



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA

PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA

**PERFIL DE ADOECIMENTO DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UM HOSPITAL
DE REFERÊNCIA EM RORAIMA A PARTIR DO FLUXO MIGRATÓRIO DE
VENEZUELANOS**

BOA VISTA – RR

2020

PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA

**PERFIL DE ADOECIMENTO DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UM HOSPITAL
DE REFERÊNCIA EM RORAIMA A PARTIR DO FLUXO MIGRATÓRIO DE
VENEZUELANOS**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Linha de Pesquisa: “Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde”. Área de Concentração: Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Georgia Patrícia Ferko.

BOA VISTA – RR

2020

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

L247p Lacerda, Priscila Campos de Matos.

Perfil de adoecimento de crianças internadas em um Hospital de Referência em Roraima a partir do fluxo migratório de Venezuelanos / Priscila Campos de Matos Lacerda. – Boa Vista, 2020.
127 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Georgia Patrícia Ferko.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA.

1 – Fluxo migratório. 2 – Atenção primária. 3 - Hospitalizações. 4 - Venezuelanos. I - Título. II - Ferko, Georgia Patrícia (orientadora).

CDU – 616-053.2 (811.4)

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária/Documentalista:
Marcilene Feio Lima - CRB-11/507-AM

PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA

**PERFIL DE ADOECIMENTO DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UM HOSPITAL
DE REFERÊNCIA EM RORAIMA A PARTIR DO FLUXO MIGRATÓRIO DE
VENEZUELANOS**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Linha de Pesquisa: “Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde”. Área de Concentração: Gestão em Saúde. Defendida em 06 de fevereiro de 2020 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Orientadora / Prof^a. Dr^a. Georgia Patrícia Ferko

Curso de Administração – UFRR

Prof^a. Dr^a. Fabíola Carvalho

Curso de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde – UFRR

Prof^a. Dr^a. Laila Sabino Garro

Curso de Medicina – UFRR

Dedico esta pesquisa à Sra. Lucinda,
minha querida avó, que é inspiração de
força e fé, e melhor orientadora na vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por guiar meus caminhos e ser a fonte de fé e perseverança que me inspira em todos os momentos da vida.

Agradeço à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), por oportunizar a realização desse Mestrado Profissional.

À minha orientadora e amiga, Prof^a. Dr^a. Georgia Patricia Ferko, pela paciência, pelos ensinamentos e pela disponibilidade de sempre.

À minha amiga Germana, pelo apoio e incentivo para que eu mergulhasse neste mundo tão instigante da pesquisa.

À equipe de professores e colaboradores do PROCISA, pelo aprendizado e orientações.

Aos profissionais de saúde do Hospital da Criança Santo Antônio, pelo exemplo de profissionalismo e dedicação em cuidar de forma tão carinhosa das nossas crianças.

Aos migrantes venezuelanos, por dividirem de forma tão generosa suas histórias de vida e permitirem que esta pesquisadora enxergasse “o outro” com um olhar mais humanizado.

Ao Caio, meu marido, meu amor, companheiro e melhor amigo, pela paciência e incentivo com que sempre acompanhou esta pesquisa.

Às minhas filhas, Maria Rita e Ana Clara, que apesar de deixarem de receber minha atenção plena nesses últimos dois anos, encheram-me de amor e carinho em todos os momentos que estivemos juntas, servindo de enorme estímulo para a conclusão desta etapa. Para vocês, meus amores, um grande beijinho da mamãe e o meu eterno obrigado.

“É mais fácil construir crianças fortes do que
reconstruir homens destruídos.”
(Frederick Douglas, 1860)

RESUMO

De cidadãos do mundo a refugiados políticos, milhares de migrantes venezuelanos cruzam a fronteira brasileira a partir do Estado de Roraima em busca de melhores condições de sobrevivência. Acreditando que a população pediátrica é a fatia mais vulnerável do processo migratório e a que mais utiliza os serviços de saúde, esta pesquisa teve como objetivo avaliar o perfil de adoecimento de 221 crianças internadas no único hospital de referência ao atendimento pediátrico do Estado de Roraima, de gestão municipal. Com o propósito de comparar o estado de saúde de crianças de origens brasileira e venezuelana, foram levantadas informações a respeito das condições sociodemográficas e clínicas delas. Foi realizado um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, por meio de revisão documental no prontuário e por meio de informações extraídas de um formulário respondido pelos participantes da pesquisa. A amostra constitui-se de 145 pais e/ou responsáveis legais pelas crianças internadas de nacionalidade brasileira e 76 de nacionalidade venezuelana. Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva com comparação de médias amostrais utilizando o teste t de Student ou teste de Mann-Whitney e com comparação das proporções de variáveis categóricas utilizando o teste do χ -quadrado. Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o *software SPSS*. Nos resultados foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na comparação de proporções de todas as características sociodemográficas avaliadas, com exceção da escolaridade do responsável, demonstrando que crianças de origem venezuelana experimentam piores determinantes sociais de saúde. Em relação ao perfil clínico, apenas duas variáveis demonstraram diferença estatística significativa (média do peso de nascimento e idade da criança), expondo uma caracterização clínica bem semelhante entre os dois grupos em comparação. Os motivos das hospitalizações foram semelhantes, assim como a prevalência de ICSAP (Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária). Ademais, em relação à acessibilidade dos serviços de saúde em Roraima, observaram-se diferenças estatísticas significativas em relação a uma possível menor cobertura da atenção primária à saúde entre as crianças de origem venezuelana, e uma maior percepção de demora no atendimento ao utilizar o SUS em Roraima entre os pais e/ou responsáveis pela criança de origem brasileira. Conclui-se, diante deste cenário, que existem iniquidades em saúde na comparação das duas populações do estudo, sendo que somente o avanço da estrutura dos serviços de saúde no Estado de Roraima talvez não seja suficiente para garantir saúde e condições equânimes para a inserção social dos migrantes venezuelanos. Faz-se necessário, então, estabelecer políticas que diminuam as desigualdades sociais entre os indivíduos, independentemente de nacionalidade.

Palavras-Chave: Fluxo migratório, Atenção Primária, Hospitalizações, Venezuelanos.

ABSTRACT

From citizens of the world to political refugees, thousands of Venezuelan immigrants cross the Brazilian border through the state of Roraima looking for better survival conditions. Considering that the pediatric population is the most vulnerable part of the migration process and it is the one that most uses health services, this paper aims to evaluate the illness profile of 221 children admitted to the only hospital of reference for pediatric care in the state of Roraima, which is managed by the city hall. In order to compare the health condition of Brazilian and Venezuelan children, information was collected regarding their sociodemographic and clinical conditions. An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out, through documentary review of the medical record and through information extracted from a form answered by the research participants. The sample consists of 145 parents and/or legal guardians for hospitalized children of Brazilian nationality and 76 of Venezuelan nationality. For data analysis, descriptive statistics were used with comparison of sample means using Student's t-test or Mann-Whitney test, comparing the proportions of categorical variables using the χ -square test. The data were tabulated and analyzed using the SPSS software. The results showed statistically significant differences when comparing the proportions of all the sociodemographic characteristics evaluated, with the exception of the guardian's education, demonstrating that Venezuelan children experience worse social determinants of health. Regarding the clinical profile, only two variables showed a statistically significant difference (average birth weight and child age), exposing a very similar clinical characterization between the two groups in comparison. The reasons for hospitalizations were similar, as the prevalence of SCPCH (Sensitive Conditions to Primary Care Hospitalization). In addition, for the accessibility of health services in Roraima, there were statistically significant differences in relation to a possible lower coverage of primary health care among Venezuelan children and a higher Brazilian parents and/or guardians' perception of delay in attendance when using SUS in Roraima. Thus, in face of this scenario, there are health inequities in the comparison of the two populations of the study, since only the health structure advancement services in the state of Roraima may not be sufficient to guarantee health and equitable conditions for social insertion of Venezuelan immigrants. It is necessary, then, to establish policies which reduce social inequalities, regardless of people's nationality.

Keywords: Migratory flow, Primary Care, Hospitalizations, Venezuelans.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde.....	29
Figura 2	Série histórica de 2009 a 2019 com o total do número de internações de crianças no município de Boa Vista – RR.....	31
Figura 3	Série histórica de 2009 a 2019 com a distribuição da Proporção de Internações de Crianças por Condições Sensíveis à Atenção Básica no Município de Boa Vista – RR.....	32
Figura 4	Distribuição da nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais pelas crianças internadas no HCSA.....	49
Figura 5	Distribuição da variável “local de residência” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	50
Figura 6	Distribuição da variável “grau de escolaridade” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	51
Figura 7	Distribuição da variável “atividade laboral” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	52
Figura 8	Distribuição da variável “renda mensal familiar” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	53
Figura 9	Distribuição da variável “condições de moradia” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	55
Figura 10	Distribuição da variável “tempo de imigração” entre as crianças de origem venezuelana que residiam em abrigos e em situação de rua.....	56
Figura 11	Distribuição da variável “modo de abastecimento de água nas residências” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	58
Figura 12	Distribuição da variável “tratamento de água realizado para o consumo” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	59
Figura 13	Distribuição da variável “destino do esgoto nas residências” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	60

Figura 14	Distribuição da variável “destino do lixo coletado nas residências” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	61
Figura 15	Distribuição das variáveis relacionadas ao saneamento básico nas residências de crianças de origem brasileira que residem em municípios do interior de Roraima.....	62
Figura 16	Gráfico Box Plot da distribuição das idades das crianças internadas no hospital segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis. Boa Vista-RR, 2019 (n = 221).....	66
Figura 17	Distribuição da variável “gênero das crianças” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis das crianças internadas no HCSA.....	68
Figura 18	Distribuição da frequência do status vacinal em atraso segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	69
Figura 19	Distribuição da variável “tempo de migração” segundo a nacionalidade venezuelana dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	70
Figura 20	Distribuição da variável “local de ocorrência dos primeiros sintomas da internação” segundo a nacionalidade venezuelana de pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	71
Figura 21	Distribuição das variáveis “perfil de cronicidade” e “internações prévias” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	72
Figura 22	Distribuição da variável do “motivo de internação” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	73
Figura 23	Distribuição da frequência de ICSAP entre os motivos de internação segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.....	76
Figura 24	Distribuição da variável “utilização da emergência como porta de entrada” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais pelas crianças internadas no HCSA.....	79

Figura 25	Distribuição das crianças internadas no HCSA que faziam acompanhamento regular no SUS em Roraima, segundo a nacionalidade dos seus pais e/ou responsáveis legais.....	80
-----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de crianças internadas no HCSA nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2019.....	41
Tabela 2	Distribuição da variável país de nascimento da criança internada no HCSA segundo a nacionalidade dos seus pais e/ou responsáveis legais.....	49
Tabela 3	Distribuição das variáveis categóricas socioeconômicas e demográficas das crianças internadas no hospital segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis. Boa Vista-RR, 2019 (n=221).....	63
Tabela 4	Distribuição das variáveis quantitativas das crianças internadas no HCSA segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis. Boa Vista-RR, 2019 (n=221).....	68
Tabela 5	Distribuição das variáveis categóricas utilizadas para verificar o perfil clínico das internações das crianças internadas no HCSA segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis. Boa Vista-RR, 2019 (n=221).....	75
Tabela 6	Distribuição dos motivos elencados para não fazer acompanhamento regular de saúde segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais pelas crianças internadas no HCSA. Boa Vista – RR, 2019 (n=88).....	81
Tabela 7	Distribuição das variáveis categóricas utilizadas para verificar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde para o atendimento da criança em Roraima segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis. Boa Vista – RR, 2019 (n = 221).....	84

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB	Atenção Básica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAER	Companhia de Águas e Esgotos de Roraima
CID-10	Décima Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CODEVIDA	<i>Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y la Vida</i>
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde de Família
HCSA	Hospital da Criança Santo Antônio
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MS	Ministério da Saúde
Nepo	Núcleo de Estudos da População
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PFQA	Programa Família Que Acolhe
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Políticas Nacionais de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PROVEA	Programa Venezuelano de <i>Educación-Acción en Derechos Humanos</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAME	Seção de Arquivo Médico e Estatístico
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIS Fronteiras	Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRR	Universidade Federal de Roraima
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.2 Objetivos.....	20
1.2.1 Objetivo Geral.....	20
1.2.2 Objetivos Específicos.....	20
1.3 Justificativa.....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 Políticas Públicas em Saúde e a Atenção voltada à Saúde da Criança.....	22
2.2 Modelo de Atenção do SUS voltado para a Atenção Primária.....	25
2.3 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): indicador indireto da efetividade da APS X Determinantes Sociais de Saúde.....	28
2.4 Imigração e Acesso à Saúde no Brasil.....	33
3 METODOLOGIA.....	39
3.1 Desenho do Estudo.....	39
3.2 Cenário da Pesquisa.....	39
3.3 Amostra.....	40
3.4 Coleta de Dados.....	42
3.5 Riscos e Benefícios para participação na pesquisa.....	45
3.5.1 Riscos	45
3.5.2 Benefícios.....	46
3.6 Análise de Dados.....	46
3.7 Aspectos Éticos.....	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
4.1 Variáveis Sociodemográficas.....	48
4.2 Variáveis Clínicas das Crianças Internadas.....	66
4.3 Acesso aos Serviços de Saúde no SUS, em Roraima.....	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
PRODUTO TÉCNICO.....	90
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICES.....	110
ANEXOS.....	119

1 INTRODUÇÃO

Movimentos migratórios acontecem desde os primórdios da história das sociedades, sendo que a busca por melhores condições de vida sempre foi a mola propulsora para tal fenômeno. No atual mundo globalizado, a migração é uma realidade frequente e crescente, o que torna fundamental discutir sobre acolhida humanitária, assim como a assistência prestada a esses estrangeiros a partir da utilização dos equipamentos públicos do país de origem (GUERRA; VENTURA, 2017).

De cidadãos do mundo em busca de novas oportunidades a refugiados políticos, esses personagens passaram a ver o Brasil dos últimos anos como um possível local de moradia e de melhores condições de vida. Atualmente, entidades governamentais lançam um olhar mais atento para o fluxo migratório sem precedentes de venezuelanos ao Brasil, a partir da notória crise política, econômica e institucional que assola o país vizinho, desde meados de 2014 (UNHCR, 2018).

As autoridades brasileiras estimam que cerca de 224.000 venezuelanos vivem atualmente no Brasil, e diante da sua imensidão territorial este número pode parecer ínfimo. No entanto, os migrantes utilizam o Estado de Roraima como porta de entrada, sendo esta a unidade federativa mais setentrional, menos populosa e com menor participação no Produto Interno Bruto (PIB) do país. Dessa forma, esse incremento populacional de migrantes se torna um verdadeiro “gigante” para a cidade fronteiriça de Pacaraima e para a capital Boa Vista, pois são as localidades que mais recebem esses estrangeiros, criando, assim, um novo espaço de diversidades, contradições e desafios.

Uma vez no Brasil, aos migrantes é garantido, em tese, o direito à utilização dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social, conferidos a partir da Constituição, e de tratados e convenções internacionais dos quais o Brasil é signatário. Dentre outros aspectos, a presença do fluxo migratório de venezuelanos no país tem levantado questões sobre as condições de acesso desta população ao nosso Sistema Único de Saúde (SUS), representando um desafio a mais tanto para gestores como para os profissionais da área (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Pode aludir-se que os entraves que os migrantes enfrentam para garantir o atendimento nos serviços de saúde vão além da deficiência na cobertura ou na extensão do acesso. As dificuldades oriundas pelo próprio transcurso do processo migratório, associado a

vulnerabilidade decorrente das condições de vida que encontram no país de origem, muitas vezes resultam em agravos de saúde que merecem atenção especial para o seu enfrentamento.

O desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as questões éticas que envolvem a saúde como direito universal em território brasileiro independente da nacionalidade, além das especificidades próprias dos processos de saúde e doença dos diferentes grupos de migrantes, completa um palco de adversidades nesse processo de inclusão. O panorama atual encontrado é de emergências superlotadas, a população local dividindo os restritos leitos dos hospitais públicos com esses estrangeiros e profissionais de saúde tentando se adequar a esta nova realidade – realidade essa inserida em um Sistema Único de Saúde (SUS) teoricamente voltado para a Atenção Primária à Saúde (APS) e que, aparentemente, expõe deficiências nos seus fluxos de atendimentos.

Ademais, esse fenômeno migratório tem caráter plural, uma vez que milhares de crianças participam deste contingente e são expostas aos riscos deste movimento de pessoas. Nesta pesquisa, o enfoque será dado à população pediátrica acreditando ser a fatia de indivíduos de maior vulnerabilidade e, provavelmente, com condições de saúde mais deterioradas. Ao mesmo tempo, parte-se do princípio de que as crianças são os principais usuários de um Sistema de Saúde, sendo que os indicadores relacionados à essa faixa etária podem refletir diretamente a qualidade da assistência de toda uma população (MELLO *et al.*, 2012).

Segundo Scliar (2007), ao utilizar o conceito atual de saúde é aconselhável relacionar os determinantes sociais de saúde (como condições de moradia adequadas, acesso à educação, distribuição de renda, atividade laboral, entre outros) com o acesso aos serviços que a promovem. Transpondo este conceito para o cenário de desafios que instigou esta pesquisadora, foi escolhido como lócus deste estudo o único hospital de referência ao atendimento à população pediátrica do Estado de Roraima: o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). O que confere peculiaridade a este serviço de saúde é o atendimento por demanda espontânea e referenciada de toda a população pediátrica proveniente da capital Boa Vista, de municípios do interior do Estado e, ainda, de países vizinhos, como Guiana Inglesa e Venezuela.

Desde o início do fenômeno migratório de venezuelanos, o referido hospital tenta se adequar para receber esta nova demanda e, sob esta vertente, tanto a população pediátrica de origem brasileira quanto àquela de origem venezuelana utilizam o mesmo SUS em Roraima. Dessa forma, realizar um estudo comparativo e simultâneo do estado de saúde e das condições

de acesso das duas populações referenciadas para o último nível de atenção à saúde poderá trazer subsídios para o planejamento de políticas públicas que visem melhorias no cuidado e atenção desta área prioritária da saúde das populações.

A partir desta explanação, esta pesquisa levanta os seguintes questionamentos: qual o perfil de adoecimento da população pediátrica internada no único hospital infantil de referência no Estado de Roraima, o Hospital da Criança Santo Antônio, a partir do incremento do fluxo migratório de venezuelanos? Será que as condições que mais levam às internações no referido hospital são sensíveis à Atenção Primária, e se apresentam de modo diferente entre as crianças de origem brasileira e àquelas de origem venezuelana?

Para esse estudo levantaram-se as seguintes hipóteses:

- a) O perfil sociodemográfico e econômico das crianças internadas de origem venezuelana no HCSA revela determinantes sociais de iniquidades em saúde quando comparados à população pediátrica de origem brasileira internada no mesmo serviço;
- b) As doenças que mais acometem a população pediátrica internada no HCSA são secundárias às condições evitáveis e se mostraram mais frequentes entre as crianças de origem venezuelana; e,
- c) A população pediátrica de origem venezuelana possui uma menor cobertura e acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde usando a emergência do HCSA como porta de entrada no mesmo Sistema de Saúde, em que são atendidas as crianças de origem brasileira.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar o perfil das internações da população pediátrica no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), estabelecendo uma comparação entre crianças de origem brasileira e àquelas de origem venezuelana internadas no mesmo período.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Levantar características sociodemográficas e econômicas da população pediátrica internada no HCSA, tanto de origem brasileira quanto de origem venezuelana;

- Verificar as características clínicas e os principais motivos de internações no HCSA de crianças de origem brasileira e àquelas de origem venezuelana, identificando as condições que são sensíveis à Atenção Primária;
- Investigar as condições de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde da população pediátrica internada no HCSA no mesmo período, e o caminho percorrido dentro do Sistema de Saúde que originou aquela internação, independente da origem da nacionalidade; e,
- Propor como estratégia em saúde voltada para a população pediátrica de migrantes venezuelanos a elaboração de um programa de rádio a fim de mitigar os problemas evidenciados a partir dos resultados encontrados nesta pesquisa.

1.3 Justificativa

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de se estudar as demandas da migração de venezuelanos para o Estado de Roraima sob a vertente das consequências para o Sistema de Saúde, notadamente no HCSA. E para alcançar tal proposta, torna-se substancial estabelecer uma comparação entre o perfil de adoecimento da população pediátrica de migrantes venezuelanos, e das crianças e adolescentes de nacionalidade brasileira atendidos no mesmo hospital de referência.

A autora desta pesquisa é participante ativa deste problema, uma vez que frequenta o Hospital da Criança Santo Antônio e afirma o quanto é notório o aumento exponencial do número de atendimentos a essa população específica, assim como o efeito que tal circunstância acarreta ao funcionamento do único hospital no Estado de Roraima para o atendimento da população pediátrica.

Os serviços de saúde, que já mostravam sinais de sobrecarga antes do fenômeno migratório, repentinamente obrigaram-se a absorver uma nova demanda que potencializa ainda mais suas dificuldades, como emergências superlotadas, falta de leitos, falta de insumos e medicamentos, bem como dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Diante deste cenário, entender as principais causas de hospitalização da população pediátrica torna-se substancial para um melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais de saúde. Uma das formas de se avaliar a efetividade de um Sistema de Saúde é a capacidade de resolução da Atenção Primária, influenciando diretamente na diminuição das internações hospitalares por um grupo de causas evitáveis.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nessa seção são apresentados os aportes teóricos que foram utilizados para atingir o objetivo deste trabalho. Discorre-se, em um primeiro momento, sobre as políticas públicas em saúde existentes voltadas para a população pediátrica; fez-se uma abordagem sobre a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e suas condições de acesso. Apresenta-se o indicador indireto que registra a taxa de hospitalização por condições evitáveis em determinada localidade como forma de avaliar a efetividade da APS e a influência dos determinantes sociais de saúde no processo saúde-doença. Na última subseção, insere-se a temática das migrações no Brasil e o seu contexto sobre o acesso aos serviços de saúde pelos migrantes.

2.1 Políticas Públicas em Saúde e a Atenção voltada à Saúde da Criança

De acordo com o conceito definido pela Organização Mundial de Saúde (1946), “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Para tal, deve-se levar em consideração aspectos fundamentais que ultrapassam a estrutura física da rede de atenção oferecida a uma determinada população. Assim, a presença de postos de saúde e de hospitais de fácil acesso ao usuário, bem como a disponibilidade de médicos e demais profissionais da saúde para seu atendimento são apenas alguns dos pilares que definem tal conceito (SCLIAR, 2007).

Considera-se, atualmente, que o início do processo de saúde se baseia, substancialmente, em alguns outros determinantes essenciais que constroem uma boa qualidade de vida e perpetuam uma boa condição de saúde. Aspectos como o acesso a moradias adequadas, o acesso à educação, a oportunidade de emprego, as opções de lazer disponíveis, a garantia de bons hábitos alimentares, dentre outros são imprescindíveis para caracterizar uma sociedade saudável em sua definição mais ampla; ou seja, para se definir o estado de saúde de uma população é aconselhável relacionar os determinantes sociais de saúde com o acesso aos serviços que a promovem (SÁ JUNIOR, 2004).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma das maiores conquistas sociais do povo brasileiro, sendo considerado o elemento chave para assegurar a saúde a todos os indivíduos. Instituído no Brasil na década de 1990 por meio da Lei nº 8.080,

de 19 de setembro de 1990, o SUS consiste em um conjunto de ações e serviços de saúde integrados de forma regionalizada e hierarquizada através do cumprimento de suas diretrizes e princípios, como universalidade, integralidade e descentralização (BRASIL, 1990).

Na Constituição Federal de 1988 a importância das políticas públicas se torna evidente e fundamental para se contemplar os princípios e diretrizes do SUS:

Art.196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 118).

Assim, para a promoção de saúde, o Estado implementa políticas públicas direcionadas para a melhoria do atendimento de saúde dos indivíduos. O próprio SUS é considerado o maior projeto de política pública em saúde do Brasil, e se subdivide em políticas que, por definição, são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social. A política pública deve ser construída a partir da participação direta ou indireta da sociedade civil, visando assegurar um direito a determinado serviço, ação ou programa (FLEURY; OUVÉRY, 2013).

Dentre as políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Um dos principais objetivos desta política é adequar os recursos e os programas do Ministério da Saúde com a finalidade de consolidar e ampliar as conquistas já alcançadas, como a redução da mortalidade infantil ao longo dos anos e a queda dos índices de desnutrição no país (BRASIL, 2015). Cabe ressaltar, ainda, que tal política procura priorizar a Primeira Infância (que corresponde a fase da vida do nascer até os 6 anos) e as populações de maior vulnerabilidade, como crianças com deficiências, indígenas, quilombolas, ribeirinhas e em situação de rua (MELLO *et al.*, 2012).

A PNAISC foi instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, após quatro anos de construção coletiva do Ministério da Saúde com as Coordenações de Saúde da Criança das Secretarias Estaduais de Saúde e Municipais, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pesquisadores e sociedade civil. Considerada um marco para a atenção integral da criança, tal política articula as ações em todos os níveis de atenção a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a Atenção Básica (AB) a ordenadora e coordenadora das estratégias

voltadas à criança. Possui sete eixos estratégicos: atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; e, vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

Diversos estudos demonstram que os primeiros anos de vida das crianças são fundamentais para estabelecer os alicerces de suas aquisições futuras. Dessa forma, promover saúde na Primeira Infância significa oferecer a todas as crianças, preferencialmente nos três primeiros anos de vida, ambientes físicos seguros, nutrição adequada e relacionamentos estáveis e responsivos, pois os mesmos provêm benefícios permanentes para a aprendizagem, para o comportamento e para a saúde física e mental. Acredita-se, então, que investimentos na Primeira Infância “são os mais efetivos e eficientes que um país pode fazer para eliminar a pobreza extrema, estimular a prosperidade coletiva e criar o capital humano necessário para a diversificação e o crescimento das economias” (OMS, 2018, p. 4).

Uma das formas de se avaliar as condições de saúde de uma população é a utilização de indicadores em saúde, uma vez que sua utilização é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Considerando as crianças menores de 5 anos como a população que mais utiliza os serviços públicos de saúde nos países em desenvolvimento, o padrão de adoecimento e morte nesta faixa etária corriqueiramente é utilizado como indicador de qualidade de vida de toda a população (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003).

Ressalta-se, neste sentido, que os indicadores básicos de saúde infantil se constituem em uma importante ferramenta de planejamento para políticas de proteção e promoção dos direitos das crianças e adolescentes. Permitem, sobretudo, mostrar o estado atual de saúde e de doença de uma determinada população, avaliando a eficácia da cobertura de programas, o impacto das ações já implementadas e identificando prioridades de intervenções em saúde a serem tomadas (CESAR *et al.*, 2006).

Segundo Starfield (2002), dentro do contexto do SUS as políticas voltadas para o fortalecimento da Atenção Primária são as que mais se aproximam dos seus princípios e diretrizes. As Políticas Nacionais de Atenção Básica são consideradas o eixo estruturante de toda uma organização de ações e serviços em saúde voltada para este nível de assistência. Da

mesma forma, a utilização de indicadores indiretos vem sendo implementada como forma de avaliação de efetividade dos modelos de atenção ofertados pelo SUS.

A definição de Atenção Primária ou Atenção Básica tem sido frequentemente reinterpretada e reinventada; na sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata de doenças. Ou seja, inclui um espectro de serviços que vão desde a promoção da saúde e a prevenção até o tratamento de doenças agudas e infecciosas, o controle de doenças crônicas, os cuidados paliativos e a reabilitação. Trata-se, portanto, do primeiro contato na rede de assistência à saúde, sendo preconizado que esta seja capaz de atender de 80 a 90% das necessidades de uma pessoa ao longo da vida.

Diante de tantas atribuições, um modelo de saúde que priorize este primeiro nível de atenção acredita-se que obtenha melhores resultados, eficiência, menores custos e maior qualidade de atendimento em comparação com outros modelos. A seguir, será destacado o papel da Atenção Primária à Saúde dentro do SUS no Brasil.

2.2 Modelo de Atenção do SUS voltado para a Atenção Primária

Historicamente, a década de 1970 apresentou mudanças políticas e sociais principalmente nos países desenvolvidos. Paralelamente a esses movimentos, mudanças na concepção de saúde também ocorreram, sendo que, em 1978, aconteceu o grande marco para a institucionalização da Atenção Primária à Saúde: a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, a qual teve apoio integral da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Por definição, a Declaração de Alma-Ata definiu os cuidados primários de saúde no seguinte item:

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978, p. 1).

Desde então, a saúde passa a ser vista como um direito humano, sendo que elementos essenciais deveriam ser garantidos para que a atuação da APS fosse o mais eficiente possível, dentre eles: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil,

incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e, a valorização das práticas complementares.

A Organização Mundial da Saúde, com o intuito de operacionalizar as metas estabelecidas na Conferência de Alma-Ata, estipulou prazos para seus alcances. Naquele momento, países industrializados já haviam alcançado a maior parte das metas, sendo que os países em desenvolvimento se encontravam distantes em relação aos marcos a serem atingidos – esse marco inicial pode explicar diferentes conceituações e modos de implantação nos diferentes serviços de saúde (VUORI, 1984).

Para Mendes (2012, p. 57), esse distanciamento de perspectivas também pode ter ocasionado distintas interpretações em relação à APS: “a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde”. E essas três vertentes dos cuidados primários podem ser encontradas em vários países, ou até em localidades de um mesmo país.

Evidências científicas nacionais e internacionais consideram que o fortalecimento da APS é o modelo de atenção à saúde que mais se adequa aos indicadores epidemiológicos de transição, assim como de mudanças no perfil demográfico atualmente. Na dimensão do Brasil continental convivem vários modelos de estruturação aos cuidados primários, sendo a Estratégia de Saúde de Família (ESF) a estratégia prioritária da sua organização (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Dessa forma, desde a criação do SUS as políticas que mais se aproximaram de suas diretrizes e princípios foram àquelas direcionadas ao fortalecimento da APS. Neste contexto, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) se tornaram a grande base de estruturação do modelo de atenção e gestão em saúde; tamanha sua importância, as PNAB são consideradas como o eixo estruturante na organização das ações e serviços de saúde, e reconhecem na ESF a melhor representação para a expansão, consolidação e qualificação da APS. A partir de então, cabe à ESF a missão desafiadora de transformar o modelo brasileiro hegemônico de assistência à saúde – caracterizado pela centralidade da figura do médico, medicamentoso, curativo, individual e hospitalocêntrico –, em um modelo de assistência coletivo, interdisciplinar e baseado na família e no contexto social onde os indivíduos vivem e trabalham (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Por sua vez, a APS como mola propulsora do SUS deve se organizar por meio dos seus sete atributos: primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, centralidade na família, abordagem familiar e orientação comunitária. Da mesma forma, a APS deverá cumprir integralmente as três funções essenciais que a definem como uma estratégia: a resolutividade, a comunicação e a responsabilização (BRASIL, 2010).

Quanto à resolutividade, esta deverá atender em torno de 90% das demandas da população, seja por meio de capacitação profissional, seja por recursos tecnológicos que completam sua estrutura. Em relação à comunicação, a APS deve centralizar toda a comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo capaz de referenciar e contrarreferenciar os usuários, os produtos e as informações entre os outros elos da rede assistencial; ademais, é responsável pela gestão de recursos e demandas da população que é atendida, bem como com as microrregiões que a compõem (MENDES, 2012).

Apesar das discrepâncias regionais de modelos de atenção aos cuidados primários como acima citado, vários estudos comprovam que a ESF vem conseguindo alcançar resultados positivos em relação a indicadores de saúde, eficiência e de equidade aonde a estratégia está efetivamente implantada (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Unger e Killingsworth (1986) descrevem que, em certas localidades, pode-se visualizar uma APS voltada para populações e regiões mais desprovidas de recursos, em que se oferecem apenas tecnologias simples e de baixo custo sem a capacidade de referenciar casos de maior complexidade, e movida por profissionais de baixa qualificação. Talvez essa seja a realidade encontrada nas cidades de interior do Estado de Roraima, onde a procura por serviços de saúde na capital Boa Vista é uma frequente necessidade, como foi visualizado nos resultados desta pesquisa, detalhados mais a diante.

Em 2013, a Prefeitura Municipal de Boa Vista, antes mesmo da Lei Federal nº 13.257/2016 – Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2016), estabeleceu como prioridade a política pública integrada inteiramente voltada às crianças, tornando Boa Vista a Capital da Primeira Infância e referência nacional e internacional. Merece destaque, neste sentido, a implantação do Programa Família Que Acolhe – PFQA (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA, 2013), que tem o objetivo de criar e fortalecer os vínculos familiares para que as crianças alcancem seu pleno desenvolvimento psicossocial. Este programa contempla a participação de famílias mais carentes sob o ponto de vista econômico e social, e a intervenção é realizada através de palestras educativas e visitação domiciliar.

Atualmente, a estrutura da Atenção Básica em Boa Vista conta com 34 Unidades Básicas de Saúde, 56 equipes de Estratégia de Saúde da Família e 6 equipes multiprofissionais atuando no Núcleo de Atenção à Saúde da Família. Contudo, diante da crise migratória em Roraima, houve um aumento expressivo do número de procedimentos e de atendimentos nos serviços de Atenção Básica em Boa Vista.

Uma problemática evidenciada na saúde da criança se relaciona às morbidades e hospitalizações por causas evitáveis no país. Entre as causas predominantes de morbidades que acometem crianças menores de quatro anos no Brasil, há a predominância de afecções respiratórias, seguidas por doenças infecciosas ou parasitárias, doenças do aparelho digestivo, por causas externas e as doenças do aparelho geniturinário. Destaca-se que tais doenças poderiam ser evitadas a partir de um conjunto de ações sensíveis e resolutivas ainda na APS, as ICSAPs (Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária), sendo que este indicador será melhor apresentado na seção a seguir.

2.3 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): indicador indireto da efetividade da APS X Determinantes Sociais de Saúde

A utilização de indicadores de saúde é uma estratégia utilizada para quantificar o desempenho das redes de assistência à saúde através de análises indiretas. Dessa forma, o estudo epidemiológico de uma população pode trazer informações valiosas sobre seus determinantes de saúde, assim como as condições que levam às doenças; além disso, serve para mapear as dificuldades de assistência e subsidiar políticas de saúde voltadas a essa população (CARDOSO *et al.*, 2013).

Um dos indicadores de saúde que serve para avaliar indiretamente o desempenho da Atenção Primária é conhecido, no Brasil, como internações por condições sensíveis à atenção primária. Tal indicador parte do princípio que uma APS oportuna e eficaz pode evitar as internações por certas condições ou até reduzir sua frequência (REHEM; EGRY, 2011).

Seguindo referências de estudos internacionais, o Brasil começou a utilizar o indicador de ICSAP em 2007, a partir do levantamento e da revisão de listas já existentes em diferentes Secretarias de Saúde do país, assim como em outros países. O Ministério da Saúde promoveu, então, a formação de um grupo técnico composto de pesquisadores, gestores e especialistas no tema para a elaboração da lista brasileira adaptada à realidade do país. Assim, após análises,

discussões e até consulta pública, a lista foi construída considerando o contexto de saúde e o perfil epidemiológico brasileiro (NEDEL *et al.*, 2011).

Posteriormente, por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, houve a publicação dos 19 grupos de diagnósticos que compõem essa lista, classificados de acordo com a Décima Classificação Internacional de Doenças (BRASIL, 2008). A Figura 1, a seguir, mostra os diagnósticos e suas respectivas classificações.

Figura 1 – Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde.

Diagnóstico CID 10	Códigos Selecionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças pulmonares	J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes melitus	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1;E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8;E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.

Fonte: Brasil (2008, p. 1).

Por meio da referida portaria, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que esse indicador seja utilizado como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da atenção hospitalar, podendo ser também aplicado para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2008). Cabe ressaltar aqui, que a lista adaptada ao perfil epidemiológico do país continha doenças infectocontagiosas que estavam ausentes das listas dos países desenvolvidos; tais enfermidades possuíam baixa prevalência

nos demais países e/ou tinham pouca probabilidade de gerar uma internação, realidade bem diferente da encontrada entre os serviços de saúde brasileiros (BRASIL, 2008).

Um dos estudos pioneiros que utilizou esse indicador indireto da atenção primária foi o de Billings *et al.* (1993), o qual verificou que em regiões da cidade de Nova Iorque onde o atendimento ambulatorial era mais adequado e disponível, as taxas de hospitalização por condições sensíveis a este nível de atenção à saúde eram menores. Na literatura, outros países também iniciaram estudos utilizando esta temática para comprovar essa associação de altos índices de hospitalizações por determinadas causas evitáveis com dificuldades de acesso à Atenção Primária e/ou à sua efetividade (PARCHMAN; CULLER, 1994; CASANOVA; STARFIELD, 1995; FLEMING, 1995; BERMUDEZ; BAKER, 2005; ANSARI; LADITKA; LADITKA, 2006).

Vários estudos foram realizados no Brasil a partir da criação da lista oficial da ICSAP seguindo as evidências científicas encontradas em outros países. Alfradique *et al.* (2009), em seu estudo, sinalizavam que altas taxas de ICSAP pudessem estar relacionadas a sérios problemas de acesso e de desempenho da Atenção Primária para certas doenças. Da mesma forma, Elias e Magajewski (2008), Dias da Costa *et al.* (2010) e Rosano *et al.* (2013) também abordaram em seus estudos que em regiões onde o acesso e a qualidade de assistência da AB eram evidenciados de forma oportuna, menores taxas de ICSAP foram observadas.

Pereira, Silva e Lima Neto (2014) realizaram uma revisão sistemática de artigos com o intuito de avaliar a expansão da ESF e a sua associação com resultados de estudos que utilizaram a ICSAP. Alguns resultados merecem destaque, e serviram de base norteadora para a conclusão desta pesquisa: dos 21 artigos selecionados, a região Norte aparecia em apenas 1 estudo por ser este de abrangência nacional, o que se evidencia a necessidade de estudos representativos nesta região principalmente diante das disparidades regionais encontradas; outros dados a se considerar é a alta incidência de ICSAP na maioria de estudos em crianças menores de 5 anos, que pode estar relacionado diretamente à dependência deste grupo aos determinantes sociais de saúde, e o mais contraditório é que em relação à expansão da ESF nos diferentes municípios estudados, a redução das ICSAP não se evidenciou de forma constante. Acredita-se, portanto, que outros fatores, como as características individuais, as variáveis socioeconômicas e as diferenças regionais dos serviços de saúde, podem influenciar nos resultados das ICSAP.

Mendonça (2016) concluiu que a vulnerabilidade socioeconômica está interligada ao comportamento das ICSAP, tendo a AB um papel importante na redução das iniquidades em

saúde. Segundo Macinko e Mendonça (2018), existe concordância entre os estudos internacionais de que os sistemas de saúde com a APS como centro da organização possuem melhores resultados quanto a saúde da população, e a redução de investimentos na saúde pode resultar em piores condições de vida, aumentar as iniquidades e retroceder qualquer crescimento econômico.

Trazendo a realidade das ICSAP para o contexto do cenário da pesquisa, segundo dados do Observatório de Boa Vista, percebe-se que, ao longo da série histórica de 10 anos, a proporção de ICSAB apresentou redução considerável a partir de 2009, com variações para mais ou para menos ao longo dos anos, porém mantendo-se abaixo de 20%. Esses resultados são melhor visualizados nas figuras 2 e 3 a seguir. Tais resultados podem refletir uma melhor qualidade de assistência da Atenção Básica na capital Boa Vista, considerando que, ao longo dos anos subsequentes, houve um aumento total no número de internações. É interessante ressaltar que no ano de 2015 a proporção de internação por condições sensíveis no Estado de Roraima foi de 27,64%, e mesmo considerando o aumento da taxa de ICSAP neste mesmo ano em Boa Vista, ainda permaneceu abaixo da meta de 20%.

Figura 2 – Série histórica de 2009 a 2019 com o total do número de internações de crianças no município de Boa Vista – RR.



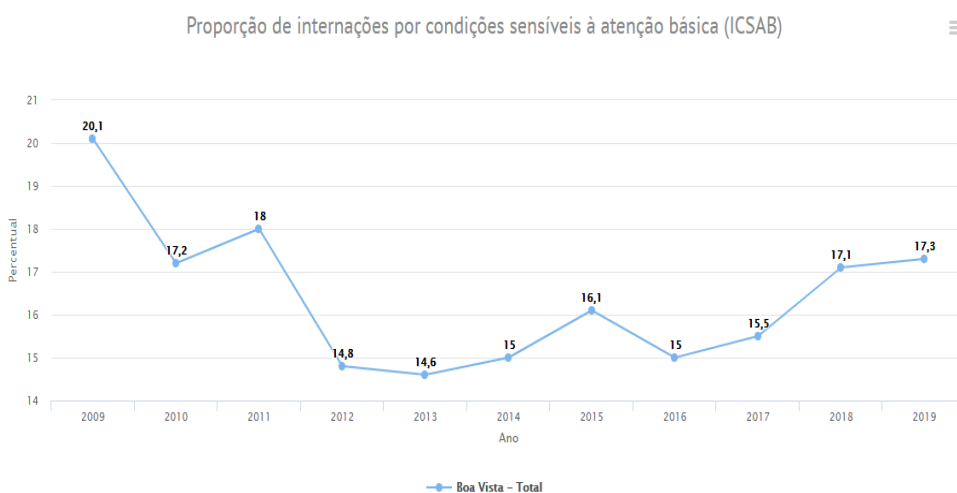
Fonte: SIH (2020).

Observa-se que no ano de 2019 a contabilização do número de internações corresponde apenas aos 3 primeiros meses do ano, o que justifica o seu menor quantitativo. Outro dado a ser considerado é o aumento progressivo do número de internações ao longo dos anos. Considerando o HCSA como o único hospital de referência para o atendimento da

população pediátrica no Estado de Roraima, acredita-se que, ao longo dos anos, o mesmo serviço foi absorvendo uma maior demanda, se adequando por meio de reformas e aumento do número de leitos. Em outubro de 2018, a Prefeita de Boa Vista inaugurou um novo bloco no HCSA, o que representou um aumento de 40% dos leitos totais do hospital. Desde aquela ocasião, foram contabilizados 163 leitos para o atendimento da população pediátrica (RORAIMA EM FOCO, 2019).

No ano de 2019 foram entregues as obras da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HCSA e novas obras na emergência do HCSA, onde os leitos de observação aumentaram de 34 para o quantitativo de 41. Na ocasião, a Secretaria Municipal de Saúde comprovou, em números, o impacto do fluxo migratório para o referido hospital. Em 2016, apenas 66 venezuelanos foram atendidos no Hospital da Criança, correspondendo a uma média de 5 crianças por mês. Em 2018, esse número passou para 11.764 atendimentos, equivalendo a uma média de 980 crianças por mês. Em porcentagem, o aumento ficou em cerca de 18.000% para atendimentos a venezuelanos, muito maior ao aumento do número de atendimento a brasileiros nesse mesmo período, que correspondeu a 38% (OBSERVATÓRIO DE BOA VISTA, 2020).

Figura 3 – Série histórica de 2009 a 2019 com a distribuição da Proporção de Internações de Crianças por Condições Sensíveis à Atenção Básica no Município de Boa Vista – RR.



Fonte: Observatório de Boa Vista (2020).

Observa-se que houve o aumento da proporção por ICSAB a partir do ano de 2016, coincidindo com o aumento do fluxo migratório de venezuelanos; porém, não se consegue avaliar essa associação, uma vez que nos registros utilizados pelo Sistema de Informação

Hospitalar (SIH) não se diferencia a nacionalidade do paciente, nem tampouco a nacionalidade dos pais da criança. Mais adiante, será vislumbrada, nos resultados desta pesquisa, a importância deste dado, pois várias crianças de origem venezuelana, ou seja, filhos de migrantes pais venezuelanos que nasceram no Brasil entram nesta contabilização como de nacionalidade brasileira.

Ademais, esses resultados podem refletir uma melhor qualidade de assistência da Atenção Básica na capital Boa Vista, considerando que, ao longo dos anos subsequentes, houve um aumento total no número de internações. É interessante ressaltar que no ano de 2015 a proporção de internação por condições sensíveis no Estado de Roraima foi de 16,1%, e mesmo considerando o aumento da taxa de ICSAP neste mesmo ano na capital Boa Vista esta ainda permaneceu abaixo da meta de 20%.

Como referido anteriormente, o retrato desse indicador (ICSAP) na cidade de Boa Vista pode ter sofrido influência da intensa migração venezuelana ocorrida nos últimos anos – em se tratando de números de pessoas que migraram, este dado parece ínfimo em relação a imensidão desse Brasil continental. No entanto, considerando o contexto do cenário dessa pesquisa, a menos populosa capital Boa Vista passou a receber um expressivo contingente de pessoas que impactou seus equipamentos públicos de forma consistente e até então duradoura. Trata-se de uma migração plural, sendo que muitas crianças participam deste deslocamento transfronteiriço e representam o grupo etário mais vulnerável, bem como o que mais utiliza os serviços de saúde.

Isto posto, torna-se fundamental situar o leitor nas tendências dos movimentos migratórios no Brasil, em que, em diversos momentos da História, foram recebidos de maneira diferente. Além disso, voltando para a temática desta pesquisa, é essencial inserir a perspectiva de acesso aos serviços de saúde no Brasil pela população de migrantes. Cabe ressaltar, ainda, que outros estudos focalizaram esta temática e serviram de referência bibliográfica para contextualizar essa pesquisa, sendo citados na seção a seguir.

2.4 Imigração e Acesso à Saúde no Brasil

Desde a época do Regime Militar, o imigrante era considerado uma ameaça à “estabilidade e à coesão social”. Assinado pelo General Figueiredo, trigésimo presidente do Brasil, que governou entre 1979 a 1985, o Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 6.815/80) tratava a

questão migratória com enfoque na segurança nacional, engessando a tomada de decisões voltadas ao acolhimento e à integração dos imigrantes (SPRANDEL, 2018).

A partir dos anos 1980, a questão migratória passou a ter relevância no cenário sociopolítico do país, levando à necessidade de sua reestruturação diante de situações que marcaram esse período histórico. Neste momento, brasileiros que buscaram a vida no exterior se encontravam vulneráveis e com poucas perspectivas quanto à reinserção no país no que diz respeito à obtenção de trabalho e à cobertura da previdência social. Aliado a isso, com a entrada irregular de trabalhadores e suas famílias provenientes da Bolívia e do Paraguai, além do fluxo massivo de haitianos e africanos no ano de 2010, tornou-se necessário redimensionar as questões que envolviam a política migratória (PATARRA, 2006).

Após uma série de debates entre os diversos órgãos envolvidos, direta e indiretamente, na prática imigratória no Brasil e no exterior, além de representantes da sociedade civil e de organismos internacionais, nasceu a nova Lei de Migração, sancionada pelo atual presidente da República, Michel Temer. Apesar de alguns vetos do Projeto de Lei original, a nova lei prevê a eliminação de discriminações contra migrantes, a facilitação da regularização migratória e a não criminalização da migração. A migração, neste sentido, passa a ser vista como um vetor do desenvolvimento e um fenômeno da humanidade, simplificando diversos procedimentos administrativos para o imigrante. Segundo a nova Lei de Migração, Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017 (BRASIL, 2017, p. 1):

Art. 3º A política migratória brasileira rege-se pelos seguintes princípios e diretrizes:
I – Universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos;
II – Repúdio e prevenção à xenofobia, ao racismo e a quaisquer formas de discriminação;
III – Não criminalização da migração;
IV – Não discriminação em razão dos critérios ou dos procedimentos pelos quais a pessoa foi admitida em território nacional;
V – Promoção de entrada regular e de regularização documental;
VI – Acolhida humanitária;

Além disso, a atual legislação concede o visto humanitário em determinadas situações específicas, como dos apátridas e daqueles que chegam ao Brasil em razão, por exemplo, de situações de desastres ambientais, conflitos armados e violação de direitos humanos. Tal concessão beneficia, sobretudo, os venezuelanos que procuram o Brasil como alternativa de fuga à crise humanitária, e desafoga a burocratização resultante do aumento exponencial de pedidos de refúgio (FERNANDES; FARIA, 2017).

Assim como no Estatuto do Estrangeiro, o acesso à saúde é garantido na nova Lei de Migração (BRASIL, 2017). Em seu Art. 4º ela define que:

Art. 4º Ao migrante é garantida, no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, bem como são assegurados:

VIII – acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória;

Embora os aparatos jurídicos garantam a saúde como direito universal aos migrantes, faz-se necessário debater sobre a realidade que esses estrangeiros encontram ao utilizar o Sistema Único de Saúde nos estados brasileiros, que tem suas peculiaridades e necessidades distintas.

Para Duarte, Eble e Garcia (2018), se por um lado, nos seus 30 anos de existência, o SUS representou um grande avanço nas políticas sociais do Brasil, em contrapartida inúmeros desafios ainda permeiam a realidade da saúde no país. O subfinanciamento de recursos, aliado às condições socioeconômicas das diferentes macrorregiões do país, são algumas razões que justificam a dificuldade em se sustentar o princípio da universalidade.

Esse dispositivo estabelecido na Constituição Federal, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, não contempla grande parte da população brasileira, em especial a mais vulnerável. Contextualizando o cenário desta pesquisa, o intenso fluxo migratório de venezuelanos representa um obstáculo a mais para a garantia da saúde como direito universal diante da fragilidade de um SUS que, há anos, vivencia dificuldades e singularidades próprias, especificamente do Estado mais setentrional da federação brasileira: Roraima.

Sendo a universalidade um dos princípios do SUS, a questão migratória ganha notoriedade na discussão acerca do acesso desses estrangeiros ao equipamento público de saúde. O direito à saúde, sob a ótica dos direitos humanos, contempla o respeito à dignidade humana, e o dever dos Estados em prover condições para o exercício deste direito através de leis e políticas públicas. Assim sendo, tanto a Constituição Federal quanto a Lei Orgânica do SUS não restringem o acesso universal e gratuito dos serviços de saúde aos imigrantes, no SUS. No entanto, alguns estudos revelam desigualdades de acesso aos serviços de saúde, em que os migrantes enfrentam questões éticas envolvendo discriminação e desrespeito às diferenças socioculturais (GOLDBERG; SILVEIRA, 2013).

Embora o Brasil não seja destaque entre os países que mais recebem estrangeiros oriundos de outros países, os fluxos migratórios merecem destaque quando se discute os impactos que tal fenômeno acarreta às questões relacionadas à saúde dos migrantes. Os cuidados com a saúde geralmente passam a ser a porta de entrada para a utilização do equipamento público no país de origem, e a análise dos sistemas de saúde que recebem os imigrantes passa a ter notável importância (GRANADA *et al.*, 2017).

Indiscutivelmente, o SUS possui princípios e diretrizes que o contempla com o título de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. No que tange a questão migratória, os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade representam um enorme desafio frente a garantia de acesso à saúde de migrantes. Um país de dimensões continentais como o Brasil possui diferentes realidades e enfrentamentos nos modelos de gestão do SUS, e pensar em estratégias com características tão singulares quanto a migração impactam diferentemente nos municípios, nos Estados e na União (SANTOS, 2016).

Considerando a descentralização como um dos pilares de orientação do SUS, a implantação das ações e dos serviços de saúde fica a cargo dos Estados e municípios, sendo estes, portanto, os responsáveis diretos pela assistência à saúde dos migrantes. Em contrapartida, o repasse federal de recursos para o SUS é baseado a partir da população definida de cada território, não sendo levado em consideração o aumento de usuários a partir da migração. Sendo assim, conclui-se que a falta de recursos aliado à falta de estrutura para absorver o contingente de migrantes na rede de assistência à saúde dos municípios corresponde a um enorme obstáculo a ser enfrentado pelos gestores em seu nível de competência (GIOVANELLA *et al.*, 2007).

Poucos trabalhos publicados investigam o tema do acesso aos serviços de saúde, bem como relacionados a seu impacto na Gestão Pública do SUS. Na literatura, foram encontrados alguns estudos empíricos com imigrantes na cidade de São Paulo – a maior receptora de migrantes do país – e nas regiões de fronteira com a Argentina, com o Paraguai e com o Uruguai.

Xavier (2010) e Silva (2009) realizaram estudos com os imigrantes bolivianos em São Paulo. Ambos destacaram o papel positivo da Estratégia de Saúde de Família (ESF) implantada para o atendimento dos migrantes bolivianos na capital paulista, enfatizando, sobretudo, o vínculo criado entre os profissionais de saúde e como tal estratégia facilitou o processo de integração à sociedade. Apesar de inicialmente relatarem certas atitudes

discriminatórias e de intolerância por parte de alguns membros da equipe da ESF, não foram relatadas dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Melo e Campinas (2010) analisaram as condições de trabalho dos imigrantes bolivianos em São Paulo, constatando uma grande incidência de tuberculose entre a população estudada; alguns fatores, como as condições insalubres de trabalho, as jornadas exaustivas e o aumento da prevalência de infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), foram apontados como causas principais para o avanço da tuberculose, havendo influência direta dos determinantes sociais de saúde para a ocorrência deste agravo. Apesar de sinalizar a ESF como eficaz para a criação de vínculos entre os imigrantes e os profissionais de saúde, outras estratégias foram adotadas, como a contratação de bolivianos como agentes de saúde, cartilhas informativas em espanhol para a prevenção de HIV e tuberculose, e a preparação dos profissionais de saúde com cursos de espanhol com o intuito de melhorar a assistência dos pacientes bolivianos.

Goldberg e Silveira (2013) verificaram em seu estudo que os imigrantes bolivianos enfrentaram entraves em hospitais públicos em São Paulo, assim como em Buenos Aires. A falta de políticas intersetoriais aliada à ineficiência dos serviços de saúde para a inclusão deste grupo foram apontadas como desafios a serem superados apesar do aumento do acesso e da cobertura de saúde oferecidos a esses imigrantes.

Outra pesquisa de Chubaci e Merighi (2002), realizada com imigrantes japoneses em um hospital público de São Paulo, revelou a barreira linguística como um fator determinante para a dificuldade na compreensão da doença, no tratamento e no contato com os profissionais de saúde. Outro fator levantado foi que a disponibilidade de serviços de saúde não se mostrou suficiente para garantir o acesso dos imigrantes a uma assistência adequada. Assim, outras estratégias que respeitem o conceito de multiculturalidade e sejam adaptadas às realidades vivenciadas por estes devem ser inseridas no planejamento de ações destinadas aos cuidados com a saúde dos imigrantes.

Trazendo a realidade dos fluxos migratórios para as regiões de fronteira no Brasil, tal fenômeno ganha notoriedade em virtude da imensa extensão territorial de municípios fronteiriços e da assimetria dos sistemas de saúde nacionais com diferentes proteções sanitárias nas delimitações que dividem um país do outro. Em 2005, o governo brasileiro, na tentativa de organizar o sistema de saúde nos municípios fronteiriços brasileiros com Argentina, Paraguai e Uruguai, implantou o Programa Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS Fronteiras); entretanto, falhas na gestão e a descontinuidade administrativa

foram determinantes para o insucesso do Programa, e desde 2010 o governo não se pronuncia mais sobre a sua atividade (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

Outro estudo que merece destaque, realizado por Giovanella *et al.* (2007), abordou gestores e profissionais de saúde de municípios brasileiros fronteiriços com Argentina, Paraguai e Uruguai. A falta de conhecimento dos entrevistados em relação a garantia de direito de saúde dos migrantes foi apontada como um fator determinante para algumas atitudes discriminatórias, como a recusa de atendimento ou a realização deste apenas em casos de urgência e emergência.

Dessa forma, tantas particularidades em relação ao acesso aos serviços de saúde dos imigrantes, no Brasil, e o momento atual do fluxo migratório de venezuelanos serviram para instigar questionamentos que nortearam a idealização desta pesquisa. A metodologia utilizada para o alcance dos resultados está exposta ao leitor na seção subsequente.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo

O tipo de estudo realizado nesta pesquisa foi observacional, descritivo, de corte transversal, caracterizado pela análise de dados coletados em um grupo de indivíduos em um determinado recorte temporal, a fim de possibilitar um diagnóstico instantâneo da situação de uma característica da população, como o perfil de adoecimento por exemplo.

Este desenho de estudo, quando realizado em populações bem definidas, permite a obtenção de medidas de prevalência de fatores de risco e a frequência de casos prevalentes de doenças, sendo por isso chamado de estudos de prevalência (FONTELLES *et al.*, 2009).

Devido a suas características, os estudos de corte transversal são indicados para medir e descrever a frequência e a distribuição das doenças em uma população, a distribuição dos fatores de risco conhecidos e para avaliar a situação de saúde desta população. É empregado no planejamento de ações de controle de doenças e políticas públicas, sendo que o objetivo principal dessa pesquisa se direcionou em identificar as características clínico-epidemiológicas das internações da população pediátrica no HCSA, estabelecendo uma comparação entre os pacientes pediátricos de origem brasileira e de origem venezuelana, internados no mesmo período.

3.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi conduzido no município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, localizado na Amazônia Legal, região Norte do Brasil. Além de ser a capital estadual mais setentrional do Brasil, é a única localizada totalmente ao norte da linha do Equador e a mais distante de Brasília, capital federal.

Sua população, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), era de 399.213 habitantes em 2019. Cabe ressaltar que desde o ano deste levantamento, a capital Boa Vista sofreu um aumento demográfico em virtude do fenômeno migratório de venezuelanos a partir da crise humanitária instalada no país vizinho, desde meados de 2014. No entanto, na estimativa do maior crescimento demográfico nacional, contabilizado pelo IBGE de 6,4% no ano de 2019 para a cidade de Boa Vista, não estão incluídos os migrantes, mas apenas seus filhos que nascem em Roraima.

Esta capital é subdividida pela Secretaria Municipal de Saúde em oito áreas epidemiológicas (aqui denominadas macroáreas), que são compostas por bairros que compartilham de características socioeconômicas e sanitárias diferentes. A cobertura da Atenção Básica à Saúde em Boa Vista é realizada por meio de 34 Unidades Básicas de Saúde distribuídas nestas macroáreas e por 56 equipes de Saúde da Família.

É importante ressaltar que esta pesquisa se concentrou no Hospital da Criança Santo Antônio, o único serviço de saúde de nível terciário de saúde direcionado exclusivamente à população pediátrica, e que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma instituição pública de gestão municipal que atende a população de 0 a 14 anos e absorve a demanda de atendimentos de todo o Estado, além dos países vizinhos, como Venezuela e Guiana Inglesa, incluindo a população indígena.

O atendimento nessa instituição de saúde é realizado por demanda espontânea e referenciada, sendo oferecidos serviços de urgência e emergência, internação hospitalar, atendimento ambulatorial nas diversas especialidades médicas pediátricas, cirurgias eletivas e de emergência, e uma estrutura de diagnóstico que funciona 24 horas por dia, com radiologia e patologia clínica.

Sua estrutura conta com 163 leitos de internação hospitalar distribuídos em uma sala de emergência (com três leitos), três enfermarias na emergência, uma enfermaria cirúrgica (Bloco F), duas enfermarias clínicas (Blocos G e H) e uma UTI. Conta, ainda, com um centro cirúrgico que realiza procedimentos de pequena e média complexidade.

3.3 Amostra

Para esse estudo utilizou-se o método de amostragem por conveniência, em que foram incluídos, de forma consecutiva e sem seleção, pais e/ou responsáveis legais de crianças internadas em abril, maio e junho de 2019, nos blocos de patologias clínicas do Hospital da Criança Santo Antônio. A coleta da amostra obedeceu a um cronograma em que a pesquisadora realizava as entrevistas em dias alternados, na totalidade de leitos da enfermaria clínica visitada naquele dia do referido hospital.

Cumprе ressaltar que durante os meses em que foram coletados os dados da amostra o Hospital da Criança Santo Antônio recebeu reformas de estruturação para atender o aumento da demanda de atendimentos dos últimos meses que precederam a coleta.

Para o cálculo do tamanho amostral, a prevalência de crianças venezuelanas internadas no HCSA foi estimada em 14,1%, baseada no número de internações ocorridas nos meses de janeiro a março de 2019 no referido hospital, segundo a Tabela 1.

Tabela 1 – Número de crianças internadas no HCSA nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2019.

	Crianças Venezuelanas	Número total de internações
Janeiro	59	373
Fevereiro	38	322
Março	55	381
Total	152	1076

Fonte: Seção de Arquivo Médico e Estatístico do HCSA, 2019.

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizada uma fórmula de estimativa confiável de Proporção Populacional (p) segundo Fontelles *et al.* (2010), descrita a seguir:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2}$$

Onde:

n é o número de indivíduos da amostra;

z é o valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado (para um grau de confiança de 95% o valor crítico de Z equivale a 1,96);

p é a proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria que esta pesquisadora estava interessada em estudar, no caso crianças internadas de origem venezuelana no Hospital da Criança Santo Antônio nos meses de abril, maio e junho de 2019; e,

e é a margem de erro (considerada de 5%).

Ao considerar o intervalo de confiança de 95% e o erro aceitável de 1%, obteve-se tamanho amostral mínimo de 184,9 indivíduos. Ao todo, foram coletados 230 formulários, sendo que 9 instrumentos de coleta foram excluídos por erro de preenchimento; portanto, a amostra consistiu em 221 participantes, dos quais 145 de nacionalidade brasileira e 76 de nacionalidade venezuelana.

Participaram desta pesquisa os pais e/ou responsáveis legais pelas crianças e adolescentes de nacionalidade venezuelana ou brasileira, com idade compreendida entre 28 dias e 14 anos, internados nos blocos G e H do Hospital da Criança Santo Antônio. Além disso, como anteriormente referido, foram incluídos pais e/ou responsáveis de crianças e adolescentes internados na emergência que, porventura, não foram admitidos nos blocos por falta de leitos, porém com a guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) devidamente preenchida.

Não entraram no estudo os pais e/ou responsáveis legais de crianças e adolescentes que eram indígenas ou possuíam outra nacionalidade que não fosse brasileira ou venezuelana. Além disso, foram excluídos os pais e/ou responsáveis legais de crianças e adolescentes com tempo de internação na unidade menor que 24 horas e/ou que foram internados no bloco cirúrgico, no bloco destinado a pacientes crônicos ou na UTI do referido hospital. Também foram excluídos aqueles que não concordaram em participar e/ou que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – os modelos do referidos termos utilizados encontra-se nos Apêndices C e D ao final desta dissertação.

3.4 Coleta de Dados

A vigilância das internações foi feita através de rondas em dias alternados nas enfermarias clínicas do HCSA, acompanhando a evolução de cada internação e identificando novas internações em que os sujeitos da pesquisa atendiam aos critérios selecionados para a inclusão no estudo. Devido a alta rotatividade do número de internações diárias, optou-se pela coleta de dados obedecendo a um rodízio de enfermarias, em que cada visitação realizava a entrevista da totalidade de pais e/ou responsáveis que acompanhavam as crianças internadas naquele dia na referida enfermaria.

Dessa forma, a pesquisadora conseguiu coletar os dados de todas as enfermarias clínicas do hospital em momentos diferentes, e que possuem realidades diferentes. Em dias alternados, as coletas eram realizadas nos blocos de internação clínica (G e H) e nas enfermarias da emergência, onde permaneciam as crianças internadas aguardando leito disponível nos blocos. Ao longo da pesquisa de campo foram observadas diferenças em relação aos diagnósticos de internação dos diferentes setores, assim como o tempo de internação e a complexidade dos casos clínicos.

Antes da coleta de dados foi feito o contato inicial com os pais e/ou responsáveis das crianças selecionadas, em um local reservado nas próprias enfermarias, garantindo a privacidade e evitando constrangimentos aos sujeitos da pesquisa. A abordagem sempre foi realizada em momento oportuno conforme a evolução da criança durante a internação, atentando-se às condições emocionais que envolvem o processo de saúde-adoecimento de uma criança dentro do contexto hospitalar e dos seus riscos inerentes ao próprio processo migratório.

Registra-se que em nenhum momento foi feito qualquer tipo de abordagem ou contato ou exame clínico para fins da pesquisa com a criança internada, apenas com seus pais e/ou responsáveis que foram selecionados. Assim, no contato inicial foi entregue pela pesquisadora o TCLE aos pais e/ou responsáveis das crianças internadas, sendo que para aquelas de nacionalidade venezuelana o TCLE foi traduzido em língua espanhola.

A pesquisadora possui noções básicas de espanhol, e a comunicação com esses sujeitos da pesquisa foi realizada por meio da língua pátria dos migrantes venezuelanos e com ajuda de intérpretes quando necessário. Foram lidas e explicadas, detalhadamente, todas as informações contidas nos termos pela pesquisadora, assim como todos os riscos e benefícios inerentes a participação na pesquisa.

Além disso, foi enfatizado aos participantes que poderiam retirar seus consentimentos a qualquer momento, sem que isso lhes trouxesse nenhum risco, ônus ou problema. Por fim, foi perguntado se após esses procedimentos ainda existiam dúvidas sobre a finalidade da pesquisa, sendo estas respondidas até totalmente sanadas. Após a concordância dos participantes em relação ao TCLE, os mesmos foram assinados em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra entregue ao sujeito da pesquisa.

Após a concordância e a assinatura do termo de consentimento, a coleta de dados iniciou-se em duas etapas. De acordo com a anuência do Hospital da Criança Santo Antônio, a primeira etapa consistiu em buscar no prontuário do paciente as causas de internação hospitalar conforme a evolução clínica, bem como a presença de morbidades que identificavam a criança com perfil de cronicidade relacionado a doenças prévias à internação. Dentre as causas de internação, nesta etapa, foram identificadas aquelas que ocorreram por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

Na segunda etapa, o objetivo principal foi levantar características sociodemográficas com influência sobre os determinantes sociais de saúde e identificar o trajeto percorrido no acesso aos serviços de saúde até o momento daquela internação. Para direcionar a coleta de

dados foi utilizado um formulário como instrumento, o qual foi elaborado com a finalidade de contemplar os objetos da pesquisa após seu preenchimento pela pesquisadora.

Dessa forma, a abordagem aos pais e/ou responsáveis das crianças internadas que aceitaram participar da pesquisa foi realizada na língua espanhola para aqueles de origem venezuelana. Via de regra, esse contato foi realizado em dado momento que antecedeu a alta hospitalar por acreditar ser o mais oportuno e confortável para os participantes.

Ao todo, foram levantadas 25 questões, sendo que para os pais e/ou responsáveis venezuelanos foram acrescentadas 3 questões referentes ao processo migratório. Os formulários utilizados encontram-se nos Apêndices A e B ao final desta dissertação.

O primeiro bloco de perguntas realizou uma caracterização sociodemográfica do paciente pediátrico internado em relação à nacionalidade dos seus pais e/ou responsáveis legais, o país de nascimento da criança, o local de residência, as condições de moradia, a escolaridade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas e suas condições laborais no momento da pesquisa.

No segundo bloco de perguntas foram agrupadas as variáveis clínicas em relação às crianças internadas no HCSA, sendo levantadas: a idade da criança, a idade materna, o gênero, o peso de nascimento, o status vacinal, as situações clínicas que indicassem um perfil de cronicidade, as internações prévias e os motivos de internações. Para os participantes de nacionalidade venezuelana foi questionado sobre o tempo que havia ocorrido o processo migratório e o aparecimento dos primeiros sintomas daquela hospitalização.

No terceiro bloco de perguntas foram analisadas as condições de acesso aos serviços de saúde das crianças internadas no HCSA e o trajeto percorrido dentro do SUS para aquela internação. Assim, questionou-se sobre a utilização da emergência do HCSA como porta de entrada para o atendimento que originou a internação, o acompanhamento regular da criança na atenção básica à saúde e algumas dificuldades de acesso para o atendimento da criança em algum momento em que precisou utilizar o SUS em Roraima.

Em suma, a coleta de dados foi suportada a partir da revisão documental de prontuários e formulários respondidos pelos pais e/ou responsáveis das crianças internadas nas enfermarias clínicas do HCSA, nos meses de abril e maio de 2019. Por definição, formulário é o nome geralmente usado para designar uma coleção de questões que são perguntadas e anotadas por um entrevistador, em uma situação “face-a-face” com o entrevistado (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1965).

3.5 Riscos e Benefícios

3.5.1 Riscos para participação na pesquisa

Mesmo que mínimos, os riscos que foram considerados para os participantes da pesquisa incluíram a possibilidade de qualquer desconforto em responder certas questões que pudessem trazer lembranças desagradáveis, ou por se sentirem estigmatizados ou discriminados a partir do conteúdo revelado. Outros riscos possíveis estiveram relacionados à divulgação de dados confidenciais registrados no TCLE, assim como a inquietação pelo tempo tomado do sujeito em responder o questionário.

Como forma de diminuir os riscos, mesmo sendo mínimos, esta pesquisadora responsável adotou as seguintes medidas:

- Fez uso da língua espanhola em todos os contatos com os participantes de nacionalidade espanhola como forma de aproximação para uma melhor comunicação;
- Esteve atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto, acolhendo o participante da pesquisa e apoiando-o caso este decidisse interromper a qualquer momento sua participação;
- Garantiu que as informações presentes no TCLE seriam mantidas em sigilo, assegurando a confidencialidade e a privacidade. Da mesma forma, as informações presentes no prontuário e àquelas colhidas através do formulário foram também protegidas pela pesquisadora, mantendo todo objeto da pesquisa em cofre codificado e tabelado em *softwares* armazenados em computadores com senha única e intransferível. Assim, foi assegurado que todas as informações coletadas não identificassem, em hipótese alguma, o participante;
- Garantiu o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como aos hábitos e costumes da população em estudo; e,
- Garantiu a inexistência de conflito de interesses entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa.

3.5.2 Benefícios para participação da pesquisa

Acredita-se que essa pesquisa possui relevância científica e social para a população pediátrica de migrantes venezuelanos atendidos nos serviços de saúde no Brasil. Neste sentido, o principal benefício é o levantamento de informações que poderão contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas para a melhoria da assistência à saúde dessa população específica no Estado de Roraima; para tal, a pesquisadora pretende comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa através de um Relatório Técnico.

3.6 Análise de Dados

De posse dos dados, foi utilizada a análise estatística descritiva, incluindo frequência de distribuição para variáveis categóricas e médias (com desvio padrão) para variáveis contínuas com distribuição. Tais variáveis incluem a idade da criança em anos, a idade materna e o peso de nascimento.

A prevalência do variável desfecho (crianças de origem venezuelana internadas no HCSA) e seu intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram estimados baseados em distribuição binomial. Para comparação de médias amostrais, foi utilizado o teste t de Student para variáveis de distribuição normal e com homogeneidade de variâncias amostrais. Quando este não foi possível, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para este propósito. Ademais, foi utilizado o teste do χ -quadrado para comparar diferenças de proporções de variáveis categóricas. Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o *software SPSS*. O nível de significância estimado foi de 5%.

As análises estatísticas descritivas estimaram as frequências relativas e absolutas dos dois grupos estudados a partir das informações coletadas pelos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas, sendo estes de nacionalidade brasileira ou venezuelana. Ainda, a realização do teste do Quiquadrado de Pearson possibilitou verificar as diferenças de frequências de variáveis e se estas foram consideradas significativas.

3.7 Aspectos Éticos

Após a anuência do HCSA (Anexo A), esta pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima, que visa assegurar os direitos e deveres dos sujeitos envolvidos no estudo. A aprovação pelo Comitê foi obtida

através do protocolo do CAEE: 02792918.4.0000.5302, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, o qual pode ser visualizado no Anexo B ao final desta dissertação. Todos os formulários obtidos nessa pesquisa encontram-se armazenados em arquivos e mantidos em sigilo a respeito das informações pessoais dos pacientes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

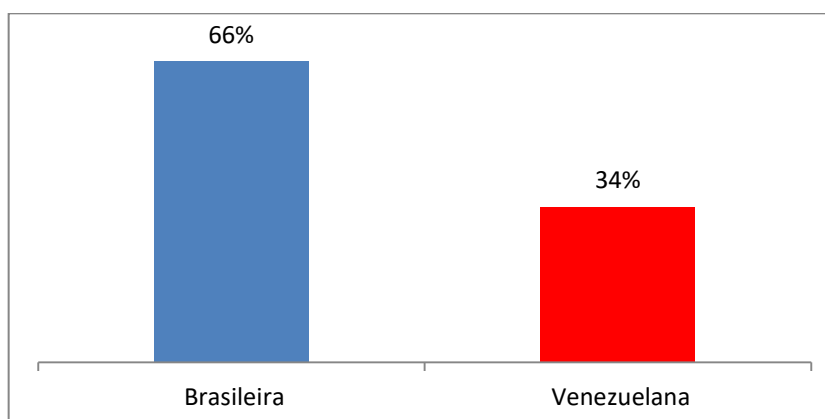
Focalizando as crianças de origem venezuelana como desfecho principal desta pesquisa, a inclusão de crianças de origem brasileira na amostra total analisada serviu como instrumento norteador para realizar a comparação de diferentes variáveis entre os dois grupos do estudo, já que utilizam o mesmo Sistema de Saúde. A amostra foi constituída de 221 pais e/ou responsáveis pelas crianças internadas, sendo 145 de nacionalidade brasileira e 76 de nacionalidade venezuelana. Para melhor compreensão dos resultados obtidos e sua análise, esta seção foi dividida em três partes: variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas da internação hospitalar e variáveis relacionadas ao acesso aos serviços de saúde.

4.1 Variáveis Sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas estão diretamente relacionadas aos determinantes sociais de saúde, motivo pelo qual ganham notoriedade nesta pesquisa. Por conceito, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha; também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e os fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

Dos 221 pais e/ou responsáveis legais participantes da pesquisa, 76 possuíam nacionalidade venezuelana e 145 eram de nacionalidade brasileira, o que corresponde a frequência de 34,4% e 65,6% respectivamente, conforme descrito na Figura 4.

Figura 4 – Distribuição da nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais pelas crianças internadas no HCSA.



Fonte: Pesquisa de campo.

Logo no início da coleta de dados, durante a aplicação do formulário teste, verificou-se a necessidade de incluir a variável “país de nascimento da criança”, pois foi observado que muitas crianças com pais venezuelanos haviam nascido no Brasil. Sendo assim, a variável apresentou a seguinte distribuição, conforme a Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Distribuição da variável país de nascimento da criança internada no HCSA segundo a nacionalidade dos seus pais e/ou responsáveis legais.

	Total de Participantes (n=221)	Participantes de nacionalidade brasileira (n=145)	Participantes de nacionalidade venezuelana (n=76)
País de nascimento da criança			
Brasil	168 (76%)	145 (100%)	23 (30,3%)
Venezuela	53 (24%)	0,0 (0,0)	53 (69,7%)

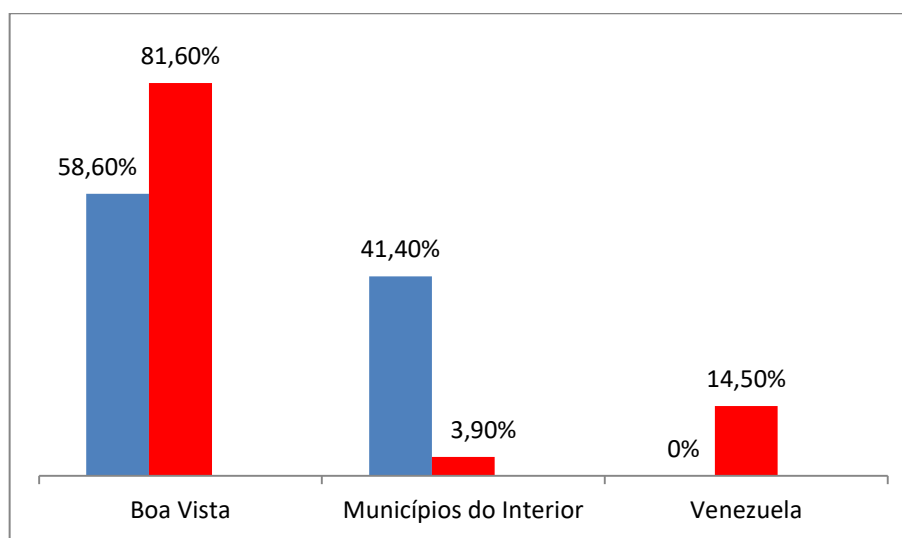
Fonte: Pesquisa de campo.

Entre as crianças internadas que tinham pais e/ou responsáveis legais de nacionalidade venezuelana, 53 (69,7%) haviam nascido na Venezuela e 23 (30,3%) no Brasil. Tal fato pode ser explicado pelo incremento da taxa de natalidade em Roraima influenciado, sobretudo, pelo fluxo migratório de Venezuelanos. Segundo o Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2018, a taxa de natalidade apresentou um decréscimo a partir do ano 2000; no entanto, desde o ano de 2016 notou-se sua elevação, que pode ser justificada pelo aumento de mulheres venezuelanas que buscam atendimento obstétrico ou refúgio em Roraima, desde o referido ano (RORAIMA, 2018).

Assim, para melhor compreensão e interpretação dos dados desta pesquisa, as crianças internadas foram classificadas da seguinte forma: crianças de origem brasileira para aquelas que foram representadas por pais e/ou responsáveis legais de nacionalidade brasileira e crianças de origem venezuelana para aquelas que foram representadas por pais e/ou responsáveis legais de nacionalidade venezuelana.

Como forma de avaliar a procedência das crianças internadas no HCSA, a variável “local de residência” serviu para identificar sua distribuição entre as nacionalidades dos participantes da pesquisa, como descrito na Figura 5.

Figura 5 – Distribuição da variável “local de residência” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.



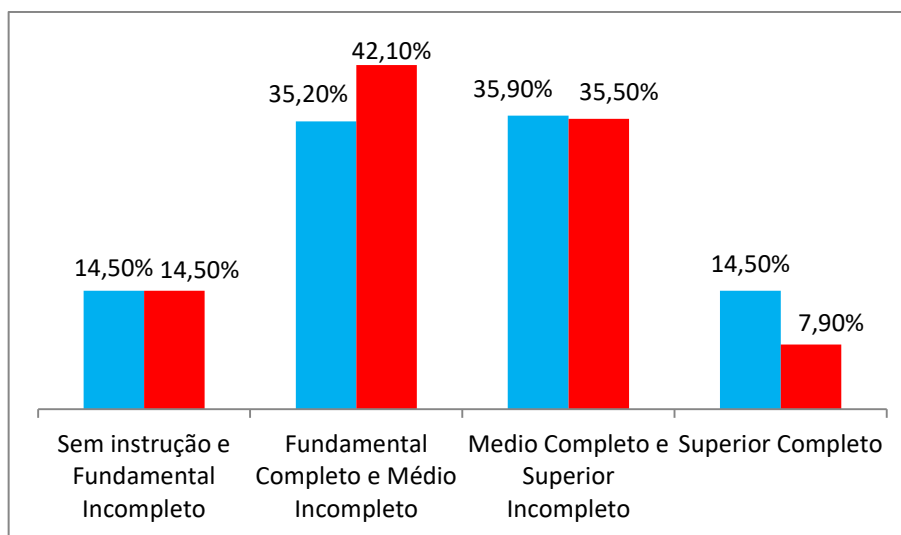
Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
Fonte: Pesquisa de campo.

Das 145 crianças de origem brasileira, 85 (58,6%) residiam na capital Boa Vista, enquanto 60 (41,4%) residiam em cidades do interior. Esse dado é curioso, sinalizando a alta prevalência de crianças do interior do Estado de Roraima que buscam atendimento neste hospital, como já referido anteriormente, o único voltado exclusivamente à população infantil. Tal fluxo de atendimentos pode ser explicado pela menor disponibilidade de serviços de acompanhamento de internações e acidentes no interior, além de piores condições de saúde relacionadas a características socioeconômicas, como menor renda e escolaridade.

Entre as crianças de origem venezuelana, os locais de residência identificados foram distribuídos da seguinte forma: 62 (81,6%) crianças internadas de origem venezuelana residiam na capital Boa Vista, enquanto outras 11 (14,5%) residiam na Venezuela, e apenas 3 (3,9%) em cidades do interior.

Em relação ao grau de escolaridade dos participantes da pesquisa, os dois grupos investigados apresentaram resultados aproximados, conforme descrito na Figura 6.

Figura 6 – Distribuição da variável “grau de escolaridade” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.



Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).

Fonte: Pesquisa de campo.

Observou-se que entre os pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas de nacionalidade brasileira, o nível de instrução mais prevalente foi o Ensino Médio Completo ou Superior Incompleto, correspondendo a 35,9% da amostra. Já entre os pais e/ou responsáveis das crianças internadas de nacionalidade venezuelana, o nível de instrução mais prevalente foi o Ensino Fundamental Completo e o Ensino Médio Incompleto (ou equivalente), com 42,1% da amostra.

Na revisão bibliográfica, diferentes resultados foram encontrados para o perfil de escolaridade de migrantes para o Brasil. Um estudo realizado por Martes, Braga e Martins (2013), com imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, identificou que a maioria dos participantes possuía o Ensino Fundamental Completo. Outro estudo com imigrantes haitianos no Rio Grande do Sul, realizado por Weber *et al.* (2019), indicou uma média de 10,6 anos de estudo entre os estrangeiros que compunham a amostra estudada.

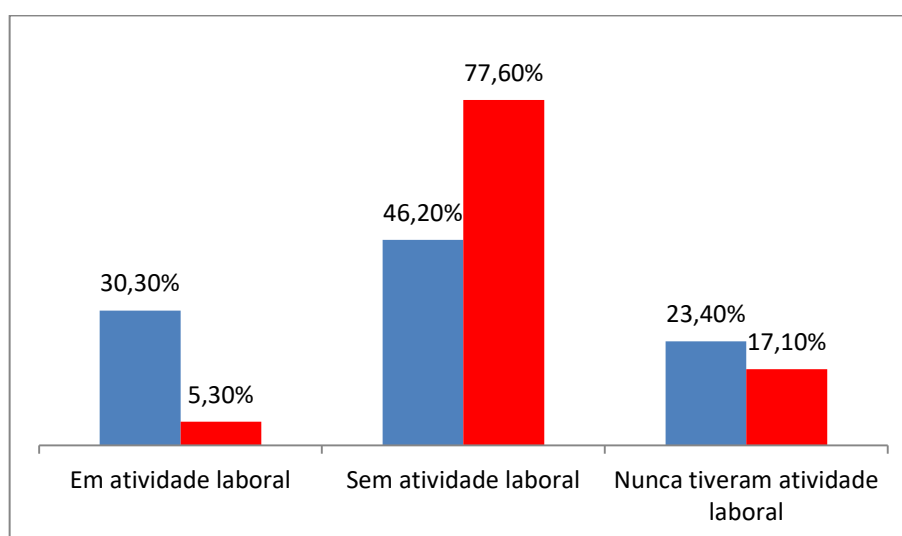
Em relação aos migrantes venezuelanos, a pesquisa realizada pela Cátedra Sérgio Vieira de Mello/UFRR (2017) avaliou o Perfil Sóciodemográfico e Laboral da Migração Venezuelana no Brasil, e naquela ocasião o perfil de escolaridade dos migrantes venezuelanos se mostrou diferente, indicando, em média, mais anos de estudo. O resultado, na época, demonstrava que 78% dos migrantes venezuelanos possuíam o Ensino Médio Completo,

sendo que a frequência de participantes da pesquisa com o ensino médio incompleto, ensino fundamental (completo e incompleto) e aqueles sem instrução somavam o restante, ou seja, 22%. Desta forma, pode-se observar que, paralelamente ao prolongamento da crise na Venezuela, há uma tendência de mudança de perfil dos migrantes venezuelanos que cruzam a fronteira brasileira.

Na literatura, outros estudos já haviam focalizado a influência do tempo de instalação dos fluxos migratórios nas transições sociais de migrantes. Torresan (2012), ao focalizar os motivos de migração para Portugal, verificou que, com o passar dos anos, houve uma diminuição do grau de instrução e da qualificação profissional dos brasileiros que migravam para aquele país. Em relação à migração de haitianos para o Brasil, também foi observado este fenômeno em um estudo realizado por Fernandes e Farias (2017), sinalizando que aqueles com maior qualificação chegaram ao país entre 2010 e 2011, e nos anos seguintes houve uma diminuição da qualificação e da escolaridade desses estrangeiros que procuravam o país como uma alternativa para melhoria de vida.

O nível de instrução dos pais e/ou responsáveis legais pelas crianças internadas interferem diretamente na renda familiar mensal, assim como na sua atividade laboral. Ao investigar esses dados, esta pesquisa encontrou resultados com diferentes proporções entre os grupos estudados, como pode ser visualizado na Figura 7.

Figura 7 – Distribuição da variável “atividade laboral” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.

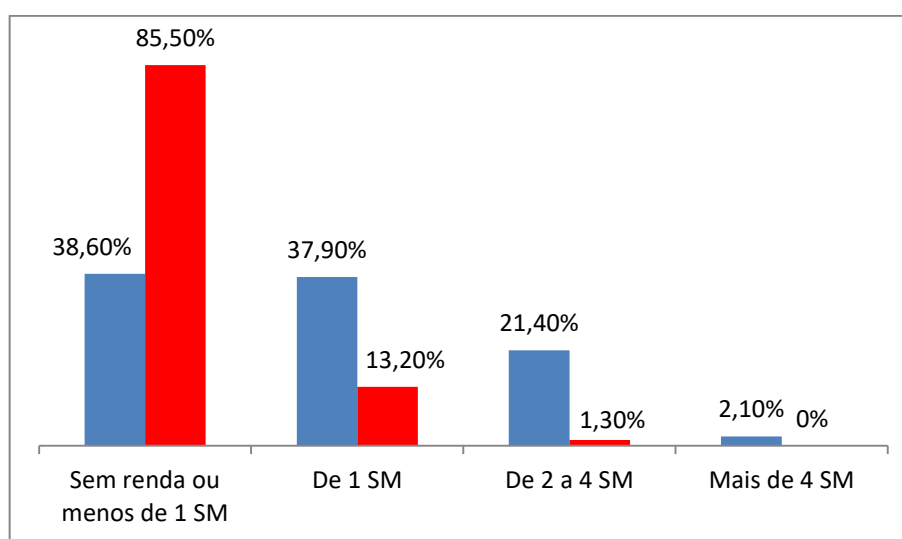


Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
Fonte: Pesquisa de campo.

Da totalidade dos participantes da pesquisa de nacionalidade brasileira, 67 (46,2%) não estavam em nenhuma atividade de trabalho no momento da pesquisa, enquanto 59 (77,6%) dos participantes de origem venezuelana encontravam-se nesta mesma situação.

Completando a análise da situação econômica em que se encontram os participantes da pesquisa, a avaliação da distribuição da renda mensal em cada grupo da amostra demonstrou resultados bem diferentes, conforme descrito na Figura 8.

Figura 8 – Distribuição da variável “renda mensal familiar” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.



Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
Fonte: Pesquisa de campo.

Foi demonstrado nos resultados desta pesquisa que enquanto 56 (38,6%) pais e/ou responsáveis legais brasileiros se encontravam sem renda mensal ou renda de até 1 salário mínimo, entre os participantes de origem venezuelana esse número chegou a 65 (85,5%). Acredita-se que neste grupo se encontra a maioria dos participantes desempregados ou aqueles que vivem na informalidade, sendo relevante o percentual entre os dois grupos estudados.

É importante ressaltar que entre as crianças de origem brasileira que residiam no interior, seus respectivos pais e/ou representantes legais informaram piores condições econômicas e de nível de instrução. A relevância destes dados futuramente, no decorrer da exposição dos dados e na conclusão final, pôde propiciar uma melhor compreensão sobre o perfil de adoecimento da população pediátrica internada no HCSA. Dessa forma, entre as 63 crianças que residiam no interior foram encontrados: 43 (68,3%) dos respectivos responsáveis sem nenhuma atividade laboral no momento da pesquisa ou que nunca haviam trabalhado; 36

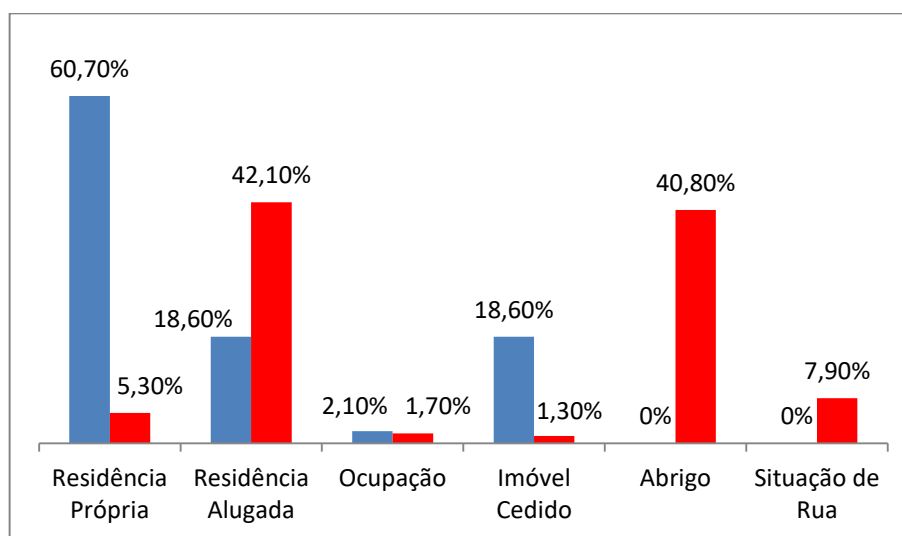
(57,1%) dos respectivos responsáveis se encontravam sem renda mensal familiar ou de até 1 salário mínimo; e, 39 (61,9%) não haviam completado o Ensino Médio.

Ao realizar um levantamento bibliográfico para consubstanciar esta pesquisa, foi vislumbrado no estudo etnográfico realizado por Vasconcelos (2018), nas ruas de Boa Vista, que os migrantes venezuelanos em geral se submetem a trabalhar em condições desfavoráveis, muitas vezes na informalidade com o único intuito de garantir a alimentação dele e de sua família. A autora chega a afirmar que “um dia de trabalho informal pode garantir alimentação para toda uma semana”, expondo as condições vivenciadas pelos venezuelanos na capital Boa Vista.

Outras pesquisas que abordavam as condições de trabalho de migrantes no Brasil também apresentaram condições desfavoráveis e insalubres, em que a ilegalidade e a informalidade representavam a maioria das relações de trabalho. Além disso, relacionavam a atividade laboral como determinante social de saúde, e que as condições desfavoráveis influenciavam, muitas vezes, nos processos de saúde e doença (GOLDBERG; SILVEIRA, 2013; BERHARDT; MIRANDA, 2017).

Completando a análise do perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa, a variável “condições de moradia” revelou que 68 (60,7%) pais e/ou responsáveis de crianças internadas de nacionalidade brasileira viviam em residências próprias, assim como 27 (18,6%) em residências alugadas, outros 27 (18,6%) em residências cedidas e 3 (2,1%) em ocupações. Já entre os participantes de nacionalidade venezuelana, 32 (41,1%) residiam em imóveis alugados, quase se igualando ao número de 31 (40,8%) participantes que moravam em abrigos no momento da pesquisa; ainda, 2 (4,6%) relataram estar morando em ocupações e 1 (2,3%) em moradia cedida. Estes resultados estão discriminados na Figura 9.

Figura 9 – Distribuição da variável “condições de moradia” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.



Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
 Fonte: Pesquisa de campo.

Um fato curioso encontrado nos resultados deste estudo sinaliza as reais condições que os migrantes venezuelanos enfrentam em solo brasileiro. Foi evidenciado que 6 (7,9%) participantes venezuelanos moravam em situação de rua, denotando a vulnerabilidade social a que essas crianças estavam expostas.

É importante afirmar que o panorama das condições de moradia dos migrantes e refugiados venezuelanos no Brasil é o reflexo do fluxo migratório intenso e da resposta do Governo Federal às limitações de capacidade para absorver essa demanda em Roraima. No início do ano de 2018 foi instituído o Comitê Federal de Assistência Emergencial, regulamentado pelo Decreto nº 9.286, de 15 de fevereiro de 2018 (BRASIL, 2018), e constituído pela Casa Civil, pelo Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e por 10 ministérios, além de contar com a participação de organismos internacionais e fazer interlocução com a sociedade civil. O plano operacional para a assistência emergencial aos migrantes traçado foi, então, estruturado em três frentes: ordenamento da fronteira, acolhimento aos migrantes em abrigos e a interiorização através da transferência de migrantes para outros estados do Brasil (DO VALE ROCHA; RIBEIRO, 2018). Dessa forma, o resultado encontrado de que 40,8% das crianças internadas de origem venezuelana estavam residindo em abrigos corrobora com as ações do governo implantadas, e estão relacionadas com o tempo de migração para o Brasil, como será visto mais adiante.

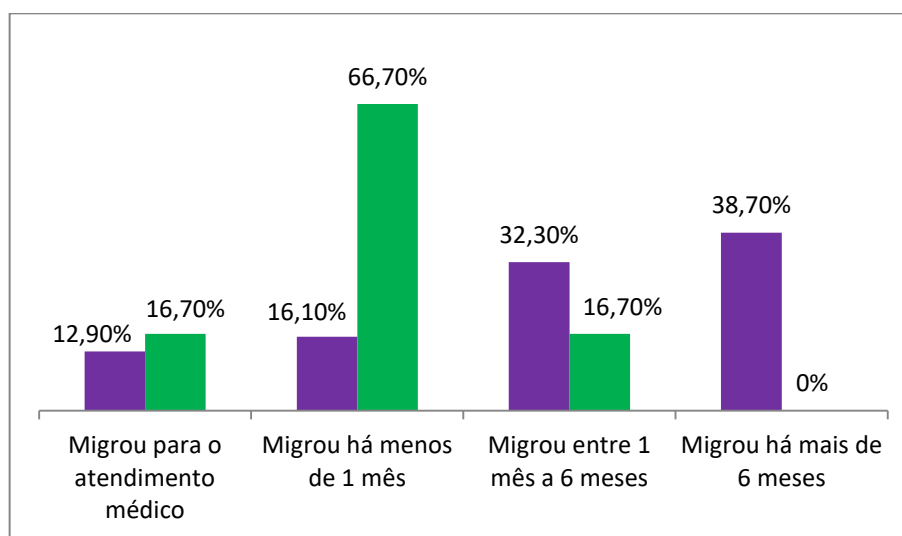
O levantamento das condições de moradia em outras investigações sobre os migrantes no Brasil, na maior parte das vezes, evidencia situações precárias entre as formas de residir

desses estrangeiros. Melo e Campinas (2010) mostraram em seu estudo que muitos imigrantes bolivianos residiam em condições insalubres nas próprias oficinas de costura em que trabalhavam em São Paulo. Já a pesquisa de Weber *et al.* (2019) demonstrava um hábito frequente entre os migrantes haitianos no Sul do Brasil de dividir as residências alugadas com outros imigrantes sem vínculo familiar, habitando, em média, 6,36 pessoas por local.

Entre os imigrantes venezuelanos, a abordagem quanto as condições de moradia no Brasil já haviam sido levantadas no início do fenômeno migratório pela Cátedra Sérgio Vieira de Mello/UFRR (2017), e demonstravam uma realidade diferente vivenciada. Naquele momento, foi observado que a maior parte (71,2% do total) dos imigrantes venezuelanos morava em residência alugada, 7,6% moravam em equipamentos públicos (ginásios e abrigos coletivos), 13,4% moravam em casa de parentes e amigos (cedida) e 7,4% em invasões e situações peculiares. Essa estatística corrobora a ideia de que o perfil dos imigrantes venezuelanos em Roraima vem se modificando a partir da extensão da crise humanitária no país vizinho, como analisado em parágrafos anteriores.

Uma análise mais aprofundada durante a coleta de dados permitiu confirmarmos a hipótese de que o tempo que havia ocorrido a migração influenciava nas condições de moradia desses migrantes. Assim, foi observado que 66,7% das crianças que moravam em situação de rua no momento da internação, segundo informações dos seus pais e/ou responsáveis legais, são migrantes recentes há menos de 1 mês; já entre as crianças que migraram há mais de 6 meses para o Brasil, nenhuma se encontrava em situação de rua no momento da internação. A Figura 10 permite visualizar melhor este resultado.

Figura 10 – Distribuição da variável “tempo de imigração” entre as crianças de origem venezuelana que residiam em abrigos e em situação de rua.



Legenda: Crianças de origem venezuelana que residiam em abrigos (roxo); Crianças de origem venezuelana que estavam em situação de rua (verde).

Fonte: Pesquisa de campo.

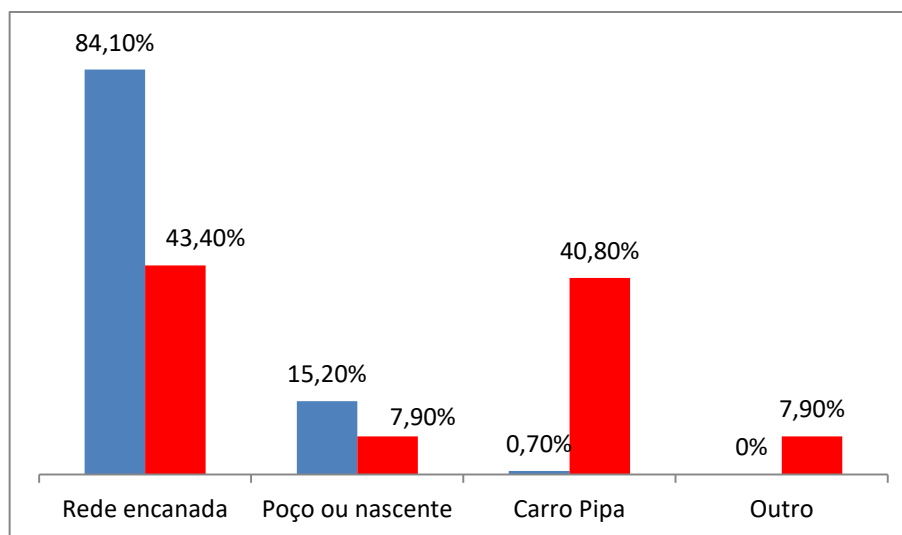
Este resultado encontrado reforça a importância das ações realizadas pela Missão Acolhida no Estado de Roraima, sendo este serviço reconhecido internacionalmente pelos esforços despendidos e as formas de acolhimento.

A avaliação das condições de moradia das crianças internadas no HCSA foi complementada pela situação de saneamento básico¹ vivenciada em suas residências. É importante ressaltar que, apesar da grandiosidade de recursos naturais da Amazônia Legal, notadamente a região Norte do Brasil possui os piores índices de acesso aos serviços de saneamento básico. Segundo Giatti (2007), alguns fatores são responsáveis para a perpetuação deste panorama que afeta diretamente alguns indicadores de saúde pública na região, entre eles as questões socioculturais da população local, os aspectos migratórios, os entraves logísticos e financeiros, as especificidades ambientais, etc.

¹ A Organização Mundial de Saúde, através da Conferência de Ottawa 1986) define o saneamento básico como “o controle de todos os fatores do meio físico do homem que exercem ou podem exercer efeito deletério sobre o seu bem-estar físico, mental ou social”. No Brasil, o saneamento básico é um direito assegurado pela Constituição e definido pela Lei nº 11.445/2007 (BRASIL, 2007) como o conjunto dos serviços, infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejo de resíduos sólidos e de águas pluviais. Embora atualmente se use, no Brasil, o conceito de Saneamento Ambiental como sendo os quatro serviços citados acima, o mais comum é que o saneamento seja visto como sendo os serviços de acesso à água potável, à coleta de lixo e ao tratamento dos esgotos, o que justifica o termo “básico”.

Para consubstanciar estudos já realizados, cumpriu-se levantar o modo de abastecimento de água nas residências das crianças internadas no HCSA. Os resultados encontrados estão descritos na Figura 11 a seguir.

Figura 11 – Distribuição da variável “modo de abastecimento de água nas residências” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.



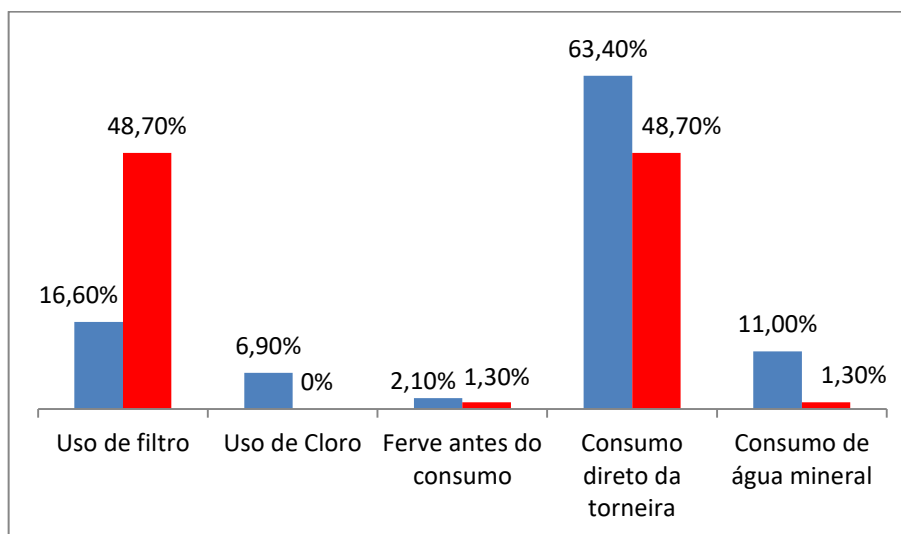
Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
Fonte: Pesquisa de campo.

Enquanto 122 (84,1%) participantes de origem brasileira afirmaram a presença de água encanada na residência, 22 (15,2%) relataram o uso de poço ou nascente como forma de abastecimento e apenas 1 (0,7%) participante informou o uso de carros pipas ou tanques. Já entre os participantes de origem venezuelana, houve diferença entre o número e as proporções de participantes: 33 (43,4%) referem que o abastecimento de água é feito por rede encanada, 31 (40,8%) através de carro pipa ou tanque, 6 (7,9%) por poço ou nascente e outros 6 (7,9%) de outra forma.

Alguns dados complementares da pesquisa justificam essa diferença, pois em alguns abrigos existentes em Boa Vista e Pacaraima, que acolhem os migrantes venezuelanos, o abastecimento de água é realizado através de tanques abastecidos por carros pipas, quando, na maioria das vezes, o abastecimento por água encanada nos prédios públicos em que os abrigos foram instalados não é suficiente. A enorme quantidade de pessoas que dependem desse abastecimento faz com que práticas de racionamento e a conscientização sobre o uso de água potável seja uma realidade vivenciada por seus moradores. Os 6 migrantes venezuelanos que vivem em situação de rua, correspondem a 7,9% daqueles que não têm acesso à água potável, e foram contabilizados no grupo identificado de “outros”.

Em relação ao tratamento de água realizado para o consumo, a análise estatística demonstrou diferença nas proporções em relação à nacionalidade dos participantes. Enquanto a utilização de filtro de água para o consumo foi referida por apenas 24 (16,6%) participantes de origem brasileira, esse número correspondeu a 37 (48,7%) entre a amostra dos participantes venezuelanos, como vislumbrado na Figura 12.

Figura 12 – Distribuição da variável “tratamento de água realizado para o consumo” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.

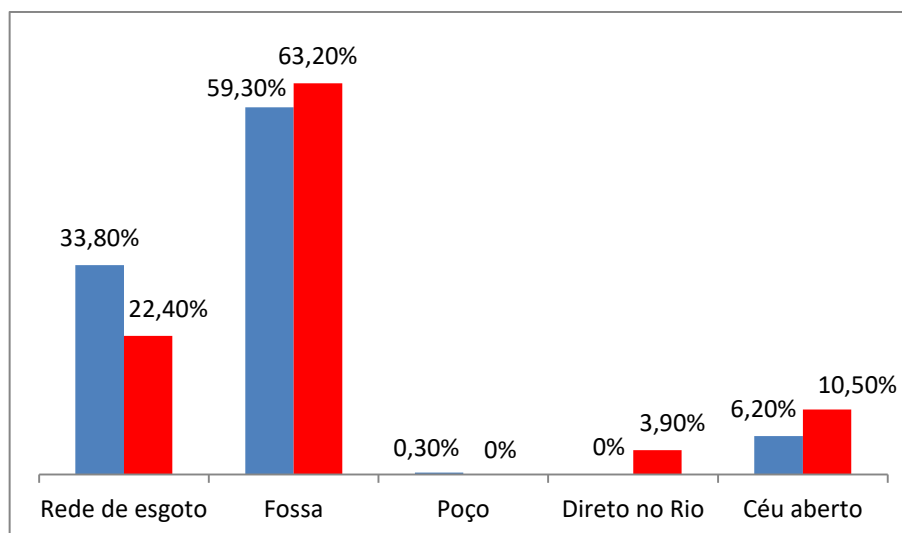


Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
Fonte: Pesquisa de campo.

Este dado demonstra um hábito cultural entre a população de Roraima de utilizar a água da torneira para o consumo, sendo que nesta pesquisa tal prática foi afirmada por 92 (63,4%) participantes de nacionalidade brasileira.

O destino de esgoto foi outra variável pesquisada com o objetivo de avaliar as condições de saneamento básico que as crianças que se encontravam internadas estavam sendo submetidas. Sua distribuição entre os grupos da pesquisa está descrita na Figura 13 a seguir.

Figura 13 – Distribuição da variável “destino do esgoto nas residências” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.



Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
 Fonte: Pesquisa de campo.

Foi observado que apenas 49 (33,8%) participantes brasileiros possuíam rede de esgoto nas residências, enquanto este quantitativo era de apenas 17 (22,4%) entre os participantes venezuelanos. A drenagem do esgoto por meio da utilização de fossa apresentou a maior frequência nos dois grupos de participantes, sendo relatado por 86 (59,3%) brasileiros e 48 (63,2%) venezuelanos. O descarte do esgoto à céu aberto foi informado por 9 (6,2%) participantes brasileiros e 8 (10,5%) daqueles de nacionalidade venezuelana.

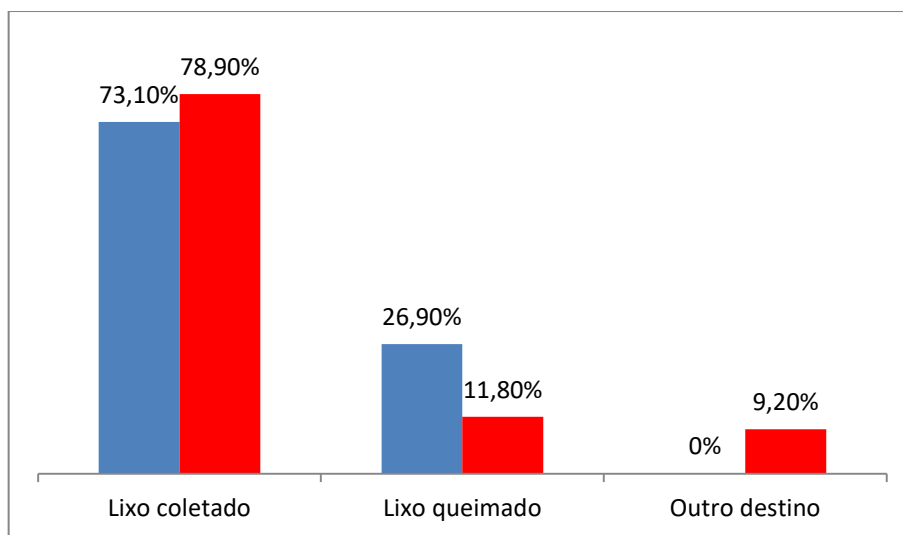
Dados estatísticos fornecidos pela Companhia de Águas e Esgotos de Roraima (CAER, 2019) apontam que 98% da população urbana em Boa Vista é atendida com serviço de abastecimento de água, e 40% com a cobertura de rede coletora de esgotos atualmente. Desde o ano de 2008, o Governo do Estado, através do Programa de Aceleração do Crescimento, vem modernizando e ampliando a rede de esgoto para atingir a meta de 70% da população assistida. Observou-se, durante a coleta de dados, que esta realidade é diferente nas cidades do interior do Estado, onde a coleta de esgoto, na grande maioria das vezes, é realizada através de fossas.

Em relação aos abrigos, em alguns deles o escoamento do esgoto é realizado através de banheiros químicos em contêineres, que drenam para uma fossa comunitária. Em abrigos instalados em prédios públicos, parte do esgoto é drenado pela rede geral da cidade; no

entanto, mais uma vez se observou que devido ao grande número de pessoas assistidas torna-se necessário o uso de fossas. Segundo relatos de alguns participantes venezuelanos, ocorrem por vezes extravasamentos, o que pode aumentar, de certa forma, o risco de doenças e infecções.

Outra variável relacionada ao saneamento básico nas residências das crianças internadas no HCSA se refere ao destino do lixo coletado, e sua distribuição pode ser melhor visualizada na Figura 14.

Figura 14 – Distribuição da variável “destino do lixo coletado nas residências” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.



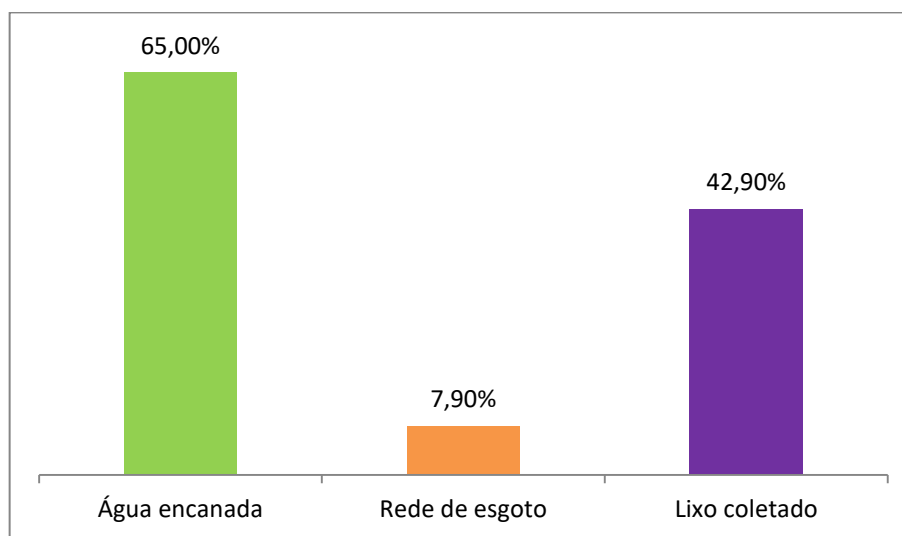
Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
Fonte: Pesquisa de campo.

Em relação ao destino do lixo, 106 (73,1%) participantes brasileiros relataram que havia coleta de lixo nas residências das crianças internadas, enquanto 39 (26,9%) informaram que o lixo era queimado. Entre os participantes venezuelanos, 60 (78,9%) informaram que o lixo era coletado, 9 (11,8%) deles que era queimado e outros 7 (9,2%) afirmaram que o lixo era descartado de qualquer forma, sem acondicionamento adequado.

De um modo geral, observou-se que os pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas de origem venezuelana informaram condições piores de saneamento básico quando analisadas as três variáveis: abastecimento de água, destino do esgoto e destino do lixo. Da mesma forma, os pais e/ou responsáveis legais brasileiros das crianças internadas no HCSA que residiam no interior também sinalizaram uma menor cobertura de saneamento básico quando comparado àquelas crianças brasileiras que residiam na capital Boa Vista.

A Figura 15 demonstra o resultado das variáveis correspondentes ao saneamento básico entre as crianças que residem no interior do Estado.

Figura 15 – Distribuição das variáveis relacionadas ao saneamento básico nas residências de crianças de origem brasileira que residem em municípios do interior de Roraima.



Legenda: Disponibilidade de água encanada (verde); Disponibilidade de rede de esgoto (laranja); Disponibilidade de coleta de lixo (roxo).

Fonte: Pesquisa de campo.

Dessas 63 crianças que residiam em municípios do interior, apenas 41 (65%) possuíam água encanada na residência, 5 (7,9%) rede de esgoto e 27 (42,9%) tinham o lixo coletado no domicílio. Tais dados fortalecem a relação de influência da localização de moradia das crianças de origem brasileira internadas no HCSA e os determinantes sociais de saúde.

Para atingir o objetivo principal desta pesquisa, foi aplicado o Teste do Qui-quadrado de Pearson com o propósito de comparar as proporções encontradas nos dois grupos de participantes da pesquisa de nacionalidades brasileira e venezuelana quanto as variáveis qualitativas. Neste primeiro momento, foram analisadas as variáveis relacionadas às características sociodemográficas que interferem diretamente nos determinantes sociais de saúde. Os dados foram organizados em tabelas de contingência na quais as colunas representam as amostras dos participantes da pesquisa, e as linhas as categorias de variáveis.

Foi utilizada a aplicação da correção de Yates quando se fez necessário, assim como o teste exato de Fisher na impossibilidade da utilização do teste qui-quadrado quando o

tamanho das duas amostras independentes foi pequeno, determinando a probabilidade exata de ocorrência de uma frequência observada, ou de valores mais extremos.

A Tabela 3 demonstra os resultados encontrados, bem como o resultado do p valor para um nível de significância de 5%.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis categóricas socioeconômicas e demográficas das crianças internadas no hospital segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis. Boa Vista-RR, 2019 (n=221).

Variáveis socioeconômicas e demográficas	Nacionalidade dos pais/responsáveis			p-valor
	Total n (%)	Brasileiro (n = 145) n (%)	Venezuelano (n = 76) n (%)	
Sexo				0,024 ¹
Feminino	106 (48,0)	78 (53,8)	28 (36,8)	
Masculino	115 (52,0)	67 (46,2)	48(63,2)	
País de nascimento				<0,001 ¹
Brasil	167 (75,6)	145 (100)	23 (30,3)	
Venezuela	54 (24,4)	0 (0,0)	53 (69,7)	
Escolaridade do responsável				0,526 ¹
Sem instrução ou Fundamental Incompleto	32 (14,5)	21 (14,5)	11 (14,5)	
Fundamental Completo ou Médio Incompleto	83 (37,6)	51 (35,2)	32 (42,1)	
Médio Completo ou Superior Incompleto	79 (35,7)	52 (35,9)	27 (35,5)	
Superior completo	27 (12,2)	21 (14,5)	6 (7,9)	
Renda familiar				<0,001 ²
Sem renda	67 (30,3)	22 (15,2)	45 (59,2)	
< 1 salário mínimo	54 (24,4)	34 (23,4)	20 (26,3)	
1 salário mínimo	65 (29,4)	55 (37,9)	10 (13,2)	
2 a 4 salários mínimos	32 (14,5)	31 (21,4)	1 (1,3)	
> 4 salários mínimos	3 (1,4)	3 (2,1)	0 (0,0)	
Moradia atual				<0,001 ²
Própria	92 (41,6)	88 (60,7)	4 (5,3)	
Alugada	59 (26,7)	27 (18,6)	32 (42,1)	
Ocupação	33 (14,9)	3 (2,1)	2 (2,6)	
Cedida	28(12,7)	27(18,6)	1(1,3)	
Abrigo	31 (14,0)	0 (0,0)	31 (40,8)	
Situação de Rua	6 (2,7)	0 (0,0)	6 (7,9)	
Abastecimento de água				<0,001 ²
Rede encanada	155 (70,1)	122 (84,1)	33 (43,4)	
Poço ou nascente	28 (12,7)	22 (15,2)	6 (7,9)	
Pipa	32 (14,5)	1 (0,7)	31 (40,8)	
Outros	6 (2,7)	0 (0,0)	6 (7,9)	
Tratamento de água para consumo				<0,001 ²

Filtro	61 (27,6)	24 (16,6)	37 (48,7)	
Água mineral	17 (7,7)	16 (11,0)	1 (1,3)	
Outros (cloro ou ferve)	14 (6,3)	13 (9,0)	1 (1,3)	
Não faz tratamento	129 (58,4)	93 (63,4)	37 (48,7)	
Destino do esgoto				0,040 ²
Rede de esgoto	66 (29,9)	49 (33,8)	17 (22,4)	
Fossa	134 (60,6)	86 (59,3)	48 (63,2)	
Poço	1 (0,5)	1 (0,7)	0 (0,0)	
Direto no rio	3 (1,4)	0 (0,0)	3 (0,0)	
Céu aberto	17 (7,7)	9 (6,2)	8 (10,5)	
Recolhimento do lixo				<0,001 ²
Coletado	166 (75,1)	106 (73,1)	60 (78,9)	
Queimado	48 (21,7)	39 (26,9)	9 (11,8)	
Outros	7 (3,2)	0 (0,0)	7 (9,2)	
Tempo de migração				<0,001 ²
Para esse atendimento à saúde	14 (6,3)	0 (0,0)	14 (18,4)	
Há menos de um mês	12 (5,4)	0 (0,0)	12 (15,8)	
De 1 mês a 6 meses	21 (9,5)	0 (0,0)	21 (27,6)	
Mais de 6 meses	29 (13,1)	0 (0,0)	29 (38,2)	
Não migrou	145 (65,6)	145 (100,0)	0 (0,0)	

¹ p-valor obtido a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates; ² p-valor obtido a partir do Teste Exato de Fisher.

Fonte: Pesquisa de campo.

Ao analisar os resultados dispostos na Tabela 3, pode-se afirmar que, com exceção da variável “Escolaridade do Responsável”, todas as variáveis categóricas se mostraram com diferenças estatísticas significativas entre os participantes de nacionalidade brasileira e aqueles de nacionalidade venezuelana. Ainda, na variável “gênero das crianças internadas” observou-se que a proporção de crianças do sexo masculino foi mais frequente naquelas de origem venezuelana, o que representou uma diferença estatisticamente significativa.

Analisando as condições sociais e econômicas dos grupos em estudo, esta pesquisa evidenciou uma proporção de renda familiar mais baixa, assim como as condições de moradia mais precárias (como em abrigos e situação de rua) entre os participantes de nacionalidade venezuelana. Ademais, em relação a variável “condições de trabalho atual”, a diferença das proporções também se mostrou estatisticamente significativa, correspondendo à alta frequência de participantes venezuelanos que não estavam em nenhuma atividade laboral no momento da pesquisa.

Em relação às variáveis referentes às condições de saneamento básico, foi observado que o abastecimento de água realizado por rede encanada nas residências entre os participantes brasileiros demonstrou maiores proporções. Já entre os participantes venezuelanos a associação com o uso de carro pipa, principalmente nos abrigos, teve

considerável prevalência, o que pode ter justificado esta diferença estatisticamente significativa na análise das proporções entre os dois grupos estudados.

Um fato curioso a ser observado nos resultados dessa pesquisa refere-se ao tipo de tratamento realizado para a água de consumo. Considerando a utilização da água direto da torneira como meio de consumo mais comum entre os participantes brasileiros, a utilização de filtros entre os participantes de nacionalidade venezuelana que residiam em abrigos pode justificar a diferença estatisticamente significativa encontrada na comparação entre os dois grupos.

Em relação ao destino do esgoto, foi verificada a baixa cobertura da rede de esgoto no Estado de Roraima, sinalizada, de uma forma geral, entre os participantes brasileiros, principalmente entre aqueles que vivem no interior. É importante destacar que a utilização de rios como destino de esgoto e o despejo de dejetos a céu aberto entre os participantes venezuelanos foi uma situação vivenciada.

Já na variável destino do lixo, a diferença estatisticamente significativa entre os grupos da pesquisa ficou a cargo de duas situações observadas: a frequência relevante entre os participantes de origem brasileira que queimam o lixo, prática mais frequente nas moradias das crianças que residiam no interior; entre os participantes de origem venezuelana que residiam em situação de rua e informaram o descarte do lixo sem qualquer tipo de acondicionamento.

Na variável “condições de trabalho atual”, a diferença das proporções também se mostrou estatisticamente significativa correspondendo a alta frequência de participantes venezuelanos que não estavam em nenhuma atividade laboral no momento da pesquisa.

Tais resultados corroboram com a hipótese levantada de que os determinantes sociais de saúde se encontram em piores condições entre as crianças de origem venezuelana. Tais condições, por definição, referem-se às condições de vida e trabalho que, de alguma forma, condicionam sua saúde, ou seja, fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Concomitantemente, é importante destacar que os resultados desta pesquisa demonstraram que as crianças de origem brasileira internadas no HCSA que residiam nos municípios do interior do Estado de Roraima experimentavam piores determinantes sociais de saúde. Ficou evidenciado que os pais e/ou responsáveis legais destas crianças apresentaram piores níveis de escolaridade, assim como uma menor renda mensal. Além disso, as variáveis

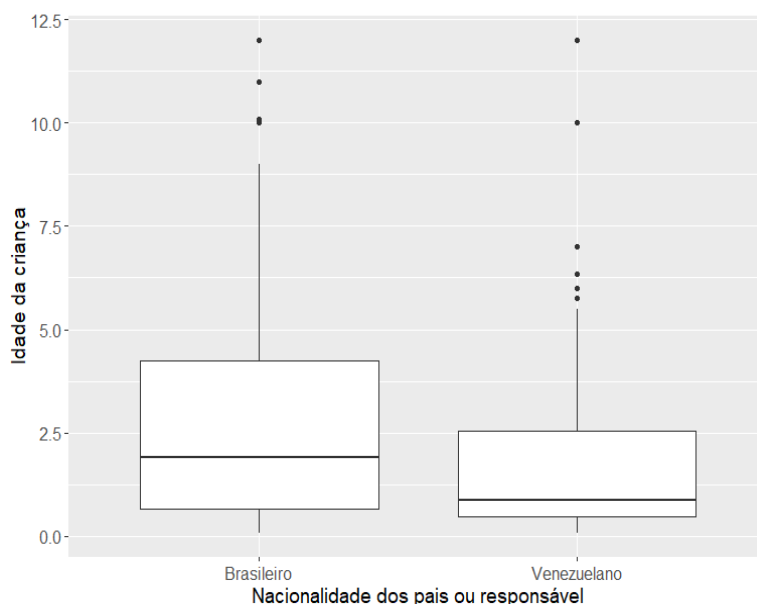
utilizadas para verificar as condições de saneamento básico também demonstraram que nestas localidades existe uma menor cobertura e acesso ao conjunto de serviços estruturais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e limpeza e drenagem de lixo.

4.2 Variáveis Clínicas das Crianças Internadas

A segunda parte desta pesquisa levantou variáveis clínicas entre as crianças internadas no HCSA com o intuito de complementar o seu perfil de adoecimento. Entre as variáveis quantitativas foi observado que a mediana de idade entre as crianças de origem brasileira era de 1,91 anos, enquanto entre as crianças de origem venezuelana era de 0,87 anos. A distribuição desta variável é melhor visualizada na Figura 16 a seguir.

Figura 16 – Gráfico Box Plot da distribuição das idades das crianças internadas no hospital segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis. Boa Vista-RR, 2019 (n = 221).

$p = 0,006^1$ ¹p-valor obtido a partir do Teste U de Mann-Whitney



Fonte: Pesquisa de campo.

Tal resultado representou uma diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos do estudo através da realização do Teste U de Mann-Whitney, evidenciando que a mediana de idade entre as crianças de origem venezuelana encontrada foi menor. Vale ressaltar que várias pesquisas científicas focalizam o subgrupo de crianças menores de 5 anos

por acreditar que esta população específica corresponde aos indivíduos que mais utilizam os serviços de saúde em países em desenvolvimento. Por tal razão, esse grupo etário continua sendo o foco prioritário de intervenções em saúde coletiva entre os diferentes níveis governamentais (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003).

Outra variável quantitativa analisada foi a idade materna, demonstrando uma mediana de idade maior entre as mães das crianças de origem brasileira (26,89 anos) em relação às mães de crianças de origem venezuelana (25,30 anos). No entanto, ao realizar o Teste U de Mann-Whitney não foram encontradas diferenças proporcionais significativas desta variável entre os dois grupos segundo a nacionalidade dos participantes.

A idade materna se trata de uma variável constantemente analisada em estudos, e aparece frequentemente associada como um fator de risco para internações em crianças menores de 5 anos. Falta de experiência nos cuidados com a criança e dificuldade em identificar uma situação mais grave poderiam, então, ser explicações para este fato (DHARMAGE; RAJAPAKSA; FERNANDO, 1996).

Ao analisar o peso de nascimento entre as crianças internadas, observou-se que às crianças de origem venezuelana nasceram com menor peso em média (2.951 g) quando comparadas às crianças de origem brasileira (3.158 g). Para esse resultado utilizou-se o Teste T de Student, onde o p valor ($p=0,046$) encontrado demonstrou diferença significativa entre os dois grupos de crianças quanto à esta variável.

Essa diferença pode ser atribuída a uma pior cobertura de assistência pré-natal e a maior ocorrência de prematuridade entre a população de migrantes venezuelanos. Para Silveira e Procionoy (2010), recém-nascidos de muito baixo peso podem apresentar ao longo da vida maiores complicações clínicas, reinternações frequentes, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor e outras comorbidades. Dessa forma, observa-se que crianças nascidas com baixo peso (< 2.500 g) e peso insuficiente (de 2.500 g a 2.999 g) são mais vulneráveis aos fatores sociais e ambientais, sendo, portanto, um fator de risco importante no processo saúde-doença.

A Tabela 4 demonstra os resultados das variáveis quantitativas analisadas nesta pesquisa.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis quantitativas das crianças internadas no HCSA segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis. Boa Vista-RR, 2019 (n=221).

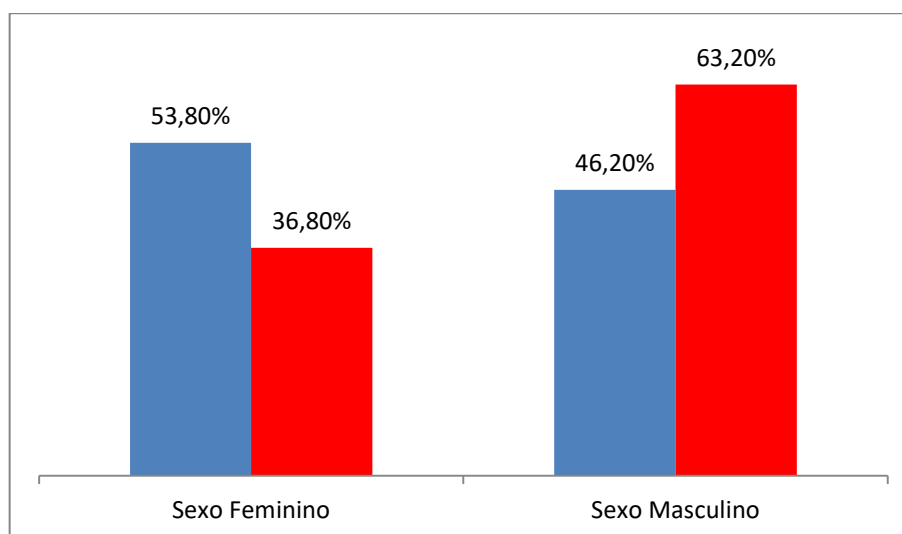
Nacionalidade dos pais/responsáveis			
Variáveis Quantitativas	Brasileiro (n = 145)	Venezuelano (n = 76)	p-valor
Idade da criança (anos)			0,006 ¹
Média (DP)	3,20 (3,23)	2,12 (2,75)	
Mediana (IIQ)	1,91 (3,59)	0,87 (2,06)	
Min – Max	0,08 – 12,00	0,08 – 12,00	
Peso ao nascer (g)			0,046 ²
Média (DP)	3158 (711)	2951 (667)	
Mediana (IIQ)	3165 (1000)	3000 (600)	
Min – Max	1000 – 4800	850 – 4600	
Idade da mãe (anos)			0,053 ¹
Média (DP)	26,89 (6,11)	25,30 (6,07)	
Mediana (IIQ)	26,00 (10,00)	24,00 (7,50)	
Min – Max	14,00 – 43,00	14,00 – 45,00	

DP = Desvio Padrão; IIQ = Intervalo Interquartilico; Min = valor mínimo; Max = valor máximo. ¹ p-valor obtido a partir do Teste U de Mann-Whitney; ² p-valor obtido a partir do Teste t de Student.

Fonte: Pesquisa de campo.

Quanto à variável “gênero” das crianças internadas, houve diferença nas proporções de acordo com a origem das nacionalidades dos seus pais e/ou responsáveis. Os dados foram inseridos em gráficos para melhor visualização, de acordo com a Figura 17 a seguir.

Figura 17 – Distribuição da variável “gênero das crianças” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis das crianças internadas no HCSA.



Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).

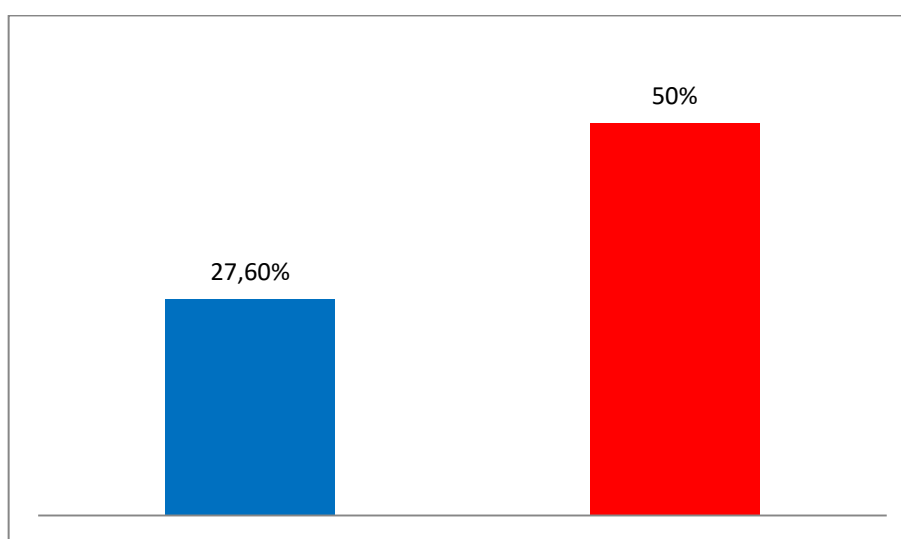
Fonte: Pesquisa de campo.

Entre as crianças em que os pais e/ou responsáveis possuíam nacionalidade brasileira, houve predomínio do sexo feminino com uma proporção de 53,8% (n=78), sendo que entre as crianças de origem venezuelana o predomínio foi do sexo masculino, com uma proporção de 63,2% (n=48). Diferentemente, entre as crianças de origem venezuelana, 28 (36,8%) eram do sexo feminino, e 48 (63,2%) eram do sexo masculino.

Durante a revisão bibliográfica, foi identificado um estudo sobre crianças venezuelanas internadas por pneumonia no Hospital Universitário Antônio Patrício de Alcalá, em Sucre, na Venezuela. Esta pesquisa realizada por Kassisse *et al.* (2017) evidenciou um percentual de 55% de pacientes internados do sexo masculino e 45% do sexo feminino, se aproximando dos resultados encontrados nesta investigação.

Com o objetivo de complementar o perfil clínico das crianças internadas do HCSA, foi levantado o status vacinal a partir de informações colhidas com os pais e/ou responsáveis sobre a caderneta de vacinação. A cobertura vacinal apresenta-se como uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias em saúde pública, e a comparação desta variável entre os dois grupos torna-se relevante para esta pesquisa. Enquanto 27,6% das crianças brasileiras encontravam-se com a caderneta de vacinação em atraso ou desconheciam essa informação, 50% das crianças de origem venezuelana encontravam-se nesta mesma situação, como apresentado na Figura 18.

Figura 18 – Distribuição da frequência do status vacinal em atraso segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.

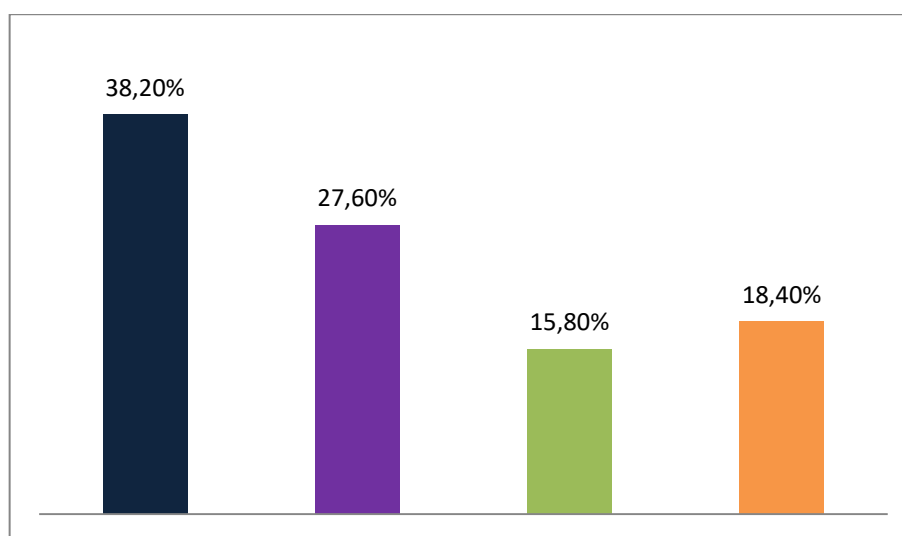


Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
Fonte: Pesquisa de campo.

O status vacinal de crianças é uma variável frequentemente investigada em pesquisas dada a sua importância para Saúde Pública. Luhm, Cardoso e Waldman (2011) apresentaram um interessante resultado em seu estudo que associava a boa cobertura vacinal ligada a uma melhor qualidade de vínculo entre os usuários e os serviços de saúde. Em contrapartida, Tertuliano e Stein (2011) apontaram a baixa escolaridade da mãe e os piores níveis socioeconômicos entre os principais fatores apontados para o atraso vacinal, sendo que esta associação também foi evidenciada entre as crianças de origem venezuelana nesta pesquisa. Em se tratando especificamente da população pediátrica de migrantes venezuelanos, é imperioso destacar que a ineficiência da vigilância epidemiológica e a fraqueza do programa nacional de imunização na Venezuela também podem influenciar diretamente para a baixa cobertura vacinal (ROA, 2018).

Durante a coleta de dados para esta pesquisa, algumas questões do formulário foram direcionadas apenas para os participantes de origem venezuelana com o intuito de investigar a influência do transcurso migratório no perfil de adoecimento das crianças de origem venezuelana. Neste contexto, ao ser avaliado o espaço de tempo entre o processo migratório e a ocorrência daquela internação, a pesquisa revelou os seguintes resultados descritos na Figura 19 a seguir.

Figura 19 – Distribuição da variável “tempo de migração” segundo a nacionalidade venezuelana dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.



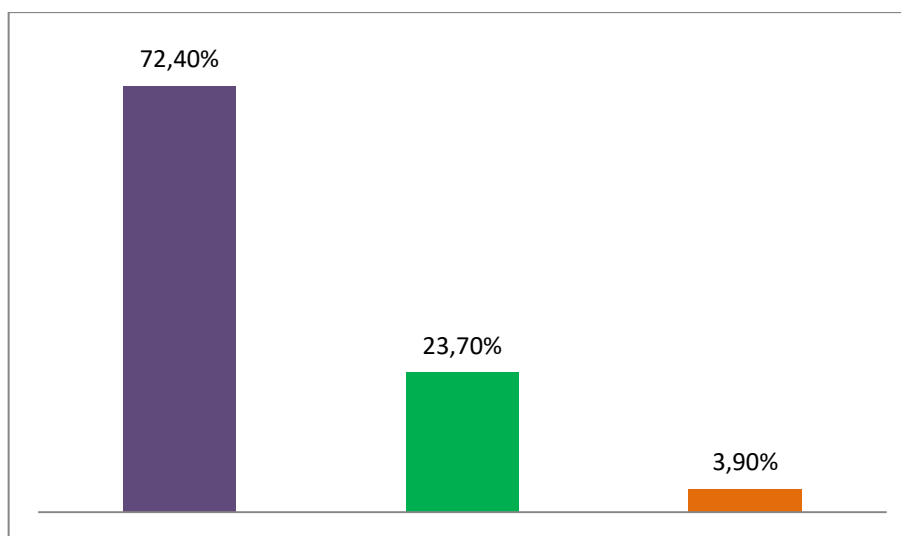
Legenda: Migraram há mais de 6 meses (azul petróleo); Migraram entre 1 mês e 6 meses (roxo); Migraram há mais de 1 mês (verde); Migraram para aquela atenção médica (laranja).

Fonte: Pesquisa de campo.

Foi observado que das 76 crianças de origem venezuelana, 29 (38,2%) já haviam migrado para o Brasil há mais de 6 meses, enquanto 21 (27,6%) haviam migrado entre 1 mês e 6 meses, 12 (15,8%) haviam chegado ao Brasil há menos de 1 mês e 14 (18,4%) haviam migrado para aquela atenção médica.

Outra variável analisada entre as crianças de origem venezuelana foi o local de ocorrência dos primeiros sintomas para aquela internação. O objetivo da coleta desta informação foi verificar se o motivo que originou o fluxo migratório para o Brasil estava relacionado com a situação clínica que culminou com a internação da criança. Segundo a Figura 20, observa-se que a maioria das crianças apresenta os sintomas iniciais no Brasil.

Figura 20 – Distribuição da variável “local de ocorrência dos primeiros sintomas da internação” segundo a nacionalidade venezuelana de pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.

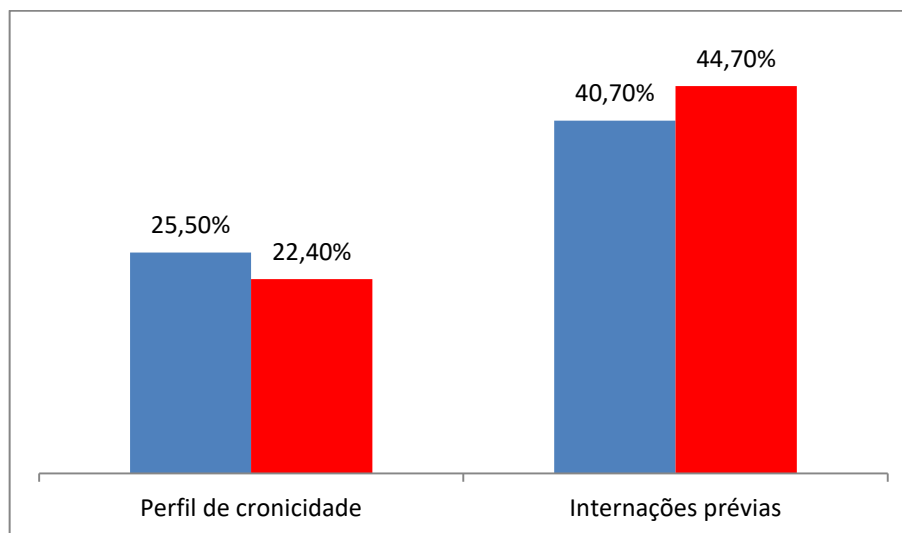


Legenda: No Brasil (roxo); Na Venezuela (verde); Durante o transcurso migratório.
Fonte: Pesquisa de campo.

Foi observado que 55 (72,4%) dos pais e/ou responsáveis venezuelanos relataram que os primeiros sintomas que culminaram com aquela internação haviam iniciado no Brasil após o transcurso migratório, enquanto 18 (23,7%) relataram o início dos sintomas ainda na Venezuela, e em apenas 3 (3,9%) a ocorrência destes se deu durante o transcurso migratório.

Outras variáveis avaliadas nesta pesquisa complementam o perfil de adoecimento da população pediátrica no HCSA, como o perfil de cronicidade e as internações prévias. Os resultados obtidos estão descritos na Figura 21.

Figura 21 – Distribuição das variáveis “perfil de cronicidade” e “internações prévias” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.



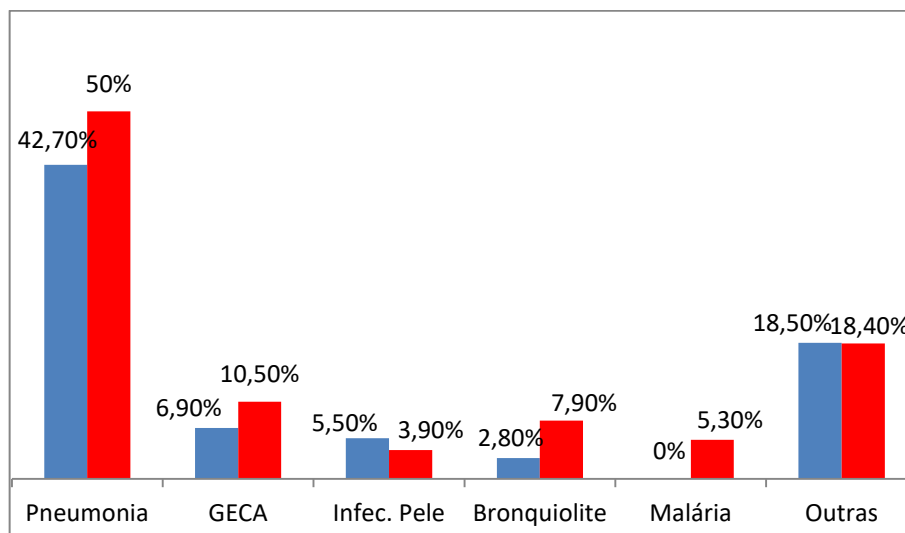
Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
Fonte: Pesquisa de campo.

Apenas 25,5% das crianças de origem brasileira e 22,4% das crianças de origem venezuelana apresentaram critérios que as identificavam com perfil de cronicidade. Essa realidade não foi evidenciada no estudo de Duarte *et al.* (2012), que identificou 47,8% de crianças internadas em serviços de Pediatria do Rio de Janeiro com patologias crônicas. Os autores atribuem o fato do alto índice de patologias crônicas à diminuição de incidência de doenças infectocontagiosas e a incorporação de tecnologias que propiciam uma sobrevida maior às crianças que antes estavam destinadas a morrer precocemente, o que talvez não seja vislumbrado no cenário desta pesquisa.

Com o intuito de completar a investigação da epidemiologia de agravos das crianças internadas no HCSA, foram levantados os motivos de internação a partir das informações dos prontuários médicos. Em um primeiro momento, o diagnóstico primário da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) foi desconsiderado, uma vez que essa primeira hipótese diagnóstica pode não ter sido correspondida durante a internação, sendo que o real motivo foi elencado através da análise da evolução clínica descrita nos prontuários médicos individualmente.

Assim, as causas de internações apresentaram certa diferença nos dois grupos estudados, conforme a distribuição sinalizada na Figura 22.

Figura 22 – Distribuição da variável do “motivo de internação” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.



Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
Fonte: Pesquisa de campo.

Apesar de pneumonia e gastroenterite aguda serem as principais causas de internação entre as crianças das duas origens, as causas subsequentes mostraram-se diferentes. Foi observado que entre as crianças de origem brasileira os motivos de internações apresentaram-se da seguinte forma: 72 (49,7%) crianças com diagnóstico de pneumonia, 10 (6,9%) com diagnóstico de gastroenterite aguda, 10 (6,9%) com infecções de pele e outras 8 (5,5%) com infecção urinária, seguidas de outras condições que, em valores percentuais isoladamente, não superaram nenhuma dessas principais causas. Em relação às crianças de origem venezuelana, apresentaram-se da seguinte forma: 38 (50%) crianças com pneumonia, 8 (10,5%) com gastroenterite aguda (10%), 6 (7,9%) com bronquiolite (7,9%) e 4 (5,3%) com malária, seguidas de outras condições que, em valores percentuais isoladamente, não superaram nenhuma dessas principais causas.

O motivo de internações entre crianças é uma variável constantemente investigada e diferenças de resultados podem ser explicadas, principalmente, pela acessibilidade aos serviços de saúde, aos diferentes perfis de profissionais e até às alterações climáticas correlacionando-as às disparidades regionais. Enquanto Ribeiro *et al.* (2019) e Santos (2016) identificaram como principal causa de internação o grupo de gastroenterites infecciosas e suas complicações, Prezzoto *et al.* (2017) e Araújo, Costa e Pedraza (2017) encontraram a

pneumonia como a principal causa de internação entre as crianças menores de 5 anos em seus estudos.

Em se tratando da população de migrantes no Brasil, Silva Neto (2010) descreveu sobre a circulação de cidadãos transfronteiriços na região amazônica e seus impactos na saúde local. O enfoque nos desafios sobre o sistema de saúde abordou a ocorrência de várias doenças tropicais, como malária, dengue e hepatites, que não respeitam as fronteiras e acabam sendo motivos de internação nos serviços de saúde brasileiros. É importante destacar que o diagnóstico de malária representou a terceira causa de internação entre as crianças de origem venezuelana e, na rotina diária das enfermarias do HCSEA, aparece como um dos motivos recorrentes de internação entre os pacientes indígenas de origem brasileira. Esse grupo populacional foi excluído da pesquisa por questões éticas, corroborando a necessidade de estudos que incluam essa parcela significativa da população atendida nesse hospital de referência.

Em relação às variáveis categóricas quantitativas utilizadas para analisar o perfil clínico das internações, observou-se que a única variável que apresentou diferença estatisticamente significativa foi o status da caderneta de vacinas, apresentando um percentual de atraso maior entre as crianças de origem venezuelana. As demais variáveis quantitativas, sendo assim, não demonstraram diferenças estatisticamente significativas, evidenciando, nestes aspectos clínicos, o mesmo padrão de adoecimento entre as populações do estudo, como pode ser vislumbrado na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição das variáveis categóricas utilizadas para verificar o perfil clínico das internações das crianças internadas no HCSA segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis. Boa Vista-RR, 2019 (n=221).

Variáveis categóricas de caracterização clínica	Total n (%)	Nacionalidade dos pais/responsáveis		p-valor
		Brasileiro (n = 145) n (%)	Venezuelano (n = 76) n (%)	
Motivos da Internação				0,050 ¹
Pneumonia	110(49,8)	72(42,7)	38(50)	
GECA	18(8,1)	10(6,9)	8(10,5)	
Infecção de Pele	13(5,9)	10(6,9)	3(3,9)	
ITU	11(5,0)	8(5,5)	3(3,9)	
Bronquiolite	10(4,5)	4(2,8)	6(7,9)	
Malária	4(1,8)	0(0)	4(5,3)	
Outras	55(24,8)	41(18,5)	14(6,3)	
Caderneta de Vacina				0,004 ¹
Atualizada	145(64,7)	105(72,4)	38(50)	
Em atraso	74(33,5)	38(26,2)	36(47,4)	
Desconhece	4(1,8)	2(1,4)	2(2,6)	
Perfil de Cronicidade				0,724 ¹
Sim	54 (24,4)	37 (25,5)	17(22,4)	
Não	167 (75,6)	108 (74,5)	59(77,6)	
Internações Prévias				0,663 ¹
Sim	93(42,1)	59(40,7)	34(44,7)	
Não	128(57,9)	86(59,3)	42(55,3)	

¹ p-valor obtido a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates.

Fonte: Pesquisa de campo.

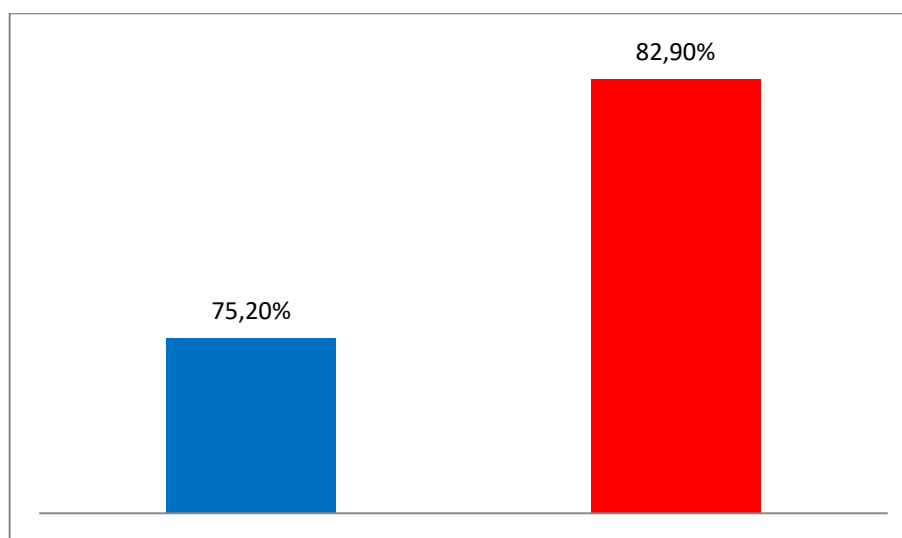
Após o levantamento dos motivos das internações entre as crianças internadas no HCSA, foram verificadas as condições que poderiam ser resolvidas no primeiro nível de assistência à saúde: a Atenção Básica. No Brasil, a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicou, por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, que permanece em vigor até o presente momento e define grupos de causas de internações e diagnósticos de acordo com a Décima Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Sua utilização serviu para nortear essa diferenciação e estimar o percentual de ICSAP na população estudada, estabelecendo uma comparação entre as causas de internação de crianças de origem brasileira e àquelas de origem venezuelana.

Ao levantar a frequência das internações por condições sensíveis à atenção primária, esta pesquisa procurou avaliar indiretamente a efetividade da atenção primária no SUS, em

Roraima, onde essa população de crianças internadas é atendida independentemente da nacionalidade de origem, uma vez que são as condições que poderiam ser resolvidas no primeiro nível de assistência à saúde, quando esta se mostra oportuna e adequada.

Da totalidade das crianças internadas durante a pesquisa, a proporção de ICSAP foi de 77,8%. Entre as crianças de origem brasileira, a proporção de ICSAP foi de 75,2%, e entre as crianças de origem venezuelana foi de 82,9%. Os resultados são melhores visualizados na Figura 23.

Figura 23 – Distribuição da frequência de ICSAP entre os motivos de internação segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA.



Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
Fonte: Pesquisa de campo.

A utilização deste indicador (ICSAP) é rotineiramente abordada em pesquisas, tanto no Brasil como em outros países. Boing *et al.* (2012) revelaram estabilidade nas médias anuais de internações por condições sensíveis à atenção primária na região Norte, enquanto nas outras Unidades Federativas havia sido registrado um declínio dessa média entre os anos de 1998 a 2009. Já Ribeiro *et al.* (2019) encontraram maior prevalência de ICSAP na região Norte quando comparada às demais regiões do país.

Outros estudos, como o de Rosano *et al.* (2013), estabelecem associação entre uma melhor cobertura da atenção básica e taxas menores de ICSAP. No entanto, na realidade do Brasil, a redução dessas taxas sofre discrepâncias de resultados entre as regiões e, por vezes, não acompanha a maior cobertura desse primeiro nível de assistência à saúde. As possíveis razões para esses resultados diferentes foram associadas principalmente às diferenças

socioeconômicas regionais, às situações epidemiológicas, à capacitação profissional daqueles que conduzem serviços na APS e a própria oferta desses serviços segundo as localidades (SOUSA; HAMANN, 2009; MOURA *et al.*, 2010; BOING *et al.*, 2012).

Retomando a hipótese levantada no início desta pesquisa, os resultados encontrados confirmaram que as doenças que mais acometem a população pediátrica internada no HCSA são secundárias às condições evitáveis e se mostraram mais frequentes entre as crianças de origem venezuelana. No entanto, apesar de mais frequente, não houve diferença estatisticamente significativa entre as crianças de origem brasileira e àquelas de origem venezuelana em relação à ocorrência de ICSAP. Tais resultados podem sugerir dificuldades na cobertura da atenção básica em Roraima, uma vez que as duas parcelas populacionais do estudo utilizam o mesmo sistema de saúde. Dessa forma, as variáveis do estudo a seguir se propõem a avaliar o caminho percorrido até a internação das crianças avaliando o fluxo de atendimento pelas redes de assistência.

4.3 Acesso aos Serviços de Saúde no SUS, em Roraima

Com o propósito de avaliar a cobertura de atendimento do SUS em Roraima, essa pesquisa classificou os locais de residência das crianças internadas de acordo com as macroáreas de saúde que são atendidas pela Atenção Básica na capital. Encontra-se no Anexo C, a distribuição das macroáreas da cidade de Boa Vista e as suas Unidades Básicas de Saúde correspondentes. É notório afirmar que muitas crianças internadas no HCSA são provenientes de cidades do interior e, por isso, não entraram nesta classificação, assim como as crianças de origem venezuelana que se encontravam em situação de rua e foram agrupadas em macroáreas não definidas por não possuírem residência fixa.

Na análise dos dados foi evidenciado que na macroárea não definida e na macroárea 6 quase a totalidade das causas de internação de crianças que residiam nessas localidades – 100% e 97,1%, respectivamente – eram por condições sensíveis à atenção primária. Um dado curioso a ser levantado é que a macroárea não definida corresponde a localização da residência daquelas crianças de origem venezuelana que estavam em situação de rua, ou seja, viviam em condições precárias de sobrevivência e que migraram para o Brasil há menos de 1 mês. Por conseguinte, a macroárea 6 corresponde a localização de três abrigos de ajuda humanitária para Venezuelanos (Rondon 1, Rondon 2 e Rondon 3) no bairro 13 de setembro.

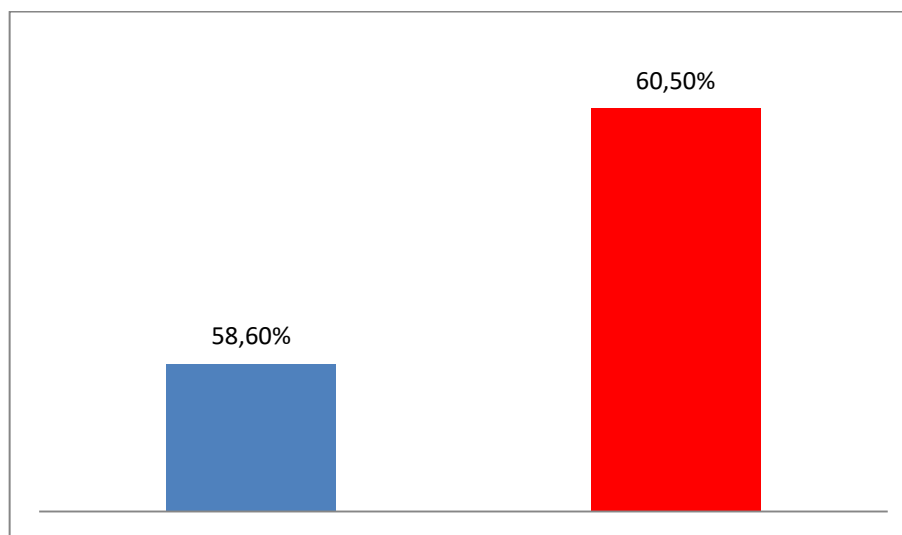
É prudente associar os determinantes sociais de saúde de uma população com a ocorrência das ICSAPs. Na literatura, temos o relato de estudo pioneiro de Billings *et al.* (1993), nos Estados Unidos, que demonstrou altas taxas de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em localidades de altos índices de pobreza e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Outros pesquisadores, como Caminal *et al.* (2004), Roos e colaboradores (2005) e Harrison (2014), em diferentes países, também focalizaram essa temática e descreveram a associação de maiores taxas de ICSAP em localidades com piores níveis sócios econômicos.

Trazendo a realidade das ICSAPs para o cenário brasileiro, o estudo de Moura e colaboradores (2010) demonstrou a influência do cenário socioambiental na melhoria dos cuidados da saúde da criança e, conseqüentemente, no seu perfil de adoecimento. Tal afirmação também foi evidenciada nesta pesquisa a partir da constatação de que as crianças de origem venezuelana experimentam condições socioeconômicas piores quando comparadas às crianças de origem brasileira, o que pode influenciar a frequência de ICSAP ainda mais alta neste grupo, assim como nas localidades em que esse grupo reside.

Ademais, a ocorrência de ICSAP pode estar associada a falhas de cobertura e acesso da Atenção Primária à Saúde. Neste sentido, com o propósito de compreender o caminho percorrido no Sistema Único de Saúde de Roraima até aquela internação, algumas questões foram levantadas aos participantes da pesquisa a fim de enumerar dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços.

Quando perguntado aos participantes da pesquisa se procuraram outra unidade de saúde para o atendimento médico que originou a internação, a maioria deles (85 brasileiros – 58,6% e 46 venezuelanos – 60,5%) negou esse fluxo de atendimento, relatando que procuraram diretamente a emergência do HCSA, como apresentado na Figura 24.

Figura 24 – Distribuição da variável “utilização da emergência como porta de entrada” segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais pelas crianças internadas no HCSA.

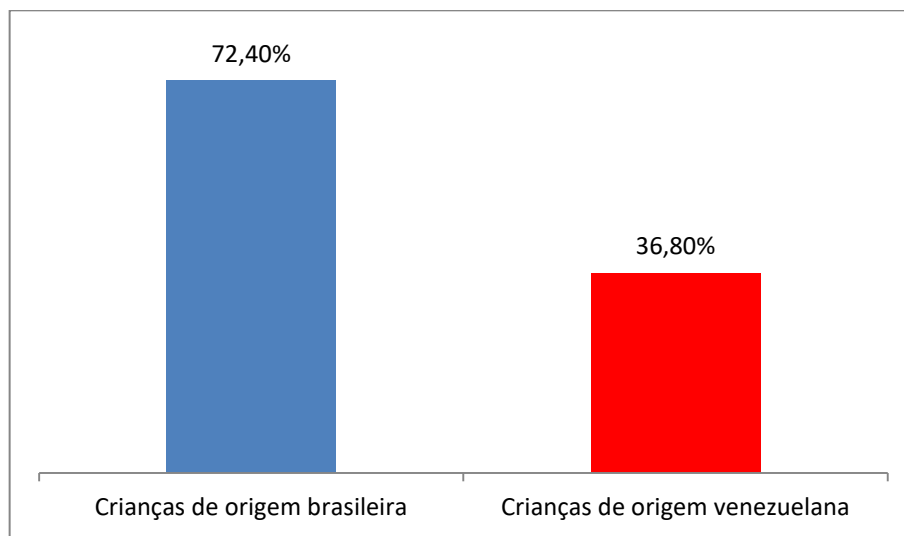


Legenda: Nacionalidade brasileira (azul); Nacionalidade venezuelana (vermelha).
Fonte: Pesquisa de campo.

Entre essas 131 crianças que procuraram diretamente a emergência do HCSA para a internação, 102 (77,9%) foram internações por condições sensíveis à Atenção Primária, e 29 (22,1%) eram por outras causas não sensíveis à Atenção Primária. Ou seja, identificou-se que um alto percentual de condições que culminaram com as internações das crianças de ambas as nacionalidades sequer passou pela atenção básica, utilizando a emergência do HCSA como porta de entrada.

A investigação sobre o acompanhamento regular das crianças internadas em unidades de saúde foi outro aspecto questionado aos pais e/ou responsáveis legais. Entre os participantes brasileiros, 105 (72,4%) relataram que a criança fazia acompanhamento de rotina em algum serviço de saúde, enquanto 40 (27,6%) não faziam esse tipo de acompanhamento. Entre os participantes de nacionalidade venezuelana, os resultados se mostraram diferentes: apenas 28 (36,8%) dos pais relataram que as crianças faziam algum tipo de acompanhamento regular e 48 (63,2%) negaram qualquer tipo de acompanhamento. Esta distribuição pode ser melhor visualizada na Figura 25.

Figura 25 – Distribuição das crianças internadas no HCSA que faziam acompanhamento regular no SUS em Roraima, segundo a nacionalidade dos seus pais e/ou responsáveis legais.



Fonte: Pesquisa de campo.

O acompanhamento regular de saúde da criança remete ao acesso à APS; assim, outras pesquisas que investigaram o acesso de imigrantes à Atenção Primária à Saúde demonstraram resultados positivos com a implantação da Estratégia de Saúde da Família como uma forma de melhorar a integração destes na sociedade do país de origem. Tanto Melo e Campinas (2010), como Martes, Braga e Martins (2013), observaram a percepção positiva dos imigrantes bolivianos em São Paulo com a implantação da Estratégia de Saúde de Família, ultrapassando os direcionamentos em relação à prevenção em saúde e incentivando a inserção desses estrangeiros no contexto social da cidade.

Como forma de investigar as dificuldades de acesso à APS entre as crianças internadas no HCSA, foram investigados os motivos para não fazer o acompanhamento regular de saúde das crianças. Dos 221 participantes, 88 relataram que não faziam acompanhamento regular, e os motivos elencados estão dispostos na Tabela 6 de acordo com a nacionalidade dos participantes da pesquisa.

Tabela 6 – Distribuição dos motivos elencados para não fazer acompanhamento regular de saúde segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis legais pelas crianças internadas no HCSA. Boa Vista – RR, 2019 (n=88).

Motivos elencados para não fazer acompanhamento regular em saúde	Total n (%)	Nacionalidade dos pais/responsável	
		Brasileiro (n = 40) n (%)	Venezuelano (n = 48) n (%)
Não sabe como fazer acompanhamento	11(12,5)	1(2,7)	10(2,8)
Dificuldade de marcação de consultas	9(10,2)	7(18,4)	2(4)
Falta de profissionais de saúde	7(7,9)	7(18,4)	0(0)
Falta de UBS próxima	6(6,8)	5(13,2)	1(2)
Vai à emergência quando precisa	28(31,8)	18(47,2)	10(20,8)
Migrou recentemente	25(28,4)	0(0)	25(52,4)

Fonte: Pesquisa de campo.

Entre os 40 participantes brasileiros que disseram não acompanhar regularmente a criança internada em serviços de saúde, apenas 1 (2,7%) referiu desconhecer como fazer o acompanhamento, 7 (18,4%) apresentaram a dificuldade de marcação de consultas como o principal motivo, outros 7 participantes (18,4%) relataram faltar profissionais de saúde nos serviços para o acompanhamento, 5 (13,2%) referiram a falta de UBS próxima à residência como principal razão e 18 (47,3%) disseram que não precisam do acompanhamento e vão direto à emergência quando adoecem. Já entre os 48 participantes venezuelanos, os motivos para o não acompanhamento regular em serviços de saúde mostraram-se diferentes: 25 (52,4%) disseram que a razão para o não acompanhamento é porque recém-migraram, 10 (20,8%) não sabiam como fazê-lo, outros 10 (20,8%) afirmaram que a criança não precisa e vai direto à emergência, 2 (4%) referiram dificuldade para marcar e apenas 1 (2%) relatou a falta de UBS próxima.

Alguns estudos podem justificar a realidade encontrada nesta pesquisa, como Pereira, Silva e Lima Neto (2015) que enfatizaram a escassez de recursos na Atenção Básica para comprovação diagnóstica justificada pela falta de estrutura para realizar exames simples. Almeida *et al.* (2010) descreveram que a falta de articulação das redes de assistência à saúde prejudica os atributos da longitudinalidade, integralidade e coordenação do SUS. Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016) e Silva, Casotti e Chaves (2013) abordaram em seus estudos a predominância do modelo médico-assistencial no cotidiano dos serviços de saúde se distanciando da perspectiva de promoção e prevenção de saúde do primeiro nível de atenção.

Outras situações foram questionadas aos pais e/ou responsáveis legais das crianças internadas no HCSA com o intuito de se verificar demais dificuldades de acesso encontradas para o atendimento da criança internada em algum momento em que esta precisou utilizar o SUS em Roraima. Em relação a existência de alguma dificuldade na relação interpessoal com os profissionais de saúde, os resultados se mostraram bastante parecidos entre os dois grupos de participantes da pesquisa; entre os participantes brasileiros, 106 (73,1%) negaram qualquer tipo de dificuldade na relação com os profissionais de saúde, enquanto 61 dos participantes venezuelanos (80,3%) também responderam da mesma forma.

Ao questionar sobre a falta de medicamentos, exames ou procedimentos para o seu tratamento, a proporção das respostas se mostrou bastante próxima. Dos participantes brasileiros, 108 (74,5%) negaram a falta destes, enquanto 57 dos participantes venezuelanos (75%) assim o fizeram também. No entanto, a falta de profissionais de saúde para o atendimento da criança no SUS, em Roraima, mostrou proporções que se apresentaram diferentes e estatisticamente significativas. Enquanto 46 (31,7%) dos participantes brasileiros referiram falta de profissionais de saúde em algum momento em que foi necessário o atendimento da criança, esse número entre os participantes venezuelanos se mostrou bem inferior, com apenas 12 (15,8%).

Diferentemente também foram os resultados em relação ao questionamento sobre a demora em atendimentos, consultas ou procedimentos quando se fez necessário o atendimento da criança no SUS em Roraima. Entre os participantes brasileiros, 78 (53,8%) disseram ter enfrentado demora nestas situações em algum momento, enquanto 67 (46,2%) a negaram. Entre os participantes venezuelanos, apenas 27 (35,5%) afirmaram ter enfrentado situações de espera para esses tipos de atendimentos à criança, enquanto 49 (64,5%) negaram essa dificuldade.

O relato de dificuldades para adquirir o cartão do SUS para a criança internada não foi uma variável que representou diferença estatisticamente significativa entre os participantes das duas nacionalidades. Enquanto apenas 8 (5,5%) dos participantes brasileiros afirmaram ter tido alguma dificuldade para a sua aquisição, 14 (18,4%) dos participantes venezuelanos responderam da mesma forma.

A aquisição do cartão do SUS tem significado importante no contexto dos migrantes, principalmente para a inserção social. Xavier (2010) afirmou, em seu estudo, que a aquisição do cartão do SUS pelos imigrantes possui elevado valor simbólico, uma vez que passa ser o primeiro documento de identificação em território brasileiro. Para os migrantes venezuelanos

em Roraima, este documento pode ser adquirido em qualquer serviço de saúde dentro do Estado. Outros documentos podem, ainda, ser adquiridos no Posto de Triagem e Atendimento aos Migrantes da Operação Acolhida em Boa Vista, assim como o cadastro para o alojamento em abrigos públicos ou para a participação nos processos de interiorização.

Retomando aos resultados da pesquisa, outra questão levantada pelos participantes venezuelanos foi a dificuldade representada pela diferença de idioma durante algum momento em que foi preciso o atendimento médico da criança no SUS, em Roraima. Dos 76 participantes venezuelanos, 47 (61,8%) afirmaram que a diferença de idioma dificultou o atendimento da criança, ao passo que 29 (38,2%) negaram essa dificuldade.

Martes, Braga e Martins (2013) descreveram o papel contraditório do uso da língua espanhola pelos imigrantes bolivianos em São Paulo; se por um lado a proximidade com a língua portuguesa facilitava a comunicação, muitas vezes os imigrantes relataram dificuldades em expressar seus sentimentos e sintomas com exatidão. A mesma dificuldade foi encontrada entre os haitianos, como foi apresentado no relatório de pesquisa de Fernandes e Farias (2017), onde a falta do domínio da língua portuguesa era motivo de frustração entre os imigrantes, principalmente nas relações de trabalho, recorrendo muitas vezes à comunicação gestual.

Na Tabela 7, a seguir, serão demonstradas as variáveis utilizadas para verificar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde em Roraima para o atendimento da criança internada, em algum momento que tenha sido necessário, segundo as respostas dos participantes brasileiros e venezuelanos. Mais uma vez foi aplicado o Teste do Qui-quadrado de Pearson de comparação, com o propósito de comparar as proporções encontradas nos dois grupos de participantes da pesquisa de nacionalidades brasileira e venezuelana quanto a essas variáveis qualitativas. Os dados foram organizados em tabelas de contingência nas quais as colunas representam as amostras dos participantes da pesquisa segundo a nacionalidade e as linhas, as categorias de variáveis. Fez-se necessária a aplicação da correção de Yates e a utilização do Teste Exato de Fisher quando a amostra se apresentava pequena.

Tabela 7 – Distribuição das variáveis categóricas utilizadas para verificar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde para o atendimento da criança em Roraima segundo a nacionalidade dos pais e/ou responsáveis. Boa Vista – RR, 2019 (n = 221).

Variáveis categóricas de acessibilidade aos Serviços de Saúde em Roraima	Total n (%)	Nacionalidade dos pais/responsáveis		p-valor
		Brasileiro (n = 145) n (%)	Venezuelano (n = 76) n (%)	
Procura de outra unidade de saúde para esta internação				0,897 ¹
Sim	90 (40,7)	60(41,4)	30 (39,5)	
Não	131 (59,3)	85 (58,6)	46 (60,5)	
Acompanhamento regular da criança no SUS de Roraima				<0,001 ¹
Sim	133 (60,2)	105(72,4)	28(36,8)	
Não	88 (39,8)	40(27,6)	48 (63,2)	
Dificuldade de relação com os profissionais de saúde				0,312 ¹
Sim	54 (24,4)	39 (26,9)	15(19,7)	
Não	167 (75,6)	106 (73,1)	61(80,3)	
Demora no atendimento				0,015 ¹
Sim	105(47,5)	78(53,8)	27(35,5)	
Não	116(52,5)	67(46,2)	49(64,5)	
Falta de medicamento, procedimentos, exames				0,933 ¹
Sim	56 (25,3)	37 (25,5)	19 (25)	
Não	165(74,7)	108 (74,5)	57 (75)	
Falta de profissionais				0,016 ¹
Sim	58 (26,2)	46 (31,7)	12 (15,8)	
Não	163 (73,8)	99 (68,3)	64 (84,2)	
Dificuldade de adquirir o cartão do SUS				0,005 ²
Sim	22 (10)	8 (5,5)	14 (18,4)	
Não	199 (90)	137 (94,5)	62(81,6)	

¹ p-valor obtido a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates; ² p-valor obtido a partir do Teste Exato de Fisher.

Fonte: Pesquisa de campo.

Em relação ao caminho percorrido pelas crianças para esta internação, não houve diferenças estatísticas significativas entre as crianças de origem brasileira e àquelas de origem venezuelana. Nos dois grupos observamos que a maior proporção das crianças utilizou a emergência do HCSA como porta de entrada para esta internação. Tal resultado pode justificar a superlotação do serviço de pronto atendimento do referido serviço, sobrecarregando ainda mais o atendimento dos usuários, principalmente na situação vivenciada nos últimos tempos a partir do aumento da demanda por causa do fluxo migratório de venezuelanos, como já observado anteriormente.

Outro resultado que merece destaque neste estudo é a proporção de crianças de origem venezuelana que não faz acompanhamento regular no SUS, o que pode sugerir, mais uma vez, iniquidades em saúde em relação ao acesso aos serviços. Os principais motivos elencados para não fazerem esse acompanhamento estão relacionados à condição de recém-migrantes e à falta de informação de como fazê-lo; ademais, a percepção de que esse acompanhamento não é preciso também aparece como um dos principais motivos.

Entre as dificuldades percebidas durante o acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção, duas variáveis mostraram diferenças estatisticamente significativas quando confrontadas a nacionalidade brasileira e a venezuelana dos participantes da pesquisa, foram elas: a demora do atendimento e a falta de profissionais relatadas pela maioria dos participantes brasileiros na pesquisa. Tais variáveis podem ter correlação direta com o resultado encontrado nesta pesquisa em relação a utilização da emergência como porta de entrada para o serviço de saúde pela grande maioria das crianças internadas. Acredita-se que, na visão dos participantes de origem brasileira, a procura pela emergência do HCSA se deve ao fato de que, naquele momento, a criança necessitava do autêntico cuidado emergencial. Outros prováveis motivos podem estar relacionados à facilidade da disponibilidade do serviço nas 24 horas do dia ou pela baixa resolutividade da Atenção Primária, como referenciado anteriormente.

Em contrapartida, entre os venezuelanos essas percepções de demora no atendimento e de falta de profissionais não foram evidenciadas. Um dos fatos que pode justificar esse resultado seria o atual trabalho desempenhado pelas Forças Armadas na Operação Acolhida, em que uma equipe médica faz busca ativa entre os abrigos para atender aquelas situações de urgência e emergência que não podem ser resolvidas no local, e referenciam esses atendimentos aos hospitais públicos da região. Outra prerrogativa que pode ser colocada à prova seria a comparação da resolubilidade do atendimento médico oferecido em âmbito brasileiro com a precariedade dos serviços de saúde existentes na Venezuela, onde a falta de insumos, de recursos humanos, de medicações e de vacinas não atenderia as mínimas perspectivas de atenção à saúde.

Dessa forma, a hipótese levantada no início da pesquisa de que a população pediátrica de origem venezuelana possui uma menor cobertura e acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde, usando a emergência do HCSA como porta de entrada no sistema de saúde em que são atendidas as crianças de origem brasileira, foi parcialmente contemplada, uma vez que foi observado que a grande maioria das crianças de origem brasileira também foi atendida

na emergência no primeiro contato com o SUS naquela internação. Além disso, outro resultado contraditório demonstrou que, entre os participantes brasileiros, houve uma maior percepção negativa em relação às variáveis “demora no atendimento” e “falta de profissionais” quando comparados à percepção dos participantes venezuelanos.

Por fim, torna-se necessário discutir algumas limitações desta pesquisa. Primeiramente, a definição da amostra preferencialmente deveria ser obtida de forma aleatória para que todos os participantes da pesquisa tivessem idêntica probabilidade de serem selecionados. Além disso, não existem estudos anteriores que tratem apenas dessa população de crianças de origem venezuelana para fazer as devidas comparações, assim como as taxas de ICSAP em populações de origem venezuelana internadas em serviços de saúde brasileiros.

Para avaliar o perfil de internação de crianças quanto às ICSAP, observamos neste estudo a necessidade de discriminar a nacionalidade da criança e de seus pais nas guias de Autorização para Internação Hospitalar com o intuito de diferenciar aquelas que foram submetidas, de alguma forma, a processos migratórios.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta prevalência de ICSAP entre os motivos de internação das crianças internadas no HCSA neste estudo, independente da nacionalidade de seus pais e/ou responsáveis legais, merece destaque no centro das discussões a serem levantadas. Mesmo apresentando limitações quanto ao uso desse indicador, outros autores vêm adotando as ICSAPs para avaliação de acesso e efetividade da APS e afirmando que sistemas de saúde onde esta se encontra bem estruturada, tendem a minimizar a ocorrência de internações evitáveis.

Além disso, foi observada a utilização da emergência do HCSA como porta de entrada para o primeiro atendimento que originou a internação da criança pela maioria dos participantes da pesquisa, entre brasileiros e venezuelanos. Tal circunstância impacta diretamente no funcionamento do hospital, uma vez que a superlotação da emergência foi uma realidade evidenciada em vários momentos durante a coleta de dados para este estudo, e que a maior parte dos atendimentos se tratava de situações que poderiam ser resolvidas em outros níveis de complexidade.

Diante destas constatações, em primeiro momento, pode-se sugerir que o Sistema de Saúde local avaliado apresenta falhas na política que prioriza a atuação da atenção básica como acolhedora desta demanda. Neste ponto, questiona-se a proposta da APS, em que a coordenação, a continuidade assistencial e o vínculo se perdem quando a procura pelo atendimento se faz pela porta da emergência. Ainda, a presença expressiva do fluxo migratório de venezuelanos, neste cenário desafiador, certamente perpetua e aumenta os desafios das redes de assistência à saúde.

Dessa forma, sob o ponto de vista de estratégias em saúde, conclui-se que se torna necessário fortalecer a “porta de entrada” no primeiro nível de atenção capacitando os profissionais de saúde na identificação das necessidades da população, bem como no seu pronto atendimento. É fundamental prover um sistema eficiente de referência e contrarreferência, possibilitando o acesso regulado de pacientes aos diversos níveis de atenção com o propósito de garantir a continuidade no atendimento e a manutenção dos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

No entanto, é fundamental observar uma peculiaridade que foi bem representada neste estudo: o HCSA absorve, por demanda espontânea e referenciada, os pacientes pediátricos dos vários municípios do interior do Estado e que, neste estudo, representou 40% das crianças

internadas. Por ser o único serviço de atendimento pediátrico em Roraima, o referido hospital representa a ponta de um complexo sistema de saúde que drena diferentes realidades de APS de outras cidades. Por esta razão, torna-se prudente aprofundar a investigação dos fluxos de atendimento das redes de assistência à saúde nestas localidades, assim como a sua efetividade de forma distinta.

Cabe ressaltar que a resolutividade da APS se manifesta em um contexto social permeado por determinantes sociais de saúde, e estes são expressos, neste estudo, pelas condições socioeconômicas, ambientais, culturais e comportamentais das populações analisadas. O que foi observado é que tanto os migrantes venezuelanos após o transcurso migratório em solo brasileiro, como as crianças de origem brasileira que residem em municípios do interior de Roraima experimentam determinantes sociais mais desfavoráveis em relação àquelas que residem na capital Boa Vista. Tais fatores, indiscutivelmente, influenciam diretamente o processo de saúde, tanto do ponto de vista do indivíduo quanto da coletividade, podendo concluir a existência de iniquidades em saúde entre as crianças internadas.

Para combater essas desigualdades que interferem diretamente na qualidade da saúde dessa população que utiliza o mesmo SUS em Roraima, independente da nacionalidade e do local de moradia, torna-se imprescindível estabelecer políticas sociais fortes capazes de reduzir a desigualdade social e promover saúde no seu conceito mais amplo. Ou seja, melhores condições de moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego podem ser superiores a fatores que estão ao alcance de efetivas redes de atenção à saúde, e que nem sempre foram incluídos com a devida importância em políticas relacionadas com a saúde. É notório afirmar, portanto, que tais condições exercem influência direta na qualidade e na resolutividade dos cuidados primários, e não existe equidade em saúde em sociedades estratificadas socialmente.

Ao focalizar com um olhar mais atento a população pediátrica de migrantes venezuelanos, foi observado, nesta pesquisa, uma falha no atributo da longitudinalidade do SUS, traduzido, sobretudo, pela grande proporção de crianças deste grupo que não fazem o acompanhamento regular em saúde. Os principais motivos levantados foram: a dificuldade de comunicação pela diferença do idioma, a falta de informação para o acesso aos serviços de saúde e a própria cultura da população em utilizar a emergência do HCSA para qualquer tipo de atendimento.

Diante dessa problemática, e com o intuito de estreitar a relação com os migrantes venezuelanos, considerando os percursos e a função social desta Universidade, surgiu a ideia de um produto técnico voltado exclusivamente para esta população: a elaboração de um Programa de Rádio voltado para migrantes venezuelanos em Roraima com informações sobre saúde, sob todos os seus aspectos. A idealização deste projeto se aproxima de um dos objetivos desta pesquisa em solucionar certas dificuldades vivenciadas por estes estrangeiros através de uma proposta inovadora de criar um canal de comunicação com esta população e estimular sua integração social. Tal projeto encontra-se em fase de teste, e será melhor descrito no capítulo subsequente.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA

PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA

PRODUTO TÉCNICO

Criação de um Programa de Rádio voltado para a população de migrantes venezuelanos em Roraima, vinculado ao Projeto de Pesquisa “Perfil de Adoecimento de Crianças Internadas em um Hospital de Referência em Roraima a partir do Fluxo Migratório de Venezuelanos”, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Georgia Patrícia Ferko.

BOA VISTA – RR

2020

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	90
2 OBJETIVOS.....	90
2.1 OBJETIVO GERAL.....	90
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	91
3 JUSTIFICATIVA.....	91
4 PROCEDIMENTOS.....	92
5 FORMATO E ESTRUTURA DO PROGRAMA.....	92
6 RESULTADOS ESPERADOS.....	93
7 PRODUTO TÉCNICO DESTINADO À POPULAÇÃO DE MIGRANTES VENEZUELANOS EM RORAIMA.....	94
7.1 DESCRIÇÃO DO PRODUTO DE COMUNICAÇÃO E DE SUA FINALIDADE.....	94
7.2 AVANÇOS TECNOLÓGICOS/GRAU DE NOVIDADE.....	94
7.3 PRODUTO.....	94

1 APRESENTAÇÃO

O Estado de Roraima, nos últimos anos, passou a ser a porta de entrada de milhares de venezuelanos que buscam melhores condições de sobrevivência no Brasil, a partir da crise humanitária vivenciada no país vizinho. Ao analisar esse deslocamento transfronteiriço de pessoas com um olhar atento e humanizado, faz-se necessário refletir sobre as condições humanas que esses estrangeiros chegam ao Brasil. Trata-se de uma migração plural, em que muitas crianças e mulheres participam expondo-se sem qualquer anteparo às vulnerabilidades sociais.

Em busca de acolhida em outros países, cruzam fronteiras acreditando que a realidade vivenciada seja um pouco melhor do que aquela do país de origem. O fato é que muitos estão longe de condições ideais de sobrevivência, permanecendo em situações de rua, em abrigos ou em moradias alugadas, como atualmente é visto no Brasil. Nesse contexto, observa-se que a população de migrantes apresenta condições de saúde deterioradas, talvez, pelo próprio transcurso ou pelas condições de vida que enfrentam ao cruzar a fronteira.

Com um olhar atento e humanizado sobre as determinações sociais do processo saúde-doença e valorizando conceitos como a interculturalidade, a inclusão e a percepção de adoecimento entre povos diferentes, surge a ideia da criação de um Programa de Rádio voltado para os migrantes venezuelanos. Acredita-se que a rádio é o melhor meio de comunicação para atingir as camadas mais pobres da população, e proporcionar um canal de comunicação com esta população pode trazer resultados valiosos quanto à melhoria de indicadores de saúde e sua interação social.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Promover educação em saúde via Programa de Rádio para a população de migrantes venezuelanos, proporcionando sua integração por meio de relações dialógicas e estabelecendo um importante canal de comunicação com essa comunidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar os problemas de saúde mais comuns entre os venezuelanos que estão em processo migratório para o Brasil, a partir das situações vivenciadas no cotidiano do público-alvo;
- Responder as questões levantadas pelo público-alvo de forma didática e objetiva, fornecendo os meios e as ações ao alcance da população para prevenção de doenças;
- Estimular a participação ativa dos migrantes venezuelanos no programa, construindo um diálogo capaz de gerar reflexão entre os ouvintes quanto a origem dos problemas e as formas de intervenção; e,
- Oferecer um serviço de cunho social, fornecendo voz ativa à população de imigrantes, capacitando a comunicação entre eles e propiciando a integração junto à sociedade.

3 JUSTIFICATIVA

O marco teórico conceitual do projeto parte da premissa que saúde é resultante das condições de vida, alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, o enfrentamento de problemas de saúde deve ser visto como uma missão de todos, do esforço coletivo. Assim, em se tratando da comunidade de migrantes venezuelanos, essa percepção deverá estar mais arraigada, sendo fundamental que a população compreenda as origens do processo saúde-doença para que haja mudança comportamental.

Evidências científicas indicam que a organização comunitária e as redes de solidariedade e apoio podem influenciar diretamente na melhoria da situação de saúde. Promover educação em saúde pode se manifestar de diferentes formas, como a percepção dos problemas de saúde, na capacidade de entendimento das informações sobre saúde, no consumo e na utilização dos serviços em saúde, bem como na adesão aos procedimentos terapêuticos.

Com isso, a utilização do rádio como meio de comunicação se traduz em fornecer informações até onde possa chegar, seja para pessoas isoladas geograficamente, por conflito, com baixa escolaridade e pobreza, ou para aqueles que não têm acesso a serviços de saúde por falta de recursos financeiros, distância ou constrangimentos. Ademais, pode fortalecer

relações de companheirismo, credibilidade e diálogo, e, ainda, ampliar o debate e a conscientização sobre uma nova ideia, produto ou serviço disponível.

4 PROCEDIMENTOS

- Elaborar ofício à Reitoria da UFRR para solicitar a permissão da execução do projeto de programa de rádio e sua veiculação através da rádio universitária da instituição (Anexos D e E);
- Fazer contato com o coordenador da rádio universitária a fim de estipular os horários disponíveis para a programação;
- Fazer contato com a coordenação do Núcleo de Estudos de Línguas Estrangeiras (Nucle) com o intuito de congrega estudantes do curso de Língua Espanhola que se disponibilizem a participar do projeto de forma voluntária;
- Contatar os profissionais de saúde que queiram participar das entrevistas que serão veiculadas na rádio;
- Fazer a divulgação do programa de rádio e uma pequena pesquisa de campo (o instrumento de coleta encontra-se no Apêndice E ao final da dissertação) nos abrigos humanitários para venezuelanos para saber assuntos de interesse em saúde, ou dúvidas em como acessar os serviços disponíveis em Boa Vista;
- Iniciar as gravações das entrevistas com os profissionais de saúde, viabilizando o início da veiculação do programa; e,
- Avaliar a efetividade do programa quanto ao acesso e viabilidade.

5 FORMATO E ESTRUTURA DO PROGRAMA

Público-alvo: migrantes venezuelanos em solicitação de refúgio ou residência no Brasil que estejam morando em Boa Vista.

Transmissão: Rádio Universitária FM da UFRR.

Estrutura: pretende ser um programa de formato ágil e dinâmico baseado na estratégia de formação ativa de conhecimento. Será estimulada a participação dos ouvintes solicitando que enviem suas dúvidas para serem respondidas nos programas que serão veiculados uma vez por semana.

O programa contará com a participação de docentes e estudantes dos cursos da área da saúde, profissionais de saúde convidados e alunos integrantes das Ligas Acadêmicas. Será disponibilizado o contato da rádio para que os ouvintes possam ligar e fazer perguntas acerca

do assunto que será abordado na semana, e estas serão respondidas no decorrer do programa. Contar-se-á com a participação de alunos e professores do Núcleo de Estudos de Línguas Estrangeiras (NUCELE) da UFRR, que irão fazer a tradução de perguntas e respostas da Língua Espanhola para Língua Portuguesa, e vice-versa.

Pela sua natureza informativo-educativa, o programa terá duração de 15 minutos para evitar o risco da perda de agilidade e dinamismo. O programa será no formato de revista, com apresentação de dois locutores na língua espanhola, acreditando que, pela sua natureza flexível, é possível mesclar elementos informativos e musicais. Com essa diversidade de recursos, acredita-se que o programa se torne ameno e agradável, capaz de despertar a atenção do ouvinte.

O programa será estruturado em três blocos, separados por dois *breaks*, contendo, ambos, uma chamada estimulando a participação do ouvinte para o próximo programa, e um *spot* de 30 segundos reforçando a mensagem principal do tema abordado, bem como informações sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil (como a aquisição do cartão do SUS, a marcação de consultas em UBS, o calendário vacinal, etc.).

Cada edição abordará um tema previamente estabelecido no programa anterior, sempre relacionado à saúde. De início, o interlocutor fará uma breve exposição do tema, situando-o dentro do contexto atual e retratando o modo como o problema é vivenciado pela comunidade. Em seguida, serão lidas as perguntas e as respectivas respostas enviadas à rádio durante a semana, já traduzidas e respondidas pelos especialistas.

O terceiro bloco será destinado aos aspectos de cunho social, sendo um importante elo de comunicação entre a comunidade de migrantes. Serão difundidas informações sobre processos de interiorização, ofertas de emprego, ajuda para localização de familiares e amigos e divulgação de serviços voluntários disponibilizados para os imigrantes.

6 RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar o nível de percepção de problemas de saúde e seu contexto em uma população composta de cidadãos que estão expostos a uma extrema vulnerabilidade social pode, enfim, trazer resultados sólidos na melhoria dos seus determinantes sociais de saúde.

Oferecer à comunidade de venezuelanos em Roraima um importante serviço, facilitando sua comunicação e a disponibilidade de serviços voltados para as suas necessidades.

7 PRODUTO TÉCNICO DESTINADO À POPULAÇÃO DE MIGRANTES VENEZUELANOS EM RORAIMA

7.1 DESCRIÇÃO DO PRODUTO DE COMUNICAÇÃO E DE SUA FINALIDADE

Programa de rádio voltado para os imigrantes venezuelanos com a proposta de discorrer sobre temas de saúde vivenciados pela comunidade no cotidiano, além de informar sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil. Ademais, pretende-se oferecer alguns serviços de cunho social como oferta de empregos e divulgação de trabalhos voluntários.

7.2 AVANÇOS TECNOLÓGICOS/GRAU DE NOVIDADE

Produto com médio teor inovativo, uma vez que utiliza uma tecnologia já disponível – a transmissão de rádio –, sendo, no entanto, um programa pioneiro por ser destinado à população de imigrantes venezuelanos em Roraima e proporcionar a participação destes durante a programação.

7.3 PRODUTO

O Produto de Comunicação é resultado do trabalho realizado pelo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA vinculado à UFRR, desenvolvido pelos seguintes autores

Docentes Autores:

Nome: Dr^a. Prof^a. Georgia Patrícia Ferko.

CPF: 021.039.914-78

(x) Permanente; () Colaborador

Discentes Autores:

Nome: Priscila Campos de Matos Lacerda.

CPF: 081.787.507-75

Mest Acad; Mest Prof; Doutorado

Conexão com a Pesquisa

Projeto de Pesquisa vinculado ao Produto de Comunicação: “Perfil de Adoecimento da População Pediátrica em Roraima a partir do fluxo migratório de venezuelanos”

Linha de Pesquisa vinculada ao Produto de Comunicação: “Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde”.

Situação atual do Produto de Comunicação

Piloto/Protótipo

Em teste

Finalizado/implantado

Recursos e vínculos do Produto de Comunicação

Data início: 03/03/2020

Total investido: R\$ _____ -- _____

Fonte do Financiamento: _____ --- _____

Aplicabilidade do Produto de Comunicação

Acredita-se que a rádio é o melhor meio de comunicação para atingir as camadas mais pobres da população, até àqueles com difícil acesso a estes. Neste contexto, o programa de rádio terá alta aplicabilidade, pois poderá ser de fácil acesso à população a que se destina.

Descrição da Abrangência Realizada

Será realizada uma pequena pesquisa de campo e divulgação do programa nos Abrigos Humanitários Rondon I, Rondon II e Rondon III, que acolhem uma média de 2.000 migrantes venezuelanos em Boa Vista.

Descrição da Abrangência potencial

Acredita-se que após a divulgação o programa possa ser escutado em todos os 13 abrigos de ajuda humanitária que comportam, em média, 1.100 pessoas cada um. Com isso, a veiculação deste produto técnico será acessível a 14.300 possíveis ouvintes em média.

Descrição da Replicabilidade

O projeto poderá ser replicado e transferido após sua implementação em outros estados que estão recebendo migrantes venezuelanos através da interiorização. Além disso, pretende-se ampliar a ideia de programação voltada para esses migrantes a partir da utilização de outras mídias, como *web* rádio ou televisão, mediante o alcance dos resultados esperados neste projeto inicial.

Título do Produto de Comunicação

Programa de Rádio com o nome “Buenos dias con salud”

Descrição

Programa de rádio destinado à população de migrantes venezuelanos em Roraima

Ano de Realização

2020

Mídia de Veiculação

Rádio Universitária FM da UFRR

Divulgação (impresso, digital)

Distribuição de impressos a ser realizado nos Abrigos de Ajuda Humanitária Rondon I, Rondon II e Rondon III

Data Inicial de Veiculação

03/03/2020

Instituição Financiadora

URL

A produção necessita estar no repositório? Sim

Documentos Anexados (em PDF)

(x) A produção em si

(x) Ofício de solicitação à UFRR

(x) Autorização do Coordenador da Rádio Universitária da UFRR para veiculação do Programa

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ANSARI, Z.; LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Med. Care Res. Ver.**, v. 63, p. 719-741, 2006.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

ARAUJO, E. M. N.; COSTA, G. M. C.; PEDRAZA, D. F. Hospitalizations due to primary care-sensitive conditions among children under five years of age: cross-sectional study. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 135, n. 3, p. 270-276, 2017.

BERHARDT, L. D.; MIRANDA, A. C. Saúde, trabalho e imigração: revisão da literatura científica latino-americana. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 299-312, 2017.

BERMUDEZ, D.; BAKER, L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. **J. Health Care Poor Underserved**, v. 16, p. 96-110, 2005.

BILLINGS J. *et al.* Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff (Millwood)**, v. 12, p. 162-173, 1993.

BOING, A. F. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, apr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.286, de 15 de fevereiro de 2018**. Diário Oficial da União. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9286.htm. Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-doministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Nova Lei de Migração. Brasília: Congresso Nacional, 2017.

BRASIL. **Decreto 9.199, de 20 de novembro de 2017**. Regulamenta a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que institui a Lei de Migração. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Decreto/D9199.htm. Acesso em: 17 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM/MS, de 24 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 221, de 17 abril de 2008**. Publica em forma de anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União. 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007**. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jan. 2007. Disponível em: Acesso em: 9 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: 30 abr 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-18059.

BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 66/2010 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado, 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI F. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAER. Companhia de Água e Esgoto de Roraima. **Saneamento**. Disponível em: www.caer.com.br/saneamento. Acesso em: 17 dez. 2019.

CAMINAL, J. *et al.* The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **Eur. J. Public Health**, v. 14, p. 246-251, 2004.

CARDOSO, C. S. *et al.* Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 34, n. 4, p. 227-234, 2013.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, 1986. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 19.

CASANOVA, C.; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. **Int. J. Health Serv.**, v. 25, p. 283-294, 1995.

CÁTEDRA, S. V. M. **Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil**. Conselho Nacional de Imigração. Brasília: CNIg, 2017.

CESAR, J. A. *et al.* Indicadores básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenciais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, p. 437-444, nov./dec. 2006.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 805-812, dec. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000600009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2020.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 15.

DHARMAGE, S. C.; RAJAPAKSA, L. C.; FERNANDO, D. N. Risk factors of acute lower respiratory tract infections in children under five years of age. **Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health**, v. 27, p. 107-110, 1996.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, 2010.

DO VALE ROCHA, G.; RIBEIRO, N. V. P. Fluxo migratório venezuelano no Brasil: análise e estratégias. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 20, n. 122, p. 541-563, 2018.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L.P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e00100018, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100100&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2020.

DUARTE, J. G. *et al.* Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 199-214, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312012000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2020.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008.

FERNANDES, D.; FARIA, A. V. O visto humanitário como resposta ao pedido de refúgio dos haitianos. **Rev. Bras. Est. Pop.**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 145-161, jan./abr. 2017.

FLEMING, S. T. Primary care, avoidable hospitalization, and outcomes of care: a literature review and methodological approach. **Med. Care Res. Ver.**, v. 52, p. 88-108, 1995.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 576-588.

FONTELLES, M. J. *et al.* Scientific research methodology: Guidelines for size sample calculation. **Revista Paraense de Medicina**, v. 24, n. 2, p. 57-64, 2010.

FONTELLES, M. J. *et al.* Scientific research methodology: guidelines for elaboration of a research protocol. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, 2009.

GIATTI, L. L. Reflexões sobre água de abastecimento e saúde pública: um estudo de caso na Amazônia brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 134-144, apr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2020.

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**, v. 23, n. 2, p. 251-266, 2007.

GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Social inequality, access conditions to public health care and processes of care in bolivian immigrants in Buenos Aires and São Paulo: a comparative inquiry. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 2, p. 1-14, 2013.

GRANADA, D. *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 285-296, apr./jun. 2017.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017.

HARRISON, M. J. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. **BMJ**, v. 349, g6423, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Arranjos populacionais e concentrações urbanas do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

KASSISSE, E. *et al.* Reactantes de fase aguda en niños hospitalizados por neumonía. **Arch. Venez. Puer. Ped.**, Caracas, v. 80, n. 3, p. 75-80, sept. 2017. Disponível em: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492017000300003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2020.

KERR-PONTES, L. R.; ROUQUAYROL, M. Z. Medida da saúde coletiva. In: KERR-PONTES, L. R.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 37-82.

LUHM, K. R.; CARDOSO, M. R. A.; WALDMAN, E. A. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 90-98, 2011.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, 2018.

MARTES, A. C.; BRAGA, F.; MARTINS, S. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-364, 2013.

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

MELLO, D. F. *et al.* Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 4, p. 675-679, 2012.

MELO, R.; CAMPINAS, L. L. S. L. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 25-35, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, C. S. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e Qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte/Brasil**. Porto Alegre: 2016. 165 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

MOURA, B. L. A. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 1, p. 83-91, 2010.

NEDEL, F. B. *et al.* Conceptual and methodological aspects in the study os hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, suppl. 1, p. S1145-1154, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a46v16s1.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2018.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S. A implementação do Programa SIS Fronteiras: perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul. **Serv. Soc. & Saúde**, v. 13, n. 2, p. 245-260, 2014.

OBSERVATÓRIO EM FOCO. Prefeitura Municipal de Boa Vista. **Observatório da Gestão Pública da Prefeitura Municipal de Boa Vista**. Disponível em: <https://observatorio.prefeitura.boavista.br/>. Acesso em: 30 mar. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância**: Plano global para ação e resultados. Projeto para consulta. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-consultation-pt.pdf. Acesso em: 11 maio 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>. Acesso em: 08 abr. 2020.

PARCHMAN, M. L.; CULLER, S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. **J. Fam. Pract.**, v. 39, p. 123-128, 1994.

PATARRA, N. L. Migrações internacionais: teorias, políticas e movimentos sociais. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 7-24, aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2020.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1008-1017, 2015.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 331-342, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA. **Lei Municipal nº 1.545/2013 de 20 de mar. de 2019 que cria o Programa Família Que Acolhe – FQA como política pública integrada para a primeira infância**. Boa Vista: Prefeitura Municipal, 2019.

PREZOTTO, K. H. *et al.* Hospitalizações de crianças por condições evitáveis no Estado do Paraná: causas e tendência. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 254-261, 2017.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internment for Conditions Suitable for Primary Healthcare in Sao Paulo State. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

RIBEIRO, M. G. C. *et al.* Children's hospitalizations by sensitive conditions in primary care in the Northeast of Brazil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 2, p. 491-498, 2019.

ROA, A. C. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio?. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 3, e00058517, 2018.

ROOS, L. L. *et al.* Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting. **Health Serv. Res.**, v. 40, p. 1167-1185, 2005.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2018.** Disponível em: https://www.saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia_2018x.pdf. Acesso em: 18 fev. 2019.

RORAIMA EM FOCO. **Prefeita Teresa Surita inaugura novo bloco no hospital da criança.** Disponível em: <https://roraimaemfoco.com/prefeita-teresa-surita-inaugura-novo-bloco-no-hospital-da-crianca/>. Acesso em: 15 jan. 2020.

ROSANO, A. *et al.* The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **Eur. J. Public Health**, Oxford, v. 23, n. 3, p. 356-360, 2013.

SÁ JÚNIOR, L. S. M. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)**, p. 15-16, jul./ago./set. 2004. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004#>. Acesso em: 5 fev. 2018.

SANTOS, F. V. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 477-494, 2016.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa das relações sociais.** São Paulo: Herder, 1965.

SIH. Sistema de Informação Hospitalar. **Internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Disponível em: https://observatorio.prefeitura.boavista.br/indicadores/proporcao-de-internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-basica-icsab?from_theme=o-atendimento-de-saude-em-boavista&filters=203,1400100,314;121,1400100,207;127,1400100,218. Acesso em: 26 jan. 2020.

SILVA, E. C. C. Rompendo barreiras: os bolivianos e o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo. **Travessia: Revista do Migrante**, São Paulo, ano XXII, n. 63, p. 26-31, 2009.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SILVA NETO, A. L. **Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru**. Recife: 2010. 214 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SILVEIRA, R. C.; PROCIANOY, R. S. Crescimento nos primeiros anos de vida de recém-nascidos de muito baixo peso. In: PROCIANOY, R. S.; LEONE, C. R. (eds.). **Programa de Atualização em neonatologia**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 49-86.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, 2009.

SPRANDEL, M. A. Migração e Crime: a Lei 6.815, de 1980. **REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.**, Brasília, v. 26, n. 52, p. 145-168, 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Memorial Fund Quartely**, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TERTULIANO, G. C.; STEIN, A. T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 523-530, 2011.

TORRESAN, A. A middle class besieged: Brazilians' motives to migrate. **J. Lat. Am. Caribb. Anthropol.**, v. 17, n. 1, p. 110-130, 2012.

UNGER, J.; KILLINGSWORTH, J. R. Selective primary health care: a critical review of methods and results. **Social Science and Medicine**, New York, v. 22, n. 10, p. 1001-1013, 1986.

UNHCR. United Nations High Commissioner for Refugees. **Venezuela Situation: responding to the need of people displaced from Venezuela**. Caracas: UNHCR, 2018.

VASCONCELOS, I. A. Receber, enviar e compartilhar comida: aspectos da migração venezuelana em Boa Vista, Brasil. **REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.**, Brasília, v. 26, n. 53, p. 135-151, 2018.

VUORI, H. Primary health care in Europe: problems and solutions. **Community Med.**, n. 6, p. 221-231, 1984.

WEBER, J. L. A. *et al.* Imigração Haitiana no Rio Grande do Sul: Aspectos Psicossociais, Aculturação, Preconceito e Qualidade de Vida. **Psico-USF**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 173-185, 2019.

XAVIER, I. R. **Projeto Migratório e Espaço**: os migrantes bolivianos na Região Metropolitana de São Paulo. Campinas: 2010. 271 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Demografia, Universidade Estadual de Campinas, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário aplicado aos participantes da pesquisa de nacionalidade venezuelana.

Prontuário:

Leito: _____ Bloco: _____

Nombre completo: _____

Ciudad y Barrio que el niño reside actualmente: _____

BLOQUE I - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA:

Edad del niño:

01. **Motivo de la Internación:** _____
02. Perfil de Cronicidad
() Sim () Não
03. **¿Cuál es el sexo del niño?**
() Femenino () Hombre
04. **Libreta de Vacunas**
() Actualizada () En retraso () Desconoce o no tiene
05. **Peso de nacimiento del niño :** _____

BLOQUE II - CARACTERIZACIÓN SOCIO -DEMOGRÁFICA:

06. **¿Cuál es el municipio / UF que nació el niño?**

- _____
07. **¿Por cuántos años el responsable del niño asistió a la escuela?**
() Nunca estudió
() Educación básica incompleta (menos 8 años)
() Educación básica completa (de 8 a 10 años)
() **Educación media diversificada y funcional incompleta**(de 11 a 13 años)
() **Educación media diversificada y funcional completa** (14 años)
() Universitario (más de 15 años)
 08. **El responsable del niño trabaja o trabajaba?**
() Trabaja y en actividad actualmente. Ocupación actual : _____
() Trabaja, pero no en actividad actualmente. Ocupación anterior: _____
() Nunca trabajó
 09. **¿Cuál es la renta mensual de la familia del niño? (el salario mínimo en Brasil es de 998 reales)**
() Sin ingresos mensuales () Hasta 1 salario mínimo () De 1 salario mínimo
() De 2 a 4 salarios mínimos () De 4 a 8 salarios mínimos
() Más de 8 salarios mínimos
 10. **¿Cuál es la edad de la madre del niño?.** _____
 11. **¿Dónde vive el niño actualmente?**
() Residencia Propia () Residencia Alquilada () Ocupación () Abrigo
() Situación de calle () Otro
 12. **¿Como se hace el abastecimiento de agua donde el niño vive?**
() Red de saneamiento hasta la vivienda () Pozo/naciente hasta la vivienda
() Camión cisterna para agua () Otro ¿Cuál? _____
 13. **¿Dónde vive el niño, cuál es el destino de la basura?**

- () recogido por el servicio público () quemada () enterrada () Otro. _____
- 14. ¿Cómo es el drenaje de agua del baño o retrete en el sitio en que vive el/la niño(a)?**
() Red general () Fozza séptica () fosa rudimentaria río o lago () zanja () Otro.
- 15. ¿Cómo es el tratamiento de agua para el consumo del/la niño(a)?**
() Uso de filtro de agua () Uso de Cloro () Hierve antes de consumir () No hay tratamiento
- 16. ¿Cuánto tiempo el niño migró a Brasil?**
() Migró para esta atención médica
() Menos de 1 mes () De 1 mes a 6 meses () Más de 6 meses
- 17. ¿El niño ya había sido internado en otro momento?**
-

BLOQUE III - ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

- 18. En las situaciones en que fue necesario utilizar el SUS en Roraima, en algún momento hubo dificultad en la atención del niño en relación a los profesionales de salud (falta en la acogida, informaciones sobre procedimientos, o cualquier otra dificultad)?**
() Sí () No
- 19. En las situaciones en que fue necesario utilizar el SUS en Roraima, en algún momento hubo falta de equipamientos, materiales y medicamentos?**
() Sí () No
- 20. En las situaciones en que fue necesario utilizar el SUS en Roraima, en algún momento hubo falta de profesionales de salud para la atención en el hospital o en las unidades básicas de salud?**
() Sí () No
- 21. En las situaciones en que fue necesario utilizar el SUS en Roraima, en algún momento hubo demora para consultas, exámenes y procedimientos generales?**
() Sí () No
- 22. ¿Ha habido alguna dificultad en la adquisición de la tarjeta del SUS para el niño?**
() Sí () No
- 23. ¿El niño hace seguimiento regular en algún servicio de salud en Roraima?**
() Sí () No. ¿Por qué? _____
- 24. ¿Existe una Unidad Básica de Salud cerca del lugar que el niño reside?**
() Sí () No
- 25. ¿El niño había sido atendida en alguna otra unidad de salud para esta internación?**
() Sí () No
- 26. ¿La diferencia de idioma representó una dificultad para la atención médica del niño?**
() Sí () No
- 27. ¿Dónde aparecieron los primeros síntomas de esta hospitalización?**
() Aún en Venezuela () Durante el proceso de migración hacia Brasil () En Brasil

APÊNDICE B – Formulário aplicado aos participantes da pesquisa de nacionalidade brasileira.

Prontuário:

Leito: _____ Bloco: _____

Nome Completo: _____

Cidade e Bairro que a criança reside atualmente: _____

BLOCO I : CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA:

Idade

01. **Motivo da Internação:** _____

02. **Perfil de Cronicidade:**

Sim Não

03. **Qual é o sexo da criança?**

Feminino Masculino

04. **Caderneta de Vacina**

Atualizada Em atraso Desconhece ou não tem

05. **Peso de nascimento da criança:** _____

BLOCO II: CARACTERIZAÇÃO SOCIO -DEMOGRÁFICA:

06. **Qual o município/ UF que a criança nasceu?**

07. **Por quantos anos o responsável pela criança frequentou escola?**

- Nunca estudou
 Fundamental incompleto (menos de 8 anos)
 Fundamental completo (de 8 a 10 anos)
 Médio completo (de 11 a 14 anos)
 Universitário (mais de 15 anos)

08. **O responsável pela criança trabalha ou trabalhava?**

- Trabalha e em atividade atualmente . Qual a ocupação? _____
 Trabalha, mas não em atividade atualmente . Qual a ocupação anterior? _____
 Nunca trabalhou

09. **Qual a renda mensal da família da criança?**

- Sem renda Menos de 1 salário mínimo De 1 salário mínimo
 De 2 a 4 salários mínimos De 4 a 8 salários mínimos Mais de 8 salários

10. **Qual a idade da mãe da criança?** _____

11. **Onde a criança mora atualmente?**

- Residência Própria Residência Alugada
 Ocupação Abrigo
 Situação de Rua Outros

12. **Aonde a criança mora, como é feito o abastecimento de água ?**

- Rede encanada até o domicílio Poço ou nascente
 Carro pipa Outra forma. _____

13. **Aonde a criança mora, qual o destino do lixo?**

- Coletado pelo serviço público Queimado Enterrado Outro. _____
- 14. Aonde a criança mora, qual o destino do esgoto?**
 Rede de esgoto Fossa Direto para o rio ou lago
 Céu aberto Outro. _____
- 15. Como é feito o tratamento da água para o consumo da criança?**
 Uso de filtro Uso de Cloro Ferve antes de consumir
 Não faz tratamento Utiliza água mineral
- 16. A criança já havia sido internada em outro momento?**
 Sim Não

BLOCO III - ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- 17. Nas situações em que foi preciso utilizar o SUS em Roraima, em algum momento houve dificuldade no atendimento da criança em relação aos profissionais de saúde (falha no acolhimento, informações sobre procedimentos, ou qualquer outra dificuldade)?**
 Sim Não
- 18. Nas situações em que foi preciso utilizar o SUS em Roraima, em algum momento houve falta de equipamentos, materiais e medicamentos?**
 Sim Não
- 19. Nas situações em que foi preciso utilizar o SUS em Roraima, em algum momento houve falta de profissionais de saúde para o atendimento no hospital ou nas unidades básicas de saúde?**
 Sim Não
- 20. Nas situações em que foi preciso utilizar o SUS em Roraima, em algum momento houve demora para consultas, exames e procedimentos gerais?**
 Sim Não
- 21. Houve alguma dificuldade na aquisição do cartão do SUS para a criança?**
 Sim Não
- 22. A criança faz acompanhamento regular em algum serviço de saúde em Roraima?**
 Sim Não
- 23. Se não faz acompanhamento regular, qual o motivo?**
-
- 24. Existe alguma Unidade Básica de Saúde próximo ao local que a criança reside?**
 Sim Não
- 25. A criança havia sido atendida em alguma outra unidade de saúde para esta internação?**
 Sim Não

APÊNDICE C– TCLE em espanhol para os participantes da pesquisa de nacionalidade venezuelana

AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO PARA LOS PADRES Y / O RESPONSABLES LEGALES DE LO NIÑO INTERNADO, DE NACIONALIDAD VENEZUELANA

Usted está siendo invitado a participar en la encuesta "**Propuesta de Estrategias en Salud para la Población Pediátrica de Migrantes Venezolanos en Roraima**" bajo la responsabilidad de las investigadoras Priscila Campos de Matos Lacerda y Georgia Patrícia Ferko, y su participación no es obligatoria. En cualquier momento usted puede desistir de participar y podrá salir de la investigación sin ningún perjuicio para usted o para el investigador

- 1. El objetivo de este estudio es:** Identificar el perfil de enfermedad de la población pediátrica internada en el único hospital infantil de referencia del estado, el Hospital del Niño Santo Antônio, estableciendo un análisis comparativo entre pacientes pediátricos de origen brasileño y aquellos de origen venezolano
- 2. Su participación en esta investigación será:** respondiendo un cuestionario socio demográfico, donde serán levantados algunos determinantes sociales de salud y posibles dificultades de acceso a los servicios de salud en el estado de Roraima
- 3. El principal beneficio relacionado con su participación será:** el suministro de informaciones que puedan contribuir al desarrollo de alternativas efectivas para una mejor asistencia a la salud a la población pediátrica en el sistema de salud en Roraima, en especial los migrantes venezolanos. No habrá ninguna forma de reembolso de dinero, ya que con la participación en la investigación usted no tendrá ningún gasto.
- 4. Los principales riesgos relacionados con su participación serán:** riesgos considerados mínimos como la invasión de la privacidad, así como la vergüenza al responder alguna cuestión. Aún existe, aunque sea remotamente, la posibilidad de filtración de información. En caso de incomodidad, usted podrá negarse a participar en la investigación. Para disminuir esos

riesgos la investigación se realizará en ambiente privado y solamente la investigadora tendrá acceso a los instrumentos de recolección de datos. Además, se garantizará su anonimato.

Usted recibirá una vía de este término con el teléfono y la dirección institucional del investigador principal y del CEP y podrá tomar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora o en cualquier momento. Usted puede ponerse en contacto con nosotros, siempre que lo considere necesario, a través del teléfono de la investigadora responsable, Priscila Campos de Matos Lacerda, en el teléfono 3621-3146 si tiene alguna duda.

Declaro que entendí los objetivos, riesgos y beneficios de mi participación en la investigación y estoy de acuerdo en participar.

Firma del Participante de la investigación

Firma del investigador

Boa Vista, ____ de _____ de _____.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFRR

Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, Barrio Aeroporto (Campus Paricarana),

CEP: 69.310-000 - Boa Vista – RR

Edificio de la PRPPG-UFRR, ultima sala del corredor en forma de T a la izquierda (el edificio de la PRPPG está localizado detrás del edificio de la Rectoría y al lado de la Dirección de Administración y Recursos Humanos – DARH

Correo electrónico: coep@ufrr.br / Teléfono: (95) 3621-3112 Ramal 26

Investigador responsable:

Profa. Priscila Campos de Matos Lacerda

Dirección: Av. Capitán Ene Garcez, nº 2413, Barrio Aeroporto (Campus Paricarana),

CEP: 69310-000 / Boa Vista – RR

Edificio del Centro de Ciencias para la Salud – CCS/UFRR - **Secretaria de la Coordinación del PROCISA**

Correo electrónico: priscila.lacerda@ufrr.br / Teléfono: (95) 3621-3146

APÊNDICE D – TCLE em português para os participantes da pesquisa de nacionalidade brasileira

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS LEGAIS PELA CRIANÇA INTERNADA, DE NACIONALIDADE BRASILEIRA

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Proposta de Estratégias em Saúde para a População Pediátrica de Migrantes Venezuelanos em Roraima**” sob a responsabilidade das pesquisadoras Priscila Campos de Matos Lacerda e Geórgia Patrícia Ferko, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e poderá sair da pesquisa sem nenhum prejuízo para você ou para o pesquisador.

1. O objetivo deste estudo é: Identificar o perfil de adoecimento da população pediátrica internada no único hospital infantil de referência do estado, o Hospital da Criança Santo Antônio, estabelecendo uma análise comparativa entre pacientes pediátricos de origem brasileira e àqueles de origem venezuelana.

2. Sua participação nesta pesquisa será: respondendo um questionário sócio demográfico, aonde serão levantados alguns determinantes sociais de saúde e possíveis dificuldades de acesso aos serviços de saúde no estado de Roraima.

3. O principal benefício relacionado com a sua participação será: o fornecimento de informações que poderão contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas para uma melhor assistência à saúde à população pediátrica no sistema de saúde em Roraima, em especial os migrantes venezuelanos. Não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto.

4. Os principais riscos relacionados com a sua participação serão: riscos considerados mínimos como a invasão da privacidade, bem como o constrangimento ao responder alguma questão. Ainda existe, mesmo que remotamente, a possibilidade de vazamento de informações. Em caso de desconforto, você poderá se recusar a participar da pesquisa. Para diminuir esses riscos a pesquisa será realizada em ambiente privativo e somente a

pesquisadora terá acesso aos instrumentos de coleta de dados. Além disso, será garantido seu anonimato.

Você receberá uma via deste termo com o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Você poderá entrar em contato conosco, sempre que achar necessário, através do telefone da pesquisadora responsável, **Priscila Campos de Matos Lacerda**, no telefone 3621-3146 caso tenha alguma dúvida.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa

Pesquisador

Boa Vista, _____ de _____ de _____.

Endereço do CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFRR

Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, Bairro Aeroporto (Campus do Paricarana),

CEP: 69.310-000 - Boa Vista – RR

Bloco da PRPPG-UFRR, última sala do corredor em forma de T à esquerda (o prédio da PRPPG fica localizado atrás da Reitoria e ao lado da Diretoria de Administração e Recursos Humanos – DARH

E-mail: coep@ufr.br / Telefone: (95) 3621-3112 Ramal 26

Endereço da Pesquisadora Responsável – Priscila Campos de Matos Lacerda

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, Bairro Aeroporto (Campus do Paricarana),

CEP: 69310-000 / Boa Vista – RR

Bloco do Centro de Ciências da Saúde – CCS/UFRR - **Secretaria da Coordenação do PROCISA -**

E-mail: priscila.lacerda@ufr.br / Telefone: (95) 3621-3146

APÊNDICE E – Instrumento de coleta a ser respondido pelos migrantes venezuelanos na pesquisa de campo (em português)

- 1) Você costuma ouvir rádio?
 Sim Não
- 2) Com que frequência você ouve rádio?
 Todos os dias Algumas vezes na semana Nunca
- 3) Você gostaria que existisse um programa de rádio voltado para a população venezuelana que está residindo ou em processo migratório no Brasil, veiculada na língua espanhola?
 Sim Não
- 4) Você gostaria de receber informações de saúde na programação da rádio?
 Sim Não
- 5) Quais temas em saúde seriam interessantes para você?
 Saúde das Crianças
 Saúde da Mulher e Pré-Natal
 Infecções Sexualmente transmissíveis
 Doenças mais comuns
 Outras
- 6) Você tem dúvidas de como procurar os serviços de saúde no Brasil?
 Sim Não
- 7) Você gostaria de participar do programa de rádio fazendo perguntas sobre saúde de seu interesse?
 Sim Não
- 8) Você gostaria de receber informações sobre pessoas que esteja procurando no Brasil no programa de rádio?
 Sim Não
- 9) Você gostaria de receber informações sobre processos de regularização no Brasil ou de interiorização?
 Sim Não
- 10) Você gostaria de receber informações sobre oferta de empregos no Brasil?
 Sim Não

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência para Autorização da Pesquisa

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Boa Vista, 21 de maio de 2018

Ao COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Eu, Priscila Campos de Matos Lacerda, responsável principal pelo projeto de pesquisa, matriculada no curso de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, PROCISA da Universidade Federal de Roraima - UFRR, venho pelo presente, solicitar, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, autorização para realizar pesquisa no Hospital da Criança Santo Antônio. O projeto de pesquisa a qual me refiro tem o título “ Propostas de Estratégias em Saúde para a População Pediátrica de Imigrantes Venezuelanos em Roraima”, e seu objetivo é elucidar quais mudanças em Estratégia de Saúde, com ênfase em Prevenção Primária e Secundárias, seriam necessárias para minimizar as dificuldades do Sistema de Saúde do Estado de Roraima, que atingem especificamente a população pediátrica venezuelana. O referido Projeto está sendo orientado pela Professora da UFRR, Dra. Georgia Patrícia da Silva Ferko (SIAPE 1633807).

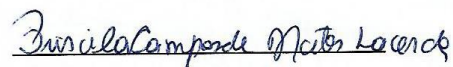
Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Priscila Campos de Matos Lacerda (Pesquisadora principal) – Tel: 095 991454144 – Email: priscilamatoss@hotmail.com

Georgia Patrícia Ferko (Orientadora) – Tel: 095 981195417 – E mail: geoufpe@yahoo.com.br

Atenciosamente,



Priscila Campos de Matos Lacerda

SIAPE : 1347051 - UFRR

Concordamos com a Solicitação () Não Concordamos com a Solicitação



Cláudio Calvão dos Santos
Secretário Municipal de Saúde
No 09.0011/2017 de 02/01/2017
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA - UFRR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Proposta de Estratégias em Saúde para a População Pediátrica de Migrantes Venezuelanos em Roraima

Pesquisador: PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02792918.4.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.177.560

Apresentação do Projeto:

Protocolo versão 2 (Procisa\UFRR) que retorna ao CEP para sanar pendências solicitadas na versão 1. Pesquisa qualitativa que objetiva identificar o perfil de adoecimento da população pediátrica (até 14 anos) venezuelana em Roraima. Será realizada nas enfermarias clínicas do Hospital da Criança Santo Antônio a partir de fevereiro de 2019. Antes da coleta de dados, a pesquisadora responsável fará o contato inicial com os pais e/ou responsáveis das crianças selecionadas e em nenhum momento, a pesquisadora fará qualquer tipo de abordagem ou contato com a criança internada, apenas com seus pais e/ou responsáveis. A pesquisadora possui noções básicas de Espanhol, e a comunicação com os sujeitos da pesquisa será feita através da língua pátria dos migrantes venezuelanos. A coleta de dados será em duas etapas. A primeira consiste em buscar no prontuário das crianças venezuelanas internadas e as causas de internação na Autorização de Internação Hospitalar(AIH) identificação do paciente, diagnósticos primário e secundário. Informações sobre o seu estado nutricional:

peso e da estatura para o cálculo do Índice de Massa Corporal(IMC), e situação vacinal. A segunda etapa será realizada através da aplicação de um questionário em língua espanhola para os Pais e/ou responsáveis legais de crianças e adolescentes venezuelanos. O questionário semiestruturado será aplicado em dado momento que anteceda a alta hospitalar por acreditar ser o mais oportuno e confortável para os participantes (27 questões fechadas e 4 questões abertas) com o objetivo de

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto

CEP: 69.310-000

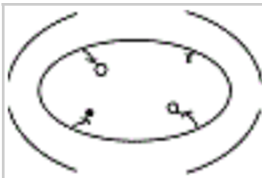
UF: RR

Município: BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112

Fax: (95)3621-3112

E-mail: coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 3.177.560

se levantar algumas características sócio demográficas: idade, ao sexo, à raça/etnia, à escolaridade dos pais, à renda familiar, às condições de moradia e ao trabalho infantil, escolaridade do responsável pela criança etc. e alguns determinantes sociais e saúde\SUS: proximidade de um serviço de saúde do local que reside, os motivos para utilizar ou não utilizar a UBS no bairro em que mora e se houve ou não dificuldades no atendimento de saúde prévio à internação etc. (n=174)

Critério de Inclusão: pais e/ou responsáveis legais pelas crianças e adolescentes de nacionalidade venezuelana, com idade compreendida entre 28 dias e 14 anos, internadas nos blocos G e H do Hospital da Criança Santo Antônio. Além disso, serão incluídos pais e/ou responsáveis de crianças e adolescentes internados na emergência que porventura não forem admitidas nos blocos por falta de leitos. **Critério de Exclusão:**

Serão excluídos desta pesquisa os pais e /ou responsáveis legais de crianças e adolescentes que são indígenas ou possuem outra nacionalidade. Além disso, serão excluídos os pais e /ou responsáveis legais de crianças e adolescentes com tempo de internação na Unidade menor que 24 horas, e/ou que estejam internadas no bloco cirúrgico ou na UTI do referido hospital.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar o perfil de adoecimento da população pediátrica venezuelana em Roraima.

Objetivo Secundário:

Identificar as principais causas de internação da população pediátrica de migrantes venezuelanos, reconhecendo as condições sensíveis à Atenção Primária; Levantar características sócio demográficas das crianças e adolescentes venezuelanos internados no Hospital da Criança Santo Antônio, como idade, sexo, raça/etnia, estado nutricional, status vacinal e alguns fatores sociais determinantes de saúde; Enumerar os obstáculos encontrados pelos migrantes venezuelanos no acesso ao Sistema de Saúde; e, Propor estratégias para a elaboração de planos de atenção à saúde direcionados às crianças e aos adolescentes venezuelanos que sobrecarregam o único Hospital de Referência para o atendimento da faixa etária pediátrica no Estado de Roraima.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios não foram alterados na versão 2.

Os riscos e benefícios estão compatíveis com a metodologia da Pesquisa e de acordo com a

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto

CEP: 69.310-000

UF: RR

Município: BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112

Fax: (95)3621-3112

E-mail: coep@ufr.br



Resolução CNS N° 466\2012.

Riscos: Mesmo que mínimos, os riscos para os participantes da pesquisa podem incluir o desconforto em responder certas questões que possam trazer lembranças desagradáveis, ou se sentirem estigmatizados ou discriminados a partir do conteúdo revelado. Outros riscos possíveis a serem considerados, podem estar relacionados a divulgação de dados confidenciais registrados no TCLE, assim como a inquietação pelo tempo tomado do sujeito em responder o questionário. Como forma de diminuir os riscos, mesmo sendo mínimos, o pesquisador responsável se compromete a: Fazer uso da língua espanhola em todos os contatos com os participantes da pesquisa, como forma de aproximação para uma melhor comunicação; Estar atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto, acolhendo o participante da pesquisa e apoiando-o caso decida interromper a qualquer momento sua participação; Garantir que as informações presentes no TCLE serão mantidas em sigilo, assegurando a confidencialidade e a privacidade. Da mesma forma, as informações presentes no prontuário e àquelas colhidas através do questionário, serão também protegidas pela pesquisadora, mantendo todo objeto da pesquisa em cofre codificado e tabelado em softwares armazenados em computadores com senha única e intransferível. Assim, assegura-se que todas as informações coletadas não identificarão em hipótese alguma o participante. Garantir que serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes da população em estudo, de migrantes venezuelanos. Assegurar a inexistência de conflito de interesses entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa.

Benefícios: Acredita-se que essa pesquisa possui relevância científica e social para a população pediátrica de migrantes venezuelanos atendidos nos serviços de saúde no Brasil. Dessa forma, o principal benefício será o fornecimento de informações que poderão contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas para a melhoria da assistência à saúde dessa população específica no Estado de Roraima. Para tal, a pesquisadora compromete-se a comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social e atual em saúde pública, podendo auxiliar no desenvolvimento de estratégias em saúde para esta população no Estado de Roraima.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória constam no protocolo de pesquisa.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto

CEP: 69.310-000

UF: RR

Município: BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112

Fax: (95)3621-3112

E-mail: coep@ufr.br

**Recomendações:**

Vide conclusões ou pendências e lista de inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências (1. Descrever no texto do TCLE (port\esp), em linguagem clara e acessível ao participante, as informações que serão coletadas através dos questionários e do prontuário; 2. Padronizar a utilização dos termos: criança; criança e adolescente; população pediátrica, no Protocolo de Pesquisa; 3. Revisar e adequar alguns termos utilizados no Cuestionario'; 4. Escrever no texto do TCLE (esp) o significado das siglas: CEP e UFRR) foram corrigidas pelo Pesquisador.

Diante do exposto, recomenda-se a aprovação do protocolo de pesquisa "Proposta de Estratégias em Saúde para a População Pediátrica de Migrantes Venezuelanos em Roraima".

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1240381.pdf	28/11/2018 13:00:47		Aceito
Outros	questionarioresposta.pdf	28/11/2018 13:00:06	PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA	Aceito
Outros	cuestionarioresposta.pdf	28/11/2018 12:58:27	PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA	Aceito
Parecer Anterior	cartaresposta.pdf	28/11/2018 12:58:10	PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEportresposta.pdf	28/11/2018 12:57:29	PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEespresposta.pdf	28/11/2018 12:57:13	PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA	Aceito
Declaração de Instituição e	carta_anuencia.pdf	23/10/2018 17:05:59	PRISCILA CAMPOS DE MATOS	Aceito

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto

CEP: 69.310-000

UF: RR

Município: BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112

Fax: (95)3621-3112

E-mail: coep@ufr.br



Infraestrutura	carta_anuencia.pdf	23/10/2018 17:05:59	LACERDA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	23/10/2018 17:05:41	PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/10/2018 17:05:32	PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetofinal.pdf	23/10/2018 16:56:48	PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	23/10/2018 16:29:53	PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

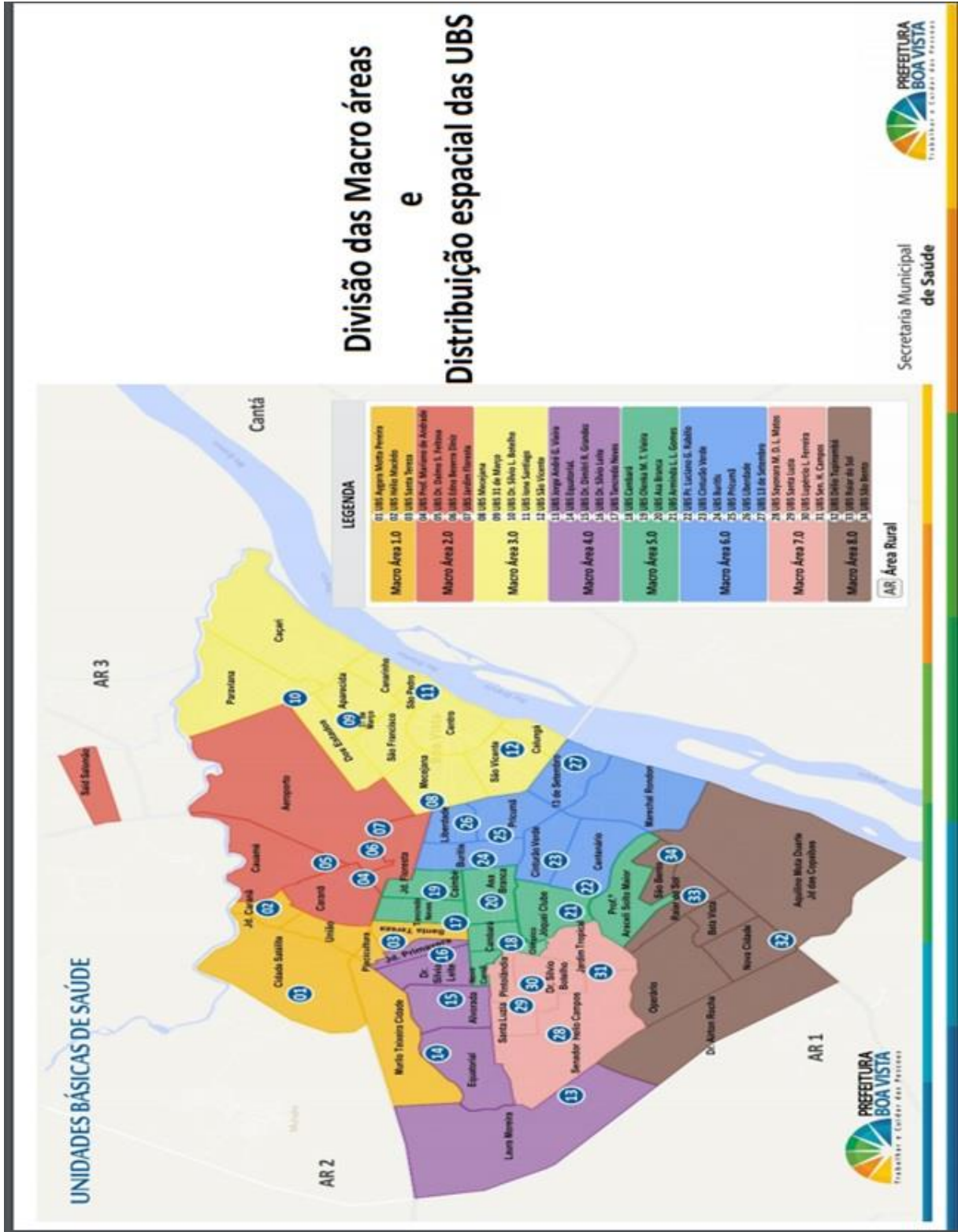
Não

BOA VISTA, 28 de Fevereiro de 2019

Assinado por:**Bianca Jorge Sequeira****(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.**Bairro:** Aeroporto**CEP:** 69.310-000**UF:** RR**Município:** BOA VISTA**Telefone:** (95)3621-3112**Fax:** (95)3621-3112**E-mail:** coep@ufr.br

ANEXO C – Mapa das Macroáreas de Saúde de Boa Vista e suas respectivas UBS



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, 2019

ANEXO D – Solicitação de autorização para fazer o programa.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
CENTRO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS E ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

Memo. S/N - 2019 -DAdm/CADECON/UFRR

Boa Vista, 31 de janeiro de 2019.

As Dr. Américo Lyra
Vice-Reitor

Assunto: Solicitação de autorização para fazer Programa de Rádio

Prezado Vice Reitor,


Eu, Georgia Patricia da Silva Ferko, professora permanente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA), lotada no Departamento de Administração, da Universidade Federal de Roraima, SIAPE nº 1633807, venho solicitar autorização e apoio para a criação e desenvolvimento de um Programa de Rádio voltado para a População de Migrantes Venezuelanos em Roraima, junto à Rádio Universitária da UFRR.

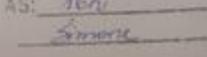
Tal proposta é oriunda da dissertação de minha orientanda PRISCILA CAMPOS DE MATOS LACERDA cujo o título é "Perfil de adoecimento de crianças internadas em um hospital de referência em Roraima a partir do fluxo migratório de venezuelanos", a qual percebeu-se que este mecanismo poderia mitigar determinados problemas encontrados nessa pesquisa como a falta de informações sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil, e propiciar um canal de comunicação com a comunidade de venezuelanos em Roraima. Ademais, pretende-se promover um elo de Educação em Saúde, fornecendo informações sobre temas de interesse ao migrantes, diminuindo iniquidades e promovendo a inserção social.

No ensejo, agradecemos antecipadamente pela acolhida e reiteramos que tal "produto técnico" se constituiu em um aspecto essencial para elevar os indicadores do PROCISA, bem como estreitar a relação com os migrantes, considerando os percursos e função social dessa Universidade.

Para além dos agradecimentos, gostaria também de manter aberta a janela de oportunidade criada em função desse trabalho colaborativo entre as unidades institucionais supracitadas.

Atenciosamente,


Professora Dra. Georgia Patricia da Silva Ferko

Cabinete do Vice-Reitor/UFRR
RECEBIDO
EM: 31/01/2020
AS: 16h


Coordenação do Curso de Administração
Universidade Federal de Roraima
E-mail: coord.adm@ufrr.br; tel: 3621 - 3149

ANEXO E – Autorização do Vice-Reitor para implantação do Programa de Rádio



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
GABINETE DA VICE-REITORIA
Av. Capitão Ene Garcez, 2413, Bairro Aeroporto – Campus Paricarana –
Boa Vista/RR – CEP: 69.310-000
Fone: (95) 3624-7302 – E-mail: vicereitoria@ufrr.br



Memorando nº 01/2020-GVR

03 de fevereiro de 2020.

À
Profª. Drª. Georgia Patrícia da Silva Ferko

Assunto: **Solicitação de autorização para fazer Programa de Rádio.**

Prezada Professora,

Em resposta ao Memo S/N – 2019 – Dadm/CADECON/UFRR, de 31 de janeiro de 2019, da Profª. Dra. Georgia Patrícia da Silva Ferko. Manifesto apoio ao projeto de criação e desenvolvimento de programa de rádio voltado para a população de migrantes em Roraima. Entendo que a iniciativa é de grande importância porque surge de pesquisa de mestrado, orientada pela respectiva professora junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, PROCISA. Também em razão de dar visibilidade positiva à Universidade Federal de Roraima, UFRR, por meio de sua rádio universitária e de prestar contas à sociedade local dos serviços desenvolvidos em uma instituição de ensino superior pública e gratuita.

Atenciosamente,


Américo Alves da Lyra Júnior
Vice-Reitor