

PERFIL DE PRÉ-NATAL EM MULHERES HAITIANAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CASCAVEL, PARANÁ

BERNARDI, Bruno Enderle¹
CAPORAL, Marcelo Rodrigo²

RESUMO

A partir de 2010, o Brasil começou a ser considerado um dos destinos da população haitiana, com o passar do tempo passou a ser notório o aumento dessa população em território brasileiro, observando-se a vinda do casal. Nesse contexto, tornou-se necessário estudos para avaliar as condições de saúde desses habitantes com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e a acessibilidade dos mesmos à saúde pública. Conjuntamente, com a chegada desses, os mesmos passaram a exercer seus direitos fundamentais (preconizados pela ONU – Organização das Nações Unidas, desde 1948), sendo um deles o direito reprodutivo, onde observa-se um crescimento no número de gestantes haitianas, as quais muitas vezes não possuem um acompanhamento gestacional adequado. Sendo assim, para que a gestação não repercuta em complicações tanto para a mulher quanto ao feto é necessário que se faça um pré-natal adequado, com no mínimo seis consultas necessárias do pré-natal, as quais foram estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), indicando que uma primeira consulta ocorra no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, visando a prevenção e a detecção precoce de patologias específicas da gestação. Assim, esse trabalho visa, fazer um levantamento quantitativo do início do pré-natal dessas mulheres haitianas, perfil das pacientes e o número de consultas realizadas, sendo feito por meio de coleta de dados no sistema eletrônico de saúde da cidade de Cascavel/PR. Por fim, espera-se que essas informações auxiliem os gestores municipais acerca do assunto, na elaboração de melhores políticas públicas de saúde dessas pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-natal. Gestação. Mulher haitiana.

PRENATAL PROFILE IN HAITIAN WOMEN IN THE UNIQUE HEALTH SYSTEM IN CASCAVEL, PARANÁ

ABSTRACT

From 2010, Brazil began to be considered one of the destinations of the Haitian population, with the passage of time, the increase of this population in Brazilian territory became evident, observing the arrival of the couple. In this context, studies have become necessary to assess the health conditions of these inhabitants in order to improve their quality of life and their accessibility to public health. Together, with the arrival of these, they began to exercise their fundamental rights (commended by the UN - United Nations, since 1948), one of them being the reproductive right, where there is a growth in the number of Haitian pregnant women, which often do not have an adequate gestational follow-up. Therefore, in order for pregnancy not to result in complications for both the woman and the fetus, adequate prenatal care must be carried out, with at least six necessary prenatal consultations, which were established by the World Health Organization (WHO), indicating that a first consultation should take place in the first trimester, two in the second and three in the third, aiming at the prevention and early detection of specific pathologies of pregnancy. Thus, this work aims to make a quantitative survey of the beginning of prenatal care of these Haitian women, patient profile and the number of consultations performed, being done through data collection in the electronic health system of the city of Cascavel/PR. Finally, it is expected that this information will help municipal managers on the subject, in the elaboration of better public health policies for these patients.

KEYWORDS: Pregnant. Gestation. Haitian Woman.

¹ Acadêmico do curso de graduação de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: benderlebernardi@gmail.com

² Professor Orientador. Docente no curso de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: marcelocaporal@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção a saúde das mulheres no período gravídico-puerperal, já que com os manejos realizados rotineiramente se conseguem atingir melhores desfechos perinatais (CARROLI; ROONEY; VILLAR, 2001; BARROS *et al*, 2010).

Assim, a atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação é necessário: construir um novo olhar sobre o processo que compreenda a pessoa tanto em seu corpo como em sua mente e além de considerar o ambiente social, econômico, físico e cultural a qual estão vivendo e tendo assim novas bases de relacionamento dos profissionais de saúde que estão envolvidos para uma melhor promoção em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Um dos fatores que explicam um aumento na importância do pré-natal nos últimos anos é devido a um aumento do número de consultas pré-natais em mulheres que realizam o parto no SUS (Sistema Único de Saúde), partindo de 1,2 consultas em 1995 para 5,45 consultas em 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) em que no ano de 2021 esse índice deve estar ainda maior.

Então ao se analisar trabalhos científicos nacionais, foi se observado a presença de falhas na assistência pré-natal, como dificuldades de acesso, início tardio do acompanhamento, número inadequado de consultas e realização incompleta nos procedimentos de rotina (COIMBRA *et al*, 2003; COUTINHO *et al*, 2010; DOMINGUES *et al*, 2012).

Diversos fatores sociais e econômicos do Haiti influenciaram o processo migratório da sua população, a qual teve início no século 19, sendo que o Brasil passou a ser considerado um dos principais destinos a partir de 2010, onde esses indivíduos buscavam por uma melhor qualidade de vida (BEANINGER *et al*, 2017; MORAES *et al*, 2013).

Ao se analisar o pré-natal em mulheres haitianas no Haiti, percebeu-se que a média de consultas realizadas durante esse período, na zona rural atingiu 3,8 e para as de zona urbana de 5,1 (ALEXANDER; SAINT-JEAN; FEYRIN, 2005). Deixando evidente que as condições culturais tendem a afetar esses atendimentos, como apresentado pelos dados desse estudo, já que se observou numerosos impecílios, tais como: início tardio, exames de rotina fora do preconizado pelas autoridades em saúde.

Desse modo, faz-se necessário destacar o impacto que esse perfil de pré-natal em mulheres haitianas apresenta, já que é possível observar complicações para a gestante e para o feto, além de esses impactos atuarem sobre os índices de saúde do Brasil.

Por isso, a finalidade desse estudo, foi traçar o perfil de pré-natal dessas imigrantes haitianas e com isso expor todas as características do atendimento no sistema de saúde público na cidade de

Cascavel, Paraná. Visando-se responder ao problema proposto, a análise se deu por meio dos prontuários médicos do sistema de saúde do município e com isso tabulou-se os dados e analisou-se as características do pré-natal das imigrantes haitianas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PRÉ-NATAL NO BRASIL

No Brasil, foi implantado o Programa de humanização no pré-natal e nascimento, instituído pelo ministério da saúde no ano de 2000 e implantado para assegurar um melhor acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência do parto, e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Com isso a assistência Pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Práticas realizadas rotineiramente durante a assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais (BARROS *et al*, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Isso se torna executável, pois é possível que se faça a prevenção e a detecção precoce das condições específicas da gestação, sendo abordadas cinco áreas para a realização da triagem do pré-natal dessas mulheres, sendo elas: nutrição pré-natal de rotina, avaliação da mãe e do feto, medidas preventivas, intervenções em sintomas fisiológicos e intervenções em sistema de saúde (OMS, 2018).

Com a prática de pré-natal se tem como principais objetivos: desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, possibilitando assim a diminuição tanto da mortalidade materna, quanto neonatal e perinatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Seguindo esse modelo proposto pelo Ministério da Saúde é possível fazer a diminuição da quantidade de mortes maternas que vem ocorrendo ao longo dos anos.

Desse modo, com um perfil de pré-natal, não satisfatórios, como preconizados pela OMS, é possível identificar por meio de estudos que em torno de 67,8% das mortes maternas se devem a causas obstétricas, como doenças hipertensivas e síndromes hemorrágicas (RODRIGUES; CAVALCANTE; VIANNA, 2006). Tudo isso nos mostra dados alarmantes que ressaltam a importância das consultas pré-natais.

Mas, mesmo assim, com todas essas informações, é possível observar que a população de nacionalidade brasileira continua apresentando uma baixa quantidade, podendo observar que quase a totalidade da população fazem pelo menos uma consulta de pré-natal e cerca de 61% em 2012, fez as sete ou mais consultas que são preconizados pelas organizações de saúde (DEPARTAMENTO DE

INFORMÁTICA SUS, 2012), sendo isso menor ainda em populações de nível econômico mais baixo, nas mais jovens e nas menos escolarizadas (RASIA; ALBERNAZ, 2008; VIELLAS *et al*, 2014).

Sobre esses dados ainda foi identificado que o início precoce das consultas pré-natais foi de 75% das mulheres, sendo menores ainda em populações negras e das regiões norte e nordeste do país (VIELLAS *et al*, 2014), tudo isso tem expressado a dificuldade em conduzir consultas pré-natais com brevidade e conforme preconizado pela OMS e pelo Ministério da saúde, nas mulheres brasileiras, podendo ser muito maior para as gestantes haitianas, já que pela imigração passam por dificuldades sociais e culturais.

A partir de uma análise entre os nascimentos e óbitos feitos entre os anos de 2006 e 2010 no estado do Paraná, foi possível criar a Rede Mãe Paranaense, a qual foi implantada em 2012 pela Secretária do Estado do Paraná e isso sucedeu-se em redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil, por meio de atenção ao pré-natal, a criança e vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto (PARANÁ, 2012).

Assim, a Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que envolve a inclusão precoce da gestante ao programa de pré-natal, sendo realizado por meio de no mínimo sete consultas, realização de 17 exames, estratificação de risco dessa gestante e da criança, atendimento em ambulatório especializado para gestantes de alto risco e a realização do parto por meio da vinculação à um hospital e com todas essas condutas visa-se garantir o acesso e atenção, promovendo cuidado seguro e da qualidade na gestação, parto e puerpério e em crianças menores de 1 ano e conseqüentemente redução na mortalidade materna e infantil (PARANÁ, 2012).

Sendo assim, a partir da primeira consulta feita pela gestante, já é feito o cadastramento dessa paciente na rede, a qual deve ser realizada o mais precocemente possível ou até o final do terceiro mês de gestação e terá a necessidade de serem efetuadas um mínimo de sete consultas durante a gravidez e puerpério, sendo divididas em seis durante a gestação e uma no puerpério. O acompanhamento dos atendimentos durante a gestação é fracionado ao longo dos três trimestres de gravidez, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no terceiro trimestre e três consultas no terceiro trimestre (PARANÁ, 2012).

Importante também é caracterizar essa gestante a respeito do risco gestacional, que pode ser, risco habitual, risco intermediário e alto risco. As de risco habitual, são aquelas que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo. Já as de risco intermediário, são as que possuem fatores de risco relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, sendo: raça e etnia (negros e indígenas), idade da mãe (menor que 20 anos e maior que 40 anos), baixa escolaridade, mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior e mães que que

tiveram pelo menos três filhos vivos em gestação anterior. E as de alto risco, são as que tem fatores de risco com condição clínica pré-existente (hipertensão arterial, dependência de drogas lícitas e ilícitas, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias, neoplasias, obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, psicose e depressão grave) ou com intercorrências clínicas (doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual, doença hipertensiva específica da gestação, doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação, retardo no crescimento uterino, trabalho de parto prematuro, placenta prévia, amiorrexe prematura – abaixo de 37 semanas, sangramento de origem uterina, isoimunização Rh, mal formação fetal confirmada e macrosomia do concepto com patologias) (PARANÁ,2012).

Ao se avaliar tudo isso, é percebido que em relação a raça/etnia da mãe, que tem-se um risco relativo de morte 2,03 vezes maior para negros e indígenas, quanto a idade da mãe um risco relativo de morte de 1,97 vezes maior para mães menores de 20 anos e maior que 40 anos. Quanto ao grau de escolaridade, deve-se ressaltar um risco relativo de morte 2,5 vezes maior para mães com baixa escolaridade, as mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior possui um risco relativo de 2,2 vezes maior comparados a aquelas que não tiveram filhos mortos e as mães que tiveram pelo menos três filhos vivos em gestação anterior possuem um risco de morte 2,3 vezes maior em relação às mulheres com menos de três filhos (PARANÁ, 2012).

Ademais durante as consultas é ideal, que se faça história clínica, anamnese, preenchimento da ficha de identificação e clínica do SISPRENATAL, exame físico (geral e ginecológico/obstétrico), solicitação de exames laboratoriais de acordo com a linha guia de mãe paranaense e orientação, avaliação dietética e prescrições. Quanto aos exames a serem realizados no acompanhamento, também são divididos como as consultas (conforme os trimestres), sendo então para o primeiro trimestre importante realizar: teste rápido de gravidez, teste rápido de HIV, teste rápido para Sífilis, tipagem sanguínea, pesquisa de fator RH, Urina 1, VLDR, eletroforese de hemoglobina, hematócrito, dosagem de hemoglobina, dosagem de glicose, Hbs Ag, pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 e HIV-2, ultrassonografia obstétrica, exame citopatológico, toxoplasmose e teste indireto de anti-globulina Humana (TIA). Para o segundo trimestre, é importante Urina 1, VDRL e cultura de bactérias (a critério do médico) e no terceiro trimestre, Urina 1, VDRL, dosagem de glicose, pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 e HIV-2 (PARANÁ, 2012).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DE CASCAVEL/PR

A atenção primária em saúde é definida como atenção essencial baseada em tecnologia e métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitos, tornados universalmente

acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que quanto o país quanto a comunidade possam arcar com cada estágio do seu desenvolvimento. É o primeiro contato dos indivíduos, da família, da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando o acesso a saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL, 2018).

A atenção básica no município é dividida em distritos sanitários, a qual comporta uma população com característica epidemiológica e social e com as suas necessidades e recursos necessárias para atendê-las. E desde 2016 está implantado em Cascavel a modalidade III e assim o atendimento aos usuários se dá por meio de uma equipe multidisciplinar (um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social, dois técnicos de enfermagem e um técnico em saúde bucal. Desse modo, a cidade possui um total de 28 unidades de Equipe Saúde da Família, a qual contém 43 equipes e um total de 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por meio disso conseguindo atender uma boa parte da população (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL, 2018).

O município de Cascavel/Paraná, possui como referência para as gestações de alto risco o Centro de Atendimento Especializado (CAE), o qual possui uma equipe para atendimento dessas pacientes, sendo: três médicos, nutricionistas, serviço social, fisioterapia e enfermagem e por meio desses métodos promover uma melhor qualidade no atendimento para essas pacientes (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL, 2018).

2.3 POPULAÇÃO HAITIANA E O ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Com a imigração desses indivíduos eles necessitam ter um Registro Nacional de Estrangeiro (RNE), o qual permite que esses indivíduos trabalhem e morem no Brasil e para isso, uma forma de obter essa certificação é por meio do nascimento de filhos em território nacional, como previsto na legislação brasileira (SITTA, 2018).

Apesar da necessidade da gestação dessas mulheres para garantir a consolidação da permanência do país de destino por meio da maternidade, essas mulheres começaram a apresentar dificuldades com o sistema de saúde brasileiro. Muitas delas relatando que os profissionais de saúde tratam esses imigrantes com descaso e falta de profissionalismo (SITTA, 2018).

Percebe-se que as gestantes haitianas que residem no Haiti, possuem uma diferença cultural e das condições ofertadas em saúde, em relação ao pré-natal (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018), podendo ser entendido que a possível baixa quantidade de acompanhamentos médicos durante a gestação se deve a problemas do sistema de serviço de saúde brasileiro, mas pode também estar relacionada aos costumes que essa população tem no país de origem.

Foi possível observar em uma análise nos pré-natais dessas mulheres haitianas alguns indicadores importantes que se afastaram do preconizado pela OMS e com isso se evidenciou uma relação direta com o número de pré-natais realizado e crianças com baixo peso ao nascer (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018). Então seguir esses acompanhamentos médicos durante a gestação é de extrema importância para possibilitar que essas crianças ao nascer tenha uma saúde ideal.

Outro fator que ressalta a importância dessa população em fazer o acompanhamento pré-natal, é o problema na saúde reprodutiva dessas mulheres, já que possuem menores índices de uso de métodos contraceptivos e conseqüentemente, maior exposição a doenças sexualmente transmissíveis, maior número de gestações indesejadas, aumento em taxas de aborto espontâneo e também com complicações para o feto, sendo: recém-nascidos com baixo peso ao nascer, índices maiores de mortalidade perinatal e infantil (RAMOS, 2014). Ao se avaliar tudo isso, compreende-se que com o afastamento dessas gestantes do acompanhamento pré-natal, estão expostas a várias doenças específicas da gestação e sem a assistência médica para contornar essas situações, resultam em obstáculos com o decorrer da gestação.

Então, com as consultas pré-natais seria possível promover a atenção básica, por meio da prevenção em saúde onde o foco está voltado no indivíduo e na comunidade, que nesse caso seriam as gestantes haitianas, já que a cura de doenças não é efetiva na vulnerabilidade de populações carentes (ROCHA *et al*, 2020). É perceptível que com as consultas de acompanhamento a gestação dessa população poderia se prevenir muitos impasses.

Por outra visão, outro fator que contribui para um pré-natal diferente do que é preconizado pelas autoridades em saúde é a profunda relação entre os indicadores de saúde como taxas de mortalidade e as variáveis etnias e raça que funcionam como fatores de exclusão social e sanitária (COIMBRA; SANTOS, 2000).

Com isso, é possível observar os principais obstáculos do sistema de saúde que são as desigualdades, promovendo assim desequilíbrio na distribuição da renda entre estados e municípios brasileiros, uma concentração de serviço em cidades grandes e situações de má gestões e corrupções e dessa forma deve-se entender que para a incorporação dos princípios (equidade, universalidade e integridade) deve-se reconhecer que alguns grupos sociais enfrentarão mais dificuldades no acesso aos serviços de saúde além do que já é enfrentada pelo restante da população (SANTOS, 2016).

Ademais, apesar das mulheres gestantes brasileiras já estarem habituadas ao pré-natal no Brasil, percebe-se que grávidas haitianas não estão familiarizadas com o processo, pois no país de origem tem-se uma diferença no sistema de saúde (sendo a doença entendida como uma feitiçaria e entendem que a medicina não é possível de trata-la) e com isso percebe-se que essas mulheres não tem o pré-natal como algo comum, ocorrendo-o de uma forma discordante do que é preconizado pela OMS. Com

isso, essas pacientes tornam-se um alvo de preocupação aos órgãos de saúde, já que se encontram em uma situação mais vulnerável e isso deve atrair a atenção das Equipes de Saúde da Família(ESF), tem-se também a barreira linguística como um limitador dos esforços para o alcance das gestantes ao sistema de saúde (SANTOS, 2016).

3. METODOLOGIA

O estudo em questão se trata de uma análise quantitativa e exploratória a respeito do perfil de pré-natal que as mulheres haitianas desfrutam nas Unidades de Saúde da cidade de Cascavel/PR, por meio de coleta de dados no sistema de prontuário médico eletrônico e consecutivamente avaliados de forma minuciosa e específica.

Foi investigado todas as mulheres de nacionalidade haitiana e que estavam gestantes no ano de 2020, que fizeram acompanhamento pré-natal pelo SUS, com isso podendo se estender a análise desde os anos de 2019, até o decorrer do ano de 2021. Com isso, foi pedido a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devido ao fato de analisar uma grande quantidade de prontuários eletrônicos.

Foi avaliado cento e quarenta e seis (146) prontuários, via prontuário eletrônico, nos quais se observou um grau de dificuldade na coleta dos dados devido a falta de algumas informações. Com isso, para a síntese desse artigo buscou-se avaliar os seguintes dados: idade, escolaridade, estado civil, número de gestações, partos naturais, cesáreas e aborto, presença de comorbidades, a idade gestacional de início de pré-natal, risco gestacional, se realizou exames do primeiro, do segundo ou do terceiro trimestre, se fez as vacinas, qual foi a idade gestacional de término da gestação, qual foi a via de parto e como se deu a resolução dessa gestação. Esses dados foram tabelados em uma planilha do Microsoft Excel e conseqüentemente submetidos a uma estatística para melhor avaliação dos resultados.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos do centro universitário Assis Gurgacz e aprovado pelo CAAE nº 51288721.5.0000.5219.

4. RESULTADOS

Para este estudo foram avaliados 146 prontuários de mulheres de nacionalidade haitiana que fizeram o acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde do município de Cascavel/Pr, onde foi se observado um padrão nessa população.

Primeiramente foi feita uma caracterização na faixa etária das gestantes, segregadas em: até 20 anos, de 21 a 30 anos, de 31 a 40 anos e de 41 até 50 anos de idade, conforme mostrado pela tabela 1. Dessa forma, destaca-se uma prevalência nas gestações de mulheres haitianas sendo: até 20 anos (1%), de 21-30 anos (56%), de 31-40 anos (40%) e de 41-50 anos (3%).

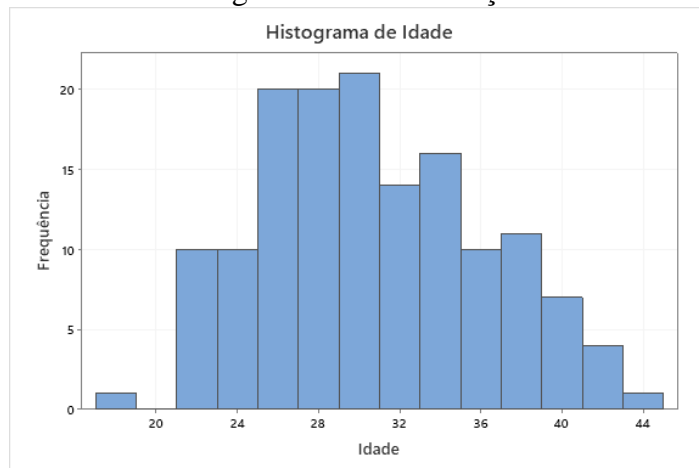
Tabela 1 – Caracterização da faixa de idade das gestantes.

Idade	n	%
Até 20 anos	1	1%
21 - 30 anos	81	56%
31 - 40 anos	58	40%
41 - 50 anos	5	3%

Fonte: o autor.

Então fica nítido uma prevalência de gestação nessa população, no intervalo de idade entre os 21 aos 40 anos de idade, conforma ilustrado pelo gráfico 1.

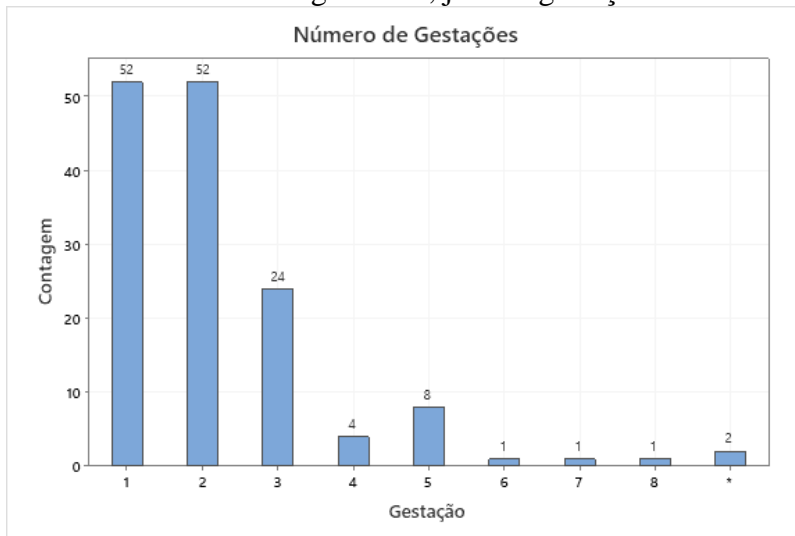
Gráfico 1 – Histograma da estratificação de idade.



Fonte: o autor.

Outro fator que foi analisado e que chamou a atenção é o número de gestações que essas mulheres já passaram, sendo observado a prevalência de uma única gestação (52 mulheres), duas gestações (52 mulheres), três gestações (24 mulheres), quatro gestações (4 mulheres), 5 gestações (8 mulheres), seis gestações (1 mulher), sete gestações (1 mulher) e oito gestações (1 mulher), como mostrado pelo gráfico 2. Então ao se analisar tudo isso, percebe-se bastante prevalência de mulheres, já com uma ou duas gestações anteriores, chegando a uma proporção de 72%.

Gráfico 2 – Número de gestantes, já com gestações anteriores.



Fonte: o autor.

Outro ponto analisado foi a escolaridade dessas pacientes. Obteve-se uma falta de dados expressiva, o que pode comprometer uma percepção mais apurada desta característica e foram tabulados os percentuais, conforme a tabela 2. Então ao se avaliar a distribuição da escolaridade, nota-se uma distribuição considerável já que a maioria dessas pacientes já tem idade superior a 20 anos, assim espera-se que a maioria já estivesse com ensino médio completo.

Tabela 2 – Escolaridade das gestantes haitianas.

Escolaridade	n	%
Infantil	1	1%
Não alfabetizado	26	18%
Ensino Fundamental Incompleto	8	6%
Ensino Fundamental Completo	8	6%
Ensino Médio Incompleto	14	10%
Ensino Médio Completo	29	20%
Superior	2	1%
Não Informado	57	39%

Fonte: o autor.

Os riscos também foram ponto de estudos desse trabalho, no qual também teve vários sem informação, mas os que apresentavam foram tabulados e calculados o percentual de cada risco. Dentre os riscos que apresentavam informações percebeu-se uma grande prevalência em gestações de alto risco, chegando a 23 %; já os de risco intermediário atingiram um total de 4%, e os de risco habitual um total de 10%, além disso obteve-se 63% que não apresentavam informação, conforme a tabela 3.

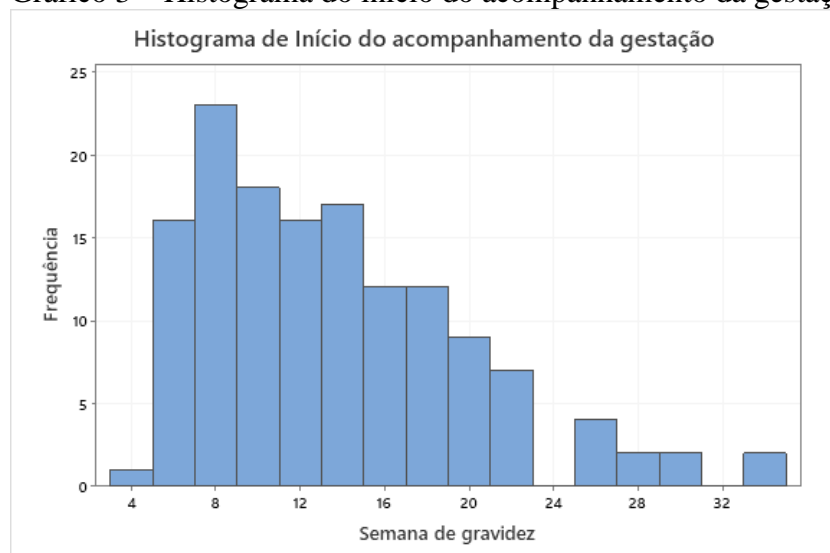
Tabela 3 – Estratificação de risco gestacional.

Risco	n	%
Alto	34	23%
Intermediário	6	4%
Habitual	14	10%
Sem informação	91	63%

Fonte: o autor.

O início do acompanhamento pré-natal tendenciou-se a iniciar até a 14ª semana de idade gestacional, mas percebeu-se números consideráveis após esse período, como foi apresentado pelo gráfico 3. Podendo ser observado um grande número de gestações com o início do acompanhamento ainda durante o primeiro trimestre gestacional.

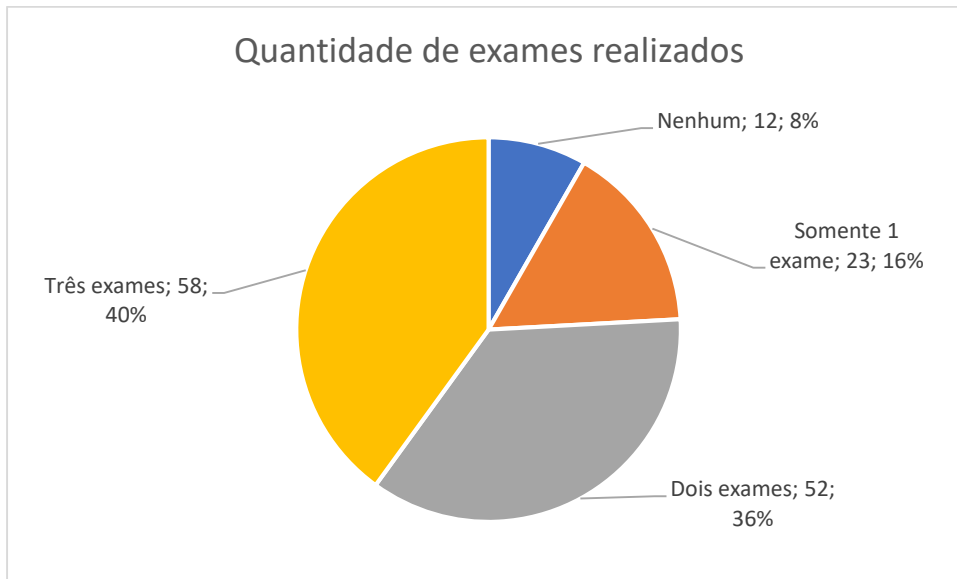
Gráfico 3 – Histograma do início do acompanhamento da gestação.



Fonte: o autor.

Também foi analisado o exames de rotina realizados pelas pacientes nos três trimestres gestacionais, sendo divididos em: realizou somente em um trimestre (16%), realizou em dois trimestres (36%), realizou nos três trimestres (40%) e não realizou nenhum (8%), conforme mostrado pelo gráfico 4. Na média as gestantes realizaram 2 exames de rotina e também vale ressaltar que houveram 48 rotinas de exames que foram realizados de forma tardia (ou seja, no final do trimestre gestacional), entre as 301 rotinas realizadas, proporcionando um valor de 16%.

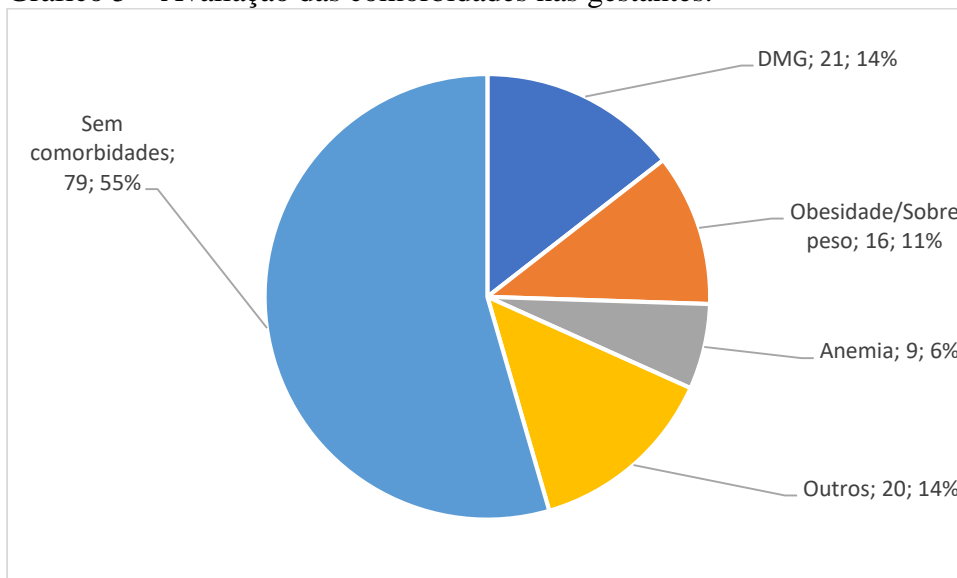
Gráfico 4 – Rotinas de exames realizados.



Fonte: o autor.

Ao se analisar as comorbidades apresentadas pelas gestantes, foi possível atentar-se que um pouco mais das gestantes não tinham comorbidades (55%) e as que tinham comorbidades, teve-se destaque para Diabetes mellitus gestacional (14%), seguido de obesidade (11%), mas também se observou a presença de anemias e outras, como ilustrado no gráfico 5.

Gráfico 5 – Avaliação das comorbidades nas gestantes.



Fonte: o autor.

Quanto as vias de parto, notou-se uma maioria para parto normal com 60% das vias de parto e o parto cesáreo com 40%, como apresentado pelo gráfico 6.

Tabela 4 – Estratificação das vias de parto.

Tipo de parto	n	%
Normal	62	60%
Cesárea	42	40%

Fonte: o autor.

E por fim ao se analisar a resolução das gestações em mulheres haitianas, se obteve os seguintes resultados: 88% dos casos se obteve uma resolução bem-sucedida e 6% dos partos resultaram em óbito, mas também foi possível se observar bastante prontuários sem informações, conforme representado pela tabela 5.

Tabela 5 – Estratificação da resolução dos partos em gestantes haitianas.

Resolução	n	%	% Relativo
Normal	100	69%	88%
Aborto	7	5%	6%
Óbito fetal	5	3%	4%
Óbito do Recém nascido	2	1%	2%
Sem informações	31	21%	-

Fonte: o autor.

5. DISCUSSÃO

Neste estudo, foi se observado então uma maior prevalência de gestações em mulheres haitianas na janela de idade entre os 21 aos 40 anos (representando um total entre os 21 aos 30 anos de 50% e entre os 31 aos 40 anos 46% das amostras). Sendo assim, percebe-se uma grande quantidade de mulheres gestantes após os 30 anos de idade, a qual devem fazer a procura pelo atendimento pré-natal como preconizado pelas autoridades em saúde, já que durante esse período pode haver impecilios na gestação, resultando em prejuízos para a paciente e ao feto gerado. Porém percebe-se uma diferença cultural e nas condições de saúde ofertadas no país de origem que alteram a procura por essa assistência.

Outro fator analisado é quanto a escolaridade dessas Haitianas, onde foi possível notar uma distribuição considerável na escolaridade já que a maioria delas já tinham mais de 20 anos, logo se esperaria que a maioria estivesse com o ensino médio completo, mas ao analisar todas as amostras identificou-se que apenas 20% dessas mulheres continham esse grau de conhecimento, isto posto, altera na busca pelo atendimento de pré-natal conforme preconizado pela OMS.

Conforme afirmado por Santos (2016), identifica-se que as grávidas brasileiras já estão acostumadas com a busca do atendimento pré-natal, de outra forma que as gestantes haitianas não estão familiarizadas com esse processo, pois no país de origem tem-se uma diferença na organização

do sistema de saúde e assim essas mulheres não tem o pré-natal como algo comum ocorrendo de uma forma discordante do que é indicado pelas autoridades mundiais em saúde. Em função disso isso se torna um alvo de preocupações aos órgãos de saúde, pois se encontram em uma situação vulnerável. Também existe a barreira linguística como um fator limitador dos esforços para alcançar essa população ao Sistema de Saúde Brasileiro.

Foi explorado a estratificação de risco da gestação, onde se tinham dados para se fazer a análise, a maior parte se distribui em alto risco (23%). Acredita-se que o que pode ter resultado nessa associação e levado a essa classificação, foi em que período em que essas gestantes iniciaram o acompanhamento, que conforme estudado teve uma prevalência de iniciar em média na 14^a semana de gestação, ou seja, iniciando a partir do 2 trimestre, de outra forma se identificou pacientes que iniciaram esse atendimento no final do segundo trimestre ou no decorrer do terceiro, o que tende a impactar na prevenção e promoção da saúde.

Quanto aos exames realizados dentro dos três trimestres, tem-se que 76% de gestantes com no mínimo duas rotinas, sendo eles distribuídos de forma não ordenada, além de que, foram realizados 46 exames de rotinas de forma tardia, dentro dos 301 das amostras, resultando um total de 16% e isso acaba por impactar no diagnóstico das comorbidades de forma tardia e consequentemente no tratamento e no risco gestacional, tendendo a ter um aumento notável, além de riscos para o concepto.

Já quanto as comorbidades, percebeu-se um pouco mais da metade das gestantes sem patologias gestacionais (55%). Das que tiveram patologias foi observado com maior evidência o Diabetes Mellitus Gestacional, tendo um total de 14% dentro da amostra, seguido de obesidade e sobrepeso, tendo um total de 11% e anemia 6%. Com isso, fica possível identificar a importância que se tem em diagnosticar e tratar precocemente essa população, já que 45% dessas pacientes apresentaram algum tipo de patologia que como visto aumentou o risco nessa gestação e consequentemente evoluir para algum comprometimento materno e/ou fetal.

Em relação as vias de parto, verificou-se que a maioria, 60% deles se deram por via vaginal/normal e só 40% deles evoluíram para cesárea. Sendo que esses que evoluíram para cesárea, se deu pelo motivo de chegar ao tempo máximo de gestação e sem a paciente entrar em trabalho de parto e então sendo encaminhada ao serviço de obstetrícia.

E por fim, a resolução dessas gestações: dentro dos dados que se tinham, percebeu-se que a maioria se deu de forma tranquila (88%), 6% evoluiu com o aborto, 4% com óbito fetal e 2% com óbito do recém-nascido. Então, apesar de todos os fatores que tendenciavam a serem gestações de riscos, tanto pelo risco, pelo número de rotinas feitas e pelo grau de comorbidades se teve, as resoluções das gestações se deram de forma boas.

6. CONCLUSÃO

Contudo, apesar das dificuldades em coletar os dados decorrentes da falta de informação nos prontuários médicos, os resultados demonstram a importância em se ter uma melhor abordagem no pré-natal para as mulheres haitianas, pois essa população não possui uma boa escolaridade e isso acaba por interferir na procura pelo atendimento por essas pacientes.

Esse estudo se propôs a estudar o perfil de pré-natal que essas imigrantes têm, já que esses valores podem interferir nas estatísticas de saúde do país. Com isso, com base nos dados expostos acima, é possível se afirmar que a resolução das gestações se deu com bom resultado e os partos se dando de forma normal, apesar de se ter uma grande quantidade de complicações no decorrer da gravidez, como: grande parte das gestações estratificadas em alto risco, grande fluabilidade nas rotinas de exames, sendo que somente 40% das amostras efetivou as três rotinas durante o pré-natal. Além do mais a presença de comorbidades durante a gravidez, totalizando 45% das amostras e isso destaca a quantidade de eventualidades que ocorrem no decorrer das gestações dessa população.

Conclui-se então, que quando uma gestante haitiana busca pelo serviço de saúde a fim de fazer o acompanhamento pré-natal as equipes de saúde devem acolher ela, com a finalidade de se ter um pré-natal conforme preconizado pelas autoridades em saúde e com isso reduzir os impasses que esse período na vida da paciente pode vir a desenvolver.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, P. K.; 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**. v., n. 2, p. 84-92, 2005.

BARROS, F. C.; BHUTTA, Z. A.; BATRA, M.; HANSEN, T. N.; VICTORIA, C. G.; RUBENS, C. E. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effective of interventions. **BMC Pregnancy Childbirth** v. 10, sup. 1, 2010.

BATISTA, D. R. R.; GUGELMIN, A. S.; MURARO, A. P. Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. Recife, 2018.

BEANINGER, R.; PERES, R.; FERNANDES, D.; SILVA, A. S.; ASSIS, G. O.; CASTRO, M. C. G.; COTINGUIBA, M. P. (orgs.). **Imigração haitiana no Brasil**. Jundiaí (SP): Paco Editorial; 2017

CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity, na overview of the evidence. **Paediatr perinat epidemiol**. v. 15, suppl 1, p. 1-42, 2001.

COIMBRA, CE.; SANTOS, RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.125-132, 2000.

COIMBRA, L. C, *et al.* Fatores associados à inadequação do uso de assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública** v. 37, p. 456-62, 2003.

COUTINHO T.; MONTEIRO, M. F. G.; SAYD, J. D.; TEIXEIRA, M. T. B.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Rev Bras Ginecol Obstet** v. 32, p. 563-9, 2010.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Indicadores e dados básicos - Brasil, 2012.** IDB-2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>, acessado em 18/05/2021.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública** v. 28, p. 425-37, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**, 2002. Brasília, DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5)

MORAES, I. A.; ANDRADE, C. A. A.; MATTOS, B. R. B. A imigração haitiana para o Brasil: causas e desafios. **Rev Conjuntura Austral**. v. 4, n. 20, p. 95-114, 2013.

OMS, **Recomendação da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva**, Genebra, Suíça, 2018.

RAMOS, N. G. Identidade e maternidade na diáspora. *In: A Vez e a Voz da Mulher: Relações e Migrações.* VI Congresso Internacional, Anais: “A Vez e a Voz da Mulher”. Coordenado por Rosa Maria Neves Sima. Ponta Delgada, Portugal, 2014;

RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant** v. 8, p. 401-10, 2008.

ROCHA, A. S. P. S.; CUNHA, T. R.; GUIOTOKU, S.; MOYSÉS, S. T. Acesso de imigrantes haitianos à saúde pública: uma questão de bioética. **Revista de Bioética**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/TJWBxqNgHvF6NCCM7zMSP9b/?lang=pt>, acessado em 25/05/2021

PARANÁ. **Linha guia, rede mãe paranaense.** 2012. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guiia.pdf, acessado 28/05/2021.

RODRIGUES, A. R. M.; CAVALCANTE, A. E. S.; VIANA, A. B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006 – 2017: análise temporal. **Revista tendências da enfermagem profissional**, 2019.

SANTOS, F. V. **A inclusão de imigrantes internacionais nas políticas de sistema de saúde brasileira: o caso dos haitianos no Amazonas.** Scielo, 2016.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL. **Plano municipal de saúde 2018-2020.** 2018. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/12042018_planomunicipalsaude_livreto.pdf, acessado em 28/05/2021.

SITTA, J. T. **Posições sociais e maternidade no percurso migratório de mulheres haitianas residentes em Cambé - 2017.** 2018. Monografia. (Graduação em Ciências Sociais) Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública** v. 30, suppl 1, 2014.