



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

BRUNNA CAROLINE BRÍGLIA DOS SANTOS

**SAÚDE MATERNO-INFANTIL DE POPULAÇÃO MIGRANTE VENEZUELANA:
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DESFECHO PERINATAL**

Boa Vista, RR

2021

BRUNNA CAROLINE BRÍGLIA DOS SANTOS

**SAÚDE MATERNO-INFANTIL DE POPULAÇÃO MIGRANTE VENEZUELANA:
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DESFECHO PERINATAL**

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. Área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. Linha de pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo.

Boa Vista, RR

2021

BRUNNA CAROLINE BRÍGLIA DOS SANTOS

**SAÚDE MATERNO-INFANTIL DE POPULAÇÃO MIGRANTE
VENEZUELANA: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E
DESFECHO PERINATAL**

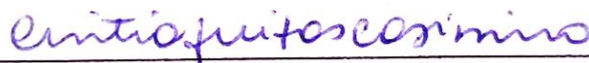
Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. Linha de pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo.



Prof. Dr. Calvino Camargo

Orientador/ Curso de Medicina - UFRR



Prof.ª Dr.ª. Cintia Freitas Casimiro

Curso de Enfermagem – UFRR



Prof. Dr. Antônio Carlos Sansevero Martins

Curso de Medicina - UFRR

A minha mãe, Gorete, que sempre me apoiou e incentivou em todas as áreas da vida, em especial aos estudos.
Ao meu marido, Pedro, que esteve ao meu lado em todos os momentos desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus, que até esse momento me sustentou e me guiou na realização dos meus sonhos.

Agradeço a Universidade Federal de Roraima, que desde a graduação me recebeu, me ensinou e me formou na profissão de enfermeira, que hoje exerço com zelo e orgulho. Ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) da referida instituição, que mesmo após me graduar continuou contribuindo com a minha formação e especialização, em nome de quem agradeço a todos os funcionários e mestres que contribuíram com essa fase tão enriquecedora na minha vida.

Aos amigos da turma 2019 que dividiram comigo a experiência das aulas, dos trabalhos, apresentações, que encararam os medos e inseguranças de uma nova etapa a ser vencida e as dificuldades e barreiras encontradas, gostaria de dizer-lhes que não poderia ter tido melhores parceiros de caminhada. Sinto-me honrada por tê-los conhecido e aprendido tanto com cada um.

Ao meu orientador Dr. Calvino Camargo, que aceitou junto a mim, a missão de realizar esta pesquisa me guiando e aconselhando sempre com muita sabedoria, paciência e tranquilidade, o que me proporcionou o equilíbrio necessário para transpassar as barreiras encontradas. Obrigada por me guiar até esse momento.

Ao Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth pela recepção e acolhida nos meses em que estive fazendo a coleta na unidade, em especial a todos os profissionais do Alojamento Conjunto (Bloco das Rosas). Na oportunidade em que agradeço às puérperas venezuelanas por confiarem e participarem de nosso estudo, contribuindo para que conheçamos melhor o perfil de saúde no processo de gestação e parto de venezuelanas atendidas no SUS em Roraima.

À uma grande amiga enfermeira que foi essencial em toda a construção do meu projeto de dissertação Vitoria Lana. Obrigada por sempre acreditar em mim e me impulsionar na minha vida pessoal e profissional.

À minha amiga e parceira de trabalho Elissa Sarah pela compreensão, conselhos e apoio durante a coleta de dados no hospital.

Agradeço em especial a minha mãe, Gorete Brígida, que nunca mediu esforços quando se tratou do meu crescimento nos estudos. Esteve ao meu lado me encorajando, guiando, rezando e intercedendo pela minha vida e meu sucesso. Não teria chegado até aqui sem seus conselhos e apoio.

Ao meu marido, Pedro Eduardo, que caminhou junto a mim desde a graduação sempre incentivando a minha melhor versão e acreditando no meu potencial, até quando eu mesma duvidei. Obrigada por ser meu companheiro de vida e enfrentar todas as dificuldades pelo caminho com bom humor, paciência e positividade.

“O importante é não parar de questionar; a curiosidade tem sua própria razão de existir.”

(Albert Einstein).

RESUMO

A expressividade numérica de migrantes tem sido uma constante no estado de Roraima, com isso, compreende-se a necessidade de atenção especial a ser ofertada a mulheres venezuelanas em situação de migração e/ou refúgio no período gravídico-puerperal, uma vez que há grande probabilidade de encontrarem-se em estado de vulnerabilidade e fragilidade tanto psicológica, quanto física, considerando que o seu país de origem não ofereceu acompanhamento adequado de saúde, o que pode repercutir negativamente na situação de saúde da mãe e do feto. Sabendo disto, a presente pesquisa buscou investigar as características do desfecho perinatal e suas relações com a qualidade do pré-natal no contexto da saúde materno-infantil em população de migrantes venezuelanas. A pesquisa tem como trajetória metodológica um estudo documental do tipo descritivo, analítico e retrospectivo, de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado nos setores de internação pós-parto do hospital de referência para a população materno-infantil, situado em Boa Vista- RR. A população do estudo são puérperas venezuelanas com idade entre 18 e 50 anos, com gestação única e que apresentaram gestação de risco habitual. Os critérios de exclusão são puérperas indígenas, gestação gemelar e prontuários e/ou cartão da gestante que não possuam as informações pertinentes para a pesquisa. Conforme cálculo amostral foi composto por 272 participantes. A coleta de dados aconteceu entre outubro de 2020 e junho de 2021 e a ferramenta utilizada para coletar as informações foram prontuários e cartão das gestantes internadas no pós-parto da maternidade. Foi construído um formulário contendo variáveis sociodemográficas, referentes ao pré-natal e ao desfecho perinatal. Os dados foram tabulados em planilhas no Programa Microsoft Excel® e aplicada estatística descritiva e os testes estatísticos inferenciais: Qui-quadrado de Pearson, Qui-quadrado com correção de Yates, Kruskal-Wallis e teste Post- hoc Dunn. As análises foram realizadas com o auxílio do *software* Prisma GraphPad versão 9.1.2 e *Software* Jamovi versão 1.8. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima e aprovado sob parecer de nº 4.306.389. Os dados do perfil sociodemográfico das participantes foram: idade predominante entre 21 e 29 anos (n= 167; 61,4%); Solteira (n=220; 80,9%); trabalhadoras do lar (n=240; 88,2%); local de moradia Boa Vista (n=241; 88,6%); renda mensal de 0 a 1 salário mínimo (n=231; 84,9%); escolaridade Ensino Médio Completo (n=152; 55,9%), apresentando-se estatisticamente significativos aos testes inferenciais. A assistência pré-natal foi classificada em adequado, inadequado e intermediário, e posteriormente foram realizadas comparações com os desfechos gestacionais e dados sociodemográficos, apresentando os seguintes resultados estatisticamente significativos: Desconforto Respiratório (p-valor 0,01); UTI Neonatal (p-valor

0,03); Reanimação neonatal (p-valor 0,004), concluindo que o pré-natal teve influência sobre esses desfechos. Os resultados encontrados vieram subsidiar a tomada de decisão baseada em ciência e evidências para o cuidado com migrantes no estado de Roraima, incentivando as atividades que promovam o engajamento de venezuelanas gestantes no acompanhamento de pré-natal, dando-lhes autonomia e educando-as acerca de saúde reprodutiva e sexual, além de planejamento familiar. Dessa forma, as taxas de desfechos neonatais e perinatais negativos terão redução significativa.

Palavras-Chave: Gestantes. Migração. Venezuelanas. Pré-natal. Desfecho.

RESUMEN

La expresividad numérica de los migrantes ha sido una constante en el estado de Roraima, con ello, se entiende la necesidad de brindar una atención especial a las mujeres venezolanas en situación de migración y / o refugio en el período embarazo-puerperal, ya que existe Existe una gran probabilidad de encontrarse en un estado de vulnerabilidad y fragilidad psicológica y física, considerando que su país de origen no ofrecía un adecuado seguimiento de la salud, lo que puede afectar negativamente la situación de salud de la madre y el feto. Sabiendo esto, esta investigación buscó investigar las características del resultado perinatal y su relación con la calidad de la atención prenatal en el contexto de la salud maternoinfantil en una población de migrantes venezolanos. La investigación tiene como trayectoria metodológica un estudio documental de tipo descriptivo, analítico y retrospectivo, con un enfoque cuantitativo. El estudio se realizó en los sectores de hospitalización posparto del hospital de referencia para la población maternoinfantil, ubicado en Boa Vista-RR. La población de estudio son las puérperas venezolanas de entre 18 y 50 años, con un solo embarazo y que presentan embarazo con riesgo habitual. Los criterios de exclusión son mujeres indígenas postparto, embarazo gemelar y registros médicos y / o carnet de gestante que no cuente con la información relevante para la investigación. Según el cálculo de la muestra, constaba de 272 participantes. La recolección de datos se llevó a cabo entre octubre de 2020 y junio de 2021 y la herramienta utilizada para recolectar la información fueron las historias clínicas y tarjetas de gestantes hospitalizadas en la maternidad posparto. Se construyó un formulario con variables sociodemográficas, referidas a la atención prenatal y al resultado perinatal. Los datos se tabularon en hojas de cálculo de Microsoft Excel® y se aplicaron estadísticas descriptivas y pruebas estadísticas inferenciales: chi-cuadrado de Pearson, chi-cuadrado de Yates con corrección, prueba de Kruskal-Wallis y Posthoc Dunn. Los análisis se realizaron utilizando el software Prisma GraphPad versión 9.1.2 y el software Jamovi versión 1.8. Este estudio fue sometido al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Roraima y aprobado bajo dictamen n° 4.306.389. Los datos del perfil sociodemográfico de los participantes fueron: edad predominante entre 21 y 29 años (n = 167; 61,4%); soltero (n = 220; 80,9%); trabajadores a domicilio (n = 240; 88,2%); lugar de residencia en Boa Vista (n = 241; 88,6%); ingresos mensuales de 0 a 1 salario mínimo (n = 231; 84,9%); escolaridad bachillerato completo (n = 152; 55,9%), resultando estadísticamente significativo en las pruebas inferenciales. La atención prenatal se clasificó en adecuada, inadecuada e intermedia, y posteriormente se realizaron comparaciones con resultados gestacionales y datos sociodemográficos, con los siguientes resultados estadísticamente

significativos: malestar respiratorio (valor de p 0,01); UCI neonatal (valor de p 0,03); Reanimación neonatal (valor de p 0,004), concluyendo que la atención prenatal influyó en estos resultados. Los resultados encontrados vinieron a apoyar la toma de decisiones basadas en la ciencia y la evidencia para la atención de migrantes en el estado de Roraima, impulsando actividades que promuevan el involucramiento de las venezolanas embarazadas en la atención prenatal, dándoles autonomía y educándolas sobre salud reproductiva y sexual y planificación familiar. Por lo tanto, las tasas de resultados neonatales y perinatales negativos se reducirán significativamente.

Palabras clave: mujeres embarazadas. Migración. Venezolanos. Prenatal. Resultado.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Exames solicitados no pré-natal de baixo risco.....	28
Quadro 2. Descrição das variáveis do estudo considerando os Normativos do Ministério da Saúde acerca da Assistência Pré-natal.....	33
Quadro 3. Literatura padrão normativa para a assistência Pré-natal.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos distribuídos de acordo com a qualidade da Assistência Pré-natal das Gestantes venezuelanas.....	41
Tabela 2. Classificação da Assistência Pré-natal de Puérperas venezuelanas atendidas na Maternidade de Roraima.....	42
Tabela 3. Resultados de aplicação de teste Kruskal-Wallis comparando Dados Sociodemográficos e a classificação da qualidade da Assistência Pré-natal.....	43
Tabela 4. Intercorrências prevalentes durante a gestação de venezuelanas no estudo.....	44
Tabela 5. Distribuição dos desfechos materno-neonatais prevalentes no estudo segundo a classificação da assistência pré-natal de puérperas venezuelanas assistidas pela Maternidade de Boa Vista, RR.....	45
Tabela 6. Resultado do teste Qui-quadrado com correção de Yates considerando desfechos neonatais e maternos e a classificação da assistência pré-natal de gestantes venezuelanas assistidas pela Maternidade de Boa-Vista, RR.....	47
Tabela 7. Resultado do teste Qui-quadrado com correção de Yates considerando desfechos neonatais e maternos e a classificação da assistência pré-natal de gestantes venezuelanas assistidas pela Maternidade de Boa-Vista, RR.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEP	Código de Endereçamento Postal
CIDH	Comissão Interamericana dos Direitos Humanos
DARH	Reitoria e ao lado da Diretoria de Administração e Recursos Humanos
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
HBsAg	Antígeno de Superfície da Hepatite B
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
ITU	Infecção do Trato Urinário
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização Nações Unidas
OBMIGRA	Observatório Das Migrações Internacionais
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PROCISA	Programa de Pós-graduação em Ciência da Saúde
PRPPG	Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
RH	Rhesus
RN	Recém-nascido
RPR	Teste de Reagina Plasmática Rápido
SU	Sumário de Urina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UFRR	Universidade Federal de Roraima
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 PROBLEMA	17
3 HIPÓTESE	18
4 OBJETIVOS	19
4.1 OBJETIVO GERAL	19
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
5 REFERENCIAL TEÓRICO	20
5.1 MIGRAÇÃO E VULNERABILIDADE.....	20
5.2 MIGRAÇÃO E SAÚDE MATERNO-INFANTIL	23
5.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DESFECHOS PERINATAIS	24
6 METODOLOGIA	31
6.1 TIPO DE ESTUDO	31
6.2 LOCAL DE ESTUDO	31
6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
6.4 COLETA DE DADOS	32
6.5 ANÁLISE DE DADOS	37
6.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	38
7 RESULTADOS	40
8 DISCUSSÃO	49
9 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	71
ANEXOS	89

1 INTRODUÇÃO

O processo migratório encontra-se, atualmente, entre os maiores desafios enfrentados pelo Brasil, cujo tema tem sido debatido em âmbito global, justificado pela crescente dinâmica dos fluxos migratórios, que promovem o surgimento de demandas emergenciais a serem resolvidas (BÓGUS; FABIANO, 2015; OIM, 2009).

A expressividade numérica de migrantes tem sido uma constante no estado de Roraima, visto que nos últimos anos, a população venezuelana iniciou um êxodo em massa para além das fronteiras da Região Norte do Brasil, buscando alento para a grave conjuntura política e econômica que seu país de origem tem enfrentado. Instalou-se, com isso, o desafio de recepcionar os migrantes por meio da implementação de ações públicas emergenciais, permeado por dificuldades culturais inerentes (SIMÕES et al., 2017).

O presente processo migratório se traduz, de 2013 a 2019, quantitativamente em 176.136 migrantes venezuelanos, cuja entrada no Brasil foi regularizada através de pedidos de refúgio e pedidos de residência (FGV, 2020), o que gerou sobrecarga significativa para todos os serviços públicos, em especial para a saúde, com o aparecimento de epidemias e aumento da demanda nas unidades (BRASIL, 2018b). Neste cenário, o Ministério da Saúde, em 2017, demonstra que houve 9.340 atendimentos hospitalares de venezuelanos, que representou um aumento de 216% se comparado ao ano de 2015 (BRASIL, 2018a). O serviço de atendimento à saúde materno-infantil foi um exemplo nítido de aumento da demanda, em que até setembro de 2018 contabilizaram 1.024 partos de venezuelanas na rede pública de saúde do estado de Roraima (RORAIMA, 2018).

Considerando este contexto, é importante salientar o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, que acrescenta como um de seus princípios que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2002a), traduzindo-se na atenção pré-natal. Este acompanhamento consiste no suporte, orientação e educação destinados a mulheres acerca do período gestacional, assim como apoio psicológico, exames com finalidades diagnósticas, rastreamento e prevenção de complicações maternas no momento do parto e desfechos neonatais desfavoráveis (POHLMANN et al., 2016; BRASIL, 2012a).

Peixoto (2014) caracteriza a assistência pré-natal como sendo um conjunto de medidas assistenciais, que envolvem questões sociais, psicológicas e cuidados gerais que possuem o objetivo de fornecer à gestante o desenvolvimento saudável da gravidez. Ademais, este acompanhamento representa relevante papel na prevenção e detecção precoce de afecções

maternas e fetais, o que permite crescimento saudável do feto e mitigação de riscos para a gestante.

Este atendimento torna oportuna a abordagem da história de vida, sentimentos, ansiedades, medos e desejos da mulher, uma vez que se trata de momento de intensas mudanças, descobertas e aprendizado. Com isto, é essencial que os profissionais de saúde invistam em estratégias de educação em saúde acerca de todo o universo de uma gestação, aproveitando para inserir o pai ou parceiro e a família, caso este seja o desejo da mulher (BRASIL, 2016b).

Desta forma, entende-se a necessidade de atenção especial a ser ofertada a mulheres venezuelanas em situação de migração e/ou refúgio no período gravídico-puerperal, uma vez que há grande probabilidade de encontrarem-se em estado de vulnerabilidade e fragilidade tanto psicológica, quanto física, considerando que o seu país de origem tem oferecido acompanhamento de saúde insatisfatórios, o que pode repercutir negativamente na situação de saúde da mãe e do feto (RAMOS, 2008; UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2006; OLIVEIRA; BRITO JUNIOR; RIBEIRO, 2017). Sabendo disto, a presente pesquisa buscará investigar as características do desfecho perinatal e as relações com a qualidade do pré-natal no contexto da saúde materno-infantil em população de migrantes venezuelanas.

2 PROBLEMA

A qualidade da assistência pré-natal de gestantes venezuelanas tem correlação com as condições de saúde materno-infantil no desfecho perinatal?

3 HIPÓTESE

Emergiu-se, desta forma, duas hipóteses:

H1: A qualidade da atenção pré-natal em migrantes venezuelanas está diretamente relacionada com a saúde materno-infantil no desfecho perinatal.

H0: A qualidade da atenção pré-natal em migrantes venezuelanas não tem relação formal com a saúde materno-infantil no desfecho perinatal.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as características do desfecho perinatal e suas relações com a qualidade do pré-natal no contexto da saúde materno-infantil em população de migrantes venezuelanas.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as condições de saúde durante o pré-natal de mulheres venezuelanas;
- Caracterizar as condições de saúde de mulheres venezuelanas no desfecho perinatal;
- Correlacionar descritivamente características sociodemográficas, variáveis do pré-natal e condições de saúde no desfecho perinatal da referida população.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico encontra-se organizado em três eixos, sendo o primeiro uma contextualização acerca da migração e vulnerabilidade, seguido de uma abordagem sobre migração e saúde materno-infantil, perpassando pela assistência pré-natal e desfechos perinatais.

5.1 MIGRAÇÃO VENEZUELANA E VULNERABILIDADE

A migração contemporânea tem se mostrado um fenômeno global que se conforma de maneiras específicas nos continentes. Neste contexto, o Brasil tem sido ponto de chegada para inúmeros migrantes vindos de diferentes países e que se encontram em situações diversas de vida. Considera-se, ainda, a complexidade da migração internacional no Brasil, que possui justificativa ancorada na heterogeneidade sociocultural (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Os processos migratórios estiveram presentes em toda sequência histórica do Brasil, desde a sua descoberta, em que houve incentivo para a entrada de trabalhadores, estimulando o desenvolvimento da economia brasileira, assim como para o povoamento. Desta forma, destaca-se a notável influência cultural dos migrantes na construção da identidade do Brasil (FIGUEREDO; ZANELATTO, 2016; SILVA; PASSOS 2017).

A Organização Internacional para as Migrações (OIM) (2009 p. 40) define o termo migração como:

Processo de atravessamento de uma fronteira internacional ou de um Estado. Um movimento populacional que compreende qualquer deslocação de pessoas, independentemente da extensão, da composição ou das causas, que inclui a migração de refugiados, pessoas deslocadas, pessoas desenraizadas e migrantes econômicos.

Os motivos que levam os indivíduos, atualmente, a deixarem seu país podem ser os mais diversos, desde a busca por condições de vida mais satisfatórias, relacionadas aos estudos, à formação e trabalho, além da vontade de conhecer outros países, até a fuga de conflitos políticos, sociais e econômicos, que englobam guerras civis e perseguições, forçando-os a buscar proteção em outros países (GUERRA; VENTURA, 2017; PADILLA, 2013). Considerando estes aspectos, a OIM (2009) traz conceitos que caracterizam os diferentes tipos de migrantes, tais como:

- Migrante Ambiental: Aquele que se desloca para outro país ou estado em decorrência de mudanças ambientais repentinas ou progressivas que tem impacto negativo nas condições e qualidade de vida de um grupo ou indivíduo.
- Migrante de Curta duração: Aquele que se desloca de seu país de residência habitual para outro diferente no período que compreende entre 3 meses e 1 ano, excetuando-se os casos em que o motivo da migração for férias, recreação, visita de familiares ou amigos, negócios ou tratamento médico.
- Migrante de Longa Duração: Aquele que se desloca de seu país de residência habitual para outro diferente por um período mínimo de um ano, tornando o país acolhedor o de residência habitual a partir daquele momento.
- Migrante Documentado: Aquele que adentrou legalmente um país e, por sua vez, segue os critérios desta admissão.
- Migrante Econômico: Aquele que deixa seu país de residência habitual e dirige-se a outro país com a finalidade de melhorar a qualidade de vida.
- Migrante Irregular: Aquele que adentra um país de maneira ilegal ou permanece neste apesar de um visto fora do prazo de validade, e em decorrência disto não possui estatuto legal no país de trânsito ou acolhedor.
- Migrante Qualificado: Aquele que é trabalhador e que em detrimento das qualificações é concedido tratamento preferencial com a relação à admissão no país acolhedor.
- Migrante Forçado: Indivíduo protagonista da migração na qual existe qualquer coação, ameaças a sobrevivência ou a vida, seja ela provocada pelo homem ou por causas naturais.

Neste contexto enfatiza-se, ainda, o termo refugiados, que é abordado pelas Nações Unidas (2017) como sendo pessoas que se encontram fora de seu país de origem devido a temores de perseguição, violência, conflitos ou situações que causem desordem pública e por isso, necessitam de proteção internacional. Indivíduos nesta posição enfrentam situações perigosas e insuportáveis a ponto de ultrapassarem as fronteiras nacionais em busca de segurança, onde passam a ter acesso à assistência dos países, da Agência da Organização das Nações Unidas para refugiados e outras organizações relevantes (ONU, 2017).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos expressa nos artigos 13 e 14 que todo indivíduo tem o direito de circular livremente, assim como de abandonar o país em que se encontra ou regressar ao país de origem, seja este sob condição de perseguição em que se torna necessário o benefício de asilo, ou não (ONU, 1948). Este direito é expresso pelo Departamento

de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas, quando revela que a migração aumentou mais rápido do que o próprio crescimento populacional, atingindo a marca de 244 milhões no ano de 2015, com um aumento de 41% se comparado ao ano 2000, totalizando 3,3% da população global (ONU, 2016).

Devido a situação de precariedade enfrentada pela Venezuela, desde 2013, em que o país tem apresentado rigorosa escassez de mantimentos, racionando e limitando as quantidades de itens comprados por cidadão (UNRIC, 2016; COSTA, 2016), o processo migratório de venezuelanos para o Brasil tem crescido exponencialmente nos últimos anos, sendo representado pelo quantitativo de 10.357 pedidos de refúgio em 2016, passando para 73.410 em 2018 (POLÍCIA FEDERAL, 2018). Este crescimento tem impactado especialmente o estado de Roraima, cuja rota de passagem é a cidade de Pacaraima, que faz fronteira com o país em crise.

Este influxo repentino de pessoas levou a imprensa e autoridades públicas a decretarem a situação como crise humanitária, uma vez que se trata de um cenário de desafios econômico-sociais sem precedentes para o estado de Roraima. E advindo dessa crise, em 2019 foi assinado um decreto governamental declarando estado de calamidade, como consequência desse aumento de fluxo de venezuelanos (PORTELLA, 2018; CANINEU, 2017; FGV, 2020).

Conforme os estrangeiros adentram um país de destino, estes podem ser atingidos de forma negativa pela experiência migratória, como a vulnerabilidade de saúde, quando consideradas as diferentes características da população migrante, do país de origem e do ambiente atual em que estão inseridos (GUERRA; VENTURA, 2017). Segundo a Comissão Interamericana dos Direitos Humanos (CIDH), os migrantes são considerados mais vulneráveis quando comparados com residentes de um Estado ou nacionais por apresentarem condições desvantajosas tidas pela dimensão ideológica e mantida pelas distinções legalmente estabelecidas. Esta condição de vulnerabilidade é ainda carregada de preconceitos étnicos, xenofobia e racismo, que geram barreiras à integração na nova sociedade, na inserção no mercado de trabalho, exacerbada pela barreira linguística, violência e até a criminalização que são consideradas violações, que por sua vez perpetuam e conduzem a mais situações vulneráveis, comprometendo o exercício da cidadania e garantia de direitos essenciais a dignidade do ser humano (PARREIRA; BATISTA, 2013; MILESI, 2014).

A Medida Provisória nº 820 de 2018 (p.1) traz que a situação de vulnerabilidade “abarca condição emergencial e urgente que evidencie a fragilidade da pessoa, nacional ou estrangeira, no âmbito da proteção social, decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária”. São considerados vulneráveis, de acordo com o decreto nº 9.199, de 20 de

novembro de 2017, que regulamentou a Lei de Migração, os menores desacompanhados, as vítimas de tráfico de pessoas e de trabalho escravo, assim como pessoas beneficiadas através de residência por acolhida humanitária (BRASIL, 2017).

Nos centros urbanos, locais para onde se encaminham número significativo de migrantes, existe grande expressividade de indivíduos em condições de vulnerabilidades biológicas, culturais e socioeconômicas, aumentando a necessidade e demanda por saúde. Segundo Aith e Scalco (2015), ao se tratar de condições de vulnerabilidade na área da saúde, constata-se dois tipos: aquela relacionada a condições de saúde, que pode afetar indivíduos que devido a alguma condição biológica necessitam de cuidados específicos; e aquela relacionada a questões socioeconômico-culturais, proveniente da condição de vida de um grupo ou pessoa, tornando-o mais socialmente frágil e, com isso, mais dependente de terapias diferenciadas ofertado pelo sistema público de saúde.

Destaca-se também a vulnerabilidade psíquica, que pode estar presente em consequência das perseguições ocorridas no país de origem, da acolhida no novo país, das dificuldades de adaptação e da vivência de receios de situações desconhecidas, produzindo mais estresses e conseqüentemente problemas de saúde (FERREIRA; ELIANE; HAYD, 2017).

5.2 MIGRAÇÃO E SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A saúde é um direito garantido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, assim como pela Constituição Federal de 1988, que o fez através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e por meio da Política Nacional de Saúde que prevê ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, articulados no acesso universal, integral e equânime do sistema. Além disso, ressalta-se a recentemente sancionada Lei 13.445 de 2017, também conhecida como Lei da Migração, que garante aos migrantes acesso à saúde livre de discriminação devido nacionalidade ou condição migratória (ONU, 1948; FERREIRA; MOREIRA; HAYD, 2017, BRASIL, 2017; 2016a).

A saúde deve ser observada de forma ampla, considerando questões culturais, históricas e antropológicas, enfatizando-se a individualidade da mulher, especialmente aquelas que possuem carências no atendimento de necessidades básicas, como alimentação e moradia, que interferem na saúde, podendo agravar condições psicológicas e biológicas (BRASIL, 2001).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos versa que todo ser humano tem direito a um padrão de vida que assegure a este e a sua família saúde e bem-estar, o que abrange

alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis, além do direito a segurança na ocorrência de perda dos meios de subsistência em situações que estejam alheias a seu controle. O mesmo documento apresenta, também, que questões referentes ao processo de gestação e a infância têm direito a assistência e cuidados especiais (ONU, 1948).

Ao tratar de pessoas em processo de migração, revela-se que esta população se apresenta com maior risco de contrair doenças (RUMBOLD et al., 2011), exibindo maior frequência de fatores de risco para infecção perinatal, mortalidade materna, infantil e perinatal, baixo peso ao nascer e prematuridade, assim como aumento da incidência de depressão pós-parto, acompanhamento pré-natal insuficiente, juntamente com educação em saúde gestacional deficiente (DIAS et al., 2009; WHO, 2013; MACHADO et al., 2007). Isto demonstra que mulheres migrantes detêm piores indicadores de saúde no que se relaciona a saúde materno-infantil (BRAGG, 2008; DIAS et al., 2009; WHO, 2013).

Ramos (2012) salienta, em seu estudo, a necessidade de se oferecer um cuidado culturalmente competente às mulheres migrantes, possibilitando o acesso ao planejamento familiar, qualificando a assistência pré-natal e os cuidados perinatais ao nível materno-infantil, tornando possível o reconhecimento de seu sofrimento e a detecção de problemas, promovendo, também, a partilha de experiências e dificuldades com outras mães em situações semelhantes.

5.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DESFECHOS PERINATAIS

A assistência pré-natal tem como objetivos universais três temas principais: a) prevenir, identificar e/ou corrigir situações materno-fetais que trazem implicações negativas para a gravidez, seja fatores socioeconômicos ou emocionais, bem como intercorrências clínicas e/ou obstétricas; b) Orientar a paciente acerca da gestação, processo de parto, amamentação, assistência ao recém-nascido e hábitos saudáveis de vida; c) estimular o suporte psicológico do companheiro, família e cuidadores durante a gestação (FEBRASGO, 2000).

A atenção pré-natal, no Brasil, segue as diretrizes do Ministério da Saúde, que no ano 2000 instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), sendo o modelo pioneiro na normatização das ações de assistência a gestantes no país. Brasil (2002a, p.5) traz que o programa possui como objetivo primordial “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”, que gera impacto sobre a redução das taxas de morbimortalidade materna, neonatal e perinatal do país.

No ano de 2011, o Governo Federal, no intuito de qualificar a assistência em saúde fornecida pelo SUS no planejamento familiar, diagnóstico de gravidez, atenção pré-natal, ao parto e puerpério, além de acompanhamento do desenvolvimento infantil até os dois anos de idade, lançou a estratégia Rede Cegonha. Esta proposta possui o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, assim como garantir os direitos sexuais e reprodutivos de homens, mulheres, jovens e adolescentes (BRASIL, 2013).

O acompanhamento pré-natal de qualidade é fundamental na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, uma vez que este elemento representa associação direta com desfechos perinatais favoráveis. Visando o sucesso da assistência é indispensável que esta seja realizada através de condutas acolhedoras, que promovam facilitação no acesso aos serviços, perpassando desde o nível ambulatorial até os altos níveis de complexidade hospitalar, conduzindo a detecção precoce de patologias, bem como ações de prevenção e educação, e a referência entre pré-natal e local onde ocorrerá o parto (VIELLAS et al, 2014). A qualidade supramencionada está condicionada também a outros fatores importantes, tal como a adequação da estrutura física, recursos materiais, financeiros e humanos capacitados para atender as necessidades individuais das gestantes (BRASIL, 2012a; SANTOS et al, 2016).

As Unidades Básicas de Saúde devem ser o primeiro acesso das gestantes no sistema brasileiro de saúde, sendo este eleito o ponto estratégico de atenção no acolhimento das reais necessidades da mulher, promovendo um acompanhamento continuado e consistente durante o período gravídico-puerperal (BRASIL, 2012a). Importante ressaltar a responsabilidade da equipe de saúde acolhedora em fornecer a integralidade do cuidado a esta mulher, oferecendo não somente atenção a dados relacionados diretamente a gestação, mas uma escuta qualificada, favorecendo um vínculo, além de avaliar as vulnerabilidades de acordo com o contexto social (LACAVA, 2006; BRASIL, 2012a).

O Ministério da saúde preconiza idealmente a identificação precoce das gestantes, com início do pré-natal até a 12ª semana de gestação, o que é considerado um indicador da avaliação de qualidade da atenção básica. É necessário garantir no mínimo seis consultas de pré-natal intercaladas entre médico e enfermeiro, distribuídas em: uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três consultas no terceiro trimestre. Deve-se também garantir a continuidade do atendimento, de modo que seja possível o acompanhamento e avaliação do impacto desta assistência na saúde perinatal e materna (BRASIL, 2012a; 2005; 2016).

Para se obter um pré-natal de qualidade e eficaz, Brasil (2005; 2012; 2016) e Peixoto (2014) citam que é necessário que se garanta alguns pontos e articulações julgados importantes, como:

- A promoção da discussão com a comunidade acerca da importância da assistência pré-natal oferecida nos serviços de saúde, que fornece acolhimento imediato e atendimento a todos os recém-nascidos, gestantes e puérperas que buscarem o atendimento na unidade;
- A realização do cadastro da gestante na unidade e nos sistemas de dados, assim como o preenchimento do Cartão da Gestante;
- Acompanhamento periódico das gestantes tanto nas unidades de saúde como no domicílio, garantindo o seu seguimento durante toda a gestação, em que as consultas aconteçam mensalmente até a 28ª semana gestacional, quinzenalmente da 28ª a 36ª e semanalmente a partir do termo;
- Classificação do risco gestacional em todas as consultas, e encaminhamento, se necessário, aos serviços de urgência e emergência obstétrica;
- Incentivo ao parto normal;
- Imunização antitetânica, da hepatite B e influenza;
- Realização de anamnese, exames físicos e complementares pertinentes;
- Entrega de medicamentos necessários, como exemplo sulfato ferroso e ácido fólico;
- Diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama;
- Avaliação e acompanhamento do estado nutricional;
- Realização de educação em saúde abordando acerca do aleitamento materno, parto normal, hábitos saudáveis, identificação de sinais de alarme na gravidez e reconhecimento do trabalho de parto, cuidados com o recém-nascido e a importância das consultas de pré-natal, puerpério e do planejamento familiar, direitos do pai e da gestante, riscos do tabagismo, uso de álcool e outras drogas e uso de medicações na gravidez;
- Identificação do risco de abandono da amamentação e encaminhamento da gestante aos grupos de apoio ao aleitamento materno e/ou Banco de Leite Humano;
- Acesso a atendimento clínico e psicológico quando necessário;
- Visita domiciliar a gestantes e puérperas, especialmente no último mês de gestação e primeira semana após o parto;
- Sistemas de referência e contrarreferência eficientes, considerando a complexidade da gestação e a necessidade do atendimento mais ou menos especializado;
- Atendimento às intercorrências obstétricas e neonatais, bem como controle de doenças crônicas e a profilaxia de doenças infecciosas.

Durante as consultas de pré-natal a gestante é investigada para situações que conduzem ao risco gestacional, quando deve ser encaminhada ao atendimento médico especializado. Quando o risco evidenciado for habitual deverá ser acompanhada pela Atenção Básica de Saúde, cujas consultas abordam e coletam todos os dados pertinentes para conhecer o perfil daquela gestante, os quais sejam: Idade, grau de escolaridade e condições socioeconômicas, estado civil, ocupação, nacionalidade e naturalidade, antecedentes familiares, pessoais, clínicos, ginecológicos, obstétricos, hábitos de vida atual, condições de moradia e trabalho, intercorrências, saúde bucal, saúde sexual, história nutricional (PEIXOTO, 2014; BRASIL, 2016b).

As consultas de pré-natal são ainda, contempladas com a realização do exame físico geral e específico nas gestantes atendidas, em que o profissional de saúde deve avaliar pele e mucosas, realizar exame bucal para averiguar possíveis alterações, sinais vitais (pulso, frequência respiratória, pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura axilar), avaliação nutricional (peso, cálculo de índice de Massa Corporal, classificação de risco nutricional e monitoramento), avaliar região cervical, mamas, tórax, a presença de edemas, realizar conforme necessidade exame especular e toque bimanual, assim como avaliar região inguinal e perineal, avaliar abdome com palpação obstétrica e medida da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos em todas as consultas (BRASIL, 2016b).

Os exames complementares também acompanham a gestante em todo o seguimento pré-natal, sendo necessários para o diagnóstico de possíveis afecções ou situações limítrofes que podem gerar doenças perigosas durante este período da vida da mulher. O quadro 1 ilustra os exames solicitados de acordo com o período da gestação:

Quadro 1. Exames solicitados no pré-natal de baixo risco.

PERÍODO	EXAMES
1º trimestre ou primeira consulta	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para a Hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (Sumário de Urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica).
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75 g, se a glicemia estiver acima de 85 mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (Se for Rh negativo).
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação).

Fonte: BRASIL, 2012a.

A adequada assistência materna e neonatal durante todo o ciclo gravídico-puerperal gera desfechos perinatais favoráveis, que por sua vez, são indicadores sensíveis que refletem a qualidade da assistência. Para redução de indicadores assistenciais negativos é essencial a garantia da qualificação dos cuidados durante este período, de modo que seja salvaguardada a

universalidade e a equidade nos serviços, tanto quanto a ampliação do planejamento reprodutivo e atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido. A importância deste atendimento ocorre pelo fato de que significativa parcela dos óbitos fetais ocorre no período perinatal, permitindo a associação desta com a qualidade da assistência materno-infantil recebida por estas mulheres (BRITO, 2014).

A mortalidade materna é outro resultado gestacional possível, sendo a taxa global no ano de 2015, 210 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (WHO, 2015). A estratégia mais eficiente para diminuir as taxas de mortalidades maternas é o acompanhamento pré-natal com o propósito de diagnosticar precocemente não só intercorrências obstétricas diretas, mas doenças infecciosas como sífilis e HIV, com risco para transmissão vertical, gestação ectópica, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, anemias, dentre outros (DOMINGUES et al., 2015) que possuem implicações danosas para o desfecho da gestação no caso do descontrole ou não detecção.

Dentre as causas perinatais que atingem os recém-nascidos e são decorrentes de problemas na gestação, parto e nascimento há destaque para infecções neonatais/anóxia neonatal, malformações congênitas, prematuridade e doenças sindrômicas que podem ser evitadas mediante assistência durante a gestação, parto e puerpério (BASSO, 2012).

Um estudo produzido em 2015, realizado através de estimativas e dados de mortalidade neonatal e infantil apontam o nascimento prematuro como a principal causa de mortalidade na primeira infância, assim como demonstra a importância do pré-natal na prevenção de doenças como o tétano e AIDS (LIU et al, 2015). A prematuridade ocorre quando o nascimento do feto acontece na 36ª semana gestacional ou abaixo desta (LIMA; CARVALHO; VASCONCELOS, 2008).

Atualmente, cerca de 30 milhões de crianças nascem prematuras ou com baixo peso ou adoecem logo nos primeiros dias de vida (OMS, 2018). O baixo peso ao nascer é definido como peso da criança menor que 2,5 kg e é tido como determinante para sua sobrevivência no primeiro ano de vida, bem como está diretamente relacionado ao desenvolvimento de doenças a longo prazo (LIMA; CARVALHO; VASCONCELOS, 2008; FERRAZ; NEVES, 2011).

Considerando-se ainda, os desfechos perinatais e o cenário atual de saúde no mundo ao enfrentar uma pandemia pelo COVID-19, torna-se mister a investigação da presença dessa doença na gestante e no RN, considerando que estudo recente atestou o primeiro caso de transmissão vertical da infecção por SARS-COV-2 por via transplacentária nas últimas semanas de gravidez, podendo causar inflamação da placenta, viremia neonatal e manifestações neurológicas (VIVANTI, 2020). Vale ressaltar que a doença causada por vírus de alta

transmissibilidade, principalmente através de gotículas de pessoas infectadas, causa uma Síndrome Respiratória Aguda, variando entre casos leves (cerca de 80%) e casos muito graves que cursam com insuficiência respiratória (5 – 10 %) (WHO, 2020, BRASIL, 2020).

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa tem como trajetória metodológica um estudo documental do tipo descritivo, analítico e retrospectivo, de abordagem quantitativa.

6.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Município de Boa Vista, Roraima. O estado de Roraima está localizado no extremo norte brasileiro e é limitado geograficamente por duas fronteiras internacionais, a noroeste pela República da Guiana e ao norte pela República Bolivariana da Venezuela.

O número total de habitantes no município em 2010 foi de 284.313 pessoas, sendo estimado a quantidade de 436.591 indivíduos no ano de 2021 (IBGE, 2010; 2021). Deste total, 143.512 são mulheres e destas, 99.730 são mulheres em idade fértil (IBGE, 2010), sendo aquelas consideradas entre a idade de 10 a 49 anos.

A pesquisa foi realizada na instituição hospitalar de administração estadual situada no estado de Roraima, que possui atendimento exclusivamente pelo SUS, localizada no município de Boa Vista, capital do estado. O Hospital Materno-infantil Nossa Senhora de Nazareth oferece serviços de referência para a população materno-infantil oriundas da capital e dos municípios do interior, além de dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's Yanomami e Leste) e dois países fronteiriços (República da Guiana e República Bolivariana da Venezuela). A pesquisa foi desenvolvida especificamente nos setores de internação pós-parto da instituição, que recebem o binômio mãe-RN em alojamento conjunto e naqueles em que internam apenas puérperas.

6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo são puérperas venezuelanas com idade entre 18 e 50 anos, com gestação única e que apresentaram gestação de risco habitual. Os critérios de exclusão são puérperas indígenas e prontuários e/ou cartão da gestante que não possuam as informações pertinentes para a pesquisa, a serem citadas posteriormente.

Após determinação da população a ser estudada realizou-se um cálculo amostral, de modo que o grupo participante da pesquisa estivesse estatisticamente representado em uma amostra. Considerou-se, para o cálculo no projeto inicial, dois capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) referente às internações do ano de 2019 constantes no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN). Os capítulos, que são concernentes a desfechos perinatais negativos reflexos da assistência pré-natal, são o de número XVI, denominado “Algumas afecções originadas no período perinatal” e o de número XV, denominado “Gravidez, parto e puerpério”, subtraindo do valor total a taxa das hemorragias e parto único espontâneo que estão contidas no último capítulo citado. Desta forma, a amostra da presente pesquisa, conforme cálculo amostral realizado no Programa Epi Info versão 7.2.3.1, que considerou margem de erro aceitável de 5% e nível de confiança 95% foi de 272 participantes.

No entanto, ao adentrar o serviço de saúde e ter acesso aos dados reais acerca do número total de partos de mulheres venezuelanas realizado no Hospital Materno-infantil de Boa Vista, Roraima nos meses entre Outubro de 2020 e Junho de 2021, obteve-se 1615 partos, cujo total foi utilizado para o cálculo destinado a prática clínica, considerando margem de erro aceitável de 5%, nível de confiança 95% e distribuição da população mais homogênea 80/20, que resultou em amostra de 214 puérperas. Dessa forma, manteve-se a amostra final maior, compreendendo um quantitativo de 272 puérperas internadas no Alojamento Conjunto da Maternidade.

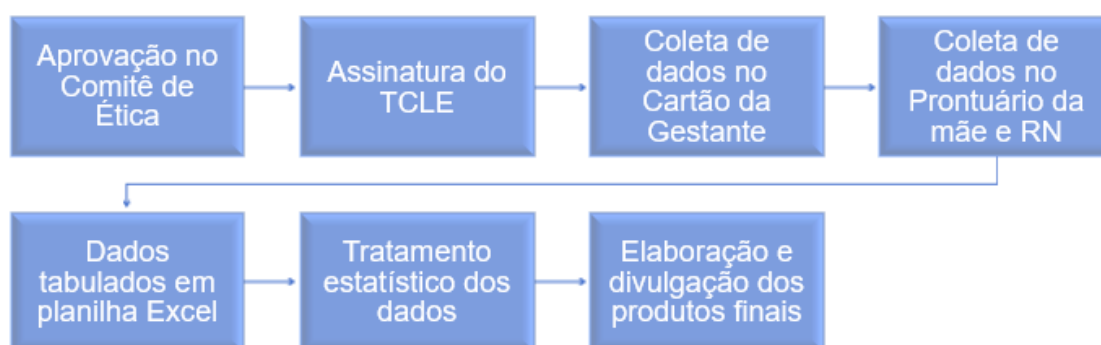
6.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados a ferramenta utilizada para coletar as informações foram prontuários da mãe e do RN e cartão das gestantes (no caso de gestantes que possuem pré-natal) internadas nos setores pós-parto da maternidade. Foi realizada a seleção aleatória das participantes nos setores, onde foram convidadas a participar da pesquisa no decorrer da internação, quando foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Foi construído um formulário com campos específicos para a coleta de dados, sendo eles a codificação das fichas e as informações a serem coletadas, constituídas pelas variáveis sociodemográficas: idade, situação conjugal, nível de escolaridade, renda familiar mensal e ocupação e local de moradia; variáveis do pré-natal: semana de início do pré-natal, número de gestações anteriores, intervalo entre as gestações, aborto prévio, intercorrências, quantidade de

cesáreas prévias, intervalo entre as cesáreas, tabagismo, alcoolismo, imunização, número de consultas pré-natal, exames solicitados a cada semestre; e variáveis de desfecho perinatal: idade gestacional do parto, tipo de parto, analgesia, intercorrência durante o parto e no pós-parto, prematuridade, índice de apgar, adequação entre peso e idade gestacional, natimortalidade, macrossomia, reanimação neonatal, contato pele-a-pele, amamentação na 1ª hora de vida, internação no Alojamento Conjunto, se foi encaminhado a Unidade Neonatal e se o RN teve diagnóstico de COVID-19 (APÊNDICE A).

Figura 1. Etapas da Pesquisa intitulada “SAÚDE MATERNO-INFANTIL DE POPULAÇÃO MIGRANTE: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DESFECHO PERINATAL”.



Fonte: Autoria Própria.

Quadro 2. Descrição das variáveis do estudo considerando os Normativos do Ministério da Saúde acerca da Assistência Pré-natal.

VARIÁVEL	DESCRITOR
Mês de início de pré-natal	Mês em que a gestante realizou a primeira consulta de pré-natal.
Nº de gestações anteriores	Quantidade de gestações ocorridas antes da gestação atual.
Intervalo entre as gestações	Período compreendido entre uma gestação e outra.
Aborto prévio	Parto < 22 semanas e feto com até 500 gramas.

Infecção Urinária	Infecção por microrganismos em alguma região do trato urinário.
Anemia	Deficiência de hemoglobina no organismo, proteína responsável por carrear moléculas de oxigênio.
Síndromes hipertensivas	Hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia.
Covid-19	Doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2.
Cesáreas prévias	Quantidade de cesarianas anteriores a gestação atual.
Intervalo entre cesáreas	Período compreendido entre um parto cesáreo e outro.
Tabagista	Indivíduo que faz uso de tabaco, contendo em sua substância química a nicotina.
Alcoolista	Indivíduo que ingere álcool.
Esquema vacinal da gestante	3 doses de dT , 1 de dTpa, 3 de hepatite B e 1 dose de influenza.
Nº de consultas pré-natal	Preconizado o mínimo de 6 consultas pré-natais pelo Ministério da Saúde.
Hemograma	Exame de sangue que identifica anemia ferropriva durante a gestação, e deve ser realizado no primeiro e terceiro trimestre gestacional.
Tipagem sanguínea e fator RH	Exame que faz a classificação do sangue em O+, O-, A + , AB +...
Glicemia em jejum	Exame que identifica alterações nos níveis de glicose no sangue, relevante para o diagnóstico de diabetes mellitus ou gestacional. Deve ser realizado no primeiro e terceiro trimestre gestacional.
Teste Rápido de Sífilis/ VDRL	Exame para detecção da sífilis, devendo ser realizado no primeiro e terceiro trimestre.

Teste rápido diagnóstico anti-HIV e Anti-HIV	Exame para detecção do HIV/AIDS, e deve ser realizado no primeiro e terceiro trimestre.
Toxoplasmose IgM e IgG	Exame que detecta esta doença infecciosa, congênita ou adquirida, e deve ser realizado no primeiro e terceiro trimestre.
Sorologia hepatite B	Exame para detecção da hepatite B, deve ser realizado no primeiro e terceiro trimestre.
Urocultura + Urina Tipo 1	Exame para identificar presença e quantidade de bactérias na urina, deve ser realizado no primeiro e terceiro trimestre. Exame que detecta anormalidades na urina, como proteinúria ou infecção, deve ser realizado no primeiro e terceiro trimestre.
USG obstétrica	Exame realizado preferencialmente até 13 semanas de gestação para avaliar o desenvolvimento do feto; Diagnosticar doenças e auxiliar no cálculo da idade gestacional.
Citopatologia de colo uterino	Exame para detecção de alterações celulares precursoras de câncer no colo uterino.
Exame de secreção vaginal	Exame que auxilia na detecção de infecções vaginais e o microorganismo causador.
Parasitológico de fezes	Exame para identificar parasitas intestinais.
TOTG	Exame realizado entre 24 e 28 semanas para identificar diabetes gestacional através das taxas glicêmicas.
Coombs indireto	Exame que detecta se teve sensibilização materna ao feto em decorrência de Rh incompatível, devendo ser realizado em toda genitora Rh -
Idade Gestacional	Contagem em semanas do período gestacional, que tem em média 40 semanas.

Parto Natural	Parto que acontece por via vaginal.
Parto Cesariana	Incisão cirúrgica para retirada do feto por via alta.
Analgesia	Perda ou ausência de sensibilidade à dor, que pode ser induzida por substâncias químicas.
RN Prematuro	Parto antes de 37 semanas, considerado prematuro.
RN a termo	Parto entre 37 e 41 semanas e 6 dias, considerado ideal.
Índice de Apgar	Avaliação de 5 parâmetros do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto após o nascimento, atribuindo-se uma pontuação final de 1-10, sendo utilizado para avaliar a vitalidade dos recém-nascidos.
Peso	Peso do recém-nascido ao nascer: baixo peso (< 2.500g), peso adequado (2.500-3.999g) e macrossomia (\geq 4.000g).
Comprimento	Medida da extremidade superior (cabeça) até a extremidade inferior (pés) posicionados sem dobraduras.
Contato pele a pele	Contato pele a pele do recém-nascido com a mãe imediatamente após seu nascimento, posicionando a criança sobre o abdômen ou tórax da mãe.
Amamentação na 1ª hora	Recém-nascido que foi amamentado na primeira hora de vida.
Alojamento Conjunto	Local dentro da maternidade que permita a puérpera e ao RN ficarem juntos 24 horas por dia até a alta hospitalar.
Reanimação neonatal	Recém-nascido com necessidade de manobras que promovam a respiração, circulação e estimulação adequada no organismo.

Internação em UTI	Recém-nascido que precisa de cuidados de saúde especiais, contínuos e intensivos.
-------------------	---

Fonte: adaptado de Mendes e Silva, 2018.

6.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados em planilhas no Programa Microsoft Excel[®], separados em tipos de variáveis, tomando como base as seguintes categorias: a) características sociodemográficas; b) condições de saúde no desfecho perinatal, e; c) condições de saúde no processo de pré-natal. Os dados colhidos e tabulados foram embasados em Normativos que orientam a assistência pré-natal, emitidos pelo Ministério da Saúde: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o manual técnico da assistência pré-natal da Rede cegonha e da Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a, 2011, 2012a).

Quadro 3. Literatura padrão normativa para a assistência Pré-natal no Brasil.

Normativos da Assistência Pré-Natal	
PHPN (2000)	Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal.
	Exame ABO-Rh, na primeira consulta;
	Exame VDRL, um exame no 1º e um no 3º trimestre;
	Exame Sumário de urina, um exame no 1º e um no 3º trimestre;
	Exame Glicemia de jejum, um exame no 1º e um no 3º trimestre;
	trimestre Exame HB/Ht, um exame no 1º e um no 3º trimestre;
	Exame Testagem anti-HIV, um exame no 1º e um no 3º trimestre;
	Aplicação de esquema vacinal;
Rede Cegonha (2011)	Primeira consulta de pré-natal até 12 semanas de gestação;
	Exame de urocultura, um exame no 1º e um no 3º trimestre;
	Ultrassonografia obstétrica em 100% das gestantes;
Manual Técnico da Assistência (2012)	Exame TTOG, um exame entre 24 e 28 semanas de gestação;
	Exame de HBsAg, um exame no 1º e um no 3º trimestre;
	Exame Toxoplasmose, IgM e IgG, um exame no 1º e um no 3º trimestre;

	Exame Coombs indireto para genitoras (Rh -).
--	--

Fonte: Adaptado de Mendes e Silva, 2018.

Considerando as literaturas normativas, as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para o Pré-natal, que inclui os Indicadores de Processo do Programa de Humanização do Pré-natal (2000), associado ao índice de Kessner modificado por Takeda (1993), determinou-se critérios para a classificação da Assistência às gestantes neste período como:

- Adequada: Pré-natal com seis ou mais consultas, início no primeiro trimestre, pelo menos um registro dos exames Hb/Ht e ABO/Rh e dois registros de VDRL, Urina tipo I e glicemia de jejum e dose imunizante da vacina antitetânica.

- Inadequada: Pré-natal com menos de três consultas ou com início após 28 semanas de gestação, ou nenhum registro de exame.

- Intermediária: Demais situações.

As variáveis foram analisadas através de procedimentos de estatística descritiva, a partir do cálculo de frequências relativas e absolutas e através de análises inferenciais com testes estatísticos específicos. As variáveis dependentes analisadas são de natureza qualitativas ordinais e nominais, e as variáveis independentes possuem natureza qualitativa nominal.

Sendo assim, os testes utilizados nesta análise estatística foram o Qui-Quadrado de Pearson, Qui-quadrado com correção de Yates, Teste de Kruskal-Wallis e Teste post-hoc DUNN. Para todos os testes utilizados foi considerado o nível de significância estatística de 5% e intervalo de confiança de 95%. As análises foram realizadas com o auxílio do software Prisma GraphPad versão 9.1.2 e Software Jamovi versão 1.8.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo incorpora os princípios da bioética, contemplando a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, a fim de garantir direitos e deveres dos participantes da pesquisa, comunidade científica e Estado (BRASIL, 2012b).

Foi disponibilizado, para assinatura em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) destinado as participantes. Ressalta-se que o presente termo foi devidamente traduzido para o espanhol, sendo uma via pertencente a participante, e a outra ao pesquisador responsável. No momento da assinatura do termo foi explicada a

natureza da pesquisa, objetivos, metodologia e benefícios, assim como foi elucidada todas as dúvidas que surgiram.

O pesquisador assumiu o compromisso de manter o sigilo dos dados coletados, assim como a privacidade do conteúdo das fontes de informações da pesquisa, destinando-as somente para as finalidades propostas pelo estudo. Sendo assim, o responsável assinou o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE D).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (CEP- UFRR) e aprovado sob parecer de nº 4.306.389 (ANEXO A).

7 RESULTADOS

O número de partos de mulheres venezuelanas realizados na Maternidade alvo do estudo, no período que compreendeu a coleta de dados foi de 1.615 partos. Portanto, a amostra utilizada para realizar o estudo foi de 16,8% do total de partos de mulheres venezuelanas entre os meses de outubro de 2020 e junho de 2021.

Participaram da pesquisa 272 puérperas venezuelanas atendidas pelo hospital de referência materno-neonatal do SUS. O perfil sociodemográfico das participantes, conforme demonstrado na tabela 1, obteve maior concentração de participantes na idade que compreende de 21 a 29 anos (n= 167), representando 61,4% da amostra, seguido da idade até 20 anos (n=53), com 19,5%. Com relação a escolaridade, foi predominante as puérperas que possuíam o Ensino Médio Completo (n=152), com 55,9% da amostra.

A situação conjugal solteira foi expressiva entre as participantes, com 80,9% (n=220). As puérperas venezuelanas têm como ocupação predominante o trabalho do lar (n=240) com 88,2%, e as demais participantes, que representam 11,8% (n=32) possuem empregos fora de casa, tal como atendentes, administradoras, autônomas, comerciantes, vendedoras, garçonetes.

A amostra de 241 participantes (88,6%) reside em Boa Vista, capital do estado, sendo os bairros predominantes 13 de Setembro (n=18; 6,6%), Senador Hélio Campos (n=18; 6,6%), Caranã (n=16; 5,9%), Silvio Leite (n=13; 4,8%), Cidade Satélite (n=11; 4,0%). Um percentual de 11,4% (n=31) das puérperas reside em outros municípios e se deslocou até a capital para o parto, dentre eles, Pacaraima, Cantá, Caracaraí, Iracema, Mucajaí, Normandia, Uiramutã, São João do Anauá e Rorainópolis. A renda mensal de 0 a 1 salário mínimo foi uma realidade encontrada na maioria dos casos, representando 84,9% da amostra (n=231), seguida de 1 a 2 salários mínimos que representa 12,5% (n= 34).

Tabela 1. Dados sociodemográficos distribuídos de acordo com a qualidade da Assistência Pré-natal das gestantes venezuelanas.

Dados sociodemográficos	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL							
	Adequado		Inadequado		Intermediário		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ESCOLARIDADE								
Fundamental Incompleto	0	0	10	45,5	12	54,5	22	8,1
Fundamental Completo	1	4,0	7	28,0	17	68,0	25	9,2
Médio Incompleto	0	0	7	26,9	19	73,1	26	9,6
Médio Completo	12	7,9	46	30,3	94	61,8	152	55,9
Superior Incompleto	3	25,0	3	25,0	6	50,0	12	4,4
Superior Completo	4	11,4	9	40,9	22	62,9	35	12,9
IDADE								
≤ 20 anos	3	5,7	23	43,4	27	50,9	53	19,5
Entre 21 e 29 anos	14	8,4	41	24,6	112	67,1	167	61,4
Entre 30 e 39 anos	1	2,3	12	31,6	25	65,8	38	14,0
≥ 35 anos	2	14,2	6	42,9	6	42,9	14	5,1
SITUAÇÃO CONJUGAL								
Solteiro	14	6,4	67	30,5	139	63,2	220	80,9
União Estável	5	12,8	10	25,6	24	61,5	39	14,3
Casada	0	0	5	41,7	7	58,3	12	4,4
Divorciada	1	100	0	0	0	0	1	0,4
RENDA MENSAL								
0 a 1 salário mínimo	17	22,4	76	32,9	138	59,7	231	84,9
1 a 2 salários mínimos	3	8,8	5	14,7	26	76,5	34	12,5
2 a 3 salários mínimos	0	0	0	0	2	100	2	0,7
3 a 4 salários mínimos	0	0	1	50	1	50	2	0,7
≥ 4 salários mínimos	0	0	0	0	3	100	3	1,1

Fonte: Autoria Própria.

A tabela 2 demonstra a classificação estabelecida no estudo para determinar a adequação da assistência pré-natal de acordo com critérios supracitados, de modo que fosse possível a utilização deste dado para realizar os testes estatísticos de associação.

Tabela 2. Classificação da Assistência Pré-natal de Puérperas venezuelanas atendidas na Maternidade de Roraima.

Classificação	N	%
Pré-natal adequado	20 puérperas	7,4%
Pré-natal inadequado	82 puérperas	30,1%
Pré-natal intermediário	170 puérperas	62,5%

Fonte: Autoria Própria.

Conforme tabela 2, apenas 7,4% (n= 20) das puérperas tiveram assistência pré-natal considerada adequada conforme critérios normativos do Ministério da Saúde, 30,1% das venezuelanas (n=82) apresentaram pré-natal inadequado, e 170 puérperas (62,5%) tiveram pré-natal intermediário. Determinada esta classificação, as demais variáveis de desfecho e sociodemográficas puderam ser comparadas com a adequação da assistência pré-natal.

A variável escolaridade, cuja maioria das puérperas apresentou ensino médio completo (n=152; 55,9%) apresentou-se significativa à realização de teste estatístico (p valor < 0,05), o qual pôde-se inferir que o nível de escolaridade teve influência sobre os critérios que definiram um pré-natal adequado, inadequado ou intermediário. Comparando-se dois grupos por vez, a escolaridade obteve maior influência sobre a assistência pré-natal inadequada, quando comparada a assistência adequada (p- valor > 0,05). E a variável escolaridade apresentou maior significância na assistência pré-natal intermediária quando comparada a assistência adequada (p- valor > 0,05) (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados de aplicação de teste Kruskal-Wallis comparando Dados Sociodemográficos e a classificação da qualidade da Assistência Pré-natal.

Dados sociodemográficos Vs. Assistência Pré-natal	Kruskal-Wallis	P – valor
ESCOLARIDADE	7,305	0,025*
IDADE	0,89	0,64
RENDA MENSAL	5,74	0,056

Fonte: Autoria Própria.

*Realizado teste de DUNN : Adequado vs. Inadequado = P valor 0,023

Adequado vs. Intermediário = P valor 0,036

Relacionado a Assistência Pré-natal, a variável do início do Pré-natal revelou que 52,6% (n= 143) da amostra das participantes iniciaram até o 3º mês, 44,9% (n=122) das gestantes venezuelanas iniciaram do 4º mês gestacional até o 9º mês, período classificado como tardio, e 2,6% (n=7) não tiveram nenhuma consulta de pré-natal registrada.

Sobre o quantitativo de consultas de pré-natal, obteve-se 57,7% (n=157) de puérperas que tiveram 6 consultas ou mais e 42,3% (n=115) que tiveram menos de 6 consultas. O número de gestações prévias predominante foi 1, representando 32% da amostra (n=87), seguido de 0 (23,2%; n = 63), e 2 (22,1%; n = 60). Acerca do intervalo de gestações, a pesquisa revelou que 19,1% (n=52) puérperas possuem intervalo interpartal menor que 2 anos, e 21,7% (n=59) mulheres possui histórico obstétrico de aborto na vida.

Durante as consultas de pré-natal são diagnosticadas condições que podem gerar riscos para gestante e para o feto. A tabela 4 expõe as principais intercorrências resultantes da presente pesquisa.

Tabela 4. Intercorrências prevalentes durante a gestação de venezuelanas no estudo.

INTERCORRÊNCIAS	N	%
Infecção Urinária	134	49,3%
Anemia	20	7,4%
Síndrome Hipertensiva	50	18,4%
COVID-19	7	2,6%
Diabetes Gestacional	34	12,5%
Malária	9	3,3%
Toxoplasmose	4	1,5%
Sífilis	20	7,4%

Fonte: Autoria Própria.

Revelando quantidade significativa dos casos, a infecção urinária esteve presente na gestação de 134 gestantes venezuelanas do estudo (49,3%), seguidas de síndromes hipertensivas com 50 puérperas (18,4%), Diabetes gestacional, representada por 34 gestantes (12,5%) e sífilis, com 20 casos dentre a amostra do estudo (7,4%).

O quantitativo de cesáreas prévias encontrados foi de 192 puérperas (70,6%) com nenhuma cesárea, 52 puérperas com 1 cesárea (19,1%), 21 puérperas com 2 cesáreas anteriores (7,7%). E encontrou-se 14 puérperas (5,1%) com intervalo entre cesáreas menor que 2 anos, que caracteriza maior risco gestacional e no parto.

O tabagismo e o alcoolismo foram hábitos mensurados na pesquisa, e encontrou-se 17 venezuelanas (6,3%) com hábitos tabagistas e 40 (14,7%) venezuelanas que ingerem bebidas alcoólicas.

Acerca da imunização da gestante durante o pré-natal, um total de 51 puérperas (18,8%) não tem registro vacinal de Hepatite B, 52 (19,1%) não possui registro de imunização contra Tétano e 82 (30%) não possuem a vacina Influenza.

A tabela 5 detalha quantitativamente os desfechos materno-neonatais distribuídos entre a classificação de qualidade do pré-natal das venezuelanas. Um total de 82 participantes da pesquisa tiveram intercorrências durante o parto, representando 30,1% das venezuelanas. Dentre estas intercorrências, as mais prevalentes foram: Circular de cordão (n = 4; 4%); Extração difícil de feto (n = 7; 2,6%); Hipertensão (n = 6; 2,2%) e Mecônio (n=35; 12,9%). Apesar de intercorrências durante o pós-parto, 114 venezuelanas (41,9%) obtiveram desfechos como: Reanimação neonatal, com ênfase ao estímulo tátil (n=51; 18,8%), Fototerapia no Recém-nascido (n = 22; 8,1%); Desconforto Respiratório (n=18; 6,6%); Hipotonia/

Hipoatividade (n=9; 3,3%); Hipoglicemia (n= 9; 3,3%) e infecções materna e neonatal (n=15, 5,5%).

Tabela 5. Distribuição dos desfechos materno-neonatais prevalentes no estudo segundo a classificação da assistência pré-natal de puérperas venezuelanas assistidas pela Maternidade de Boa Vista-RR.

Desfechos materno- neonatais prevalentes	Adequado		Inadequado		Intermediário		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PREMATURIDADE								
Sim	4	20,0	7	35,0	9	45,0	20	7,4
Não	16	21,3	75	29,8	161	63,89	252	92,6
TIPO DE PARTO								
Natural	11	6,2	54	30,5	112	63,3	177	65,1
Cesariana	9	9,5	28	29,5	58	61,1	95	34,9
EXTRAÇÃO DIFÍCIL								
Sim	1	11,1	1	11,1	7	77,8	9	3,3
Não	19	7,2	81	30,8	163	62,0	263	96,7
HIPERTENSÃO								
Sim	1	14,3	1	14,3	5	71,4	7	2,6
Não	19	7,2	81	30,6	165	62,3	265	97,4
MECÔNIO								
Sim	2	5,7	8	22,9	25	71,4	35	12,9
Não	18	7,6	74	31,2	145	61,2	237	87,1
FOTOTERAPIA								
Sim	2	9,5	6	28,6	13	61,9	21	7,7
Não	18	7,2	76	30,3	157	62,5	251	92,3
DESCONFORTO RESPIRATÓRIO								
Sim	1	5,6	0	0,0	17	94,4	18	6,6
Não	19	7,5	82	32,3	153	60,2	254	93,4

Tabela 5. Distribuição dos desfechos materno-neonatais prevalentes no estudo segundo a classificação da assistência pré-natal de puérperas venezuelanas assistidas pela Maternidade de Boa Vista-RR (continuação).

Desfechos materno- neonatais prevalentes	Adequado		Inadequado		Intermediário		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HIPOTONIA/ HIPOATIVIDADE								
Sim	1	25,0	0	0	3	75,0	4	1,5
Não	19	7,1	82	30,6	167	62,3	268	98,5
INFECCÕES MATERNAS E NEONATAIS								
Sim	0	0	5	33,3	10	66,7	15	5,5
Não	20	7,8	77	30,0	160	62,3	257	94,5
PESO								
Baixo Peso	3	20,0	1	6,7	11	73,3	15	5,5
Peso Adequado	16	9,4	0	0	154	90,6	170	62,5
Macrossomia	1	16,7	0	0	5	83,3	6	2,2
CONTATO PELE A PELE								
Sim	9	6,9	44	33,6	78	59,5	131	48,2
Não	11	7,8	38	27,0	92	65,2	141	51,8
AMAMENTAÇÃO								
Sim	10	6,1	54	33,1	99	60,7	163	59,9
Não	10	9,2	28	25,7	71	65,1	109	40,1
UTI NEONATAL								
Sim	0	0	2	10,5	17	89,5	19	7,0
Não	20	7,9	80	31,6	153	60,5	253	93,0
REANIMAÇÃO								
Sim	6	11,8	5	9,8	40	78,4	51	18,8
Não	14	6,3	77	34,8	130	58,8	221	81,3

Fonte: Autoria Própria.

Na análise de relação entre os desfechos citados e a qualidade da assistência pré-natal (Tabela 6), foi identificado significância nos desfechos Desconforto Respiratório (p- valor < 0,05), Internação em UTI neonatal (p- valor < 0,05) e Reanimação neonatal, com ênfase em estímulo tátil (p- valor < 0,05). Sendo assim, a assistência pré-natal teve relação direta nos casos de Desconforto respiratório e gemência em recém-nascidos, em internações na UTI e na necessidade de reanimação neonatal.

Tabela 6. Resultado dos testes Kruskal- Wallis e Qui-quadrado de Pearson considerando desfechos neonatais e maternos e a classificação da assistência pré-natal de gestantes venezuelanas assistidas pela Maternidade de Boa-Vista, RR.

Desfechos Neonatais e maternos prevalentes	Kruskal-Wallis	P – valor	X ²	P – valor
PREMATURIDADE	-	-	5.92	0.052
TIPO DE PARTO	-	-	0.96	0.61
MECÔNIO	-	-	1.37	0.50
FOTOTERAPIA	-	-	0.16	0.92
DESCONFORTO RESPIRATÓRIO	-	-	9.04	0.01
PESO	1.19	0,55	-	-
CONTATO PELE A PELE	-	-	1.43	0.49
AMAMENTAÇÃO	2.22	0.32	-	-
UTI	-	-	6.49	0.03
REANIMAÇÃO	-	-	11.1	0.004

Fonte: Autoria Própria.

A tabela 7 demonstra as correlações dos desfechos neonatais e maternos: Hipertensão, Extração difícil, hipotonia e hipoatividade e Infecções, embora não tenham revelado significância estatística à aplicação dos testes pertinentes, possuem importância quantitativa na estatística descritiva deste estudo.

Tabela 7. Resultado do teste Qui-quadrado com correção de Yates considerando desfechos neonatais e maternos e a classificação da assistência pré-natal de gestantes venezuelanas assistidas pela Maternidade de Boa-Vista, RR.

Desfechos Neonatais e maternos prevalentes	Classificação para aplicação do teste	X ² com correção de Yates	P – valor
HIPERTENSÃO	Intermediário X Não intermediário	0.13	0.26
	Inadequado X Não inadequado	0.71	0.61
	Adequado X Não adequado	2.48	1.0
	Intermediário X Não intermediário	0.37	0.54
	Inadequado X Não inadequado	0.80	0.37
	Adequado X Não adequado	4.47	1.00
EXTRAÇÃO DIFÍCIL	Intermediário X Não intermediário	0.16	0.7
	Inadequado X Não inadequado	0.6	0.44
	Adequado X Não adequado	0.00	1.0
	Intermediário X Não intermediário	0.0047	0.94
	Inadequado X Não inadequado	2.43	1.00
	Adequado X Não adequado	0.37	0.54
HIPOTONIA/ HIPOATIVIDADE	Intermediário X Não intermediário	0.16	0.7
	Inadequado X Não inadequado	0.6	0.44
	Adequado X Não adequado	0.00	1.0
	Intermediário X Não intermediário	0.0047	0.94
	Inadequado X Não inadequado	2.43	1.00
	Adequado X Não adequado	0.37	0.54
INFECÇÕES MATERNAS E NEONATAIS	Intermediário X Não intermediário	0.16	0.7
	Inadequado X Não inadequado	0.6	0.44
	Adequado X Não adequado	0.00	1.0
	Intermediário X Não intermediário	0.0047	0.94
	Inadequado X Não inadequado	2.43	1.00
	Adequado X Não adequado	0.37	0.54

Fonte: Autoria Própria.

8 DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo analisar a assistência pré-natal de gestantes venezuelanas e seus desfechos perinatais, definindo o perfil de mulheres desta nacionalidade atendidas no Hospital Materno-infantil do Município de Boa Vista- RR. A migração tem levantado números expressivos no Brasil, onde entre 2010 e 2019 foram registrados 660.349 migrantes de longo prazo, ou seja, aqueles que permanecem por um período maior no país, sendo que deste quantitativo, 41% foram de mulheres. A migração internacional, tem sido de fato, uma relevante questão de Saúde Pública, em virtude do denso volume de mulheres em idade fértil nesta situação, sendo fundamental a discussão sobre saúde reprodutiva voltada a esse público (FERREIRA; SILVA, 2019).

Participaram da pesquisa 272 venezuelanas, e a idade predominante nos resultados foi de 21 a 29 anos (n=167), constituindo mulheres no auge da sua idade reprodutiva e economicamente ativa. Um estudo que teve como objetivo traçar o perfil obstétrico de parturientes assistidas em um hospital do interior do Ceará, realizado em 2015, revelou resultado semelhante, no que diz respeito a idade prevalente das gestantes encontrada no estudo, que compreende de 20 a 29 anos (SILVA et al, 2015). Segundo Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais (OBMIGRA), publicado em 2020, dentre as principais nacionalidades, considerando mulheres migrantes de longo termo, a venezuelana foi a que mais obteve registros no Brasil entre os anos de 2010 e 2019, com 68.822, seguidas das nacionalidades Paraguias e Bolivianas. Sendo que destas, 22% migraram motivadas pelo reagrupamento da família (OBMIGRA, 2020).

Corroborando com os resultados deste estudo, que evidenciou solteira como a situação conjugal predominante entre as participantes (n=220; 80,8%), o relatório anual da OBMIGRA registrou que 69% das migrantes possuíam estado civil solteiro ao se registrarem no país e estas encontravam-se entre as faixas etárias de 15 a 25 anos, representando 24% e, 26 a 40 anos, representando 43% (OBMIGRA, 2020).

A ato de migrar, traz por si só, um sentimento de solidão pela ausência do suporte e companhia familiar, quando inserido em um contexto gestacional monoparental, como foi evidenciado na presente pesquisa, este sentimento é ainda mais exacerbado, uma vez que exige da mulher a responsabilidade pela criação e educação dos filhos, de forma não compartilhada e em situações de vulnerabilidade. Esta situação tende a gerar uma maior culpabilização por parte destas mães (DORNELAS; MENDONÇA; SOUSA, 2020).

Com relação a ocupação das participantes do estudo, a predominância foi de trabalhadoras do lar, ou sem emprego fora de casa (88,2%), o que limita significativamente a renda mensal, considerando que o provedor financeiro é outrem ou não há um provedor com emprego estável. Os 11,8% restantes, estão divididos em funções autônomas ou empregos de vínculo frágil. Um estudo da OIT (2017) demonstrou que trabalhadores migrantes estão inseridos em setores de atividades econômicas com renda salarial muito baixa e condições de trabalho precárias, mesmo aqueles com diplomas, em virtude de estes não serem reconhecidos no país de destino. O estudo supracitado, analisou também o perfil laboral dos migrantes, que resultou em 50% de desempregados, seguidos pelos autônomos e um percentual baixo de empregados através de contrato, o que coincide com o estudo proposto.

O Protocolo de Assistência a Migrantes em Situação de Vulnerabilidade da OIM (2018) explicita que a oferta de meios de geração de renda para os migrantes é garantir a subsistência, além de aumentar o bem-estar, reduzir a situação de vulnerabilidade, otimizar a segurança alimentar, estender a rede social, além de garantir a dignidade, orgulho e manter a independência e autonomia do migrante. A ausência dessa oportunidade empregatícia pode aumentar ou introduzir situações de vulnerabilidade já presentes (OIM, 2018).

Acerca da variável escolaridade, o predomínio no estudo foi o Ensino Médio Completo (55,9%), o que corrobora com os dados do Relatório da OBMIGRA (2020), cuja maioria dos migrantes avaliados tinham ensino médio completo, caracterizando um bom nível de escolaridade, e 22% das mulheres avaliadas possuíam Nível Superior Completo. Esses dados são compatíveis com o estudo em questão, em que se destaca o quantitativo de venezuelanas com Ensino Superior Completo (12,9%; n=35), em que 88,6% (n=31) destas não se encontram trabalhando em sua área de formação, em decorrência da dificuldade de validação de diploma e de inserção no mercado de trabalho brasileiro.

O nível de escolaridade foi estatisticamente significativo quando comparado a qualidade da assistência pré-natal. Com isso, o grau instrutivo das gestantes é apontado como parâmetro de condição social, em que uma escolaridade mais elevada facilita o acesso a emprego e, conseqüentemente a melhoria da situação socioeconômica da família (ANDRADE, et al, 2018). Segundo o Ministério da Saúde (2012), a escolaridade materna elevada é diretamente proporcional ao número de consultas de pré-natal recomendadas, que reflete um número decrescente de gestações de alto risco, culminando em um melhor acompanhamento materno-fetal (BRASIL, 2015).

A quantidade de anos estudados pode apresentar, segundo Brasil (2016), estreita relação com o tipo de parto, uma vez que estudos nacionais evidenciaram que partos cesáreos são mais

frequentes em gestantes com escolaridade alta, assim como o aumento no número de parto cesariana em gestantes que possuem baixa escolaridade pode estar associado a um maior acesso aos serviços de saúde complexos.

A renda mensal de 0 a 1 salário mínimo foi expressiva dentre os achados do estudo, perfazendo 84,9 % das participantes. Esse dado reforça um dos fatores que coloca essas mulheres em situação de vulnerabilidade, o *status* financeiro. Junqueira (2016) explica que em sua grande maioria, essas migrantes têm maior vulnerabilidade no país que estão entrando, devido ao fato de que estão acompanhadas de dependentes, não possuem qualquer renda ou nunca tinham tido um emprego na vida. Simões et al. (2017) demonstraram em seu estudo que 51% dos trabalhadores migrantes receberam menos de um salário mínimo. O presente estudo se deparou também com 5 gestantes (1,8%) apresentando mais de 4 salários mínimos em decorrência do trabalho no garimpo.

Mencionando a importância da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde versa sobre as condições básicas para esta assistência, em que destaca que as ações de saúde devem cobrir a população de abrangência da unidade básica de saúde, garantindo o mínimo de 6 consultas de pré-natal, além de continuidade na assistência, acompanhamento e avaliação constante do resultado dessas ações sobre a saúde perinatal e materna (BRASIL, 2012a). Os achados da presente pesquisa revelaram que 57,7% das gestantes venezuelanas tiveram 6 consultas ou mais e 42,3% tiveram o número de consultas abaixo do preconizado. Um estudo realizado por Correa, Vargas e Sem (2014) concluiu que maiores quantidades de consultas pré-natais facilita a identificação precoce de intercorrências ou situações clínicas geradoras de risco, como a pré-eclâmpsia ou parto prematuro.

O início precoce dessas consultas, ainda no primeiro trimestre, além de viabilizar diagnósticos e tratamento de patologias, determina a idade gestacional com mais fidedignidade, de modo que se monitorize o crescimento e a maturidade fetal (BRASIL, 2011a). Caracteriza-se como o momento que se inicia precocemente a suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso, complemento vitamínico-alimentares que agem no organismo prevenindo doenças carenciais, como a anemia, e prevenindo anormalidades congênitas do tubo neural, que se forma no primeiro trimestre gestacional (BRASIL, 2012a; FERREIRA; GAMA, 2010). No presente estudo foi evidenciado percentual de 52,6% das participantes com início de pré-natal no primeiro trimestre, possuindo esse efeito protetor supracitado. Entretanto um percentual importante de 44,9% das venezuelanas obteve início tardio de pré-natal, e 2,6% das mulheres não tiveram nenhuma consulta registrada, contribuindo para aumentar os riscos gestacionais inerentes ao acompanhamento pré-natal inadequado.

O presente estudo propôs uma classificação de adequação do pré-natal segundo critério estabelecido pelos autores, que mostrou resultados importantes para análise, em que apenas 7,4% das puérperas envolvidas na pesquisa obtiveram assistência pré-natal considerada adequada, no qual envolveu variáveis como o número de consultas e início no primeiro trimestre gestacional, registro de exames no cartão da gestante e questões de imunização. A baixa adesão ao pré-natal tem sido associada a alguns fatores como desigualdades sociais e econômicas, dificuldade de acesso as consultas, além de fatores individuais como ter menos de 20 anos, ser solteira, ter baixa escolaridade, ser múltipara, a dificuldade de aceitar a gestação e o atendimento inadequado (ROCHA; BARBOSA; LIMA, 2017). E no que diz respeito a migrante, a barreira linguística e cultural pode ser fator determinante na eficácia da assistência neste período e na baixa adesão de algumas gestantes no pré-natal.

Um dado importante que emergiu na presente pesquisa foi a história obstétrica de aborto ocorrido em 59 mulheres participantes da pesquisa (21,7%), situação obstétrica que representa grave problema de saúde pública e uma importante causa de mortalidade materna no mundo (BRASIL, 2012d). O aborto espontâneo pode ocorrer em aproximadamente 10 a 15% das gestações e dele emergem sentimentos de perda, culpa e impotência, devido a impossibilidade de levar a gestação a maturidade fetal, ademais pode repercutir negativamente para o sistema reprodutivo, necessitando de uma atenção segura, técnica e humanizada (BRASIL, 2012c).

No decorrer do acompanhamento pré-natal, intercorrências foram identificadas, e dentre elas a ITU, encontrada em 49,3% das participantes do estudo, que são definidas pela colonização, invasão e propagação de agentes infecciosos em qualquer porção do sistema urinário. Esta afecção afeta em até 15% as gestantes, sendo uma das infecções mais comuns no ciclo gravídico-puerperal (OVALLE, LEVANCINI, 2001). Esta infecção pode apresentar-se com bacteriúria assintomática, com diagnóstico através de urocultura de rastreamento realizada no pré-natal, ou como cistite, considerando sintomas relacionados a positividade da cultura (FEBRASGO, 2018).

A ocorrência de ITU em gestantes tem sua importância clínica justificada no potencial risco de trabalho de parto prematuro, prematuridade, ruptura prematura de membranas, baixo peso ao nascer, corioamnionite, sepse materna e neonatal, pré-eclâmpsia, insuficiência renal e outras condições que aumentam a morbimortalidade tanto da mãe quanto do feto (MAZOR-DRAY et al, 2009).

Outra intercorrência identificada entre as venezuelanas participantes da pesquisa foi a Síndrome Hipertensiva, em 18,4% dos casos. Esta síndrome quando ocorre na gestação pode ser caracterizada como uma das principais causas de morbimortalidade materna e fetal,

especialmente em países em desenvolvimento (BRASIL, s.d.; AMB, 2003) e pode implicar em limitações severas na mãe e no feto, como a prematuridade iatrogênica decorrente de casos de Pré-eclâmpsia. Esta condição é definida por hipertensão arterial identificada primariamente após as 20 semanas de gestação, combinada com proteinúria, podendo estar sobreposta a outro estado de hipertensão. Também é diagnosticado na ausência da proteinúria, considerando cefaleia, visão turva, dor abdominal, e alteração em exames laboratoriais (plaquetopenia), aumento das enzimas hepáticas e comprometimento renal, edema pulmonar, distúrbios visuais e no cérebro, tal como convulsão (FEBRASGO, 2017).

A ocorrência de Diabetes Mellitus Gestacional foi uma das situações encontradas no estudo, perfazendo 12,5% das participantes e é um dos principais distúrbios metabólicos da gestação, caracterizada por intolerância a carboidratos, aumentando os níveis glicêmicos séricos, identificados pela primeira vez durante a gestação, podendo se estender até o pós-parto e atingir de 3 a 25% das gestantes (SBD, 2017; 2014). A OPAS (2017) estima que no Sistema Único de Saúde (SUS) a prevalência de Diabetes Gestacional chega em torno de 18%. As consequências dessa afecção são trazidas desde a concepção até o pós-gestacional, em que já no primeiro trimestre percebem-se disfunções no crescimento e desenvolvimento de órgãos, malformações e abortos (AMARAL et al, 2012). Já no que diz respeito a gestação, a complicação mais prevalente é a macrosomia (CUNNINGHAM et al., 2018).

Uma das intercorrências maternas mais preocupantes diagnosticadas durante o pré-natal é a sífilis, que na presente pesquisa encontrou 20 casos (7,4%), percentual preocupante, uma vez que o Ministério da Saúde disponibiliza testes rápidos de triagem e detecção de doenças sexualmente transmissíveis logo na primeira consulta de pré-natal. A sífilis é uma infecção bacteriana, de caráter sistêmico, que poder ser curada. A transmissão desta doença é sexual e vertical, e cerca de 60% maior nos estágios iniciais, diminuindo com o tempo, sendo explicada pela multiplicação treponêmica nas lesões comuns na sífilis primária e secundária. Quando da ausência de tratamento, a sífilis evolui para formas mais graves, comprometendo sistema nervoso e cardiovascular (BRASIL, 2015).

A sífilis congênita é aquela transmitida da mãe para o feto, caso não tratada durante o pré-natal e de forma precoce. Caracteriza-se por ser uma doença de aspecto clínico extenso, podendo se revelar desde as formas assintomáticas ou oligossintomáticas até formas mais graves, envolvendo quadros de sepse e óbitos fetais e neonatais (DOMINGUES et al, 2020). Com isso, a incidência de sífilis congênita tem sido um relevante indicador da qualidade da atenção materno-infantil, sendo sua triagem e prevenção realizada no acompanhamento pré-

natal, instituindo-se o tratamento adequado com a Penicilina Benzatina, que por si só é capaz de prevenir 97% dos casos de transmissão de mãe para o feto (DOMINGUES et al, 2015).

Acerca de hábitos tabagistas pesquisados nas participantes do estudo, 92,7% destas não fumam, corroborando com um estudo realizado em Fortaleza em 2017, que tinha como objetivo caracterizar o perfil do acompanhamento nas consultas de pré-natal e a relação deste com a adesão aos objetivos da atenção pré-natal e os desfechos gestacionais, cuja porcentagem de pacientes não fumantes foi predominante, com 91,7% (LIMA; CARVALHO, 2017).

Já para a ingestão de álcool, embora a maioria dos casos encontrados tenha sido a não utilização dessa substância, quantidade importante das venezuelanas observadas fazia uso de bebida alcoólica na gestação, 14,7% das participantes. A Sociedade de Pediatria de São Paulo (2017) informa que mulheres que ingerem bebidas alcoólicas têm o adoecimento 1,5 a 2 vezes maior do que os homens, mensurados através de limitação em atividade realizadas anteriormente, quantidade de consultas a médicos, número de hospitalizações e de dias hospitalizados devido a alguma situação relacionada ao álcool. As complicações decorrentes dessa utilização também emergem de forma mais grave e precoce nas mulheres, como cirrose, pancreatite, neuropatias, etc. Uma pesquisa que envolveu 1.964 gestante, realizada em 2011, demonstrou alguns fatores que tinham influência sobre o consumo de álcool em gestantes, sendo eles a adolescência, baixo nível de escolaridade e socioeconômico, morar ou estar em mesmo ambiente que outros etilistas, hábito tabagista, uso de drogas ilícitas, gestação não planejada e ausência do pré-natal (MESQUITA; SEGRE, 2009). Outra revisão sistemática sobre o assunto, realizada em 2011, revelou que o consumo de álcool por gestantes esteve relacionado ao consumo antes da gestação, além de abuso e/ ou violência (SKAGERSTRÓM; CHANG; NILSEN, 2011).

E essa realidade para pessoas em situação de migração é ainda mais expressiva, considerando a situação de vulnerabilidade em que se encontra. Um estudo realizado em Portugal, em 2017, que buscou a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez por mulheres portuguesas e imigrantes vivendo em Portugal, trouxe resultado interessantes: 8,3% da amostra ingeriu álcool durante a gestação e, dentre as que tiveram essa ingestão, a maior porcentagem é daquelas em situação migratória (COUTINHO, et al, 2017), devendo esse ser um dos pontos abordados no pré-natal com essas mulheres.

Outro pilar fundamental que deve ser alvo da atenção do profissional de saúde durante a consulta de pré-natal é o esquema vacinal, que para gestante está preconizado, pelo Ministério da Saúde, o recebimento de vacinas contra difteria e tétano, hepatite b e influenza. O esquema vacinal da hepatite b constitui 3 doses, em que a primeira é feita após o primeiro trimestre de

gestação. A vacina que previne difteria e tétano são aplicadas duas doses, sendo a terceira acrescida do componente pertussis, protegendo a gestante contra coqueluche acelular, conferindo imunidade a gestante e feto (BRASIL, 2009; 2014; 2015).

No presente estudo apresentou-se percentuais importantes de falta de registro vacinal no cartão da gestante no que tange às vacinas hepatite B, Tétano e Influenza, com maior expressão na última, com 30% de ausência. Isto reflete, segundo Mendes e Silva (2018), em falhas na busca ativa dessas gestantes e na assistência pré-natal, considerando que as vacinas estão disponíveis gratuitamente pelo SUS, ou ainda, a ausência de educação em saúde de forma mais efetiva e descomplicada, de modo que a gestante consiga compreender a importância vacinal na prevenção da transmissão vertical de doenças.

Os desfechos gestacionais com intercorrências durante o parto emergidos dessa pesquisa foram observados em 82 participantes, que representa 30,1% da amostra, sendo eles extração difícil do feto, hipertensão e presença de mecônio. Já os desfechos gestacionais com intercorrências após o parto foram representados por 114 puérperas, representando 41,9% e são eles: fototerapia no recém-nascido, desconforto respiratório, hipotonia e hipoatividade do recém-nascido, hipoglicemia, infecção materna e neonatal e reanimação neonatal. Dos desfechos citados os que obtiveram significância estatística quando comparados com a adequação do pré-natal foram o desconforto respiratório, internação em UTI neonatal e a necessidade de reanimação, mesmo que mínima.

A assistência pré-natal, quando adequadamente realizada é fator protetor contra os critérios que podem levar um recém-nascido a uma UTI, apresentando condições de dificuldade respiratória, por exemplo. Neste sentido, há necessidade de maior aparato tecnológico e recursos humanos para a sobrecarga de demanda que possivelmente pode advir de um acompanhamento pré-natal inadequado ou insuficiente. Um estudo que objetivou caracterizar a morbimortalidade de recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino do sul do Brasil, em 2012, obteve como resultado que os principais motivos de internação dos recém-nascidos foram as causas respiratórias, com 43,1%. (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012). A dificuldade respiratória é um desafio para os profissionais de saúde que recebem o recém-nascido a vida extrauterina, podendo representar condição benigna, assim como um retardo na adaptação cardiorrespiratória. No entanto, pode representar, também, o primeiro sinal de uma infecção mais grave e potencialmente fatal, sendo de fundamental importância a detecção precoce através de adequada avaliação (BRASIL, 2014).

O peso e a prematuridade são variáveis que, embora não apresentem significância estatística na comparação com a adequação do pré-natal no presente estudo, obtiveram

importante expressão numérica, apresentando-se com 5,5% (n=15) para a ocorrência de Baixo Peso, e 7,4% (n=20) para recém-nascidos prematuros. Em contraposto, um estudo realizado no Estado de Roraima, cujo objetivo foi compreender as condições de saúde de recém-nascidos de mães venezuelanas em condições de abrigo, revelou quantitativo de 39,9% da amostra de crianças baixo peso e 16,9% de crianças que nasceram com idade gestacional abaixo de 37 semanas (SOUSA; COSTA; BARRETO; 2021).

Os recém-natos pré-termos e que apresentam baixo peso estão mais suscetíveis a infecções, devido a imaturidade imunológica, além de maior risco de exibirem distúrbios respiratórios e metabólicos, dificuldade no aleitamento e regulação da temperatura corporal (BRASIL, 2002b). Ademais, os recém-nascidos tem maior probabilidade de necessitarem de reanimação neonatal no pós-parto imediato, maior desequilíbrio térmico e hipoglicemia, além de precisarem de mais fototerapia, fórmula alimentar, nutrição parenteral e infusões venosas, sendo os grandes causadores de doenças da membrana hialina, pneumonias, apneias (ARAÚJO et al., 2013).

Além disso, a prematuridade e o baixo peso têm repercussões a longo prazo na vida da criança, especialmente antes dos 5 anos de vida, e estão relacionados a maior vulnerabilidade, deficiência no desenvolvimento neuromotor e no aprendizado, assim como na taxa de mortalidade (MOREIRA; MAGALHÃES; ALVES, 2013). Os índices de morte no período neonatal têm sido associados ao baixo peso ao nascer, bem como à prematuridade, relacionadas a condições socioeconômicas, reprodutivas e a qualidade da assistência durante o pré-natal e parto, sendo a forma mais adequada de reduzir essas taxas e sequelas advindas do nascimento prematuro, a viabilização de ações que diminuam essas lacunas e organização do serviço de saúde (ARAÚJO; TANAKA, 2007; DEMITTO et al., 2017).

Acerca da amamentação na primeira hora de vida, também é um desfecho interessante a ser analisado, embora no presente estudo a sua comparação com a adequação do pré-natal não tenha sido significativa. Entretanto, 40,1% das participantes do estudo não tiveram a oportunidade de amamentar seu filho na primeira hora de vida. O incentivo ao aleitamento materno iniciado de forma precoce é o mais adequado a saúde materno-neonatal, pois no pós-parto imediato, o recém-nascido encontra-se alerta, com a capacidade para se mover até a região mamilo-areolar e sugar prontamente nos 60 minutos iniciais após seu nascimento (RIGHARD et al, 1990), pois após esse período o neonato entra em fase de sono, o que dificulta a amamentação e o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, aumenta as chances de utilização de complementos (WIDSTRÖM et al., 2011; LOPES et al., 2013).

A amamentação na primeira hora de vida possibilita a deglutição do colostro, que possui imunoglobulinas importantes para conferir proteção imunológica a criança, prevenindo a colonização intestinal patogênica (CHIRICO et al., 2008). O contato pele a pele, que constitui outro benefício para o desfecho perinatal, acontece em conjunto com a amamentação e contribui para início da colonização da pele do neonato pela microbiota da pele da mãe, além da estabilização da temperatura do corpo e controle cardiorrespiratório (MOORE et al., 2016).

Com relação ao tipo de parto encontrado na pesquisa, houve predomínio de parto natural, com 65,1%, no entanto a quantidade de partos cesarianas (34,9%) encontra-se acima da recomendada para intervenção cirúrgica do parto, cuja taxa de referência adaptada para a população brasileira, atualmente, é entre 25 e 30%, considerando que a brasileira apresenta um número elevado de cesarianas anteriores. No entanto, de modo geral, a OMS, indica que uma taxa populacional maior que 10% não contribui para a diminuição de taxas como a mortalidade neonatal ou perinatal e materna. O Brasil possui uma taxa de cesariana em torno de 56% situados entre serviços públicos e privados, apresentando-se acima do recomendado, assim como demonstra, também, o presente estudo (BRASIL, 2016c).

Considerando a população do estudo ser de mulheres migrantes, importante ressaltar que os dados do perfil de cesáreas realizadas no Brasil são relevantes para o conhecimento desta variável no país receptor destas mulheres, uma vez que as variações das taxas de cesarianas refletem as políticas públicas, a assistência à saúde e questões culturais dos países que estão recebendo esta população (MERRY et al., 2013). E estudos demonstram que fatores de risco como barreiras linguísticas, níveis socioeconômicos desfavoráveis e acesso inadequado ao pré-natal estão diretamente relacionados a ocorrência aumentada de cesarianas nesse público (MERRY et al., 2013; MUMTAZ et al., 2014).

Relacionado ao desfecho em que se encontrou mecônio no líquido amniótico, o referido estudo revelou percentual de 12,9%, apresentando-se em conformidade com a taxa divulgada pelo Ministério da Saúde, no intervalo entre 10 e 20% dos recém-nascidos apresentam essa condição. Estes dados reafirmam a pesquisa transversal realizada em São Paulo em um centro de parto normal hospitalar em 2005, que encontrou como resultado mecônio no líquido amniótico em 11,9% dos partos, sendo que 68,2% desses foram normais e 38,8%, partos cesarianos, resultados similares ao encontrado (OSAVA et al, 2012; BRASIL, 2011b). Outro estudo, realizado em Santa Catarina, em 2012, obteve como resultado 18,6% dos partos com recém-nascidos imersos em líquido meconial, condição em que pode ser desenvolvida a síndrome de aspiração meconial, caracterizada por ser uma condição grave que causa obstrução

das vias aéreas, causando insuficiência respiratória em vários graus, o que contribui para as taxas de morbimortalidade neonatal (FERNANDES; RUDEK; SOUTO, 2015).

9 CONCLUSÃO

O estudo apresentado teve o objetivo de investigar as características do desfecho perinatal e suas relações com a qualidade do pré-natal no contexto da saúde materno-infantil em população de migrantes venezuelanas. Considerando o contexto migratório vivenciado no estado de Roraima nos últimos anos, estudos com essa proposta auxiliam no entendimento do perfil das usuárias migrantes venezuelanas acompanhadas no pré-natal e parto, revelando as lacunas existentes, assim como fazendo emergir novos questionamentos que dão sentido a pesquisa científica e são a base para melhoria dos serviços e acesso a esse público.

O perfil sociodemográfico das participantes do estudo foram puérpera de nacionalidade venezuelana com idade entre 21 e 29 anos, solteira, trabalhadoras do lar ou não possuem emprego fora de casa, escolaridade ensino médio completo e renda mensal entre 0 e 1 salário mínimo no Brasil, demonstrando que a questão socioeconômica dessas mulheres, além de apoio e suporte no ciclo gravídico e puerperal pode estar comprometido.

O estudo demonstrou baixo percentual de consultas adequadas conforme o preconizado pelos documentos normativos do Ministério da Saúde, refletindo uma preocupação para a saúde pública, à medida que desfechos neonatais e perinatais de mulheres venezuelanas foram, através da estatística, comparativamente validados. Então, comprova-se neste estudo, a significância dos desfechos internação em UTI neonatal, Reanimação neonatal e Desconforto respiratórios quando comparados a assistência pré-natal e seus parâmetros.

No entanto outros desfechos de importância clínica foram encontrados no referido estudo, como a prematuridade, a amamentação na primeira hora de vida, o contato pele a pele após o nascimento, hipoglicemia neonatal, hipotonia e hipoatividade neonatal, infecções maternas e neonatais, hipertensão e presença de mecônio em líquido amniótico.

Outra situação importante, evidenciado na estatística descritiva, foram os casos de sífilis nas migrantes venezuelanas diagnosticados durante o pré-natal, identificando o risco de uma possível transmissão vertical para o feto, o que exacerba o cenário de vulnerabilidade de saúde da família. Foram encontradas intercorrências pré-natais como síndrome hipertensiva, diabetes mellitus gestacional e infecção urinária, que quando adequadamente manejadas e controladas têm suas consequências a mãe e ao feto abrandadas ou anuladas.

Com isso, afirma-se a hipótese H1 do presente estudo, que demonstra que a qualidade da atenção pré-natal em migrantes venezuelanas está diretamente relacionada com a saúde materno-infantil no desfecho perinatal. Sendo assim, os resultados encontrados vieram trazer importante contribuição para a saúde coletiva, reiterando o caráter interdisciplinar da assistência

pré-natal e a necessidade de fortalecimento das práticas relacionadas ao público estudado. Além disso, trouxe subsídios para a tomada de decisão baseada em ciência e evidências para o cuidado com migrantes no estado de Roraima, incentivando as atividades que promovam o engajamento de venezuelanas gestantes no acompanhamento de pré-natal, a compreensão da importância do início precoce e adesão as consultas, dando-lhes autonomia e educando-as acerca de saúde reprodutiva e sexual, além de planejamento familiar. Dessa forma, as taxas de desfechos neonatais e perinatais negativos terão redução significativa.

Obteve-se limitações de estudo no que diz respeito a pesquisas voltadas para população migrante venezuelana e o período gravídico puerperal de modo que fosse possível utilizar como comparativo na presente pesquisa. Outra questão importante a ser pontuada é o registro no cartão da gestante, uma vez que a qualidade do acompanhamento pré-natal foi mensurada a partir, também, desses registros, podendo conter divergências ou ausência de informações importantes para a avaliação do objetivo proposto pelo estudo. Sugere-se, então, a realização de mais pesquisas envolvendo essa temática e incluindo uma avaliação mais abrangente do pré-natal, incluindo vertentes qualitativas de educação em saúde, aspectos psicoemocionais da mulher migrante neste período de mudanças, assim como barreiras culturais e linguísticas encontradas nesse processo, para que, juntamente com a presente pesquisa, o pré-natal das migrantes venezuelanas atendidas em Roraima possa ser compreendido em sua totalidade e complexidade.

REFERÊNCIAS

- AITH, F.; SCALCO N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. **Revista USP**. São Paulo, n. 10, p. 43- 54, 2015.
- AMARAL, A.C.S et al. Complicações neonatais do diabetes mellitus gestacional –DMG. **Rev. Med. Minas Gerais** v.22, (Supl 5), 2012. Disponível em <http://rmmg.org/sumario/56>. Acesso em: 15 Set 2021.
- AMB. Associação Médica Brasileira. Projetos diretrizes. hipertensão na gravidez, 2003. Disponível em: <http://www.projeto-diretrizes.org.br>.
- ANDRADE, S. G. D. et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde (REPIS)**. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/AppData/Local/Temp/7283-27137-2-PB.pdf>. Acesso em: 15 SET 2021.
- ARAÚJO, B.; TANAKA, A. Risk factors associated with very low birth weight in a low-income population. **Cad Saude Publica**, v.23, n.12, p. 2869-2877, 2007.
- ARAUJO, B. F. de, ZATTI, H.; MADI, J. M. et al. Análise da morbiletalidade neonatal em recém-nascidos pré-termo tardios. *J de Pediatria*; v.88, n.3, p. 259 – 266, 2013.
- BASSO, C. G. et al. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 21, n.2, p.269-276, 2012.
- BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. D. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto contexto - enferm**. v.21, n. 2, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZHqf36ZPd5GJChynxq99Qvj/?lang=pt>. Acesso em: 15 Set 2021.
- BÓGUS, L. M. M.; FABIANO, M. L. A. O Brasil como destino das migrações internacionais recentes: novas relações, possibilidades e desafios; PUC SP. n.18, p.126-145, 2015.
- BRAGG, R. Maternal deaths and vulnerable migrants. **Lancet**, n. 371, p. 879-881, 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2012b.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Distrito Federal: Senado Federal: Centro Gráfico, 2016a.
- BRASIL. Medida Provisória nº 820 de 16 de fevereiro de 2018c. Dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-nascido: Guia para os profissionais de saúde. Normas e manuais técnicos, 2011b. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v3.pdf. Acesso em: 15 Set 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 148(121 Seção 1): p.109-111, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. Rede Cegonha. **Gravidez Parto e Nascimento com Saúde, qualidade de vida e bem estar**. Brasília, p.20, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao Recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso [Internet]. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de

Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.302 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/FUNASA/CENEP. Sistema de Informa es sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em 15 Set 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Relatório Trimestral, Comit  Federal de Assistência Emergencial, 2018a.

BRASIL. Protocolo De Manejo Clínico Do Coronavírus (Covid-19) Na Aten o Primária   Saúde. Brasília – DF, Março de 2020.

BRASIL. Senado Federal. Lei 13.445, de 24 de maio de 2017. Brasília, 2017. Institui a Lei de Migra o. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13445-24-maio-2017-784925-publicacaooriginal-152812-pl.html>>.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. TUTELA PROVISÓRIA NA A O CÍVEL ORIGINÁRIA 3.121 – Roraima. Relator: Min. Rosa Weber. 06 de agosto de 2018b. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/rosa-weber-nega-fechamento-fronteira.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2019.

BRITO, P. P.; SOUZA, L. M. Fatores relacionados aos principais agravos perinatais evitáveis em um Hospital Público do Distrito Federal. *Tempus, Actas de Saúde Col, Brasília*, v. 8, n.4, p.239-255, 2014.

CANINEU, M., L. Venezuela: Crise Humanitária Alastra-se para o Brasil, 2017.

CHIRICO, G.; MARZOLLO, R.; CORTINOVIS, S.; FONTE, C.; GASPARDONI, A. Antiinfective properties of human milk. *J Nutr* v.138, n.9. 2008. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1093/jn/138.9.1801S> Acesso em 15 Set 2021.

CORREA, P. J.; VARGAS, J. F., SEM, S. I. S. Prediction of gestational diabetes early in pregnancy: targeting the long-term complications. *Gynecol Obstet Invest*. v.77, n3, p.145-149, 2014.

COSTA, E. **Crise na Venezuela provoca corrida por alimentos na fronteira de Roraima**, 2016.

COUTINHO, E.; PEREIRA, C.; AMARAL, O.; NELAS, P.; CHAVES, C.; VEIGA, N.; CRUZ, C. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE A GRAVIDEZ. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, v. 3, n. 1, p. 193-201, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853365020.pdf> Acesso em: 15 Set 2021.

CUNNINGHAM, F. G, et al. Williams Obstetrics. 25.ed. 2018.

DEMITTO, M. O. et al. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem**: Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

DIAS, S.; ROCHA, C.; HORTA, R. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: Um estudo qualitativo. Lisboa: ACIDI, 2009.

DOMINGUES, C. S. B. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/ress/2021.v30nspe1/e2020597/pt>. Acesso em 15 Set 2021.

DOMINGUES, R. S. M.; VIELLAS; E. F.; DIAS, M. A. B.; TORRES, J. A.; THEME-FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N. da.; LEAL, M. do C. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Pan Salud Publica**. v.37, n.3, p.141, 2015.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 37, n. 3, p. 140-7, 2015.

DORNELAS, P. D.; MENDONÇA, R. F.; SOUSA, R. S. “TANTO POR SER MULHER, QUANTO POR SER ESTRANGEIRA”: LUTAS POR RECONHECIMENTO E FORMAS DE RESISTÊNCIA DE MULHERES MIGRANTES NO BRASIL, 2020. 208f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

ESPÍRITO-SANTO, L. C.; MORETTO, V. L. Pré-natal. In: OLIVEIRA, D. L. (org). **Enfermagem na gravidez, Parto e Puerpério: notas de aula**. Porto Alegre: editora da UFRGS, p. 109-157, 2005.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Assistência Pré-natal. Manual de Orientação**; 2000.

FEBRASGO. Infecções do Trato Urinário durante a Gravidez – Protocolos Febrasgo Obstetrícia n.87, 2018. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/infeccoes-do-trato-urinario-durante-a-gravidez.pdf> Acesso em: 15 Set 2021.

FEBRASGO. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAMPSIA.pdf Acesso em 15 Set 2021.

FERNANDES, M. C.; RUDEK, M.; SOUTO, A. S. RECÉM-NASCIDOS BANHADOS EM LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL: ATENDIMENTO EM SALA DE PARTO E OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DA ASPIRAÇÃO MECONIAL. **Arq. Catarin Med**. v.44, n.4, p.48-56, 2015 Disponível em: <http://acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/viewFile/47/43> Acesso em 15 Set 2021.

FERRAZ, T. R.; NEVES, E. T. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. **Rev Gaúcha Enferm**, v.32, n.1, p. 86-92, 2011.

FERREIRA, E. K.; SILVA, Z. P. D. Perfil das mães imigrantes internacionais residentes no município de São Paulo. 2019. 105f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

FERREIRA, G.A; GAMA, F.N. Percepção de gestantes quanto o ácido fólico e sulfato ferroso durante o pré-natal, *Revista Enfermagem Integrada–Ipatinga: Unileste-MG* -v.3, n.2, Nov./Dez., 2010. Disponível em <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/10->. Acesso em 15 Set. 2021.

FERREIRA, K. C.; MOREIRA, E. S.; HAYD, R. L. M. Assistência à Saúde de Imigrantes: Um Foco na Enfermagem. **Mens Agitat**, v. 12. p. 16-20., 2017.

FERREIRA, K.C; ELIANE, S. M.; HAYD, R.L.N. Assistência à Saúde de Imigrantes: Um foco na Enfermagem. **Academia Roraimense de Ciências. Roraima**. n.12, p. 16 – 20. 2017.

FGV. A economia de Roraima e o fluxo venezuelano [recurso eletrônico] : evidências e subsídios para políticas públicas / Fundação Getulio Vargas, Diretoria de Análise de Políticas Públicas. - Rio de Janeiro : FGV DAPP.1 recurso online (146 p.) : PDF, 2020.

FIGUEREDO, L. O.; ZANELATTO, J. H. Legislação e políticas públicas voltadas à imigração no Brasil. Passagens. **Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica** Rio de Janeiro: v. 8, n .2, p. 252-274, 2016.

GABRYSCH, S.; CAMPBELL, O. M. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. **BMC Pregnancy Childbirth**. v.9, n.34, 2009. [gestacional/001-Diretrizes-SBD-Diabetes-Gestacional pg192.pdf](https://doi.org/10.1186/s12884-019-1921-2) Acesso em: 15 Set 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo : Atlas, 2008.

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.**, 2017, Rio de Janeiro, v.25, n.1. p.123- 129, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional de 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional de 2021.

JUNQUEIRA, Diego. Pior que ser refugiado é ser refugiada. Mulheres contam suas dificuldades de viver no Brasil. Notícias R7. 06 mar. 2016. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/internacional/pior-que-ser-refugiado-e-ser-refugiada-mulheres-contam-suas-dificuldades-de-viver-no-brasil-10032016>>. Acesso em: 15 Set 2021.

LIMA, L. R. D.; CARVALHO F. H. C. Relação do Perfil do Acompanhamento das Consultas de pré-natal com os desfechos maternos e perinatais. 2017. 97f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

LACAVA, R. M. V. B. Consulta de enfermagem no pré-natal. In: BARROS, S. M. O. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri (SP): Manole; 2006.

- LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L.; ALMEIDA, P. V. B.; AQUINO, E. M. L.; BARRETO, M. L.; BARROS, F.; VICTORA, C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1915-1928, 2018.
- LIMA, S.; CARVALHO, M. L., VASCONCELOS, A. G. G. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. **Cad Saude Publica**. v.24, n.8, p.1910 – 1916, 2008.
- LIU, L.; OZA, S.; HOGAN, D.; PERIN, J.; RUDAN, I.; LAWN, J. E.; COUSENS, S.; MATHERS, C.; BLACK, R. E. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. **Lancet**. p.430-440, 2015.
- LOPES, F. O.; OLIVEIRA, M. I. C.; BRITO, A. S.; FONSECA, V. M. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-natos em alojamento conjunto no Município do Rio de Janeiro. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.18, n2, p.431-9, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200014> Acesso em 15 Set 2021.
- MACHADO, M, SANTANA, P, CARREIRO, H, NOGUEIRA, H, BARROSO, e R, DIAS, A. “Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes”. **Revista Migrações**. n. 1, p. 103-127, 2007.
- MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde Soc**. São Paulo, v.27, n.1, p.26-36, 2018.
- MAZOR-DRAY, E.; LEVY, A.; SCHLAEFF, E. R F.; SHEINER, E. Maternal urinary tract infection: is it independently associated with adverse pregnancy outcome? **J Matern Fetal Neonatal Med**. v.22, n.2, p.124-8, 2009.
- MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Avaliação da assistência pré-natal e os desfechos materno e neonatal de adolescentes que pariram numa unidade de referência no Recife-PE. 81f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife – PE, 2018.
- MERRY, L., SMALL, R., BLONDEL, B., GAGNON, A. International migration and caesarean birth: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy Childbirth** 2013.
- MESQUITA, M. A.; SEGRE, C. A. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**; v.19, n.1, p.63-77, 2009.
- MILESI, R. Em defesa dos direitos humanos dos migrantes. Entrevista a Rosita Milesi, MSCS. REMHU: **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v.22, n.43, Brasília, 2014.
- MOORE, E. R.; BERGMAN, N.; ANDERSON, G. C. MEDLEY, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev**. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>. Acesso em 15 Set 2021.

MOREIRA, R. S.; MAGALHÃES, L. C.; ALVES, C. R. Efeito do nascimento prematuro no desenvolvimento motor, comportamento e desempenho de crianças em idade escolar: revisão sistemática. *J de Pediatria*; v.90, n.2, p. 119 – 134, 2013.

MUMTAZ, Z. et al. Navigating maternity health care: a survey of the Canadian prairie newcomer experience. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 14, n. 4, 2014.

OBMIGRA. Observatório das Migrações Internacionais. Relatório Anual – Plano Executivo. 2020. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorio-anual/2020/Resumo%20Executivo%20Relat%C3%B3rio%20Anual.pdf>. Acesso em: 15 Set 2021.

OIM. Organização Internacional para as Migrações. Direito Internacional da Migração/ Glossário sobre Migração. n 22, 2009.

OIM. Organização Internacional para as Migrações. PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA A MIGRANTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE, 2018. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/GLO-ACT/OIM_Protocolo_1.pdf Acesso em: 15 Set 2021.

OLIVEIRA M. I.; BRITO JUNIOR, I.; RIBEIRO, F. E. M. Analisando os impactos logísticos da entrada de venezuelanos em Roraima. *ENEGEP*, Joinville, SC, 2017.

OMS: cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros por ano no mundo. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-cerca-de-30-milhoes-de-bebes-nascem-prematuros-por-ano-no-mundo/>.

ONU. Organização das Nações Unidas. DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948.

ONU. Organização das Nações Unidas. Número de migrantes internacionais chega a cerca de 244 milhões, revela ONU, 2016.

ONU. Organização das Nações Unidas. Qual a diferença entre ‘refugiados’ e ‘migrantes’?, 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/qual-a-diferenca-entre-refugiados-migrantes/>

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Inserção laboral de migrantes internacionais: transitando entre a economia formal e informal na cidade de São Paulo. Brasília, OIT, 2017. Disponível em: <<https://tinyurl.com/yycn39en>>. Acesso em: 15 Set 2021.

OSAVA, R. H. et al. Fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico em um centro de parto normal. *Rev Saúde Pública*; v.46, n.6, p.1023-1029, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HZvBJYPFpF47bfKGwwt73vP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 15 Set 2021.

OVALLE, A.; LEVANCINI, M. Urinary tract infections in pregnancy. *Curr Opin Urol*. v.11, n.1, p. 55–59, 2001.

PADILLA, B. Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**. Brasília. Ano XXI, n. 40, p. 49- 68. 2013.

PARREIRA, C. G.; BATISTA, V. O. Trabalho, Imigração e o Direito Internacional dos Direitos Humanos. *Direito Internacional dos Direitos Humanos*. 1ed. Florianópolis: **FUNJAB**, v. 1, p. 292-309, 2013.

PEIXOTO, S. Manual de assistência pré-natal / Sérgio Peixoto. -- 2a. ed. -- São Paulo : Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

POHLMANN, F. C.; KERBER, N. P. C.; PELZER, M. T.; DOMINGUEZ, C. C.; MINASI, J. M.; CARVALHO, V. F. Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. **Texto & Contexto Enferm.** v. 25, n.1, 2016.

POLÍCIA FEDERAL. Migração venezuelana em Roraima. Relatório. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/operacao-acolhida/documentos/dados-policia-federal-fluxo-migratorio-4-12-2018/view>

PORTELLA, E. A. A acolhida humanitária na nova lei de migração. Dissertação (Mestrado em Direito) – Centro Universitário Ritter dos Reis, Faculdade de Direito, Porto Alegre - RS, 2018.

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

RAMOS, N. **Saúde, migração e interculturalidade**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2008.

RIGHARD, L.; ALADE, M. O. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. **Lancet**. v.336, p.1105-1107. 1990. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)92579-7](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)92579-7) Acesso em: 15 Set 2021.

ROCHA, I. M. D. S.; BARBOSA, V. S. D. S.; LIMA, A. L. D. S. Fatores que influenciam a não adesão ao Programa de Pré-natal. **Revista Recien**. v. 7, n. 21, p. 21-29. 2017. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/239/326>. Acesso em 15 Set 2021.

RORAIMA. Governo do Estado de Roraima. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância Em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2018.

RUMBOLD, A.; BAILIE, R. S.; DAMIN, S.; DOWDEN, M.; KENNEDY, C.; COX, R.; O'DOMOGHUE, L.; LIDDLE, H.; KWEDZA, R.; THOMPSON, S.; BURKE, H. BROWN, A.; WEERAMANTHRI, T.; CONNORS, C. "Delivery of maternal health care in Indigenous primary care services: baseline data for an ongoing quality improvement initiative". **BMC Pregnancy & Childbirth**, v. 11, n. 2, 2011.

SANTOS, S. M. P.; RODRIGUES, J. O.; LIRA, L. C. S.; SOUZA, L. B.; SILVA, U. B. Acessibilidade ao serviço de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 21, n.1, p.01-10, 2016.

SILVA, A. H. R. E. et al. Obstetrical profile of pregnant women treated at a public hospital in the state of Ceará, Brazil, **Revista de Enfermagem da UFPI**. 2015.

SILVA, S. A. G. J.; PASSOS, J. P. Desafios e dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima: Na perspectiva da saúde do trabalhador. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2017.

SIMÕES, G. F.; SILVA, L. C.; OLIVEIRA, A. T. R. Á guisa de introdução: imigração venezuelana no Brasil. In: In: SIMÕES, G. F. (org.). **Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil**. Curitiba: CRV, 2017.

SKAGERSTRÓM, J.; CHANG, G.; NILSEN, P. Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. **J Womens Health (Larchmt)**; v.20, n.6, p. 901-913, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Avaliação e tratamento do diabetes mellitus gestacional. In: Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. DIRETRIZES SBD. Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação. 2014-2015. p. 192-197.

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

TAKEDA, S. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [dissertação] Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. State of world population. A passage to hope: women and international migration. New York: UNFPA, 2006. Disponível em: <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/650_filename_sowp06-en.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2019.

UNITED NATIONS. Sustainable Development Goals. New York: United Nations; 2015. Acesso em: <<https://sustainabledevelopment.un.org>>

UNRIC Centro regional de informações das Nações Unidas. Relatório do Secretário-Geral: “Migrações Internacionais e Desenvolvimento”, 2016.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V. da; BASTOS, M. H.; LEAL, M. C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p. 85-100, 2014.

VIVANTI, A.; VAULOUP-FELLOUS, C.; PREVOT, S.; ZUPAN, V.; SUFEE, C.; DO CAO, J.; BENACHI, A. Transplacental transmission of SARS-CoV-2 infection. **Nature Research**. 2020.

WHO – World Health Organization. International Migration, Health and Human Rights. Geneva: WHO, 2013.

WHO. World Health Organization. Q&A on coronavirus, 2020.

WHO. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM) 2015.

WIDSTRÖM, A. M.; LILJA, G.; AALTOMAA-MICHALIAS, P.; DAHLLÖF, A.; LINTULA, M. NISSEN, E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method forenabling early self-regulation. **Acta Paediatr.**; v.100, n.1, p.79-85, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x> .Acesso em 15 Set 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Código:	
Nível de escolaridade:	Idade:
0 - Não sabe ler e escrever ()	≤ 20 anos ()
1 - Alfabetizada ()	Entre 21 a 29 anos ()
2 - Fundamental incompleto ()	Entre 30 a 34 anos ()
3 - Fundamental completo ()	≥ 35 anos ()
4 - Ensino Médio incompleto ()	Renda familiar mensal:
5 - Ensino Médio completo ()	0 a 1 salário mínimo ()
6 - Superior incompleto ()	1 a 2 salários mínimos ()
7 - Superior completo ()	2 a 3 salários mínimos ()
Situação Conjugal:	3 a 4 salários mínimos ()
() Solteira () União Estável	> 4 salários mínimos ()
() Casada () Divorciada	Ocupação:
Local de moradia:	
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	
Semana de início do pré-natal:	
Número de gestações anteriores:	
Intervalo entre as gestações:	
Aborto prévio: () Sim () Não	
Intercorrências: () Infecção Urinária () Anemia () Síndromes hipertensivas () Diagnóstico de COVID-19 () Outros _____	
Cesáreas prévias:	
Intervalo entre as cesáreas:	
Tabagista: () Sim () Não	
Alcoolista: () Sim () Não	
Imunização: () Hepatite B () Tétano () Influenza	
Número de consultas pré-natal:	
Exames solicitados: 1ª Consulta ou trimestre () Hemograma	

<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea e fator Rh → <input type="checkbox"/> coombs indireto (se negativo) <input type="checkbox"/> Glicemia em jejum <input type="checkbox"/> Teste rápido de Sífilis e/ou VDRL/RPR <input type="checkbox"/> Teste rápido diagnóstico anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM e IgG <input type="checkbox"/> Sorologia para Hepatite B <input type="checkbox"/> Urocultura + urina tipo I <input type="checkbox"/> USG obstétrica <input type="checkbox"/> Citopatologia de colo de útero (se for necessário) <input type="checkbox"/> Exame de secreção vaginal (Se indicação clínica) <input type="checkbox"/> Parasitológico de fezes (Se indicação clínica)
2º Trimestre
<input type="checkbox"/> Teste de tolerância a glicose com 75 g (Se glicemia acima de 85 mg/dl e se houver fator de risco) <input type="checkbox"/> Coombs indireto (Se Rh negativo)
3º Trimestre
<input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Glicemia de jejum <input type="checkbox"/> Coombs indireto (Se Rh negativo) <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Sorologia para Hepatite B <input type="checkbox"/> Repita o exame de Toxoplasmose se o IgG for reagente <input type="checkbox"/> Urocultura + Urina tipo 1 <input type="checkbox"/> Bacterioscopia de secreção vaginal (A partir de 37 semanas)
DESFECHO DA GESTAÇÃO
Idade gestacional do parto:
Tipo de Parto: Natural <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/>
Analgesia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Intercorrências:
Durante o parto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar:.....
Durante o pós parto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar:
RN Pré-termo <input type="checkbox"/> RN a termo <input type="checkbox"/>
Nascimento: Vivo <input type="checkbox"/> Natimorto <input type="checkbox"/>
Apgar: 1º 5º Peso: Comprimento:
Contato pele a pele após nascimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Amamentação na 1ª hora de vida: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Alojamento Conjunto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Reanimação neonatal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
RN encaminhado a UTIN: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
RN diagnosticado com COVID-19: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado a participantes da pesquisa em Língua Portuguesa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Saúde materno-infantil de população migrante: Qualidade da assistência pré-natal e desfecho perinatal**” sob a responsabilidade dos pesquisadores: Brunna Caroline Brígli dos Santos e Calvino Camargo, 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:** Investigar as características do desfecho perinatal e suas relações com a qualidade do pré-natal no contexto da saúde materno-infantil em população de migrantes venezuelanas.
- 2. Sua participação nesta pesquisa será:** Permitindo o acesso dos pesquisadores aos prontuários, cartão da gestante e documentos referentes a assistência.
- 3. O principal benefício relacionado com a sua participação será:** Contribuir para o conhecimento acerca das condições de saúde de gestantes venezuelanas e compreender a correlação existente entre a qualidade do pré-natal e o desfecho perinatal e materno nesta população, de modo que seja possível realizar intervenções para qualificar a assistência à saúde da mulher migrante na gravidez e no parto.
- 4. O principal risco relacionado com a sua participação será:** A divulgação de informações que permita sua identificação, minimizados pela garantia da privacidade e confidencialidade acerca dos dados.
- 5. Serão incluídos nesta pesquisa:** puérperas venezuelanas com idade entre 18 e 50 anos, com gestação única e que apresentaram gestação de risco habitual.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e garantimos que somente o pesquisador saberá sobre sua participação.

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 do pesquisador responsável, Brunna Caroline Brígli dos Santos número (95) 99114-8767, caso tenha alguma dúvida.

Pesquisador

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

Participante da Pesquisa

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA/UFRR), Tel.: (95) 3623-5236. **Endereço eletrônico:** brunnacaroline.enf@gmail.com. **Endereço:** Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, CEP: 69.304-000. **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (CEP/UFRR).** 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) Av. Cap. Ene Garcez, 2413 – Aeroporto (Campus do Paricarana) CEP: 69.310-000 - Boa Vista – RR E-mail: coep@ufr.br (95) 3621-3112 Ramal 26.

APÉNDICE C - Término de Consentimiento Libre y Aclarado para participantes de la investigación en español

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ACLARADO

Usted está siendo invitado a participar de la investigación “**Salud maternoinfantil de la población migrante: Calidad de la atención prenatal y resultado perinatal**” bajo la responsabilidad de los investigadores: Brunna Caroline Brígliá dos Santos y Calvino Camargo, 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 el investigador.

1. **El objetivo de este estudio es:** Investigar las características del resultado perinatal y sus relaciones con la calidad de prenatal en el contexto de la salud maternoinfantil en una población de migrantes venezolanos.
2. **Su participación en esta investigación será:** Permitiendo el acceso de los investigadores a los registros médicos, tarjeta de embarazada y documentos relacionados con la asistencia.
3. **El principal beneficio relacionado con su participación será:** Contribuir al conocimiento sobre las condiciones de salud de gestantes venezolanas y comprender la correlación entre la calidad de prenatal y el resultado perinatal y materno en esta población, para que sea posible realizar intervenciones para calificar la atención de salud de la mujer migrante en embarazo y parto.
4. **El principal riesgo relacionado con su participación será:** La divulgación de información que permita su identificación, minimizada por la garantía de privacidad y confidencialidad de los datos.
5. **Serán incluidos en esta investigación:** puérperas venezolanas con edad entre 18 y 50 años, con embarazo único y que presentaron embarazo de riesgo habitual.

Las informaciones de esta investigación serán confidenciales y garantizamos que solo el investigador conocerá su participación.

Usted recibirá copia de este término con el teléfono y la dirección institucional del investigador principal y del CEP y podrá contestar tus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora o en cualquier momento. Usted podrá entrar en contacto con nosotros, siempre que lo considere necesario, a través del teléfono de la investigadora responsable, Brunna Caroline Brígliá dos Santos número (95) 99114-8767, caso tenga alguna duda.

Investigador

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

Participante de la investigación

Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud (PROCISA / UFRR), Tel.: (95) 3623-5236.
Dirección de correo electrónico: brunnacaroline.enf@gmail.com. **Dirección:** Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista - RR, CEP: 69.304-000.
Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Roraima (CEP / UFRR). Bloque de la PRPPG-UFRR, última habitación del corredor en forma de T a la izquierda (el edificio PRPPG se ubica detrás de la Rectoría y al lado de la Dirección de Administración y Recursos Humanos - DARH). Av. Cap. Ene Garcez, 2413 - Aeroporto (Campus Paricarana) CEP: 69.310-000 - Boa Vista - RR E-mail: coep@ufr.br (95) 3621-3112 Extensión 26.

APÊNDICE D – Termo de Compromisso e Utilização de Dados (TCUD) destinado ao pesquisador

TERMO DE COMPROMISSO E UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, Brunna Caroline Brígia dos Santos, aluna do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima (UFRR), no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “**Saúde materno-infantil de população migrante: qualidade da assistência pré-natal e desfecho perinatal**”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos cartões de gestante e prontuários dos RN e puérperas venezuelanas internadas no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, incluídas na pesquisa, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados, bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem à pesquisa de mestrado com o objetivo investigar as características do desfecho perinatal e suas relações com a qualidade do pré-natal no contexto da saúde materno-infantil em população de migrantes venezuelanas.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou os documentos em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos na referida pesquisa. Qualquer outra pesquisa em que se precise coletar novas informações serão submetidas à apreciação do CEP da UFRR.

Boa Vista, Roraima.

Brunna Caroline Brígia dos Santos

Brunna Caroline Brígia dos Santos
Mestranda em Ciências da Saúde/PROCISA/UFRR

APÊNDICE E – PRODUTO TÉCNICO

Como produto técnico final da dissertação foi elaborado material informativo e educativo contendo a importância e benefícios da adesão correta a consulta de pré-natal, assim como recomendações e sinais de alerta durante o ciclo gravídico para as gestantes venezuelanas atendidas na Rede Municipal, com a finalidade de repassar informações relevantes em sua língua mãe (espanhol), garantindo que de fato, a mensagem seja transmitida e compreendida.

Foi elaborado, também, relatório expositivo contendo os principais resultados da pesquisa realizada, de modo que seja possível transmitir aos órgãos e Secretarias competentes os dados de relevância para subsidiar melhorias na assistência nas políticas e protocolos destinados ao atendimento às gestantes migrantes venezuelanas no estado de Roraima.

Ao final, a dissertação será ainda, adaptada a artigo científico para publicação, enriquecendo o conteúdo migratório disponível para a comunidade científica, uma vez que este tipo de pesquisa ainda é escasso.

Material informativo e educativo para as gestantes venezuelanas.

Prenatal
CUIDADO DEL BEBÉ
COMIENZA EN EL EMBARAZO

**que exámenes
¿Lo haré en el cuidado prenatal?**

Ultrasonido gestacional:
Examen por imágenes que permite monitorear el crecimiento y desarrollo del bebé durante el embarazo, así como determinar la edad gestacional y diagnosticar posibles malformaciones.

-Prueba de paludismo:
Realizado en mujeres embarazadas porque estamos en una región endémica.

-Prueba de toxoplasmosis:
Identificar la presencia de esta enfermedad, adquirida al ingerir alimentos contaminados.

-Vacunas contra el tétanos y dtpa, hepatitis B e influenza: Vacunas que protegen a la madre y al bebé contra el tétanos, la difteria, la tos ferina, la hepatitis B y la gripe.

-Exámenes para la pareja:
Todos los hombres y mujeres que tienen una pareja en el cuidado prenatal tienen derecho a exámenes y vacunas.

Prenatal
CUIDADO DEL BEBÉ
COMIENZA EN EL EMBARAZO

Elaborado por:
Enf. Brunna Caroline Briglia dos Santos
Prof Dr. Calvino Camargo

APOIO
UFRR

PROCISA

Prenatal

CUIDADO DEL BEBÉ
COMIENZA EN EL EMBARAZO

Quando debo mirar el servicio de salud?

- Si la presión es alta;
- Si siente fuertes dolores de cabeza, visión borrosa o ve estrellitas;
- Si el bebé deja de moverse durante más de 12 horas;
- Si experimenta sangrado o pérdida de líquido de la vagina;
- Si tiene secreción oscura (marrón o negra);
- Si tiene mucha hinchazón en los pies, piernas y cara, especialmente al despertar;
- Si tiene dolor o ardor al orinar;
- Si hay sangrado, incluso sin dolor;
- Si tiene contracciones fuertes, dolorosas y frecuentes;
- En caso de fiebre, dolor de cabeza, dolor en el cuerpo, enrojecimiento de los ojos o manchas rojas en la piel.

¿Cuáles son los signos que indican que estoy en trabajo de parto?

- Si su barriga se endurece cada 5 minutos, durante 30 segundos o más, permaneciendo más de 1 hora.
- Puede perder líquido a través de la vagina (ruptura de la bolsa de agua). En este caso, aunque no sienta las contracciones, debe acudir a la sala de maternidad para ser evaluado por un profesional.

¿Cuál es la importancia de la atención prenatal?

A través de las consultas, es posible prevenir y detectar precozmente enfermedades, tanto de la madre como del bebé, como hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías, anemia y enfermedades de transmisión sexual como la sífilis, reduciendo los riesgos para ambos y permitiendo que el bebé desarrolle saludable y la mujer embarazada en este proceso. Además, debe ser el momento de hacer preguntas, hablar de tus miedos y ansiedades e intercambiar experiencias con el profesional de la salud sobre el tema.

¿Cuál es la frecuencia de las consultas prenatales?

Mensual:
Hasta la semana 28 (sexto mes de gestación)

Quincenal:
De la semana 28 a la 36 (octavo mes de gestación)

Semanalmente:
De la semana 36 a la 41 (novenno mes de gestación)

La atención prenatal debe comenzar tan pronto como la mujer descubre el embarazo, preferiblemente dentro de los primeros 3 meses y debe ser regular. El número total de consultas debe ser de al menos 6, con seguimiento intercalado entre médico y enfermera.

Que exámenes ¿Lo haré en el cuidado prenatal?

Tipo de sangre y factor de HR: para identificar su tipo de sangre.

-Hemograma: Identifica problemas como anemia, por ejemplo.

-Electroforesis de hemoglobina: identifica la anemia drepanocítica o talasemia, que son hereditarias pero tratables.

-Glucosa en sangre en ayunas: mide la cantidad de azúcar en la sangre, que puede identificar la diabetes.

-Examen de orina y urocultivo: Identifica la presencia de infección urinaria, la cual debe ser tratada en el periodo prenatal.

-Pruebas rápidas de sífilis, VIH y hepatitis: para la detección y tratamiento de estas infecciones de transmisión sexual.




Pré-Natal

O CUIDADO COM O BEBÉ
COMEÇA NA GRAVIDEZ

Quais os exames que irei fazer no pré-natal?

Ultrassonografia Gestacional:
Exame de imagem que permite acompanhar o crescimento e desenvolvimento do bebê durante a gestação, bem como determinar idade gestacional e diagnosticar possíveis malformações.

-Teste de malária:
Realizadas nas gestantes por estarmos em região endêmica.

-Exame de toxoplasmose:
Identifica a presença desta doença, adquirida pela ingestão de alimentos contaminados

-Vacinas antitetânica e dtpa, hepatite B e Influenza:
Vacinas que protegem a mãe e o bebê contra o tétano, difteria, coqueluche, hepatite B e gripe.

-Exames para o companheiro:
Todos os homens e mulheres que tem uma parceira em acompanhamento pré-natal tem direito a exames e vacinas.

Pré-Natal

O CUIDADO COM O BEBÉ
COMEÇA NA GRAVIDEZ

Elaborado por:
Enf. Brunna Caroline Briglia dos Santos
Prof Dr. Calvino Camargo





Pré-Natal

O CUIDADO COM O BEBÊ COMEÇA NA GRAVIDEZ







Quando devo procurar o serviço de saúde?

- Se a pressão estiver alta;
- Se sentir fortes dores de cabeça, com visão embaralhada ou enxergando estrelinhas;
- Se o bebê parar de se mexer por mais de 12 horas;
- Se tiver sangramento ou perda de líquido pela vagina;
- Se tiver corrimento escuro (marrom ou preto);
- Se apresentar muito inchaço nos pés, nas pernas e no rosto, principalmente ao acordar;
- Se tiver dor ou ardor ao urinar;
- Se houver sangramento, mesmo sem dor;
- Se tiver contrações fortes, dolorosas e frequentes;
- Em caso de febre, dor de cabeça, dor no corpo, vermelhidão nos olhos ou manchas vermelhas na pele.

Quais os sinais que indicam que estou em trabalho de parto?

- Se a sua barriga endurecer a cada 5 minutos, por 30 segundos ou mais, permanecendo por mais de 1 hora.
- Você pode perder líquido pela vagina (Rompimento da bolsa das águas). Neste caso, mesmo que não sinta as contrações, você deverá ir para a maternidade ser avaliada por um profissional.

Qual a importância do acompanhamento Pré-natal?

Através das consultas é possível prevenir e detectar precocemente doenças, tanto da mãe quanto do bebê, como pressão alta, diabetes, doenças do coração, anemias e doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis, reduzindo os riscos para ambos e permitindo o desenvolvimento saudável do bebê e da gestante neste processo. Além disso, deve ser o momento de tirar dúvidas, falar de seus medos e ansiedades e trocar experiências com o profissional de saúde sobre o assunto.

Qual a frequência das consultas de pré-natal?

Mensalmente:
Até 28ª semana (6º mês gestacional)

Quinzenalmente:
Da 28ª até a 36ª semana (8º mês gestacional)

Semanalmente:
Da 36ª até a 41ª semana (9º mês gestacional)

O acompanhamento pré-natal deve iniciar assim que a mulher descobre a gestação, preferencialmente nos primeiros 3 meses e deve ser regular.

O total de consultas deve ser no mínimo 6, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro.

Quais os exames que irei fazer no pré-natal?

Tipagem sanguínea e Fator RH: Para identificar seu tipo de sangue.

-Hemograma: Identifica problemas como, anemias, por exemplo.

-Eletroforese de hemoglobina: Identifica doença falciforme ou talassemia, que são hereditárias, porém são tratáveis.

-Glicemia de jejum: Mede a quantidade de açúcar no sangue, podendo identificar a diabetes.

-Exame de urina e urocultura: Identifica presença de infecção urinária, que deve ser tratada no pré-natal.

-Testes rápidos de sífilis, HIV e hepatites: Para detecção e tratamento dessas infecções sexualmente transmissíveis.

1. TRIMESTRE 2. TRIMESTRE 3. TRIMESTRE NASCER



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

BRUNNA CAROLINE BRÍGLIA DOS SANTOS

RELATÓRIO TÉCNICO EXPOSITIVO

**SAÚDE MATERNO-INFANTIL DE POPULAÇÃO MIGRANTE VENEZUELANA:
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DESFECHO PERINATAL**

BOA VISTA, RR

2021

Organização: Universidade Federal de Roraima (UFRR)

Discente: Brunna Caroline Brígia dos Santos

Docente Orientador: Dr. Calvino Camargo

Dissertação Vinculada: SAÚDE MATERNO-INFANTIL DE POPULAÇÃO MIGRANTE VENEZUELANA: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DESFECHO PERINATAL.

Data da defesa: 30/09/2021

Setor beneficiado com o projeto de pesquisa realizado no âmbito do programa de mestrado: Atenção Primária do município de Boa Vista – RR e Atenção Hospitalar no pré-parto, parto e puerpério.

Classificação: Produção com médio teor inovativo (combinação de conhecimentos pré-estabelecidos).

✓ **Conexão com a pesquisa**

Projeto de pesquisa: O produto é resultado do trabalho realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) vinculado à UFRR.

Linha de pesquisa vinculada a produção: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde.

Justificativa para elaboração do produto: A pesquisa teve como finalidade a elaboração de um relatório técnico expositivo, o qual demonstra os principais resultados encontrados no estudo, com objetivo de expor diagnóstico situacional e perfil dos migrantes venezuelanos atendidos no pré-natal, identificando situações de fragilidades e dificuldades na atenção pré-natal dispensada a estas mulheres. Este produto técnico encontra-se amparado na justificativa de, ao ser exposto, produzir maior impacto no direcionamento ou redirecionamento de ações e práticas profissionais relacionadas a assistência a saúde da mulher migrante em período gestacional, seja na elaboração de protocolos diretivos ou readequações de condutas profissionais por meio de capacitações e/ou reciclagens de ações que sejam mais efetivas e baseadas em pesquisas científicas que mostram a situação real e suas consequências.

Aplicabilidade da produção técnica/tecnológica: Espera-se que o relatório expositivo contribua para o conhecimento acerca do perfil assistencial ofertado a mulheres migrantes venezuelanas com gestação em curso no estado de Roraima, promovendo dessa forma, novo olhar sobre essa população e suas necessidades de saúde no período gestacional. Com isso, a gestão estará munida de subsídios para planejamento de ações de combate a inadequações nas consultas de pré-natal, que podem resultar em desfechos perinatais desfavoráveis para o binômio mãe-recém nascido.

Descrição da abrangência realizada: Este produto será encaminhado a gestão da atenção primária dos municípios de Roraima.

Descrição da abrangência potencial: A expectativa é de que após a entrega do relatório técnico aos gestores da atenção primária, os resultados gerados com a pesquisa sejam norteadores para futuras capacitações, protocolos assistenciais e novas medidas de abrangência pré-natal para gestantes venezuelanas nos municípios, gerando assim, efeito positivo sobre a qualidade dos atendimentos as gestantes migrantes.

1 APRESENTAÇÃO

O presente relatório é resultado do estudo intitulado “Saúde materno-infantil de população migrante venezuelana: qualidade da assistência pré-natal e desfecho perinatal”, dissertação de mestrado, que obteve como objetivo geral: investigar as características do desfecho perinatal e suas relações com a qualidade do pré-natal no contexto da saúde materno-infantil em população de migrantes venezuelanas, e como objetivos específicos: caracterizar as condições de saúde durante o pré-natal e desfecho perinatal de mulheres venezuelanas e correlacionar descritivamente características sociodemográficas, variáveis do pré-natal e condições de saúde no desfecho perinatal da referida população, para que assim fosse possível fazer um comparativo entre os fatores. A justificativa do estudo está ancorada na expressividade numérica de migrantes que tem sido uma constante no estado de Roraima, visto que nos últimos anos, a população venezuelana iniciou um êxodo em massa para além das fronteiras da Região Norte do Brasil, buscando alento para a grave conjuntura política e econômica que seu país de origem tem enfrentado. Instalou-se, com isso, o desafio de recepcionar os migrantes por meio da implementação de ações públicas emergenciais, permeado por dificuldades culturais inerentes. O presente processo migratório se traduz, de 2013 a 2019, quantitativamente em 176.136 migrantes venezuelanos, cuja entrada no Brasil foi regularizada através de pedidos de refúgio e pedidos de residência, o que gerou sobrecarga significativa para todos os serviços

públicos, em especial para a saúde, com o aparecimento de epidemias e aumento da demanda nas unidades. Neste cenário, o Ministério da Saúde, em 2017, demonstra que houve 9.340 atendimentos hospitalares de venezuelanos, que representou um aumento de 216% se comparado ao ano de 2015. O serviço de atendimento à saúde materno-infantil foi um exemplo nítido de aumento da demanda, em que até setembro de 2018 contabilizaram 1.024 partos de venezuelanas na rede pública de saúde do estado de Roraima. Desta forma, entende-se a necessidade de atenção especial a ser ofertada a mulheres venezuelanas em situação de migração e/ou refúgio no período gravídico-puerperal, uma vez que há grande probabilidade de encontrarem-se em estado de vulnerabilidade e fragilidade tanto psicológica, quanto física, considerando que o seu país de origem tem oferecido acompanhamento de saúde insatisfatórios, o que pode repercutir negativamente na situação de saúde da mãe e do feto.

2 METODOLOGIA

A pesquisa teve como trajetória metodológica um estudo documental do tipo descritivo, analítico e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth, unidade hospitalar pública que oferece serviços de referência para a população materno-infantil no estado. Participaram do estudo puérperas venezuelanas com idade entre 18 e 50 anos, com gestação única e que apresentaram gestação de risco habitual, totalizando 272 participantes. A ferramenta utilizada para coletar as informações foram prontuários da mãe e do RN e cartão das gestantes (no caso de gestantes que possuem pré-natal) internadas nos setores pós-parto da maternidade. Posteriormente, dados foram tabulados e analisadas através de procedimentos de estatística descritiva, a partir do cálculo de frequências relativas e absolutas e através de análises inferenciais com testes estatísticos específicos.

Considerando as literaturas normativas, as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para o Pré-natal, que inclui os Indicadores de Processo do Programa de Humanização do Pré-natal (2000), associado ao índice de Kessner modificado por Takeda (1993), determinouse critérios para a classificação da Assistência às gestantes neste período como:

- **Adequada:** Pré-natal com seis ou mais consultas, início no primeiro trimestre, pelo menos um registro dos exames Hb/Ht e ABO/Rh e dois registros de VDRL, Urina tipo I e glicemia de jejum e dose imunizante da vacina antitetânica.
- **Inadequada:** Pré-natal com menos de três consultas ou com início após 28 semanas de gestação, ou nenhum registro de exame.
- **Intermediária:** Demais situações.

3 RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico

- Maior concentração de participantes na idade que compreende de 21 a 29 anos (n= 167), representando 61,4% da amostra, seguido da idade até 20 anos (n=53), com 19,5%.
- Com relação a escolaridade, foi predominante as puérperas que possuíam o Ensino Médio Completo (n=152), com 55,9% da amostra.
- A situação conjugal solteira foi expressiva entre as participantes, com 80,9% (n=220).
- As puérperas venezuelanas têm como ocupação predominante o trabalho do lar (n=240) com 88,2%, e as demais participantes, que representam 11,8% (n=32) possuem empregos fora de casa, tal como atendentes, administradoras, autônomas, comerciantes, vendedoras, garçonetes.
- A amostra de 241 participantes (88,6%) reside em Boa Vista, capital do estado, sendo os bairros predominantes 13 de Setembro (n=18; 6,6%), Senador Hélio Campos (n=18; 6,6%), Caranã (n=16; 5,9%), Silvio Leite (n=13; 4,8%), Cidade Satélite (n=11; 4,0%). Um percentual de 11,4% (n=31) das puérperas reside em outros municípios e se deslocou até a capital para o parto, dentre eles, Pacaraima, Cantá, Caracarái, Iracema, Mucajaí, Normandia, Uiramutã, São João do Anauá e Rorainópolis.
- A renda mensal de 0 a 1 salário mínimo foi uma realidade encontrada na maioria dos casos, representando 84,9% da amostra (n=231), seguida de 1 a 2 salários mínimos que representa 12,5% (n= 34).

Assistência pré-natal

- 7,4% (n= 20) das puérperas tiveram assistência pré-natal considerada adequada conforme critérios normativos do Ministério da Saúde, 30,1% das venezuelanas (n=82) apresentaram pré-natal inadequado, e 170 puérperas (62,5%) tiveram pré-natal intermediário. Determinada esta classificação, as demais variáveis de desfecho e sociodemográficas puderam ser comparadas com a adequação da assistência pré-natal.
- A variável escolaridade, cuja maioria das puérperas apresentou ensino médio completo (n=152; 55,9%) apresentou-se significativa à realização de teste estatístico (p valor < 0,05), o qual pôde-se inferir que o nível de escolaridade teve influência sobre os critérios que definiram um pré-natal adequado, inadequado ou intermediário. Comparando-se

dois grupos por vez, a escolaridade obteve maior influência sobre a assistência pré-natal inadequada, quando comparada a assistência adequada (p- valor > 0,05). E a variável escolaridade apresentou maior significância na assistência pré-natal intermediária quando comparada a assistência adequada (p- valor > 0,05).

- A variável do início do Pré-natal revelou que 52,6% (n= 143) da amostra das participantes iniciaram até o 3º mês, 44,9% (n=122) das gestantes venezuelanas iniciaram do 4º mês gestacional até o 9º mês, período classificado como tardio, e 2,6% (n=7) não tiveram nenhuma consulta de pré-natal registrada.
- Sobre o quantitativo de consultas de pré-natal, obteve-se 57,7% (n=157) de puérperas que tiveram 6 consultas ou mais e 42,3% (n=115) que tiveram menos de 6 consultas.
- O número de gestações prévias predominante foi 1, representando 32% da amostra (n=87), seguido de 0 (23,2%; n = 63), e 2 (22,1%; n = 60).
- Acerca do intervalo de gestações, a pesquisa revelou que 19,1% (n=52) puérperas possuem intervalo interpartal menor que 2 anos, e 21,7% (n=59) mulheres possui histórico obstétrico de aborto na vida.
- Durante as consultas de pré-natal são diagnosticadas condições que podem gerar riscos para gestante e para o feto. Revelando quantidade significativa dos casos, a infecção urinária esteve presente na gestação de 134 gestantes venezuelanas do estudo (49,3%), seguidas de síndromes hipertensivas com 50 puérperas (18,4%), Diabetes gestacional, representada por 34 gestantes (12,5%) e sífilis, com 20 casos dentre a amostra do estudo (7,4%).
- O quantitativo de cesáreas prévias encontrados foi de 192 puérperas (70,6%) com nenhuma cesárea, 52 puérperas com 1 cesárea (19,1%), 21 puérperas com 2 cesáreas anteriores (7,7%). E encontrou-se 14 puérperas (5,1%) com intervalo entre cesáreas menor que 2 anos, que caracteriza maior risco gestacional e no parto.
- O tabagismo e o alcoolismo foram hábitos mensurados na pesquisa, e encontrou-se 17 venezuelanas (6,3%) com hábitos tabagistas e 40 (14,7%) venezuelanas que ingerem bebidas alcoólicas.
- Acerca da imunização da gestante durante o pré-natal, um total de 51 puérperas (18,8%) não tem registro vacinal de Hepatite B, 52 (19,1%) não possui registro de imunização contra Tétano e 82 (30%) não possuem a vacina Influenza.

Desfechos perinatais

- Um total de 82 participantes da pesquisa tiveram intercorrências durante o parto, representando 30,1% das venezuelanas. Dentre estas intercorrências, as mais prevalentes foram: Circular de cordão (n = 4; 4%); Extração difícil de feto (n = 7; 2,6%); Hipertensão (n = 6; 2,2%) e Mecônio (n=35; 12,9%). Apesar de intercorrências durante o pós-parto, 114 venezuelanas (41,9%) obtiveram desfechos como: Reanimação neonatal, com ênfase ao estímulo tátil (n=51; 18,8%), Fototerapia no Recém-nascido (n = 22; 8,1%); Desconforto Respiratório (n=18; 6,6%); Hipotonia/ 45 Hipoatividade (n=9; 3,3%); Hipoglicemia (n= 9; 3,3%) e infecções materna e neonatal (n=15, 5,5%).
- Na análise de relação entre os desfechos citados e a qualidade da assistência pré-natal foi identificada significância nos desfechos Desconforto Respiratório (p- valor < 0,05), Internação em UTI neonatal (p- valor < 0,05) e Reanimação neonatal, com ênfase em estímulo tátil (p- valor < 0,05). Sendo assim, a assistência pré-natal teve relação direta nos casos de Desconforto respiratório e gemência em recém-nascidos, em internações na UTI e na necessidade de reanimação neonatal.

4 RECOMENDAÇÕES

Diante dos dados encontrados, percebeu-se a necessidade de melhoria na adequação do pré-natal das mulheres venezuelanas, visto que se encontrou baixo percentual de atendimentos pré-natais adequados, refletindo negativamente no desfecho gestacional (internação em UTI neonatal, a exemplo do encontrado na pesquisa).

Sugere-se treinamentos, capacitações e reciclagem frequentes dos profissionais da Atenção Básica responsáveis pela condução do pré-natal, reiterando a importância do registro adequado na caderneta da gestante, uma vez que este é o documento que deve constar toda a história obstétrica atual e pregressa da gestante, incluindo exames e condutas dos profissionais pré-natalistas.

Recomenda-se a realização de busca ativa pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família a estas gestantes venezuelanas, sejam elas residentes em abrigos ou residências próprias, considerando que 42,3% das gestantes obtiveram menos de 6 consultas de pré-natal, aumentando dessa forma, o acesso dessa população as consultas.

A educação em saúde realizada pelos profissionais da Atenção Básica, também possui importante valor concernentes a imunização na gestação, hábitos alimentares saudáveis que

mitigam a probabilidade de diabetes e hipertensão, os riscos de hábitos como alcoolismo e tabagismo, além de casos de Infecções sexualmente transmissíveis que podem acometer o feto através de transmissão vertical, como a sífilis, encontrada no estudo. Além disso, a exposição de opções quanto ao planejamento familiar, que inclui aconselhamento sobre métodos contraceptivos.

Ressalta-se a barreira linguística como importante fator gerador de dificuldade na comunicação com as gestantes venezuelanas durante o pré-natal, sugere-se, portanto, a aquisição de materiais educativos na língua espanhola que aborde as informações-chaves acerca dos cuidados pré-natais, além de oferta de curso básico de espanhol aos profissionais das unidades, para fornecer base linguística para comunicação efetiva.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, os resultados encontrados vieram trazer importante contribuição para a saúde coletiva, reiterando o caráter interdisciplinar da assistência pré-natal e a necessidade de fortalecimento das práticas relacionadas ao público estudado. Além disso, trouxe subsídios para a tomada de decisão baseada em ciência e evidências para o cuidado com migrantes no estado de Roraima, incentivando as atividades que promovam o engajamento de venezuelanas gestantes no acompanhamento de pré-natal, a compreensão da importância do início precoce e adesão as consultas, dando-lhes autonomia e educando-as acerca de saúde reprodutiva e sexual, além de planejamento familiar. Dessa forma, as taxas de desfechos neonatais e perinatais negativos terão redução significativa.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MATERNO-INFANTIL DE POPULAÇÃO MIGRANTE: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DESFECHO PERINATAL.

Pesquisador: BRUNNA CAROLINE BRIGLIA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34964820.6.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.306.389

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

SAÚDE MATERNO-INFANTIL DE POPULAÇÃO MIGRANTE: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DESFECHO PERINATAL.

Pesquisador responsável:

BRUNNA CAROLINE BRIGLIA DOS SANTOS

Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq)

Grande Área 4. Ciências da Saúde

Propósito Principal do Estudo (OMS)

Supportive Care - Cuidados de enfermagem para prevenir, controlar e aliviar condições clínicas do paciente

Desenho:

A pesquisa tem como trajetória metodológica um estudo documental do tipo descritivo, analítico e retrospectivo, de abordagem quantitativa.

Resumo:

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:** coop@ufr.br

Continuação do Parecer: 4.306.389

A expressividade numérica de migrantes tem sido uma constante no estado de Roraima, visto que nos últimos anos, a população venezuelana iniciou um êxodo em massa para além das fronteiras da Região Norte do Brasil, buscando alento para a grave crise política e econômica que seu país de origem tem enfrentado. O serviço de atendimento à saúde materno-infantil foi um exemplo nítido de aumento da demanda, em que até setembro de 2018 contabilizam 1.024 partos de venezuelanas na rede pública de saúde do estado de Roraima no ano de 2018. Com isso, compreende-se a necessidade de atenção especial a ser ofertada a mulheres venezuelanas em situação de migração e/ou refúgio no período gravídico- puerperal, uma vez que há grande probabilidade de encontrarem-se em estado de vulnerabilidade e fragilidade tanto psicológica, quanto física, considerando que o seu país de origem não ofereceu acompanhamento adequado de saúde, o que pode repercutir negativamente na situação de saúde da mãe e do feto. Sabendo disto, a presente pesquisa buscará investigar as características do desfecho perinatal e suas relações com a qualidade do pré-natal no contexto da saúde materno-infantil em população de migrantes venezuelanas. A pesquisa tem como trajetória metodológica um estudo documental do tipo descritivo, analítico e retrospectivo, de abordagem quantitativa. O estudo será realizado nos setores de internação pós-parto do hospital de referência para a população materno-infantil, situado em Boa Vista- RR. A população do estudo serão puérperas venezuelanas com idade entre 18 e 50 anos, com gestação única e que apresentaram gestação de risco habitual. Os critérios de exclusão serão puérperas indígenas, gestação gemelar e prontuários e/ou cartão da gestante que não possuam as informações pertinentes para a pesquisa. Conforme cálculo amostral realizado no Programa Epi Info versão 7.2.3.1, que considerou margem de erro aceitável de 5% e nível de confiança 95% será composta por 272 participantes, que serão divididos em dois grupos: 1) 136 puérperas venezuelanas contendo no mínimo 6 consultas de pré-natal; e 2) 136 puérperas venezuelanas sem o acompanhamento pré-natal devido ou a ausência deste. A Coleta de dados acontecerá entre agosto e dezembro de 2020 e a ferramenta utilizada para coletar as informações serão prontuários e cartão das gestantes internadas no pós-parto da maternidade. Será construído um formulário com campos específicos para a coleta de dados, contendo variáveis sociodemográficas, referentes ao pré-natal e ao desfecho perinatal. Os dados serão tabulados em planilhas no Programa Microsoft Excel®, separados em tipos de variáveis, conforme forem sendo coletados e estas serão analisadas através de procedimentos de estatística descritiva e análises inferenciais. Em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, será disponibilizado, para assinatura em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destinado as

Endereço: Av. Cap. Ene Garozz, 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:** coop@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.306.389

participantes. Este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (CEP- UFRR).

Introdução:

O processo migratório encontra-se, atualmente, entre os maiores desafios enfrentados pelo Brasil, cujo tema tem sido debatido em âmbito global, justificado pela crescente dinâmica dos fluxos migratórios, que promovem o surgimento de demandas emergenciais a serem resolvidas (BÓGUS; FABIANO, 2015; IOM, 2009). A expressividade numérica de migrantes tem sido uma constante no estado de Roraima, visto que nos últimos anos, a

população venezuelana iniciou um êxodo em massa para além das fronteiras da Região Norte do Brasil, buscando alento para a grave crise política e econômica que seu país de origem tem enfrentado. Instalou-se, com isso, o desafio de recepcionar os migrantes por meio da implementação de ações públicas emergenciais, permeado por dificuldades culturais inerentes (SIMÕES et al., 2017). O presente processo migratório se traduz, de 2013 a 2019, quantitativamente em 176.136 migrantes venezuelanos, cuja entrada no Brasil foi regularizada através de pedidos de refúgio e pedidos de residência (FGV, 2020), o que gerou sobrecarga significativa para todos os serviços públicos, em especial para a saúde, com o aparecimento de epidemias e aumento da demanda nas unidades (BRASIL, 2018b). Neste cenário, o Ministério da Saúde, em 2017, demonstra que houve 9.340 atendimentos hospitalares de venezuelanos, que representou um aumento de 216% se comparado ao ano de 2015 (BRASIL, 2018a). O serviço de atendimento à saúde materno-infantil foi um exemplo nítido de aumento da demanda, em que até setembro de 2018 contabilizaram 1.024 partos de

venezuelanas na rede pública de saúde do estado de Roraima (RORAIMA, 2018). Considerando este contexto, importante salientar o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, que acrescenta como um de seus princípios que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2002), traduzindo-se na atenção pré-natal. Este acompanhamento consiste no suporte, orientação e educação destinados a mulheres acerca do período gestacional, assim como apoio psicológico, exames com finalidades diagnósticas, rastreamento e prevenção de complicações maternas no momento do parto e desfechos neonatais desfavoráveis (POHLMANN et al., 2016; BRASIL, 2012a). Peixoto (2014) caracteriza a assistência pré-natal como sendo um conjunto de medidas médicas, que envolvem questões sociais, psicológicas e cuidados gerais que

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:** coop@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.306.389

possuem o objetivo de fornecer à gestante o desenvolvimento saudável da gravidez. Ademais, este acompanhamento representa relevante papel na prevenção e detecção precoce de afecções maternas e fetais, o que permite crescimento saudável do feto e mitigação de riscos para a gestante. Este atendimento torna oportuna a abordagem da história de vida, sentimentos, ansiedades, medos e desejos da mulher, uma vez que se trata de momento de intensas mudanças, descobertas e aprendizado. Com isto, é essencial que os profissionais de saúde invistam em estratégias de educação em saúde acerca de todo o universo de uma gestação, aproveitando para inserir o pai ou parceiro e a família, caso este seja o desejo da mulher (BRASIL, 2018b). Desta forma, entende-se a necessidade de atenção especial a ser ofertada a mulheres venezuelanas em situação de migração e/ou refúgio no período gravídico-puerperal, uma vez que há grande probabilidade de encontrarem-se em estado de vulnerabilidade e fragilidade tanto psicológica, quanto física, considerando que o seu país de origem não ofereceu acompanhamento adequado de saúde, o que pode repercutir negativamente na situação de saúde da mãe e do feto (RAMOS, 2008; UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2006; OLIVEIRA; BRITO JUNIOR; RIBEIRO, 2017). Sabendo disto, a presente pesquisa buscará investigar as características do desfecho perinatal e as relações com a qualidade do pré-natal no contexto da saúde materno-infantil em população de migrantes venezuelanas.

Hipótese:

Emergiu-se, desta forma, duas hipóteses: H1: A qualidade da atenção pré-natal em migrantes venezuelanas está diretamente relacionada com a saúde materno-infantil no desfecho perinatal. H0: A qualidade da atenção pré-natal em migrantes venezuelanas não tem relação formal com a saúde materno-infantil no desfecho perinatal.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo documental do tipo descritivo, analítico e retrospectivo, de abordagem quantitativa. A pesquisa será desenvolvida no Hospital Materno-infantil Nossa Senhora de Nazareth, localizado no Município de Boa Vista, Roraima. A população do estudo serão puérperas venezuelanas com idade entre 18 e 50 anos, com gestação única e que apresentaram gestação de risco habitual. Os critérios de exclusão serão puérperas indígenas, gestação gemelar e prontuários e/ou cartão da gestante que não possuam as informações pertinentes para a pesquisa. Realizou-se um cálculo amostral, considerou-se, para o cálculo, dois capítulos da Classificação

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:** coop@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.306.389

Internacional de Doenças (CID-10) referente às internações do ano de 2019 constantes no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN). Os capítulos, que são concernentes a desfechos perinatais negativos reflexos da assistência pré-natal, são o de número XVI, denominado "Algumas afecções originadas no período perinatal" e o de número

XV, denominado "Gravidez, parto e puerpério", subtraindo do valor total a taxa das hemorragias e parto único espontâneo que estão contidas no último capítulo citado. Desta forma, a amostra da presente pesquisa, conforme cálculo amostral realizado no Programa Epi Info versão 7.2.3.1, que considerou margem de erro aceitável de 5% e nível de confiança 95% será de 272 participantes. Sendo assim, a pesquisa será composta por dois grupos de estudo, conforme segue: Grupo 1: 136 puérperas venezuelanas contendo no mínimo 6 consultas de pré-natal. Grupo 2: 136 puérperas

venezuelanas sem o acompanhamento pré-natal devido, o que inclui acompanhamento incompleto (inferior a 6 consultas) ou a ausência deste. A Coleta de dados acontecerá entre Outubro de 2020 e Janeiro de 2021 e a ferramenta utilizada para coletar as informações serão prontuários da mãe e do RN e cartão das gestantes (no caso de gestantes que possuem pré-natal) internadas no pós-parto da maternidade. Será construído um formulário com campos específicos para a coleta de dados, sendo eles a codificação das fichas e as informações a serem coletadas, constituídas pelas variáveis sociodemográficas, variáveis do pré-natal e variáveis de desfecho perinatal. Os dados serão tabulados em planilhas no Programa Microsoft Excel®, separados em tipos de variáveis, tomando como base as seguintes categorias: a) características sociodemográficas; b) condições de saúde no desfecho perinatal, considerando a população que obteve consultas regulares de pré-natal e a população que não aderiu adequadamente às consultas e; c) condições de saúde no processo de pré-natal. Estas serão analisadas através de procedimentos de estatística descritiva, a partir do cálculo de frequências relativas e absolutas, assim como medidas de tendência central e dispersão, seguida por análises inferenciais com testes estatísticos específicos aplicados às variáveis categóricas e quantitativas da pesquisa. A apresentação dos dados será realizada através de tabelas e gráficos para melhor visualização dos resultados. Será disponibilizado, para assinatura em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destinado às participantes. Ressalta-se que o presente termo estará devidamente traduzido para o espanhol, sendo uma via pertencente a participante, e a outra ao pesquisador responsável. No momento da assinatura do termo será explicada a natureza da pesquisa, objetivos, metodologia e benefícios, assim como será elucidada todas as dúvidas que porventura possam surgir. O pesquisador assume o compromisso de manter o sigilo dos dados coletados, assim como a privacidade do conteúdo das fontes de informações da pesquisa, destinando-as somente para as

Endereço: Av. Cap. Ene Garozz, 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:** coop@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.306.389

finalidades propostas pelo estudo. Sendo assim, o responsável assinará o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).(maiores informações, vide Projeto de Pesquisa original anexo).

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão tabulados em planilhas no Programa Microsoft Excel®, separados em tipos de variáveis, tomando como base as seguintes categorias: a) características sociodemográficas; b) condições de saúde no desfecho perinatal, considerando a população que obteve consultas regulares de pré-natal e a população que não aderiu adequadamente às consultas e; c) condições de saúde no processo de pré-natal. Estas serão analisadas através de procedimentos de estatística descritiva, a partir do cálculo de frequências relativas e absolutas, assim como medidas de tendência central (média, mediana e moda) e dispersão (desvio padrão), seguida por análises inferenciais com testes estatísticos específicos aplicados às variáveis categóricas e quantitativas da pesquisa. A apresentação dos dados será realizada através de tabelas e gráficos para melhor visualização dos resultados.

Desfecho Primário:

Fornecer evidências científicas acerca do assunto, contribuir para a melhoria da assistência à saúde da migrante venezuelana inserida no sistema brasileiro de saúde, principalmente no que se relaciona a este momento de dupla transição na vida da mulher, a maternidade e a migração para outro país.

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Sim

Detalhamento:

Para a coleta nos prontuários será construído um formulário com campos específicos para a coleta de dados, sendo eles a codificação das fichas e as informações a serem coletadas, constituídas pelas variáveis sociodemográficas: idade, situação conjugal, nível de escolaridade, renda familiar mensal e ocupação e local de moradia; variáveis do pré-natal: semana de início do pré-natal, número de gestações anteriores, intervalo entre as gestações, aborto prévio, intercorrências, quantidade de cesáreas prévias, intervalo entre as cesáreas, tabagista, alcoolista, imunização, número de consultas pré-natal, exames solicitados a cada semestre e alterações de exames e condutas

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:** ceep@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.306.389

perante resultados alterados; e variáveis de desfecho perinatal: idade gestacional do parto, tipo de parto, analgesia, intercorrência durante o parto e no pós-parto, prematuridade, índice de apgar, adequação entre peso e idade gestacional, natimortalidade, macrossomia, reanimação neonatal, contato pele-a-pele, amamentação na 1ª hora de vida, internação no Alojamento Conjunto, e se foi encaminhado a Unidade Neonatal.

Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa:

272

O Estudo é Multicêntrico no Brasil?

Não

Propõe dispensa do TCLE?

Não

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco?

Não

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as características do desfecho perinatal e suas relações com a qualidade do pré-natal no contexto da saúde materno-infantil em população de migrantes venezuelanas.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as condições de saúde durante o pré-natal de mulheres venezuelanas;
- Caracterizar as condições de saúde de mulheres venezuelanas, no desfecho perinatal;
- Descrever e correlacionar características sociodemográficas, variáveis do pré-natal e condições de saúde no desfecho perinatal da referida população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.306.389

Os riscos inerentes a esta pesquisa são mínimos, sendo eles a estigmatização, ou seja, a divulgação de informações que permitam identificar o participante do estudo, assim como a exposição de dados confidenciais deste. Entretanto, no intuito de atenuá-los, será assegurada a privacidade e confidencialidade das informações coletadas, garantindo que estas não sejam utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou comunidades.

Benefícios:

A respeito dos benefícios, o presente estudo permitirá investigar o desfecho perinatal de mulheres venezuelanas e compreender a sua correlação com a qualidade do pré-natal no contexto de saúde materno-infantil desta população específica, de modo que seja possível realizar intervenções baseadas em evidências científicas, a fim de contribuir para a qualificação da assistência à saúde da mulher migrante no ciclo gravídico-puerperal no estado de Roraima.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa desenvolvido para a elaboração da Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima – UFRR. Área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. Linha de pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Vide conclusões ou pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência indicada foi atendida, sendo então, anexada a Carta de Pendência e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em espanhol.

Recomenda-se a aprovação do protocolo de pesquisa, pois não foram observados óbices éticos.

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_P ROJETO_1562825.pdf	23/08/2020 12:15:57		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:** coop@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.306.389

Cronograma	CRONOGRAMA_mestrado.pdf	23/08/2020 11:58:03	BRUNNA CAROLINE BRIGLIA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_dissertacao.pdf	23/08/2020 11:54:17	BRUNNA CAROLINE BRIGLIA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_espanhol.pdf	23/08/2020 11:28:05	BRUNNA CAROLINE BRIGLIA DOS SANTOS	Aceito
Outros	carta_pendencias.pdf	23/08/2020 11:22:11	BRUNNA CAROLINE BRIGLIA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Brunna.pdf	25/06/2020 10:23:22	BRUNNA CAROLINE BRIGLIA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD_mestrado.pdf	20/06/2020 20:11:20	BRUNNA CAROLINE BRIGLIA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_mestrado.pdf	20/06/2020 20:04:28	BRUNNA CAROLINE BRIGLIA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_mestrado.pdf	20/06/2020 19:58:08	BRUNNA CAROLINE BRIGLIA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	20/06/2020 17:44:18	BRUNNA CAROLINE BRIGLIA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 29 de Setembro de 2020

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@ufrr.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.



CARTA DE ANUÊNCIA Nº 06/2020– DEP / HIMINSN

Boa Vista, 16 / 06 / 2020

À (o) Coordenadora (o) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Prezada (o) Senhora (o)

Eu, **Raíssa Maria Sampaio Rodrigues**, DECLARO, com base na Resolução nº 466/CNS/MS, de 12 de dezembro de 2012, e demais instrumentos complementares, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado "**Saúde Materno-Infantil de população migrante: qualidade da assistência pré-natal e desfecho perinatal**", sob a responsabilidade da pesquisadora **Bruna Caroline Briglia dos Santos e Calvino Camargo**, que o(a) **Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth** apresenta infraestrutura necessária para a realização da pesquisa e que o(s) pesquisador (es) acima citado(s) está(ão) autorizado(s) a utilizá-la. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas desta direção.

De acordo e ciente,

Raíssa Maria Sampaio Rodrigues
Diretora de Ensino e Pesquisa - DEP
103452/06-D CRBIO-06
Decreto Nº 240-P

Raíssa M. Sampaio Rodrigues
Diretora de Ensino e Pesquisa no HMI
CRBIO 103452/06-D
Decreto 240-P de 08.02.2019

HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARETH
Rua Presidente Costa e Silva nº1100 | Bairro São Francisco
Boa Vista | Roraima | Brasil | CEP 69.306-115 | (095) 4009-4920

