo, observa-se um maior número de profissionais do sexo feminino. As mulheres representam um total de 73% (8 pessoas), já os profissionais do sexo masculino representam 27% (3 pessoas) do total de profissionais entrevistados. Embora a profissão esteja

atualmente desprendendo-se deste contexto onde a enfermagem é diretamente ligada à figura feminina, as mulheres continuam sendo a maior força de trabalho atuante (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011).

Relacionado ao tempo de formação dos profissionais, houve uma média de 14,72 anos, com um mínimo de 7 anos e um máximo de 23 anos, como pode ser notado na Tabela 1. Em relação ao tempo de atuação dos entrevistados nos setores-alvo da pesquisa, o tempo mínimo de atuação foi de 2 anos, e o máximo foi de 17 anos, com uma média de 9,18 anos. Scalabrin e Molinari (2013) afirmam que o aprendizado ocorre de maneira muito mais eficiente quando se obtém um contato maior com o ambiente, ou seja, por meio da experiência. Nos dados apresentados, é possível observar que a maioria dos participantes possui um contato considerável com o ambiente de trabalho, refletindo essa aprendizagem prática prolongada.

De acordo com o Trettene *et al.* (2016), o número de profissionais com elevado tempo de experiência pode estar relacionado à estabilidade no emprego, adquirida por meio de concurso público, o que permite ao profissional ir atuar por longos períodos, mesmo diante de eventuais insatisfações profissionais.

Já com relação ao nível de espanhol, nota-se a existência de uma grande dificuldade, onde, de acordo com os dados expostos na Tabela 1, apenas 1 enfermeiro (9,09%) relatou ter conhecimento intermediário da língua, conseguindo transmitir e receber informações dos pacientes migrantes. Por outro lado, uma grande parte dos entrevistados (63,63% ou 7 profissionais) afirmaram não entender o idioma, enquanto 27,27% (3 pessoas) indicaram ter dificuldades na comunicação, embora consigam entender quando esta ocorre de forma mais lenta.

O ensino da língua espanhola no Brasil ainda enfrenta com grandes desafios, uma vez que, durante o ensino fundamental, a

língua inglesa predomina, e no ensino médio, o espanhol geralmente encontra-se como uma disciplina optativa (SOUZA; OLIVEIRA, 2010). Com base nisto, nota-se que o contato com a língua espanhola no Brasil ainda é bastante limitado.

2.3.2 O Acolhimento das Mulheres Migrantes

Os participantes foram questionados acerca das estratégias adotadas para realizar o acolhimento das mulheres migrantes. Grande parte deles apontou que a forma de acolhimento não difere entre um paciente migrante e um não migrante, como pode ser observado nas seguintes afirmações:

“Aqui temos vários migrantes com várias nacionalidades e temos que fazer um acolhimento sem preconceitos, pois são todos seres humanos e fazemos o juramento ao nos formar, que iremos salvar vidas, independente de quem [...]” E05.

“O acolhimento é bem parecido com o de qualquer outra paciente, as diferenças somente existem pelo idioma [...], mas a gente tenta igualar o máximo possível, mostrar que elas estão sendo bem vindas e que mesmo não entendendo o que elas falam, elas vão ser bem recebidas [...]” E09.

“O acolhimento é realizado da mesma forma das brasileiras, já estamos tão acostumados com elas (migrantes) que já enrolamos um “portunhol” e quando vemos é brasileira, estávamos falando em espanhol até com as brasileiras [...]” E10.

Como sabemos, o acolhimento é o momento onde recepciona-se a mulher que acaba de chegar na unidade, é o momento onde se escuta a paciente e não deve existir julgamentos ou preconceitos (JANEIRO, 2013). O acolhimento não pode ser apenas um ato de educação do profissional, ou mesmo um ato de bondade, mas sim

uma ação inerente ao cuidado, onde o profissional estabelece uma relação de confiança com o usuário (AMARO, FERREIRA; SILVA, 2016).

Com base nas afirmações acima, observa-se que os profissionais recebem as pacientes de maneira equânime e buscam oferecer o cuidado a todas as mulheres, independentemente de suas origens, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH).. Além disso, todo profissional com o qual o migrante tenha um primeiro contato deve estar preparado para realizar o acolhimento de maneira humanizada, o que é fundamental para garantir o acesso contínuo aos serviços (ICMPD, 2016).

Todavia, é possível perceber que, embora o profissional receba este paciente de maneira discriminatória, a comunicação e interação entre o profissional e as pacientes, que são essenciais durante o acolhimento, não ocorre de maneira eficaz, como pode ser notado no seguinte discurso:

“Não há diferenciação, as pacientes chegam caminhando ou em cadeira de rodas e só se sabe quem é a paciente quando lemos o prontuário. A nossa prioridade é a emergência da situação e não a nacionalidade delas [...]” E01.

Por meio desta fala, observa-se a necessidade de uma interação mais efetiva com a paciente, promovendo uma troca de informações de maneira efetiva. Além disto, conforme as observações descritas no diário de campo, foi possível notar que a comunicação é frequentemente desvalorizada durante o acolhimento das pacientes. Os profissionais direcionam sua atenção para a parte burocrática, dada sua complexidade e volume, o que faz com que a comunicação acabe sendo negligenciada neste processo.

De acordo com Queiroz *et al.* (2011), ao se pensar em enfermagem, deve ser levada em consideração a importância da

comunicação, uma vez que ela tem a capacidade de promover o bem-estar do paciente e contribuir para sua recuperação. Ademais, é por meio da comunicação que quaisquer dúvidas podem ser esclarecidas.

Em seus estudos, Teixeira (2004) afirma que os usuários necessitam de mais do que apenas cuidados físicos, principalmente quando se trata de atenção ao seu bem-estar psicológico, seus anseios e ansiedades relacionadas à sua doença. Quando esta atenção não ocorre, geralmente o usuário manifesta insatisfação com a qualidade dos cuidados ofertados.

O mesmo princípio deve ser aplicado no HMINSN, considerando que, para a mulher, a maternidade é um momento onde muitas dúvidas surgem e o profissional tem o papel de saná-las.

Além disso, de acordo com alguns profissionais, o acolhimento é prejudicado por conta de outros fatores, como a falta de recursos humanos e materiais, além da superlotação. Eles destacam que, devido à elevada demanda da maternidade, não dispõem de tempo adequado para realizar o acolhimento, tanto das migrantes quanto das brasileiras, como podemos notar nos seguintes discursos:

“O trabalho com as migrantes é bem complexo, a gente acaba não tendo tempo suficiente, pois muitas das vezes o setor está superlotado! [...]” E08.

“A gente faz (acolhimento), mas não como deveria, porque a gente não tem tempo, está tudo lotado, é muita gente, todas as unidades, não tem mais condições. Além disso, não tem material, não tem profissional suficiente! [...] Não tem nada, nada funciona, falta tudo. [...]” E06.

“[...] Atualmente a maternidade encontra-se em uma superlotação tamanha e nós não temos aquele tempo exclusivo para elas e tem umas que realmente cobram [...]” E03.

Todos os dias, os enfermeiros enfrentam diversas dificuldades durante o desenvolvimento das atividades de cuidado, e estes contratempos podem gerar certa desmotivação, pois os profissionais se encontram em condições de trabalho nada favoráveis, como a falta de valorização profissional, baixa remuneração, e o descaso com os problemas identificados pela equipe. Além da exposição constante a situações emocionalmente intensas (GALLO; MELLO, 2009).

Essa problemática foi observada *in loco*, por meio dos registros no diário de campo, onde notou-se a superlotação em 8 dos 10 dias de visita à unidade, além do déficit de profissionais. Em algumas situações, o enfermeiro encontrava-se sozinho com mais de 20 pacientes, ou mesmo houve a ausência de profissionais, o que gerou a realocação de enfermeiros de outros setores ou a solicitação de profissionais que estavam de folga.

Silva *et al.* (2011) relataram em sua pesquisa que há grandes dificuldades na implementação da humanização, e isto se dá em resposta à superlotação e aos ambientes inadequados para a atuação, fatores que sobrecarregam os profissionais e demandam mais do que a capacidade disponível. Tal situação também foi identificada neste estudo, com base nas afirmações dos profissionais, que relataram a presença constante da superlotação e da falta de materiais.

Caçador *et al.* (2015) apontaram em seu estudo que é cobrado dos profissionais algo incongruente com as condições de trabalho ofertadas, levando a conflitos para a tomada de decisão, pois alguns aspectos de suas atividades acabam sendo negligenciados para que outros possam ser realizados.

Sato e Ayres (2015) destacaram que, ao se reconhecer as limitações existentes no campo de atuação profissional, como a baixa probabilidade de redução da demanda e as dificuldades acerca do aumento no quantitativo de profissionais, revela-se a importância do

desenvolvimento de estratégias capazes de promover mudanças significantes nas unidades e interações ali estabelecidas.

2.3.3 As Barreiras Identificadas e as Estratégias Utilizadas pelos Profissionais

Com base na análise dos dados coletados por meio da metodologia proposta, pôde-se observar que a comunicação foi a principal barreira mencionada pelos profissionais para a realização de um acolhimento eficaz, que favorecesse uma boa interação entre profissional e paciente. Contudo, essa não foi a única problemática levantada. Assim, as dificuldades foram classificadas nas seguintes categorias: língua/comunicação; superlotação do hospital e sobrecarga dos profissionais; diferenças culturais acerca do parto e realização de assistência pré-natal insatisfatória.

2.3.3.1 Língua/comunicação verbal

Durante as entrevistas, a principal barreira citada por grande parte dos profissionais foi a comunicação verbal. Uma grande parcela destes não conseguem se comunicar com os pacientes, pois não os compreendem, como pode ser observado nas seguintes falas:

“A barreira mais gritante é a língua, pois eu não sei espanhol e elas falam muito rápido, mas peço que elas falem mais devagar e a gente vai se entendendo [...]” E04.

“A principal barreira é a comunicação, o idioma, elas falam bem rápido e enrolado, parece até um dialeto, e falar para ela as coisas que ela precisa fazer é muito complicado [...]” E08.

“O idioma é o mais difícil, nem todo mundo domina o espanhol e os venezuelanos falam muito rápido, se a gente não pedir para eles falarem lento, fica difícil de compreendê-los, mas com o tempo a gente desenvolve

o 'portunhol' e a gente consegue se comunicar com eles [...]” E02.

“A linguagem, pois às vezes fica difícil a comunicação tanto para elas saberem o que a gente fala como a gente entender [...]” E11.

Sabe-se que, para que possa existir a construção de um ambiente onde seja possível existir interação entre os indivíduos, é necessário que exista a língua (BUENO, 2018). De acordo com o estudo de Wanderley (2016), a comunicação interfere diretamente na interação entre o profissional e o usuário, uma vez que a linguagem é o elo fundamental para que exista uma relação recíproca, influenciando diretamente no trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde. O mesmo foi observado na fala dos profissionais, que destacaram uma barreira em relação à língua. Ademais, nota-se que a velocidade da fala pode dificultar o entendimento, e, esta barreira, por sua vez, leva a diversas vertentes acerca da saúde destas pessoas, especialmente no que diz respeito à troca de informações sobre o que as pacientes estão sentindo no momento.

No estudo de Guerra e Ventura (2017), foi mencionado que, para sanar as dificuldades de comunicação nos serviços, houve a contratação de profissionais voltados a intermediar a comunicação entre o usuário e os profissionais. Porém, estas iniciativas não foram suficientes, e em muitas unidades, as ações sequer foram institucionalizadas, como no caso do HMINSN, onde há um déficit no número de profissionais responsáveis pela comunicação com essas mulheres.

Guerra e Ventura (2017) destacam que é perceptível a necessidade de formulação de novas políticas públicas visando o aperfeiçoamento das que já encontram-se vigorando, pois tanto os profissionais quanto os gestores não estavam preparados para lidar com as especificidades desta população. O mesmo pode ser

aplicado à realidade da maternidade, onde o fluxo de migrantes é bastante expressivo.

Embora os profissionais apontassem a língua como uma das principais barreiras para um acolhimento eficaz, alguns elencavam estratégias para lidar com essa dificuldade, como pode ser notado nas seguintes falas:

“[...] quando nós não conseguimos estabelecer uma comunicação mais favorável, a gente vai tentando buscar meios de passar a informação, como por exemplo: para ela tirar a roupa, nós mostramos de maneira dinâmica em nós mesmos, utilizamos mímica, pois nem todas conhecem a língua (português) [...]” E3.

“O diálogo já foi barreira, hoje não vejo mais, a gente fala mais devagar e elas tentam entender [...]” E10.

“[...] nós fazemos mímica, hoje em dia têm aplicativos que ajudam [...]” E07.

“[...] temos colegas que falam bem (espanhol) e quando não entendemos, os chamamos [...]” E09.

De acordo com os autores Alves e Sá (2008), o processo de comunicação vai além do fenômeno da linguagem, ocorrendo também por meio de movimentos do corpo ou até mesmo no silêncio. Essa afirmação foi corroborada pelas declarações dos entrevistados, que relataram que uma de suas principais estratégias para efetivar a comunicação eram os gestos, especialmente os movimentos com as mãos, para transmitir informações às pacientes. Esta estratégia é a mais comum, pois é o meio mais acessível e rápido de lidar com essa barreira.

O processo de comunicação deve ocorrer de maneira efetiva e terapêutica, e ao identificar-se as dificuldades existentes nesse processo, é necessário que haja atenção e reflexão acerca das consequências de uma comunicação inadequada na vida dos usuários.

Por outro lado, é preciso que os gestores observem mais atentamente os aspectos que interferem ou prejudicam o processo de comunicação, a fim de realizar intervenções que visem aprimorá-lo (OTANI, 2013).

2.3.3.2 Diferenças culturais acerca do parto

Além das barreiras já mencionadas, os profissionais também já mencionaram dificuldades relacionadas à forma de realização do parto. Segundo eles, é comum na Venezuela a adesão à cesárea sem critérios médicos adequados, o que reflete diretamente na oferta de cuidados, como pode ser observado nas seguintes colocações:

“[...] outra dificuldade bem grande que a gente tem, é fazer com que elas aceitem o trabalho de parto natural, pois na Venezuela o índice de cesáreas é exorbitante e aqui se trabalha com o trabalho de parto natural. Quando elas chegam aqui na maternidade, elas já vêm com a cabeça preparada para uma cesariana e isso atrapalha na nossa dinâmica no trabalho de parto, pois elas não têm paciência, você vai trabalhar com elas e elas não te dão espaço para isso [...]” E03.

“[...] com relação ao cultural, a gente tem a impressão que elas estão acostumadas com o atendimento de um jeito lá (Venezuela) e aqui é um pouquinho diferente. Lá, pelo que elas falam se realiza muita cesárea, elas já chegam e pedem pela cesárea [...]” E09.

“[...] outra barreira é a cultura, parece que lá eles já têm enraizado a cultura da cesárea, então elas já chegam pedindo cesárea [...]” E08.

Sabe-se que o elevado índice de cesarianas é uma realidade mundial e representa um grave problema da saúde pública, pois está relacionado ao aumento das taxas de óbitos fetais e maternos, além da elevação dos custos hospitalares (LAVADO et al., 2016).

De acordo com Rodrigues *et al.* (2016), a cesárea é considerada como um tipo de parto a ser utilizado pelos profissionais como exceção, e não como regra. A primeira escolha deve ser sempre o parto natural. Este procedimento deve ser realizado em casos onde haja desproporção cefalopélvica, quando o parto vaginal não está evoluindo, placenta prévia ou em condições diretamente ligadas ao feto, como má-apresentação, macrosomia, anomalias congênitas, trombocitopenia, entre outros.

No entanto, segundo o estudo do autor Zorzetto (2006), os próprios profissionais afirmam que a “naturalização” do parto cesárea é bastante difícil de ser modificada, e é preocupante o fato de que boa parte dos partos sejam cesáreas desnecessárias, sendo que nem sempre este é o meio mais adequado e seguro de dar à luz.

Entretanto, em 2017, a Venezuela tornou-se a pioneira na criação de políticas públicas com a finalidade de incentivar o parto sem qualquer tipo de intervenção, seja cirúrgica ou medicamentosa. Sabe-se que as cesáreas são incentivadas pelo seu alto custo, mercantilizando o parto (MELLO, 2019).

Supõe-se então, por meio do exposto, que o país busca a humanização do parto, e que as cesáreas, assim como no Brasil, estão sendo cada vez mais desincentivadas.

2.3.3.3 Assistência pré-natal insatisfatória

Durante as entrevistas, foi bastante citada a questão do pré-natal das pacientes migrantes. De acordo com os enfermeiros, há um grande déficit na realização do pré-natal, com muitos referindo que as pacientes não possuem cartão de pré-natal. O problema é ainda mais grave, pois em alguns casos, é relatada a não realização do pré-natal, como pode ser observado nos seguintes relatos:

“[...] muitas não fazem o pré-natal, o que traz muitos problemas, os bebês nascem mais graves e vão para a UTI, pois não tiveram acompanhamento [...]” E11.

“[...] muitas vêm com um pré-natal totalmente inadequado sem nada às vezes uma consulta e às vezes nem caderneta elas têm [...]” E04.

“[...] o pré-natal delas são mais precários que o das brasileiras. Os das brasileiras já não são um bom exemplo o das venezuelanas então, nem se fala [...]” E02.

“[...] a falta de pré-natal, elas vêm sem exames, sem informação e orientação e tudo isso acaba atrapalhando a nossa assistência [...]” E08.

“[...] temos poucas informações sobre o estado de saúde delas, elas também não vêm com os exames ou caderneta do pré-natal [...]” E 01.

De acordo com Tomasi *et al.* (2017), a assistência pré-natal no Brasil alcançou uma área considerável de cobertura, entretanto, persistem as dificuldades de acesso aos cuidados, o que tem elevado o potencial de reverter indicadores desfavoráveis relacionados ao pré-natal no país.

Segundo Machado *et al.* (2007), a fragilidade e vulnerabilidade inerentes à condição de migrante acabam refletindo-se em maus resultados de saúde. Além disto, os cuidados pré-natais adequados são essenciais para garantir uma gestação e uma fase neonatal livres de complicações.

Os resultados apresentados sugerem que as dificuldades relacionadas ao acesso à saúde enfrentadas pela população de migrantes podem levar a riscos durante a gestação. Isso se deve ao fato de essas mulheres não receberem a quantidade adequada de consultas

e exames direcionados à detecção e prevenção de agravos à saúde, tanto da mãe, quanto da criança.

Para prevenir complicações à saúde, é essencial a elaboração de estratégias voltadas às populações menos favorecidas, com o objetivo de facilitar a inserção precoce das mulheres nos serviços de saúde (TOMASI *et al.*, 2017).

2.4 Considerações Finais

O estudo identificou que a principal barreira existente para o desenvolvimento do acolhimento das mulheres migrantes é a comunicação. Os profissionais não possuem um conhecimento aprofundado acerca da língua e, conseqüentemente, acabam não conseguindo comunicar-se de maneira efetiva com os usuários. Apesar de a comunicação ser um fator importante para a realização eficaz do acolhimento, a instituição não estimula os profissionais a resolverem essa problemática, não são ofertados cursos ou capacitação voltados à comunicação com esta população. Além disto, foi evidenciado pela pesquisa que, durante o período escolar, a disciplina de língua espanhola é geralmente ofertada para o ensino médio e de maneira optativa, o que resulta em uma carência acerca da língua.

Todavia, os profissionais conseguem lidar com esta barreira de maneira eficaz, utilizando-se das ferramentas disponíveis durante o acolhimento, como solicitar que a velocidade da fala seja reduzida ou utilizar métodos mais lúdicos, como mímica e aplicativos tradutores. Tais métodos são empregados devido à inexistência de investimentos financeiros que possibilitem a implementação de outras soluções.

Quanto à problemática da sobrecarga, observou-se que pode haver um fortalecimento das barreiras pré-existentes no local de atuação profissional. Devido a essa problemática, os profissionais não possuem um tempo adequado para realizar suas atividades ou acabam ficando exaustos por consequência da rotina diária e do

desfalque de pessoal. Como resultado, não conseguem suprir as necessidades da demanda provinda dos usuários de maneira geral; entretanto, essa questão independe exclusivamente da situação atual de crise migratória.

Outra problemática identificada deu-se acerca da realização do pré-natal, onde muitos profissionais referiram que grande parte das pacientes migrantes não realizaram as consultas de maneira adequada ou mesmo possuíam a caderneta da gestante. Por conta disso não é possível determinar com precisão se essas pacientes apresentam algum problema de saúde que exija tratamento adequado, aumentando os riscos de complicações durante a gravidez que não são detectadas.

Recomenda-se, portanto, a implantação de recursos capazes de proporcionar uma maior interação dos pacientes com os profissionais, como a disponibilidade de dicionários, desenhos autoexplicativos, capacitação profissional e, até mesmo, a presença de um tradutor. Tais medidas forneceriam uma maior variedade de ferramentas para que os profissionais possam lidar com essa população de maneira mais eficaz.

Referências

ACNUR. **Migrações, Refúgio e Apatriada**: Guia para comunicadores. 1ª edição. São Paulo, 2019.

ALVES, Francisca; SANTOS, Jakeline. **A assistência humanizada da enfermagem durante o trabalho de parto e parto no serviço de maternidade do Hospital Regional João Morais**. Trabalho de Conclusão de Curso. 2017.

AMARO, Ana Laura Teixeira; FERREIRA, Jéssica Aparecida Gregório; SILVA, Laís Danielle Lourenço da. **As dificuldades encontradas por enfermeiros na implantação da classificação de risco em um setor de emergência de uma unidade hospitalar do interior paulista**. UNISALESIANO. São Paulo, 2016.

ASSENHEIMER, Aline, *et al.* Comunicação interpessoal enquanto fator para a humanização do cuidado. **Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas – RICSB**, v. 2, n. 2, 2018.

BARRETO, Tarcia Millene de Almeida Costa, *et al.* Os impactos nos serviços de saúde decorrentes da imigração venezuelana em Roraima: Ensaio Reflexivo. In: BAENINGER, Rosana; SILVA, João Carlos Jaroshinski. **Migrações Venezuelanas**. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” - Nepo/Unicamp, 2018. p. 374-376.

BARBOSA, Carolina Coelho; OBREGON, Marcelo Fernando Quiroga. Venezuela para além das fronteiras: análise do impacto da crise venezuelana na população e na saúde pública de Roraima. **Revista Derecho y Cambio Social**, n. 54, p. 13, 2018.

BENEDETTI, M. S. G. (Org.). **Relatório anual de epidemiologia de Roraima 2017**. Governo do Estado de Roraima. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, 2018.

BENEDETTI, M. S. G. (Org.). **Relatório anual de epidemiologia de Roraima 2018**. Governo do Estado de Roraima. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, 2019.

BÓGUS, Lucia Maria M.; FABIANO, Maria Lucia Alves. O Brasil como destino das migrações internacionais recentes: novas relações, possibilidades e desafios. Ponto-e-Vírgula: **Revista de Ciências Sociais**, n. 18, 2015.

BRANCO, M. L. O SUS na fronteira e o direito: Em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 22 de novembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará, **Cadernos Humaniza SUS**; v. 4. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde**. Ed. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ed. 2. Série B., Textos Básicos de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção**. Série B., Textos Básicos de Saúde, Cadernos HumanizaSUS; v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Cadernos HumanizaSUS; Ed. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUENO, Alexandre Marcelo. Norma linguística, preconceito e imigração no Brasil. **Revista Linguagem & Ensino**, v. 21, n. 1, p. 427-447, 2018.

CAÇADOR, Beatriz Santana *et al.* Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **REME rev. Min. enferm**, 19(3), 612-619, 2015.

CAMPOREZ, Patrick; SOARES, Jussara. Infância Migrante. **O globo**, n. 30877, p. 3, 2018.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 15, n. 4, p. 686-93, 2011.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1356-1369, 2014.

DIAS, Sônia, *et al.* Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos migrantes a Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Acta Med Port**. Portugal, 2011.

DIAS, Sônia Ferreira; ROCHA, Cristianne Famer; HORTA, Rosário. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres migrantes africanas e brasileiras – Um estudo qualitativo**. Lisboa: ACIDI, 2009.

FERNANDES, Duval *et al.* Refúgio, Migrações e Cidadania. Cadernos de Debates **Refúgio, Migrações e Cidadania**, v.13, n.13 (2018). Brasília: Instituto Migrações e Direitos Humanos, 2018.

GALINA, Vivian Fadlo *et al.* A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 297-308, 2017.

GALLO, Adriana Martins; MELLO, Hellen Caroline de. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. **Rev Fapciência**, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2011.

GRANADA, Daniel *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 285-296, 2017.

GUERRA, Kátia; VENTURA, Miriam Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Coletiva**, 2017.

ICMPD (International Centre for Migration Policy Development). Guia de Atendimento aos Migrantes, Refugiados, Vítimas de Tráfico de Pessoas e Brasileiros Retornados, em situação de vulnerabilidade e em áreas de fronteira. Viena, 2016.

JANEIRO, Paula Dores Pinto. **Experiências Vivenciadas Pela Mulher em Trabalho de Parto e Nascimento**. Dissertação de mestrado; Escola superior de enfermagem do Porto. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Porto, 2013.

LAVADO, Mylene Martins *et al.* Fatores associados à via de parto atual em mulheres com cesariana prévia. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 3, p. 11-22, 2016.

LEÃO, Luís Henrique da Costa *et al.* Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

MACHADO, Maria do céu *et al.* Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes. **Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde**. nº 1. Lisboa: Setembro, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. ed. 6. p. 269-271. São Paulo: Atlas, 2011.

MARQUES, Andressa Clycia Mello de Souza; LEAL, Marília Daniella Freitas Oliveira. **Migrantes venezuelanos no Brasil: cooperação como meio para garantir direitos.** p. 2, CONDIF, 2017.

MARTIN, Denise; GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 26-36, 2018.

MATIELO, Etel *et al.* Migração e saúde no Brasil. **Artigo apresentado na Convenção Internacional de Saúde.** Cuba, 2018.

MEIRELLES, Jussara Maria Leal; CUNHA, Mariana Forbeck. Os impactos da crise econômica brasileira no setor da saúde suplementar. **Revista Quaestio Iuris**, v. 11, n. 2, p. 1378-1397, 2018.

MELLO, Michele. Venezuela comemora dois anos do plano nacional de parto humanizado. **Brasil de fato**, Caracas, Venezuela 31 de jul. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** ed. 14. p. 316-318 São Paulo: Hucitec, 2014.

ONUBR. **Mais de 52 mil venezuelanos já pediram refúgio em outros países; Brasil é 2º com mais solicitações.** 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/mais-de-52-mil-venezuelanos-ja-pediram-refugio-em-outros-paises-brasil-e-2o-com-mais-solicitacoes/>>. Acesso em 27 de novembro de 2018.

OTANI, Maria Aparecida Padovan. **Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama.** UNICAMP. Campinas, 2013.

PADILLA, Beatriz. Saúde dos migrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. **REMHU: Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana**, v. 21, n. 40, p. 49-68, 2013.

PAZ, Patrícia Rodrigues da Silva de Almeida *et al.* O acolhimento de trabalhadores em saúde no contexto das residências multiprofissionais. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)**, v. 4, n. 2, 2018.

PEREIRA, Cícero Roberto; VALA, Jorge. Do preconceito à discriminação justificada. **In-Mind_Português**, v. 1, p. 1-13, 2010.

PRATES, Cibeli de Souza *et al.* Poder de gênero, pobreza e anticoncepção: vivências de múltiparas. **Revista gaúcha de enfermagem.** Porto Alegre. n. 4, p. 604-611, 2008.

QUEIROZ, Alessandra Teixeira de *et al.* **A importância da comunicação em enfermagem no cuidado com o cliente.** 2011. Trabalho de conclusão de curso (Técnico em enfermagem) - Etec Parque da Juventude, São Paulo, 2011.

RICCI, Carla; SILVA, Jéssica Monteiro Clementino de. Atualizações da lei migratória brasileira: um novo paradigma das migrações?. **O Social em Questão** - Ano XXI - nº 41, 2018.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RODRIGUES, Jefferson Carlos Tolentin; ALMEIDA, Iago Ethan Silva Ribeiro; NETO, Antônio Guerra de Oliveira; MOREIRA, Túlio Antunes. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista Multitexto**, v. 4, n. 1, p. 48-53, 2016.

SANTOS, Fernanda Naomi Zaphiro Pessoa; VASCONCELOS, Thamires Marques. Venezuelanos no Brasil: da crise econômica para a crise política e midiática. **XVII Encontro de História da Anpuh-Rio**, p. 1-16, 2016.

SATO, Mariana; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. Vol. 19, p. 1027-1038, 2015.

SCALABRIN, Izabel Cristina; MOLINARI, Adriana Maria Corder. A importância da prática do estágio supervisionado nas licenciaturas. **Revista Unar**, v. 7, n. 1, p. 3, 2013.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). **Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas Fixas de Urgência e Emergência – Adulto.** Portaria SES-DF Nº 418 de 04 de maio de 2018. DF, 17 de Maio de 2018.

SILVA, Laurilene de Fátima Pinto da; MARTINS, Natália Francis de Oliveira ; OLIVEIRA, Vera Lúcia Gomes de; NASCIMENTO, Marcia Helena Machado; TEIXEIRA, Elizabeth. **Dificuldades de enfermagem com a humanização do cuidar/cuidados em urgência e emergência em um pronto socorro de Belém.** 16º SENPE, 2011.

SILVA, Fabiana Laranjeira; SOUZA, Ana Livia Siqueira; LEITE-SALGUEIRO, Claudia Daniele Barros; BARBOSA, Luciclaudio da Silva; LOBATO, Luzineide; PEREIRA, Juliane da Silva. O Protagonismo do Enfermeiro na Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento e com vistas a Erradicação de Abuso e Violência Obstétrica. **Id on Line Revista de Psicologia**, v. 12, n. 41, p. 1068-1082, 2018.

SILVA, Leda Maria Messias da; LIMA, Sarah Somensi. Os migrantes no Brasil, sua vulnerabilidade e o princípio da igualdade. **Rev. Bras. Polít. Públicas**, Brasília, v. 7, nº 2, p. 386-388, 2017.

SILVA, Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski. **Desafios e dificuldades no atendimento apacientes estrangeiros em Roraima**: Na perspectiva da saúde do trabalhador. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2017.

SOUZA, Tassiana Quintanilha de; OLIVEIRA, Denise da Silva de. **A inclusão da língua espanhola na educação brasileira**. 2010.

SMELTZER, Suzanne C. *et al.* Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

STEFFENS, Isadora; MARTINS, Jameson. “Falta um Jorge”: a saúde na política municipal para migrantes de são paulo (sp). **Lua Nova**, n. 98, p. 275-301, 2016.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. **Análise Psicológica**, v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004.

TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00195815, 2017.

TRETTENE, Armando dos Santos *et al.* Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 36, n. 91, p. 243-261, 2016.

UNICEF. **Crise imigratória venezuelana no Brasil**. O trabalho do UNICEF para garantir os direitos das crianças venezuelanas imigrantes. Brasília, 2019.

VENTURA, Deisy. Mobilidade humana e saúde global. **Revista USP**, n. 107, p. 58, 2015.

WALDMAN, T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: migrantes bolivianas em São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 90-114, 2011.

WANDERLEY, Karina Brasil. **Internação hospitalar materna e infantil indígena**: a intersubjetividade no processo do cuidar. Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima – UFRR, Roraima, 2016.

ZAGONEL, Ivete P. Sanson. Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição. **Cogitare Enfermagem**, 1997. Vol. 2, n. 2, 2016.

ZORZETTO, Ricardo. Escolha errada. **Rev. Pesquisa Fapesp**. nº 124. Pág. 40-44. 2006.

DISCRIMINAÇÃO PERCEBIDA POR PUÉRPERAS NA ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM BOA VISTA (RR)

*Kelyhorrara Lima Fernandes e
Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto*

RESUMO

O parto institucionalizado está enraizado nas questões de desigualdade de gênero relacionadas à assistência médica. Além da perda de autonomia que a mulher enfrenta ao optar pelo ambiente hospitalar para o parto, fatores como sua origem social, raça e posição econômica influenciam a experiência que ela terá durante a internação. O presente estudo teve como objetivo principal investigar a ocorrência de atos discriminatórios percebidos por puérperas durante a assistência ao trabalho de parto e parto no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN). Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa e caráter descritivo, que buscou identificar o perfil sociodemográfico das participantes e tipo de atendimento prestado às puérperas. A pesquisa contou com a participação de 21 puérperas internadas na Ala das Rosas do HMINSN, e a coleta de dados foi realizado em julho de 2020 por meio de entrevistas gravadas, utilizando um roteiro semiestruturado. Para análise de dados utilizou-se do Método de Bardin. Nos dados sociodemográficos das participantes, observou-se predominância de mulheres autodeclaradas pardas, com renda de até um salário mínimo e sem ocupação formal, sendo de nacionalidade brasileira e venezuelana. Durante análise dos discursos, foram identificados tratamentos desfavoráveis, como atrasos no atendimento, negligências no cuidado

durante internação, falta de consentimento informado e tratamentos rudes e/ou ignorantes. Contrariando a hipótese inicial do estudo, não se verificou nos achados da pesquisa características sociais como fatores determinantes nas situações de discriminação percebida, uma vez que participantes que relataram os tratamentos discriminatórios apresentaram características sociais semelhantes às demais puérperas entrevistadas. Constatou-se que os atos discriminatórios não foram uma constante a uma determinada característica socioeconômica, mas sim a casos que podem ser denominados aleatórios, mas por conduta individual de profissional provedor do serviço.

Palavras-chave: Discriminação. Assistência. Parto institucionalizado. Parturiente. Aspectos socioeconômicos.

3.1 Introdução

Todas as relações humanas são definidas pelo contexto social no qual os indivíduos estão inseridos. As dinâmicas ocorrem dentro da estratificação social, onde aqueles que compartilham de certas semelhanças (cor de pele, gênero, orientação ou status socioeconômico) são agrupados. Não seria nada sensacionalista afirmar que a posição social de um ser humano exerce grande influência em todos os âmbitos de sua vida. Assim, as suas futuras experiências são previamente definidas por fatores além de seu controle.

As características que o encaixam em algum grupo social marginalizado serão o seu fator definidor de acesso às condições de qualidade de vida, até que haja uma intervenção externa que busque a inclusão desses grupos com base em um olhar pautado na equidade (BARATA, 2009).

No que diz respeito ao acesso à saúde no Brasil, apesar de um sistema de saúde público pautado em leis que preveem equidade, integralidade e universalização, as situações de discriminação não estão ausentes.

Os estigmas sociais, os preconceitos e a discriminação têm como base a ideia de superioridade de um grupo em relação a outro. Por serem construções sociais, modificam-se de acordo com o contexto no qual ocorrem e de acordo com o *background* das experiências, do senso moral e do comportamento ideal de cada indivíduo, que influenciam suas ideias pré-concebidas antes do primeiro contato com o outro ser (MASSIGNAM *et al.*, 2015).

Logo, quando falamos em discriminação nos ambientes de assistência à saúde, pensamos em dois sujeitos: o profissional que prestará a assistência e o cliente que a recebe. Nesse contexto, as desigualdades sociais servirão de pano de fundo contextual no qual a assistência se dará (MONTEIRO; CECCHETTO, 2011). Durante a assistência, estabelece-se uma relação de poder, na qual o profissional da saúde, detentor do saber científico, decide se compartilhará ou negará seu conhecimento, com base em seu julgamento sobre o “merecimento” do cliente.

Levando as ideias apresentadas ao âmbito da assistência obstétrica, observa-se que o simples fato de ser mulher coloca a paciente em uma posição de maior vulnerabilidade, sujeita à discriminação devido ao seu gênero e à condição da gravidez (OLIVEIRA, 2017). O desenvolvimento histórico da ciência obstétrica baseia-se na figura masculina paternalista especialista no sexo feminino, que, ao ocupar o espaço das parteiras nas salas de parto, consolidou a ideia de que o saber científico era mais seguro e válido que o saber acumulado por meio das experiências das parteiras (BRASIL, 2010). O médico homem toma o lugar de protagonismo das mulheres, rompendo com a união do feminino na sala de parto e exercendo seu poder de dominação numa clara expressão das desigualdades nas relações de gênero.

O parto institucionalizado está enraizado nessas questões de desigualdade de gênero, relacionadas à assistência médica. A

partir do momento que o parto deixa de ser domiciliar para ocorrer no ambiente hospitalar, a mulher deixa de ser “sujeito” e seu corpo gravídico se torna objeto de intervenção médica, numa perda de autonomia e vontade (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Mesmo com a conquista dos direitos sexuais e reprodutivos e as mudanças ocorridas na sociedade contemporânea em relação ao papel desempenhado pela mulher, a assistência prestada em maternidades e centros obstétricos ainda não perderam o caráter tutelar. Isso ocorre porque, durante o trabalho de parto, a mulher é considerada como incapaz por maioria dos profissionais e, assim, eles se sentem no “dever” de tomar as decisões, pois são dotados do saber científico e esse fato os qualifica para a posição de poder (CASSIANO, 2016).

Nesse contexto, além da perda de autonomia à qual a mulher está mais propensa a ser vítima ao escolher o ambiente hospitalar para o parto, a sua origem social, raça e posição econômica também irão afetar profundamente a experiência que ela terá durante a transformação do seu papel social de “mulher” para o de “mãe” (MARTIN, 2006).

Desta forma, o presente estudo busca explorar os significados relacionados à ocorrência de atos discriminatórios percebidos por puérperas durante a assistência ao trabalho de parto e parto em uma maternidade de Roraima.

3.2 Metodologia

3.2.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa é, em sua essência, subjetiva. Com base nas ciências sociais, as questões abordadas são particulares,

levando em conta fatores como crenças, aspirações, motivos, valores e atitudes. Portanto, trata-se de um mundo de significados das ações e relações humanas, aspectos da realidade que não podem ser quantificados, buscando compreensão da dinâmica das relações sociais (MINAYO, 2001).

A pesquisa descritiva, por sua vez, visa descobrir a frequência de ocorrência de um fenômeno, sua natureza, características e causas. Quando é do tipo 'pesquisa de campo', o pesquisador utilizará de técnicas (entrevistas, questionários, etc.) para coletar informações sobre o objeto de estudo (BARROS; LEHFELD, 2007).

3.2.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Boa Vista (RR). O cenário de aplicação foi a Ala das Rosas do Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN). Essa ala comporta de 120 leitos em ALCON (Alojamento conjunto) para o binômio mãe e recém-nascido, além de 6 leitos de albergue destinados às mães hóspedes.

A escolha desse local ocorreu devido ao fato de ser o destino das puérperas após a liberação da Sala de Parto. Nesse espaço, as mulheres permanecem em recuperação após trabalho de parto, aguardando a alta hospitalar. A concentração das puérperas nesse ambiente foi conveniente para a abordagem e entrevista.

O HMINSN é um hospital público estadual conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na capital de Boa Vista. Conta com 220 leitos, sendo dividido em 6 alas: Margaridas (Enfermaria de Pré e Pós-Operatório), Violetas (Centro Cirúrgico), Pedras Preciosas (Unidade de Cuidados Intensivos e Intermediários Neonatais), Orquídeas (Centro Obstétrico), Rosas (Internação em Alojamento Conjunto Binômio Mãe-Bebê) e Girassóis (Internação de Gestação de Alto Risco). Além da população local e de outros

municípios do estado, atende também pacientes provenientes de países vizinhos, como Venezuela e Guiana Inglesa.

Inaugurado em 1982, o HMINSN é reconhecido como uma unidade especializada de referência na região do Estado de Roraima. Sua missão é: "Desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e do Neonato, em nível ambulatorial e hospitalar, com Equidade, Qualidade e Resolutividade".

3.2.3 População e Amostra

A população alvo foi constituída por mulheres internadas no alojamento conjunto na Ala das Rosas do HMINSN. Participaram 21 puérperas, selecionadas por conveniência, que aceitaram participar do estudo após assinarem o TCLE e Termo de Uso e Gravação de Voz.

A interrupção da amostragem foi determinada pelo critério de saturação, aplicado quando não são identificados novos dados durante a coleta (FLICK, 2009).

3.2.4 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados se deu nos dias 03, 06 e 13 de julho de 2020. Devido à pandemia da COVID-19, os dias de entrada para a realização das entrevistas foram definidos pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do HMINSN. Na chegada ao local, a pesquisadora tomou as medidas de segurança de contato e usou os equipamentos de proteção individual para prevenção de contaminação direta e cruzada.

Inicialmente, as possíveis participantes foram abordadas no Alojamento Conjunto (ALCON). Nesse momento, foi realizada a apresentação da pesquisa, dos assuntos abordados, os aspectos éticos e legais, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o Termo de Autorização de Gravação de Voz (Apêndice B). Todas as dúvidas levantadas pelas participantes foram esclarecidas.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista gravada com roteiro semiestruturado. O roteiro foi impresso em três línguas diferentes (Apêndice C) para a participação de mulheres estrangeiras na pesquisa, buscando diversidade amostral.

O instrumento de coleta de dados semiestruturado foi composto por dois eixos: o primeiro abordou identificação do perfil sociodemográfico (idade, nacionalidade, cor autodeclarada, renda familiar, ocupação, estado civil, acompanhante) e o segundo tratou da caracterização da assistência recebida (descrição do evento do trabalho de parto e parto, como se deu a assistência profissional, motivos de satisfação ou descontentamento com o atendimento).

Após a coleta, as gravações foram transcritas e, quando necessário, traduzidas para serem analisadas segundo a técnica de Bardin.

3.2.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão da pesquisa tiveram partos fisiológicos realizados dentro do ambiente institucional. Como critérios de exclusão, foram consideradas: mulheres de etnias indígenas, que não tenham atingido maioridade legal e mulheres que não se encontraram em condições físicas e psicológicas de responder o questionário.

Mulheres internadas na Ala das Rosas após parto cesáreo também foram incluídas na amostra, desde que demonstrassem interesse em participar da pesquisa e não se enquadrassem nos critérios de exclusão, enriquecendo a diversidade amostral.

3.2.5 Análise de Dados

A análise de conteúdo utilizou o método de Bardin. Este método, por meio de técnicas de análise de comunicação, permite a obtenção de indicadores que possibilitam inferir conhecimentos sobre

as condições de produção/recepção das mensagens (TRIVINOS, 2011).

Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo é dividida em três fases:

- Pré-análise: Fase que visa a organização de conteúdo. Por meio da leitura flutuante, é realizada a escolha das partes dos textos que serão submetidos à análise. A escolha é feita de acordo com os objetivos da pesquisa e formulam-se hipóteses e indicadores a serem utilizados na análise final;
- Exploração do material: O material é estudado de forma mais aprofundada, consistindo em codificação, classificação e categorização do texto que será objeto da análise de conteúdo;
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Os resultados brutos são processados, aplicando-se estatísticas simples. A partir resultados significativos, são propostas inferências e interpretações.

A análise de conteúdo foi realizada por meio de categorias temáticas. Inicialmente, o material a ser estudado foi dividido em partes, distribuídas nas categorias e descrevendo os resultados da categorização. Posteriormente, os resultados obtidos foram interpretados com o auxílio da fundamentação teórica adotada, conforme orientações de Lakatos e Marconi (2019).

3.2.6 Aspectos Éticos e Legais

Após a apresentação do projeto de pesquisa à Diretoria de Ensino e Pesquisa do HMINSN, com o objetivo de obter a autorização para execução da pesquisa no local, o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP/UFRR), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012.

Ao participante da pesquisa, foram lidos, em conjunto com a pesquisadora, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização de Gravação de Voz para a gravação da entrevista, ambos oferecidos no idioma de sua língua materna (português ou espanhol), sendo oferecida uma cópia destes para às entrevistadas.

Para garantir o anonimato das participantes da pesquisa, estas foram identificadas por meio de codificação, na qual o nome foi substituído pela letra “M” seguida de numeração atribuída conforme a ordem de participação, como M1, M2, M3, e assim por diante.

Este estudo foi inscrito no CEP-UFRR com a CAAE: 30526520.0.0000.5302 e obteve aprovação sob o número de Parecer n.º 4.102.630.

3.3 Resultados e Discussão

Neste segmento, serão discutidos os achados considerados relevantes aos objetivos do estudo.

No primeiro momento, serão abordadas as características sociodemográficas das entrevistadas e seu impacto no acesso aos serviços de saúde. Em seguida, será analisada a influência da presença de acompanhantes na qualidade percebida do serviço prestado. Posteriormente, serão discutidos os tratamentos considerados discriminatórios, conforme a literatura previamente consultada, e as circunstâncias da assistência. Por fim, serão apresentadas considerações sobre os níveis de satisfação das entrevistadas em relação ao atendimento recebido.

3.3.1 Caracterização das Participantes do Estudo

Participaram deste estudo um total de 21 puérperas, com média de idade de 27,8 anos, sendo a mais velha com 46 anos e a mais nova com 20 anos. No tocante à nacionalidade, 15 delas (71,4%)

eram brasileiras e 6 (28,6%) venezuelanas. A maioria das entrevistadas, 18 (85,7%), se autodeclararam pardas, 2 (9,5%) se consideraram pretas e 1 (4,8%) se declarou branca.

No Brasil, as mulheres pretas e pardas somam 28% da população total, formando o maior grupo populacional. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população brasileira é formada por 42,7% de autodeclarados brancos, 46,8% pardos, 9,4% pretos e 1,1% como amarelos ou indígenas.

A predominância de participantes autodeclaradas pardas na pesquisa pode ser contextualizado pela composição étnica da Região Norte, que possui 73% de pardos, 18,5% de brancos e 7% de pretos (IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral – 4º trimestre de 2019).

Considerando que o HMINSN é um Hospital público estadual conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que 18 (87,7%) das participantes são autodeclaradas pardas e 19 (90,5%) possuem uma renda familiar mensal de até um salário mínimo. Esses dados são consistentes com os resultados da Pesquisa Nascer no Brasil, que apontam que as Regiões Norte e Nordeste têm as maiores concentrações de mulheres pretas e pardas, pertencentes às classes econômicas D e E, com pagamento público do parto (LEAL *et al.* 2017).

Em relação à renda familiar, 19 (90,5%) das participantes têm uma renda de até um salário mínimo, enquanto 2 (9,5%) possuem uma renda mensal de dois a três salários mínimos. Apenas 3 (14,3%) mulheres tinham emprego fixo, exercendo funções como auxiliar de gabinete, auxiliar administrativo e vendedora; 2 (9,5%) eram autônomas (manicures); e 16 (76,2%) eram donas de casa ou estavam desempregadas, sendo que todas as migrantes venezuelanas se enquadravam nessa última categoria. Este achado está em concordância com os dados do IBGE, que indicam que mulheres negras e

pardas são as que mais sofrem com o desemprego (taxa de 16,6%) e apresentam a menor renda entre os grupos da população brasileira (ESTARQUE; CAMAZANO, 2019).

A essa situação, soma-se o crescimento da taxa de desemprego causado pela pandemia da COVID-19. Segundo dados da Pnad COVID-19 do IBGE, a população desempregada no Brasil era de 12,3 milhões em julho de 2020, e, em agosto do mesmo ano, a taxa de aumentou em 0,5 ponto percentual. A taxa de desocupação das mulheres (16,2%) foi maior que a dos homens (11,7%). Considerando a variável raça ou cor, a taxa era maior entre as pessoas pretas ou pardas (15,4%) em comparação com os brancos (11,5%) (CAMPOS, 2020).

Levando em consideração o capitalismo, racismo e sexismo como mecanismos de dominação social, e as características fenotípicas e econômicas (raça ou cor, gênero e classe) como determinantes de vulnerabilidade social (GODOI; SILVA, 2020), mulheres pretas e pardas de classes sociais menos favorecidas (grupo majoritário na população do estudo) formam um grupo social vulnerável.

As implicações do conceito de vulnerabilidade em relação às políticas públicas de saúde e assistência social convergem em encaixes na busca por melhores condições de vida, interferidas por contextos individuais e, principalmente, coletivos (CARMO; GUIZARDI, 2018). Logo, mulheres pretas e pardas de classes sociais menos favorecidas estão mais expostas a danos e têm as condições de cidadania mais fragilizadas.

3.3.2 Presença de Acompanhantes na Qualidade Percebida do Serviço Prestado

A presença de acompanhantes é constantemente associada à qualidade do serviço e ou nível de satisfação. Mulheres com acompanhantes geralmente têm melhor acesso às explicações e

à comunicação com os profissionais de saúde, recebendo maior atenção da equipe, estão menos expostas ao risco de serem vítimas de violência (física, verbal e psicológica) e à negligência do cuidado (D'ORSI *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2017).

A ausência de um acompanhante influencia o sentimento de amparo da paciente durante internação. A maioria das mulheres considera a presença do acompanhante como um fator que contribui para uma experiência tranquila durante o parto (DINIZ, 2014). Usuárias do SUS, mulheres com menores rendimentos, menor escolaridade e de cor preta ou parda, geralmente, tem menos acompanhantes durante o parto (DINIZ *et al.*, 2014).

Das participantes do estudo, 17 (80,9%) tinham acompanhantes durante a entrevista, enquanto 4 (19,1%) não tinham acompanhantes. Identificou-se que os acompanhantes presentes se dividiam entre cônjuge e/ou pai do bebê em 9 (42,8%) dos casos; familiares de primeiro grau (mãe, irmã, tia) em 4 (19,1%); parentes de segundo grau (cunhada) em 3 (14,3%); e amiga em 1 (4,7%).

Das duas participantes autodeclaradas pretas, uma estava sem acompanhante, o que implica que a ausência foi por motivos pessoais e não devido a restrições do hospital:

Compensar que não tenho acompanhante, eles me atenderam bem, me ajudaram no que necessitava, tudo se saiu bem (M4).

Leal *et al.* (2017) verificam, ao realizar o pareamento de escore de propensão entre mulheres pretas vs. brancas e pardas vs. brancas, que as mulheres pretas e pardas apresentam maior risco de ausência de acompanhantes em comparação às mulheres brancas.

A participante M8, migrante venezuelana e parda, relatou uma situação que remete a negligência do cuidado, o que pode ter sido

influenciado pelo fato estar sem acompanhante durante toda a sua internação.

Na hora de ganhar o bebê fiquei só, elas vão, voltam, porque muita gente né? Eu fiquei só, ganhei bebê só, depois veio pegou menino e ajeitou (M8).

A participante M6 declarou que a ausência de acompanhante foi uma decisão tomada devido ao medo de ser responsável pela contaminação de terceiros pelo vírus da COVID-19.

Eu tava me sentindo bem, quem ia parir era eu mesma, resolvi vir sozinha. (Teve medo?) Tive pelo vírus, mas não pela dor que eu ia passar porque eu já sabia como que era (M6).

No HMINSN, durante a pandemia, o fluxo de acompanhantes foi restrito, sendo realizada triagem com rastreamento de sinais e sintomas de síndrome gripal, além da medição de sinais vitais na entrada do hospital. A direção e equipe do hospital seguiram as orientações do Ministério da Saúde quanto às normas de prevenção da transmissão do novo Coronavírus SARS-CoV-2, evitando a entrada de acompanhantes/visitantes com sintomas respiratórios (BRASIL, 2020).

A participante M15 foi a única que relatou não ter acompanhante devido à restrição da equipe do hospital durante toda a internação, embora estivesse na sua segunda internação e não em recuperação pós-parto:

A única coisa que eu não gostei foi porque eu não pude ter acompanhante, porque como eu já tive alta e voltei com ela por causa do amarelo, aí eles não deixaram, eu achei injusto porque eu tô cesárea, cirurgiada, não deixaram eu ter acompanhante (M15).

A entrevistada M12 relatou restrição de acompanhante durante parte da internação, mas não especificou o motivo nem o período em que ocorreu:

Gente, eu não gostei, porque, tipo assim, a gente tá numa situação que a mãe num pode entrar, o marido num pode entrar, e tipo assim, a gente vai falar que a gente tá, é, sentindo dor, que a gente tá com alguma coisa, a pessoa vem e trata a gente com ignorância (M12).

Cabe ressaltar que as decisões de proibição de entrada de acompanhantes podem contrariar direitos previstos em lei. Os serviços de saúde do SUS, seja na rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a entrada de um acompanhante durante todo período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme o Art. 19-J da Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005).

Tendo em mente que a presença de um acompanhante se configura como uma intervenção segura e de baixo custo para a melhoria dos serviços prestados durante o parto institucionalizado, é fundamental garantir a conformidade dessa prática para promover um ambiente confortável e benéfico para a paciente, em todos os momentos de sua internação. Com vistas à consolidação de uma cultura de respeito aos direitos das mulheres, independentemente de sua renda, cor ou do pagamento pelo serviço prestado (DINIZ *et al.*, 2014).

3.3.3 Discriminação Percebida

Usuários de sistemas de saúde e profissionais da área geralmente demonstram relutância em admitir situações discriminatórias, sendo que os pacientes tendem a classificar esse tipo de tratamento como injusto ou desrespeitoso, dificultando o reconhecimento de atitudes ou comportamentos discriminatórios por parte dos provedores de serviço (FRA, 2013).

Assim, para fins de identificação de episódios discriminatórios, será utilizada a definição fornecida pela Agência Dos Direitos Fundamentais da União Europeia, que também foi usada por Celeste e colaboradores (2015) (vide item 6.2 DESIGUALDADES SOCIAIS E DISCRIMINAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE). As principais práticas que se configuram como discriminação percebida são: os atrasos no tratamento, recusa dos profissionais em prover tratamento, tratamento indigno e estereotipagem, negligência e má qualidade do atendimento, falta de consentimento informado e assédio (FRA, 2013).

Ao analisar os discursos, identificaram-se quatro situações que podem ser percebidas como práticas discriminatórias nos sistemas de saúde, de acordo com os relatos das entrevistadas: atrasos no atendimento (M3, M8), negligências no cuidado durante a internação (M3, M6, M8, M17, M21), falta de consentimento informado (M6, M10) e tratamentos rudes e/ou ignorantes (M2, M3, M10, M12).

As participantes que relataram tais situações desfavoráveis representam 42,8% da amostra (9 mulheres). Todas são autodeclaradas pardas, com idades entre 20 e 46 anos, sendo 7 delas com renda de até um salário mínimo e 2 com renda de dois a três salários mínimos (M17 e M21). Somente uma participante é de nacionalidade venezuelana (M8).

3.3.3.1 Atrasos no atendimento

Neste estudo, os atrasos durante o atendimento foram relatados pelas participantes M3 (autodeclaradas pardas e com acompanhantes) e por M8 (autodeclaradas pardas e sem acompanhantes), ambas desempregadas com renda familiar mensal de até um salário mínimo.

Por conta do atendimento, muito demorado, deixavam esperando, não foi nada de já pra ganhar a menina já

tava saindo, e eles dizendo que não tava na hora, [...] (M3).

Ai fiquei aguardando mais um pouquinho e ganhei o bebê. Rápido não, 12 horas, mas foi tranquilo. Na hora de ganhar o bebê fiquei só, elas vão, voltam, porque muita gente né? (M8)

De acordo com o estudo de d'Orsi e colaboradores (2014), a cor da pele parda foi associada a uma menor satisfação em relação ao tempo de espera para atendimento.

Os atrasos no atendimento em cuidados obstétricos estão diretamente relacionados à gravidade de desfechos maternos adversos nas complicações obstétricas (PACAGNELLA *et al.*, 2014). Na maioria dos casos, os atrasos para receber cuidado adequado são devido à baixa adesão aos protocolos necessários (AMARAL *et al.*, 2011).

A continuidade dos processos internos contribui para a eficiência da assistência e é essencial para a qualidade do cuidado. A obediência a protocolos é imprescindível, devendo ser aplicada a todos os casos, a fim de evitar inconstâncias nos atendimentos. Quanto mais cedo forem identificados os critérios aplicáveis em cada caso, maiores são as chances de cuidado no momento oportuno, promovendo, assim, a segurança de toda e qualquer paciente.

3.3.3.2 Negligências no cuidado durante internação

A negligência nos serviços de saúde pode ser considerada como a “falta de ação”, seja por passividade ou omissão daqueles que deveriam prover a assistência (FREITAS; OGUISSO, 2008). Durante a assistência obstétrica e perinatal, a negligência pode levar a situações que colocam em risco a vida da mãe e do bebê, decorrentes de complicações evitáveis (OMS, 2014). Além disso, pode gerar uma quebra de confiança entre as pacientes e as equipes de

saúde, resultando em um sentimento de desamparo durante o período de internação.

O trecho da M3 ilustra a negligência no cuidado com a paciente, evidenciando a desconsideração dos informes da mesma:

[...] Deixavam esperando, não foi nada de já pra ganhar a menina já tava saindo, e eles dizendo que não tava na hora (M3).

Já a participante M6 relatou ter sido constrangida por um comentário a respeito do “mal cheiro” durante um exame, mesmo após ter solicitado auxílio para higiene e limpeza, sem que seu pedido fosse atendido.

Então não tinha como eu me limpar né, me assear, aí então num ficou com cheiro legal, aí eu peguei e falei assim né: eu queria tomar banho, tem como eu tomar banho? Trocar esses panos aqui. Eu tava sem acompanhante, mas tinha os enfermeiros, os técnicos, que poderiam ter trocado o lençol, aí quando foi a doutora chegou [...] Ai ela disse assim: “tá com mau cheiro, muito forte” aí então eu fiquei assim né, aí eu falei assim “pois é né, mas desde de manhã (a conversa era meia noite) que eu falei que eu queria tomar banho, queria me trocar, por isso né, porque sangue , sangue já é podre ainda mais, essa parte aí pra mim foi horrível (M6).

O caso da participante M8 chama bastante atenção nesse tópico da negligência. Trata-se de uma migrante venezuelana de 34 anos, autodeclarada parda, desempregada, solteira e sem acompanhante. Durante o trabalho de parto, permaneceu sozinha na sala, recebendo assistência da equipe apenas após o nascimento do bebê.

Na hora de ganhar o bebê fiquei só, elas vão, voltam, porque muita gente né? Eu fiquei só, ganhei bebê só, depois veio pegou menino e ajeitou (M8).

As desigualdades no acesso e no processo de cuidado podem ser atribuídas tanto às condições de estruturais dos serviços de saúde (como disponibilidade de serviços humanos e equipamento), quanto às práticas desenvolvidas pelos profissionais. Esses fatores influenciam diretamente a qualidade e equidade na assistência (LEAL *et al.*, 2017).

Permanece a incerteza se o caso de M8 ocorreu devido à superlotação da unidade ou por negligência da equipe que estava trabalhando no horário do ocorrido. Independentemente da causa, o risco aos quais a paciente foi exposta são indelegáveis. Possíveis desfechos adversos poderiam acarretar em consequências permanentes para a saúde da cliente e de seu filho.

A negligência talvez seja uma das expressões de discriminação mais complexa de ser enfrentada, uma vez que a mesma se demonstra imperturbável a respeito de protocolos e normas. Ademais, os diversos fatores que contribuem para a sua ocorrência podem ser atribuídos tanto às condições individuais dos profissionais quanto às convicções coletivas das equipes, tornando essa prática uma realidade diária corriqueira.

3.3.3.3 Falta de consentimento informado e comunicação ineficaz

Nos serviços públicos de saúde, é evidente a recorrente falta de comunicação eficaz entre pacientes e profissionais. As mulheres usuárias pelo SUS frequentemente têm menos abertura para esclarecer dúvidas e participar na tomada de decisões em comparação às usuárias de planos de saúde privados. Tal negligência em prover informações a respeito do tratamento pode surgir pela visão

discriminatória, que pressupõe uma suposta incapacidade dessas mulheres não de compreenderem as orientações ou participarem das decisões, ou ainda de um caráter paternalista que permeia a assistência obstétrica (D'ORSI et al., 2014; CASSIANO, 2016).

A participante M17 expressa com insatisfação o fato de não ter sido ouvida sobre o desejo de realização da cesariana:

Por que eu esperaria que fosse cesariana, por causa do peso dela, eu tava sofrendo muito não andava muito mais, mas foi conforme eles decidiram, mas agora tá tudo bem. Teve laceração do neném porque muito grande. [...] Com respeito ao atendimento foi bom, mas assim tinha que ver mais um pouco o lado da mulher né de ter o bebe normal ou de ter cesariana, por conta do sofrimento né (M17).

Mesmo que as condições clínicas da parturiente não indicassem a necessidade de uma cesariana, uma conversa e explicação por parte dos profissionais poderia ter influenciado sua opinião, promovendo a participação na tomada de decisões. Essa conduta respeitaria sua autonomia e melhoraria o nível de satisfação.

O descaso decorrente da falta de comunicação também é evidente no relato da M21, que mencionou uma espera de quatro dias para realização de uma cesárea, sem ter recebido informações sobre os motivos do atraso.

Bom, eu só acho assim se, como eu cheguei aqui a quatro dias, né, como eu já sabia que ia ser cesariana, eu só acharia que eles pudessem logo fazer mais antes, não esperasse tanto (M21).

Misago et al. (2001), em um estudo realizado em 1997 sobre partos em hospitais rurais no Ceará, constataram que as mães recebiam poucas informações sobre o que acontecia com elas. O processo do parto normal não era explicado e as decisões sobre

medicamentos, cesáreas ou outros procedimentos não eram discutidos com as pacientes. É preocupante que, mais de 20 anos após esse retrato, a situação continue a mesma.

Além da falta de informações, destaca-se a ausência de consentimento informado para a realização de procedimentos frequentemente realizados durante o parto ou imediatamente após. Regiões como América Latina e Caribe (LAC), África Subsaariana e Leste Europeu enfrentam uma carência recorrente de protocolos e rotinas que garantem a comunicação efetiva com o paciente e o consentimento para intervenções obstétricas e suas respectivas justificativas (BOWSER; HILL, 2010).

Como no caso de M10, que não foi avisada sobre a realização da aminiotomia, muito menos teve informações sobre indicação do procedimento:

[...] Por exemplo foram romper minha bolsa, não falaram nada, não tem “tem que romper a bolsa agora” não tava esperando, não avisaram, tipo essas coisas (M10).

3.3.3.4 Tratamentos rudes e/ou ignorantes

O desrespeito, os tratamentos rudes e ignorantes e os abusos configuram violações dos direitos humanos fundamentais das mulheres (OMS, 2014).

Mulheres que não conhecem os seus direitos como usuárias do sistema de saúde geralmente estão mais propensas a sofrerem estes abusos, muitas vezes sem identificá-los como tal. As mesmas tendem a internalizar a ideia de que é dever da parturiente se comportar de maneira subserviente e submissa aos profissionais de saúde, acatando ordens em silêncio e sem direito de expressar objeções. Nota-se no discurso de M6:

Eles nunca me trataram mal, sempre eu fiz o meu papel que foi parir, né, e eles que ajudaram, me auxiliaram

então num teve problema, entendeu. (Você acha que se você se comportasse diferente, eles te tratariam mal?) Sim, não é que tratariam mal, entendeu? É porque, a pessoa tem que ter consciência que você veio pra ter o bebê, então você tem que fazer o que os médicos mandam né?! (M6).

Obstetras entrevistados por Aguiar e colaboradores (2013) assumem que, quando consideram, por parâmetros próprios, a paciente como “não colaborativa” ou que “fazem escândalo”, recorrem a ameaças de abandono do cuidado. Tais práticas, no entanto, não são reconhecidas por esses profissionais como abuso da posição que ocupam.

Há uma normalização do desrespeito e abuso, muitas vezes os profissionais querem disciplinar a paciente para que a mesma aja de maneira dócil e submissa (BOWSER; HILL, 2010).

O termo “violência” é frequentemente associado apenas à violência física, o que leva à dificuldade de reconhecer os abusos verbais como tal. Essa percepção reflete a relação hierárquica que promove a violência institucional de maneira naturalizada (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2010).

Essa naturalização faz com a violência verbal seja confundida com características da personalidade do profissional. Assim, o provedor do serviço é frequentemente rotulado como “chato” ou “ignorante”, em vez de ser identificado como não abusivo ou perpetrador de violência verbal. Fato que pode se observar nas falas de M12, M3 e M2.

A gente vai falar que a gente tá, é, sentindo dor, que a gente tá com alguma coisa, a pessoa vem e trata a gente com ignorância, [...] sei que eu fiquei bem chateada, pelo jeito que eles trataram a gente, porque

eu não falo só de mim, falo das outras meninas que tava no quarto também (M12).

(Sobre o atendimento) A parte pior foi o parto, um pouquinho de ignorância né. Eu acho que resposta ruim também (Teve algum momento que brigaram com você? Foram grossos?) Teve, na entrada né, são muito ignorantes (M3).

Eu me senti bem atendida só na hora do parto mesmo, o resto tinha umas mulher bem assim chatinha. Tinha umas que era estressada, num tem? tinha uns que era bem amoroso. Só brigava assim na hora de dar o toque num tem? Que doía, ai eu fechava as pernas (M2).

O fato de o parto fisiológico ser visto como uma experiência inevitavelmente dolorosa, faz com que muitos profissionais acreditem que as parturientes tenham o dever de aceitar qualquer outro tipo de dor decorrente da assistência. Quando essas mulheres demonstram resistência, são rotuladas como “não colaborativas” e, na maioria das vezes, hostilizadas (CARVALHO; BRITO, 2017).

A maioria dos profissionais que utilizam frases mais ríspidas e tratamentos bruscos, tentam se justificar usando o argumento de que essas atitudes seriam necessárias para conseguir a “colaboração” da paciente. Contudo, a colaboração à qual eles se referem parece estar mais associada à submissão total à autoridade médica. Nota-se, assim, que a linha que separa os maus-tratos vistos como violência das “práticas necessárias para realização do trabalho” é borrada e indefinida (AGUIAR *et al.*, 2013).

O tratamento cordial, digno e respeitoso deve ser visto como regra entre os profissionais, não exceções, como exemplificado na fala de M10.

(Sobre o atendimento) de uma parte foi boa, de outras pessoas não, uns foram bem, jeito de falar, jeito de

conversar, outras pessoas foram bem grosseiras mais na hora de falar (M10).

Destarte, configura-se como direito de todas as mulheres receber uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto (OMS, 2014).

3.3.4 Tratamentos Desfavoráveis Generalizados ou Discriminação?

As participantes que relataram situações desfavoráveis representam 42,8% da amostra (9 mulheres). Todas se autodeclararam pardas, com idade entre 20 e 46 anos, sendo que 7 delas possuem renda de até um salário mínimo e 2 delas com renda de dois a três salários mínimos (M17 e M21). Somente uma das entrevistadas é de nacionalidade venezuelana (M8).

Nos discursos das duas entrevistadas que se autodeclararam de cor preta, não foram identificados tratamentos desfavoráveis. Ambas afirmaram que ficaram satisfeitas com o atendimento e cuidado durante a internação, como explícito nos trechos:

Melhor do que no meu país. Tenho 6 filhos com esse que acabo de ter. aqui foi melhor do que na Venezuela. Todos me atenderam bem, compensando que não tenho acompanhante, todos me atenderam bem e me ajudaram no que precisava. Tudo se saiu bem (M4) (tradução livre do espanhol).

(Sobre a experiência) foi boa e desde o começo quando eu entrei até o final de eu ter o neném o médico ficou acompanhando e ele foi super gentil então foi uma experiência boa, foi normal. [...] peguei médicos muito simpáticos, foi rápido, senti satisfeita (M16).

Essa satisfação das participantes autodeclaradas pretas diverge dos achados de Leal e colaboradores (2017), cujos dados

indicaram um gradiente de cuidado menos satisfatório, com prejuízo de benefícios e oportunidades para mulheres de cor mais escura (LEAL *et al.*, 2017).

A única participante autodeclarada branca do estudo, uma venezuelana de 26 anos, sem ocupação e submetida a parto cesáreo, também expressou satisfação com os serviços prestados:

Foi, se tudo bom, pressão alta, o resto tudo bem. (Atendimento?) muito bom. (Satisfeita?) Sim, muito agradecida, muita atenção (M09).

Devido à relativa homogeneidade das características sociais do grupo que relatou tratamentos discriminatórios, predominantemente autodeclaras pardas e com classe social baixa, torna-se mais desafiador associar essas características diretamente aos tratamentos desfavoráveis mencionados nos discursos.

Observa-se que os atos discriminatórios não foram uma constante vinculada a uma determinada característica socioeconômica específica, mas sim a casos que podem ser denominados aleatórios, determinados mais pela conduta individual do profissional que prestou o serviço.

3.3.5 Satisfação com Atendimento e seus Determinantes

Quando questionadas a respeito da satisfação com o atendimento, 15 (71,4%) das entrevistadas consideraram-se satisfeitas, 4 (19,01%) insatisfeitas e 2 (9,5%) não quiseram ou não souberam responder.

As participantes que relataram tratamentos rudes ou ignorantes durante a assistência (M2, M3, M10, M12) expressaram insatisfação com o atendimento. Fato que corrobora com os achados da pesquisa “*Nascer no Brasil*”, que identificou que a satisfação do

atendimento das mulheres está diretamente relacionada à forma como foram atendidas (LEAL; GAMA, 2014).

Foi observado que, mesmo após apresentarem queixas - das participantes sobre aspectos da assistência, algumas ainda se diziam satisfeitas com o atendimento. Esse fenômeno também foi registrado por Moimaz e colabores (2010) em seu estudo sobre satisfação e percepção dos usuários do SUS, no qual participantes, apesar das críticas, consideraram-se satisfeitos com os serviços públicos de saúde oferecidos. Esse comportamento pode ser relacionado ao medo de que opiniões negativas possam afetar futuros atendimentos.

A *European Union Agency For Fundamental Rights*, (FRA, 2013) destaca que usuários de sistemas de saúde podem escolher não fazer críticas à assistência devido à crença de que os profissionais estão fazendo o seu melhor dentro do contexto, assim como o respeito pela classe médica pode causar receio diante de possíveis confrontos.

A dominação social nas relações de poder entre médicos (e outros profissionais da saúde) - geralmente oriundos de classes sociais mais altas e em posições privilegiadas na sociedade - as mulheres usuárias do sistema público de saúde contribui para o que Pereira (2004) considera uma “transfiguração das relações de dominação e de submissão em relações afetivas, a transformação do poder em carisma ou em encanto adequado a suscitar um encantamento afetivo (no qual) o reconhecimento da dívida torna-se reconhecimento, sentimento duradouro em relação ao autor do ato generoso”. Ou seja, a usuária interpretar trabalho do profissional como um “favor” realizado em um ambiente público, o que a leva a aceitar desvios de tratamento como sendo inerentes a um serviço cheio de limitações.

3.4 Considerações Finais

Esta pesquisa se propôs a investigar a ocorrência de atos discriminatórios percebidos por puérperas durante a assistência ao trabalho de parto e parto no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré. A abordagem adotada permitiu compreender a relação entre os diferentes tratamentos discriminatórios e as características sociodemográficas consideradas para fins do estudo.

Os achados da pesquisa indicaram que características sociais podem atuar como fatores predisponentes em situações de discriminação percebida. No entanto, não foi possível apontar as diferenças de tratamento com base em cada aspecto social analisado, uma vez que as características sociais das participantes que relataram tratamentos discriminatórios eram similares às das demais puérperas entrevistadas.

Constatou-se que os atos discriminatórios não estavam vinculados a uma determinada característica socioeconômica, mas sim a casos que poderiam ser classificados como aleatórios, relacionados à conduta individual do profissional responsável pelo atendimento. Os aspectos assistenciais percebidos como discriminatórios manifestaram-se na forma de: atrasos no atendimento, negligências no cuidado durante internação, falta de consentimento informado e comunicação ineficaz, tratamentos rudes e/ou ignorantes.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a redução do tempo disponibilizado para coleta de dados, em decorrência da pandemia da COVID-19. Acredita-se que a limitação de datas possa ter causado interferência na homogeneidade das características das participantes. Além disso, a abordagem do tema, que está envolvido em paradigmas e até mesmo incompreensões, tornou a percepção discriminatória uma questão de difícil expressão pelas participantes.

Acredita-se que o presente estudo possa contribuir para a comunidade científica, servindo de referência para futuros trabalhos e promovendo reflexões e discussões a respeito do tema, para que este não seja ignorado.

Por fim, os resultados obtidos neste estudo não esgotam o tema, uma vez que ele possui muitas outras vertentes que necessitam de análises, dando abertura a pesquisas futuras que instiguem e utilizem metodologias distintas a fim de garantir o aprofundamento no tema.

Referências

ACKER, Justina Inês Brunetto Verruck *et al.* As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira Enfermagem – REBEn**, v. 59, n. 5, p. 647-651, set. 2006.

AGUIAR, J.M. *et al.* Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 2013.

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2010.

AMARAL, E. *et al.* A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near-miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: the Vigimoma Project. **BMC Pregnancy Childbirth**, 2011.

ANDRADE, P. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, Recife, 16 (1): 29-37 jan. / mar., 2016.

AYRES, L.F.A. *et al.* A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3525-3534, 2018.

BARATA, R.B. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo : Edições 70, 2016.

BARROS, A.J.S.; LEHFELD, N.A. S. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 3ª ed. São Paulo : Pearson Prentice Hall, 2007. 158 p.

BOCCOLINI, C.S. *et al.* Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 371-378, 2016.

BOWSER; H. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth, Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project **Harvard School of Public Health** University Research Co., LLC. 2010

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 08 abr. 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108 .htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm)>. Acesso em 09 de set de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais** [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 90 p.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015. 181 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel Temático Saúde da População Negra**. Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10.

Brasília, 2016. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CAMPOS, A.C. Desemprego subiu 27,6% em quatro meses de pandemia. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, set. 2020, Economia. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-09/desemprego-subiu-276-em-quatro-meses-de-pandemia>>. Acesso em: 08 out 2020.

CARMO M.E.; GUIZARD F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Ensaio. **Cad. Saúde Pública**, 34(3):e00101417, 2018.

CARVALHO; B. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Revista eletrônica Trimestral de Enfermeria**. 2017.

CASSIANO, A.N. *et al.* Expressões da violência institucionalizada ao parto: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 44, p. 465-477, out. 2016.

CELESTE, R.K. *et al.* Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 353-362, jul.-set. 2015.

CORDEIRO, R.C.; FERREIRA, S.L. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 352-358, 2009.

DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 264 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, s. 3, p. 627-637, 2005.

_____. *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.3, p. 561-572, 2016.

_____. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**; 30 Suppl:S140-53, 2014.

D'ORSI E. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública** 30 Suppl:S154-68, 2014.

ESTARQUE, M., CAMAZANO, P. Negras ganham menos e sofrem mais com o desemprego do que as brancas. **Folha de S. Paulo**, São Paulo out. 2019, Seção Mercado. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/10/negras-ganham-menos-e-sofrem-mais-com-o-desemprego-do-que-as-brancas.shtml>>. Acesso em: 12 set. 2020.

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS - FRA. Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. Luxembourg: **European Union Agency for Fundamental Rights**; 2013.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FONTELLES, M.J. *et al.* **METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA. Medicina Ciências saúde**, Universidade Federal de Goiás, 2009. Disponível em <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

FREITAS, G.F., OGUISSO, T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. **Rev Esc Enferm USP online**, 2008; 42(1):34-40. Disponível em <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em 14 set. 2020.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. (Orgs.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª edição, São Paulo: Atlas, 2010. 192 p.

GODOI, S.C., SILVA, V.D. Mulheres e vulnerabilidade social no município de Hortolândia-SP. **Observatório PUC-Campinas**, São Paulo, jul. de 2020. Notas Técnicas. Disponível em: <<https://observatorio.puc-campinas.edu.br/mulheres-e-vulnerabilidade-social-no-municipio-de-hortolandia-sp/>>. Acesso em: 13 set. 2020.

GONÇALVES, H. *et al.* Discriminação autorrelatada por adolescentes de uma coorte de nascimentos brasileira: prevalência e associações. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 204-210, 2012.

GOUVEIA, G.C. *et al.* Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, sup.:S109-S118, 2005.

GUIMARÃES, W.S.G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, s. 5, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE: **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral – 4º trimestre de 2019**. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403#resultado>>. Acesso em 12 set. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça** - 4ª ed. – Brasília, DF: Ipea, 2011. 39 p.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica**. 7ª ed. São Paulo : Atlas, 2019.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N. Nascer No Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, s. 1, 2014.

LEAL, M.C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, sup.: S17-S47, 2014.

_____. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, sup. 1, 2017.

_____. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. Editorial **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 1-3, 2018.

MAIA, M.B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p.

MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Tradução Júlio Bandeira. Rio de Janeiro : Garamond, 2006. 384 p.

MARTINS, A.P.V. **A ciência obstétrica**. In: Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 63-106, 2004.

_____. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista Estudos Feministas, Florianópolis**, v. 13, n. 3, set.-dez. 2005.

_____. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, p. 15-34, 2011.

MASSIGNAM, F.M.*et al.* Artigo de opinião: Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2015.

MISAGO, C. *et al.* "From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil", **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, vol. 75, no. Supplement 1, pp. S67-S72, 2001.

MOIMAZ, S.A.S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2010.

MONTEIRO, S.; CECCHETTO, F. **Discriminação, cor/raça e masculinidade no âmbito da saúde**: contribuições da pesquisa social. In: GOMES, R., org.

Saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. 129-144 p.

MONTEIRO, S., VILLELA, W. (Orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora: Fio Cruz, 2013. 207 p.

OLIVEIRA, E.H.S.A. **Mulheres Negras vítimas de Violência Obstétrica: Estudo em um Hospital Público de Feira de Santana – Bahia**. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro – RJ, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. **Declaração da OMS**, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/>. Acesso em: 6 out. 2020.

PACAGNELLA, R.C. *et al.* Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2014.

PALHARINI, L.A.; FIGUEIRÔA, S.F.M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, 2018. 1039-1061 p.

PARKER, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.1, p. 164-169, jan. 2012.

PEDRAZA, D.F.; ARAUJO, E. Assistência materno-infantil, tipo de serviço utilizado e características sociodemográficas em cidade do interior da Paraíba. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 52, p. 11-14, abr./ju. 2017.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólica nos serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enferm**, 2004.

PIMENTA, D.G. *et al.* O parto realizado por parteiras; uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 30, p. 494-505, abr. 2013.

PONTES, M.G.A. *et al.* Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 12, n. 1, p. 69-78, jun. 2014.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, v. 16, n.1, p. 137-150, 2001.

TORNQUIST, C.S. Armadilhas da nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, p. 483-492, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2011. 176 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA. **Aprova a 3ª edição de Normas para apresentação dos trabalhos técnicos científicos da UFRR**. Resolução nº 008/2017-CEPE de 27 de julho de 2017. UFRR, Boa Vista, 13 nov. 2017.

VENDRÚSCOLO, C.T.; KRUEL, C.S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **The Lancet** . v. 326, p. 436-437, aug. 1985.

PUERPÉRIO E DESFECHOS NEONATAIS

O período puerperal é uma fase sensível e desafiadora, especialmente para mulheres migrantes em situação de vulnerabilidade, que frequentemente enfrentam limitações no acesso a cuidados de saúde continuados e a suporte social adequado. Para as mulheres venezuelanas em Roraima, que muitas vezes vivem em condições precárias de abrigo, o puerpério torna-se uma fase que exige uma rede de apoio robusta, voltada para o atendimento das necessidades maternas e neonatais.

Este capítulo explora o acompanhamento puerperal dessas mulheres e os desfechos neonatais de seus recém-nascidos, explorando desde o acesso aos cuidados de saúde pós-parto até as condições socioeconômicas que impactam o bem-estar da mãe e do bebê. Os estudos apresentados neste capítulo analisam as condições de nascimento e os resultados da saúde neonatal, evidenciando os efeitos de uma assistência que, por vezes, é limitada pela escassez de recursos e pelas dificuldades de adaptação dos serviços de saúde às especificidades das mulheres migrantes.

Através do levantamento de dados sobre o perfil sociodemográfico e clínico das puérperas e de seus recém-nascidos, este capítulo busca evidenciar a necessidade de estratégias de saúde que assegurem a continuidade dos cuidados para essa população. As análises apontam para a importância de políticas públicas que priorizem a saúde materna e infantil, promovendo intervenções abrangentes e culturalmente competentes, que considerem os determinantes sociais e as condições de vida das famílias migrantes.

A discussão contida nos trabalhos deste capítulo destaca, portanto, a urgência de um olhar mais cuidadoso e inclusivo para o puerpério e a saúde neonatal, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais equitativo e acolhedor para mães e bebês migrantes.

Capítulo 1

ACOMPANHAMENTO PUERPERAL DAS IMIGRANTES VENEZUELANAS RESIDENTES NOS ABRIGOS TEMPORÁRIOS DA CIDADE DE BOA VISTA – RR

*Ana Beatriz Oliveira Costa e
Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto*

RESUMO

O puerpério é um período em que a mulher passa por várias transformações fisiológicas, tanto físicas quanto psicológicas, para que seu corpo volte ao que era antes da gravidez. Nesse contexto, é necessário que não ocorram complicações à saúde, ressaltando que os fatores externos podem também ter grande influência sobre esse período. Este estudo, de abordagem quantitativa, de corte transversal e caráter descritivo, foi realizado com 65 participantes, com o objetivo de avaliar como ocorre o acompanhamento das puérperas migrantes que residem em abrigos no município de Boa Vista (RR), e como isso repercute no estado de saúde dessas mulheres, durante o período de junho a agosto de 2019. Os dados necessários para a pesquisa foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando um questionário com perguntas abertas e fechadas, além de alternativas de respostas diretas. Os resultados mostraram que a idade média das participantes foi de 28 anos, com desvio padrão de $\pm 6,35$ anos, sendo a idade mínima de 18 anos e máxima de 41 anos. Em relação ao grau de escolaridade, a maioria das mulheres possuía o ensino médio completo 43,08% (n = 28). Grande parte das entrevistadas se declararam em união estável 36% (n = 25), possuindo, em sua maioria 2 filhos 43% (n = 28), e morando com o seu companheiro e outros familiares 60% (n = 39), em

residências multifamiliares, não possuindo ocupação 46% (n = 30). Cerca de 67,7% (n = 44) das participantes fizeram o acompanhamento do pré-natal, e 61,5% (n = 40) receberam suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico. Os testes rápidos para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) foram realizados por volta de 98,5% (n = 64) das migrantes. A paridade mais prevalente foi a de múltiparas 80% (n = 52), e o tipo de parto mais comum foi o normal com 80% (n = 52) das entrevistadas. Durante a entrevista, a maioria das puérperas encontrava-se no período puerperal tardio 80% (n = 52), com uma média de 17 $\pm$ 6,70 dias após o parto. As manifestações clínicas mais prevalentes foram a cólica 75,40% (n = 49), e a secreção vaginal 61,50% (n = 40). Este trabalho permitiu avaliar todas as etapas que a puérpera migrante passou até o momento da entrevista, evidenciando as condições em que as mesmas se encontram. Embora estejam abrigadas em unidades habitacionais, essas moradias são temporárias e não oferecem o conforto necessário tanto para as puérperas quanto para seus filhos.

Palavras-chave: Mulher migrante. Abrigo. Pré-natal. Parto. Puerpério.

1.1 Introdução

De acordo com o Instituto Migrações e Direitos Humanos (2013), a palavra “migrante” se conceitua como aquela pessoa que se desloca de seu local habitual de moradia ou da região de nascimento para outra região, podendo ser até mesmo outro país. O êxodo migratório é apontado como um evento que transforma as particularidades fundamentais no mundo contemporâneo, sendo capaz de plantar harmonia ou discriminação (MARQUES; LEAL, 2017).

A migração teve uma larga expansão, impulsionada pelas novas oportunidades oferecidas pelos países em desenvolvimento, associadas à evolução tecnológica. Essa evolução contribuiu para a redução, dos gastos de transporte e comunicação, além de permitir a convivência transnacional e o declínio de barreiras de comunicação, o que fortaleceu o fluxo de bens, infraestrutura, capital, educação e

ideologias. Outros fatores que podem influenciar nesse processo são as diferenças econômicas entre os países e as divergências políticas e armadas (GRANADA *et al.*, 2017).

Desde a origem da população humana, as pessoas locomovem-se, por opção particular ou contra a sua real vontade. O fluxo migratório tende a crescer proporcionalmente ao aumento populacional. Contudo, as inúmeras críticas crises (financeira, governamental e cultural), atuam como impulsionadores da migração e dos deslocamentos dos povos que vivem em circunstância ameaçadoras em suas regiões de origem (MARQUES; LEAL, 2017).

Ao longo de sua história, o Brasil tem sido um território receptivo a migrantes, que utilizaram e até hoje utilizam desse país como rota de fuga. No contexto histórico de migração no Brasil, durante o fim do século XIX e início do século XX, acredita-se que cerca de 4,4 milhões de pessoas adentraram no país, provenientes de origem portuguesa, italiana, espanhola, japonesa, alemã, entre outros. As motivações para essa migração estavam principalmente relacionadas a atividades laborais e econômicas além de razões como o reagrupamento da família e a busca por abrigo e amparo (GRANADA *et al.*, 2017).

O Brasil em total, possui por volta de nove mil emissão de autorização de abrigo, sendo composto em sua maioria por povos sírios, angolanos e colombianos. As solicitações de abrigo no país totalizam mais de vinte mil requerimentos formais. Em um contexto mais atual, o Brasil acolheu um grande número de migrantes haitianos, que buscavam melhores condições de vida e emprego, fugindo de catástrofes naturais, como o terremoto em seu país. Logo, foi realizado um acordo entre os dois países, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), objetivando a facilitação de vida desses povos com o provimento do Cadastro Nacional de Pessoas Físicas (CPF), resultando em uma integração mais rápida no mercado de

trabalho, embora tenha aparecido obstáculos e injustiça (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Relatos históricos indicam que, durante o período colonial, a região Norte do Brasil foi povoada por italianos, que implantaram suas colônias agrícolas (Anita Garibaldi, Ipanema e Outeiro) no estado do Pará. Parte desses migrantes se direcionaram para as cidades, contribuindo para a instalação de fábricas de sapatos e bebidas, além de atuarem no comércio atacadista e varejista, e promoverem a exportação de produtos regionais (RODRIGUES; SILVA, 2017).

Atualmente, a região Norte passou a ser povoada por habitantes de origem venezuelana, compondo mais um novo êxodo de povos que buscam um futuro melhor em outro território. Dentro da composição desses migrantes, destaca-se a presença dos indígenas Warao, que ocupam lugares públicos (edifícios desocupados, ruas e baixos de viadutos), sendo mais notáveis nos municípios de Boa Vista, no estado de Roraima, e Manaus, no estado de Amazonas (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

No Estado de Roraima, a população inicialmente foi constituída de migrantes caribenhos, indígenas de origem venezuelana e populações de outras correntes migratórias que ocorreram no final do século XVIII e início do século XIX, com um aumento significativo no século XX. Nas últimas décadas, o fluxo migratório no estado foi intenso, impulsionado pelas informações sobre a riqueza mineral (ouro e diamante) e pelas oportunidades de vida que o estado oferece (compartilhamento de bens de consumo gratuito, comidas, moradias, entre outros). A maior parte dos migrantes do estado de Roraima tem origem na região Nordeste do Brasil, devido as péssimas condições de vida (clima e seca) enfrentadas em seus locais de origem (FREITAS, 2000).

Segundo Alvez (2017), o município de Boa Vista tem sido alvo do processo migratório vivenciado pelos povos de origem

venezuelana, que estão enfrentando uma crise política. Imerso em um dos piores conflitos humanitários, econômicos, governamentais e sociais, a Venezuela não é mais um lugar seguro de se viver, afetando a vida de seus habitantes e impulsionando a busca por uma melhoria nas condições de vida em outro país (MARQUES; LEAL, 2017). De acordo com o Governo Federal, aproximadamente 128 mil venezuelanos migraram para o Brasil, entrando por Pacaraima, entre 2017 e junho de 2018. Entre janeiro e junho de 2018, o estado de Roraima registrou mais de 16 mil pedidos de acesso à fronteira, segundo dados da Polícia Federal, ressaltando que, em todo o ano de 2017, foram realizados 13,5 mil pedidos (VASCONCELOS, 2018).

Roraima é um estado do Brasil com o menor quantitativo populacional e com menor participação no Produto Interno Bruto (PIB) nacional. Em 2017, tornou-se evidente a ausência de estrutura local para amparar, receber e proporcionar o ingresso no mercado de trabalho a esses migrantes, configurando um cenário desafiador, principalmente devido à vulnerabilidade de muitos migrantes e à competência limitada das autoridades locais em conceder respostas adequadas a esse fluxo intenso (MILESI; COURY; ROVERY, 2018).

Nesse cenário, mostra-se como os inúmeros fatores podem afetar a saúde do migrante, tornando-os mais vulnerável para o acometimento de doenças ou aumentando o risco para o desenvolvimento das mesmas. Dentro dessa população, as mulheres se destacam como mais vulneráveis quando comparadas ao homem, e, se estiveram no período gravídico ou puerperal, exigem cuidados e atenção diferenciados. Logo, buscou-se entender a situação das migrantes venezuelanas que estão no período puerpério e residem em abrigos temporários, levando em consideração o cuidado recebido e as condições de saúde em que se encontram.

1.2 Metodologia

1.2.1 Tipo De Estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, de corte transversal e de natureza descritiva, delineada para avaliar como ocorre o acompanhamento puerperal das venezuelanas imigrantes que residem em abrigos temporários na cidade de Boa Vista (RR).

Na pesquisa quantitativa, os resultados obtidos são passíveis de qualificação. As amostras, geralmente amplas e selecionadas por representarem bem o público-alvo do estudo, permitem que os desfechos sejam considerados uma representação fidedigna da população total do objeto de estudo. O estudo quantitativo se centraliza no que é objetivo (FONSECA, 2002).

Essa pesquisa é de corte transversal, sendo executada durante um pequeno espaço de tempo, em um determinado momento, isto é, em um instante no tempo (FONTELLES *et al.*, 2009).

A pesquisa descritiva apresenta as características de certos fenômenos ou populações, utilizando métodos padrões de coletas de dados, como questionários e observação sistemática. Exemplos de variáveis analisadas incluem idade, sexo e entre outras (GIL, 2008).

1.2.2 Local Do Estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas nas proximidades dos abrigos temporários de Boa Vista (RR), que são: a UBS do Cambará, próxima ao Abrigo Nova Canaã; o Centro de Saúde 13 de Setembro, perto do Abrigo Rondon I; a Casa de Saúde da Família do Jardim Floresta, perto do Abrigo Jardim Floresta; e o Centro de Saúde São Vicente, próximo ao Abrigo São Vicente. Os abrigos são caracterizados como locais de acolhimento humanitário para os migrantes venezuelanos.

1.2.3 População E Amostra

A população do estudo foi composta por venezuelanas migrantes puérperas, com até 42 dias após o parto, que residem em algum dos quatro abrigos temporários e buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, selecionadas para a realização deste estudo, no período de junho a agosto de 2019.

Para a realização do cálculo amostral, foram utilizadas as informações presentes no relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), indexadas na plataforma da *REACH – Informing more effective humanitarian action*, publicada em setembro de 2018 (REACH, 2018). Foi somado o número de gestantes residentes nos abrigos, considerando que todas eram potenciais participantes da pesquisa, dependendo da data de coleta. O resultado dos cálculos do total de gestantes residentes nos abrigos foi somado e transferido para o programa estatístico EPI info 7.0, onde foi calculada a amostra da população com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, chegando-se a uma amostra de 65.

Dados utilizados para o cálculo da amostra:

Abrigo	Total de indivíduos	Total de gestantes
Abrigo Jardim Floresta	693	23
Abrigo Nova Canaã	436	17
Abrigo Tancredo Neves	324	02
Abrigo São Vicente	353	06
Abrigo Rondon I	715	29

*a UBS de referência para esse abrigo foi excluída da pesquisa, considerando que ao iniciar as coletas foi identificado que este abrigo havia modificado o seu público de acolhimento, passando a receber exclusivamente mulheres solteiras e casais sem filho. Assim, a amostra esperada para esta unidade foi remanejada para a unidade próxima ao abrigo Rondon I, que apresentava o maior contingente de gestantes. Total de gestantes (soma dos 5 abrigos) = 77 gestantes. Fonte: Autoria própria.

O resultado da amostra necessária, obtido por meio do programa estatístico Epi info 7.0, foi de 65 gestantes. A amostra foi dividida proporcionalmente entre os abrigos, dependendo do número de gestantes em cada local, e a abordagem foi realizada com mulheres no período puerperal, de até 42 dias, que atendiam aos critérios de inclusão.

1.2.3.1 Critérios de inclusão e de exclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: pacientes puérperas no puerpério tardio e mediato, sendo puérperas migrantes venezuelanas, maiores de 18 anos, não indígenas e alfabetizadas. Os critérios de exclusão foram: pacientes puérperas no período do puerpério imediato, remoto e de natimorto, que tenham sofrido aborto ou apresentem impossibilidade psíquica de participar da pesquisa.

Após o aceite, foi coletada a assinatura das participantes em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo I), o qual continha todas as informações referentes à pesquisa, redigido no idioma do participante, sendo uma via entregue à mesma.

1.2.4 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, feita nos abrigos temporários, conforme delimitado pela pesquisadora. Utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas, contendo alternativas de respostas diretas (Apêndice 1), traduzido para a língua espanhola, objetivando uma melhor compreensão das migrantes. Cada questionário respondido foi identificado com um número, sem menção ao nome da participante.

A abordagem foi realizada com mulheres em situação de puerpério mediato e tardio, conforme os critérios da pesquisa, e ocorreu

em quatro momentos: consulta de puericultura, consulta puerperal, retirada de pontos, vacinação e durante a visita à unidade de saúde para realização do teste do pezinho. No momento da abordagem, a migrante venezuelana foi convidada a participar da pesquisa, sendo apresentados os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios, e a possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo. Após o aceite, foi entregue o TCLE para que ela assinasse concordando com sua participação na pesquisa, e então foi realizada a entrevista.

Cada questionário respondido foi identificado por um número, sem menção ao nome da participante. O questionário estava dividido em quatro partes, sendo as seguintes variáveis:

- Dados sociodemográficos: idade, estado civil, número de filhos, nacionalidade, agregamento familiar e ocupação;
- Condições de saúde no período gestacional: acompanhamento pré-natal, suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, realização de testes rápidos, uso de substâncias (tabaco, álcool ou substâncias psicoativas);
- Dados sobre o parto: data do parto, tempo de duração do parto, tempo de internação, paridade, tipo de parto, posição do parto, realização de episiorrafia, intercorrência durante o parto, responsável pelo parto e se recebeu alguma orientação após a realização do parto;
- Período puerperal: fase do puerpério, realização de consulta na Unidade Básica de Saúde, retorno à maternidade, manifestações clínicas apresentadas, realização da amamentação e presença de suporte durante o puerpério.

Foi aplicado um pré-teste com o questionário, com 10% do total da amostra da pesquisa. Como não foram necessárias modificações ou adequações no questionário, e considerando a dificuldade de alcance da amostra, essa porcentagem foi incorporada à amostra total.

1.2.5 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva. Os dados coletados serão extraídos e tabulados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel® 2019 e analisados através do software “*IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*”, especializado em análise estatística, realizando um entrelaçamento dos dados para reconhecimento de afinidades entre eles.

1.2.6 Aspectos Éticos e Legais

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR), aprovado pelo parecer n.º 3.321.243 (Anexo 2).

1.2.6.1 Riscos e benefícios

O estudo envolveu riscos, tendo potencial de gerar incômodo ao partilhar dados particulares ou confidenciais. Caso essa situação acontecesse durante qualquer momento do estudo, os dados obtidos na entrevista seriam descartados e separados da pesquisa. Destaca-se que os dados coletados foram protegidos com sigilo.

Os benefícios da pesquisa compreendem a compreensão das condições de saúde das puérperas venezuelanas que residem em abrigos temporários, além de possibilitar a tomada de decisões que visem medidas ou métodos assistências para esse público. Tais medidas seriam implementadas por meio da formação de parcerias entre as unidades responsáveis pelos abrigos temporários, os serviços de saúde e as instituições de ensino, objetivando promover a qualidade de vida para essas mulheres.

1.3 Resultados e Discussão

Os resultados da pesquisa estão organizados de forma dividida entre a caracterização da população, a análise do período gravídico e puerperal mediato e tardio.

1.3.1 Caracterização da População

As informações relacionadas à caracterização da população foram adquiridas por meio de uma entrevista com perguntas semi-estruturadas, abordando aspectos sobre: abrigo residente, idade, estado civil, número de filhos, nacionalidade, agregamento familiar e ocupação. A entrevista foi aplicada a 65 mulheres que utilizaram os serviços das Unidades Básicas de Saúde próximas aos abrigos temporários selecionados para esta pesquisa.

Entre as participantes, 27 mulheres (41,5%) foram atendidas no Centro de Saúde 13 de Setembro e residiam no abrigo Rondon I. Na unidade de Saúde da Família do Jardim Floresta, foram entrevistadas 19 migrantes (29,2%) provenientes do abrigo Jardim Floresta. Quanto à UBS do Cambará, participaram da pesquisa 14 mulheres (21,5%) que moram no abrigo Nova Canaã, e no Centro de Saúde São Vicente, se voluntariaram para o estudo 5 migrantes (7,7%) moradoras do abrigo São Vicente.

Verificou-se a predominância do atendimento de mulheres puérperas provenientes do abrigo Rondon I, considerando que a Força Tarefa anunciou que este abrigo na América Latina foi o pioneiro a inovar com um novo modelo de unidades habitacionais, a respeito da sua comodidade para com os migrantes. As habitações comportam até seis moradores, possuindo quatro janelas e modelo de energia solar. Durante o processo de triagem realizado pela ACNUR, o abrigo Rondon I foi destinado prioritariamente a famílias e indivíduos em situação de risco, como gestantes, idosas e portadores de necessidades especiais (CHAVES; COSTA, 2018; FARIAS, 2018).

Tabela 1.1 – Abrigos e Unidades Básicas de Saúde frequentados pelas puérperas migrantes entrevistadas durante o período de coleta.

VARIÁVEL		N	%
ABRIGO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE			
Abrigo Rondon I	Centro de Saúde 13 de Setembro	27	41,5%
Abrigo Jardim Floresta	Casa Saúde da Família do Jardim Floresta	19	29,2%
Abrigo Nova Canaã	UBS de Cambará	14	21,5%
Abrigo São Vicente	Centro de Saúde São Vicente	5	7,7%

Fonte: Autoria própria.

A Tabela 1.2 aponta o perfil sociodemográfico das migrantes venezuelanas que estão no período puerperal, contemplado o primeiro objetivo específico desta pesquisa, em conformidade com a faixa etária, grau de escolaridade, estado civil, número de filhos, vínculo familiar, ocupação e auxílio financeiro. A idade média das participantes foi de 28 anos, com desvio padrão de $\pm 6,35$ anos, variando entre 18 anos e 41 anos. Em relação ao grau de escolaridade, percebeu-se que a maioria das mulheres possuía o ensino médio completo 43,08% (n = 28).

Esses resultados corroboram com o estudo realizado por Simões (2017), que identificou que o evento migratório da população venezuelana é predominantemente composta por adultos jovens, com idade entre 20 e 39 anos, caracterizando um período de vida laboral ativo tanto para homens quanto para mulheres.

No entanto, a pesquisa diverge do estudo de Simões (2017) quanto ao grau de escolaridade, já que, segundo o autor, os migrantes venezuelanos que estão no município de Boa Vista

apresentavam um elevado nível de educação escolarizada. Essa diferença pode ser atribuída às mudanças nas características sociais e econômicas dos migrantes ao longo do tempo, refletindo um público distinto no momento atual.

A mesma tabela mostra ainda que grande parte das entrevistadas são autodeclaradas como em união estável 36% (n = 25), possuindo em sua maioria 2 filhos 43% (n = 28). Ademais, 60% (n = 39) residiam em habitações familiares, vivendo com seus companheiros e outros familiares. Em termos de ocupação, 46% (n = 30) estavam desempregadas, e 96% (n = 63) não recebiam auxílio financeiro no momento da pesquisa.

A população da venezuelana migrante possui um alto índice de desemprego, em razão disso, as políticas públicas devem estar voltadas para a qualificação profissional e o aumento de ofertas de empregos para os migrantes (SIMÕES, [201-]).

Tabela 1.2 – Perfil sociodemográfico das puérperas migrantes entrevistadas.

Variável	Média	Desvio Padrão	n	%
Idade 28,37 ± 6,35				
Mínima			18	
Máxima			41	
Média			28,37	
Grau de Escolaridade				
Ensino fundamental completo			9	13,85%
Ensino fundamental incompleto			2	3,08%
Ensino médio completo			28	43,08%
Ensino médio incompleto			18	27,69%
Ensino superior completo			3	4,62%
Ensino superior incompleto			5	7,69%

Fonte: Autoria própria.

Tabela 1.2 – Perfil sociodemográfico das puérperas migrantes entrevistadas. (Continuação).

Variável	Média	Desvio Padrão	n	%
Estado Civil				
Casada			24	36,9%
Solteira			14	21,5%
União estável			25	38,5%
Viúva			2	3,1%
Número de Filhos 2,37 ±1,06				
1			13	20,0%
2			28	43,1%
3			14	21,5%
4			7	10,8%
5 ou mais			3	4,6%
Agregado Familiar				
Com o companheiro e com outros familiares			39	60,0%
Sem o companheiro e com filhos			20	30,77%
Só com o companheiro			6	9,23%
Ocupação				
Ambulante			19	29,2%
Babá			4	6,2%
Cuidadora			2	3,1%
Desempregada			30	46,2%
Designer gráfica			1	1,5
Diarista			4	6,2
Doméstica			4	6,2
Manicure			1	1,5
Auxílio Financeiro				
Não			63	96,9%
Sim, Bolsa família			1	1,5%
Sim, cesta básica e roupas de igreja			1	1,5%

Fonte: Autoria própria.

1.3.2 Análise do Acompanhamento Gravídico

O período gravídico é marcado pela necessidade de acompanhamento pré-natal em Unidades Básicas de Saúde, visando à suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso para o adequado desenvolvimento do bebê. Além disso, o pré-natal é essencial para a realização de testes rápidos para fins diagnósticos e para a identificação de agravos à saúde e fatores de risco. Esses elementos foram avaliados nesta etapa da pesquisa.

O Gráfico 1.1 apresenta a adesão ao pré-natal, indicando que 67,7% (n = 44) de mulheres realizaram o acompanhamento. Entre aquelas que buscaram assistência pré-natal, 23,10% (n = 15) relataram que compareceram a apenas duas consultas.

Em relação ao acompanhamento pré-natal, estudos realizados por Almeida *et al.* (2014) constataram que as mulheres migrantes tendem a iniciar mais tardiamente o atendimento e a se consultarem menos, quando comparadas às mulheres portuguesas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) sugere que, no decorrer da gravidez, sejam realizadas no mínimo um total de oito consultas pré-natais. Já o Ministério da Saúde (2012) preconiza a necessidade de no mínimo seis consultas, alternando o atendimento entre o enfermeiro e o médico (WHO, 2016; BRASIL, 2012b).

Começar cedo o acompanhamento pré-natal é de enorme relevância para um cuidado adequado, sendo recomendado que a realização da primeira consulta seja até o terceiro mês de gestação (WHO, 2016). Indicadores atuais afirmam que uma maior periodicidade de consultas no pré-natal de mulheres e adolescentes nas unidades de saúde está relacionada a uma baixa possibilidade de natimortos (OPAS, 2016).

Entre as entrevistadas, observou-se um quantitativo considerável de busca pelos serviços de saúde prestado pelas unidades,

apesar da frequência está abaixo do preconizado, tanto pela Organização Mundial de Saúde quanto pelo Ministério da Saúde. Esse cenário levanta questionamentos sobre o conhecimento das gestantes acerca da importância desse acompanhamento para a sua saúde e a do bebê ou sobre a possibilidade de terem iniciado a gestação em estágios avançados, sem realizar o pré-natal no país de origem.

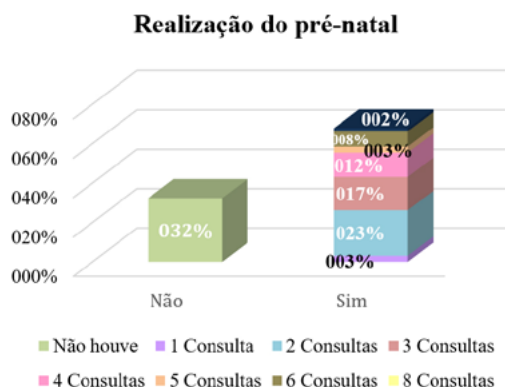


Gráfico 1.1 – Adesão das puérperas migrantes ao acompanhamento do pré-natal e o número de consultas. Fonte: Autoria própria.

Cerca de 61,5% (n = 40) das migrantes realizaram a suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico. Quanto ao momento de início, 10,8% (n = 7) responderam ter iniciado no 1º trimestre da gravidez, 27,7% (n = 18) no 2º trimestre, e 23,0% (n = 15) no 3º trimestre, como pode ser visto no Gráfico 1.2.

A suplementação de sulfato ferroso deve-se iniciar a partir da vigésima semana de gravidez, enquanto o uso do ácido fólico é recomendado que se inicie três meses antes da gravidez, a fim de evitar a malformação do tubo neural (BRASIL, 2012b). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2016), a suplementação oral

de sulfato ferroso e ácido fólico previne anemia, sepse puerperal, nascimento de bebês com baixo peso e prematuridade.

O déficit da suplementação do ácido fólico e do sulfato ferroso pode ter afetado diretamente as gestantes, possibilitando o aparecimento de agravos a saúde, desencadeando doenças como a anemia, que será analisada posteriormente neste estudo.

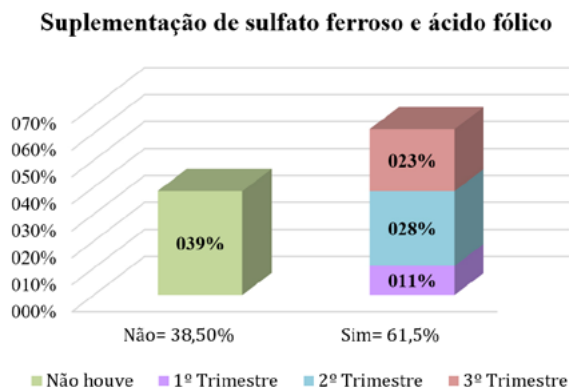


Gráfico 1.2 – Realização e início da suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico. Fonte: Autoria própria.

Em relação à realização do teste rápido para fins diagnósticos de ISTs, aproximadamente 98,5% ($n = 64$) das participantes confirmaram a realização do exame. Dentre elas, 67,70% ($n = 44$) relataram ter realizado o teste uma vez durante a gestação, 27% ($n = 18$) fizeram duas vezes, e 3% ($n = 2$) se submeteram ao teste três vezes, conforme ilustrado no Gráfico 1.3.

A identificação precoce infecção como sífilis e HIV no decorrer da gravidez é importante para a diminuição da transmissão vertical. Nessa perspectiva, observa-se a importância dos profissionais que trabalham na Atenção Básica em fazer os testes rápidos para detectar HIV e realizar a triagem da sífilis no atendimento ao pré-natal,

tanto para as gestantes quanto para seus parceiros sexuais (MDS, 2017).

O teste rápido para detecção do HIV e Sífilis deve ser realizado no primeiro atendimento do pré-natal e no terceiro trimestre, pois pode-se intervir e minimizar a transmissão da mãe para o filho. A testagem também pode ser feita em situações de emergência, como exposição ocupacional de profissionais de saúde, em gestantes antes ou durante o parto, ou quando não realizada na consulta de pré-natal (BRASIL, 2012b; MDS, 2012b).

Supõe-se que parte das mulheres que realizaram o teste rápido apenas uma vez tenha o feito o exame na maternidade, antes do trabalho de parto, uma vez que a realização do teste é obrigatória nessa unidade.

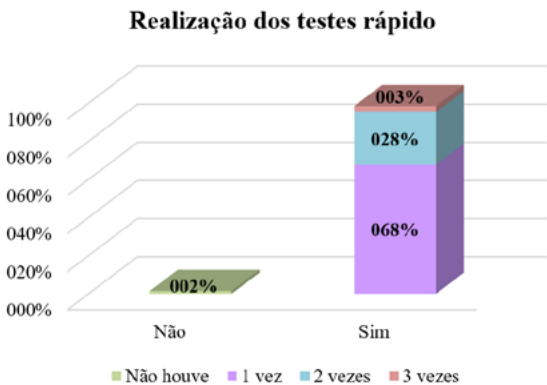


Gráfico 1.3 – Realização e quantidade de vezes que realizou os testes rápido. Fonte: Autoria própria.

O Gráfico 1.4 apresenta as doenças que podem agravar o estado de saúde das entrevistadas. Aproximadamente 52,30% (n = 34) das participantes apresentaram anemia, a hipertensão totalizou cerca de 21,50% (n = 14), diabetes 18,50% (n = 12) e pré-eclâmpsia 4,60% (n = 3).

De acordo com dados disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde, a prevalência de anemia em mulheres grávidas na faixa etária de 15 a 49 anos, em 2011, foi de 40 a 59,9%, o que se assemelha aos dados encontrados nesse estudo. A anemia durante a gravidez está associada a um risco elevado de baixo peso ao nascer, parto prematuro e morte prematura (WHO, 2015; BRASIL, 2012b).

As disfunções hipertensivas estão relacionadas a uma alta morbimortalidade materna, fetal e neonatal, sendo responsáveis por 1/3 da mortalidade materna, fora as mortes perinatais, trabalho de partos prematuros e baixo peso ao nascer nos países com renda baixa e média (SÃO PAULO, 2018).

A diabetes é o motivo de altos índices de morbimortalidade perinatal, em particular a malformações fetais e macrosomia fetal (BRASIL, 2012b).

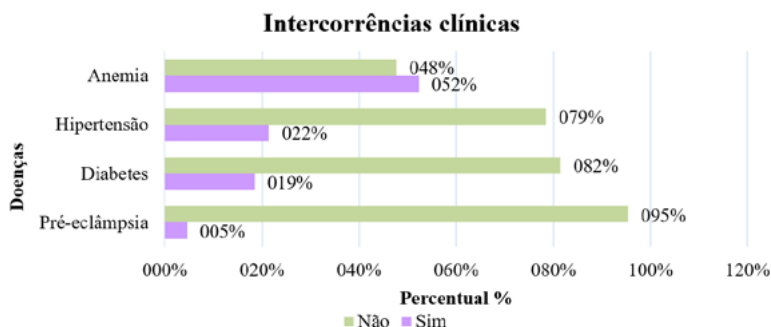


Gráfico 1.4 – Exposição de doenças que podem agravar as condições de saúde da migrante durante o período gravídico. Fonte: Autoria própria.

As migrantes venezuelanas afirmaram fazer o consumo de duas substâncias viciantes. No Gráfico 1.5, foi calculado estes dados, e dentre elas tem-se o tabaco consumido por 26% (n = 17) das entrevistadas.

O uso, abuso e a dependência de substâncias psicoativas durante a gestação representam uma grande preocupação em saúde pública, por se tratar de uma conduta com consequências físicas graves para a mãe e para a criança (SANTOS, *et al.*, 2015). O uso de substâncias, como drogas lícitas e ilícitas, notoriamente nocivas à saúde no período gravídico-puerperal, deve ser averiguado com vistas a sua desestimulação (BRASIL, 2006), pois o aborto, crescimento fetal limitado, parto prematuro, deficiências cognitivas no bebê, entre outras ocorrências, podem estar associadas ao uso e abuso dessas substâncias (FREIRE; PADILHA; SAUDERS, 2009).

O uso do tabaco durante a gestação está relacionado ao aumento do risco de aborto espontâneo, malformações fetais, menor peso no nascimento, além do aumento da mortalidade fetal e neonatal (FREIRE; PADILHA; SAUDERS, 2009; ROCHA *et al.*, 2016). Ademais, estudos indicam que mulheres fumantes produzem menos leite materno em comparação às não fumantes. No entanto, tais achados não são concludentes, pois não esclarecem a relação entre níveis hormonais, produção de leite materno e a redução da quantidade de leite entre as mães tabagistas (FREIRE; PADILHA; SAUDERS, 2009).

Percebe-se que o abuso de substâncias interfere na função reprodutora das mulheres, bem como na pré-concepção, na gravidez e na lactação. Contudo, o acompanhamento regular nos serviços de saúde, especificamente o pré-natal, juntamente com ações para desestimular esse comportamento nocivo, contribui significativamente para obter melhores resultados.

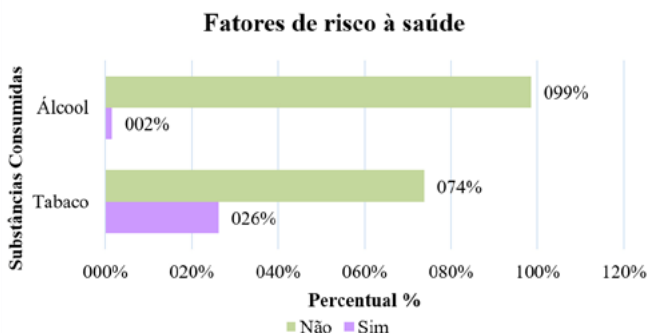


Gráfico 1.5 –Fatores de risco à saúde devido ao consumo de substâncias pelas migrantes. Fonte: Autoria própria.

1.3.3 Condições do Parto

Durante a realização do parto, há fatores que podem interferir positivamente ou negativamente, como a paridade da gestante, o tipo de parto, a posição do parto, sua duração, o tempo de internação na unidade acolhedora, a realização da episiorrafia, intercorrências, o profissional responsável pelo parto e as orientações após o parto, que serão discutidos nesta etapa. Quanto à paridade, o Gráfico 1.6 expõe que 80% (n = 52) das participantes afirmaram já terem passado pelo trabalho de parto mais de uma vez, ou seja, múltipara.

De acordo com a Domingues, Santos e Leal (2004), esse perfil de paridade apresenta números maiores de gravidez sem ser planejada e desejada, menor entrada nas unidades assistências e recebem menos suporte social e de suas emoções no decorrer do período gravídico. Fatores sociais devem ter colaborado para uma baixa satisfação ao vivenciar esses acontecimentos, superando as teóricas vantagens obstétricas que são mais favoráveis para quem já teve parto anteriormente. Esses acontecimentos podem interferir de maneira negativa na saúde da mulher, sendo ainda mais nocivo para as migrantes, visto que no novo país o apoio emocional, que

já está fragilizado, e o sustento financeiro não são os mesmos que receberiam no seu país de origem.



Gráfico 1.6 – Paridade das migrantes venezuelanas. Fonte: Autoria própria.

Foi calculada, no Gráfico 1.7, a porcentagem do tipo de parto mais realizado na maternidade com as migrantes venezuelanas, sendo que o parto normal teve uma porcentagem de 80% (n = 52).

A melhoria do respeito à autonomia das clientes e o novo papel assumido pela mulher na família e na sociedade contribuíram para a crescente atuação do público feminino na preferência pela via de parto vaginal (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

Um estudo realizado por Paris *et al.* (2014) no Paraná apontou que, mesmo com o Sistema Único de Saúde (SUS), o tipo de parto cesariana ultrapassou o vaginal durante os 11 anos de acompanhamento desse fenômeno. Esse dado difere dos encontrados nesta pesquisa, podendo ser questionado se as entrevistadas utilizaram de sua autonomia e escolheram a via de parto de sua preferência.



Gráfico 1.7 – Tipos de parto das migrantes venezuelanas. Fonte: Autoria própria.

Dentre as mais variadas posições que existem para o nascimento de uma nova vida, e de acordo com o Gráfico 1.8, a que foi mais realizada com as venezuelanas que participaram deste estudo foi a ginecológica, totalizando cerca de 70,80% (n = 46) da amostra.

A posição escolhida pode apresentar vantagens ou desvantagens no mecanismo do trabalho de parto, uma vez que altera o efeito da gravidade e sua relação com as partes do corpo essenciais para a continuidade do parto (MOUTA *et al.*, 2008).

A posição da gestante no decorrer da fase expulsiva sugerida é a ginecológica ou litotomia, isto é, a gestante deve ficar em decúbito dorsal, apoiando suas pernas nas perneiras e com a cabeceira elevada a 30°. No entanto, alguns profissionais não se vinculam a somente essa posição, deixando a mulher livre para escolher a posição desejada (CARDOSO, 2015).

A gestante tem o direito de tomar decisões sobre a sua posição e necessidades específicas, e o profissional deve demonstrar respeito e apoio a essas escolhas, intervindo apenas quando necessário. Logo, a gestante é quem decide a posição que ficará durante o parto e tempo que ficará com seu filho no colo (ARAÚJO, 2012). Questiona-se, portanto, se as mulheres migrantes tiveram a liberdade de escolher sua posição durante o trabalho parto, considerando as necessidades

fisiológicas desse momento, e se foram informadas sobre os benefícios da posição adotada para o nascimento de seus filhos.



Gráfico 1.8 – Posição em que foi realizada o parto . Fonte: Autoria própria.

Conforme visto na Tabela 1.5, observa-se que a média de duração do parto foi de $10,18 \pm 6,11$ horas, com a maioria das mulheres (12%, $n = 8$) apresentando uma duração de 8 horas. Em relação ao tempo de internação na maternidade, a média foi $2,65 \pm 1,46$ dias, e grande parte das migrantes (53,8%, $n = 35$), permaneceram 2 dias internadas.

A duração do parto varia de acordo com a paridade da mulher. Para a primípara, que permanece no leito sem realizar movimentos corporais, a duração pode ser de 10 a 12h. Caso utilize meios não invasivos para auxiliar o processo, o parto pode ocorrer em cerca de 8h. Para a múltipara, o tempo é menos demorado, variando de 8 a 10h, e caso a mesma use métodos não farmacológicos, o parto pode acontecer em até 6h (ARAÚJO, 2012).

O tempo que ocorre o trabalho de parto ativo é capaz de oscilar, para as primíparas, acontece no mínimo durante 8h e é pouco provável que se estenda até 18h. Com as múltiparas, o tempo mínimo se estende até 5h e o máximo em torno de 12 h (BRASIL, 2017). No Sistema Único de Saúde, entre 2008 e 2012, o tempo médio de internação na maternidade nos casos de partos normais foi de

2,0 dias, enquanto para gestação de alto risco foi de 3,2 dias. Para partos cesáreos, o tempo médio foi de 2,6 dias, com 4,2 dias para gestação de alto risco (MDS, 2012).

Ao comparar os dados encontrados nesta pesquisa sobre o tempo médio de duração do parto e internação na maternidade com os dados disponíveis na literatura, não se observa uma grande discrepância entre eles.

Tabela 1.5 – Duração do parto e tempo de internação na maternidade.

Variável	Média	Desvio Padrão	N	%
Duração do parto (horas) 10,18 ±6,11				
0			4	6,2%
1			5	7,7%
2			3	4,6%
3			1	1,5%
4			1	1,5%
5			3	4,6%
6			1	1,5%
8			8	12,3%
9			2	3,1%
10			6	9,2%
11			2	3,1%
12			5	7,7%
13			3	4,6%
14			2	3,1%
15			3	4,6%

Fonte: Autoria própria.

Tabela 1.5 – Duração do parto e tempo de internação na maternidade. (Continuação).

Variável	Média	Desvio Padrão	N	%
16			2	3,1%
17			4	6,2%
18			5	7,7%
19			4	6,2%
21			1	1,5%
Tempo de internação (dias) 2,65 ±1,46				
1			2	3,1%
2			35	53,8%
3			24	36,9%
4			1	1,5%
5			1	1,5%
7			1	1,5%
12			1	1,5%

Fonte: Autoria própria.

O Gráfico 1.9 apresenta que, durante a realização dos partos, foi necessário realizar a episiorrafia em cerca de 60% (n = 39) dos casos. Durante o parto normal, é comum a ocorrência de intercorrências ou traumas perineais, como laceração espontânea ou episiotomia, que podem resultar em morbidade associada a esses traumas (RIESCO *et al.*, 2011). Para o reparo de tais traumas, realiza-se a episiorrafia em caso de incisão cirúrgica (episiotomia) e perineorrafia em casos de laceração traumática ou cirúrgica (ARAÚJO, 2012).

Um estudo realizado por Riesco *et al.* (2011) constatou que, à medida que o número de partos aumenta, a chance de realização

de episiotomia diminui. Além disso, o tipo de parto também influencia, pois as que não tiveram anteriormente parto vaginal têm três vezes mais chances de passar por esse procedimento. Esses dados se assemelham aos mencionados pelas participantes durante a entrevista, visto que a maioria teve parto normal e a média de partos anteriormente realizado não é tão alto, constando mais ainda o acontecimento.

Vale ressaltar que a resposta dada pelas migrantes sobre a realização ou não da episiorrafia pode não estar relacionada apenas à episiotomia, mas ao trauma perineal (laceração ou episiotomia) que a mesma sofreu, levando apenas em consideração a necessidade de sutura.



Gráfico 1.9 – Realização de episiorrafia. Fonte: Autoria própria.

Durante a realização de um parto, podem ocorrer intercorrências tanto com a mãe quanto com o bebê. Aproximadamente 56% ($n = 37$) das entrevistadas relataram que não aconteceu intercorrências durante o seu parto, enquanto o restante informou a ocorrência das mesmas. O aumento da pressão arterial ocorreu em cerca de 7% ($n = 5$) das mulheres, e a apresentação fetal na posição pélvica também foi observada em aproximadamente 7% ($n = 5$), conforme mostrado no Gráfico 1.10.

Quando a gravidez apresenta alto risco, as intercorrências existentes, frequentemente, necessitam da prematura pausa na

gestação, acarretando em uma elevada incidência de partos cesáreos (NORUMA; ALVES; ZUGAIB, 2004). A gestante que manifesta complicações durante o trabalho de parto pode chegar a um quadro crítico, necessitando de reconhecimento imediato da situação e tomada de decisões rápidas para determinar a gravidade do caso (DAVID; XAVIER, 2011).

No que se refere às intercorrências durante o período gravídico, um estudo realizado por Calegari, Golveia e Gonçalves (2016) apontou que as complicações que envolvem a hipertensão arterial acontecem em cerca de 10% das gestações e ressurge em 20% a 50% das próximas gestações, dados que não apresentam grande divergência dos encontrados nesta pesquisa.

Outra complicação frequentemente mencionada pelas entrevistadas foi a apresentação do bebê na posição pélvica durante o trabalho de parto. Dados revelam que a apresentação fetal pélvica acontece por volta de 3 a 4% das gestações a termo (FERREIRA; AYRES-DE-CAMPOS, 2016). Já Araújo (2012) afirma que essa apresentação condiz a um percentual reduzido (menos que 5%) das gravidezes a termo.

Sabe-se que os fatores que desencadeiam algumas as complicações citadas pelas participantes podem ser prevenidos por meio de cuidados adequados, especialmente com um acompanhamento pré-natal frequente e iniciado o mais cedo possível.

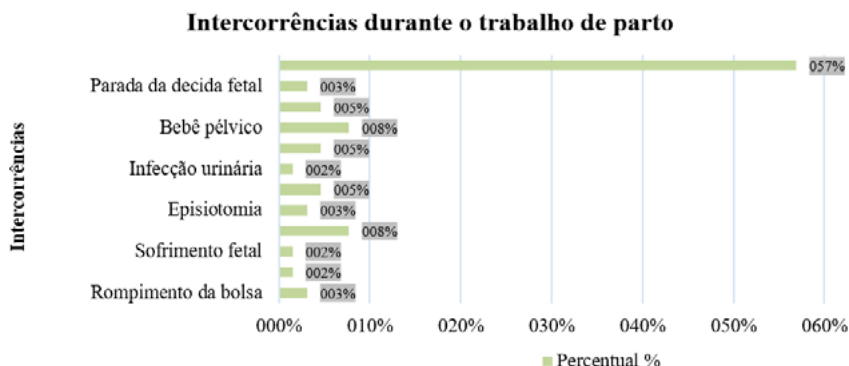


Gráfico 1.10 – Intercorrências que aconteceram durante o parto. Fonte: Autoria própria.

O Gráfico 1.11 apresenta as respostas dadas pelas entrevistadas quanto ao profissional responsável pela realização do seu parto, evidenciando que o enfermeiro (41%, $n = 27$) foi o que mais realizou o parto desta população estudada.

A Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e estabelece suas providências. No que se refere ao trabalho de parto, a lei aborda que cabe ao enfermeiro:

Art. 11 II – como integridade a saúde: ...g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; i) execução do parto sem distocia (BRASIL, 1986).

Art. 11 parágrafo único - as profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária (BRASIL, 1986).

Nesse contexto, o desempenho da enfermagem no cuidado à gestante durante o trabalho de parto é vista como fator que pode contribuir para a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Esse cuidado é capaz de reduzir as medidas de intervenções, como o parto cesárea, constantemente não sendo necessário. Da mesma forma, conseguirá beneficiar principalmente a gestante como parte ativa do processo, seguido por um cuidado humanizado (BARROS; SILVA 2004). A maior participação do enfermeiro durante o parto das puérperas participantes sugere que os partos normais sejam os mais frequentes nesta amostra.

A Resolução COFEN n.º 0477/2017 dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. A assistência durante o parto baseia-se em acompanhar a evolução do trabalho de parto e a execução do parto sem distocia. Caso haja a distocia, cabe ao enfermeiro identificá-las e tomar as decisões necessárias, como acionar o médico para intervir de acordo com sua capacidade técnico-científica.

O enfermeiro obstétrico é um profissional constantemente presente durante o monitoramento do parto, reconhecido pela parturiente. Esta permanente presença proporciona segurança, além de ser essencial no reconhecimento antecipado de intercorrências que irão aparecer (SANTOS; SILVA, 2012).

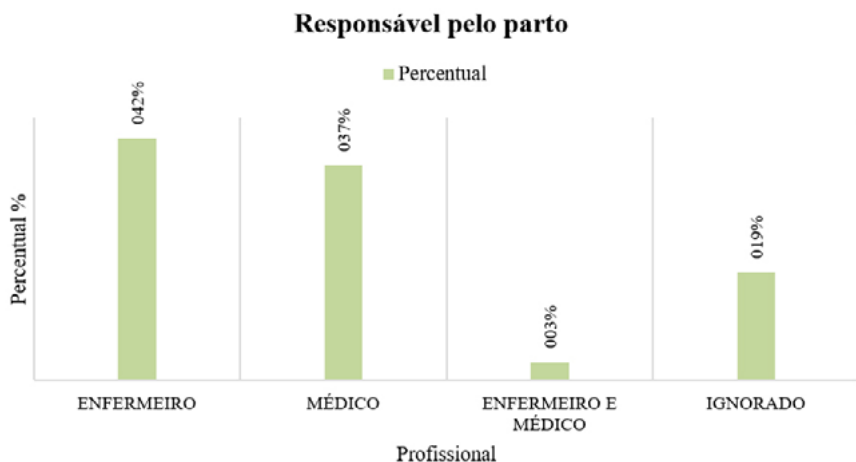


Gráfico 1.11 – Profissional responsável pela realização do parto. Fonte: Autoria própria.

É importante que, após o parto, as mães recebam orientações sobre o cuidado e a manutenção da saúde materna e infantil. Conforme apresentado no Gráfico 1.12, cerca de 51% ($n = 33$) das migrantes venezuelanas receberam instruções, sendo que, dessas, 45% ($n = 29$) foram informadas sobre a importância do aleitamento materno e 22% ($n = 14$) sobre os cuidados necessários com o recém-nascido.

O período pós-parto é uma etapa da vida pela qual as mães enfrentam muitas alterações no seu corpo e em suas emoções. Trata-se de transformações que acontecem em um espaço curto de tempo, desta forma, elas precisam ser adequadamente orientadas para conseguirem se atentar e reconhecer, facilmente e claramente, o que se espera nesta fase ou as manifestações clínicas que podem apontar o aparecimento de complicações (GONÇALVES; HOGA, 2016).

Em vista disto, a equipe de enfermagem da Maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), vinculada

à Universidade Federal de Alagoas (Hupaa-Ufal), tiveram a ideia de criar o projeto “*Preparo para a Alta: construindo o cuidado*”, onde são realizadas orientações às puérperas a respeito do autocuidado materno em todas as áreas, sendo elas: o registro civil, as consultas do bebê no hospital, o aleitamento materno, a carteira de vacinação, entre outras informações essenciais para o desenvolvimento da criança (MDS, 2015a).

Quanto às orientações sobre o aleitamento materno, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MDS) aconselham que o aleitamento durante os seis primeiros meses seja exclusivo, complementado com outros alimentos até os dois anos ou mais, para garantir um bom desenvolvimento infantil (BRASIL, 2009). Essas informações devem ser passadas para as puérperas migrantes, destacando sempre os benefícios desta prática, tanto para ela quanto para o bebê, uma vez que se supõe que esta medida pode não ser adotada da mesma forma no Brasil e no seu país de origem.

Gonçalves e Hoga (2016) apontam que, nas semanas iniciais com o recém-nascido, podem surgir situações estressantes. Por isso, é dividir as tarefas que envolvem o cuidado para com o bebê entre o parceiro ou familiares. Também é essencial que os responsáveis saibam sobre a posição ideal para o bebê dormir, a criação de uma rotina para o bebê, os cuidados durante o banho, o aleitamento materno, a oferta de água e os primeiros socorros, como em casos de engasgo (MDS, 2015b).

Todas as puérperas possuem o direito a uma assistência de qualidade, que seja humanizada e atenda às particularidades desse período tão marcante na vida mulher e às suas necessidades (GONÇALVES; HOGA, 2016).

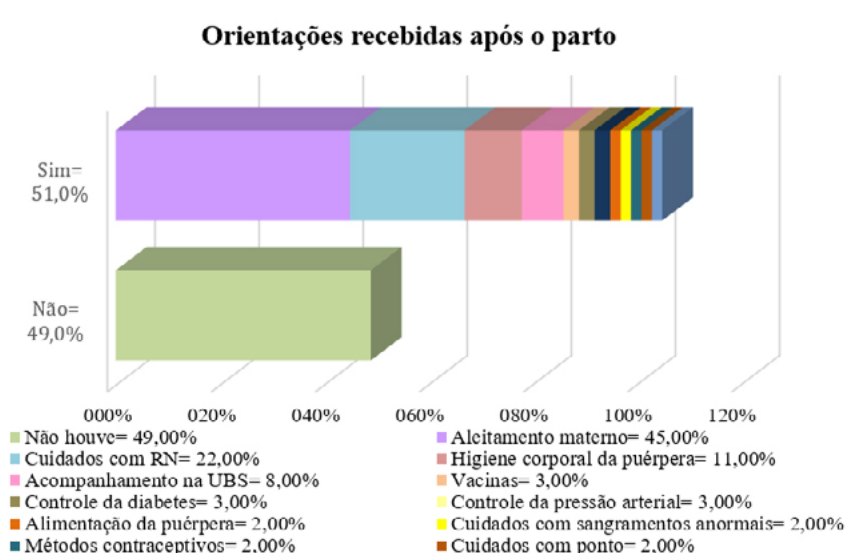


Gráfico 1.12 – Percentual de migrante que receberam orientações após o parto. Fonte: Autoria própria.

1.3.4 Avaliação do Período Puerperal

Como já mencionado, o período puerperal é uma fase marcada por inúmeras transformações. É um momento em que a mãe irá precisar se adaptar à nova vida e as novas responsabilidades, e tudo isso exige muito dela. Dessa forma, esta etapa da pesquisa visa avaliar esse período, considerando aspectos como o dia da entrevista, se ela estava no puerpério mediato ou tardio, a sua busca pela assistência em instituições de saúde, o auxílio para cuidar do recém-nascido e as manifestações clínicas apresentadas pela mesma após o parto.

As mulheres foram entrevistadas durante a busca pela assistência nas unidades básicas de saúde selecionadas, encontrando-se no período puerperal mediato e tardio. A média de tempo após o parto foi de $17 \pm 6,70$ dias, sendo que a maior parte estava no tardio, correspondendo a 80% ($n = 52$), conforme apresentado na Tabela 1.6.

Tabela 1.6 – Dias após o parto e período puerperal em que as migrantes venezuelanas se encontravam durante a entrevista. (*Continuação*).

Após a alta na maternidade, os cuidados continuam nas unidades básicas de saúde. Nesse contexto, é recomendada a visita da puérpera ao Centro de Saúde no quinto dia após o parto, para receber assistência simultânea para si e para o recém-nascido, ou aguardar a visita domiciliar dos profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2016).

O tempo médio que as migrantes levaram para buscar atendimento nas unidades foi superior ao recomendado, sugerindo que elas possam estar procurando assistência com os profissionais de saúde que atuam nos abrigos ou que desconhecem a necessidade de acompanhamento para prevenir futuras complicações.

Tabela 1.6 – Dias após o parto e período puerperal em que as migrantes venezuelanas se encontravam durante a entrevista.

VARIÁVEL	Média	Desvio Padrão	N	%
Dias 17,18 ±6,70 dias				
7			3	4,6%
8			7	10,8%
9			2	3,1%
10			2	3,1%
12			4	6,2%
13			6	9,2%
14			2	3,1%
15			3	4,6%
16			1	1,5%
17			2	3,1%
18			5	7,7%

Fonte: Autoria própria.

VARIÁVEL	Média	Desvio Padrão	N	%
19			3	4,6%
20			4	6,2%
21			3	4,6%
22			3	4,6%
23			1	1,5%
24			1	1,5%
25			3	4,6%
26			1	1,5%
27			3	4,6%
28			6	9,2%
Período puerperal				
Mediato			13	20,0%
Tardio			52	80,0%

Fonte: Autoria própria.

As puérperas migrantes buscaram assistência à saúde por meio de consultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e retornos ao Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Nazaré, quando necessário. O atendimento nas UBS foi procurado por cerca de 52,30% (n = 34) das mulheres, sendo que, dessa porcentagem, 82,40% (n = 28) buscaram o cuidado uma vez e 17,60% (n = 6) procuraram duas vezes. Entre os atendimentos realizados, destacam-se a vacinação, a retirada de pontos, a consulta do recém-nascido e a realização do teste do pezinho. Na maternidade, 15% (n = 10) procuraram suporte, para questões como vacinação, sangramento, exames no RN, consultas maternas e neonatais, além da realização de exames.

Segundo Oliveira (2016), a assistência integrada na unidade básica abrange tanto a puérpera quanto o recém-nascido. Essa

assistência inclui o acompanhamento da evolução clínica do recém-nascido (icterícia, aleitamento materno, peso), a investigação de sinais de complicações do período puerperal (lóquios, sinais de sangramento, corrimento, depressão, dor e entre outros), orientações a respeito da amamentação, coleta do teste do pezinho, vacinação do bebê e da mãe, agendamento do teste da orelhinha, consultas de revisão pós-parto e da puericultura, além de orientações a respeito do planejamento familiar e métodos contraceptivos. Observa-se que algumas dessas assistências foram prestadas às puérperas migrantes.

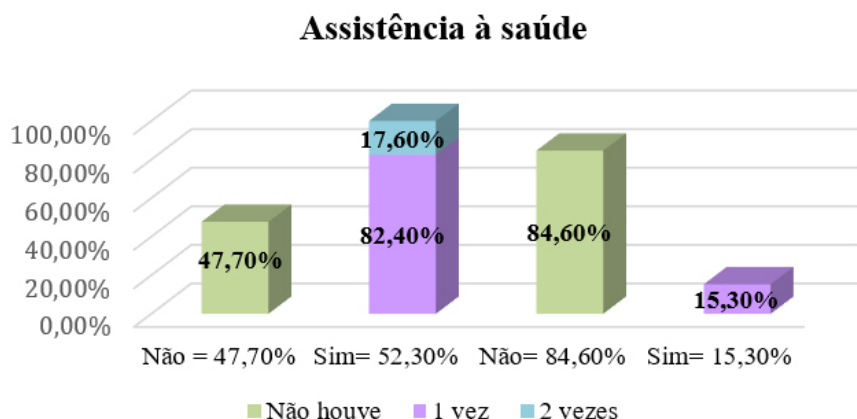


Gráfico 1.13 – Porcentagem de puérperas que buscaram assistência à saúde materno-infantil. Fonte: Autoria própria.

Receber ajuda para cuidar do recém-nascido é muito importante para a mãe, além da mesma dividir as tarefas com alguém, podendo ter algum momento para descansar ou cuidar de si mesma. Conforme demonstrado no Gráfico 1.14, cerca de 67,70% (n = 44) das migrantes informaram receber ajuda para cuidar do seu filho, e destas, 52,30% (n = 34) afirmam que o auxílio vem do esposo.

O recém-nascido necessita de condições ideais para adaptar-se a vida extrauterina, colaborando para a redução da mortalidade neonatal. Entre essas condições, pode-se incluir a manutenção da temperatura corporal, a higiene do corpo e do coto umbilical, aleitamento materno exclusivo, entre outros cuidados (ARAÚJO, 2012).

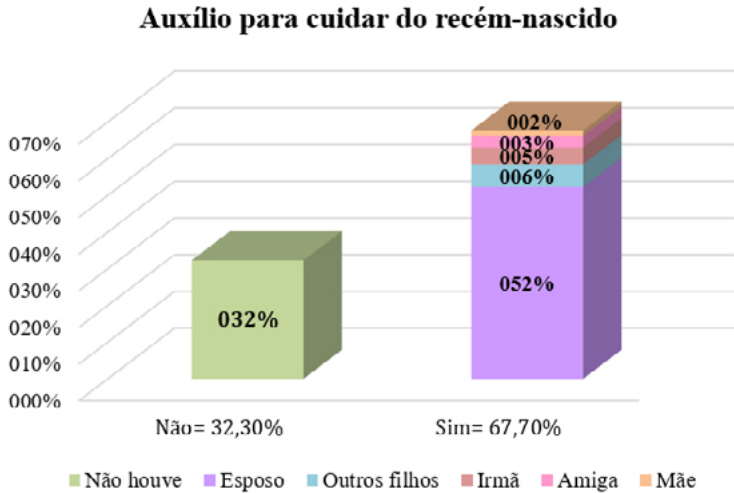


Gráfico 1.14 – Auxílio prestado às puérperas migrantes durante o cuidado com o recém-nascido. Fonte: Autoria própria.

A mãe é, geralmente, a principal responsável pelo bem-estar do seu filho, mas o período puerperal é caracterizado por ser um momento desafiador na vida de uma mulher. Desta maneira, ela necessita de apoio, compreensão e auxílio da sua família, amigos e dos profissionais de saúde. A contribuição dos mesmos é fundamental para que a puérpera se sinta mais tranquila (GONÇALVES; HOGA, 2016). Por estas puérperas estarem em condição de abrigamento e possuírem uma renda baixa, podem se sentir mais limitadas para garantir uma qualidade de vida ao seu filho e a distância de seus familiares pode limitar o apoio necessário durante essa etapa.

Durante o puerpério, é comum que as mulheres apresentem manifestações clínicas. Entre as entrevistadas, as mais mencionadas foram cólicas 75,40% (n = 49) e secreção vaginal 61,50% (n = 40), como pode ser visto no Gráfico 1.15. Esse período é caracterizado pelo retorno gradual do corpo da mulher ao estado anterior à gravidez, com ajustes naturais que ocorrem logo após o nascimento e podem se estender por cerca de quarenta dois dias (ou seis semanas) (ARAÚJO, 2012).

Um estudo feito no Canadá, com uma amostra aleatória de 133 mulheres que estavam no puerpério imediato e mediato, foram submetidas a um questionário que avaliava a qualidade de vida após o parto. Os resultados apontaram que os principais sinais clínicos mais apresentados por essa população foram dor, capacidade física reduzida e nível baixo de energia (BAGHIRZADA; DOWNEY; MACARTHUR, 2013). As cólicas relatadas pelas puérperas migrantes podem estar relacionadas à dor mencionada no estudo. Outras manifestações, como a redução da energia e sintomas associados à capacidade física, também foram relatadas, mas com menos frequência em comparação às cólicas e a secreção vaginal.

Segundo Araújo (2012), é comum que as pacientes relatarem muita cólica no puerpério, especialmente durante a amamentação, em decorrência da liberação de ocitocina pela neuro-hipófise. Essa substância tem como função estimular ejeção do leite e contrair a musculatura uterina, promovendo o reflexo uteromamário.

A secreção vaginal ou lóquios, é um indicativo de que o útero está passando pelo processo de cicatrização, onde anteriormente se encontrava a placenta, expelida após o parto, lembrando o período menstrual, e a quantidade e a coloração se alteram gradualmente conforme o útero retorna ao seu tamanho original (GONÇALVES; HOGA, 2016).

Essas manifestações fisiológicas e necessárias para que o corpo materno retome sua condição pré-gestacional. Contudo, é importante que as puérperas recebam orientações adequadas a respeito desses processos e saibam como agir em casos de complicações, como infecções ou outros riscos à saúde, recebendo amparo e apoio dos profissionais de saúde, e ajuda psicológica se necessário.

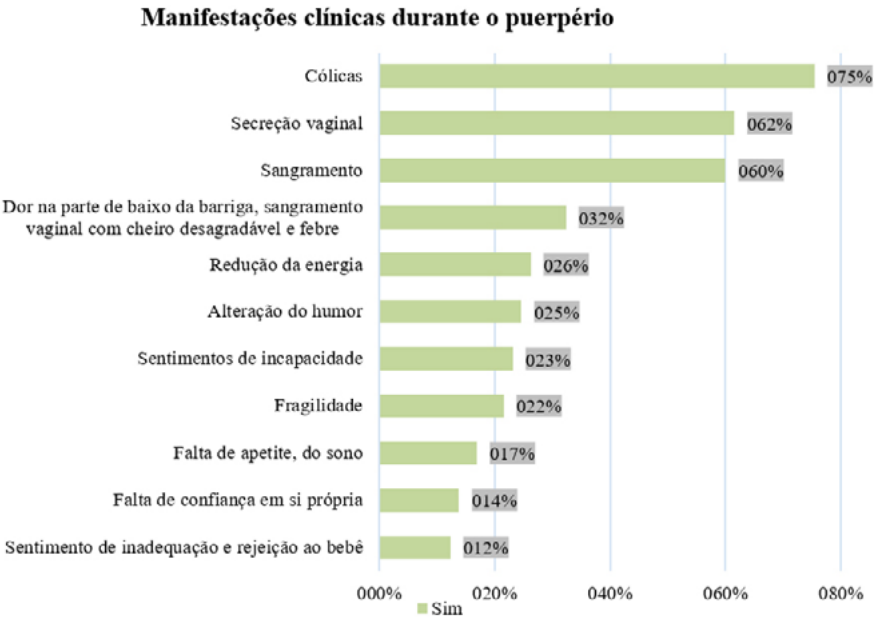


Gráfico 1.15 – Manifestações clínicas apresentadas durante o período puerperal. Fonte: Autoria própria.

1.4 Considerações Finais

O evento migratório é marcado por indivíduos que almejam uma melhoria de vida, tendo em vista que o país de origem não atende mais às expectativas dos indivíduos. Esse processo é caracterizado por mudanças, adaptações, conhecimento de uma nova realidade e busca pelo novo.

No entanto, a migração pode gerar frustrações, principalmente se as expectativas não são respondidas. Aprender uma nova língua, se adaptar ao novo clima, provar uma nova culinária, adquirir novos costumes, vivenciar outra realidade política, ou seja, conhecer uma nova cultura pode impactar negativamente, gerando transtornos e traumas psicológicos.

Essa vivência pode ser ainda mais nociva para as mulheres, considerando suas características físicas e emocionais, sobretudo se estiverem no período gravídico. Logo, a busca por assistência à saúde torna-se mais difícil devido ao desconhecimento de informações, à barreira linguística e ao receio de sofrer xenofobia.

No município de Boa Vista (RR), as instituições filantrópicas juntamente com instituições governamentais, implementaram unidades habitacionais temporárias para acolher populações migrantes em situação de vulnerabilidade, como crianças, gestantes, indígenas, idosos e pessoas com deficiências. Este estudo foi realizado com 65 puérperas que residentes nesses abrigos.

O puerpério, assim como a gravidez, é um período em que a mulher passa por várias transformações fisiológicas, tanto física quanto psicológica, para que seu corpo retorne ao que era antes. O cuidado e o apoio durante esse momento são de fundamental importância para que não aconteça complicações a saúde, ressaltando que os fatores externos podem também ter grande influência sobre esse período.

Observou-se que as migrantes venezuelanas procuram assistência durante o período gravídico, mas isso não quer dizer que o acompanhamento pré-natal seja realizado de maneira satisfatória (consultas, suplementação de ácido fólico e testes rápido), podendo levar também em consideração o estágio gestacional em que as mulheres adentraram no município.

Ademais, verificou-se que o acompanhamento puerperal das migrantes venezuelanas entrevistadas não foi realizado de forma adequada. Muitas não possuíam o conhecimento das informações necessárias a respeito do cuidado a sua saúde no período pós-parto, e, em alguns casos, enfrentaram dificuldades relacionadas à compreensão do idioma português. Como consequência, retornaram às UBS para a consulta preventiva no quinto dia pós o parto, conforme recomendado, , sendo um fator preocupante. A ausência de assistência nesse período pode contribuir para o surgimento de complicações, como infecções, além de privar as puérperas de orientações importantes e do apoio do profissional de saúde.

Sugere-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham um trabalho interdisciplinar com os profissionais saúde dos abrigos, permitindo a identificação e o encaminhamento das puérperas para a UBS conforme necessário. As unidades poderiam adotar ações de saúde nos abrigos, como educação em saúde e visitas domiciliares após o parto, dando uma assistência integral as migrantes no período puerperal.

Por fim, este estudo avaliou todas as etapas vivenciadas pelas puérperas migrantes até o momento da entrevista, destacando as condições em que se encontram. Apesar de estarem amparadas em unidades habitacionais, essas estruturas são temporárias e não contam com o conforto necessário que essas mulheres e seus filhos necessitam.

Referências

ALMEIDA, L.M.; CALDAS, J. Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade? **Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía**, Vol. I, no 1, Enero-Junio, 2012. p. 19-36.

ALMEIDA, L. M. et. al. Obstetric care in a migrant population with free access to health care. **Int J Gynaecol Obstet**. 2014; 126 (3): 244-7.

ALVES, S.C. **Migração, (re)territorialização e identidade**: paraenses em boa vista/oraima no período entre 1990 e 2010. Boa Vista, 2017. 69 f.

ANDRADE, R. D. et. al. **Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(1), 2015.

ARAÚJO, L. de A; REIS, A. T. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Edição eletrônica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BAGHIRZADA, L.; DOWNEY K. N.; MACARTHUR, A. J.; **Assessment of quality of life indicators in the postpartum period**. **Int J Obstet Anesth**. 2013 [cited 2017 May 8];22(3):209-16. Disponível em: <[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959-289X\(13\)00039-3](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959-289X(13)00039-3)>. Acesso em: 02 out. 2019.

Barros L. M.; Silva R. M. **Atuação da Enfermeira na Assistência à Mulher no Processo de Parturição**. Texto Contexto Enferm 2004 Jul-Set; 13(3):376-82.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Caderneta da Gestante**. Edição eletrônica, 2014.

_____. **LEI Nº 7.498, DE 24 DE JUNHO DE 1986**. Dispõe a regulação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm>. Acesso em 01 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012b.318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 302p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil:**

aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

CALEGARI, R.S, GOUVEIA, H.G, GONÇALVES, A.C. **Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal.** Cogitare Enferm, v. 21, n 2, 2016.

CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C. (Org). **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério.** – Secretaria da Saúde. São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

CARDOSO, D. C. F. L. **AS POSIÇÕES MATERNAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E A SUA INFLUÊNCIA NAS VARIEDADES OCCIPITOPOSTERIORES FETAIS.** Porto, |Julho de 2015. Disponível em <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10777/1/Relatorio%20-%20Denise%20Cardoso%20final.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2019.

CHAVES, A.; COSTA, E. 10º abrigo para venezuelanos é aberto em RR e imigrantes são retirados das ruas. **G1.globo.com**, jul 2018. Boa Vista. Disponível em < <https://g1.globo.com/rr/oraima/noticia/2018/07/20/10o-abrigo-para-venezuelanos-e-aberto-em-rr-e-imigrantes-sao-retirados-das-ruas.ghtml>>. Acesso em 22 set. 2019.

CHIRIBOGA, M. A. *et al.* (Cols.). **Manual de Enfermagem: Enfermagem materno-infantil.** Edição 2008. Barueri: Editora Vergan Brasil.

DAVID, E. C.; XAVIER, E. **Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às principais Complicações Obstétricas e Neonatais.** Ministério da Saúde (MDS). Misau, agosto de 2011. 190p.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M. dos; LEAL, M. do C. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição**

para o debate. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S52-S62, 2004.

FERREIRA, A. AYRES-DE-CAMPOS, D. Parto pélvico vaginal – uma opção clínica na atualidade?. Acta Obstet Ginecol Port 2016;10(2):142-147.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONTELLES, M. J. **METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA.** Universidade Federal de Goiás (UFG), 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUDERES, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.31, n. 7, p. 335-41, 2009.

FREITAS, A. **Geografia e História de Roraima.** Ed. rev. e ampl. Boa Vista, DLM, 2000.

GIL, R. L. **TIPOS DE PESQUISA.** Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), 2008. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/ecb/files/2009/09/Tipos-de-Pesquisa.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

GONÇALVES, A. *et al.* Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** Vol. 21, nº 1 — janeiro/junho 2003. p. 55-64.

GONÇALVES, B. G; HOGA, L. A. K. **Tempo de amor e adaptação: promoção da saúde da mulher no pós-parto e do recém-nascido.** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). 1ª Edição. São Paulo, 2016.

GRANADA, D. *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface** (Botucatu). 2017. p. 285-296.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI J. A.; BONAMIGO E. L. **Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras.** Rev Bioét. 2013;21(3):509-17.

MARQUES, A. C. M. de S.; LEAL, M. D. F. O. **MIGRANTES VENEZUELANOS NO BRASIL: COOPERAÇÃO COMO MEIO PARA GARANTIR DIREITOS.** Congresso Internacional dos Direitos Difusos (CONIDIF), 2017.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.27, n.1, p.26-36, 2018.

_____. **Cuidados com os pequenos nos primeiros meses de vida.** Blog da Saúde. Brasil, 16 set 2015a. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/50161-cuidados-com-os-pequenos-nos-primeiros-meses-de-vida>>. Acesso em: 01 out. 2019.

_____. **Puerpério: período pós-parto requer cuidados especiais.** Blog da Saúde. Brasil, 28 set 2015b. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/50212-puerperio-periodo-pos-parto-requer-cuidados-especiais>>. Acesso em: 01 out. 2019.

_____. **TabNet Win32 3,0: Internações hospitalares do SUS – por local de internação – Brasil.** Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>>. Acesso em: 01 out. 2019.

_____. **Testes rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica.** Rede cegonha. Setembro, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/testes-rapidos>>. Acesso em: 24 set. 2019.

_____. **TESTES RÁPIDOS: CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA SEU USO COM ÊNFASE NA INDICAÇÃO DE TERAPIA ANTI-RETROVIRAL EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA.** [20--]. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/61testes_rapidos.pdf>. Acesso em 24 set. 2019.

MILESI, R.; COURY, P.; ROVERY, J. **Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual.** Aedos, Porto Alegre, v. 10, n. 22, p. 53-70, Ago. 2018.

MIRANDA, J. F. M. **Mães imigrantes e saúde – Estudo sobre as brasileiras em Portugal.** Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2011.

MONTENEGRO, C.A.B.; FILHO, J.R. – **Rezende obstetrícia fundamental.** – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MORAES, S. A. C. de. **A VISITA DOMICILIAR A PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO.** Boa Vista, 2016.

MOUTA, R. J. O. *et al.* **Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):472-6.

NORUMA, R. M. Y.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. **Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário.** Rev Saúde Pública 2004;38(1):9-15

OLIVEIRA, R. G. de. **Blackbook – Enfermagem** / Reynaldo Gomes de Oliveira. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016. 816p.

Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em: 11 out. 2019.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS**. Brasil. Novembro 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820>. Acesso em: 21 set. 2019.

PARIS, G.F. *et al.* **Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014;36(12):548-54.

REACH - Informing More Effective Humanitarian Action - Perfil de abrigos. Boa Vista e Pacaraima, Roraima, Brasil. Setembro 2018. Disponível em: http://www.reachresourcecentre.info/system/files/resource-documents/reach_bra_factsheet_roraima_state_site_profiling_september_2018_pt.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

RIESCO, M. L. G. *et al.* **Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):77-83.

ROCHA, C.M.F. *et al.* Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutividade em Portugal. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 2012. p. 190-200.

RODRIGUES, F. da S.; SILVA, É. S. da. **Estudos sobre colonização e imigração no norte do Brasil (1840-1930)**. Revista de História Regional 22(1): 53-73, 2017.

SANTOS, R. B.; SILVA, R. K. **Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2012; 65: 1.

SANTOS, H. T. S. *et al.* Os malefícios do uso do tabaco na gestação e suas complicações ao feto. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.9, n. 9, p. 9978-82, nov., 2015.

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. **Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério**. / organizado por Carmen Cecília de Campos Lavras -- São Paulo: SES/SP, 2018.

SIMÕES, G. da F. **Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil**. – Curitiba: CRV, 2017. 112 p. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes/Perfil_

Sociodemografico_e_laboral_venezuelanos_Brasil.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

_____. Venezuelanos em Roraima: características e perfis da migração venezuelana para o Brasil. Brasil, [201-]. 12 p. Disponível em <https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=fa9065e2-c184-5655-0c04-1381156aca09&groupId=265553>. Acessado em: 22 set. 2019.

SOLER, D. A. R. **QUALIDADE DE VIDA NO PUERPÉRIO**. São José do Rio Preto, 2014.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.22, n.2. 2013. p.328-341

VASCONCELOS, L. Entenda a crise dos imigrantes venezuelanos na fronteira com Roraima. **OPOVO online**. Disponível em <<https://www.opovo.com.br/noticias/mundo/2018/08/entenda-a-crise-dos-imigrantes-venezuelanos-na-fronteira-com-roraima.html>>. Acesso em 24 nov. 2018.

World Health Organization (WHO). **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: WHO; 2016

World Health Organization (WHO). **The global prevalence of anaemia in 2011**. Geneva: World Health Organization; 2015.

Capítulo 2

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO E DESFECHOS NEONATAIS DE RECÉM-NASCIDOS FILHOS DE MIGRANTES VENEZUELANAS EM CONDIÇÕES DE ABRIGAMENTO NA CIDADE DE BOA VISTA (RR)

*Jhully Sales Pena de Sousa e
Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto*

RESUMO

A população migrante é comumente considerada um grupo vulnerável no âmbito da saúde, devido a fatores como condição socioeconômica, conhecimento e acesso limitado aos serviços de saúde, condições de moradia e emprego, além da barreira linguística. Considerando o contexto atual da migração venezuelana, observa-se um crescente aumento dessa população no estado de Roraima, especialmente de recém-nascidos brasileiros filhos de migrantes venezuelanas, muitos dos quais residem ou já residiram em abrigos temporários no Estado. Trata-se de um estudo de análise descritiva, de natureza quantitativa, delineada para investigar a situação do contexto de nascimento e assistência ao recém-nascido filho de migrantes venezuelanas em condição de abrigo no município de Boa Vista (RR). O período de coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2019, utilizando entrevistas semiestruturadas aplicadas com auxílio de questionários contendo perguntas mistas. Os resultados mostraram que o perfil sociodemográfico das mulheres migrantes venezuelanas é predominantemente composto por mulheres em união estável (38,5%) ou casadas (36,9%), com nível médio de instrução (53,8%), com média de 2,37 filhos e majoritariamente desempregadas (46,2%). Quanto ao acompanhamento

gestacional, 67,7% das mulheres realizaram o pré-natal, com uma média de 2,23 consultas; 61,5% cumpriram a suplementação, e 98,5% realizaram testes rápidos. Observou-se que 26,2% das mulheres fazem uso de tabaco, e 52,3% apresentaram anemia enquanto grávidas. Com relação ao recém-nascido, a idade gestacional média foi de 38,18 semanas, com partos normais representando 80% dos casos. , Complicações no parto, como pré-eclâmpsia/eclâmpsia, foram identificadas em 21,5% dos casos, e o peso médio dos recém-nascidos foi de 2.840,14g. Ademais, 53,8% apresentaram distúrbio respiratório, sendo que 24,6% precisaram de internação em unidades de terapia intensiva neonatal. A imunização foi realizada em 96,9% dos casos, e 69,2% realizaram o teste do pezinho. O aleitamento materno exclusivo foi relatado por 61,5% das entrevistadas, enquanto 24,6% dos recém-nascidos haviam recebido a primeira consulta de saúde. A icterícia foi relatada em 40% dos casos e 56,9% apresentou dermatite e dermatite da fralda, já 29,2% dos neonatos haviam apresentado alguma condição clínica, sendo as mais prevalentes a diarreia (6,2%) e a bronquiolite (4,6%). Este estudo mostrou que uma diversidade de fatores acarretam em fragilidades na saúde dessas crianças, sendo que muitos desses fatores antecedem o parto, como a baixa procura pelo acompanhamento de pré-natal, falta de suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, e tabagismo durante a gestação, além de questões pós-parto, como a vacinação incompleta, ausência de triagem neonatal e falhas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Desta forma, evidencia-se a necessidade de interação entre a equipe de saúde dos abrigos e das UBS para sensibilização das mulheres quanto à importância e necessidade do pré-natal, como também o acompanhamento de saúde da criança.

Palavras-chave: Saúde neonatal. Migração venezuelana. Abrigos.

2.1 Introdução

A migração humana é um fenômeno mundial que acompanha a formação das civilizações e a evolução da globalização, sendo facilitada pela tecnologia e pelos meios de transporte, entre outros fatores, que ampliam os deslocamentos e viabilizam o fluxo de bens,

serviços e conhecimento. Por outro lado, os conflitos armados e crises econômicas têm contribuído significativamente para a migração (GRANADA *et al.*, 2017).

No contexto brasileiro, a relação entre saúde e migração não é um tema recente. Desde o período de seu descobrimento, o Brasil tem recebido povos de diferentes nações, provenientes de diferentes contextos de vida e saúde, geralmente em busca de melhores condições socioeconômicas, conforme as características de cada período histórico (EBERHARDT, 2017; GRANADA *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2012).

Em Roraima, a migração se torna evidente e relevante no período da criação da cidade de Boa Vista do Rio Branco e, posteriormente, com as estratégias governamentais de povoamento do território roraimense (SOUSA, 2015). Depois de décadas, o estado recebe novamente um fluxo expressivo e crescente de migrantes, agora, em sua maioria, venezuelanos, fenômeno que é explicado pela crise que o país vizinho enfrenta, principalmente de natureza econômica (OLIVEIRA, 2017).

O estado, que já tinha seus problemas administrativos, tem buscado acolher esses migrantes com o apoio do Exército Brasileiro e de Organizações não Governamentais (ONGs). Esses esforços resultaram na criação de abrigos dotados de instalações mínimas necessárias para a manutenção dessa população, incluindo alojamentos, banheiros, lavanderias, alimentação, unidades de saúde e segurança (BRASIL, 2018a).

Diante da condição de migração, evidenciam-se alguns fatores que aumentam a vulnerabilidade dessa população, especialmente das mulheres e das crianças. Dentre estes, estão os aspectos psicossociais e sociais, o estresse e a imunidade, que afetam diretamente a gestação, o parto e pós-parto, podendo gerar complicações tanto para a mulher como para a criança. Nesse sentido, a saúde materno-infantil requer atenção especial, visando minimizar ou eliminar a

prematuridade e os distúrbios neonatais, além de assegurar a manutenção da saúde da mulher e da criança (ALMEIDA; CALDAS, 2013).

Nesse contexto, considerando o desafio da manutenção da saúde dos migrantes, e considerando a vulnerabilidade desse grupo, tornou-se essencial compreender a situação de saúde dos recém-nascidos que vivem nos abrigos para migrantes em Boa Vista (RR). Esses bebês, em sua fase de adaptação à vida extrauterina, enfrentam dificuldades inerentes ao abrigos, que não possuem a mesma configuração e conforto de uma residência e abrigam um grande número de pessoas. Assim, buscou-se investigar o contexto de nascimento e a assistência à saúde oferecida a esses recém-nascidos.

2.2 Metodologia

2.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de análise descritiva, de natureza quantitativa, delineado para investigar a situação do contexto de nascimento e a assistência ao recém-nascido filho de migrantes venezuelanas em condição de abrigamento no município de Boa Vista (RR).

Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características relativas a determinado público ou a estipulação de relação entre variáveis. Ela é relevante para a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionários ou a observações sistemáticas.

A pesquisa quantitativa, por sua vez, envolve a coleta e análise de dados quantitativos relacionados às variáveis, exige descrição categórica das informações coletadas, e tem como objetivo quantificar esses dados e estender os resultados da amostra para o público-alvo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). É um tipo de pesquisa amplamente utilizada para condução de estudos que buscam garantir precisão nos resultados, sendo frequentemente associada aos

estudos descritivos, que investigam relações entre variáveis ou relações de causalidade entre acontecimentos (RICHARDSON, 2015).

2.2.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que se localizam próximas aos abrigos temporários de Boa Vista. As UBS selecionadas foram: UBS do Cambará, próximo ao Abrigo Nova Canaã; o Centro de Saúde 13 de Setembro, perto do Abrigo Rondon I; a Casa de Saúde da Família do Jardim Floresta, próxima ao Abrigo Jardim Floresta e o Centro de Saúde São Vicente, localizado perto do Abrigo São Vicente. Vale destacar que esses abrigos existentes em Boa Vista em setembro de 2018, período em que se iniciou o presente projeto, totalizando abrigos, dos quais seis estavam localizados em Boa Vista, sendo um deles destinado à população indígena, e um em Pacaraima. Esses dois últimos não foram considerados neste estudo, uma vez que à população indígena não fazia parte do público-alvo da pesquisa o estudo foi conduzido exclusivamente no município de Boa Vista (RR).

Faz-se necessário esclarecer que a Casa de Saúde Jardim Primavera, que inicialmente fazia parte da população do estudo, foi excluída, pois essa unidade deixou de atender o público-alvo da pesquisa. O Abrigo Tancredo Neves, que atende casais sem filhos e solteiros, remaneja as mulheres após o parto para outros abrigos, o que motivou a exclusão dessa unidade. As amostras que seriam coletadas nessa unidade foram remanejadas para o Centro de Saúde 13 de Setembro, que possuía maior representatividade em relação ao número de amostras.

As Unidades Básicas de Saúde são as portas de entrada mais acessíveis à Rede de Atenção à Saúde, dada sua localização estratégica e proximidade com a comunidade.

2.2.3 População e Amostra

A população do estudo foi formada por mulheres venezuelanas com recém-nascidos de até 28 dias, residentes em um dos quatro abrigos e atendidas nas UBS de Boa Vista, selecionadas para o estudo, no período de junho a agosto de 2019.

Para a realização do cálculo amostral, foram utilizadas as informações contidas no relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), indexadas à plataforma da *REACH – Informing more effective humanitarian action*, publicado em setembro de 2018 (REACH, 2018). Onde, a partir dessas informações, somou-se o número de gestantes residentes nos abrigos, considerando que todas eram potenciais participantes da pesquisa, a depender da data de coleta, totalizando 77 gestantes.

O cálculo do número total de gestantes residentes nos abrigos foi transferido para o programa estatístico *EPi info 7.0*, onde foi calculada a amostra da população com um nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, resultando em uma amostra de 65 indivíduos. Essa amostra foi dividida proporcionalmente entre os abrigos, com base no número de gestantes em cada um.

Informações utilizadas para calcular a amostra:

Abrigo	Total de indivíduos	Total de gestantes
Abrigo Jardim Floresta	693	23
Abrigo Nova Canaã	436	17
Abrigo Tancredo Neves*	324	02
Abrigo São Vicente	353	06
Abrigo Rondon I	715	29

*a UBS de referência para esse abrigo foi excluída da pesquisa, conforme explicado acima, e sua amostra foi transferida para outra unidade. Fonte: Autoria própria.

Foram abordadas mulheres com recém-nascidos de até 29 dias, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: ser migrante venezuelana, maior de 18 anos, ter recém-nascido de até 28 dias de vida, não ser indígena, estar residindo em abrigo e ser alfabetizada. Os critérios de exclusão foram: a mãe que apresente qualquer incapacidade psíquica que a impeça de participar da pesquisa.

Após o aceite em participar da pesquisa, foram entregues duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo I) para as participantes assinarem. O termo continha informações referentes à pesquisa, redigidas no idioma da participante, ficando uma via em sua posse.

2.2.4 Riscos e Benefícios

A pesquisa envolveu riscos, como o possível surgimento de desconforto ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, onde havia a possibilidade de, em qualquer tempo da pesquisa, as informações obtidas nas entrevistas poderiam ser descartadas e desligadas da pesquisa. Lembrando que todas as informações obtidas estavam resguardadas em sigilo.

Os benefícios deste estudo o conhecimento da situação de saúde dos recém-nascidos filhos de mulheres migrantes venezuelanas que residem em abrigos, possibilitando a adoção de medidas ou estratégias para prestar assistência a esse público, como a criação de parcerias entre os órgãos responsáveis pelos abrigos, os serviços de saúde e as instituições de ensino, visando à promoção da qualidade de saúde dessas crianças.

2.2.5 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando um questionário composto de perguntas abertas, fechadas e alternativas

de respostas diretas. O questionário utilizado para coleta de dados (Apêndice I) foi traduzido para o espanhol para facilitar a comunicação com as participantes. O questionário estava organizado em três partes: a primeira seção caracterizou o perfil sociodemográfico das entrevistadas, contendo 7 perguntas com duas ou mais alternativas de múltipla escolha, sendo uma delas de resposta aberta. A segunda seção abordou as condições de saúde no período gestacional e a realização de pré-natal, composta por 6 perguntas com respostas “sim ou não” ou com mais de duas alternativas. Já a terceira e última seção referiu-se à situação de nascimento e à condição de saúde do recém-nascido, incluindo o surgimento de complicações à saúde, com resposta “sim ou não”, múltiplas escolhas e abertas, composta por 15 perguntas.

É relevante esclarecer que, inicialmente, foram coletados 10% do total da amostra para o pré-teste e validação do questionário, que seriam posteriormente excluídos da pesquisa. No entanto, devido à dificuldade de encontrar o público-alvo nas UBS, ao tempo pré-estabelecido para o desenvolvimento desse estudo e a não necessidade de alteração do instrumento de coleta, os dados foram integrados à amostra total da pesquisa.

2.2.6 Análise dos Dados

Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Excel® 2013, para posterior análise descritiva. Após tabulação, os resultados foram codificados e analisados no programa IBM SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) (acrescentar a versão).

Todas as variáveis foram descritas individualmente conforme o eixo de dados correspondente (de acordo com as seções do instrumento de coleta). As seguintes variáveis foram analisadas e

relacionadas entre si: a realização de pré-natal e a ocorrência de internação na UTIN, adotando-se um nível de significância de $p < 0,05$.

2.2.7 Aspectos Éticos e Legais

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012, sob Parecer n.º 3.321.243. Ela também foi apresentada à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), que autorizou sua realização.

2.3 Resultados e Discussões

Os dados coletados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, com o auxílio de um questionário, na qual as entrevistadas responderam questões relacionadas aos dados sociodemográficos, às condições de saúde no período gestacional, ao acompanhamento de saúde nesse período, aos fatores relacionados ao parto e nascimento, às condições de saúde do recém-nascido e à incidência de complicações precoces e tardias do neonato.

Os resultados foram divididos em três eixos para facilitar a interpretação do alcance dos objetivos, sendo eles: caracterização sociodemográfica, acompanhamento gestacional e condições de nascimento e situação de saúde neonatal, conforme apresentados a seguir.

2.3.1 Caracterização Sociodemográfica

Este eixo descreve os resultados alcançados referentes ao objetivo específico I, o qual enunciou: traçar o perfil sociodemográfico das migrantes venezuelanas que residem nos abrigos.

A Tabela 2.1 apresenta a distribuição das entrevistadas de acordo com sua habitação nos abrigos deste estudo, diretamente relacionados às Unidades Básicas de Saúde nas quais essas mulheres

são atendidas, devido à localização geográfica dos abrigos, sendo as unidades de referência de cada bairro.

Tabela 2.1 – Habitação das entrevistadas por abrigo, relacionado diretamente com as unidades básicas de saúde em que são atendidas. Boa vista – Roraima, 2019 (n = 65).

Abrigos	Unidade de saúde	N	%
Abrigo Rondon I	Centro de Saúde 13 de Setembro	27	41,5
Abrigo Jardim Floresta	Casa de Saúde da Família do Jardim Floresta	19	29,2
Abrigo Nova Canaã	Unidade Básica de Saúde Cambará	14	21,5
Abrigo São Vicente	Centro de Saúde São Vicente	5	7,7
Total		65	100

Fonte: Autoria própria.

Quanto ao perfil sociodemográfico das entrevistadas, observou-se que a faixa etária variou entre 18 e 41 anos, com idade média de 28,37 anos (desvio padrão = 6,358). A maioria das participantes se autodeclararam em união estável, representando 38,5% (n = 25), seguida pelas casadas, com 36,9% (n = 36,9). Em relação à escolaridade, 53,8% (n = 35) concluíram o ensino médio, enquanto 3,1% (n = 2) não concluíram nem o ensino fundamental. No que se refere ao número de filhos, predominam as mulheres com dois filhos, representando 43,1% (n = 28). Quanto à ocupação, destacam-se as desempregadas, com 46,2% (n = 30), seguidas das ambulantes, com 29,2% (n = 19) (Tabela 2.2).

Tabela 2.2 – Percentual e representatividade do perfil sociodemográfico das migrantes venezuelanas entrevistadas (n = 65). *(Continuação)*.

Tabela 2.2 – Percentual e representatividade do perfil sociodemográfico das migrantes venezuelanas entrevistadas (n = 65).

VARIÁVEL	N	Média (desvio padrão)	%
Estado civil			
União estável	25		38,5
Casada	24		36,9
Solteira	14		21,5
Viúva	2		3,1
Total	65		100
Escolaridade			
Ensino Fundamental Completo	10		15,4
Ensino Fundamental Incompleto	2		3,1
Ensino Médio Completo	35		53,8
Ensino Médio Incompleto	10		15,3
Ensino Superior Completo	3		4,6
Ensino Superior Incompleto	5		7,7
Total	65		100
Número de filhos		2,37 (1,069)	
1 filho	13		20,0
2 filhos	28		43,1
3 filhos	14		21,5
4 filhos	7		10,8
5 filhos ou mais	3		4,6
Total	65		100

Fonte: Autoria própria.

VARIÁVEL	N	Média (desvio padrão)	%
Ocupação			
Desempregada	30		46,2
Ambulante	19		29,2
Babá	4		6,2
Diarista	4		6,2
Doméstica	4		6,2
Cuidadora	2		3,1
Designer gráfica	1		1,5
Manicure	1		1,5
Total	65		100

Fonte: Autoria própria.

Embora a população deste estudo seja relativamente jovem, os resultados obtidos se assemelham aos encontrados por Oliveira (2017), cuja pesquisa identificou que cerca de 50% da amostra possuía entre 25 e 40 anos de idade, sendo que 90% estavam ativos no mercado de trabalho. Essa faixa etária é particularmente reprodutiva.

Conforme os achados de Braga, Jesus e Lacerda (2017), que investigam o perfil dos migrantes venezuelanos em Boa Vista (RR), especialmente os que chegaram no início da crise venezuelana, entre 2014 e os primeiros meses de 2017, observou-se uma maior representatividade masculina (71%), e uma predominância de jovens com menos de 30 anos (65%). Esses migrantes, de forma geral, buscavam trabalho para suprir as necessidades das famílias que ficaram na Venezuela e/ou posteriormente trazer suas famílias ao Brasil.

Esses resultados foram similares à realidade encontrada por Fonseca (2014) em seu estudo sobre mulheres migrantes em Portugal, onde (84,0% da população migrante estava ativa no

mercado de trabalho, com faixa etária predominante de 20 a 39 anos. O curioso, nesse estudo, é que a maior parte da população migrante era do sexo feminino (52,8%), fenômeno denominado feminização da migração.

Tratando-se da feminização da migração, Dornelas e Santos (2018), em seu trabalho *“Migração e trabalho: feminização, interseccionalidades e o papel do Estado”*, abordam as desigualdades no mercado de trabalho, nas quais as mulheres enfrentam dificuldades para ingressar e permanecer, sendo frequentemente pagas com salários inferiores. Segundo Dutra e Brasil (2017), algumas das barreiras para a inserção e permanência no mercado de trabalho incluem a discriminação por serem mulheres, além da associação ao papel de cuidadoras. Dessa forma, as oportunidades de emprego tendem a se concentrar em atividades relacionadas ao cuidado e ao trabalho doméstico. Tal fato pode ser percebido no presente estudo, ao observar as tarefas desenvolvidas pelas participantes, geralmente relacionadas ao cuidado e ao ambiente doméstico.

No que se refere ao trabalho informal, observado neste estudo pela representatividade de ambulantes, Almeida (2017), em sua pesquisa sobre o comércio informal de migrantes asiáticos em São Luiz (MA), relata que esses migrantes estão alcançando cada vez mais espaço, sendo facilmente reconhecidos pela diversidade de produtos que oferecidos. De forma similar, neste estudo foi notório o predomínio do comércio ambulante (29,2%), identificado pelos produtos oferecidos, como alimentos, roupas, eletrônicos, brinquedos e serviços.

Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria das migrantes declarou estar em união estável ou casada, seguida das solteiras. Esses dados são consistentes com os resultados de Cavalcanti, Oliveira e Tonhati (2015), que identificaram que 50,2% das migrantes eram casadas, seguidas de solteiras (28,1%). Esses

achados sugerem que as mulheres têm migrado com seus maridos e/ou companheiros. No entanto, em contraste, o estudo de Oliveira (2017) revelou uma maior representatividade de solteiros (61,0%), em comparação aos casados (33,7%). Esse resultado pode estar relacionado às motivações que os levaram a migrar, se a trabalho ou a estudo, e até mesmo para fugir das condições de vida de seu país de origem.

Quando analisado à escolaridade, a maioria das mulheres possui ensino médio completo, contrastando com o estudo do Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios (2014). Nesse trabalho, que incluiu 18 mulheres migrantes paraguaias, apenas uma havia terminado o ensino superior antes de migrar, sete concluíram o ensino médio e a maioria (n = 10) interrompeu os estudos antes de concluir esse nível.

Com relação ao número de filhos, os resultados da pesquisa de Koechlin e Eguren (2018) sobre o êxodo venezuelano revelaram que, entre as mulheres, a maioria migrou com filhos. Quanto à paridade, Yazaki (2014), em seu estudo sobre saúde reprodutiva e mortalidade de bolivianos residentes em São Paulo, observou que 42% eram primíparas, 32% eram mães do segundo filho e 16,5% do terceiro. Esses dados não corroboram aos encontrados no presente trabalho, o que pode estar relacionado ao nível de instrução ou à situação socioeconômica, variáveis não descritas nesse estudo.

Conclui-se, nesse eixo, que o perfil sociodemográfico das migrantes participantes deste estudo é predominantemente composto por mulheres casadas ou em união estável, com ensino médio completo, média de 2,37 filhos e majoritariamente desempregadas.

2.3.2 Acompanhamento Gestacional

Nesse eixo, buscou-se apresentar os resultados alcançados referentes ao objetivo específico II, que consistia em verificar a

prevalência do acompanhamento gestacional e da realização de pré-natal pelas migrantes venezuelanas.

Ao investigar os aspectos relacionados à gestação e ao acompanhamento gestacional, constatou-se que 67,7% (n = 44) das entrevistadas fizeram o acompanhamento do pré-natal, enquanto 32,3% (n = 21) não o fizeram. Em relação ao número de consultas pré-natais realizadas, no Gráfico 1 podemos observar uma prevalência de 32,3% (n = 21) daquelas que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal e o decréscimo de mulheres por quantidade de consultas, sendo que 23,1% (n = 15) realizaram duas consultas e apenas 1,5% (n = 1) realizaram oito consultas.

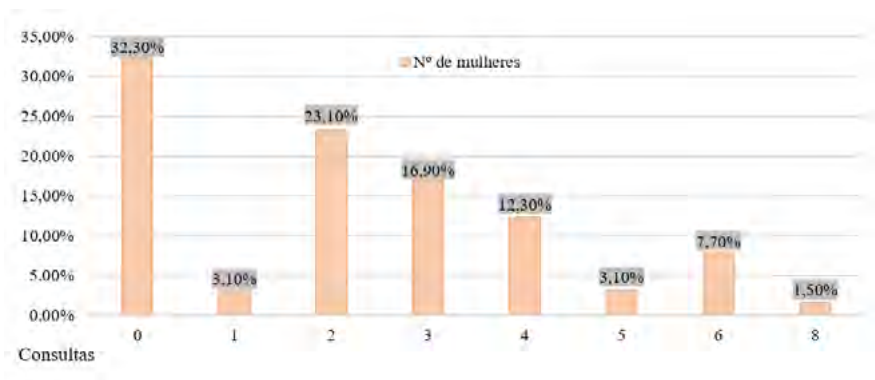


Gráfico 2.1 – Distribuição percentual do número de consultas de pré-natal realizadas (n = 65). Fonte: Autoria própria.

O número médio de consultas de pré-natal realizadas pelas mulheres deste presente estudo foi de 2,23 (desvio padrão = 4,055), sendo que o Ministério da Saúde recomenda um mínimo de seis consultas durante a gestação (BRASIL, 2012b). De forma complementar, a OMS emitiu novas recomendações sobre cuidados pré-natais, orientando a realização de, no mínimo, oito consultas (WHO, 2016).

Com relação à realização do pré-natal, o estudo de Coutinho *et al.* (2014), que analisou os cuidados à saúde de mulheres gestantes imigrantes e nativas em Portugal, identificou que 90,9% das portuguesas realizaram o acompanhamento, enquanto somente 68,3% das mulheres imigrantes gestacionais fizeram. A autora retrata que alguns fatores podem dificultar o acesso aos cuidados de saúde, como situações relacionadas a gestante, à falta de recursos das instituições de saúde, políticas de saúde e qualidade do cuidado.

Sobre esses fatores determinantes do acesso aos cuidados na gestação, Esposti *et al.* (2015), em seu estudo sobre a representação social do acesso aos cuidados pré-natais no SUS, identificaram diferentes situações relatadas pelas participantes, dentre elas a localização geográfica, o sistema de marcação de consultas e a inadequação dos serviços ofertados em relação às necessidades apresentadas.

Tratando-se de ações desenvolvidas durante o acompanhamento gestacional, o Gráfico 2.2 mostra a realização do pré-natal envolvendo a suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, além da realização dos testes rápidos para IST durante a gestação, onde observou-se que 67,7% (n = 44) das mulheres realizaram consultas de pré-natal, 61,5% (n = 40) cumpriram com a suplementação e 98,5% (n = 64) fizeram os testes rápidos.

Quanto ao período de início da suplementação, verificou-se que 38,5% (n = 25) das entrevistadas não a realizaram; 10,8% (n = 7) iniciaram no 1º trimestre; 27,7% (n = 18) no 2º trimestre e 23,1% (n = 15) no 3º trimestre. Sobre a frequência da realização dos testes rápidos, 67,7% (n = 44) realizaram uma vez apenas, 27,7% (n = 18) duas vezes, 3,1% (n = 3) três vezes e apenas 1,5% (n = 1) não realizou nenhuma vez.

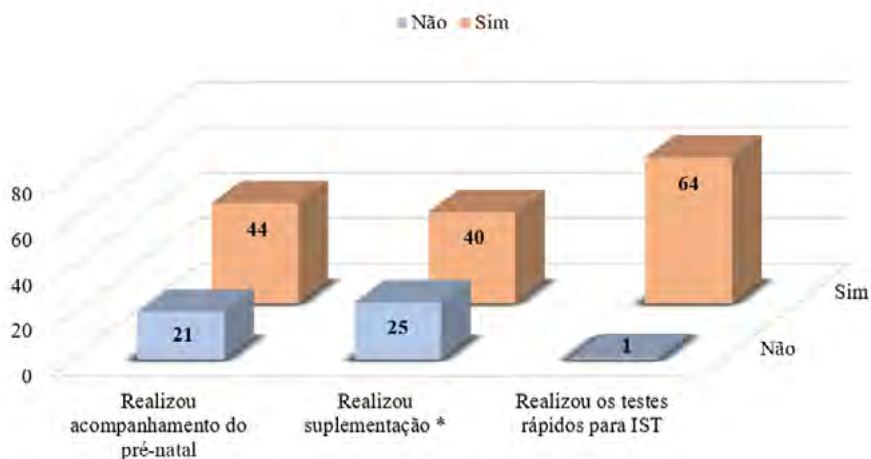


Gráfico 2.2 – Representação do acompanhamento gestacional (n = 65).
Fonte: Autoria própria.

Segundo a WHO (2016), as gestantes devem fazer suplementação de ácido fólico e ferro com o objetivo de prevenir anemia materna, infecções pós-parto, baixo peso ao nascer e prematuridade. Todavia, os resultados encontrados corroboram com os de Linhares e Cesar (2017), que investigam a suplementação de ácido fólico na gestação e fatores associados, verificando uma prevalência de suplementação de ácido fólico de 54,2%. Esses autores também identificaram que a suplementação estava entre mulheres que moravam com o companheiro, tinham maior escolaridade, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e participaram de um maior número de consultas, sugerindo que a combinação entre maior grau de instrução e apoio familiar resulta em melhores cuidados à saúde.

Em relação aos testes rápidos para IST, o Ministério da Saúde recomenda sua realização rotineira no 1º trimestre ou na primeira consulta, além de uma nova testagem no 3º trimestre da gestação (BRASIL, 2012b). Entretanto, achados deste estudo evidenciam uma disparidade: o número de mulheres que realizaram o pré-natal

(n = 44) em comparação às que fizeram os testes rápidos (n = 64). Tal diferença sugere que essas mulheres fizeram os testes apenas ao dar entrada para o parto, possivelmente devido à baixa adesão ao pré-natal ou ao fato de terem chegado à cidade já em estágios avançados da gestação.

No que se refere aos fatores de risco à saúde gestacional, observou-se a ocorrência de uso de álcool e tabaco. Um número significativo de mulheres relataram que fazem uso do tabaco, mesmo durante a gestação, totalizando 26,2% (n = 17) dos casos. Quanto ao álcool, 98,5% (n = 64) das entrevistadas declararam não fazer uso. A OMS recomenda que os profissionais da saúde que acompanham o pré-natal sempre interroguem as mulheres sobre o uso de tabaco ou exposição ao tabagismo passivo, bem como o consumo de álcool e outras substâncias, adaptando estratégias e orientações específicas conforme necessário (WHO, 2016).

Contrastando com tal recomendação, González-López, Rodríguez-Gázquez e Lomas-Campos (2012) em um estudo sobre consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre migrantes latino-americanos, com uma amostra composta por 60% de mulheres com idade média de 33,8 anos, dentre as elas, 26,3% eram fumantes e 37,7% consumiam álcool. Os dados sobre tabagismo são semelhantes aos do presente estudo, enquanto o menor consumo de álcool entre as mulheres pode estar relacionado ao período de puerpério e à presença de recém-nascidos.

Ainda no que diz respeito ao tabagismo, em especial durante a gestação, a pesquisa de KO *et al.* (2014) investigou os efeitos do tabagismo parental e sua relação com bebês baixo do peso, PIG (pequeno para a idade gestacional e prematuros). Constatou que o tabagismo materno de ≤ 20 cigarros/dia colaborou para taxas mais elevadas de PIG em comparação às mulheres não fumantes. Além disso, em qualquer estágio da gestação, o tabagismo esteve

relacionado com a prematuridade, principalmente das mulheres que fumavam mais que 20 cigarros / dia.

Por fim, no que diz respeito aos agravos à saúde gestacional, o Gráfico 3 apresenta os problemas relatados pelas entrevistadas. A anemia foi o agravo mais prevalente, afetando 52,3% (n = 34) das participantes. Em seguida, foram relatados sangramentos durante a gestação em 32,3% (n = 21) dos casos, hipertensão arterial em 21,5% (n = 14) e a diabetes com 18,4% (n = 12) dos eventos.

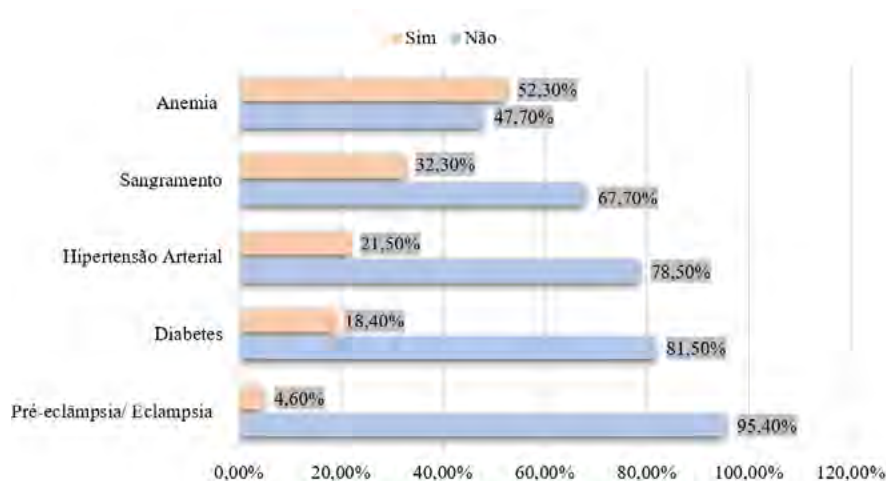


Gráfico 2.3 – Distribuição percentual da ocorrência de agravos à saúde gestacional (n = 65). Fonte: Autoria própria.

Por fim, segundo o Ministério da Saúde, agravos à saúde gestacional devem ser identificados e controlados da forma mais adequada e precoce possível (BRASIL, 2012b). A análise dos agravos à saúde gestacional revelou a ocorrência de cinco diferentes tipos de complicações, corroborando os achados de Varela *et al.* (2017) em estudo sobre intercorrências na gravidez. Nessa pesquisa, 24,4% das mulheres apresentaram anemia durante a gestação, 23,5% tiveram sangramento vaginal, 8,5% diabetes gestacional, 19,5%

desenvolveram doença hipertensiva exclusiva da gestação (DHEG). Já Antunes *et al.* (2017) identificaram que 25,3% das gestantes apresentaram síndrome hipertensiva, sendo que 6,7% dessas tiveram pré-eclâmpsia e 4,02% DHEG.

2.3.3 Condições de Nascimento e Situação de Saúde Neonatal

Esta seção descreve os resultados relacionados aos objetivos específicos III e IV, que consistem em analisar as condições de nascimento dos neonatos e verificar a ocorrência de complicações precoces e tardias entre os recém-nascidos filhos de migrantes venezuelanas.

O eixo foi subdividido em três categorias: a primeira aborda as condições de nascimento; a segunda, as intervenções de saúde realizadas ainda na maternidade; e a terceira, as ações e intervenções de saúde realizadas após a alta da maternidade.

2.3.3.1 Condições de nascimento

Os dados indicam que todos os recém-nascidos nasceram na unidade de saúde de referência do município de Boa Vista (RR). A idade gestacional variou entre 33 e 42 semanas, com média de 38,18 semanas. A via de parto de maior ocorrência foi o de parto normal/natural, representando 80% (n = 52) dos casos, seguido pela cesariana, com 15,4% (n = 10), e, ainda, 4,6% (n = 3) referiu-se ao parto à fórceps (Tabela 2.4).

Tabela 2.4 – Representação dos dados relativos ao nascimento (n = 65).

Classificação segundo a idade gestacional (IG)	N	%	IG média (semanas)
Pré-termo (< que 37 semanas)	11	16,9	38,18
A termo (entre 37 e 41 semanas)	51	78,5	
Pós-termo (> que 42 semanas)	3	4,6	
Total	65	100	
Via de parto			
Normal	52	80,0	
Cesárea	10	15,4	
À fórceps	3	4,6	
Total	65	100	

Fonte: Autoria própria.

Consonantes a esses achados, a pesquisa de Aguiar *et al.* (2018) constatou maior ocorrência de idade gestacional no intervalo de 37 a 40 semanas, dentro do intervalo considerado a termo. Quanto a via de parto, identificou-se que 79,46% dos partos foram normais. De forma semelhante, o estudo de Kottwitz, Gouveia e Gonçalves (2018), analisou a preferência pela via de parto de parto e suas motivações, revelou que 77,6% dos partos ocorreram por via vaginal. Ainda nesse estudo, as mulheres foram questionadas sobre os motivos de sua escolha, e 81,8% relataram preferência parto normal devido à melhor recuperação pós-parto. Em contrapartida, 74,0% expressaram preferência pela cesariana em função do desejo de evitar a dor.

No que diz respeito ao parto, o Gráfico 2.4 apresenta a incidência de complicações relatadas pelas entrevistadas. Destaca-se a ocorrência de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, somando 21,5% (n = 14)

dos casos, seguida pelo descolamento prematuro da placenta, que representou 10,8% (n = 7) das ocorrências.

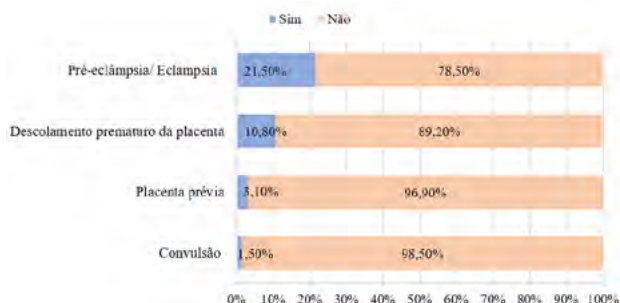


Gráfico 2.4 – Distribuição percentual das intercorrências no trabalho de parto e parto (n = 65). Fonte: Autoria própria.

Resultados similares foram encontrados na pesquisa de Frias e Dias (2017), onde 26,47% e 14,71% dos casos apresentaram pré-eclâmpsia e eclâmpsia, respectivamente. Loureiro *et al.* (2014) também identificaram complicações gestacionais, com 21,3% afetadas, sendo que 1,8% apresentaram descolamento placentário. Já no estudo de Buendgens *et al.* (2017), houve maior frequência do descolamento prematuro de placenta (16,7%) e verificou que 48,9% das mulheres tiveram alguma condição relacionada à hipertensão na gestação.

O peso dos recém-nascidos ao nascimento variou entre 1.680 e 4.300 kg. Quanto ao sexo, observou-se uma pequena predominância de neonatos do sexo masculino, correspondendo 52,3% (n = 34) (Tabela 5). Vale esclarecer que não houve ocorrência de gêmeos.

No Gráfico 2.5, temos a representação da idade atual dos recém-nascidos (em dias) referindo-se ao momento da coleta, variando de 7 a 28 dias. A maior concentração foi de neonatos com 8 dias de vidas (n = 7), seguidos por aqueles com 13 e 28 dias, ambos com a mesma quantidade de recém-nascidos (n = 6).

Tabela 2.5 – Representação dos dados relativos ao nascimento (n = 65).

Sexo	N	%
Masculino	34	52,3
Feminino	31	47,7
Total	65	100

Classificação segundo o peso ao nascimento (g)	Peso médio (g)	
Peso extremamente baixo ao nascer (< 1.000g)	-	- 2.840,14
RN de baixo peso ao nascer (de 1.000 a 2.499g)	24	36,9
RN de peso apropriado ao nascer (de 2.500 a 4.499g)	41	63,1
RN de tamanho excessivamente grande (≥ a 4.500g)	-	-
Total	65	100

Fonte: Autoria própria.

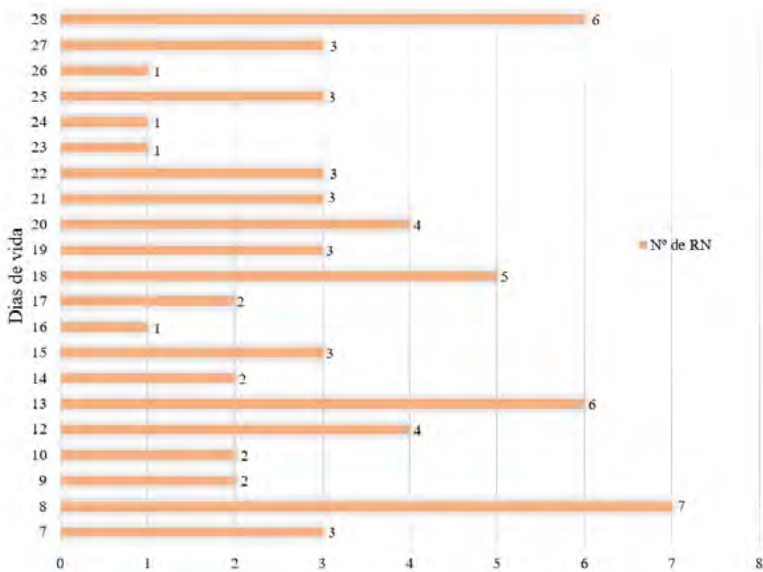


Gráfico 5 – Representação da frequência de recém-nascidos por dias de vida (n = 65). Fonte: Autoria própria.

Segundo o estudo de Buendgens *et al.* (2017), que aborda as condições maternas que refletem na prematuridade tardia, 53,1% dos recém-nascidos apresentaram baixo peso ao nascimento, considerando a classificação mundial que define como baixo peso aqueles com até 2.499kg. Essa condição foi observada em 36,9% dos recém-nascidos. apresentaram baixo peso. No estudo de Oliveira *et al.* (2018b), que investigou o estado nutricional materno e o peso ao nascimento, foi identificado um peso médio de 2.837kg, sendo 50,3% dos recém-nascidos do sexo masculino, resultados que corroboram os achados da presente pesquisa.

Ao indagar as participantes sobre a ocorrência nos recém-nascidos após o parto, foram analisados : distúrbios respiratórios, hematológicos, imunológicos, neurológicos, metabólicos e oftalmológicos. Entre esses, apenas dois estiveram presentes na amostra: distúrbios respiratórios, presentes em 53,8% (n = 35) dos casos, e distúrbios metabólicos, observados em 13,8% (n = 9) das ocorrências. Quando questionadas sobre a amamentação na 1ª hora de vida, 67,7% (n = 44) afirmaram terem amamentado (Tabela 2.6).

O êxito no processo de adaptação imediata à vida extrauterina necessita, fundamentalmente, de uma função cardiopulmonar apropriada. Alguns sinais e sintomas são sugestivos de má adaptação, como a taquipneia, apneia, batimento de asas nasais, gemido expiratório, retrações torácicas e cianose (BRASIL, 2014a). Segundo Sousa *et al.* (2017), em sua pesquisa sobre morbidades em recém-nascidos prematuros, o distúrbio respiratório prevalente foi a síndrome da angústia respiratória (99,4%).

Tabela 2.6 – Percentual e representatividade dos distúrbios neonatais e amamentação no pós-parto (n = 65).

Variável	N	%
Apresentou distúrbio respiratório		
Sim	35	53,8
Não	30	46,2
Total	65	100
Apresentou distúrbio metabólico		
Sim	9	13,8
Não	56	86,2
Total	65	100
Amamentou na 1ª hora de vida		
Sim	44	67,7
Não	21	32,3
Total	65	100

Fonte: Autoria própria.

De acordo com Lise, Santos e Schwartz (2017), a hipoglicemia é o distúrbio metabólico de maior ocorrência, definindo-a como um nível de glicose plasmática menor que 30mg/dL nas primeiras 24 horas de vida ou inferior a 45mg/dL após a alimentação. Sousa *et al.* (2017) identificaram que 52,3% dos recém-nascidos apresentam hipoglicemia, enquanto Costa *et al.* (2017) observaram que 28,6% das internações em UTIN foram motivadas por essa condição.

A amamentação na primeira hora de vida é recomendada pelo MS (BRASIL, 2014b) como uma prática essencial de cuidado integral e humanizado ao recém-nascido. Sempre que a mãe e o bebê estão em bom estado, essa prática deve ser priorizada antes de qualquer procedimento, devido aos benefícios de curto e longo prazos, como

o fortalecimento do vínculo e a promoção do aleitamento materno exclusivo. No estudo realizado por Pinheiro *et al.* (2016), que trata a atenção à criança no período neonatal, a frequência da amamentação na primeira hora de vida foi de 64,8%, resultado que reforça os achados da presente pesquisa.

2.3.3.2 Intervenções de saúde realizadas ainda na maternidade

Se tratando do quadro de saúde do recém-nascido, foi observado que 24,6% (n = 16) precisam de internação na Unidade Neonatal (UN) por diferentes motivos. O desconforto respiratório destacou-se como causa de maior prevalência, somando um total de 12,3% (n = 8) do total amostral (Tabela 2.7).

Tabela 2.7 – Distribuição percentual das internações na UN (n = 65).

Foi internado na UN	N	%
Sim	16	24,6
Não	49	75,4
Total	65	100

Fonte: Autoria própria.

Para discorrer sobre esse ponto, serão considerados aqui os recém-nascidos que foram internados na Unidade Neonatal (UN), totalizando 16 neonatos. Dentre esses bebês, houve a prevalência do desconforto respiratório como causa única de internação, com 56,25% (n = 9). Adicionalmente, o desconforto respiratório associado a outras causas também foi identificado, como baixo peso e disfagia, com 12,5% (n = 2) e 6,25% (n = 1), respectivamente (Tabela 2.8).

Tabela 2.8 – Distribuição percentual dos motivos para internações na UN (n = 16).

Motivo da internação	N	%
Desconforto respiratório	9	56,25
Desconforto respiratório + baixo peso	2	12,5
Broncoaspiração de mecônio	2	12,5
Prematuridade	2	12,5
Desconforto respiratório + disfagia	1	6,25
Total	16	100

Fonte: Autoria própria.

Os achados da presente pesquisa se aproximam dos resultados encontrados em um estudo realizado no Hospital Estadual Mário Covas de Santo André (SP), que identificou que a maioria das internações em UN ocorreram por patologias respiratórias (93,8%), sendo a síndrome do desconforto respiratório a de maior ocorrência (95,2%) (OLIVEIRA, 2015). Os mesmos resultados podem ser observados em outro estudo realizado na Unidade Neonatal (UN) de uma maternidade pública de Sergipe, no qual 99,4% dos recém-nascidos internados apresentavam síndrome do desconforto respiratório (SOUSA *et al.*; 2017). Considerando que no presente estudo o desconforto respiratório esteve associado à outros motivos de internação, ele permanece como a principal causa.

Quanto à realização do pré-natal e a internação na UN, aplicou-se o teste estatístico de Qui-quadrado, obtendo-se um valor de 3,038. Considerando o nível de referência de $p \geq 0,05$, entende-se que a não realização do pré-natal interfere na internação da criança na UN (Tabela 2.9).

Tabela 2.9 – Representação do teste de q-quadrado para relação entre realização do pré-natal e necessidade de internação na UN.

		Precisou ficar internado na UN?		
		Não	Sim	Total
Realizou pré-natal?	Não	13	8	21
	Sim	36	8	44
Total		49	16	65

Fonte: Autoria própria.

Resultado similar foi observado na pesquisa de Costa *et al.* (2014), que investigou fatores de risco materno relacionados à internação em UN. Trata-se de estudo de caso-controle, em que 93,7% dos casos realizaram pré-natal. Entretanto, apenas 34,2% dos casos realizaram seis ou mais consultas, o que sugere que o acompanhamento adequado em cada fase/trimestre da gestação interfere no desfecho neonatal.

Em relação às vacinas contra tuberculose (BCG) e hepatite B, preconizadas para serem administradas nos primeiros dias de vida, a maioria das mães relatou que o recém-nascido recebeu as vacinas, totalizando 96,9% (n = 63) dos neonatos. Já os testes de triagem neonatal, também preconizados e disponibilizados pelo SUS, apresentam taxas diversificadas quanto à realização: 69,2% (n = 45) dos neonatos realizaram o teste do pezinho, 15,4% (n = 10) o teste do olhinho e 12,3% (n = 8) o teste da orelhinha (Tabela 2.10).

Tabela 2.10 – Distribuição percentual da vacinação e realização dos testes de triagem neonatal (n = 65).

Variável	N	%
Recebeu as vacinas BCG e Hepatite B		
Sim	63	96,9
Não	2	3,1
Total	65	100
Realizou teste do pezinho		
Sim	45	69,2
Não	20	30,8
Total	65	100
Realizou teste do olhinho		
Sim	10	15,4
Não	55	84,6
Total	65	100
Realizou teste da orelhinha		
Sim	8	12,3
Não	57	87,7
Total	65	100

Fonte: Autoria própria.

Quanto à vacinação dos neonatos, observou-se um predomínio dos recém-nascidos que receberam as vacinas contra tuberculose (BCG) e hepatite B, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (MS), que oferece uma cobertura mínima de 90%. No estudo de Lima *et al.* (2016) sobre acesso e cuidado neonatal na atenção básica em São Paulo, 69,4% dos casos receberam a vacina contra hepatite B e 48,7% a vacina BCG. A autora justifica a menor representação da BCG pela restrição de peso ao nascimento, ressaltando

que o mínimo necessário para a aplicação da vacina é de 2.000kg. Achados similares foram observados no estudo de Pinheiro *et al.* (2016), no qual 73,9% dos recém-nascidos foram vacinados. O autor destaca a importância de administrar as vacinas antes da alta hospitalar, já que, após a alta, a vacinação depende do nível de conhecimento e da iniciativa materna em procurar o serviço responsável.

Ainda sobre a cobertura vacinal, é importante destacar que existem salas de vacinação dentro da maternidade, isso faz com que a cobertura seja mais ampla. Entretanto, aos testes do olhinho e da orelhinha, que também são realizados na maternidade, possuem limitações por funcionarem apenas nos dias úteis. Isso, aliado ao curto período hospitalar pós-parto normal, leva muitas mulheres a saírem sem realizar esses testes, especialmente as migrantes abrigadas, que não possuem recursos financeiros para retornar à maternidade para fazer os testes.

No que se refere à triagem neonatal verificou-se que o teste do pezinho apresentou maior ocorrência de realização em comparação aos demais. A recomendação do MS é de que o teste seja realizado na primeira semana após o parto, entre o 3º e 7º dia de vida. Oliveira e Souza (2017) explicam que esse período é considerado ideal, pois se estima que o recém-nascido já tenha recebido alimento materno, fator extremamente importante para avaliar de forma segura se o metabolismo da fenilalanina está normal. A coleta do exame antes do 3º dia de vida pode resultar em diagnósticos falsos. Adicionalmente, embora não seja o ideal, o MS aceita que seja coletado amostras para o exame até o 30º dia de vida do bebê (BRASIL, 2012b).

No presente estudo, observou-se que não houve cobertura ideal do teste, evidenciada pelas idades dos recém-nascidos. A idade mínima da amostra foi de 7 dias e a máxima de 28 dias, indicando que todos os neonatos deveriam ter realizado os testes.

2.3.3.3 Ações e intervenções de saúde realizadas após a alta da maternidade

Se tratando da amamentação exclusiva, 61,5% (n = 40) das entrevistadas relataram oferecer exclusividade o leite materno, enquanto 38,5% (n = 25) afirmaram complementar o aleitamento materno com outras bebidas, e 27,7% (n = 18) declaram ofertar água (Tabela 2.11). Entre as que complementavam a alimentação, 29,2% (n = 19) das entrevistadas ofertam composto lácteo para o recém-nascido e 1,5% (n = 1) ofertava chá. Por outro lado, 69,2% (n = 45) dos casos não ofereciam nenhum outro alimento além do leite materno.

Tabela 2.11 – Percentual e distribuição da ocorrência do aleitamento materno exclusivo e complementação da alimentação (n = 65).

Variável	N	%
Oferta amamentação materna exclusiva		
Sim	40	61,5
Não	25	38,5
Total	65	100
Oferta água		
Sim	18	27,7
Não	47	72,3
Total	65	100

Fonte: Autoria própria.

O Ministério da Saúde (MS) conceitua o aleitamento materno como um ato que vai além de alimentar, funcionando também como um meio para formação de vínculo entre mãe e filho, promove o fortalecimento da imunidade da criança, seu desenvolvimento físico,

cognitivo e emocional, além da saúde física e emocional da mãe (BRASIL, 2015).

Em uma pesquisa sobre a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) e a introdução de outros alimentos aos lactentes, 70,0% das entrevistadas referiram manter o AME, 22,0% ofertaram qualquer tipo de líquido e 8,0% forneceram outros tipos de leites (CAMPOS *et al.*, 2015). Esses resultados corroboram com os dados encontrados no presente estudo. Já Monteiro *et al.* (2017), em uma pesquisa sobre consultas de enfermagem à crianças após alta hospitalar, relataram que 86,9% dos neonatos atendidos estavam em AME e 8,2% receberam outros líquidos, indicando percentuais melhores, ainda que não sejam os ideais.

Quanto ao pós-alta da maternidade, apenas 24,6% (n = 16) dos recém-nascidos receberam a 1ª consulta de saúde, enquanto 75,4% (n = 49) não realizaram nenhuma consulta (Gráfico 2.6). Em consonância, o Gráfico 2.7 expõe as alterações dermatológicas observadas nos neonatos, sendo a icterícia a alteração de maior prevalência, com 40% (n = 26) das ocorrências, seguida da dermatite e dermatite da fralda, com 33,8% (n = 22) e 23,1% (n = 15), respectivamente.

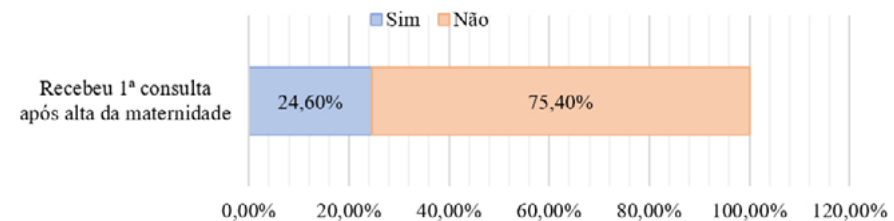


Gráfico 2.6 – Distribuição percentual da realização de consulta após alta da maternidade (n = 65). Fonte: Autoria própria.

A primeira semana de vida da criança exige cuidados especiais da atenção primária à saúde, que deve garantir uma visita domiciliar

ao binômio mãe e recém-nascido no contexto familiar durante esse período. Essa visita pode ser realizada pelo enfermeiro e agente comunitário de saúde, em alguns casos, apenas pelo agente comunitário. O objetivo é fornecer orientações sobre os cuidados para ambos, abordar ações e programas direcionados à primeira semana de vida, agendar consultas, oferecer apoio e orientações sobre amamentação, estimular a presença paterna e orientar sobre o teste do pezinho e imunizações necessárias (BRASIL, 2012a).

As orientações ofertadas na maternidade desempenham um papel crucial na aceitação e na busca pelos serviços básicos de saúde após a alta. Pode-se perceber essa influência no estudo de Monteiro *et al.* (2017), onde após alta, 86,2% dos recém-nascidos realizaram a primeira consulta na unidade de saúde, sendo que, em apenas 9,1% dos casos, as consultas ocorreram até o 6º dia de vida e 63,5% antes de completar um mês. A autora justifica que as mães procuram o serviço precocemente devido às orientações recebidas na maternidade. Tal cenário não corresponde à realidade do presente estudo, onde foi identificado um déficit na realização e/ou procura da primeira consulta precoce, o que pode estar relacionado ao acesso aos serviços, à informação ou a questões sociais.

O Ministério da Saúde (MS) tem como proposta a “alta qualificada” do recém-nascido da maternidade, vinculando o binômio mãe-bebê à atenção primária. Sempre que possível, a alta deve incluir a consulta previamente agendada na UBS entre o 3º e 5º dia de vida do recém-nascido. Essa estratégia busca alcançar o chamado “5º dia de saúde integral”, que consiste em uma abordagem integral à saúde da mãe e do filho, visando detectar dificuldades, necessidades particulares, fatores de vulnerabilidade e risco, entre outros aspectos que podem interferir no crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2018b).

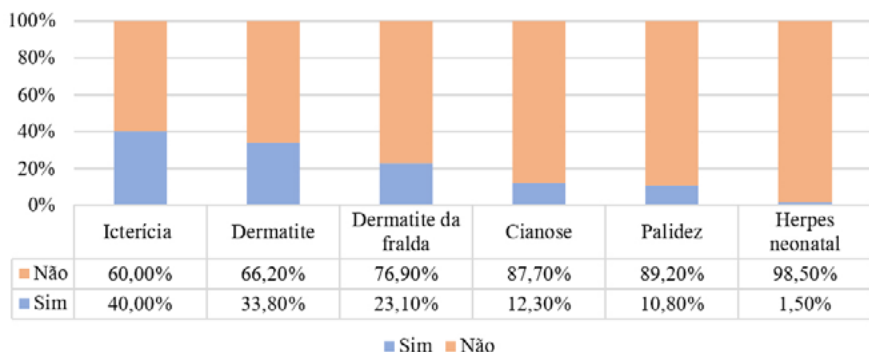


Gráfico 2.7 – Distribuição percentual da incidência de alterações na pele dos recém-nascidos (n = 65). Fonte: Autoria própria.

No que se refere às alterações cutâneas, foi identificado um percentual expressivo de casos referidos de icterícia. Essa síndrome, caracterizada pela coloração amarelada da pele devido ao acúmulo de bilirrubina no organismo, é comum em neonatos entre 48 e 120 horas de vida, período em que o organismo está em processo de adaptação, iniciando o processamento do leite materno e a eliminação do mecônio. No entanto, deve sempre ter sua causa investigada quando detectada nas primeiras 24 horas de vida, após esse período, pode ter origem fisiológica ou patológica (BRASIL, 2012b).

Segundo Costa (2014), a icterícia é fisiológica na maioria dos casos, regredindo nos primeiros dias após o nascimento. Porém, caso não ocorra regressão, deve-se investigar possíveis causas e iniciar o tratamento com fototerapia. Nesse contexto, é fundamental que os agentes comunitários de saúde sejam orientados a estarem sempre observando as mudanças de coloração na pele das crianças. Na pesquisa de Oliveira (2016), que investigou sobre a gestação sem acompanhamento de saúde e as complicações neonatais, constatou-se que 49,5% dos recém-nascidos cujas mães não fizeram

Tabela 2.12 – Distribuição percentual dos diagnósticos clínicos dos recém-nascidos (n = 65). (*Continuação*).

acompanhamento da gestação tiveram icterícia, e 26,4% precisaram de fototerapia.

Nos casos das dermatites, Antunes *et al.* (2017) definem dermatite como uma doença inflamatória persistente de causas diversas, manifestada na forma de eczema. Já a dermatite da fralda, conforme exposto por Santos e Costa (2015), é um sério agravamento comum em recém-nascidos, causado pela oclusão da fralda. O contato da pele com a urina e fezes leva a uma mudança no pH do cutâneo, que consequentemente lesiona essa pele sensibilizada. Os autores pontuam que o uso de antibióticos altera a consistência das fezes, o que, associado ao uso contínuo de fraldas, eleva o risco de dermatite. No presente estudo, foi registrado um número significativo de crianças com dermatites, sugerindo uma higiene insatisfatória, uso prolongado de fralda e/ou demora para trocá-la. Tais fatores podem estar relacionados às condições econômicas e ao nível de instrução.

De acordo com as entrevistadas, no que se refere ao diagnóstico médico de condições clínicas apresentadas pelos recém-nascidos após a alta da maternidade, 29,2% (n = 19) deles já haviam apresentado alguma doença. Quando questionadas sobre o tipo de doença diagnosticada, a prevalência foi de 6,2% (n = 4) com diarreia, seguido de bronquiolite com 4,6% (n = 3) dos casos (Tabela 2.12).

Tabela 2.12 – Distribuição percentual dos diagnósticos clínicos dos recém-nascidos (n = 65).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL (%)
Nenhum	46	70,8
Diarreia	4	6,2

Fonte: Autoria própria.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL (%)
bronquiolite	3	4,6
Otite	2	3,1
Pneumonia	2	3,1
PCD (fenda palatina)	1	1,5
Anemia	1	1,5
Catapora	1	1,5
Dermatite atópica	1	1,5
Icterícia neonatal	1	1,5
Intolerância a lactose	1	1,5
Laringite	1	1,5
Virose	1	1,5
Total	65	100

Fonte: Autoria própria.

Houve prevalência na ocorrência de diarreia, seguido de bronquiolite. No que se refere a diarreia, Barbosa e Salomon (2018), em seu estudo “*Terapia nutricional em recém-nascidos pré-termo e a importância do aleitamento materno*”, destacam que o AME tem papel significativo no amadurecimento intestinal, sendo o melhor suporte metabólico para recém-nascidos, especialmente os pré-termo, diminuindo o risco de infecções. Altman *et al.* (2017) apontam que a morbimortalidade pediátrica associada a diarreias bacterianas é particularmente atribuída à categoria diarreicogênica de *Escherichia coli* (DEC). Os recém-nascidos são altamente vulneráveis devido à imaturidade intestinal e imunológica, principalmente aqueles que não recebem leite materno. De acordo com Gonzalez (2014), o leite materno oferece proteção de aproximadamente 80 a 90% contra hospitalização e mortalidade por diarreia e de 50 a 60% contra hospitalização e mortalidade por pneumonia.

Em relação à bronquiolite, Martins *et al.* (2016) definem-na como uma infecção aguda das vias aéreas menores, que afeta principalmente lactentes, apresentando padrão sazonal e ocorrendo com maior frequência nas épocas chuvosas. Em seu estudo sobre infecções comunitárias das vias aéreas inferiores em crianças, observou-se uma incidência de 42,3% episódios por 100 crianças/mês. Esse número é significativamente maior do que o encontrado no presente estudo, considerando que o levantamento dos autores abrangeu não apenas o primeiro mês, mas também o primeiro ano de vida. No entanto, fez-se necessário essa abordagem comparativa, pois o aleitamento materno fornece condições para o desenvolvimento e o amadurecimento do organismo e da imunidade do recém-nascido.

Por fim, Oliveira, Meneguzzi e Kalil Filho (2018) reforçam que a prematuridade aumenta as chances de o recém-nascido desenvolver bronquiolite, levando a quadros hipoxêmicos e internações em UTIs. Outros fatores de risco incluem o tabagismo passivo, a desnutrição e a ausência do aleitamento materno.

2.4 Considerações Finais

O objetivo deste estudo foi investigar o contexto do nascimento e a assistência à saúde ao recém-nascido em condição de abrigo no município de Boa Vista (RR). No entanto, os resultados foram muito além do que a proposta do objetivo, permitindo uma compreensão mais abrangente das condições vivenciadas pelos migrantes venezuelanos, especialmente pela população feminina e pelos recém-nascidos que residem temporariamente nos abrigos da cidade. As entrevistas evidenciaram uma diversidade de fatores que contribuem para as fragilidades na saúde dessas crianças.

A investigação demonstrou que os recém-nascidos apresentam quadros de saúde correlacionados a fatores que antecedem o parto, como a ausência de acompanhamento pré-natal pela maior

parte das gestantes, a não realização da suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso durante a gravidez, que além de auxiliar no desenvolvimento fetal, oferece condições de saúde às mulheres no parto e pós-parto, resultando em maior probabilidade de nascimento de crianças saudáveis.

Adicionalmente, identificaram-se questões como o tabagismo durante a gestação, o que revela um provável descuido com a gravidez e pode ter como consequência recém-nascidos com baixo peso e/ou prematuros. Quanto aos cuidados com os neonatos, observaram-se fragilidades relacionadas à higiene íntima, que previne dermatites, cuidados com a pele, exposição à luz solar em horários apropriados, como ao nascer e ao pôr do sol, e a realização da triagem neonatal. Esses cuidados requerem busca e iniciativa das mães, além de instrução mínima, mas também afetado por questões econômicas.

Neste sentido, salienta-se que, diante das condições de saúde identificadas, ressalta-se a importância de que essas crianças recebam acompanhamento regular de puericultura, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), que recomenda ao menos seis consultas de rotina no primeiro ano de vida. Essas consultas são essenciais para oferecer suporte adequado às necessidades biológicas e fisiológicas apresentadas, além de constituírem momento oportunos para orientar as mães quanto aos cuidados necessários e os sinais de alerta à saúde dos recém-nascidos. É de extrema importância que os profissionais da atenção básica tenham a sensibilidade para reconhecer as dificuldades e a insipiência apresentada pelas mães.

Cabe ressaltar que os binômios mãe-filho analisados nesse estudo residem nos abrigos da cidade, os quais contam com equipes de saúde. Logo, os achados deste estudo servem como proposta de implantação de medidas de acompanhamento à saúde dessas

crianças desde o período gestacional. Esse acompanhamento pode ocorrer dentro do próprio abrigo ou em parceria com as equipes das unidades de saúde de referência de cada local, com intuito de melhorar a qualidade de vida dessas crianças. Além disso, é fundamental implementar ações contínuas de educação em saúde voltadas para essa população.

Por fim, com base nos achados deste estudo, no que se refere as condições de nascimento e desfechos neonatais de recém-nascidos brasileiros filhos de migrantes venezuelanas, evidencia-se a necessidade de sensibilizar as mulheres quanto à importância do acompanhamento gestacional e dos cuidados com a saúde nesse período. Também são necessárias orientações voltadas para o acompanhamento da saúde das crianças por profissionais da saúde, cuidados com segurança e conforto, amamentação exclusiva até os seis meses de vida e vacinação, visando garantir o crescimento e desenvolvimento apropriados a esses bebês.

Referências

AGUIAR, J.C. *et al.* Indicadores de assistência às vias de parto. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, 12(6):1674-80, jun., 2018.

ALMEIDA, K.A.L. **Comercio informal e migrantes asiáticos**: impactos do comércio varejista no desenvolvimento socioeconômico do centro de São Luís. Seminário Internacional Territórios, Redes e Desenvolvimento Regional: Perspectivas e Desafios. Santa Cruz do Sul - RS. 2017.

ALMEIDA, L.M.; CALDAS, J.P. Migration and maternal health: experiences of brazilian women in Portugal. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, 2013. p. 309-316.

ALTMAN, S.P.N. *et al.* Placental and colostral transfer of antibodies reactive with enteropathogenic *Escherichia coli* intimin a, b or g. **Jornal de Pediatria** (Rio J). 2017; 93:568-75.

ANTUNES, M.B. *et al.* Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2017; 21:e-1057.

BARBOSA, G. P. *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19(6):1611-1620, nov-dez, 2003.

BARBOSA, J.M.; SALOMON, A.L.R. **Terapia nutricional em recém nascidos pré-termo e a importância do aleitamento materno**. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Brasília, 2018.

BRAGA, E.O.; JESUS, G.F.; LACERDA, E.G. **Perfil do imigrante venezuelano residente em Boa Vista-RR**. p. 24-38. In: . São Paulo: Blucher, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. - Brasília: CONASS, 2003. 604 p.

BRASIL. Ministério da Defesa. **Em nova GLO, militares farão a segurança de abrigos em Roraima**. Out, 2018a. Disponível em: <<https://www.defesa.gov.br/noticias/49178-em-nova-glo,-militares-far%C3%A3o-a-seguran%C3%A7a-de-abrigos-em-roraima>>. Acesso em: 9 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 7 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 318 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 180 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. – 2. ed. atual. Vol. 3 – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Brasília: DF. 2014b. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_371_2014.pdf.

gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html. Acessado em: 24/set/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BUENDGENS, B.B. *et al.* Características maternas na ocorrência da prematuridade tardia. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, 11: 2897-906, jul., 2017.

CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C. (Org). **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. – Secretaria da Saúde. São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

CAMPOS, A.M.S. *et al.* Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. mar-abr. 2015; 23: 283-90.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, A.T.; TONHATI, T. (Org) A Inserção dos Imigrantes no Mercado de Trabalho Brasileiro. **Cadernos OBMigra, Ed. Especial**, Brasília, 2015.

CENTRO SCALABRINIANO DE ESTUDOS MIGRATÓRIOS. **Mulher Migrante: Agente de resistência e transformação**. (Série Caminhos - 5) – Brasília: Csem, 2014. 112 p.

COSTA, A.M. **Check list do recém-nascido: uma tecnologia para garantir a primeira semana de vida do bebê**. 2014. 22 f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2014.

COSTA, A.L.R.R. *et al.* Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2014; 36: 29-34.

COSTA, L.D. *et al.* Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na Unidade De Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**. 2017; 31:e20458.

COUTINHO, E.C. *et al.* Cuidados de saúde a gestantes imigrantes e portuguesas em Portugal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2014; 48(Esp2):09-16.

DORNELAS, P.D.; SANTOS, K.C. **Migração e trabalho**: feminização, interseccionalidades e o papel do Estado. In: 42º Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu – MG. 22 a 26 de outubro de 2018.

DUTRA, D.; BRASIL, E. **Mulheres migrantes no Brasil**. A movimentação no mercado formal de trabalho. In: Cavalcanti, L.; Oliveira, T.; Araujo, D., Tonhati, T., A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. Relatório Anual 2017. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: OBMigra, 2017.

EBERHARDT, L.D.; MIRANDA, A.C. Saúde, trabalho e imigração: revisão da literatura científica latino-americana. **Saúde Debate** – Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 299-312, jun. 2017.

ESPOSTI, C.D.D *et al.* Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 3, p. 765-779, 2015.

FIGUEIRÓ-FILHO, E.A. *et al.* Variáveis perinatais e associação de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer em hospital público universitário do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2014; v. 36, n. 1, p. 10-6.

FONSECA, L.F.C. **Um olhar sobre as experiências de mulheres imigrantes em cursos EFA** – Histórias de Vida. (Mestrado em Ciências da Educação). – Faculdade de ciências sociais e humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2014.

FRIAS, L.M.P.S.; DIAS, N.S.S. **Prevalência de síndrome hipertensiva na gestação e suas principais complicações em um hospital universitário de São Luís** - MA. VIII Internacional de Políticas Públicas. 2017.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008. 220p.

GONÇALVES, A. *et al.* Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 21, nº 1 — janeiro/junho 2003. p. 55-64.

GONZÁLEZ, C. Manual prático de aleitamento materno. [tradução: Maria Bernardes]. – São Paulo: Editora Timo, 2014. 304p.

GONZÁLEZ-LÓPEZ, J.R.; RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, M.L.A.; LOMAS-CAMPOS, M.L.M.

Prevalência do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas em adultos imigrantes latino-americanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 20(3):[8 telas] maio-jun. 2012.

GRANADA, D. *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface** (Botucatu). 2017. p. 285-296.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. (Org). **Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. – 9.ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 3092p.

KO, T.J. *et al.* Parental smoking during pregnancy and its association with low birth weight, small for gestational age, and preterm birth offspring: a birth cohort study. **Pediatr Neonatol**. 2014; 55: 20-7.

KOECHLIN, J.; EGUREN, J. (Ed.). **El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración**. Colección OBIMID. Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú, volumen nº 4. Primera edición: diciembre de 2018.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H.G.; GONÇALVES, A.C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery**. 2018; v. 22, n. 1.

LIMA, P.R. *et al.* Acesso e cuidado do recém-nascido em um programa de atenção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. 2016; 18:e1156.

LINHARES, A.O.; CESAR, J.A. Suplementação com ácido fólico entre gestantes no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 535-542, 2017.

LISE, F.; SANTOS, B.P.; SCHWARTZ, E. Distúrbios metabólicos no recém-nascido metabolic disorders in newborns disturbios metabólicos en el recién nacido. **Revista Espaço Ciência & Saúde**. v. 5, n. 1, jul./2017.

LOPEZ, F.A.; CAMPOS JÚNIOR, D. (Org). **Tratado de pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria. – 2.ed. – Barueri, SP: Manole, 2010. 1622p.

LOUREIRO, R. *et al.* Nascer em Portugal: estudo nacional descritivo. **Arq Med** v.28, n.6, Porto, dez. 2014.

MACÊDO, V.C. **Atenção integral à saúde da criança**: políticas e indicadores de saúde. – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. 43 p.

MARTINS, A.L.O. *et al.* Incidência de infecções comunitárias de vias aéreas inferiores em crianças. **Rev Paul Pediatr**. 2016; v. 34, n. 2, p. 204-209.

MONTEIRO, A.T.A. *et al.* Consulta de enfermagem à criança após alta das maternidades: seguimento na atenção primária. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** | v. 17, n. 1, p. 7-13 | Junho 2017

- MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetrícia fundamental**. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- OLIVEIRA, A.I.F. **Gravidezes não vigiadas e complicações neonatais durante o período 2011-2013 no CHCB**. (Mestrado em Medicina). Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior. Covilhã, 2016.
- OLIVEIRA, A.T.R. **Características da imigração regular no Brasil: um olhar através dos registros administrativos**. In: Cavalcanti, L; Oliveira, T.; Araujo, D., Tonhati, T., A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. Relatório Anual 2017. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: OBMigra, 2017.
- OLIVEIRA, C.S. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. *ABCS Health Sci*. 2015; v. 40, n. 1, p. 28-32.
- OLIVEIRA, M.I.; BRITO JR, I.; RIBEIRO, F.E.M. **Analisando os impactos logísticos da entrada de venezuelanos em Roraima**. XXXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Joinville, SC, Brasil, 2017. 18p.
- PEREIRA, M.I.B.A.; AYRES DE CAMPOS, D. Placenta prévia - classificação e orientação terapêutica. **Acta Obstet Ginecol Port** 2013; v. 7, n. 2, p. 125-130.
- PINHEIRO, J.M.F. *et al.* Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 243-252, 2016.
- REACH - Informing More Effective Humanitarian Action - **Perfil de abrigos**. Boa Vista e Pacaraima, Roraima, Brasil. Setembro 2018. Disponível em: http://www.reachresourcecentre.info/system/files/resource-documents/reach_bra_factsheet_roraima_state_site_profiling_september_2018_pt.pdf. Acesso em: 25 out. 2018.
- RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. - 3. ed. - 16. reimpr. - São Paulo: Atlas, 2015. 335p.
- ROCHA, C.M.F. *et al.* Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutividade em Portugal. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 2012. p. 190-200.
- SOUZA, D.S. *et al.* Morbidade em recém- nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, n. 1, p. 149-157 jan.-mar., 2017

SANTOS SV, COSTA R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015, Jul.-Set.; 24: 731-9.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU. **Impactos da imigração** - Número de atendimentos da rede pública de saúde causa preocupação. Disponível em: <http://www.saude.rr.gov.br/index.php/2017-04-30-22-46-19/noticias-2/10-noticias-da-sesau/448/impactos-da-imigracao-numero-de-atendimentos-da-rede-publica-de-saude-causa-preocupacao> Acesso em: 12 nov. 2018.

SOUSA, D.S. *et al.* Morbidade em recém- nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, n. 1, p. 149-157, jan.-mar., 2017.

SOUSA, R.N. **Garimpo e migração em Roraima na década de 1980: implicações socioeconômicas e demográficas.** – Boa Vista, 2015. 68 f.

TOPA, J. **Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na região do grande porto:** percursos, discursos e práticas. - (Teses; 47) Biblioteca Nacional de Portugal. Lisboa, dez. 2016. 299p.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 22, n. 2. 2013. p. 328-341.

VARELA, P.L.R. *et al.* Intercorrências na gravidez em puérperas brasileiras atendidas nos sistemas público e privado de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2017; v. 25, e2949.

VELHO, M.B.; SANTOS, E.K.A.; COLLAÇO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev Bras Enferm.**, 2014, mar.-abr.; v. 67, n. 2, p. 282-9.

VENTURA, M. **Imigração, saúde global e direitos humanos.** Cad. Saúde Pública 2018. v. 34, n. 4.

VICENTE, A.C.; LIMA, A.K.B.S.; LIMA, C.B. Parto cesáreo e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. **Temas em saúde.** Volume 17, número 4, João Pessoa, 2017. p. 24-35.

World Health Organization (WHO). **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Geneva: WHO; 2016.

YAZAKI, L.M. *et a.* **Indicadores de saúde reprodutiva e mortalidade dos bolivianos residentes na cidade de São Paulo.** Trabalho apresentado no XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em São Pedro/SP – Brasil, de 24 a 28 de novembro de 2014.

PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO E ANÁLISE DOS CUSTOS EM SAÚDE

A migração venezuelana em Roraima alterou o cenário nos serviços de saúde pública, especialmente na assistência obstétrica, que demanda recursos humanos, estruturais e financeiros. Além dos desafios clínicos e sociais enfrentados pelas mulheres migrantes durante o ciclo gravídico-puerperal, os serviços de saúde também precisam lidar com o aumento da demanda e a necessidade de adaptações para fornecer um atendimento adequado e humanizado.

Este capítulo apresenta estudos que investigam o perfil sociodemográfico das mulheres migrantes atendidas nos serviços obstétricos de referência em Boa Vista, além de realizar uma análise dos custos associados a esses atendimentos. A partir de um levantamento de dados detalhados, são discutidas as características dessa população, como idade, escolaridade, condições de vida e histórico de saúde, além dos principais custos envolvidos na assistência oferecida, considerando desde o acompanhamento pré-natal até o parto e puerpério.

Os trabalhos reunidos neste capítulo trazem reflexões sobre a sustentabilidade e a eficiência do sistema de saúde no atendimento a uma população migrante crescente e vulnerável, destacando a necessidade de um planejamento financeiro e organizacional que contemple a realidade da migração em massa. Os estudos também sugerem que o perfil e a análise de custos podem auxiliar na formulação de políticas mais adaptadas, capazes de responder às demandas dessa população e promover um atendimento inclusivo e acessível.

Ao abordar tanto os aspectos financeiros quanto as características demográficas das mulheres migrantes, este capítulo busca proporcionar uma visão integrada dos desafios enfrentados pelos gestores de saúde pública, incentivando a procura por soluções que considerem a equidade e a viabilidade no longo prazo.

Capítulo 1

PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES MIGRANTES VENEZUELANAS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE NO EXTREMO NORTE DO BRASIL

*Lucas Rodrigues Gacema e
Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto*

RESUMO

O processo migratório é considerado um potencial fator de risco para a saúde dos migrantes, principalmente para mulheres em condições puerperais. Essa relação entre condições de saúde da mulher e assistência puerperal é evidente no cenário de mulheres migrantes venezuelanas na cidade de Boa Vista (RR), região onde percebe-se um crescente índice de partos e consultas pós-parto na maior maternidade do estado. Logo, o presente estudo tem como principal objetivo realizar a caracterização epidemiológica e clínica de mulheres atendidas no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN). Trata-se de um estudo ecológico, de caráter descritivo e abordagem quantitativa, utilizando dados secundários obtidos por meio da Autorização de Internação Hospitalar e Sistema de Informações de Nascimento. Foram incluídas mulheres migrantes venezuelana com faixa de idade que atenda condições gineco-obstétricas, que realizaram parto ou buscaram algum tipo de assistência no HMINSN. Os dados foram coletados e organizados de acordo com as variáveis propostas pelo estudo. Os resultados indicaram que a partir de 2014, houve um aumento do total de partos, e durante 2018 (n = 2547) e 2019 (n = 4205), foram registados os maiores quantitativos de partos realizados. As faixas etárias entre 20-24 (n = 1476) e 25-29 (n = 972) anos, foram as que mais apresentaram o quantitativo de

atendimentos de mulheres. Quanto ao total de partos estratificados por tipo, foi perceptível a prevalência de partos vaginais com relação à cesárea. A hipótese do estudo foi parcialmente confirmada, uma vez que foi identificado que as mulheres migrantes venezuelanas estão em sua maioria em idade laboral. No que se refere às condições clínicas dessas mulheres, o quantitativo de partos vaginais foi superior ao de cesáreas, indicando condição clínica favorável para a evolução do trabalho de parto sem intervenções. Ressalta-se que resultados obtidos neste estudo não esgotam o tema, uma vez que possui outras linhas de análises.

Palavras chaves: Emigração e Imigração. Saúde da mulher. Políticas públicas.

1.1 Introdução

O evento migratório está intrinsicamente ligado à civilização mundial, e relatos históricos podem confirmar tal processo. Na América Latina, por exemplo, durante os séculos XIX e XX, ocorreu a Grande Imigração e, posteriormente, com a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), diversos migrantes provenientes da Europa moveram-se em direção as Américas (RODRIGUES; SILVA, 2017).

De acordo com Miranda (2011), nas décadas de 1960 e 1970, o processo de migração internacional era predominantemente composto por indivíduos do sexo masculino. Entretanto, esse cenário foi se transformando com o passar dos anos, sofrendo influência com as alterações ocorridas com a globalização, a crescente demanda por mão de obra feminina e a progressiva aceitação social de sua autonomia financeira e mobilidade.

Atualmente, dados revelam que as mulheres representam metade da população mundial de migrante, sendo aproximadamente 95 milhões. Na União Europeia, elas correspondem a 54% da população total de migrantes. Quando comparadas às mulheres residentes nos países de acolhimento, as migrantes apresentam parâmetros inferiores de saúde, incluindo taxas mais altas de mortalidade materna,

perinatal e infantil, maior incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer, prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e maior exposição à violência contra as mulheres (TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2010).

As questões de gênero, aliadas a características étnicas, etárias, culturais, socioeconômicas, estão diretamente relacionadas às condições de saúde, e condicionam diferentes formas de discriminação, influenciando diretamente nas condições de saúde das mulheres migrantes. É importante destacar que, as mulheres tendem a vivenciar processos mais nocivos de exclusão e preconceito quando comparadas aos homens. Dento desse grupo, algumas mulheres são ainda mais vulneráveis do que outras (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

As situações de saúde-doença são disseminadas na sociedade por meio de processos de determinação social, econômica, cultural, ambiental e política. Este entendimento vem se fazendo presente na formulação de políticas públicas e estratégias intersetoriais voltadas à saúde. Na busca de condições melhores de saúde e para redução de iniquidades, deve-se analisar os determinantes sociais e ambientais envolvidos (CARVALHO, 2013).

Compreende-se que a saúde adequada contribui para outras primazias sociais, como o bem-estar, a educação, coesão social, preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Isso provoca um “(...) ‘círculo virtuoso’ no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente (...)” (CARVALHO, 2013, p.21).

Dessa forma, os determinantes de saúde, a acessibilidade e o estado de saúde dessas populações é demonstrado por desigualdades e parcialidades, com maior risco para agravos e doenças. Esses fatores são intensificados pela falta de informações sobre a migração feminina e suas peculiaridades. Essa situação reflete na

saúde sexual e reprodutiva desse público, que continuam sendo mais vulneráveis, inclusive no acesso aos serviços de saúde, pois precisam de serviços específicos, como os voltados à saúde sexual e maternidade, saúde e assistência às crianças. Cuidados esses que enfrentam desafios não apenas relacionados ao acesso inicial, mas também à continuidade do atendimento (TOPA, 2016).

Segundo Almeida e Caldas (2012), a migração, por si só, constitui-se como um fator de risco que afeta, entre outros aspectos, o período gravídico das mulheres. Isso é evidenciado pela ausência ou pelo início tardio do pré-natal, pela expansão de procedimentos cirúrgicos e assistência pós-parto de baixa qualidade. Entre as barreiras enfrentadas destacam-se os longos períodos de espera por atendimento nos serviços de saúde, barreiras linguísticas e de locomoção, além de limitações na qualidade e na equidade dos atendimentos.

A relação entre a gestação e a assistência à saúde para as migrantes venezuelanas na cidade de Boa Vista apresenta-se como um desafio para o serviço de saúde. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (2018), foram contabilizados 566 partos de venezuelanas realizados na maternidade local no ano de 2017 e 253 partos no primeiro trimestre de 2018. Muitas dessas mulheres residem em locais improvisados na rua, o que compromete o curso da gestação, bem como a manutenção da saúde após o parto tanto para mãe, quanto para o recém-nascido (SESAU, 2018).

Diante desse contexto, surge a necessidade de investigar: qual o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres migrantes venezuelanas atendidas na maior maternidade do estado de Roraima nos últimos 10 anos?

1.2 Metodologia

1.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo ecológico de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, que utiliza dados secundários de domínio público, disponíveis on-line no DATASUS.

Segundo Costa e Barreto (2003), o estudo ecológico tem como vantagem a possibilidade de examinar associações entre exposição e doença/condição, não analisando apenas o indivíduo, mas sim um grupo populacional. Já o estudo descritivo visa estabelecer relações entre doenças e condições de saúde, respondendo às seguintes indagações: Onde? Quando? E quem? adoece, podendo utilizar dados epidemiológicos secundários.

1.2.2 Local da Pesquisa

Os dados foram colhidos do Sistema de Interações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Informações de Nascimento (SINASC), abrangendo o período de 2010 a 2019.

1.2.3 População

Por ser tratar de dados secundários, a população do estudo foi composta pelas informações presentes na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres migrantes de nacionalidade venezuelana, em faixas de idade relacionadas a condições gineco-obstétricas, que realizaram partos ou buscaram algum tipo de assistência no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019.

Destaca-se que a série temporal de 10 anos foi definida considerando que essa amplitude permite uma compreensão de como o fenômeno migratório tem impactado o sistema de saúde local, em consequência da crise ocorrida no território venezuelano.

1.2.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada a partir do mês de outubro de 2020, levando em consideração a população do estudo. Os dados foram extraídos do Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informações de Nascimento (SINASC) referentes ao período de 2010-2019.

As variáveis coletadas e investigadas foram:

- **Referentes ao local de residência:** unidade federal e município de residência.
- **Caráter demográfico:** idade e nacionalidade.
- **Condição clínica:** diagnóstico principal e tipo de parto.

1.2.5 Análise de Dados

Após a coleta, os mesmos foram organizados em tabelas com auxílio do *software* Microsoft Excel® 2019 e posteriormente analisados por meio da ferramenta de tabela dinâmica, a qual é disponibilizada pelo *software* citado anteriormente. Os resultados obtidos foram organizados em gráficos e tabelas.

Para decodificação dos dados referentes às unidades federativas e municípios, foram utilizadas informações geográficas de domínio público que podem ser encontradas no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As informações relacionadas à caracterização clínica (Diagnóstico Principal) puderam ser identificadas conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID 10.

1.2.6 Aspectos Éticos

Devido às características da coleta de dados, disponíveis em plataformas digitais do Ministério da Saúde e de domínio público, não foi necessária a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para a realização dessa etapa.

Destaca-se que este estudo é parte integrante do projeto “*Migração Venezuelana: impactos na saúde de Roraima*”, registrado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG – UFRR) sob o número 0672018, com parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humano (CEP-UFRR) sob registro 3.512.164.

1.3 Resultados e Discussões

Os dados deste estudo estão organizados em dois tópicos: o primeiro aborda o perfil demográfico da população, e o segundo apresenta o perfil dos atendimentos realizados às mulheres migrantes venezuelanas, de modo a atender os objetivos específicos estabelecidos.

1.3.1 Perfil Sociodemográfico

Este tópico apresenta os resultados encontrados relacionados ao perfil sociodemográfico da população estudada, destacando as variáveis relacionadas à evolução do total de atendimentos realizados no HMINSN, como pode ser observado na Figura 1.1.

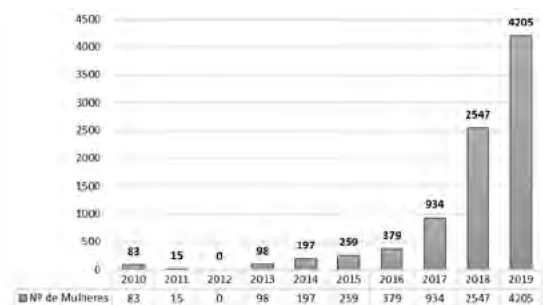


Figura 1.1 – Evolução do total de atendimentos realizados a migrantes venezuelanas no HMINSN, 2010-2019. Fonte: Autoria própria (2020).

Ao analisar os dados apresentados na figura acima, nota-se que, nos três primeiros anos analisados, o número de atendimentos a migrantes venezuelanas foi relativamente baixo quando comparado aos anos posteriores. Em 2010, 83 mulheres foram atendidas pelo HMINSN, enquanto em 2011 houve uma queda significativa, com apenas 15 atendimentos registrados. No ano de 2012, não foram encontrados registros de atendimento, reaparecendo em 2013 com o total de 98 atendimentos.

Esses atendimentos nos três primeiros anos podem ser relacionados ao vínculo transfronteiriço que existe entre Roraima/Venezuela, o que facilita, de certa forma, o acesso dos migrantes aos serviços de saúde no território brasileiro.

Para Rodrigues (2006), as fronteiras entre Venezuela e Brasil favorece a construção de vínculos entre as regiões, permitindo que muitos venezuelanos transitem em busca de serviços como saúde e educação, da mesma forma que brasileiros em Pacaraima se beneficiam das atividades econômicas do país vizinho.

Resultados semelhantes foram identificados no estudo de Giovanella *et al.* (2007), que investigou a utilização dos serviços de saúde por migrantes em 69 municípios brasileiros localizados na linha de fronteira com Paraguai, Uruguai e Argentina. Constatou-se que, em 75% deles, havia uma demanda significativa de atendimentos a migrantes no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Gadelha e Costa (2007), as populações residentes em regiões fronteiras são elementos importantes nos fluxos migratórios, os quais sempre estão se locomovendo entre os territórios em busca de serviços de saúde. Entretanto, essa mobilidade tem gerado grandes dificuldades para os gestores de saúde, que enfrentam um aumento gradativo desses deslocamentos nas fronteiras.

Seguindo a análise da Figura 01, observa-se que a partir do ano de 2014, houve um aumento de 31% dos atendimentos, onde foram registrados (n = 197) em 2014, seguido de n = 259 no ano de 2015. Sobre os anos de 2016 e 2017, foram registrados n = 379 e n = 934 atendimentos, respectivamente, representando um aumento de 64% nesse período de dois anos.

Nos últimos anos analisados (2018-2019), percebe-se um quantitativo elevado de mulheres migrantes atendidas, representando um aumento de 65%. Esse crescimento pode ser atribuído ao maior fluxo de migrantes venezuelanos durante esse período. Segundo dados da ACNUR, entre 2014 e 2017 já haviam sido registradas mais de 22 mil solicitações de refúgio de venezuelanos no Brasil. Esse fluxo foi intensificado durante o ano de 2017, ano das eleições presidenciais na Venezuela, acompanhado pelo aumento da crise econômica e pelo aumento inflacionário no país (FGV/DAPP, 2018).

De acordo com Simões *et al.* (2017), a crise econômica venezuelana em 2015 levou muitos cidadãos a se deslocarem para outros países, tanto para rotas clássicas, como Estados Unidos e Espanha, quanto por novas rotas, incluindo países da América Latina, como o Brasil.

Outro fator que pode ter contribuído para o aumento de partos no HMINSN foi o crescente índice de mortalidade materna na Venezuela. Em 2016, mortalidade materna no país aumentou em 65%, enquanto a mortalidade infantil cresceu 30%. Em busca de condições mais seguras para o parto, muitas mulheres optaram por migrar para o Brasil (HRW, 2019).

De acordo com o portal de notícias *Carta Capital*, desde 2017 o governo venezuelano deixou de divulgar dados oficiais sobre as condições de saúde do território. Os últimos relatos emitidos pelo Ministério da Saúde da Venezuela apresentaram elevados índices

de mortalidade infantil e materna, além do surgimento de doenças erradicáveis por vacinação e o aumento de doenças infecciosas, como tuberculose e malária.

Topa *et al.* (2013), destacam que mulheres migrantes, tanto documentadas quanto indocumentadas, recebem cuidados de saúde mais tardios em relação às mulheres nativas. Isso contribui para maiores índices de complicações, incluindo altas taxas de mortalidade fetal, neonatal e de patologias maternas, como doenças infecciosas durante a gravidez.

A seguir, será apresentado o total de mulheres migrantes venezuelanas atendidas no HMINSN, estratificadas por faixa etária, conforme classificação do IBGE (Tabela 1.1).

Foi possível identificar que as faixas etárias de 20 a 24 (n = 1446) e de 25 a 29 (n = 972) foram as que mais apresentaram o quantitativo de atendimentos de mulheres migrantes venezuelanas. Esses dados corroboram os achados de Simões *et al.* (2017), que observaram que a migração venezuelana no estado de Roraima é predominantemente jovem, com maior concentração na faixa etária entre 20 e 39 anos.

De forma similar, uma pesquisa feita pela Organização Internacional para as Migrações (OIM) em 2018 identificou que a maioria dos migrantes venezuelanos entrevistados eram jovens e adultos, sendo a maioria mulheres grávidas em faixa etária de 18 e 25 anos.

Tabela 1.1 – Total de mulheres migrantes venezuelanas por faixa etária, 2010-2019.

Faixa etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
10-14	02	01	00	00	03	03	08	06	16	26
15-19	10	01	00	24	46	78	58	145	541	858
20-24	23	03	00	25	50	64	105	298	861	1466
25-29	13	01	00	16	37	55	108	139	625	972
30-34	07	03	00	15	22	20	42	92	279	484
35-39	03	01	00	08	20	18	29	77	149	241
40-44	03	00	00	03	02	02	13	25	39	87
45-49	00	00	00	00	00	01	06	08	08	21
50-54	01	02	00	00	00	01	00	03	02	09
55-59	00	00	00	00	01	00	00	00	01	07
60-64	00	00	00	00	00	00	00	00	01	00
65-69	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
70-74	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
75-79	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01
80-84	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01
TOTAL	83	15	00	98	197	259	379	934	2547	4205

** Dados inferiores à faixa etária 10-14 anos foram retirados da análise, visto que o público comportado dentro dessa faixa de idade não é atendido pelo Hospital Materno Infantil Nossa Senhora De Nazaré. Fonte: Autoria própria (2020).

1.3.2 Condição Clínica das Migrantes Venezuelanas

Neste tópico, será apresentada a evolução do total de partos realizados por ano, estratificado pelos tipos de parto: vaginal (CID O80) e cesárea (CID O82). A Tabela 1.2 a seguir ilustra esses dados.

Tabela 1.2 – Total de partos estratificados por tipo, 2010-2019.

Tipo de parto	Parto vaginal (CID O80)		Parto cesárea (CID O82)		
Ano de registro	Nº	%	Nº	%	TOTAL DE PARTOS
2010	20	83,3	04	16,7	24
2011	04	66,6	02	33,4	06
2012	-	-	-	-	-
2013	23	95,8	1	4,2	24
2014	58	93,5	04	6,5	62
2015	68	94,4	11	5,6	79
2016	121	92,7	08	7,3	129
2017	309	89,9	36	10,1	345
2018	988	91,2	95	8,8	1083
2019	1855	91,1	150	8,9	2035

Fonte: Autoria própria (2020).

Ao analisar a tabela, é possível identificar nos primeiros três anos analisados (2010-2013), o número de partos realizados no HMINSN, tanto por via vaginal (PV) quanto por cesárea (PC), foi relativamente baixo.

Vale ressaltar que o HMINSN, por ser a maior maternidade do estado de Roraima, atende não apenas os 15 municípios do estado, mas também um número significativo de mulheres migrantes

provenientes da Venezuela e Guiana Inglesa. Esses atendimentos são considerados como pendulares, visto que os hospitais do estado também recebem pacientes vindos da fronteira.

É perceptível um aumento do número total de partos a partir de 2014, com o PV predominando sobre o PC em todos os anos analisados. Em 2014, foram realizados 62 partos, sendo 93,5% (n = 58) por PV e 6,5% (n = 04) por PC. Já em 2015, temos 72 partos realizados, dos quais 94,4% (n = 68) ocorreram por PV e 5,6% (n = 11) por PC.

Em 2016 e 2017, foram realizados n = 129 e n = 345 partos, respectivamente, com predominância de PV sob PC. Segundo achados de Barreto *et al.* (2018), foi perceptível o aumento de partos de mulheres venezuelanas no único hospital maternidade do estado de Roraima, principalmente no período de 2016-2018.

De acordo com Valença (2019), também se destacam similaridades quanto à busca de mulheres venezuelanas por condições adequadas de parto e sobrevivência no município de Boa Vista, onde registrou um aumento de 30% de nascimentos em relação aos anos anteriores.

Nos anos de 2018 e 2019, foram registrados n = 1083 e n = 2035 partos, respectivamente, novamente com predominância de PV em cada ano. Em estudo realizado por Castro *et al.* (2015), mulheres migrantes tendem a ter experiências de parto diferentes, influenciadas pela região e pela cultura do local de origem, o que pode impactar a escolha entre vias de parto e o processo de partear.

Outro viés que pode influenciar no quantitativo de partos vaginais é o custo associado a cada gestante. Oliveira *et al.* (2014) apontam que os custos de partos normais, realizados na Casa de Parto no município de Rio de Janeiro, eram relativamente baixos em comparação aos partos cesáreos realizados em outros hospitais da

região. Essa economia pode ser destinada a outras áreas ou setores do hospital, favorecendo a gestão de recursos.

É incontestável que o número de partos por cesárea é significativamente baixo, o que evidencia que as migrantes venezuelanas podem apresentar condições clínicas favoráveis, demonstrando um paradoxo epidemiológico no qual as mulheres migrantes apresentam melhores condições de parto. Esse fenômeno pode ser atribuído ao trabalho das redes de apoio ou familiares informais (ALMEIDA; CALDAS, 2012).

Em levantamento realizado por Machado *et al.* (2007) na cidade de Coimbra, identificou-se que o quantitativo de partos cesáreos e de prematuridade eram relativamente menores em mulheres migrantes, quando comparado as mulheres portuguesas residentes na cidade.

Achados similares são apresentados por Castro *et al.* (2015), que identificaram que mulheres migrantes bolivianas, atendidas em uma maternidade pública de São Paulo, sempre demonstraram maior interesse em realizar o parto natural, diferente de mulheres brasileiras, que já chegavam pedindo pelo parto cesáreo. A autora explica essa situação, apontando que as mulheres migrantes bolivianas tinham mais facilidade para aceitar que a única dor que teriam seria no momento no pré-parto, e que, após o nascimento, as dores e a recuperação seriam mais rápidas.

Dando continuidade à discussão sobre as condições clínicas das migrantes venezuelanas, os dados a seguir referem-se aos cinco diagnósticos mais frequentemente registrados no período de 2010 a 2019, apresentados conforme sua colocação, descrição e grupo CID-10 a que pertencem (Tabela 1.3).

Tabela 1.3 – Diagnósticos prevalentes na internação de migrantes venezuelanas classificados por grupo CID-10, 2010-2019.

Classificação	Diagnostico	Descrição	Grupo Cid-10	Contagem
1º	Z039	Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação	Z00-Z13	450
2º	O479	Outros motivos de assistência à mãe relacionados à cavidade fetal e amniótica, e possíveis problemas de parto	O30-O43 O47-O48	437
3º	O669	Trabalho de parto obstruído	O64-O66	210
4º	O85	Complicações predominantemente relacionadas ao puerpério e outras afecções obstétricas, não classificadas em outra parte	O85-O99	174
5º	D649	Outras anemias	D51-D64	40

Fonte: Autoria própria (2020).

Em primeiro lugar, temos o diagnóstico de “Observação por suspeita de doença ou afecção não especificada” (CID Z03.9) descrito como “Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação”. Esse achado pode ser relacionado ao movimento de mulheres venezuelanas dentro do território brasileiro (movimento

pendular), que buscam dar continuidade em tratamentos ou investigar alguma condição clínica através do hospital maternidade.

Em estudo de Alves *et al.* (2019), identificou-se que mulheres haitianas migrantes residentes em Cuiabá eram as principais buscadoras serviços de saúde, com a maioria apresentando doenças crônicas ou utilizando medicação contínua.

Em segundo lugar, encontra-se o diagnóstico de “Falso trabalho de parto, não especificado” (CID O47.9), descrito como “Outros motivos de assistência à mãe relacionados à cavidade fetal e amniótica, e possíveis problemas de parto”. De acordo com estudo realizado por Felix *et al.* (2019), de 100 puérperas, 68 mulheres não sabiam identificar sinais que antecedem o trabalho de parto. Dessa forma, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde saibam diferenciar os tipos de trabalho de parto e orientar as parturientes quanto às diferenças de cada tipo.

Seguindo as orientações, destaca-se a dificuldade que permeia a comunicação entre a mulher migrante venezuelana e a equipe de saúde, uma vez que o espanhol é o idioma oficial da Venezuela. Assim, as migrantes venezuelanas terão dificuldade em compreender o conteúdo que é repassado pelo profissional que a acolhe.

Segundo Nascimento e Barreto (2020), durante o atendimento a migrantes venezuelanas no HMINSN de Boa Vista (RR), a comunicação foi identificada como a principal barreira existente para a realização de uma assistência adequada. Também foi identificado que poucos profissionais possuíam conhecimento da língua espanhola e que a instituição pouco estimulava ou oferecia capacitação para esses profissionais. Todavia, técnicas ou ferramentas eram utilizadas pelos profissionais como forma de lidar com essa barreira.

Outro estudo que corrobora com os achados anteriores é o de Barbosa *et al.* (2020). Segundo os autores, durante os atendimentos

realizados no HMINSN de Boa Vista (RR), muitos profissionais encontraram dificuldade para se comunicar com as pacientes venezuelanas, de forma que muitos não conseguiam transmitir estratégias terapêuticas e práticas adequadas para o período de parto.

Dando continuidade à análise da tabela, em terceiro lugar, identificou-se o diagnóstico “Obstrução do trabalho de parto, não especificado” (CID O66.9), descrito como “Trabalho de parto obstruído”. Segundo a OMS (2005), a obstrução do trabalho de parto é um dos principais causadores do trabalho de parto prolongado, que demasiadamente causa grande sofrimento materno e fetal, além de expor a parturiente a riscos de infecções causadas pelo maior número de toques vaginais e procedimentos invasivos.

A vulva e a vagina possuem uma microbiota própria, diversificada e sensível a alterações. Assim, o toque vaginal representa um alto risco de infecção durante o período de parto. Em achados de Maranhão *et al.* (1992), constatou-se que o contato excessivo entre a mucosa da vagina e o dedo do examinador é o momento de maior risco para infecções durante o parto e pós-parto.

Na sequência, em quarto lugar, temos o diagnóstico de “Infecção puerperal” (CID O85) descrito como “Complicações predominantemente relacionadas ao puerpério e outras afecções obstétricas, não classificadas em outra parte”, e, por último, o diagnóstico de “anemia não especificada” (D64.9,) descrito em “Outras anemias”.

Segundo Barbosa *et al.* (2020), o cenário de problemas na saúde materna e neonatal só não é pior nos hospitais de Roraima devido à recente estratégia de implantação do posto de triagem na fronteira entre Pacaraima e Venezuela. Entre os serviços ofertados por esse posto, destaca-se a imunização das mães, o que ajuda a evitar o risco de infecções graves durante a gestação. Embora essa estratégia contribua para a redução dos riscos na gravidez, ela não supre as estratégias utilizadas pelo pré-natal.

Cuidados adequados de pré-natal são determinantes de grande significância para uma gestação, um parto e um período perinatal seguro. A não realização desses cuidados pode resultar em complicações que geram grande sofrimento, seja ele materno ou fetal. Além disso, a identificação precoce de infecções ou doenças crônicas durante o pré-natal é crucial, pois essas condições representam grandes riscos.

De acordo com estudo realizado por Machado *et al.* (2007), mulheres migrantes que apresentavam menos de seis consultas de pré-natal tiveram maiores complicações na gestação, e, por consequência, apresentaram altos índices de mortalidade e prematuridade. Ainda no mesmo estudo, foram identificados valores significativamente altos de doenças infecciosas que poderiam ter sido tratadas nas consultas de pré-natal.

Em estudo realizado por Costa, Souza e Barreto (2020) sobre perfil sociodemográfico e o acompanhamento gestacional de puérperas migrantes venezuelanas em situação de abrigo na cidade de Boa Vista (RR), constatou-se que, de 65 entrevistadas, 32,3% (n = 21) não foram a nenhuma consulta de pré-natal, enquanto 23,1% (n = 15) realizaram duas consultas e 1,5% (n = 1) apenas uma. Esses dados indicam um baixo índice de adesão ao pré-natal, bem como uma deficiência na realização de serviços essenciais durante a assistência, como suplementação de sulfato ferroso, ácido fólico e testagem IST e hepatites virais.

Traçando um comparativo com as principais causas de internações obstétricas no Brasil, os diagnósticos de infecção puerperal (CID-O85), falso trabalho de parto (CID-O47.9) e obstrução do trabalho de parto não especificada (CID O66.9) aparecem em outros estudos como principais causas de internação.

Em uma pesquisa realizada por Moura *et al.* (2018), que investigou os motivos de internações obstétricas no município de São

Paulo, constatou-se que os diagnósticos mais prevalentes foram causados por complicações obstétricas, como infecções, doenças hipertensivas, diabetes e hemorragias.

Outro estudo que corrobora com a suposição de similaridades quanto aos diagnósticos é o de Veras e Mathias (2014). Os autores analisaram todas as internações das mulheres no Paraná e verificaram que, no ano de 2010, 24,1% ($n = 2337$) das internações ocorreram por obstrução do trabalho de parto, 23,9% ($n = 1502$) por falso trabalho de parto e outras 4,2% ($n = 1467$) por afecções obstétricas.

1.4 Considerações Finais

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou a identificação do perfil das mulheres migrantes que integram esse deslocamento entre Venezuela/Brasil, e que procuraram a maternidade para dar continuidade às suas gestações de forma segura. Também foi possível identificar o tipo de parto na população estudada, além da condição clínica dessas mulheres.

A hipótese do estudo foi parcialmente confirmada, uma vez que foi identificado que as mulheres migrantes venezuelanas atendidas são jovens e gestantes em busca de serviços de saúde. No que se refere às condições clínicas, o quantitativo de parto vaginal se sobressaiu comparado ao parto cesárea, indicando condições clínicas favoráveis para a evolução do trabalho de parto.

Além disso, que o atendimento a mulheres migrantes venezuelanas na maternidade se intensificou durante o período de maior fluxo migratório, compreendido entre 2014 e 2019. Esse aumento está associado à crise humanitária vivenciada na Venezuela, que impactou diretamente os serviços de saúde brasileiros.

Por ser tratar de dados secundários, o estudo apresentou algumas limitações quanto à fidedignidade, entretanto, a análise dos

dados seguiu de forma criteriosa, evitando afirmações imprecisas ou que inadequadas ao conteúdo analisado.

Por fim, os resultados obtidos não esgotam a temática, pois existem outras linhas de análises possíveis. Pesquisas futuras podem aprofundar questões relacionadas à assistência prestada a essa população, bem como investigar os impactos nos serviços de saúde locais, incluindo a análise de custos em saúde.

Referências

ALMEIDA, L.M.; CALDAS, J. Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade? **Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía**, v. I, n. 1, jan., 2012. p. 19-36.

ALVES, J.F de S. *et al.* **Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4677-4686, Dez. 2019.

ALTO COMISSARIO DAS NAÇÕES UNIDAS (ACNUR).; **Venezuelanos no Brasil: integração no mercado de trabalho e acesso a redes de proteção social ACNUR 2020.** R4V Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela. 2020.

ARRUDA-BARBOSA, L.S.; ALBERONE, F.G; TORRES, M.E.M. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v. 24, 2020.

BAENINGER, R.; SILVA, J. C. J. **Migrações Venezuelanas.** Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo, Unicamp, 2018.

BARRETO, et. al. Vigilância epidemiológica e os processos migratórios: Observações do caso dos venezuelanos em Roraima. In BAENINGER, R.; JAROSHINSKI S. **Migrações venezuelanas.** Campinas/SP. Editora Unicamp, 2018. p. 369-273.

BARRETO, S.M.; LIMA, C; MARIA, F. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003.

CARVALHO, A. I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.** In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>

CARVALHO, F. **Atenção à saúde nas cidades fronteiriças de Bonfim e Pacaraima: implementação do SIS-Fronteiras em Roraima** / Francisco de Assis Lima Carvalho. Dissertação – Boa Vista, Procisa, UFRR, 2014.

CASTRO, C.M.; OLIVEIRA, R.C; CUSTODIO, M.C.S. **Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo**. *Civitas, Rev. Ciênc. Soc.* [online], v. 15, n. 2, 2015.

CIERCO, T. *et al.* **Fluxos Migratórios e Refugiados na Atualidade**. Rio de Janeiro: Fundação Ade quer Stiftung, 136p. 2017.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH).; **Achieving Health Equity: from root cause to fair outcomes** – Interim Statement. Geneva: CSDH. 2007.

COSTA, A.B.O; SOUZA, J.S.P; BARRETO, T.M.A.C. Perfil sociodemografico e acompanhamento gestacional das puérperas migrantes venezuelanas em condições de abrigo na cidade de Boa Vista. In OLIVEIRA M. M; LUTHER, C. M A; SANTOS R. D. M. **Coletânea Migração & Wash reflexões sobre o contexto de Roraima**. Boa Vista/RR. Editora UFRR, 2020. v. 1. p. 245-264.

DIAS, S., ROCHA, C.; HORTA, R.; **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras**. Um estudo qualitativo. Lisboa: ACIDI, 2009.

DIAS, S.; GONÇALVES, A. Migração e Saúde, in DIAS, Sónia (org.), **Revista Migrações** - Número Temático Migração e Saúde, Setembro 2007, n. 1, Lisboa: ACIDI, pp. 15-26.

FELIX, H. C; *et al.* Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. v. 19, n. 2, p. 335-341, 2019.

FONSECA, L; MALHEIROS, J.; **Social Integration & Mobility: education, Housing and Health- IMISCOE Cluster B5 State of Art Report**. Lisboa: Universidade de Lisboa. 2005.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (FGV) / DIRETORIA DE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS (DAPP). **Desafio migratório em Roraima: Repensando a política e gestão da migração no Brasil** [Internet]. FGV-DAPP. Acesso em: 5 nov. 2020.

GADELHA, C. A; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S214-S226, 2007.

GIOVANELLA, L; *et al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007.

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

GRUPO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS (GNDH). **Relatório da visita técnica do GNDH ao estado de Roraima para avaliação da situação da população local e dos imigrantes venezuelanos**. São Paulo/SP, 2018, 95 p.

HUMAN RIGHTS WATCH (HRW). **Emergência humanitária na Venezuela: resposta da ONU em grande escala é necessária para enfrentar a crise de saúde e alimentos** / 2019.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM). **Regional Action Plan: Strengthening the regional response to large scale migration of Venezuelan Nationals into South America, North America, Central America and the Caribbean**. Relatório. 2018.

_____. **Glossary on migration**. Geneva: IOM, 2004.

_____. **Monitoramento do fluxo migratório venezuelano com ênfase em crianças e adolescentes**. [Internet]. OIM-DTM; 2019. Acesso em 20 de novembro de 2020.

MACHADO, M. C. Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes", in DIAS, Sónia (org.). **Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde**, n. 1, Lisboa: ACIDI, pp. 103-127, set. 2007.

MARANHAO, Amélia M^a S. **Cuidados na realização da propedêutica obstétrica visando a prevenção da infecção hospitalar em maternidades**. Rev. bras. Enferm., Brasília, v. 45, n. 4, p. 302-307, dez. 1992.

MILESI, R.; COURY, P.; ROVERY, J.; Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual. **AEDOS**, v. 10, n. 22, p. 53-70 (2018).

MIRANDA, J. F. M. **Mães imigrantes e saúde – Estudo sobre as brasileiras em Portugal**. Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2011.

MOURA, B.L.A.; ALENCAR, G.P.; SILVA, Z.P.; ALMEIDA, M.F.; Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 34, n. 1, fev. 2018.

NASCIMENTO, J.F; BARRETO T.M.A.C. Práticas de acolhimento da migrante venezuelana em um hospital materno infantil: referência no extremo norte do Brasil. In OLIVEIRA M. M; LUTHER, C. M A; SANTOS R. D. M. **Coletânea Migração & Wash reflexões sobre o contexto de Roraima**. Boa Vista/RR. Editora UFRR, 2020. v. 1. p. 70-90.

NYGREN-KRUG, H. **International Migration, Health and Human Rights**. Health and Human Rights Publication, WHO; 2003.

OLIVEIRA, F. de; PROGIANTI, J.; PEREGRINO, A. A. de F. Custos diretos do parto envolvidos com a prática obstétrica de enfermagem em Casa de Parto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 421-427, set. 2014.

Operational Portal: **Refugees Situation. Venezuela Situation**. Maio, 2018. 2018c. Disponível em: <https://data2.unhcr.org/en/situations/venstis>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto**: Manual para professores de enfermagem obstétrica. 2 ed. Biblioteca OMS, set 2005.

_____. **Concepts and Principles of Health Promotion**. Copenhagen: WHO, 1984.

PIRES, R.; **Mudanças na imigração**: uma análise das estatísticas sobre a população estrangeira em Portugal, 1998-2001. *Sociologia: Problemas e práticas*, 39, 151-166. 2002.

PUTTI, A. Mortalidade infantil cresce 75% em 5 anos na Venezuela. **Carta Capital**. 4 de abril de 2020. Mundo.

RAMOS, N.; **Saúde, migração e direitos humanos**. *Advances in Health Psychology*, [s. l.], Mudanças – Psicologia da Saúde, 1-11p, 2009.

ROCHA, C. M. F.; Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [s. l.], 2012.

RODRIGUES, F. da S.; SILVA, É. S. da. Estudos sobre colonização e imigração no norte do Brasil (1840-1930). **Revista de História Regional**, v. 22, n. 1, p. 53-73, 2017.

RODRIGUES, F. **Migração transfronteiriça na Venezuela**. *Estud. av.*, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 197-207, ago. 2006.

RORAIMA. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima (SESAU). **Plano Integrado de Gestão Migratória**, 2016.

_____. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima (SESAU). **Impactos da imigração - Número de atendimentos da rede pública de saúde causa**

preocupação. Disponível em: <http://www.saude.rr.gov.br/index.php/2017-04-30-22-46-19/noticias-2/10-noticias-dasesau/448/impactos-da-imigracao-numero-de-atendimentos-da-rede-publica-de-saude-causa-preocupacao>. Acesso em: 12 nov. 2018.

SCAGLIONE, O; ALEJANDRA M. **A saúde das mulheres imigrantes: uma questão de cidadania e inclusão.** Lisboa: ISCTE-IUL, 2016.

SIMÕES, G. T. **Perfil sociodemografico e laboral da imigração venezuelana no Brasil.** Conselho Nacional de Imigração. Brasília, DF: CNIg, 2017.

The United Nations Population Fund (UNFPA).; **State of World Population 2006. A Passage to Hope: Women and International Migration.** UNFPA. (2006).

TOPA, J. B. **Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na Região do Grande Porto –** (Teses; 47) ISBN 978-989-689-082-1 CDU 316. dez 2016.

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

TOPA, J.B; NOGUEIRA, C; NEVES, A. S. A. das. **Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico.** PSico, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 3, pp. 366-373, jul/set. 2010.

VALENÇA, L. C. **A migração venezuelana e a gestão da saúde na zona de fronteira Brasil/Venezuela nos anos de 2017 e 2018.** Boa Vista / RR, 2019, 84 p.

VERAS, T. C. da S; MATHIAS, T. A. de F. **Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos.** Rev. esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 401-408, jun. 2014.

Capítulo 2

ANÁLISE DE CUSTOS EM SAÚDE DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS NO SERVIÇO DE OBSTÉTRICA AS MIGRANTES VENEZUELANAS EM BOA VISTA

*Luciana Márcia Rodrigues Viana,
Pedro Herinque Amparo da Costa Leite e
Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto*

RESUMO

O fluxo migratório de cidadãos venezuelanos para o Brasil, entre os anos de 2015 e 2019, cresceu de forma significativa, dentro desse período, mais de 250 mil venezuelanos entraram no país. O objetivo deste estudo foi identificar as despesas associadas aos atendimentos realizados à população migrante e realizar um comparativo com as despesas referentes aos atendimentos prestados à população brasileira. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados obtidos do SIH/SUS. Os custos de internação por ano indicam que, no total, foram gastos R\$ 35.522.294 milhões nos atendimentos realizados às mulheres de nacionalidade brasileira, enquanto os custos dos atendimentos prestados às mulheres venezuelanas foram R\$ 10.804.087 milhões entre os anos de 2018 e 2022. O custo médio diário com maior evidência foi no ano de 2021, totalizando R\$ 1.538,88 reais, com desvio padrão de R\$ 837,94 reais gastos durante a internação no HMINSN. Em contrapartida, o ano de 2018 apresentou o menor custo médio, sendo R\$ 1.384,01 reais, com desvio padrão de R\$ 845,38 reais para os atendimentos às mulheres de ambas as nacionalidades. A quantidade de diárias de internação foi de 2,3 para as duas nacionalidades, apresentando diferença apenas no desvio padrão:

para a nacionalidade brasileira, o desvio padrão foi de 1,13, enquanto para a nacionalidade venezuelana, foi de 1,23.

Palavras-Chave: Custos em saúde. Migração venezuelana. Obstetrícia.

2.1 Introdução

A migração se configura como um desafio político, econômico e de saúde, devido à disseminação, surgimento ou ressurgimento de doenças, além da necessidade do uso dos serviços de saúde pela população local e migrante¹. Nos últimos anos, o Brasil tem vivenciado uma onda migratória de venezuelanos que buscam fugir da conjuntura econômica e política de seu país, iniciada em 2015, o que dificultou o acesso aos alimentos, serviços de saúde e moradia, assim como a manutenção do padrão de vida na Venezuela.

O fluxo migratório de cidadãos venezuelanos para o Brasil, entre os anos de 2015 e 2019, cresceu de forma significativa. Durante esse período, mais de 250 mil venezuelanos entraram no Brasil. A principal forma de entrada se deu pela fronteira entre Venezuela e Roraima, e grande parte dos migrantes se restabeleceu nos municípios de Pacaraima e Boa Vista. Cerca de 32 mil venezuelanos moram em Boa Vista, e 1,5 mil estão em situação de rua na capital².

Em decorrência da conjuntura política, social e econômica pela qual a Venezuela ainda passa, o número de pessoas buscando por atendimentos de saúde nos serviços públicos da cidade se tornou maior. Os dados da Polícia Federal, provenientes do sistema de registro nacional migratório, mostraram que, no ano de 2021, houve a entrada de 66.582 migrantes venezuelanos em Roraima, sendo 9.722 provisórios, 43.268 temporários e 13.592 residentes.

Tratando-se da migração venezuelana para Boa Vista, observou-se que, nos anos de 2008 a 2018, que os recursos alocados para a saúde apresentaram um crescimento positivo, com os investimentos para o Sistema Único de Saúde (SUS) apresentaram crescimento de 75,32%³.

A chegada dos migrantes venezuelanos evidenciou que a cobertura assistencial é inadequada e não acompanha as taxas de crescimento populacional, apresentando diversas falhas, principalmente no nível primário, o que acarretou no aumento de custos e gastos nos níveis de atenção à saúde secundário e terciário^{3,4}.

A execução de uma análise de custos é uma estratégia que pode ser utilizada para permitir o planejamento adequado de diversas ações, como auxiliar na implementação de políticas de inclusão para migrantes e garantir o acesso aos serviços de saúde para esse público-alvo que necessita de cuidados³.

Desta forma, o objetivo da pesquisa é identificar as despesas computadas por atendimento realizado à população migrante e realizar um comparativo com as despesas dos atendimentos realizados à população brasileira.

2.2 Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, fundamentado em dados coletados pelo Sistema de Internação Hospitalares do SUS (SIH/SUS), no período de 2018 a 2022 dos atendimentos realizados no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN).

A população do estudo foi composta por mulheres de nacionalidade venezuelana e brasileira, que utilizaram os serviços de obstetrícia de uma maternidade pública em Boa Vista (RR), entre anos de 2018 a 2022, cujos registros de atendimentos estão disponíveis no SIH/SUS.

Os dados foram extraídos da plataforma do SIH/SUS, e o processo de limpeza, codificação e análise de dados foi realizado no software R, versão 4.2.2⁵. As variáveis coletadas foram: despesa computadas por atendimento, tempo de internação, valor da diária, valor total da internação e custos de atendimento por ano.

Todas as variáveis foram descritas individualmente, conforme o eixo de dados pertinente. Elas serão analisadas e relacionadas entre si, como os atendimento de migrantes venezuelanas e de brasileiras, por ano e por tipo de atendimento, adotando-se um nível de significância de $p < 0,05$.

Para análise dos dados, foram utilizados cálculos de média, porcentagem, desvio padrão, contagem simples, gráficos e tabelas. O método utilizado para calcular os custos em saúde na análise de custos foi o de macrocusteio (*gross costing*). Utilizou-se uma equação com base no valor médio da internação (Equação 1)⁶.

Equação 1: custo total de internação hospitalar por agravo.

$$C_{tid} = v_i * d_i * n_i \quad C_{tid} = v_i * d_i * n_i$$

Onde:

C_{tid} = custo total da internação (por agravo);

v_i = valor médio de uma diária de internação;

d_i = número médio de dias de internação;

n_i = número de internações (por agravo).

Foram incluídos na pesquisa indivíduos do sexo feminino, de nacionalidade brasileira (código 10) e de nacionalidades venezuelanas (código 92). Os códigos 10 e 92 são obtidos durante o cadastro na plataforma do SIH/SUS.

O presente estudo não necessitou de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois os dados usados são agrupados e públicos, estando disponíveis na plataforma do SIH/SUS.

2.3 Resultados e Discussão

Os custos de internação por ano, de acordo com a Tabela 2.1, mostram que, no total, foram gastos R\$ 35.522.294 milhões nos atendimentos realizados às mulheres de nacionalidade brasileira. Já os custos das internações dos atendimentos realizados as mulheres

venezuelanas totalizaram um valor inferior, de R\$ 10.804.087 milhões nos anos de 2018 a 2022.

Diante dessas informações é possível ver que, embora em menor valor, os gastos em saúde com mulheres venezuelanas são significativos. No entanto, não foi possível determinar se esse gasto gerou impactos financeiros expressivos sobre os cofres públicos e no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth.

Observa-se que o ano de 2021 possui o maior valor de custo de internações para as mulheres brasileiras ($n = 7.537.676$), enquanto os maiores custos relacionados à população venezuelana ocorreram em 2019, totalizando R\$ 2.545.459 reais.

Os fluxos migratórios trouxeram uma preocupação maior para os gastos em saúde, pois se apresentam como um desafio para a saúde pública, e podem gerar impactos nos sistemas de saúde local e na vida da população¹.

Não foram encontrados estudos que evidenciassem os custos hospitalares relacionados às mulheres migrantes venezuelanas em Roraima e em outros estados do Brasil. Contudo, uma pesquisa relevante foi conduzida por Barreto *et al.* (2020), que analisou os gastos hospitalares atribuídos à presença de migrantes venezuelanos em Boa Vista (RR), considerando doenças com frações atribuíveis ao ambiente. Nesse estudo, as síndromes respiratórias agudas representaram o maior custo, totalizando R\$ 28.359.511,58 reais, seguidas das doenças diarreicas, com R\$ 3.484.947,53 reais gastos⁷.

O estudo em questão mostra que os migrantes venezuelanos possuem necessidades de saúde relacionadas a diversas doenças e estão fazendo uso dos serviços de saúde públicos para reestabelecer sua saúde e receber tratamento médico hospitalar.

Tabela 2.1 – Custos de internação por ano dos atendimentos realizados no HMINSN para as brasileiras e venezuelanas.

	2018	2019	2020	2021	2022	Total	p-valor
Brasil	7.444.270 (84,3%)	6.942.763 (73,2%)	6.752.561 (75,0%)	7.537.676 (76,4%)	6.845.024 (74,9%)	35.522.294 (76,7%)	<0.0001
Venezuela	1.391.247 (15,7%)	2.545.459 (26,8%)	2.250.495 (25,0%)	2.321.944 (23,6%)	2.294.942 (25,1%)	10.804.087 (23,3%)	

Fonte: SIH-SUS, 2024. Elaboração própria.

Os resultados indicam que a maior representatividade nos atendimentos no serviço de referência obstétrica é de mulheres brasileiras, totalizando, em 2018, 84,5%; em 2019, 73,7%; em 2020, 74,9%; em 2021, 76,3%; e em 2022, 75,3%. Nota-se uma redução discreta no número de brasileiras atendidas ao longo dos anos de 2018 a 2022 (Tabela 2).

Dados do DATASUS, referentes aos anos de 2014 a 2017, mostram que os nascimentos ocorridos em Boa Vista foram: em 2014, 6.755; em 2015, 6.719; em 2016, 6.479; e em 2017, 7.043 nascimentos¹⁰. Esses números, quando comparados aos dados de atendimentos do presente estudo, revelam que a quantidade de atendimentos se manteve estável mesmo antes da chegada das migrantes venezuelanas⁸.

A utilização dos serviços de saúde oferecidos no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) por mulheres venezuelanas foi observada durante o período de 2018 a 2022, representando, respectivamente: 2018 (15,5%); 2019 (26,3%); 2020 (25,1%); 2021 (23,7%); 2022 (24,7%).

Barbosa enfatiza, em seu trabalho, o aumento do fluxo de atendimento no serviço de saúde obstétrico e ginecológico de Boa Vista por migrantes venezuelanas, destacando que, apesar disso, não houve ampliação do no quadro de profissionais ou de insumos necessários para o desenvolvimento adequado das equipes de saúde no hospital⁹. Fato este que se torna preocupante, pois pode comprometer a qualidade da assistência prestada dentro do estabelecimento de saúde⁷.

A faixa-etária de 20 a 24 anos se mostrou mais evidente entre todos os anos analisados, representando 31,2% em 2018, 32% em 2019, 31,1% em 2020, 32% em 2021 e 31,9% em 2022. As outras faixas etárias expressivas foram de 15 a 19 anos e 25 a 29 anos.

Dados do Subcomitê Federal para Recepção, Identificação e Triagem dos Migrantes, referentes ao período de janeiro de 2017 a fevereiro de 2022, mostram que 47% dos migrantes são do sexo feminino. A faixa etária predominante foi a de 30 a 59 anos, com 49%, seguida de 18 a 29 anos com 30%¹⁰.

A raça/cor parda está em evidência entre todos os anos de 2018 a 2022, se mostrando acima de 80% em todos os anos, seguida pela raça/cor indígena. Em um estudo realizado com a população venezuelana residente em Boa Vista (RR), a raça/cor parda foi destacada com 74,5%, seguida da branca (12,5%) e preta (8,2%)⁷.

Quanto à quantidade de diárias hospitalares, a média variou entre 2,2 a 2,4 dias no período de 2018 a 2022, com desvio padrão entre 1,08 e 1,21 para ambas nacionalidades (brasileira e venezuelana). O custo médio diário com maior evidência foi no ano de 2021, totalizando R\$ 1.538,88 reais, com desvio padrão de R\$ 837,94 reais. Por outro lado, 2018 apresentou o menor custo médio, sendo R\$ 1.384,01 reais, com desvio padrão de R\$ 845,38 reais para os atendimentos com as duas nacionalidades estudadas.

Tabela 2.2 – Distribuição da nacionalidade, faixa etária e raça/cor das mulheres atendidas referente aos anos de 2018 a 2022.

Características	2018, N = 6.384¹	2019, N = 6.837¹	2020, N = 6.251¹	2021, N = 6.407¹	2022, N = 6.011¹	Valor p²
Nacionalidade						<0,001
Brasil	5.397 (84,5%)	5.040 (73,7%)	4.683 (74,9%)	4.891 (76,3%)	4.529 (75,3%)	
Venezuela	987 (15,5%)	1.797 (26,3%)	1.568 (25,1%)	1.516 (23,7%)	1.482 (24,7%)	
Idade	24 (6)	24 (6)	25 (6)	24 (6)	25 (6)	0,034
Faixa Etária						0,037
10 a 14 anos	108 (1,7%)	106 (1,6%)	96 (1,5%)	115 (1,8%)	87 (1,4%)	
15 a 19 anos	1.555 (24,4%)	1.660 (24,3%)	1.427 (22,8%)	1.501 (23,4%)	1.325 (22,0%)	
20 a 24 anos	1.990 (31,2%)	2.188 (32,0%)	1.945 (31,1%)	2.051 (32,0%)	1.916 (31,9%)	
25 a 29 anos	1.421 (22,3%)	1.449 (21,2%)	1.391 (22,3%)	1.393 (21,7%)	1.370 (22,8%)	
30 a 34 anos	804 (12,6%)	846 (12,4%)	814 (13,0%)	794 (12,4%)	813 (13,5%)	
35 a 39 anos	388 (6,1%)	473 (6,9%)	436 (7,0%)	416 (6,5%)	395 (6,6%)	
40 anos ou mais	118 (1,8%)	115 (1,7%)	142 (2,3%)	137 (2,1%)	105 (1,7%)	
Raça/cor						<0,001
Branca	83 (1,3%)	85 (1,2%)	82 (1,3%)	105 (1,7%)	207 (3,5%)	
Preta	16 (0,3%)	12 (0,2%)	21 (0,3%)	29 (0,5%)	45 (0,8%)	
Parda	5.696 (89,4%)	5.865 (86,2%)	5.285 (85,1%)	5.211 (82,3%)	4.761 (80,1%)	
Outros	577 (9,1%)	844 (12,4%)	822 (13,2%)	989 (15,6%)	928 (15,6%)	
Desconhecido	12	31	41	73	70	
Quantidade de diárias	2,2 (1,16)	2,2 (1,08)	2,3 (1,08)	2,4 (1,20)	2,4 (1,21)	<0,001
Custo médio	1.384,01 (845,38)	1.387,78 (727,26)	1.440,26 (782,53)	1.538,88 (837,04)	1.520,54 (1.026,53)	<0,001

¹n (%); Média (Desvio Padrão). ²Teste qui-quadrado de independência; Teste de Kruskal-Wallis. Fonte: Autoria própria.

No que se refere ao ano com maior número de atendimentos para as nacionalidades brasileira e venezuelana, em 2018 foram atendidas 5.397 brasileiras no HMINSN, e em 2019, observou-se um pico de atendimentos a mulheres venezuelanas, totalizando 1.797 atendimentos no mesmo hospital.

Os dados do SISMIGRA indicam que, em 2018, 49.267 venezuelanos registraram residência no Brasil, enquanto, em 2019, esse número aumentou para 70.653. Esse aumento significativo no número de migrantes venezuelanos em 2019 pode explicar o pico de atendimentos às mulheres venezuelanas registrado nesse ano¹¹.

De acordo com o Subcomitê Federal para Recepção, Identificação e Triagem dos Migrantes, entre janeiro de 2017 e fevereiro de 2022, cerca de 702.222 migrantes venezuelanos entraram no Brasil, dos quais 325.763¹⁰ permaneceram no país até o período analisado.

A quantidade de diárias de internação representou 2,3 para as duas nacionalidades (brasileira e venezuelana), tendo diferença apenas no desvio padrão; 1,13 para a nacionalidade brasileira e 1,23 para a nacionalidade venezuelana. Esses dados indicam que o tempo médio de internação foi similar para ambas as populações estudadas.

Na análise de custos, o custo médio diário com maior valor representou R\$ 1.469,94 (950,57) para a nacionalidade venezuelana, enquanto o custo médio para a nacionalidade brasileira foi de R\$ 1.447,53 (815,46), no período de 2018 a 2022. Os valores de custos médios quando comparados entre si, são similares, mostrando que para os anos do estudo, a nacionalidade brasileira e venezuelana que receberam os serviços de saúde no HMINSN, obtiveram gastos médios semelhantes.

Em comparação, um estudo realizado em uma maternidade no Mato Grosso revelou um custo diário médio R\$ 884,95 reais por paciente internado na ala materno-infantil. Os resultados mostram que o custo diário do presente estudo é mais elevado quando comparado¹² aos registros do trabalho citado.

Tabela 2.3 – Distribuição do n.º de atendimentos por ano, quantidade de diárias e custo médio para Brasil e Venezuela.

Características	Brasil, N = 24.540 ¹	Venezuela, N = 7.350 ¹
Nº atendimentos por ano		
2018	5.397 (22,0%)	987 (13,4%)
2019	5.040 (20,5%)	1.797 (24,4%)
2020	4.683 (19,1%)	1.568 (21,3%)
2021	4.891 (19,9%)	1.516 (20,6%)
2022	4.529 (18,5%)	1.482 (20,2%)
Quantidade de diárias	2,3 (1,13)	2,3 (1,23)
Custo médio	1.447,53 (815,46)	1.469,94 (950,57)

¹Média (Desvio Padrão); n (%). Fonte: SIH-SUS, 2024. Elaboração própria.

A Tabela 2.4 apresente os principais procedimentos realizados no HMINSN, classificados de acordo com o CID-10. O custo total com partos normais foi de R\$ 20.337.081,00 reais para mulheres brasileiras, e R\$ 6.463.151,00 reais para mulheres venezuelanas durante os anos analisados.

Em relação aos partos realizados em centros de parto normal, os custos foram de R\$ 11.007.790,00 reais para as brasileiras e R\$ 3.293.274,00 reais para venezuelanas. Embora os atendimentos às mulheres brasileiras ainda representem um valor significativo de gastos relacionados aos serviços obstétricos aos serviços prestados às mulheres venezuelanas.

Tabela 2.4 – Principais procedimentos realizados no HMINSN e custos por nacionalidade para os anos de 2018 a 2022.

Procedimentos	Brasil	Venezuela	Total Geral
Parto normal	20.337.081,00	6.463.151,00	26.800.232,00
Parto normal em centro de parto normal (CPN)	11.007.790,00	3.293.274,00	14.301.064,00
Parto normal em gestação de alto risco	4.176.556,00	1.047.664,00	5.224.220,00

Fonte: SIH-SUS, 2024. Elaboração própria.

A entrada dos migrantes venezuelanos no país evidenciou a necessidade de atenção à cobertura assistencial, se realmente está sendo suficiente a estrutura hospitalar para atender a todos os que necessitam de cuidados. Observou-se um aumento dos custos e gastos em saúde, com valores anuais sendo direcionados aos atendimentos prestados a essa população migrante (Barreto, 2021). Este estudo demonstra que de fato há gastos em saúde que não foram planejados, sendo utilizados para atender essa população vulnerável em situação de migração, o que torna necessário um planejamento e formulação de políticas públicas para que estes sejam assistidos e recebam cuidados em saúde.

A migração se configura como um desafio político, econômico e de saúde, devido à disseminação, surgimento ou ressurgimento de doenças, além da demanda por serviços de saúde tanto pela população local quanto pela população migrante¹.

Mesmo com este desafio, é importante destacar que o Brasil deve assegurar para todos os cidadãos o direito à saúde, independentemente da nacionalidade, sendo dever do Estado desenvolver

políticas públicas e adotar medidas e ações resolutivas³ para mitigar os problemas identificados.

2.4 Considerações Finais

O presente estudo contribuiu para evidenciar os custos em saúde relacionados às mulheres migrantes venezuelanas atendidas no HMINSN. Apesar de representarem uma parcela menor de atendimentos, os custos associados são expressivos, especialmente por se tratarem de despesas não previstas, decorrentes da conjuntura política enfrentada pelo seu país de origem.

Quanto aos gastos médios diários e tempo de internação, notou-se que são similares quando comparados com os das brasileiras, mostrando que não há diferenciação no atendimento e no valor dos tratamentos e procedimentos empregados nas diferentes nacionalidades estudadas.

Por fim, não foi possível encontrar outros estudos similares que revelassem os gastos em saúde com a população migrante, tornando difícil a discussão entre outros autores. Desta forma, se torna importante que mais pesquisas tratem dessa temática, a fim de servir como base para visualizar a realidade dos custos de saúde com as mulheres migrantes, colaborando na elaboração e criação de políticas públicas voltadas para esse grupo de pessoas vulneráveis.

Referências

MARTINS, A.C.T. **Protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e barreiras de acesso à saúde dos migrantes e refugiados no âmbito global**: uma revisão de escopo. Universidade de Brasília. 2020.

SESAU. Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima. **Secretaria de Saúde do Estado de Roraima**. Boa Vista: SESAU, 2020.

BARRETO, T.M.A.C. Saúde Ambiental e Migração: Uma Análise dos Impactos da Migração Venezuelana sobre os Serviços Hospitalares Na Cidade Boa Vista - RR. Tese (doutorado) – **Universidade Federal de**

Roraima, Programa de Pós-Graduação em Recursos Naturais. Boa Vista, Editora Scienza, 2021.

ENTRINGER, A.P.; PINTO, M.F.T.; GOMES, M.A.S. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1527-1536, 2019.

R CORE TEAM. R Core Team (2022). R: **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

TAN, S.S., *et al.* Comparing methodologies for the cost estimation of hospital services. **European Journal of Health Economics**, v. 10, n. 1, p 39-45, 2009.

BARRETO, T.M.A.C.; ESTRELLA, C.V.F.; BARRETO, F. Estudo epidemiológico acerca das infecções sexualmente transmissíveis na população venezuelana residente no município de Boa Vista, Roraima. **Health and Diversity** (Online), v. 4, p. 108-112, 2020.

Ministério da Saúde. **Nascidos vivos por ano de nascimento segundo município**. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrr.def> - Acesso em: 10 abr. 2024.

BARBOSA, L.A.; SALES, A.F.; TORRES, M.E. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. **Interface** - saúde, comunicação, educação. Botucatu, v. 24, 2020.

Subcomitê federal para recepção, Identificação e triagem dos imigrantes. Migração venezuelana janeiro 2017 - agosto 2023. Disponível em: https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/2023-10/informe_migracao-venezuelana_ago23.pdf Acesso em: 29 mar. 2023.

SISMIGRA - **Sistema de Registro Nacional Migratório Versão 1.82.0**. Registros ativos. 2024. Disponível em: <https://servicos.dpf.gov.br/dadosabertos/SISMIGRA/?C=M;O=A> Acesso em: 29 mar. 2024.

FILHO, J.R.V.; PASSARI, I.A.; NIVEIROS, S.I. **Gestão de custos hospitalares**: um estudo de caso no hospital Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de. Disponível em: <https://servicos.dpf.gov.br/dadosabertos/SISMIGRA/?C=M;O=A> Acesso em: 29 mar. 2024.

CONCLUSÃO

Esta coletânea oferece uma análise aprofundada sobre a experiência das mulheres migrantes venezuelanas em Roraima, destacando as barreiras e desafios enfrentados durante o ciclo gravídico-puerperal. Cada capítulo aborda uma fase crucial, desde o pré-natal e a educação em saúde até o parto, o puerpério e os desfechos neonatais, revelando aspectos essenciais para uma assistência que valorize a humanização e o acolhimento.

Os principais resultados dos estudos demonstram que essas mulheres enfrentam uma série de obstáculos, como barreiras linguísticas, preconceito e dificuldades no acesso à informação sobre direitos de saúde. Esses fatores comprometem a qualidade do cuidado e ampliam a vulnerabilidade social e de saúde. Tais achados evidenciam a necessidade urgente de adaptar os serviços de saúde para responder melhor às especificidades das migrantes, promovendo uma assistência mais inclusiva e equitativa.

Para transformar essa realidade, são sugeridas algumas políticas públicas e estratégias voltadas ao aprimoramento da assistência pré-natal, parto e puerpério, focando na humanização e acolhimento das migrantes. Dentre as medidas sugeridas, destacam-se:

- **Capacitação de profissionais de saúde:** Preparar equipes para lidar com as necessidades culturais e linguísticas das migrantes, proporcionando um atendimento sensível e inclusivo;
- **Implementação de políticas de apoio linguístico e cultural:** Inserir tradutores ou mediadores culturais nos serviços de saúde para facilitar a comunicação e o entendimento entre pacientes e profissionais;

- **Estímulo a práticas humanizadas de acolhimento:** Incentivar a criação de protocolos de atendimento que valorizem o respeito e a empatia, reduzindo a discriminação e promovendo uma experiência de cuidado acolhedora;
- **Apoio psicossocial e continuidade do cuidado no puerpério:** Criar estratégias para acompanhamento pós-parto, proporcionando apoio à saúde mental e às necessidades maternas em condições de abrigo ou vulnerabilidade.

A análise dos custos e do perfil sociodemográfico das migrantes também revela a importância de um planejamento cuidadoso por parte dos gestores, tanto para garantir a sustentabilidade financeira quanto para assegurar a acessibilidade e equidade no atendimento. A compreensão das especificidades dessa população fornece uma base sólida para políticas públicas orientadas à redução das desigualdades e à promoção de um atendimento integral.

Esta coletânea reafirma a urgência de um sistema de saúde que valorize a dignidade e os direitos humanos das migrantes, buscando construir uma rede de cuidados que seja acessível e acolhedora para todas as mulheres. Que os resultados e reflexões aqui apresentados inspirem profissionais, gestores e pesquisadores a desenvolverem políticas e práticas que ofereçam uma assistência inclusiva e justa, onde a saúde seja um direito universal para todas, independentemente de sua origem ou condição migratória.

Essa coletânea reúne uma série de trabalhos acadêmicos de graduação e mestrado, todos orientados pelo compromisso com o bem-estar e o direito à saúde de mulheres migrantes venezuelanas.

A coletânea está organizada em três partes, cobrindo aspectos essenciais do cuidado pré-natal, da assistência ao parto e das consequências no puerpério para a saúde materna e neonatal. Cada parte examina uma etapa fundamental do atendimento, abordando temas como a educação em saúde, barreiras linguísticas e a discriminação percebida nos serviços de saúde.

Que esta coletânea inspire uma reflexão profunda e leve a ações concretas para fortalecer a rede de atenção à saúde para mulheres migrantes em Roraima e em outras regiões do país.

