

Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso

Delma Riane Rebouças Batista ¹
Silvia Angela Gugelmin ²
Ana Paula Muraro ³

^{1,2} Departamento de Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil.

³ Programa de Pós-graduação em Nutrição, Alimentos e Metabolismo. Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil. Av. Fernando Correa da Costa, 2367. Boa Esperança. Cuiabá, MT, Brasil. CEP: 78.060-900. E-mail: muraroap@gmail.com

Resumo

Objetivos: analisar o acompanhamento pré-natal realizado pelas gestantes haitianas e brasileiras residentes no estado de Mato Grosso.

Métodos: estudo transversal de base secundária, com análise de registros de nascimento do SINASC em Mato Grosso entre 2013 e 2015, de crianças brasileiras, filhos de mães brasileiras e de mães de nacionalidade haitiana. Foram avaliadas variáveis relativas à identificação do recém-nascido e da mulher, dados maternos sobre histórico gestacional, incluindo informações sobre o acompanhamento pré-natal da última gestação, além das características do parto.

Resultados: foram registrados 167.820 nascidos vivos no estado no período avaliado, sendo 139 (0,08%) filhos de mulheres haitianas. As mães haitianas apresentaram faixa etária mais elevada, contudo, com menor escolaridade quando comparadas as mães brasileiras. Foi menor a proporção de mães de nacionalidade haitianas que tiveram pelo menos 6 consultas pré-natais e maior a proporção de partos vaginais, quando comparadas às brasileiras. Também foi maior a prevalência de baixo peso ao nascer entre os nascidos vivos de mães haitianas.

Conclusões: os resultados deste estudo apontam para a necessidade de compreensão destas diferenças, pois alguns indicadores distanciaram-se do preconizado pela OMS. Esses achados podem contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para esta população.

Palavras-chave *Emigração e Imigração, Cuidado pré-natal, Parto, Políticas, planejamento e administração em saúde*



Introdução

Diversos fatores sociais e econômicos do Haiti influenciam o processo migratório da sua população, que teve início ao final do século XIX, com grande fluxo de saída de haitianos para a República Dominicana e Cuba, a fim de trabalharem na produção açucareira nesses países.¹ O Brasil começou a ser considerado como um dos principais destinos a partir de 2010, quando se observou aumento do número de imigrantes haitianos que buscavam no país meios para uma vida melhor.² Este movimento migratório já envolveu milhares de haitianos, sendo esta a principal nacionalidade entre os trabalhadores estrangeiros registrados atualmente no Brasil.³

O Estado de Mato Grosso apresentou, a partir de 2012, aumento progressivo no número de imigrantes haitianos,³ dentre eles, mulheres em idade reprodutiva o que, por sua vez, pode ter causado a elevação quanto ao número de nascimentos de crianças filhas de mulheres haitianas, pelo o processo de reunificação familiar. Este fato aponta para a necessidade de olhares mais atentos às condições de vida e saúde desse segmento da população.

Ao se tratar de saúde materno-infantil, há diversas particularidades que podem influenciar nas condições gestacionais, parto e puerpério de cada mulher, desde aspectos biológicos até os fatores socioeconômicos e psíquicos. Nesse sentido, a consulta pré-natal consiste em importante aliada na atenção à saúde materna e neonatal, pois diversos problemas de saúde, tanto da gestante quanto da criança, podem ser prevenidos, identificados e/ou tratados por profissionais durante o período gestacional.⁴

O início precoce do acompanhamento pré-natal é de grande importância para a assistência adequada, sendo recomendado a primeira consulta até o terceiro mês gestacional. Já a quantidade de consultas pré-natal a serem realizadas, também preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), deve ser igual ou superior a seis, garantindo a qualidade dessas consultas.⁴

Almeida *et al.*⁵ verificaram que as mães estrangeiras iniciaram o acompanhamento pré-natal mais tardiamente e realizaram menos consultas, quando comparadas às de nacionalidade portuguesa.

No Brasil, estudo desenvolvido sobre acesso à assistência à saúde por mulheres e crianças imigrantes bolivianas revela que essa população vê de forma positiva o acesso à saúde no país onde residem, quando comparado a seu país de origem.⁶

Em 2012, no Haiti, 67,3% das gestantes realizaram pelo menos quatro consultas pré-natais,⁷

sendo que em anos anteriores (2005), observou-se diferença na cobertura e quantidade de consultas realizadas entre as gestantes residentes na zona rural e zona urbana do país, abrangendo cobertura de 77,2% e 85,8%, respectivamente. As médias de consultas pré-natais realizadas foram 3,8 para as residentes na zona rural e 5,1 entre as que residiam na zona urbana.⁸ Tais características podem ser decorrentes tanto de questões culturais quanto das condições ofertadas pelo sistema de saúde haitiano.

Apesar da tendência de aumento no número de nascimentos de crianças filhas de mulheres de nacionalidade haitiana no Brasil, não foram encontrados estudos que avaliassem a atenção pré-natal oferecida para essa população. Nesse sentido, o presente trabalho tem por objetivo analisar o acompanhamento pré-natal realizado pelas gestantes haitianas residentes no estado de Mato Grosso, a fim de fomentar o planejamento de ações mais específicas de abordagem a essa população.

Métodos

Foi realizado um estudo de corte transversal, com base em dados disponíveis no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Foram considerados os registros de nascidos vivos filhos de mulheres brasileiras e filhos de mulheres de nacionalidade haitianas em Mato Grosso nos anos de 2013, 2014 e 2015. Os dados utilizados foram fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso.

O Sinasc foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1990, sendo este alimentado com base nos dados obtidos da Declaração de Nascidos Vivos (DN), composta por oito blocos de informações. As informações coletadas são encaminhadas hierarquicamente à Secretaria Municipal e Estadual de Saúde e, por fim, aportadas ao Ministério da Saúde para alimentação do Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS).⁹

Foram coletadas informações referentes a três dos oito blocos de informações da DN, sendo: identificação do recém-nascido, dados da mãe, da gestação e parto. Foram comparados os dados de mães haitianas com os dados de mães brasileiras, sendo esta informação identificada pelo campo “naturalidade da mãe” na DN.

Quanto às informações relacionadas aos dados maternos, foram analisadas: faixa etária da mãe (menos de 25 anos; entre 25 e 29 anos; e 30 anos ou mais); estado civil da mãe (solteira, casada, união estável ou outros); escolaridade materna (até ensino fundamental I completo – menos de 5 anos de

estudo; ensino fundamental II incompleto ou completo e médio incompleto – 5 a 11 anos de estudo; e ensino médio completo ou superior – 12 anos ou mais de estudo); número de gestações anteriores (nenhuma; de uma a duas; três ou mais); quantidade de filhos nascidos vivos (nenhum; de um a dois; três ou mais); quantidade de filhos nascidos mortos (nenhum; um ou mais).

Para a análise de dados referentes ao pré-natal, o número de consultas pré-natal foi classificado em duas categorias (6 consultas ou mais e menos de 6 consultas), e o período de início das consultas foi classificado em até 3º mês de gestação ou após o 3º mês. As duas variáveis consideram a recomendação da OMS.¹⁰

Em relação aos dados de nascimento da criança, a idade gestacional foi classificado em pré-termo (até 36 semanas), a termo (entre 37 e 41 semanas) e pós-termo (42 semanas ou mais),⁴ sendo estas duas últimas categorias agregadas, devido ao baixo número de nascimentos registrados como pós-termo quando referido aos filhos de mães haitianas. Avaliou-se também o tipo de parto (vaginal ou cesárea) e o peso ao nascer, classificado segundo a OMS (WHO, 2004)¹⁰ em peso adequado ao nascer (≥ 2500 gramas) e baixo peso ao nascer (< 2500 gramas). O índice de Apgar está relacionado ao grau de anóxia que o recém-nascido apresenta após o nascimento, no presente trabalho foi avaliado apenas o Apgar do primeiro minuto de vida. O Apgar entre 8 e 10 é considerado normal, 7 anóxia leve, 4 a 6 anóxia moderada e entre 0 e 3 anóxia grave.¹¹ Nesse estudo o índice de Apgar foi classificado em até 7 (apresentou algum grau de anóxia) e entre 8 e 10.

Para testar as diferenças entre as proporções, foi aplicado o teste do qui-quadrado, sendo as análises realizadas por meio do *software* SPSS, versão 17.

Esse estudo faz parte do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso (Nº 29120414.0.0000.5541). A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT – Processo 155709/2014) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo 445842/2014-7).

Resultados

Em Mato Grosso foram registrados 167.820 nascidos vivos entre 2013 e 2015 (2013 = 53.573; 2014 = 57.083; 2015 = 57.164). A incompletude da informação de naturalidade da mãe (país, estado ou município) foi de apenas 1,32% (2.220

nascimentos), desta forma, foram selecionados inicialmente para este estudo 165.600 registros de nascimentos, sendo 765 de filhos de mães estrangeiras (0,50%). Dentre os registros de mães de outras nacionalidades, os principais países de origem foram Bolívia (n=396; 0,2%), Paraguai (n=139; 0,08%) e Haiti (n=139; 0,08%).

Na análise de dados foram comparadas as características dos nascidos vivos de mães brasileiras e haitianas, perfazendo um total de 164.974 nascimentos avaliados. As mães haitianas apresentaram faixa etária mais elevada no período do parto, contudo com menor escolaridade quando comparadas as mães brasileiras (Tabela 1). A história reprodutiva das mulheres haitianas (número de gestação, número de nascidos vivos e filhos mortos) não diferiu das mulheres brasileiras (Tabela 1). Quanto ao pré-natal e parto, quando comparadas às mães brasileiras, houve menor proporção de mães haitianas com pelo menos seis consultas pré-natal, maior proporção de partos vaginais e também maior prevalência de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (Tabela 2). Todos os partos de mulheres haitianas avaliados ocorreram em ambiente hospitalar (dados não apresentados em tabela).

Ao analisar a distribuição do baixo peso ao nascer (Tabela 3), em geral, observou-se maior a prevalência entre mães de maior faixa etária, menor escolaridade, primeira gestação, com menos de 6 consultas pré-natais e Apgar no primeiro minuto até 7.

Discussão

Os resultados deste estudo mostram que alguns indicadores importantes se distanciaram do preconizado pela OMS entre mães de nacionalidade haitianas, como o número de consultas pré-natais e o percentual de crianças com baixo peso ao nascer. Porém, foi maior a proporção de partos vaginais entre haitianas quando comparadas às brasileiras, o que pode estar relacionado tanto as características culturais quanto aos fatores socioeconômicos deste grupo populacional.

Toda a assistência pré-natal dispensada durante o período gestacional pode influenciar no tipo de parto indicado e ofertado a cada caso. Atualmente, estima-se que 40,5% de todos os nascimentos da América Latina e Caribe são por via cirúrgica, sendo que a América do Sul é a sub-região com as maiores taxas de cesariana do mundo, com 42,9%.¹² Como esperado, portanto, os dados avaliados nesse estudo apresentam índices que extrapolam a recomendação da OMS,⁴ tanto entre brasileiras quanto haitianas,

Tabela 1

Características maternas segundo nacionalidade da mãe. Mato Grosso, 2013 a 2015.

	Geral		Filhos de mães Haitianas		Filhos de mães Brasileiras		p ^a
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária da mãe (anos)							<0,001
< 25	79.303	48,1	29	20,9	79.274	48,1	
25 e 29	41.862	25,4	61	43,9	41.801	25,4	
≥30	43.809	26,6	49	35,3	43.760	26,5	
Estado civil da mãe ^b							Não aplicável
Solteira	47.293	28,8	47	33,8	47.246	28,8	
Casada	46.637	28,4	26	18,7	46.611	28,4	
União estável	68.204	41,5	66	47,5	68.138	41,5	
Outros	2.289	1,4	-	-	2.289	1,4	
Escolaridade da mãe (anos) ^b							<0,001
< 5	7.990	4,9	16	11,9	7.974	4,9	
5 a 11	86.179	52,6	75	56,0	86.104	52,6	
≥ 12	69.608	42,5	43	32,1	69.565	42,5	
Gestações anteriores ^b							0,440
Nenhuma	53319	34,5	41	32,5	53278	34,5	
1 – 2	76879	49,8	60	47,6	76819	49,8	
≥ 3	24251	15,7	25	19,8	24226	15,7	
Quant. filhos nascidos vivos ^b							0,639
Nenhum	59.504	38,7	44	34,9	59.460	38,7	
1 – 2	77.380	50,3	66	52,4	77.314	50,3	
≥ 3	16.939	11,0	16	12,7	16.923	11,0	
Quant. de filhos mortos ^b							0,292
Nenhum	121.415	81,4	103	85,1	121.312	81,4	
≥ 1	27.741	18,6	18	14,9	27.723	18,6	

^aTeste de Qui-quadrado; ^bVariável com informações incompletas.

Tabela 2

Características do pré-natal, parto e condições ao nascer, segundo nacionalidade da mãe. Mato Grosso, 2013 a 2015.

	Geral		Filhos de mães Haitianas		Filhos de mães Brasileiras		p ^a
	n	%	n	%	n	%	
Início do pré-natal ^b							0,112
Até 3º mês de gestação	127.222	79,8	95	74,2	127.127	79,9	
Depois do 3º mês	32.109	20,2	33	25,8	32.076	20,1	
Nº de consultas pré-natal ^b							0,013
< 6	31.374	19,3	37	27,8	31.337	19,3	
≥ 6	130.990	80,7	96	72,2	130.894	80,7	
Idade gestacional ^b							0,569
Pré-termo	17.513	10,9	17	12,4	17.496	10,9	
A termo ou Pós-termo ^c	143.262	89,1	120	87,6	143.142	89,1	
Tipo de parto ^b							<0,001
Vaginal	64.011	38,8	81	58,3	63.930	38,8	
Cesariana	100.819	61,2	58	41,7	100.761	61,2	
Sexo da criança ^b							0,476
Masculino	84.473	51,2	67	48,2	84.406	51,2	
Feminino	80.440	48,8	72	51,8	80.368	48,8	
Peso ao nascer (gramas) ^b							<0,001
≥ 2500	152.387	92,4	115	82,7	152.272	92,4	
< 2500	12.475	7,6	24	17,3	12.451	7,6	
Apgar 1 ^b							0,056
8 – 10	145.978	89,2	117	84,2	145.861	89,2	
Até 7	17.660	10,8	22	15,8	17.638	10,8	

^aTeste de Qui-quadrado; ^bVariável com informações incompletas. ^cNúmero de nascimentos pós-termo de filhos de mães haitianas inferior a 5.

Tabela 3

Distribuição do baixo peso ao nascer (<2500g) por características sociodemográficas e relacionadas ao pré-natal e ao parto segundo nacionalidade da mãe. Mato Grosso, 2013 a 2015.

	Estratificado por nacionalidade					
	Geral		Filhos de mães Haitianas		Filhos de mães Brasileiras	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária da mãe (anos)						
<25	5816	7,3	4	13,8	5812	7,3
25 e 29	2939	7,0	8	13,1	2931	7,0
≥30	3726	8,5	12	24,5	3714	8,5
<i>p</i> ^a	<0,01		-		<0,01	
Escolaridade da mãe (anos)^b						
< 5	658	8,3	3	18,8	655	8,3
5 a 11	6378	7,4	15	20,0	6363	7,4
≥ 12	5354	7,7	5	11,6	5349	7,7
<i>p</i> ^a	<0,01		-		<0,01	
Gestações anteriores^b						
Nenhuma	4517	8,5	7	17,1	4510	8,5
1 – 2	4990	6,5	12	20,0	4978	6,5
≥ 3	1948	8,0	3	12,0	1945	8,0
<i>p</i> ^a	<0,01		-		<0,01	
Início do pré-natal^b						
Até 3º mês de gestação	9383	7,4	15	15,8	9368	7,4
Depois do 3º mês	2438	7,6	4	14,8	2434	7,6
<i>p</i> ^a	0,17		-		0,17	
Nº de consultas pré-natal^b						
< 6	3918	12,5	10	27,0	3908	12,5
≥ 6	8222	6,3	11	11,5	8211	6,3
<i>p</i> ^a	<0,01		0,03		<0,01	
Idade gestacional^b						
Pré-termo	4937	3,4	11	9,2	4926	3,4
A termo ou Pós-termo ^c	7216	41,2	13	76,5	7203	41,2
<i>p</i> ^a	<0,01		<0,01		<0,01	
Tipo de parto^b						
Vaginal	4893	7,6	11	13,6	4882	7,6
Cesariana	7578	7,5	13	22,4	7565	7,5
<i>p</i> ^a	0,35		0,17		0,24	
Apgar 1^b						
8 – 10	8787	6,0	16	13,7	8771	6,0
Até 7	3571	20,2	8	36,4	3653	20,2
<i>p</i> ^a	<0,01		0,01		<0,01	

^a Teste de Qui-quadrado; ^bVariável com informações incompletas. ^cNúmero de nascimentos pós-termo de filhos de mães haitianas inferior a 5.

porém mostram diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com menor proporção de cesariana entre mulheres haitianas. Este fato pode estar relacionado ao perfil socioeconômico das imigrantes, tendo em vista que, no Brasil, observa-se associação positiva entre o nível de escolaridade materna e o nascimento pela via cirúrgica,¹³ sendo que as mulheres haitianas residentes no país, em sua maioria, têm baixa escolaridade e apresentam condição socioeconômica considerada vulnerável.^{14,15} Vale ressaltar ainda, a possível influência da cor da pele na assistência pré-natal ofertada e na via de realização do parto. Segundo o Ministério da Saúde,¹⁶ a proporção de consultas pré-natais realizadas por mulheres que declararam cor da pele/raça branca, em 2013, foi superior quando comparadas às categorias preta e parda, o órgão ressalta ainda, uma tendência no aumento de cesarianas em todo país, mas, principalmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, em especial entre mulheres com idade entre 20 e 39 anos, maior grau de escolaridade e de cor de pele branca.

O número de mulheres imigrantes disseminadas pelo mundo vem crescendo, tornando necessária dispensar maior atenção a este grupo populacional, visto que estas apresentam especificidades culturais, psicossociais e biológicas.¹⁷ Segundo Kobetz *et al.*,¹⁸ as maiores dificuldades de acesso à saúde enfrentadas por mulheres imigrantes haitianas nos serviços de saúde em Miami eram referentes aos obstáculos estruturais, ou seja, problemas financeiros com relação aos custos do tratamento, problemas (ou irregularidades) no status do imigrante, dificuldade de comunicação (linguagem) e falta de informação quanto as questões de saúde e seus direitos.

Mascaro,¹⁹ por sua vez, descreveu as dificuldades de um serviço de saúde em São Paulo em desenvolver ações que facilitem o acesso de mulheres migrantes bolivianas. Além da barreira da língua e as diferenças culturais, foram elencados como complicadores no estabelecimento de vínculo com essas mulheres: os horários de atendimento do serviço, a discriminação por parte dos profissionais, a iniquidade de gênero e a violência doméstica. Nesse sentido, a equipe buscou estratégias de superação e acolhimento a fim de ultrapassar essas barreiras e oferecer um atendimento de qualidade. Em Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, estudo do perfil socioeconômico e de saúde dos imigrantes haitianos, mostrou maior prevalência de utilização de serviços de saúde entre as mulheres,²⁰ o que os autores avaliaram que poderia estar associado, pelo menos em parte, aos cuidados rela-

cionados a gestação e parto.

Um cuidado essencial às mulheres imigrantes refere-se à assistência pré-natal, pois já é reconhecido na literatura que diversos fatores influenciam na assistência e condições de saúde materna e neonatal, dentre eles: idade materna, escolaridade da mãe, número de gestações anteriores, quantidade de filhos e tipo de parto.²¹ Cabe lembrar que entre imigrantes existem outros fatores envolvidos na assistência à saúde da mulher e da criança, tais como a barreira linguística, a discriminação e a irregularidade na documentação,^{18,19} que indicam uma inequidade no acesso ao serviço de saúde.

É necessário frisar ainda, possíveis deficiências relativas ao sistema de saúde brasileiro, como áreas sem cobertura por equipes de atenção básica, equipes incompletas na atenção básica em saúde, despreparo das equipes em atender populações específicas, problemas de gestão e aplicação de verbas voltadas à saúde, dentre outros fatores, que podem exercer influência direta nos indicadores de assistência pré-natal e do parto, tanto de mulheres brasileiras, como de imigrantes.

É primordial que a gestante inicie o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre gestacional, a fim de identificar possíveis complicações inerentes a esse período, bem como receber informações relevantes que pode minimizar riscos durante a gestação. Concomitante ao início precoce desse acompanhamento, a OMS preconiza a realização de no mínimo seis consultas pré-natais, possibilitando assim uma assistência/acompanhamento adequado nesse período.⁴ Pelos resultados apresentados, observa-se que a quantidade de mulheres brasileiras (80,7%) que realizaram seis ou mais consultas foi superior às mulheres haitianas (72,2%). Essa diferença pode estar relacionada a pouca compreensão da rede de saúde no Brasil, bem como o domínio da língua portuguesa, barreiras consideradas comuns no processo de adaptação a um novo país.¹⁷ Além disso, há os casos em que a gestação teve início antes do processo de migração para o Brasil, o que deve ser considerado em estudos com essa população.

Estudo com imigrantes bolivianos em São Paulo mostrou que o tempo de residência no Brasil esteve associado à utilização de diferentes serviços de saúde, especialmente a atenção primária em saúde, que foi mais utilizada entre aqueles que viviam há mais tempo no país.⁶ Portanto, é imprescindível fomentar ações que estimulem a busca da assistência pré-natal entre as gestantes haitianas, a fim de minimizar possíveis impactos na saúde da mulher e da criança.

No que se refere a faixa etária, quando avaliado

o baixo peso ao nascer com idade materna na população estudada, verificou-se maior prevalência entre as mães com 30 anos ou mais de idade, condizente ao verificado na literatura.²² Os resultados ainda mostraram diferença na idade das mães haitianas quando comparadas à idade materna das brasileiras, sendo que a maioria das haitianas (79,1%) no momento do parto tinham 25 anos ou mais, enquanto 48,7% das brasileiras tinham idade inferior a 25 anos. A faixa etária mais elevada das mulheres haitianas possivelmente está relacionada ao perfil de mulheres que tendem a migrar para o Brasil, como o verificado por meio dos dados da Polícia Federal entre os anos de 2010 e 2014, em que a maioria das mulheres tinha entre 25 a 39 anos.²³ Da mesma forma, foi estimado em Cuiabá que 78,2% das mulheres tinham entre 26 e 45 anos de idade.¹⁴

A maior prevalência de baixo peso ao nascer entre os filhos de mulheres haitianas pode estar relacionada a duas situações: ao acompanhamento inadequado durante o período gestacional (número de consulta inferior ao preconizado), devido à dificuldade de acesso aos serviços; e as condições de vida precárias das mulheres migrantes, que usualmente vivem em pequenos domicílios, com maior densidade de pessoa por cômodo e desempregadas. Em estudo com a população de haitianos em Cuiabá, Leão *et al.*,¹⁵ verificaram que 45,6% das mulheres entrevistadas estavam desempregadas e 41,6% relataram ter nenhuma renda no mês anterior a entrevista.

Corroborando essas hipóteses, análise adicional sobre associação das características sociodemográficas e relacionadas ao pré-natal com o baixo peso ao nascer, foi identificada maior prevalência deste desfecho entre mães de menor escolaridade e menos de seis consultas pré-natal. Torna-se, então, oportuno compreender a relação desses fatores sociais e econômicos quanto ao acesso a serviços de saúde, pois o BPN consiste em um dos principais fatores de risco para morte neonatal e pode influenciar na saúde da criança a curto e a longo prazo.²⁴ Dentre os possíveis problemas decorrentes do BPN está o tardiamiento no alcance do peso e comprimento adequados no primeiro ano de vida, intercorrências relacionadas às afecções respiratórias e diarreias agudas, além de necessidade de internação por período médio de 11 dias no primeiro ano de vida da criança.²⁵

Outro fator de risco importante para a sobrevivência infantil e indicador da condição socioeconômica familiar, refere-se à escolaridade materna. A baixa escolaridade materna tem sido associada a perdas fetais, risco de mortalidade peri-

natal, baixo peso e desnutrição infantil. Por esse motivo, o Ministério da Saúde preconiza maior atenção à saúde materna e infantil, quando a mãe possui baixa escolaridade. No Brasil, no ano de 2010, aproximadamente 35% das mães tinham menos de oito anos de escolaridade.²⁴

No presente estudo destaca-se o perfil socioeconômico da população analisada, em que a maioria das mulheres, brasileiras e haitianas, não alcançaram a conclusão do ensino médio ou escolaridade equivalente, tendendo a apresentar condições socioeconômicas inadequadas e maior vulnerabilidade social. Existe, contudo, uma diferença percentual significativa neste sentido, enquanto 11,9% das mães haitianas avaliadas neste estudo apresentaram escolaridade de até cinco anos de estudo completos, apenas 4,9% das brasileiras possuíam esse nível de escolaridade, o que parece indicar desigualdade de acesso à educação entre as mulheres haitianas. No Haiti, o sistema educacional mantém, de certo modo, a separação das elites e das massas ou classes populares pobres, sendo evidenciado pelo aumento do número de escolas particulares, demonstrando um processo de privatização da educação. Em 2008, aproximadamente 83,0% das escolas no país pertenciam a rede privada, dificultando assim o acesso a graus mais elevados de escolaridade pela população menos privilegiada.²⁶

O histórico obstétrico da mulher também deve ser considerado, visto que, o número de gestações anteriores, complicações gestacionais e puerperais, tipo de parto, dentre outros fatores, podem influenciar diretamente em gestações posteriores,²¹ bem como na percepção materna acerca da necessidade da assistência nesse período. O presente estudo apresenta, de maneira inédita, que haitianas e brasileiras mostraram semelhança quanto ao número de gestações anteriores.

Por fim, o índice de Apgar é outro fator que pode ser influenciado pelo acompanhamento pré-natal, pois a assistência durante a gestação pode prevenir, identificar e/ou tratar possíveis problemas que influenciam nessa variável. Os cuidados necessários ao nascer vão variar de acordo com o índice de Apgar de cada criança.¹¹ No presente estudo o Apgar do primeiro minuto não apresentou diferença significativa entre os grupos, com índice inferior a 7 variando de 10,8% (nos filhos de mães brasileiras) a 15,8% (nos filhos de mães haitianas). Apesar da análise estatística não indicar diferenças entre as nacionalidades, é importante para o serviço o conhecimento desta realidade, pois o índice inferior a 7, refere-se a crianças que precisam de monitoramento e/ou cuidado rápido e efetivo em suas primeiras horas de

vida, a fim de garantir sua sobrevivência com saúde. Estudos mostram a associação do baixo índice Apgar com condições socioeconômicas precárias^{27,28} e assistência pré-natal inadequada.²⁹

Diante dos dados e discussão expostos, observa-se que, apesar de mais elevados entre as mulheres imigrantes, a maioria dos problemas identificados no estudo são comumente encontrados e discutidos entre a população nacional, podendo esses não serem apenas decorrentes da condição de imigrante, mas também das condições ofertadas pelo sistema de saúde brasileiro. Estes problemas podem ser agravados nas populações imigrantes, pois estes enfrentam comumente, no país de acolhimento, dificuldades relacionadas à desigualdades socioeconômicas, acarretando em precariedade no acesso ao mercado de trabalho, moradia e educação, além de condições ambientais inadequadas.³⁰

Entre as limitações deste estudo, deve-se considerar o uso de dados de fonte secundária, sendo a qualidade da informação relacionada ao adequado preenchimento da DN e a alimentação do Sinasc. O Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo⁹ enfatiza a importância do preenchimento adequado de todos os campos da DN, a fim de garantir a fidedignidade dos dados obtidos. No entanto, ainda se observa sub-registro dos nascimentos no Sinasc, com variação entre 75,8% e 99,5%, e preenchimento inadequado de muitas variáveis, tais como instrução materna, paridade e número de consultas de pré-natal.²⁷ A incompletude de campos básicos da DN, como sexo do RN e tipo de parto foi elevada entre os achados do presente estudo, indicando possivelmente a falta de atenção e de importância dada à DN pelo profissional responsável por seu preenchimento.

Mesmo diante das limitações e críticas existentes aos bancos de dados secundários, os achados rati-

ficam a literatura no que se refere a diferença de acompanhamento do pré-natal entre as mulheres brasileiras e haitianas. Cabe ressaltar que a baixa incompletude da informação de naturalidade materna no Sinasc (1,32%) permitiu a análise das características materna e infantil dos nascimentos registrados no estado no período avaliado. Porém, essa informação não está disponível para análise em outros sistemas de informação, como o SIH-SUS (Sistema de Informação Hospitalar do SUS) e SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), inviabilizando a análise da utilização de serviços de saúde por imigrantes internacionais.

O presente estudo revela a importância do desenvolvimento de estudos sobre os imigrantes no Brasil, com aprofundamento da discussão focada na atenção à saúde a esse grupo populacional e na avaliação das políticas públicas, considerando as vulnerabilidades impostas pela situação migratória. No tocante à saúde da mulher e da criança, destaca-se as características socioeconômicas das mulheres haitianas, predominantemente com baixa escolaridade, fato que pode influenciar no cuidado em saúde em um país com sistema de saúde diferente do seu país de origem.

Agradecimentos

A Secretaria do Estado de Saúde, especificamente à Superintendência de Vigilância em Saúde pela disponibilização dos dados analisados neste estudo. Agradecemos também as sugestões e críticas às primeiras versões deste artigo, recebidas na disciplina de Oficina de Produção de Artigos Científicos, pela professora Dr^a Marina Tanaka, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Referências

1. Beaninger R, Peres R, Fernandes D, Silva AS, Assis GO, Castro MCG, Cotinguiba MP. (orgs.). Imigração haitiana no Brasil. Jundiaí (SP): Paco Editorial; 2017.
2. Moraes IA, Andrade CAA, Mattos BRB. A imigração haitiana para o Brasil: causas e desafios. *Rev Conjuntura Austral*. 2013; 4 (20): 95-114.
3. Dutra D, Almeida S, Tonhati T, Palermo G. Os estrangeiros no mercado de trabalho formal brasileiro: Perfil geral na série 2011, 2012 e 2013. *Anuário 2015. Cad OBMigra - Rev Migrações Inter*. Brasília (DF): OBMigra. 2015; 1 (2): 48-81.
4. WHO (World Health Organization). New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience. *Sexual and reproductive health* [internet]. Nov. 2016 [acesso em 29/12/2016]. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/news/antenatal-care/en/>.
5. Almeida LM, Santos CC, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Obstetric care in a migrant population with free access to health care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014; 126 (3): 244-7.
6. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde Soc*. 2013; 22 (2): 351-64.
7. UNICEF (United Nations Children's Fund). At a glance: Haiti - Statistics. UNICEF [internet]. 2013 [acesso em: 07/11/2017]. Disponível: http://www.unicef.org/infoby-country/haiti_statistics.html#106.

8. Alexandre PK, Saint-Jean G, Crandall L, Fevrin E. Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2005; 18 (2): 84-92.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Brasília, DF; 2011.
10. WHO (World Health Organization). Low birthweight. Country, regional and global estimates [internet]. 2004 [acesso em 02/12/2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43184/1/9280638327.pdf>.
11. Santos LM, Pasquini VZ. A importância do Índice de Apgar. *Rev Enferm UNISA*. 2009; 10 (1): 39-43.
12. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*. 2016; 11 (2): e0148343.
13. Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2016; 16 (1): 39-47.
14. Borges FT, Muraro AP, Leão LHC, Carvalho LA, Siqueira CEG. Socioeconomic and health profile of Haitian Immigrants in a Brazilian Amazon State. *J Immigr Minor Health*. 2018; 1-7.
15. Leão LHC, Muraro AP, Palos CC, Martins MAC, Borges FT. Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33 (7): e0018181.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília, DF; 2014.
17. Topa J, Neves S, Nogueira C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde Soc*. 2013; 22 (2): 328-41.
18. Kobetz E, Menard J, Barton B, Maldonado JC, Diem J, Auguste PD, Pierre L. Barriers to Breast Cancer Screening Among Haitian Immigrant Women in Little Haiti, Miami. *J Immigr Minor Health*. 2010; 12 (4): 520-6.
19. Mascaro LDM. Imigrantes bolivianos: abordagem de direitos humanos ao direito ao desenvolvimento. In: Mota A, Marinho MGSMC, Silveira C. (Org.) Saúde e história de migrantes e imigrantes. Direitos, Instituições e Circularidades. São Paulo: USP/ UFABC; 2014. p.199-225.
20. Alves JFS, Martins MAC, Borges FT, Silveira C, Muraro AP. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018. Disponível em: <http://www.cienciae-saudecoletiva.com.br/artigos/utilizacao-de-servicos-de-saude-por-imigrantes-haitianos-na-grande-cuiaba-mato-grosso/16786?id=16786>.
21. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48 (6): 977-84.
22. Montan S. Increased risk in the elderly parturiente. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007; 19 (2): 110-2.
23. Gravena AAF, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MDB, Peloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26 (2): 130-5.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília, DF; 2012b.
25. Martins EF, Rezende EM, Almeida MCM, Lana FCF. Mortalidade perinatal e desigualdades sócioespaciais. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21 (5): 1-9.
26. Joint LA. Sistema educacional e desigualdades sociais no Haiti: o caso das escolas católicas. *Pro-Posições*. 2008; 19 (56): 181-191.
27. Chrisman JR, Mattos IE, Koifman RJ, Koifman S, Boccolini PMM, Meyer A. Prevalência de muito baixo peso ao nascer, malformação e baixo índice de Apgar entre os recém nascidos no Brasil de acordo com a residência materna urbana ou rural no nascimento. *J Obstet Gynaecol. Res*. 2016; 42 (5): 496-504.
28. Kilsztajn S, Lopes ES, Carmo MSN, Reyes AMA. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (8): 1886-92.
29. Ferrari RAP, Bertolozzi MR, Dalmas JC, Giroto E. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67 (3): 354-9.
30. Granada D, Carreno I, Ramos N, Ramos MCP. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade urbana [internet]. Dossiê. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 (61): 285-96.

Recebido em 14 de Setembro de 2017

Versão final apresentada em 9 de Março de 2018

Aprovado em 2 de Abril de 2018