



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Migração e repercussões na cobertura e desigualdades em intervenções de saúde materno-infantil: uma análise do Haiti e República Dominicana

Roberta Bouilly

Pelotas

2019

Roberta Bouilly

Migração e repercussões na cobertura e desigualdades em intervenções de saúde materno-infantil: uma análise do Haiti e República Dominicana

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Orientador: Prof. Fernando C. Wehrmeister

Coorientadora: Dra. Giovanna Gatica-Domínguez

Pelotas

2019

B762m Bouilly, Roberta

Migração e repercussões na cobertura e desigualdades em intervenções de saúde materno-infantil: uma análise do Haiti e República Dominicana. / Roberta Bouilly; orientador Fernando Wehrmeister. – Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2019.

135 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pelotas; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2019.

1. Epidemiologia 2. Migração Humana 3. Equidade I. Título.

CDD 614.4

Ficha catalográfica: M. Fátima S. Maia CRB 10/1347

Roberta Bouilly

Migração e repercussões na cobertura e desigualdades em intervenções de saúde materno-infantil: uma análise do Haiti e República Dominicana.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas - UFPel, como requisito parcial para obtenção do título Mestre em Epidemiologia, como requisito parcial, para obtenção de grau de Mestre em Epidemiologia.

Data da Defesa: 1 de fevereiro de 2019

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Fernando César Wehrmeister (Orientador)
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Helen Gonçalves
Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Bruno Nunes
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Dedico este trabalho à minha querida família

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, eu quero agradecer a Deus pela saúde e força que ele me deu para poder seguir na frente para realizar meus sonhos.

Ao Prof. Fernando C. Wehrmeister, meu orientador, por sua paciência e sua dedicação para me ensinar e orientar na elaboração desse trabalho.

À Dra. Giovanna Gatica-Domínguez minha co-orientadora por sua orientação, auxílio e compreensão.

Minha gratidão ao responsável da Equidade Prof Cesar Gomes Victora e Prof Aluísio J. D. Barros pela gran oportunidade de fazer parte da equipe.

À Universidade Federal de Pelotas (UFPel), pela oportunidade de realizar um curso de Pós-graduação em epidemiologia.

A Dra Marilia Mesenburg, Luis Paulo Vidaletti Ruas e a Fatima Maia, por suas disponibilidades para esclarecer minhas dúvidas e transmitir conhecimentos.

A Cintia Borges pelos lindos gráficos.

A todos os membros da Equidade pela amizade.

Aos professores da banca examinadora por suas contribuições e sugestões.

Aos professores do programa de Pós-Graduação, aos monitores, aos meus colegas de mestrado, pelos momentos compartilhados nas disciplinas e na pesquisa.

Aos amigos brasileiros e estrangeiros (especialmente aos meus compatriotas haitianos), pela força que me deram para seguir na frente.

A família de Dr Gary Joseph pela orientação antes e depois da minha chegada no Brasil.

A toda minha família e meu esposo Dr Guano Vilfort pelo amor e apoio a pesar da distância.

A todo o equipe do Centro de Pesquisas Epidemiológicas especialmente ao pessoal da Secretaria do Programa de Pós-Graduação e da Comunicação, pela amabilidade.

À Wellcome Trust e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos.

Enfim, a lista é grande, eu quero agradecer a todas as pessoas citadas ou não citadas que me ajudam de forma direita ou indireita a entender e aprender o

português. A todos nos momentos difíceis que me incentivam a chegar até o fim da trajetória sem esquecer a Mariana Xavier e Elma Izze Magalhaes.

Vocês são incríveis!

Muito Obrigada!

“O Fácil se faz logo, o difícil demora um pouco, o impossível entrega nas mãos de Deus, porque para Ele tudo é possível.”

(Autor desconhecido)

Resumo

Roberta Bouilly. **Migração e repercussões na cobertura e desigualdades em intervenções de saúde materno-infantil: uma análise do Haiti e República Dominicana.** Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

A presente dissertação foi elaborada ao longo do curso de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) sob a orientação do Professor Fernando C. Wehrmeister e coorientação da Dra Giovanna Gatica-Domínguez. O projeto de pesquisa iniciou no mês de agosto de 2017 e a dissertação foi concluída no mês de dezembro de 2018. As análises foram desenvolvidas no Centro Internacional de Equidade em Saúde (*International Center for Equity in Health* – ICEH) utilizando dados de inquéritos padronizados de DHS e MICS realizados em países de baixa e média renda. Com o objetivo de comparar indicadores de saúde materno-infantil em haitianas (imigrantes na RD ou residentes no país) e dominicanas. Foram comparados nove indicadores de cobertura: demanda satisfeita por planejamento familiar (DFPSm), número de consultas pré-natais (ANC4), atendimento ao parto por profissional qualificado (SBA), vacinação de crianças (BCG, sarampo e DPT3), uso de soro de reidratação oral para diarreia (SRO), busca por cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda (CAREP) e um índice composto de cobertura ¹. Os resultados sugerem que as coberturas foram menores para DFPSm, ANC4, SBA, CAREP, CCI e maior para SRO entre as residentes haitianas enquanto as imigrantes haitianas tiveram menor cobertura na DPT3, SRO e maior busca por cuidado para infecção respiratória. Em caso das desigualdades, as haitianas apresentam maiores desigualdades por nível de riqueza e local de residência, enquanto as dominicanas apresentam menores, com padrão geralmente pró-rico e pró-urbano. A maior cobertura de intervenções de saúde materna e infantil encontrada nas imigrantes haitianas do que as residentes haitianas, expressam uma maior disponibilidade de serviços à saúde para estas, em seu novo país de residência. Conforme o regimento do Programa, o volume completo está composto por cinco itens: 1) o projeto de Pesquisa redigido durante as disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV no ano de 2017, 2) as modificações do projeto apresentam as principais alterações que originaram o artigo, 3) o relatório do

trabalho de campo abarcam um resumo do trabalho realizado como bolsista do ICEH, bem como as etapas de planejamento de trabalho de campo e coleta de dados realizadas através do Consórcio de Pesquisa do mestrado, 4) o artigo original contém os principais resultados do estudo, a ser submetido ao periódico “Cadernos de Saúde Pública” e a comunicação para a imprensa apresentando os principais resultados da pesquisa para divulgação na mídia.

Palavras-chave: migração; saúde materno-infantil; pré-natal; vacinação; inquéritos dos dois países.

Abstract

Roberta Bouilly. **Migration and coverage and inequalities in maternal and child health: an analysis from Haiti and Dominican Republic.** Dissertation (Master in Epidemiology) - Graduate Program in Epidemiology, Faculty of Medicine, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2019.

The present dissertation was elaborated during the master's degree program in the Postgraduate Program in Epidemiology (PPGE) of the Federal University of Pelotas (UFPel) under the guidance of Professor Fernando C. Wehrmeister and co-orientation of Dr. Giovanna Gatica-Domínguez. The research project began in August 2017 and the dissertation was completed in December 2018. The analyzes were developed at the International Center for Equity in Health (ICEH) using data from standardized DHS and MICS in low- and middle-income countries. With the objective of comparing indicators of maternal and child health in Haitians (immigrants in the DR or residents of the country) and Dominican women. Nine indicators of coverage were compared: satisfied demand for family planning (DFPSm), number of antenatal consultations (ANC4), skilled birth attendance (SBA), vaccination of children (BCG, measles and DPT3), use of oral rehydration salts for diarrhea (ORS), seek for care for suspected acute respiratory infection (CAREP), and a composite coverage index ¹. The results suggest that the coverages were smaller for DFPSm, ANC4, SBA, CAREP, CCI and higher for ORS among Haitian residents while Haitian immigrants had lower coverage in DPT3, ORS and greater search for respiratory infection care. In the case of inequalities, Haitians present greater inequalities by level of wealth and place of residence, while Dominican women have smaller ones, with a generally pro-rich and pro-urban pattern. According to the program's regulations, the complete volume is composed of five items: the Research project, the project modifications, the fieldwork report, the original article and the press release.

Keywords: migration; maternal and child health; prenatal; family planning; vaccination; the two countries.

Sumário

I PROJETO DE PESQUISA.....	15
1 Introdução.....	20
1.1 Migração.....	20
2 Contexto do Estudo	24
2.1 História da imigração haitiana na República Dominicana.....	24
2.2 Presença de mulheres na imigração	26
2.3 Saúde materno infantil nos residentes do Haiti	26
2.4 Saúde materno infantil nos residentes da República Dominicana	28
2.5 Saúde materno infantil nos imigrantes haitianos residentes na República Dominicana.....	29
3 Revisão de literatura.....	30
3.1 Principais resultados.....	32
3.2 Crítica aos artigos da revisão de literatura.....	43
4 Justificativa	45
5 Modelo Conceitual.....	47
6 Objetivo Geral:.....	51
7 Objetivos Específicos:	51
8 Hipóteses	52
9 Material e métodos	53
9.1 Delineamento do Estudo	53
9.2 Justificativa do delineamento	53
9.3 População-alvo.....	53
9.4 População Externa	54
9.5 Critérios de inclusão.....	54
9.6 Critérios de exclusão específicos por indicador:	54
9.7 Definição operacional dos desfechos principais	55
9.7.1 <i>Demanda de planejamento familiar satisfeita</i>	55
9.7.2 <i>Número de consultas pré-natais</i>	55
9.7.3 <i>Atendimento ao parto por profissional qualificado</i>	55
9.7.4 <i>Cobertura para imunização</i>	56
9.7.5 <i>Busca de cuidado para sintomas de infecção respiratoria aguda</i> 56	
9.7.6 <i>Uso de soro de reidratação oral para diarreia</i>	56
9.7.7 <i>Índice composto de cobertura</i>	56

9.7.8 Definição operacional da exposição principal	57
9.8 Variáveis para determinar as características da população	57
9.8.1 Índice de Riqueza.....	57
9.8.2 Escolaridade Materna	58
9.8.3 Idade materna	58
10 Limitações do estudo	59
11 Amostragem.....	60
11.1 Cálculo de Poder do Estudo	60
11.1.1 Quadro 1. Cálculo de poder para indicadores relacionados à saúde da mulher.....	60
11.1.2 Quadro 2. Cálculo de poder para indicadores relacionados a vacinação.....	61
11.1.3 Quadro 3. Cálculo de poder para indicadores relacionados ao manejo de doenças.....	62
12 Análise de dados	63
13 Questões éticas.....	64
14 Divulgação dos resultados	64
15 Financiamento	64
16 Cronograma.....	64
Referencias.....	65
II MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO ORIGINAL	70
III RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO.....	72
1 CENTRO INTERNACIONAL DE EQUIDADE EM SAÚDE	73
2 CONSÓRCIO DE PESQUISA “SAÚDE UNIVERSITARIA – PESQUISA SOBRE A AVALIAÇÃO DA SAÚDE DOS INGRESSANTES EM 2017/1 DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, RS”	76
1 INTRODUÇÃO	76
2 COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO	78
2.1 Elaboração do projeto de pesquisa que reuniu todos os estudos	78
2.2 Elaboração do questionário e manual de instruções	78
2.3 Gestão do banco de dados.....	79
2.3 Comunicação e Divulgação	79
Figura 1. Versões do logotipo do consórcio 2017/2018.....	80
2.4 Logística	80
2.5 Remanescentes	81
2.6 Financeiro	81
2.7 Elaboração de relatórios.....	82
3 QUESTIONÁRIO	82

3.1	Teste de acuidade visual	83
4	MANUAL DE INSTRUÇÕES	84
5	CÁLCULO DO TAMANHO DE AMOSTRA E CENSO	84
6	ESTUDOS PRÉ-PILOTO E PILOTO.....	85
7	TRABALHO DE CAMPO	86
8	CONTROLE DE QUALIDADE	88
9	RESULTADOS GERAIS	88
10	ORÇAMENTO	94
11	CRONOGRAMA	95
12	REFERÊNCIAS.....	97
IV	ARTIGO ORIGINAL	98
V	NOTA PARA IMPRENSA.....	Erro! Indicador não definido.
VI	Anexos	130

I PROJETO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

PROJETO DE DISSERTAÇÃO

Imigração e saúde materno infantil: uma análise de dois países caribenhos

Mestranda: Roberta Bouilly

Orientador: Prof. Fernando C. Wehrmeister

Coorientadora: Dra. Giovanna Gatica-Domínguez

Pelotas

2017

Lista de siglas

ABEP: Associação brasileira de empresas de pesquisa

ANC4: Número de consultas pré-natais

BCG: Imunização para o Bacillus Calmette-Guérin

CAPES/PROEX: Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal no Nível Superior

CAREP: Busca de cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda

CCI: Índice composto de cobertura

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CPE: Centro de Pesquisas Epidemiológicas

DFPSm: Demanda satisfeita por planejamento familiar

DHS: Pesquisas Demográficas e de Saúde

DPT3: Três doses de imunização contra difteria, tétano e pertussis (coqueluche)

EMMUS: Pesquisa de Mortalidade, Morbidade e Utilização

EUA: Estados Unidos

FAMED: Faculdade de Medicina

IC: Intervalo de confiança

ICEH: Centro Internacional de Equidade em Saúde

ID: Identificador

MICS: Pesquisas de Agrupamento de Indicadores Múltiplos

MSPP: Ministério de Saúde Pública e da População

ODS: Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

OMS: Organização Mundial da Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

PIB: Produto Nacional Bruto

pp: Pontos percentuais

PPGE: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

RD: República Dominicana

SBA: Atendimento ao parto por profissional qualificado

SII: Índice absoluto de desigualdade

SRO: Soro de reidratação oral para diarreia

TCLE: Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPEL: Universidade Federal de Pelotas

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Indicadores de cobertura em mulheres e crianças haitianas, imigrantes haitianas na República Dominicana e dominicanas. Haiti DHS 2012 e República Dominicana MICS 2014.....120

Figura 2 – Saúde das mulheres, vacinação e manejo da doença nas crianças haitianas residentes no Haiti, imigrantes haitianas na República Dominicana e dominicanas estratificadas pelo índice de riqueza. Haiti DHS 2012 e República Dominicana MICS 2014121

Figura 3 – Saúde das mulheres, vacinação e manejo da doença nas crianças haitianas residentes no Haiti, imigrantes haitianas na República Dominicana e dominicanas estratificadas pelo índice de riqueza. Haiti DHS 2012 e República Dominicana MICS 2014.....123

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Cronograma previsto para realização e conclusão da pesquisa

.....62

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas e de saúde do Haiti e da República Dominicana.....121

Tabelas suplementares125-132

1 Introdução

1.1 Migração

A migração envolve o movimento espacial das pessoas. Uma pessoa migrante é aquela que se estabelece numa nova residência, permanente ou temporalmente, diferente daquela em que habitualmente vivia, mudando assim de endereço dentro da mesma cidade ou país ². Se sabe que os migrantes possuem a tendência de se deslocar, principalmente, para áreas povoadas próximas, onde muitas pessoas compartilham seu idioma e origem étnica ³.

Existem dois tipos de migração: voluntária, quando as pessoas cruzam um limite geográfico ou político voluntariamente. No caso da migração voluntária, a pobreza é um dos principais determinantes da migração, já que motiva às pessoas na procura de melhores condições de vida ⁴. Neste cenário, forçada ou involuntária, quando as pessoas são forçadas a deixar suas moradias e procurar refúgio em outro lugar, devido a desastres naturais ou ocasionados pelo homem (e.g., fome, projetos de desenvolvimento, contrabando, entre outros). Dentro dos migrantes forçados estão os refugiados, que migram porque são perseguidos por razões de raça, religião, nacionalidade, pertença a um determinado grupo social ou opinião política ².

Além da divisão exposta anteriormente, podemos classificar o processo migratório em imigração e emigração. A imigração é o movimento de entrada de estrangeiros em um país de forma temporária ou permanente e a emigração é a saída de indivíduos do país ⁵. A imigração é associada à mobilidade humana, justificada e motivada, principalmente por situações econômicas, políticas ou humanitárias ⁶. É considerada uma das mais complexas situações vivenciadas pelas sociedades no mundo contemporâneo, devido a alguns países não estarem preparados para receber e fornecer condições de saúde ideais para os imigrantes, que na procura de melhores oportunidades de trabalho imigram, principalmente, de países de baixa renda para países de renda alta ⁷.

É importante ressaltar que os indivíduos que saem do seu país à procura de uma vida melhor, nem sempre a encontram. Independentemente do motivo pelo qual as pessoas imigram, essa mudança pode impactar negativamente na saúde física e mental destas pessoas ⁸. Dependendo do lugar ou das condições de imigração, os imigrantes se deparam com diferenças linguísticas e culturais, com alto custo dos serviços de saúde, podem sofrer discriminação, falta de seguro médico ou até mesmo a falta de conhecimento sobre direitos de saúde que dificultam o acesso aos cuidados em saúde ⁸. Além disso, podem carecer de aspectos básicos para viver com dignidade, como o acesso limitado a água potável, alimentos adequados e suficientes e eletricidade. Estas condições precárias, podem aumentar a susceptibilidade dos imigrantes a doenças infecciosas, sendo ainda mais exacerbada pelo acesso limitado à cobertura de seguro médico, a serviços de saúde de qualidade e baixos salários familiares ⁹. Entretanto, a imigração pode impactar positivamente. Muitos conseguem atingir um aumento nas condições de vida, aprendem outras culturas até mesmo superar as barreiras linguísticas, adquirem novas experiências e tiram o melhor proveito deles no ambiente pessoal e profissional ¹⁰. Em termo de saúde também, pode resultar em uma mudança positiva. Alguns imigrantes encontram um melhor cuidado de saúde e melhores condições de vida, do que em seus países de origem, sobretudo quando a migração é de países de baixa renda para países de alta renda ^{7, 11}.

Entre a população que imigra para outro país, as mulheres e as crianças podem ser consideradas as mais vulneráveis ¹². Em relação aos homens, estes dois grupos sofrem mais discriminação, exploração e violência, incluindo abuso sexual ¹². Em alguns casos, a saúde das mulheres imigrantes pode ser melhorada devido a sua integração em um sistema de saúde melhor no país que elas passam a residir ⁷. No entanto, as mulheres podem ter deterioração da saúde sexual e reprodutiva ¹², especialmente menor número de consultas pré-natais e pior atendimento qualificado ao parto. Além disso, as mulheres tendem a ser discriminadas, por ser mulheres e por ser não residentes daquele país para o qual imigraram ⁷. No caso das mulheres que não possuem a documentação do país para o qual imigram, são mais vulneráveis ainda por serem mais propensas a enfrentar riscos socioeconômicos como pobreza,

desemprego e, consequentemente, menos capacidade individual e institucional para resolver esses problemas ¹².

De acordo um relatório de mapa migratório da América Latina e do Caribe, de mulheres e gênero que foi realizada em 2013, 20 milhões de latino-americanos e caribenhos vivem fora de seu país de nascimento, quase equivalendo a mais de 10% dos imigrantes internacionais no mundo ¹² com uma tendência de feminização quantitativa ¹³. Este fluxo migratorio é motivado pela demanda de trabalho e problemas das condições de vida em muitos desses países e também influem por os avanços na tecnologia da informação e as comunicações sobre oportunidades distantes ¹³. Nos planos e políticas de saúde deveriam ser considerada as mulheres imigrantes.

A imigração de haitianos para a República Dominicana é dos fluxos migratórios mais destacados na América Latina e do Caribe ¹². Haiti e República Dominicana são dois países do Caribe que compartilham a fronteira e têm um importante e constante fluxo migratório ¹⁴, desde a fundação de ambas repúblicas ¹⁵. Este fluxo de pessoas ocorre há muito tempo devido à múltiplas causas ¹⁴. No princípio, os haitianos migravam para a República Dominicana sob contratos para realizar trabalhos agrícolas por tempo determinado ¹⁶. Os que efetivavam de forma permanente a sua contratação permanente e aqueles que permaneciam residindo no país independente da situação laboral, de dirigiam aos *bateyes* ¹⁹. No ano 2016, dos imigrantes na República Dominicana, quase a totalidade (88%) provêm do Haiti. A população imigrante é predominantemente masculina (64,4 por cento) ¹⁷.

Em geral, a maioria dos imigrantes voluntários está em melhor estado de saúde do que os moradores de seu país de origem, pois as pessoas saudáveis têm maior oportunidade para imigrar. Isto pode acontecer mais frequentemente quando o fluxo imigratório é de países de renda inferior para um país de uma renda maior ⁷. Embora alguns imigrantes podem ser, no início, relativamente mais saudáveis em comparação com os residentes do país anfitrião, eles tendem a ser mais vulneráveis a certas doenças transmissíveis, riscos para a saúde ocupacional, lesões, má saúde mental, diabetes mellitus e

¹ Um batey (bateyes, plural) é um campo de favelas onde vivem os cortadores de cana-de-açúcar e se encontram apenas em Cuba e na República Dominicana.

problemas de saúde materno infantil (como os principais causas direitas de morbidade e mortalidade desse grupo tal: hémorragias, infecções, hipertensão arterial, doenças infecciosas) ¹⁸. Por isso, com o aumento da duração da estadia e do status geracional, o estado de saúde dos imigrantes pode piorar ^{18, 19}.

Ademais, sabe-se que a associação entre o estado da imigração e a saúde varia de acordo com o desfecho em saúde e o subgrupo de população em questão. Por exemplo, a mortalidade materna é maior entre os imigrantes do que nativos de diversas populações ¹⁹. Então, o efeito resultante da mudança de residência na saúde do imigrante é determinado pelas condições em que a migração ocorreu, a extensão da integração na sociedade hospedeira, o status social do imigrante no país anfitrião e as condições de saúde no país anfitrião (i.e., doenças prevalentes) ⁷. Roberts et al (2003) ²⁰ apontaram que os caminhos pelos quais a migração contribui para os desfechos de saúde são complexos e envolvem muitos mecanismos que podem ser de natureza biológica, social e cultural. Além disso, a complexidade também inclui as atitudes e recepção dos nativos em relação aos migrantes.

Apesar da imigração permanente entre Haiti e República Dominicana, pouco se conhece sobre como este fenômeno impacta na saúde reprodutiva, materna e infantil desta população. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é avaliar a situação das mulheres e crianças imigrantes, provenientes do Haiti que residem na República Dominicana, em termos de saúde materno-infantil.

2 Contexto do Estudo

2.1 História da imigração haitiana na República Dominicana

Haiti e República Dominicana compartilham uma fronteira de 380 km²¹,²². Entre os países há uma imigração importante e dinâmica de haitianos para a República Dominicana que ocorre há muito tempo devido à instabilidade política, situação econômica precária persistente e catástrofes naturais⁶. Para alguns autores, os haitianos começaram a migrar para o território dominicano nos dias que antecederam a fundação de ambas repúblicas¹⁵. Para outros, a imigração haitiana na República Dominicana começou especificamente durante a ocupação americana de 1916, quando os militares assumiram o controle da economia dominicana^{6, 16}.

No início, os haitianos migravam para a República Dominicana para realizar, essencialmente, trabalhos agrícolas sob contrato por tempo determinado²³. Os proprietários de fazendas da República Dominicana notificaram, ao governo dominicano, o número de trabalhadores que eles precisavam para a temporada. Após, o governo da República Dominicana contata o governo haitiano para enviar seus habitantes aptos para o trabalho²⁴,²⁵, especialmente por esta força de trabalho ser considerada menos onerosa²⁵. Tais contratados recebiam um cartão de identidade que expirava no final do contrato de trabalho; no caso de permanecerem no país depois desse período, a situação migratória se tornava irregular^{6, 24}. Esses haitianos sofreram discriminação sociopolítica e tiveram acesso negado a documentação legal do país⁹ e não estaram protegidos pelo Código do Trabalho na República Dominicana, nem por qualquer outra disposição legal²⁵. Alguns imigrantes haitianos tiveram contratação permanente e seus descendentes se integraram aos *bateyes*²⁶. Os *bateyes* são agrupamentos de moradias precárias, locais caracterizados pela ausência de serviços básicos, tais como abastecimento de água potável, instalações sanitárias para higiene, energia elétrica, sistema de drenagem de águas pluviais e serviços de saúde²⁵.

De 1930 até 1961, durante a ditadura do presidente dominicano Leonidas Rafael Trujillo, se consolidou uma ideologia anti-haitiana,

considerando que a imigração haitiana é uma estratégia de reocupação do território de seu país. Em outubro de 1937, foi ordenado pelo presidente da República Dominicana o massacre da população de origem haitiana que residia no território dominicano, particularmente os que moram ao longo da fronteira entre a República Dominicana e Haiti, em as propriedades agrícolas ²⁵. Apesar do contexto histórico desfavorável á imigração, até hoje em dia, os haitianos continuam imigrando para a República Dominicana por problemas familiares, desemprego, pobreza, desastres naturais, terremotos, etc ²⁵. O número de imigrantes com visto permanente cresceu de 17,3%, em 2000, para 38,6% entre 2010 e 2012. Este número elevado em 2012 deve-se, em parte, ao terremoto que destruiu uma grande parte da infraestrutura do Haiti em 2010, deixando milhares de pessoas desamparadas e mortes ²³.

Em geral, a população imigrante haitiana na República Dominicana é composta por três grupos: (1) um pequeno grupo de legais e documentados, (2) uma grande comunidade de residentes de longa duração nascidos no Haiti legais e ilegais, e (3) uma população de trabalhadores haitianos temporários legais ²³. Os haitianos estão dispersos em várias regiões e departamentos da República Dominicana, mas a maioria reside nos *bateyes*. Em 1996 e 1999, os imigrantes, com medo de serem deportados, se refugiaram em tais localidades ²⁶. Existem cerca de 400 *bateyes* dispersos no território dominicano ²⁷, mas as condições de vida nessas localidades estão entre as piores do país, em termos de infra-estrutura, educação e saúde. Os imigrantes haitianos destas localidades mantêm as suas tradições, como a língua originária (*creole*) e a religião Voodoo.

Um estudo em 2010, relatou que entre os imigrantes haitianos, quase 75% deles imigraram para os Estados Unidos da América. Cerca de 10% imigraram para o Canadá, e uma proporção muito semelhante de haitianos imigraram para República Dominicana ²¹. Em 2015, de todos os imigrantes na República Dominicana 87,9% eram haitianos. Desses, 84,3% eram moradores da zona urbana e 94,3% eram da zona rural. Eles também eram maioria de homens (89,8%) e de mulheres (79,0%). Em relação ao nível socioeconômico, 98,9% dos haitianos eram de muito baixo nível, 96,2% de baixo nível, 85,3% de

médio-baixo, 85,4% de médio, 54,5% médio alto e apenas 12,2% eram de alto nível²⁸.

2.2 Presença de mulheres na imigração

No final da década de 1980, os movimentos migratórios para República Dominicana sofreram muitas transformações, devido a diferentes fatores econômicos e sociais^{6, 24}.

Desde que começou a imigração de haitianos para a República Dominicana, as mulheres haitianas sempre estiveram presentes na imigração para o país vizinho. Elas costumavam vir como companheiras da força de trabalho masculina, habitando os *bateyes* e tinham baixos níveis de escolaridade e mostraram uma alta taxa de analfabetismo²¹. A percentagem de mulheres haitianas nos *bateyes* em idade reprodutiva, em 1991 foi quase a mesma em 2005, 67,2%¹⁴. Porém, no ano 2013, o percentual de mulheres imigrantes haitianas aumentou 54,5% em relação à pesquisa de 2002⁶.

Cada vez mais os imigrantes haitianos entram no processo migratório para a República Dominicana em uma idade mais precoce. As mulheres de 15 e 34 anos que residam nos *bateyes* representam 68% das imigrantes. Ao final dos anos 80, Cerca de 80% das mulheres imigrantes haitianas afirmam ser alfabetizadas, das quais 38% moram nos *bateyes* e unicamente 2% atingiram o nível universitário. É importante ressaltar que a proporção de mulheres que moram nos *bateyes* e que são alfabetizadas tem incrementado ao longo do tempo¹⁴.

2.3 Saúde materno infantil nos residentes do Haiti

De acordo com os dados de DHS 2012, entre as 14287 mulheres de 15 a 49 anos residentes no Haiti e avaliadas neste inquérito, 24% utilizam pelo menos um método contraceptivo, das quais 22% utilizam um método moderno e 2% um método tradicional. As mulheres mais jovens de 15-19 anos e entre de 45 a 49 anos usam menos os contraceptivos, sendo 9% e 16%,

respectivamente. A proporção de mulheres com demanda satisfeita de planejamento familiar² é mais alta na faixa etária de 15 a 19 anos (82,2%) do que as mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos, seguida da faixa etária de 20 a 24 (77,0%), e à medida que a idade aumenta, a proporção de necessidades satisfeitas de planejamento familiar diminuem ²⁹.

Nesse mesmo inquérito, a maioria das mulheres gestantes recebeu pelo menos uma visita pré-natal com profissional qualificado, sendo que 55% tiveram o médico como profissional que as atendeu e 35% foi o enfermeiro que atendeu a esta consulta. Entre as grávidas, dois terços das mulheres realizaram quatro ou mais visitas pré-natais e quase 9% não realizou nenhuma consulta pré-natal. Um dos determinantes do número mínimo ideal de quatro consultas foi a área de residência. Entre as residentes em zonas urbanas, 78% das mulheres realizaram as quatro visitas recomendadas, em comparação com apenas 62% daquelas que residiam nas áreas rurais ²⁹.

Entre as crianças com idade entre 12-59 meses, 81% receberam a vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) antes dos 12 meses de idade e 53% receberam a terceira dose da vacina DPT (difteria, tétano e pertussis [coqueluche]). Além disso, 27% foram vacinados contra o sarampo e 10% receberam a vacina combinada contra sarampo e rubéola. Em geral, 20% foram vacinados contra todas as doenças até a idade de 12 meses e 16% não receberam nenhuma vacina ²⁹.

Diarreia e infecção respiratória aguda são as principais causas de mortes nas crianças menores de cinco anos. Apesar disso, apenas 53% das crianças que tiveram diarreia nas duas últimas semanas anterior ao inquérito realizado no Haiti, em 2012, receberam soro de reidratação oral e 11% destas, foram tratadas com soro oral preparado em casa usando a fórmula recomendada pelo Ministério de Saúde Pública e da População (MSPP) ²⁹. Entre as crianças com suspeita de infecção respiratória aguda, apenas 38% procurou um serviço de saúde para receber aconselhamento ou tratamento ²⁹.

² *Demandas satisfeitas de planejamento familiar:* tem demanda satisfeita aquelas mulheres que utilizam contraceptivo dentre aquelas que têm necessidade de planejamento familiar (casadas e sexualmente ativas, que não desejam ter filho nos próximos 2 anos).

2.4 Saúde materno infantil nos residentes da República Dominicana

Según os dados de MICS 2014, na República Dominicana, 69,6% das mulheres utilizaram contraceptivos, sendo que 68,0% utilizaram qualquer método moderno e 1,5% qualquer método tradicional. As mulheres que menos usam os métodos contraceptivos são as mais jovens de 15-19 anos (52,5%). As mulheres na faixa etária entre os 45 e 49 anos têm alta proporção de demanda satisfeita de planejamento familiar (93,3%). Na faixa etária de 15 a 19 anos tem a menor proporção de demanda satisfeita de planejamento familiar (68,1%). As necessidades de demanda satisfeita no planejamento familiar aumentam com o aumento da idade, diferente do que ocorre no Haiti ²⁸.

Uma porcentagem pequena de mulheres de 15 a 49 anos não receberam a atenção pré-natal (1,6%). Na República Dominicana a atenção pré-natal é realizada por um médico ginecologista ou obstetra (84%) enquanto que uma minoria de mulheres são atendidas por uma enfermeira ou parteira (0,5%). Quase a totalidade (95%) das mães dominicanas receberam a atenção pré-natal mais de uma vez e 92,9% efectuam menos de 4 visitas ²⁸.

Em relação a vacinação de crianças, 94% das crianças de 12 a 23 meses receberam BCG antes de 12 meses. Por outro lado, 92% receberam a primeira dose da vacina DPT, enquanto 83% receberam a segunda dose e apenas 63,6% a terceira dose. Com respeito a vacina contra o sarampo, 77,3% das crianças com idade entre 12 e 23 anos a receberam antes de completar o segundo ano de vida ²⁸.

Sobre o manejo de condições de saúde, como diarreia e infecção respiratoria aguda, 52,2% das crianças tiveram diarreia nas dois últimas semanas e buscaram um centro de saúde para tratamento de sua condição. Ainda, apenas 47,5% destas crianças receberam soro de reidratação oral. Quando considerado o soro ou outro líquido recomendado, este percentual saltou para 51,0%. Dentre as crianças menores de cinco anos com sintomas de infecção respiratória aguda nas duas últimas semanas, aproximadamente dois

quartos (73,4%) foram a um centro de saúde ou procuram um provedor de cuidado²⁸.

2.5 Saúde materno infantil nos imigrantes haitianos residentes na República Dominicana

Muitas mulheres haitianas em situação de imigração podem exercer parcialmente seu direito de acesso à saúde sexual e reprodutiva na República Dominicana. Varias delas não possuem a documentação necessária para acessarem os serviços de saúde ou este direito lhes é negado. Esta seria uma das maiores dificuldades encontradas no tratamento recebido nos serviços de saúde durante a gravidez e no momento do parto na República Dominicana. Esta situação pode impor altos riscos para os sujeitos imigrantes e afetar sua saúde física e emocional tornando-os mais vulneráveis a possíveis complicações em saúde. Obviamente, ainda afeta mais as mulheres e crianças, em termos de saúde geral, uma vez que elas geralmente vão ao hospital em caso de emergência, para evitar discriminação e atendimento em péssimas condições¹⁴. Ainda não foi adotada uma estratégia para enfrentar os problemas associados à saúde das mulheres imigrantes e das suas crianças na República Dominicana, a pesar do reconhecimento oficial da existência de uma população de mulheres imigrantes²¹. Ao comparar os indicadores de saúde materno infantil em residentes haitianos, imigrantes haitianos na República Dominicana e os próprios dominicanos podem ser úteis para conscientizar os responsáveis dos dois países para o planejamento de políticas voltadas a estes grupos vulneráveis.

3 Revisão de literatura

A revisão da literatura foi realizada nas bases de dados PubMed, LILACS e Web of Science, em agosto de 2017. Procurou-se estudos sobre saúde materno infantil de imigrantes em qualquer país pois, em buscas anteriores, se verificou que a restrição de países resultaria na recuperação de poucos trabalhos. Além disso, considerou-se relevante conhecer de forma mais abrangente a temática da saúde materno infantil de imigrantes. A estratégia de busca utilizada foi: (emigrants OR immigrants OR emigration OR immigration OR refugees OR displaced OR displacement) AND ("maternal health" OR "infant health"). Foram localizadas 1.777 referências. Após a retirada das referências que foram encontradas em mais de uma base de artigos científicos, restaram 1.652 para leitura dos títulos e resumos.

Depois das leituras dos títulos, um total de 77 artigos foram selecionados para leitura de resumos e depois da leitura dos resumos foram seleccionados 25 artigos para leitura na íntegra. Destes, 14 permaneceram na revisão para este projeto. A Figura 1 ilustra todos os passos da seleção dos artigos.

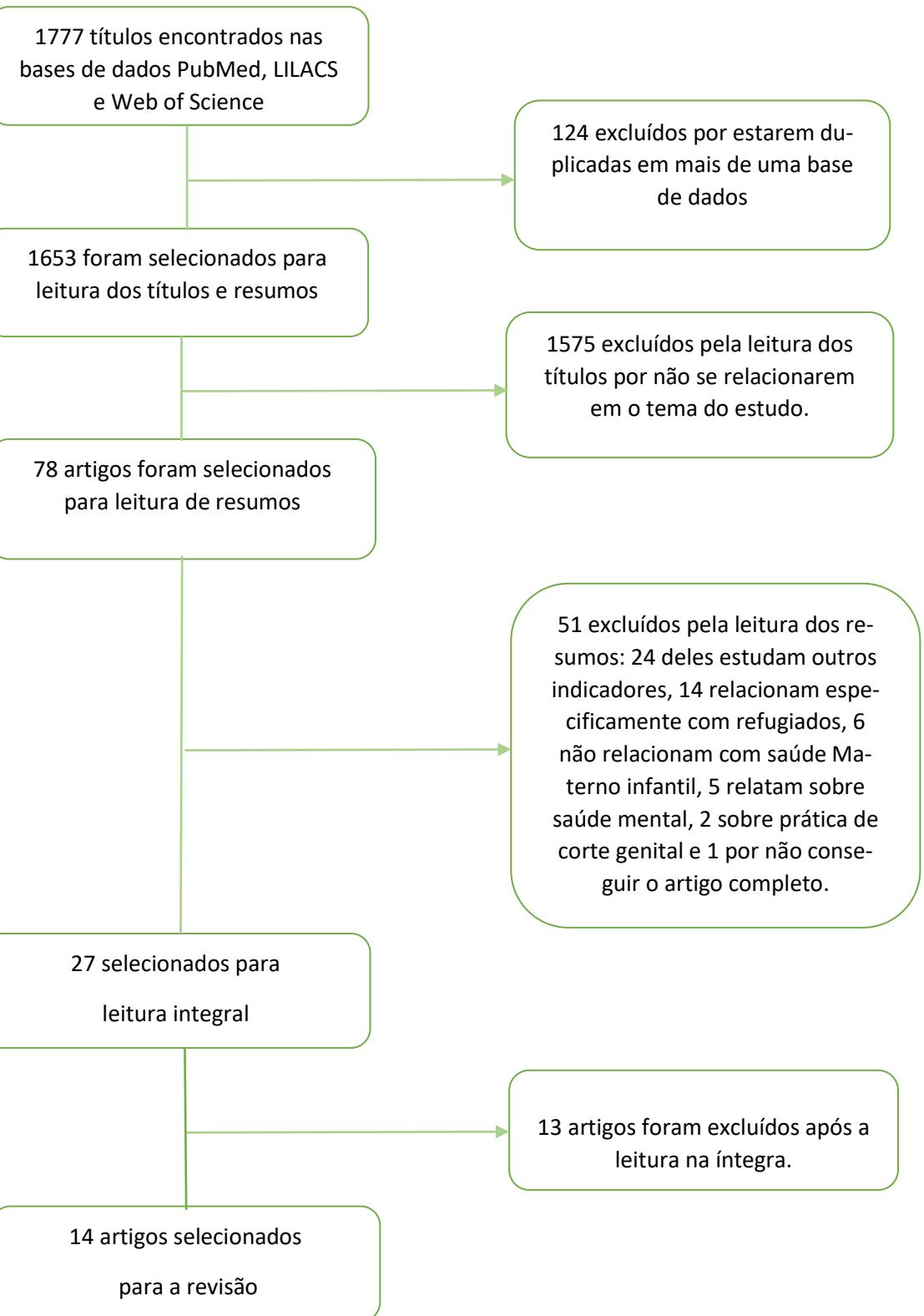


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão sobre imigração e saúde materno infantil.

3.1 Principais resultados

Foram selecionados 14 estudos sobre imigração e saúde materno infantil para serem incluídos nesta revisão de literatura, dos quais um estudo avaliou imigrantes partindo para país de pior renda que o país natal³⁰, três estudos avaliaram de países de igual renda que o país natal³¹⁻³³, um avaliou de países de igual e pior renda que o país natal³⁴ e nove de países de melhor renda que o país natal^{7, 9, 11, 35-40}.

Cinco estudos foram realizados no continente americano^{7, 9, 31, 37, 41}, quatro foram realizados no continente europeu^{30, 32, 38, 42}, um no continente africano³⁴, um outro no continente asiático³³, dois no continente europeu e americano^{39, 40}, e um no continente europeu, americano e oceano³⁵.

Dos estudos selecionados, quatro foram realizados com delineamento transversal^{9, 31, 33, 38}, três são estudos de coorte^{11, 32, 36}, um é descritivo³⁴, um é quasi-experimental³⁷, quatro dos artigos selecionados são revisões^{7, 35, 39, 40} e um utilizou abordagem quali-quantitativa³⁰. Todos foram publicados entre os anos 1992 e 2017.

Com relação aos desfechos abordados, um artigo abordou a saúde da mulher⁷, dois deles investigaram a saúde da criança^{37, 42} (em especial, aspectos relacionados à vacinação), um analisou a saúde da mãe e da criança³⁴, um saúde em geral dos imigrantes⁹, e outros nove objetivaram examinar a utilização dos serviços de cuidados pré-natais e demanda de planejamento satisfeita^{30-33, 35, 38-41}.

Os cuidados de atenção pré-natal de saúde dos imigrantes foram piores em nove estudos em comparação aos não imigrantes. Num artigo que abordou os cuidados de atenção pré-natal, foi observado que 30% das crianças apresentaram episódios frequentes de diarreia³¹. Em um outro artigo, encontramos que as mulheres imigrantes eram mais propensas a ter sua primeira consulta pré-natal após 12 semanas de gravidez, e ter menos de três consultas pré-natais³⁸.

Tappis, em 2017, efetuou um estudo transversal com 1560 famílias em Jordânia e 2062 famílias em Líbano para avaliar a utilização dos serviços de

saúde materna entre refugiados sírios em ambos os países. No caso de mulheres refugiadas na Síria, elas também apresentaram cuidados pré-natais precários comparado com as mulheres turcas não refugiadas ³².

Kentoffio, em 2016, realizou um estudo de coorte nos Estados Unidos para determinar o uso de serviços de saúde materna recomendados entre mulheres refugiadas e imigrantes de todos países que chegam em Massachusetts. Em um cenário de cobertura de seguro quase universal, mulheres refugiadas e imigrantes tiveram maior risco de início tardio do pré-natal, apesar de um maior número de visitas pós-parto ¹¹. Este estudo analisou dados de apenas um centro de saúde de refugiados, o tamanho da amostra foi muito pequeno e também impediram a comparação de resultados de refugiados de diferentes países.

Moss, em 1992, realizou um estudo transversal no Belize para investigar o efeito da imigração internacional, incluindo status de refugiado, sobre os resultados da saúde infantil com 2.000 mães com crianças menores de seis anos. Ficou evidenciado que 30% das filhas de refugiados tiveram episódios frequentes de diarreia. Dentre essas, filhos de mulheres em situação ilegal tiveram mais episódios de diarreia do que os filhos de mulheres em situação legal. A maioria das crianças havia sido vacinada com para BCG, DPT, mas apenas 50% das crianças haviam sido imunizadas contra o sarampo ³¹.

Almeida, em 2014, conduziu um estudo transversal em Portugal para avaliar as diferenças na atenção obstétrica entre imigrantes de diferentes locais e mulheres portuguesas com acesso gratuito aos cuidados de saúde. O autor encontrou que as mulheres imigrantes eram mais propensas a ter sua primeira consulta pré-natal após 12 semanas de gravidez e ter menos de três visitas pré-natais ³⁸.

Smith-Greenaway e Madhavan, em 2015, realizaram um estudo descritivo no Benim, com 15.570 crianças de Benim, para avaliar os processos de interrupção e adaptação entre migração materna e vacinação infantil no contexto de Benim. Constataram que o percentual de crianças não vacinadas é ligeiramente maior entre as filhas de imigrantes do que as filhas não imigrantes, com aproximadamente 12% das crianças não imigrantes não vacinadas. As

crianças nascidas depois da migração têm uma probabilidade 25,9% maior de serem vacinadas, quando comparadas às crianças filhas de mães não imigrantes³⁴.

Adanu, em 2009, realizou um estudo de revisão, em estados unidos, para avaliar os efeitos da imigração na saúde das mulheres e relatou que as mulheres e as crianças são mais afetadas pela imigração. Os efeitos da imigração na saúde das mulheres são variados. Em alguns casos, a saúde das mulheres imigrantes é melhorada através da integração em melhores sistemas de saúde no país anfitrião. Mais frequentemente, no entanto, a saúde das mulheres imigrantes é afetada negativamente. As mulheres são duplamente desfavorecidas porque são discriminadas como mulheres e como imigrantes. A imigração é um dos principais problemas que o mundo enfrenta hoje. Os efeitos negativos para a saúde na imigração são mais proeminentes para as mulheres do que para os homens.

Van Den Akker, em 2015, realizou uma revisão sistématica, abordando a imigração de baixa renda para alta renda e particularmente européias, norteamericanas e da Oceania para avaliar os riscos de mortalidade materna e morbidade grave em perspectiva de imigração. Entre os imigrantes em países de alta renda, a mortalidade materna e a morbidade grave geralmente ocorrem mais frequentemente em comparação a população nativa. Uma razão é o cuidado deficiente, devido à falta de conhecimento sobre o sistema de saúde por parte dos paciente e problemas de comunicação com os profissionais de saúde, devido ao diferente idioma. Os cuidados pré-natais demonstraram ser subótimos nas populações migrantes em muitos países.

Heaman, em 2013, realizou uma revisão sistématica com 29 estudos que objetivou determinar as probabilidades de cuidados pré-natais em mulheres imigrantes nos países industrializados. Neste revisão, a maioria dos estudos demonstrou que as mulheres imigrantes eram mais propensas a receber cuidados pré-natais inadequados do que as mulheres do país receptor. As taxas de cuidados pré-natais inadequados entre as mulheres imigrantes variaram amplamente por país de nascimento. Os imigrantes podem têm acesso limitado aos cuidados de saúde em alguns países. Encontrou em

alguns estudos, que a discriminação e o racismo , os custos de transporte e a experiência anterior com o sistema de saúde também provocam barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. E alguns estudos demonstraram uma associação entre a imigração e cuidados pré-natais inadequados, tanto a nível individual quanto a nível de vizinhança.

Almeida, em 2013, efectuou também uma revisão sistématica, com 27 artigos relacionados a mulheres imigrantes, conduzidos principalmente na Europa, mas alguns foram realizados nos EUA, no Canadá e na Austrália para revisar as evidências científicas existentes sobre o acesso, uso e qualidade dos cuidados de saúde nas populações migrantes durante a gravidez e o período pós-parto, com ênfase especial em como isso interfere indicadores de saúde e resultados. Ele encontrou que a maioria dos estudos aponta para um maior perfil de risco para a saúde em imigrantes que pode ser devido a diferentes fatores contribuintes. E relatou que o cuidado deficiente foi encontrado mais frequente em mulheres imigrantes.

Um inquérito DHS (Demographic and Health Surveys) foi realizado em 2012 no Haiti. No relatório deste inquérito, a demanda satisfeita por planejamento familiar foi 46% e 67% das mulheres grávidas realizaram pelo menos quatro visitas pré-natais e 9% não realizaram nenhuma consulta pré-natal. Dos nascimentos que ocorreram nos dois anos anteriores à pesquisa 37% foram atendidos por profissional qualificado. Entre as crianças de 12 a 23 meses avaliadas, 81% receberam BCG (Bacilo Calmette Guerin) antes dos 12 meses de idade, 65% receberam a vacinação para o sarampo e apenas 63% receberam a terceira dose de DPT(difteria-tétano-coqueluche). Cerca de 1/3 das crianças com infecção respiratória aguda nas últimas duas semanas buscou cuidado em uma instituição de saúde para seu problema. Das crianças com diarreia nos últimos 15 dias, mais da metade (57%) recebeu soro de reidratação oral.

Na República Dominicana foi realizdo, em 2014, um inquérito MICS (Multiple Indicator Cluster Survey). A demanda satisfeita por planejamento familiar foi 85,9%. Apenas 1,6% das mulheres que tiveram filhos nos últimos dois anos não realizaram nenhuma consulta pré-natal; 92,9% realizaram ao

menos quatro consultas. Dos nascimentos que ocorreram nos dois anos anteriores à pesquisa 98,6% foram atendidos por profissional qualificado. Das crianças de 12 a 23 meses, 93,9% receberam a vacina BCG antes dos 12 meses de idade, 61% a vacina sarampo e 63,6% a vacina DPT. Cerca de metade das crianças com infecção respiratória aguda buscou atendimento em instituição de saúde e $\frac{3}{4}$ das crianças com diarreia utilizou soro de reidratação oral.

Quadro 1. Principais características dos artigos identificados na revisão da literatura referentes a saúde materno infantil

No	Autor/ano/Países	Titulo	Objetivo principal	Delineamento do estudo	População	Principais resultados
1.	Moss 1992 Belize ³¹	Child health outcomes among Central American refugees and immigrants in Belize	Investigar o efeito da imigração internacional, incluindo status de refugiado, sobre os resultados da saúde infantil.	Transversal	2000 (Mães com crianças menores de 6 anos)	Acham que 30% das crianças relataram ter episódios frequentes de diarreia, delas, as crianças de mães ilegais tivessem mais episódios de diarreia. A maioria das crianças tinham vacinadas com BCG, DPT, dos quais 50% das crianças tinham vacina contra o sarampo. Os resultados mostram que apesar que as crianças de refugiados e imigrantes estão em um mesmo ambiente social relativamente benigno do que os filhos de Belizeans nativos, elas têm grandes necessidades de saúde.
2.	Adanu 2009 USA ⁷	Migration and women's health	Avaliar os efeitos da imigração na saúde das mulheres	Revisão	Não se aplica	Em geral, os efeitos da imigração na saúde afetam mais as mulheres do que os homens. As mulheres e as crianças são mais afetadas. Em alguns casos, a saúde das mulheres migrantes é melhorada através da integração em melhores sistemas de saúde no país anfitrião. Mais frequentemente, no entanto, é afetada negativamente.
3.	Ballotari et al. 2013 Italia ³⁶	Effects of immigrant status on Emergency Room(ER) utilisation by children under age one: a population-based study in the province of ReggioEmilia (Italy)	Avaliar o efeito de imigrante sobre a utilização de sala de emergência por crianças menores de 1 ano, considerando, não urgente, muito urgente e seguido de visitas de hospitalização	Coorte	8778 crianças dos quais 2383 eram imigrantes (Crianças até um ano)	Maior utilização de serviços de sala de emergências por crianças imigrantes e, em menor grau, por crianças de mães italianas menos educadas. Nos imigrantes, o excesso deve-se principalmente a visitas não urgentes e, apenas, ligeiramente a altas condições agudas. O alto uso dos serviços de sala de emergências pode ser explicado pelo fato de que é o ponto de acesso mais fácil e imediato aos cuidados de saúde.
4.	Almeida 2014 Portugal ³⁸	Obstetric care in a migrant population with free access to health care	Avaliar diferenças na atenção obstétrica entre imigrante e mulheres nativas em um país com acesso gratuito aos cuidados de saúde	Transversal	277 (89 mães imigrantes e 188 mães portuguesas)	As mulheres imigrantes tenderam mais a realizar suas primeiras consultas pré-natais após 12 semanas de gestação e alcançar menos de três visitas pré-natais. E foram mais frequentemente insatisfeitas com o apoio recebidas nas consultas pré-natais, em comparação com as mulheres portuguesas.

No	Autor/ano/Países	Titulo	Objetivo Principal	Delineamento do Estudo	População	Principais Resultados
5.	Heaman 2013 França, Holanda, Suécia, Finlândia , Reino Unido e Alemanha e Estados Unidos ³⁹	Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review	Determinar se as mulheres migrantes nos países industrializados ocidentais têm maiores probabilidades de cuidados pré-natais inadequados em comparação com as mulheres do país receptor e resumem os fatores associados à PNC inadequada entre as mulheres migrantes nesses países.	Revisão sistématica	29 estudos relacionados a mulheres imigrantes	Dos 29 estudos, a maioria desmonstram que as mulheres imigrantes eram mais predispostas a receber uma atenção pré-natal inadequada do que as mulheres residentes do país que elas se imigraram. Algumas mulheres recebem cuidados pré-natais após o primeiro trimestre, recebendo menos do que um número recomendado de visitas. 19 estudos demonstraram uma relação significativa entre o momento do início da PNC e o status de imigrante.
6.	Sedlecky, 2014 Sérvia ³⁰	Challenges in sexual and reproductive health of Roma people who live in settlements in Serbia	Investigar as diferenças na saúde sexual e reprodutiva (SRH) entre mulheres romanas em idade reprodutiva que vivem em assentamentos em Roma e população geral de mulheres da mesma idade na Sérvia que não moram em assentamentos.	Quantitativo-Qualitativo	5385 mulheres da Sérvia e 2118 mulheres de Roma (de 15 a 49 anos)	Não teve diferenças para a demanda satisfeita por planejamento familiar entre os grupos. Tevem diferenças no cuidado pre-natal e não há diferenças relacionadas ao parto assistido por profissional de saúde.

No	Autor/ano/Países	Titulo	Objetivo Principal	Delineamento do Estudo	População	Principais Resultados
7.	Smith-Greenaway and Madhavan 2015 Bénim ³⁴	Maternal migration and child health: An analysis of disruption and adaptation processes in Benin	Avaliar os processos de interrupção e adaptação entre imigração materna e vacinação infantil no Benin	Descriptivo	17.511 famílias, 15.570 crianças (nascidas entre 2001 e 2006)	Entre os não imigrantes, a taxa de crianças não vacinadas é um pouco maior do que as crianças imigrantes cerca de 12%. As crianças nascidas depois da imigração têm maior probabilidade de serem vacinadas do que as crianças das mães não imigrantes, aproximadamente de 25,9%.
8.	Van den Akker et al. 2015 Países de europeus, norte-americanos e oceanos ³⁵	Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective	Avaliar os riscos de mortalidade materna e morbidade grave em Perspectiva de imigração	Revisão	Não se aplica	A mortalidade materna e a morbidade grave são mais frequentes entre as pessoas que se imigram para países de alta renda do que as populações residentes. Uma das causas, é o cuidado pré-natal deficiente que se observa com frequência entre os imigrantes em muitos desses países, eles tinham menos de três visitas pré-natais.
9.	S. Miller et al. 2016 República Dominicana ⁹	Health and Social Needs in Three Migrant Worker Communities around la Romana, Dominican Republic, and the Role of Volunteers: A Thematic Analysis and Evaluation	Caracterizar a saúde e as necessidades sociais que poderiam ser abordadas por grupos de voluntários.	Transversal	30 informantes (9 homens, 21 femininos) em três bateyes= 3.600 habitantes e 11 informações profissionais de saúde	O acesso limitado a água potável, adequado alimentos e eletricidade são exacerbados por cobertura de seguro médico, baixos salários da família e acesso a serviços de saúde de qualidade, em 3 Bateyes em Romana, uma província da República Dominicana. Mais de 60 organizações voluntárias visitam os bateyes. O impacto das clínicas médicas móveis foi visto de forma positiva.
10.	Wherry 2016 USA ³⁷	State and Federal Coverage for Pregnant Immigrants: Prenatal Care Increased, No Change Detected for Infant Health	Apresentar novas evidências sobre o impacto de expansões do seguro de saúde pública dos estados para mulheres imigrantes grávidas sobre o uso de seu pré-natal, modo de parto e saúde infantil.	Quase experimental	Crianças nascidas entre 1998-2013 e as mortes ocorrendo dentro do primeiro ano de vida	As mulheres estrangeiras não utilizavam o cuidado pré-natal mas os seus filhos tinham uma saúde ligeiramente melhor. A participação dos estados de políticas de financiamento para mulheres imigrantes aumentou o número médio de visitas pré-natais para mulheres imigrantes em 0.2 visitas.

No	Autor/ano/Países	Titulo	Objetivo Principal	Delineamento do Estudo	População	Principais Resultados
11.	Erenel 2016 Turquia ³²	Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey	Comparar as características clínicas e os resultados da gravidez em mulheres que são refugiados sírios e mulheres turcas que não são refugiados em um centro de maternidade em Istambul, Turquia	Coorte	600 Mulheres gravidas(300 refugiadas de Síria e 300 mulheres não refugiadas de Turquia)	As mulheres refugiadas apresentaram cuidados pré-natais precários em comparação com as mulheres não refugiadas, mas não foram observados resultados perinatais adversos.
12.	Kentoffio 2016 USA ¹¹	Use of maternal health services: comparing refugee, immigrant and US-born populations	Determinar o uso de serviços de saúde materna recomendados entre mulheres refugiadas e imigrantes em um cenário de cobertura de seguro quase universal	Coorte	375 mulheres e 763 mulheres gravidas	Apesar da cobertura do seguro quase universal em todos os grupos, as mulheres refugiadas e imigrantes tenderam a iniciar tardeamente o cuidado pré-natal,. Os imigrantes para os estados unidos e as refugiadas para outros países de alta renda utilizam menos o cuidado pré-natal do que os cidadãos nativos.
13.	Almeida, 2013 Estados Unidos, Canadá, Australia, e países de Europa. ⁴⁰	Maternal Healthcare in Migrants: A Systematic Review	Revisar as evidências científicas existentes sobre o acesso, uso e qualidade dos cuidados de saúde nas populações migrantes durante a gravidez e o período pós-parto, com ênfase especial em como isso interfere indicadores de saúde e resultados	Revisão sistemática	27 artigos relacionados a mulheres imigrantes	A maioria dos estudos revelam um alto risco de saúde nos imigrantes. Um estudo realizado na Suécia identificou especialmente os imigrantes ilegais tem problemas de acesso aos cuidados. Um estudo da Alemanha informou que o acesso aos serviços de saúde era semelhante para a maioria das mulheres imigrantes durante a gravidez eram diferentes na qualidade dos cuidados pré-natais. Outro estudo na Holanda, encontrou que o cuidado deficiente é mais frequente em mulheres imigrantes.
14.	Tappis2017 USA ³³	Maternal Health Care Utilization Among Syrian Refugees in Lebanon and Jordan	Avaliar a utilização dos serviços de saúde materna entre refugiados sírios na Jordânia e no Líbano	Transversal	1560 famílias em Jordânia 2062 famílias em Líbano	82,2% das mulheres na Jordânia e 88,7% das mulheres no Líbano informou ter procurado atenção pré-natal, tiveram níveis semelhantes de utilização dos serviços de saúde materna.

Quadro 2. Relatórios referentes a saúde materno infantil na República Dominicana e Haiti

Relatórios/ano/País	Titulo	Objetivo Principal	População	Principais Resultados
Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) República Dominicana 2014	Encuesta Nacional de Hogares de Própositos múltiples	Gerar um conjunto de indicadores atualizados a nível nacional e para subgrupos de população da República Dominicana	Dominicanas residentes na República Dominicana	O total da necessidade satisfeita é 85,9% superior ao total das necessidades não atendidas de planejamento familiar. Umas pequenas porcentagens de mulheres não receberam assistência pré-natal (1,6%). 92,9% das mães receberam cuidados pré-natal pelo menos quatro vezes. 98,6% dos nascimentos que ocorreram nos dois anos anteriores à pesquisa foram atendidos por pessoal qualificado. 93,9% das crianças de 12 a 23 meses receberam a vacina BCG antes dos 12 meses de idade. 63,6% para a vacina DPT. 52,0% das crianças receberam soro de reidratação oral. 73,4% das crianças de 0 a 59 meses de idade com sintomas de IRA foram levadas a um centro de saúde ou provedor.
Demographic and Health Surveys ⁴³ Haiti 2012	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services	Coletar, analisar e disseminar dados demográficos e de saúde, particularmente sobre fertilidade, planejamento familiar, saúde e estado nutricional de mães e crianças, certas doenças transmissíveis como cólera, malária e HIV / AIDS.	Haitianas residentes no Haiti	Entre as mulheres em união entre 15 e 49 anos, 35% utilizavam um método anticoncepcional, principalmente um método moderno (31%) e 3% usavam um método tradicional. 67% realizaram pelo menos 4 visitas cuidados pré-natais. Entre as mulheres que tiveram nascimento nos últimos 5 anos, 90% receberam cuidados pré-natais por pessoal qualificado. Para todas as crianças de 12 a 59 meses, 81% receberam BCG antes dos 12 meses de idade, 53% receberam a terceira dose de DPT. 38% das crianças com sintomas de IRA, procuravam ajuda em uma instituição de saúde. 57% que tiveram diarreia receberam soro de reidratação oral.

Relatorios/ano/País	Titulo	Objetivo Principal	População	Principais Resultados
World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) República Dominicana 2016	Informe República Dominicana	Avalie o progresso das políticas e programas de alimentação infantil no país de acordo com os indicadores da Estratégia Global para Alimentação infantil e infantil (ALNP) da OMS / UNICEF, com os instrumentos desenvolvidos pela IBFAN para esse fim.	Dominicanos residentes na República Dominicana	95% das mulheres grávidas tiveram 4 ou mais visitas pré-natais, 83% realizaram sua primeira visita antes de quatro meses. 53% das crianças receberam todas as vacinas. A grande maioria das crianças foi vacinada, 92% receberam BCG e 77% a terceira dose de DPT. 66 % de crianças com sintomas de infecção respiratória aguda, duas semanas anterior da entrevista, procuraram aconselhamento em um centro de saúde. 18% das crianças com menos de cinco anos que tiveram diarréia duas semanas antes da pesquisa foram tratados soro de reidratação oral.
Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services Haiti 2016-2017	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI)	Coletar, analisar e disseminar dados demográficos e de saúde, particularmente sobre fertilidade, planejamento familiar, saúde e nutrição materno-infantil e HIV / AIDS.	Haitianos residentes no Haiti	Uso de contraceptivos é ligeiramente maior nas áreas urbanas (33%) do que nas áreas rurais (31%). Entre as mulheres que tiveram um nascimento vivo nos últimos cinco anos, 9 em cada 10 (91%) receberam cuidados pré-natais de um personal qualificado. Apenas dois terços das mulheres (67%) fizeram pelo menos as quatro visitas recomendadas. 83% das crianças entre 12 e 23 meses receberam BCG, 55%, a terceira dose de DPT e 61% a vacina contra o sarampo. Entre as crianças com menos de 5 anos de idade que apresentaram sintomas de infecção respiratória aguda duas semanas antes da entrevista, 40% procuraram aconselhamento em um centro de saúde. 39% crianças menores de 5 anos que tiveram diarréia duas semanas anterior da pesquisa, receberam soro de rehidratação.

3.2 Crítica aos artigos da revisão de literatura

A maioria dos artigos incluídos para elaboração deste projeto sobre imigração e saúde materno infantil, avaliam refugiados^{32, 33} ou refugiados e imigrantes^{11, 31}. Como constatamos, escassos são os estudos que avaliam imigração de um país de renda baixa para outro de média renda e não avaliam somente imigrantes como nosso projeto quer avaliar.

Nesses estudos encontramos algumas limitações. Alguns deles tem viés de informação, por falta de dados o que pode distorcer os resultados dos estudos^{31,44}. Também encontramos alguns estudos com: um tamanho da amostra que não foi projetada para ser representativa dos imigrantes e outros para a população em geral^{9, 11, 33, 45}, outros com possíveis viés de não respondentes³⁸, outros pela falta de dados para análise comparativa, dos cuidados em saúde entre os imigrantes e os residentes^{30, 32, 34}, a coleta de dados limitados pode enviesar também o resultado dos estudos em um vies de informação^{11, 36, 37, 44}. E em outros, o único componente de status econômico que poderiam medir era nível educacional³⁶ além dos pacientes terem sido pesquisados imediatamente após receber cuidados⁴⁵. Todas essas limitações podem superestimar os resultados da saúde materno infantil dos imigrantes e podem carecer de validação externa, dificultando a extração dos resultados.

Além das limitações supracitadas, dos artigos científicos incluídos na revisão deste projeto não existe padronização das variáveis do cuidado em saúde materno-infantil na comparação da literatura revisada. Devem ser utilizadas estimativas comparáveis entre os países bem como na avaliação com países semelhantes ou com melhores condições de vida.

Sendo assim, com esse estudo esperamos reduzir essas lacunas e limitações, e trazer algo novo, estudando nove indicadores de saúde materno infantil de imigrantes de um país de baixa renda para um país de média renda especificamente incluindo no estudo uma média ponderada de cobertura de

intervenções de saúde materno-infantil que esta baseada no cuidado de planejamento familiar, pré-natal e parto, imunização e cuidados de crianças.

4 Justificativa

O Haiti é um país que apresenta uma situação sanitária com os piores indicadores de saúde da América Latina e Caribe, o que inclui elevados coeficientes de mortalidade materna e infantil, além de desnutrição e baixa coberturas de acesso a serviços de saúde. Em 2010, o terremoto devastou o país, onde muitos profissionais da saúde e estudantes faleceram, enfrentando dificuldades de reorganização dos serviços de saúde. Isso produziu um impacto negativo sobre a vida e a saúde dos haitianos piorando a situação sanitária. A taxa de mortalidade materna aumentou devido à diminuição dos cuidados obstétricos, nos menores de cinco anos aumentou a desnutrição e a mortalidade materno infantil precisam ser solucionadas ⁴⁶.

A imigração do Haiti para a República Dominicana se desenvolveu e evoluiu em um século ²¹. O processo de imigração de Haitianos para a República Dominicana mudou ao longo do tempo. Em 1920 foram 28.258 (3,1%) ⁴⁷ passando, em 2012, para quase 700 mil pessoas. Deste total de 2012, 7,1% era proveniente do Haiti ²⁴, apontanto para um fluxo migratório importante deste país para a República Dominicana. Apesar disso, não há informação sobre as haitianas (mães e crianças) imigrantes ilegais em nenhum relatório desses países ou da OMS/ONU e os estudos sobre a imigração entre estes países que avaliaram a saúde materno infantil são limitados ⁴⁸.

E na República Dominicana, apesar do reconhecimento oficial da existência de uma população de mulheres imigrantes, ainda não foi adotada uma estratégia para enfrentar os problemas associados à saúde delas e das suas crianças no país ²¹.

Para poder comparar as mulheres haitianas residentes no Haiti, as haitianas imigrantes na República Dominicana e as dominicanas residentes na República Dominicana, é necessário que esses indicadores sejam comparáveis entre elas.

Ademais, entre os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) o terceiro objetivo especificamente 3.1 e 3.2 ambicionam a redução da mortalidade materno infantil , e em 3.7 objetivam assegurar o acesso universal

aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para planejamento familiar. Para produzir estatísticas desagregadas conforme renda, local de residência, grupo étnico e outros estratificadores e poder identificar populações vulneráveis é importante conhecer a situação da saúde materno infantil. Isso pode trazer uma solução, e assim pode reduzir, pouco a pouco, a desigualdade apresentada. Desses países Haiti e a República Dominicana fazem parte, onde existe grande desigualdade em saúde.

Os resultados desse estudo podem conscientizar os responsáveis pelas políticas públicas desses países para o enfrentamento do problema. Elaborar ou melhorar as políticas de saúde para melhorar a saúde materno infantil com vista a atingir a equidade e reduzir o possível impacto da migração sobre as mulheres e crianças haitianas.

5 Modelo Conceitual

Um modelo conceitual foi construído para explicar a relação de outros fatores na relação da migração com cuidados em saúde materno infantil. Na parte mais distal do modelo, encontramos fatores sociodemográficos em, especial a idade materna. A idade da mulher (i.e., < 17 anos, e > 35 anos) pode influenciar nas condições de nascimento de uma criança e a saúde da puérpera. Muitas vezes a jovem gestante tarda em procurar assistência médica por medo da reação da família ou falta de informação, o que compromete os resultados perinatais. Além, tem se observado que nas gestantes mais velhas não chegam a receber três consultas médicas antes do parto e a maioria apresentam taxas mais altas de parto por cesáreas⁴⁹. Por tanto, devido a que os imigrantes geralmente têm dificuldade do acesso aos serviços de saúde, a saúde tanto da mulher como do(s) filho(s) pode ser afetada.

Processo da imigração no acesso a serviços de saúde envolve a parte intermediária do modelo conceitual. Entre as características intermediárias do relacionamento entre migração e acesso a serviços de saúde, encontramos a cultura/aculturação, idioma, ocupação, conexões sociais, discriminação.

A aculturação é o processo pelo qual os imigrantes se comportam, progressivamente, de acordo com as expectativas sociais e culturais da sociedade dominante, deixando para trás sua própria cultura². Em saúde, a aculturação é tipicamente medida usando o tempo de residência no país, a geração de imigrantes e o idioma preferencial para comunicação. Níveis mais altos de aculturação são observados com maior tempo de residência, com pelo menos uma nova geração nascida no país para o qual imigraram e o idioma oficial do país como língua escolhida para comunicação⁵⁰. O efeito da aculturação na saúde é complexo e ainda não bem compreendido. Em algumas situações há evidências de que a aculturação tem um efeito negativo e que está associada a piores resultados, comportamentos ou percepções de saúde; em outros, como o uso de serviços de saúde e auto-percepções de saúde, o efeito é principalmente na direção positiva⁵¹.

Em geral, as barreiras culturais e de idioma podem prejudicar a acessibilidade dos serviços de saúde para imigrantes e sua qualidade, sendo

os problemas de idioma um dos maiores problemas^{18, 52}. A falta de consciência dos prestadores de serviços de saúde sobre as diferenças nas crenças e práticas culturais em relação à saúde, é outra barreira para a saúde dos migrantes⁵². Especificamente em crianças latinas, problemas de idioma, diferenças culturais, pobreza, falta de seguro de saúde, dificuldades de transporte e longos tempos de espera tem sido identificados pelos pais como as principais barreiras de acesso à atenção da saúde dos filhos (e.g., cuidados médicos precários, diagnósticos errados, e medicamentos inadequados e hospitalização)⁵³. Também tem se observado que quando as mulheres não têm empregos e não falam o idioma do país anfitrião, são menos propensas a se beneficiar do sistema de saúde do país anfitrião⁷. Estes fatores têm sido mais estudados em pessoas de países de baixa renda que migraram a países de alta renda (e.g., latinos nos Estados Unidos)^{18, 52, 54}. Por outro lado, as características culturais das mulheres imigrantes podem ser conservados mais pelas mães imigrantes de baixa escolaridade do que pelas mães imigrantes de alta escolaridade⁵⁵. Uma hipótese disso pode ser que o processo de aculturação pode ser diferente de acordo ao nível de educação. Auger et al. (2008)⁵⁶ confirmam que o processo de imigração pode desempenhar um papel em relação a escolaridade da mãe, já que as mulheres imigrantes de ensino superior poderiam ter um maior estresse adaptando-se a um novo ambiente de vida através, por exemplo, do desafio de encontrar emprego comparável ao que eles poderiam ter em seus próprios países, mas que a renda familiar poderia ser mais importante que a educação materna.

Os imigrantes irregulares (i.e., ilegais, não autorizados ou sem documentos) se caracterizam pela não conformidade com as leis de imigração do país receptor, independentemente do modo de entrada. Porém, os imigrantes irregulares constituem um subgrupo vulnerável com uma situação precária por serem excluídos dos serviços de saúde, além de outros serviços públicos ou sociais disponíveis para imigrantes internacionais legais^{2, 57}. Um exemplo disso é observado em mulheres imigrantes irregulares que começam o cuidado pré-natal tarde comparado com as residentes legais⁵⁸.

O nível socioeconômico, o idioma e as conexões sociais ou redes de apoio social (i.e., suporte familiar e de amigos), estão associados com a saúde

física auto-avaliada⁵⁹. Os imigrantes geralmente se sentem solitários, uma situação que aumenta quando adoecem. Porém, para alguns imigrantes as conexões sociais podem suavizar substancialmente os efeitos da imigração se instalarem numa área com uma comunidade estabelecida de pessoas com a mesma origem cultural deles⁵². No entanto, os efeitos potencialmente saudáveis das conexões sociais podem competir com o processo de aculturação que promete um aumento do acesso à educação e à renda, mas também um aumento da exposição à discriminação e outros estresses sociais que podem afetar negativamente a saúde⁵⁹. A discriminação percebida e a experiência de humilhação tem-se observado que afetam a saúde mental, e limitam o acesso aos serviços de saúde⁴.

Fatores sociodemográficos são a parte mais proximal na relação entre imigração e acesso a serviços de saúde. Os principais fatores são renda (ou riqueza) familiar, lugar de residência e a escolaridade da mãe. As crianças de famílias imigrantes são mais propensas a viver na pobreza do que crianças de famílias não imigrantes⁵⁷. Entre crianças latinas imigrantes, a baixa renda que pode ser consequência do trabalho informal (por sua condição migratória), é um fator de risco independente importante para a saúde subótima e alta utilização dos serviços de saúde⁵³. No caso das mulheres, a renda baixa é uma barreira para o acesso e qualidade ao cuidado pré-natal. Nos Estados Unidos tem se observado que expandir, para mulheres imigrantes irregulares, o acesso ao cuidado pré-natal aumentou consideravelmente tanto a utilização como a qualidade do pré-natal e as mulheres eram muito mais propensas a receber cuidados adequados e a serviços preventivos recomendados de saúde delas e seus filhos (i.e., aumento significativo do número de visitas, visitas pós-natais para as crianças e aumento da vacinação)⁶⁰.

Em geral, indocumentados são mais propensos a reportar menor utilização de serviços e saúde. Existe a possibilidade que mulheres imigrantes com mais educação tenham uma situação migratória mais favorável que facilite o acesso a serviços de saúde, comparado com as mulheres com menor educação. Num estudo realizado em Portugal⁶¹ que promove amplamente os cuidados de saúde materno infantil e a oferta não discrimina aos imigrantes, encontraram que o nível de educação não é um fator que possa afetar a

utilização de serviços de saúde, mas sim o estado migratório (i.e., legal vs sem documentos ou em processo de regularização).

Em relação ao lugar de residência, as pessoas que moram em comunidades rurais podem ter o acesso limitado aos serviços de saúde, pois as distâncias entre suas residências e a instituição de saúde tendem a ser mais longas, demandando mais tempo para atingir o local, desestimulando a busca por cuidados médicos .



6 Objetivo Geral:

Comparar indicadores de saúde materno infantil de imigrantes haitianos na República Dominicana com dominicanos e residentes no Haiti. Serão considerados imigrantes aqueles que residem na República Dominicana e tem o *creole* como idioma principal (idioma oficial do Haiti).

7 Objetivos Específicos:

- Comparar nove indicadores de cobertura em saúde materno infantil dos imigrantes haitianos residentes na República Dominicana com os residentes do Haiti e da própria República Dominicana em termos de:
 1. Demanda satisfeita por planejamento familiar
 2. Número de consultas pré-natais
 3. Atendimento ao parto por profissional qualificado
 4. Vacinação de crianças (incluindo BCG (Bacilo Calmette Guerin) sarampo e DPT(difteria-tétano-coqueluche))
 5. Uso de soro de reidratação oral para diarreia
 6. Busca por cuidado em caso de suspeita Infeção Respiratória Aguda
 7. Índice composto de cobertura (Explicado no item 9.7.7)
- Avaliar estes indicadores de acordo com alguns estratificadores de desigualdade:
 1. Índice de riqueza (Explicado no item 9.8.1)
 2. Escolaridade materna
 3. Idade materna

8 Hipóteses

Os imigrantes terão piores coberturas que os residentes na República Dominicana e no Haiti em:

1. Demanda satisfeita por planejamento familiar
2. Número de consultas pré-natais
3. Atendimento ao parto por profissional qualificado
4. Vacinação de crianças (incluindo BCG, sarampo e DPT)
5. Uso de soro de reidratação oral para diarreia
6. Busca por cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda.
7. Índice composto de cobertura

Os indicadores aqui avaliados serão piores em cada um dos grupos avaliados, naqueles com menor índice de riqueza, menor escolaridade e menor idade materna.

9 Material e métodos

9.1 Delineamento do Estudo

Este estudo utilizará dados secundários provenientes de inquéritos transversais, padronizados, denominados *Demographic and Health Surveys*⁴³ conduzido em 2012 no Haiti e *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS) em 2014 na República Dominicana.

DHS é financiada pela USAID (United States Agency for International Development) e MICS pela UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) com vistas ao monitoramento dos problemas demográficos e de saúde das populações residentes em países de baixa e média renda. Produzem estimativas padronizadas para os indicadores de saúde e seus inquéritos são disponíveis na rede mundial de computadores com acesso livre mediante cadastro. Devido a isso, é possível a comparação proposta neste estudo.

9.2 Justificativa do delineamento

Este tipo de delineamento nos permite medir a prevalência e cobertura de intervenções, bem como fornecer informações sobre distribuição e características dos desfechos em saúde materno infantil investigados na população. Também é útil para avaliação dos grupos prioritários, população-alvo para intervenções futuras.

9.3 População-alvo

Mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), que tiveram um nascido vivo nos últimos dois (MICS) ou três⁴³ anos e suas respectivas crianças residentes no Haiti ou República Dominicana.

9.4 População Externa

Mulheres em idade fértil e crianças menores de dois (MICS) ou três⁴³ anos residentes em ambos países.

9.5 Critérios de inclusão

Mulheres, de 15 a 49 anos, no momento da coleta de dados, que tiveram filhos nos últimos dois (MICS) ou três⁴³ anos anteriores a entrevista.

9.6 Critérios de exclusão específicos por indicador:

1. Demanda satisfeita por planejamento familiar

Mulheres em idade fértil (15-49 anos), sem necessidade de contraceção (sexualmente inativas, histerectomizadas ou inférteis) ou que desejam ter filhos.

2. Vacinação de crianças (incluindo BCG, sarampo e DPT)

Crianças que não estão na faixa de vacinação de 12 a 23 meses de idade.

3. Uso de soro de reidratação oral para diarreia

Crianças de 0-59 meses que não tiveram diarreia nas últimas duas semanas.

4. Busca por cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda.

Crianças de 0-59 meses que não tiveram sintomas de infecção respiratória aguda nas últimas duas semanas.

9.7 Definição operacional dos desfechos principais

Por se tratarem de inquéritos diferentes, um primeiro passo será a padronização de variáveis em cada um dos inquéritos. Os indicadores para o MICS são calculados para menores de dois anos e para DHS para menores de três anos. Após, serão construídos os indicadores de cobertura conforme definição a seguir:

9.7.1 Demanda de planejamento familiar satisfeita

Entre as mulheres em idade fértil (15-49 anos), com necessidade de contracepção, o percentual que faz uso de métodos contraceptivos modernos, quais sejam implantes subdérmicos, dispositivos intra-uterinos, injetáveis, pílulas, métodos de barreira: preservativo masculino de látex e preservativo feminino, anel vaginal, parche transdérmico e esterilização feminina.

9.7.2 Número de consultas pré-natais

Entre as mulheres em idade fértil (15-49 anos), que tiveram filhos nos últimos dois/três anos, o percentual que realizou quatro ou mais consultas pré-natais nesta última gravidez

9.7.3 Atendimento ao parto por profissional qualificado

Entre as mulheres em idade fértil (15-49 anos), que tiveram filhos nos últimos dois/três anos, o percentual que foram atendidas por profissional qualificado, geralmente médicos e enfermeiras, ou mais profissionais, dependendo das políticas públicas de cada país.

9.7.4 Cobertura para imunização

Entre as crianças de 12-23 meses de idade, o percentual de crianças que recebeu: 1) vacina BCG; 2) vacina contra sarampo ou tríplice viral e 3) três doses de vacina DPT (difteria-tétano-coqueluche).

9.7.5 Busca de cuidado para sintomas de infecção respiratoria aguda

Entre as crianças de 0-59 meses com sintomas de infecção respiratoria aguda nas últimas duas semanas, o percentual que buscou alguma instituição de saúde para aconselhamento ou tratamento.

9.7.6 Uso de soro de reidratação oral para diarreia

Entre as crianças de 0-59 meses que tiveram diarreia nas últimas duas semanas, o percentual que fez uso de soro de reidratação oral padronizado durante a diarreia.

9.7.7 Índice composto de cobertura

Uma média ponderada de cobertura de intervenções de saúde materno-infantil, baseada no contínuo do cuidado (planejamento familiar, pré-natal e parto, imunização e cuidados de crianças), de acordo com a seguinte fórmula:

$$CCI = \frac{1}{4} \left(DFPSm + \frac{ANC4 + SBA}{2} + \frac{BCG + 2 \times DPT3 + MSL}{4} + \frac{SRO + CAREP}{2} \right)$$

Onde CCI⁶² significa índice composto de cobertura; DFPSm representa a *demandasatisfeta de planejamento familiar*; ANC4 indica no mínimo quatro consultas pré-natais; SBA é a sigla para atendimento ao parto por profissional qualificado; BCG, DPT3 e MSL consistem em 3 tipos de vacinas, imunização por Bacilo Calmette Guerin, DPT3 terceira dose de imunização contra difteria, pertussis e tetanos, MSL imunização contra sarampo; SRO significa soro de re-

hidratação oral; CAREP representa a busca por cuidado em caso de suspeita de infecção respiratoria aguda.

9.7.8 Definição operacional da exposição principal

Serão considerados imigrantes haitianos na República Dominicana aquelas mães e crianças que tem como idioma principal o *creole*, sendo este o idioma oficial do Haiti juntamente com o francês. Para a comparação com os grupos residentes no Haiti e também com dominicanos, serão considerados todos que responderam ao respectivo inquérito. Em específico na República Dominicana, apenas serão considerados aqueles cujo idioma principal seja o espanhol.

9.8 Variáveis para determinar as características da população

9.8.1 Índice de Riqueza

O índice de riqueza é baseado em dados de uso doméstico, fonte de água potável, tipo de piso, paredes, telhado, combustível para cozinhar, serviços domésticos e bens, tais como eletricidade TV, rádio, relógio, tipos de veículos, tamanho de propriedade da terra agrícola, o tipo do número de animais de propriedade, conta bancária, tipos de janela, domésticas, terra e casa como fonte de água potável, materiais de cobertura, tipo e compartilhamento de sanitário e de banheiros, tipo de piso, parede, telhado e materiais naturais, total de membros por quarto e animais de criação.

O índice de riqueza é calculado para cada pesquisa através de análise de componentes principais de bens presentes no domicílio e características de construção. O primeiro componente resultante das análises é dividido em quintis, com Q1 representando os mais pobres e Q5 os 20% mais ricos de todas as famílias ^{43, 63, 64}.

9.8.2 Escolaridade Materna

Foram classificados em três categorias: nenhuma, primário ou secundário ou mais.

9.8.3 Idade materna

Idade cronológica em anos completos da mãe no momento do parto (para SBA e ANC4) ou no momento da entrevista. Se classificará em : 15-19 anos; 20-34 anos e 35-49 anos. SBA significa atendimento ao parto por profissional qualificado e ANC representa número de consultas pré-natais (quatro ou mais).

10 Limitações do estudo

Entre as possíveis limitações do estudo podemos destacar:

- 1) Definição de idioma como proxy de migração.
- 2) Ausência de tempo que já imigrou, especialmente para verificar possíveis processos de aculturação.
- 3) Falta de poder para estratificações como dupla estratificação por área de residência e quintis de riqueza ou mesmo regiões do país.
- 4) Ausência de medidas de geolocalização para identificar possíveis bateyes na República Dominicana.
- 5) Medidas autorreferidas para o desfecho, especialmente as medidas de vacinação.

Estas limitações devem ser levadas em conta na interpretação futura dos resultados. Porém, não invalidam a realização deste estudo, em especial por que é possível realizar esta comparação com indicadores calculados de forma padronizada.

11 Amostragem

11.1 Cálculo de Poder do Estudo

O cálculo do poder do estudo foi realizado por meio de Stata 13.0 com informação das prevalências para cada indicador proveniente do inquérito DHS de Haiti 2012 e MICS para República Dominicana 2014.

11.1.1 Quadro 1. Cálculo de poder para indicadores relacionados à saúde da mulher.

Indicador	Cobertura (%)		Poder do estudo (%)
	Mulheres haitianas (N= 14287)	Mulheres Imigrantes haitianas (N=1726)	
Demanda satisfeita por planejamento familiar	44,8	43,8	11,5
		39,8	97,6
		34,8	100,0
		29,8	100,0
		24,8	100,0
Número de consultas pré-natais	59,5	58,5	11,8
		49,5	100,0
		44,5	100,0
		39,5	100,0
		34,5	100,0
Atendimento qualificado ao parto	90,3	89,3	25,4
		84,3	100,0
		79,3	100,0
		74,3	100,0
		69,3	100,0
	Mulheres dominicanas (N=18263)	Mulheres imigrantes haitianas (N=1726)	
Demanda satisfeita por planejamento familiar	85,1	84,1	19,3
		79,1	100,0
		74,1	100,0
		69,1	100,0
		64,1	100,0
Número de consultas pré-natais	92,9	91,9	32,7
		86,1	100,0
		81,1	100,0
		76,1	100,0
		71,1	100,0
Atendimento qualificado ao parto	98,6	97,6	83,6
		92,6	100,0
		87,6	100,0
		82,6	100,0
		77,6	100,0

11.1.2 Quadro 2. Cálculo de poder para indicadores relacionados a vacinação.

Indicador	Cobertura (%)		Poder do estudo (%)
	Crianças haitianas (N=1370)	Crianças Imigrantes haitianas (N=342)	
Vacina para BCG	82,7	81,7	5,7
		76,7	68,7
		71,7	98,9
		66,7	100,0
		61,7	100,0
Vacina contra sarampo	65,1	64,1	4,7
		59,1	51,7
		54,1	95,6
		49,1	100,0
		45,1	100,0
Vacina DPT (três doses)	62,6	61,6	4,7
		56,6	50,6
		51,6	95,2
		46,6	100,0
		41,6	100,0
	Crianças dominicanas (N=3412)	Crianças imigrantes haitianas (N=342)	
Vacina para BCG	95,8	94,8	12,9
		89,8	98,1
		84,8	100,0
		79,8	100,0
		74,8	100,0
Vacina contra sarampo	61,4	60,4	4,9
		55,4	55,8
		50,4	97,1
		45,4	100,0
		40,4	100,0
Vacina DPT (três doses)	64,2	63,2	5,0
		58,2	57,0
		53,2	97,4
		48,2	100,0
		43,2	100,0

11.1.3 Quadro 3. Cálculo de poder para indicadores relacionados ao manejo de doenças

Indicador	Cobertura (%)		Poder do estudo (%)
	Crianças haitianas (N=1415)	Crianças Imigrantes haitianas (N=326)	
Soro de rehidratação oral	52,9	51,9	4,5
		46,9	47,3
		41,9	94,2
		36,9	100,0
		31,9	100,0
	48,4	Crianças dominicanas (N=3203)	Crianças Imigrantes haitianas (N=326)
		47,4	4,7
		42,4	51,9
		37,4	96,6
		32,4	100,0
Busca de cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda	39,0	29,4	100,0
		Crianças haitianas (N=1008)	Crianças Imigrantes haitianas (N=68)
		38,0	2,7
		33,0	12,7
		28,0	38,0
	61,8	23,0	73,1
		18,0	95,5
		Crianças dominicanas (N=1109)	Crianças Imigrantes haitianas (N=68)
		60,8	2,8
		55,8	13,9

12 Análise de dados

Para realizar a análise dos dados se utilizará o programa Stata 13.1. Usando as informações de DHS para Haiti e MICS para República Dominicana serão calculadas as coberturas de cada um dos indicadores para os haitianos, dominicanos e imigrantes haitianos. Depois cada indicador será descrito para cada grupo populacional segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Finalmente, serão comparadas as proporções entre grupos utilizando o test chi-quadrado. Será considerado diferença estatisticamente significativa um valor de $p < 0.05$.

13 Questões éticas

As análises serão baseadas em inquéritos nacionais de DHS e MICS, cujo questionário foi aplicado após consentimento informado e assinado pela pessoa entrevistada.

14 Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados através da produção do volume final de dissertação e da publicação, em periódico científico, de um artigo com dados desta dissertação.

15 Financiamento

Esse projeto será financiado pela Wellcome Trust, no Centro Internacional de Equidade em Saúde, UFPEL-PPGE.

16 Cronograma

Atividade	2017						2018											
	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
Revisão da literatura																		
Elaboração do projeto																		
Qualificação do projeto																		
Acompanhamento do consórcio																		
Análise dos dados																		
Redação do volume final e artigo																		
Defesa da dissertação																		

Referencias

- ACEVEDO-GARCIA, D.; SOOBADER, M.-J.; BERKMAN, L. F. The differential effect of foreign-born status on low birth weight by race/ethnicity and education. *Pediatrics*, v.115, n.1, p.e20-e30. 2005.
- ADANU, R. M.; JOHNSON, T. R. Migration and women's health. *Int J Gynaecol Obstet*, v.106, n.2, p.179-81, Aug. 2009.
- ALMEIDA, L., et al. Maternal Healthcare in Migrants: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, v.17, n.8, p.1346-1354, Oct. 2013.
- ALMEIDA, L. M., et al. Obstetric care in a migrant population with free access to health care. *Int J Gynaecol Obstet*, v.126, n.3, p.244-7, Sep. 2014.
- AUGER, N., et al. Do mother's education and foreign born status interact to influence birth outcomes? Clarifying the epidemiological paradox and the healthy immigrant effect. *J Epidemiol Community Health*, v.62. 2008.
- BALLOTARI, P., et al. Effects of immigrant status on Emergency Room (ER) utilisation by children under age one: a population-based study in the province of Reggio Emilia (Italy). *BMC Health Services Research*, v.13, n.1, p.458, November 01. 2013a.
- BALLOTARI, P., et al. Effects of immigrant status on Emergency Room (ER) utilisation by children under age one: a population-based study in the province of Reggio Emilia (Italy). *BMC Health Services Research*, v.13, p.458-458. 2013b.
- BARROS, A. J. D.; VICTORA, C. G. Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions. *PLoS Medicine*, v.10, n.5, p.e1001390, 05/07. 2013.
- BRASIL, M. D. S. *Portal de Saúde Brasil*. Brasil, 2017.
- BRIDGET, W.; RICHARD, M.-W. *Les immigrants haïtiens et leurs descendants en République Dominicaine Haïti*: Catholic Institute for International Relations (CIIR) 2005. cccccc
- CANALES, A. I.; VARGAS BECERRA, P. N.; MONTIEL ARMAS, I. *Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y la República Dominicana*. Santiago, Chile: CEPAL, 2010.
- CAYEMITTES, M., et al. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2012*. Calverton, Maryland: ICF International, 2013.

DIAS, S. F.; SEVERO, M.; BARROS, H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC health services research*, v.8, n.1, p.207. 2008.

El estado de los derechos humanos en el mundo. Londres: Amnesty International Publications, 2005. <http://www.amnesty.org>

ERENEL, H., et al. Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Arch Gynecol Obstet*, v.295, n.1, p.45-50, Jan. 2017.

FAFCHAMPS, M.; SHILPI, F. Determinants of the choice of migration destination. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, v.75, n.3, p.388-409. 2013.

FARIA, C. *Imigração e Emigração. [Em linha]* Brasília: InfoEscola 2008.

FILMER, D.; PRITCHETT, L. H. Estimating Wealth Effects Without Expenditure Data—Or Tears: An Application To Educational Enrollments In States Of India*. *Demography*, v.38, n.1, p.115-132, February 01. 2001.

FLORES, G., et al. Access barriers to health care for Latino children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, v.152, n.11, p.1119-1125. 1998.

GABRIEL, B. *Migration: Advantages & Disadvantages*, 2009. <https://www.lifepersona.com>

GARCÍA, S. *La presencia de inmigrantes haitianos en República Dominicana*. Santo Domingo: Observatorio Político Dominicano, 2013.

GÉRARD, P. C. *Capital transnacional y trabajo en el Caribe*, 1988.

HAGGERTY, R. A. *Dominican Republic: A Country Study: ocupación por los Estados Unidos, 1916-24*. Washington: GPO for the Library of Congress, 1989. <http://countrystudies.us/dominican-republic/10.htm>

HEAMAN, M., et al. Migrant women's utilization of prenatal care: a systematic review. *Matern Child Health J*, v.17, n.5, p.816-36, Jul. 2013.

HUANG, Z. J.; YU, S. M.; LEDSKY, R. Health status and health service access and use among children in U.S. immigrant families. *Am J Public Health*, v.96, n.4, p.634-40, Apr. 2006.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION. *Labour migration in Latin America and the Caribbean*. Lima, 2016. www.ilo.org/publns

JEAN GHASMANN, B. *Paradigma de la Migración Haitiana en República Dominicana*. Primeira Edición ed. Santo Domingo, República Dominicana: Instituto Technológico de Santo Domingo, 2002.

JORGE MARTÍNEZ, P. *El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género* Santiago de Chile: Proyecto Regional de Población CELADE UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) 2003.

KENTOFFIO, K., et al. Use of maternal health services: comparing refugee, immigrant and US-born populations. *Matern Child Health J*, v.20, n.12, p.2494-2501, Dec. 2016a.

KENTOFFIO, K., et al. Use of maternal health services: comparing refugee, immigrant and US-born populations. *Maternal and Child Health Journal*, v.20, n.12, p.2494-2501, Dec. 2016b.

KEYS, H. M., et al. Perceived discrimination, humiliation, and mental health: a mixed-methods study among Haitian migrants in the Dominican Republic. *Ethn Health*, v.20, n.3, p.219-40. 2015.

LANDRY, V. *Feminización y urbanización de la migración haitiana en república dominicana: una aproximación hacia su caracterización*. Distrito Federal, México: Revista Pueblos y Fronteras Digital, 2013.

LANDRY, V. *Haitianas en República Dominicana: feminización de la migración, discriminación y vulnerabilidad*. 2013. (Tesis) - Facultad de Filosofía y Humanidades Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2013.

LARA, M., et al. Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context. *Annu Rev Public Health*, v.26, p.367-97. 2005.

LASSETTER, J. H.; CALLISTER, L. C. The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies. *J Transcult Nurs*, v.20, n.1, p.93-104, Jan. 2009.

LATORTUE, P. R. [Haitian migration to Santo Domingo]. *Estud Soc*, v.18, n.59, p.43-59, Jan-Mar. 1985.

LIONNE, M. *La inmigracion haitiana en la Rep. Dominicana - Causas y Consecuencias* 2012.

MAJROOH, M. A., et al. Coverage and quality of antenatal care provided at primary health care facilities in the 'Punjab' province of 'Pakistan'. *PLoS One*, v.9, n.11, p.e113390. 2014.

MILLER, A. S., et al. Health and Social Needs in Three Migrant Worker Communities around La Romana, Dominican Republic, and the Role of Volunteers: A Thematic Analysis and Evaluation. *Journal of Tropical Medicine*, v.2016, p.6. 2016.

MIRKOVIC, K. R., *et al.* Quality and uptake of antenatal and postnatal care in Haiti. *BMC Pregnancy Childbirth*, v.17, n.1, p.52, Feb 02. 2017.

MOSS, N.; STONE, M. C.; SMITH, J. B. Child health outcomes among Central American refugees and immigrants in Belize. *Soc Sci Med*, v.34, n.2, p.161-7, Jan. 1992.

MULVANEY-DAY, N. E.; ALEGRIA, M.; SRIBNEY, W. Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States. *Social science & medicine*, v.64, n.2, p.477-495. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Promoción de la salud de los migrantes* 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Saúde nas Américas*. Washington, D.C.: OPAS, 2007.

PERREIRA, K. M., *et al.* Barriers to immigrants' access to health and human services programs. *ASPE Issue Brief*. Washington, DC: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. 2012.

RECHEL, B., *et al.* Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*, v.381, n.9873, p.1235-1245. 2013.

REPUBLICA DOMINICANA; OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Censo de Población y Vivienda*. Santo Domingo: ONE, 2002.

REPUBLICA DOMINICANA; OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Primera Encuesta Nacional de Immigrantes*. Santo Domingo: ONE, 2013.

ROBERTSON, E., *et al.* Migration status and limiting long-standing illness: A longitudinal study of women of childbearing age in Sweden. *The European Journal of Public Health*, v.13, n.2, p.99-104. 2003.

RUTSTEIN, S. O.; JOHNSON, K.; O. M. M. D. *Demographic and Health Survey Wealth Index*: ORC Macro, MEASURE DHS, 2004. https://books.google.com.br/books?id=_TmaAAAAIAAJ

SCHACHTER, A.; KIMBRO, R. T.; GORMAN, B. K. Language proficiency and health status: are bilingual immigrants healthier? *J Health Soc Behav*, v.53, n.1, p.124-45, Mar. 2012.

SEDLECKY, K.; RASEVIC, M. Challenges in sexual and reproductive health of Roma people who live in settlements in Serbia. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, v.20, n.2, p.101-9, Apr. 2014.

SMITH-GREENAWAY, E.; MADHAVAN, S. Maternal migration and child health: An analysis of disruption and adaptation processes in Benin. *Soc Sci Res*, v.54, p.146-58, Nov. 2015.

SWARTZ, J. J., et al. Expanding Prenatal Care to Unauthorized Immigrant Women and the Effects on Infant Health. *Obstet Gynecol*, v.130, n.5, p.938-945, Nov. 2017.

TACTUK, P.; CÁCERES UREÑA, F. I.; ESTÉVEZ THEN, G. *Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples ENHOGAR-MICS 2014*. Santo Domingo, República Dominicana: UNICEF, 2016.

TAPPIS, H., et al. Maternal Health Care Utilization Among Syrian Refugees in Lebanon and Jordan. *Matern Child Health J*, Jul 13. 2017.

URQUIA, M. L.; GAGNON, A. J. Glossary: migration and health. *J Epidemiol Community Health*, v.65, n.5, p.467-72, May. 2011.

VAN DEN AKKER, T.; VAN ROOSMALEN, J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, v.32, p.26-38, Apr. 2016.

WEHRMEISTER, F. C., et al. Summary indices for monitoring universal coverage in maternal and child health care. *Bulletin of the World Health Organization*, v.94, n.12, p.903-912, 11/03

WHERRY, L. R., et al. State And Federal Coverage For Pregnant Immigrants: Prenatal Care Increased, No Change Detected For Infant Health. *Health Aff (Millwood)*, v.36, n.4, p.607-615, Apr 01. 2017.

WILLIAMS, D. R., et al. Race, socioeconomic status, and health: complexities, ongoing challenges, and research opportunities. *Ann N Y Acad Sci*, v.1186, p.69-101, Feb. 2010.

WOLFF, H., et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public health*, v.8, p.93-93. 2008.

XIMENES ARAGÃO, F. M.; CARVALHO ROSADO DE OLIVEIRA, M. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v.17, n.2. 2004.

II MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO ORIGINAL

Entre os objetivos iniciais do projeto, havia a perspectiva de estratificação dos resultados para idade e escolaridade maternas. Após as análises, estas foram excluídas do volume final em virtude de alguns aspectos, relacionados a seguir:

- 1) Alguns grupos ficaram com tamanhos amostrais muito reduzidos, especialmente os grupos de mulheres jovens, inviabilizando inferências precisas sobre as estimativas de cobertura e indicadores de desigualdades.
- 2) Escolaridade e índice de riqueza possuem alta correlação e podem refletir a mesma dimensão de desigualdade;
- 3) Idade materna para os inquéritos do MICS ainda não são calculados para indicadores existentes no banco da criança. Assim, indicadores como vacinação e manejo de doenças não teriam informações necessárias para este estratificador.

III RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

Durante os dois anos do mestrado, fui bolsista do Centro Internacional de Equidade em Saúde e realizei trabalho de campo no do consórcio de pesquisa , do qual os mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia participam. Assim, nesta seção, serão apresentados dois relatórios, sendo o primeiro das atividades desempenhadas no Centro de Equidade e o segundo referente ao trabalho de campo do consórcio.

1 CENTRO INTERNACIONAL DE EQUIDADE EM SAÚDE

O Centro Internacional de Equidade em Saúde (*International Center for Equity in Health – ICEH*) é composto por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), com experiência em pesquisa de equidade e no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE).

O ICEH tem por objetivo monitorar a situação de saúde e nutrição entre os países do mundo, com foco na denúncia de desigualdades, principalmente nos países de renda média e baixa. Portanto, suas principais atividades são:

- Identificar os inquéritos nacionais ou outras fontes de dados para análise de equidade, mantendo um cadastro atualizado destes e atuando como repositório dos dados e documentos para os estudos de desigualdades. As principais fontes de dados são inquéritos padronizados, especialmente *Demographic and Health Surveys*⁴³; *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS) e *Reproductive Health Surveys* (RHS), que investigam a saúde de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos de idade) e crianças menores de dois ou de cinco anos.
- Analisar as bases de dados identificadas de forma a gerar um conjunto padronizado de indicadores de equidade em saúde e nutrição para esses países. Os bancos de dados gerados a partir dos inquéritos são reanalisados e os indicadores são rotineiramente estratificados por sexo da criança, região geográfica do país, área (urbana/rural), idade e escolaridade da mãe, quintis de riqueza domiciliar.
- Atualizar as análises periodicamente, conforme novas fontes de informação são identificadas ou disponibilizadas;

- Manter um conjunto de bancos de dados semi-processados de forma a facilitar análises de equidade de outros investigadores ou centros de pesquisa;
- Alimentar sistemas de informação sobre equidade em saúde – sejam sistemas próprios do centro ou externos, como o Observatório Global de Saúde da OMS ou da Iniciativa Contagem Regressiva para 2015 (*Countdown to 2030 – Maternal, Newborn & Child Survival*);
- Criar e manter um sistema de consultas às informações geradas, acessível via Web, que permita a visualização de um conjunto pré-definido de indicadores por país, assim como consultas personalizadas;
- Contribuir no avanço do conhecimento sobre medidas e índices para avaliar equidade.

Além dos pesquisadores, a equipe do ICEH é composta por alunos de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado, pós-doutorandos, além de uma equipe administrativa fixa, que são responsáveis pela rotina do centro e a disseminação de seus resultados.

Os estudantes são associados ao PPGE e desempenham seus projetos de dissertação e tese com dados processados e analisados pelo ICEH. Além de utilizar os bancos de dados para elaborar a dissertação, eu fazia parte do grupo que trabalha com bancos de dados que contenham indicadores de nutrição padronizados e de qualidade, avaliando inconsistências nos indicadores e manipulando a planilha de checagem e de documentação; ademais, eu participei nas reuniões técnicas para debate sobre o processo de trabalho interno; e reuniões científicas, sobre a abordagem acadêmica das pesquisas em equidade em saúde e sua importância na formulação de políticas públicas, dentre outros temas. São oportunizadas participações em reuniões com agências e fundações internacionais como UNICEF, OMS, *Bill and Melinda Gates Foundation*, dentre outras, e participação em congressos da área, como *World Congress of Epidemiology* e *Epidemiology Congress of the Americas*. Os resultados do trabalho são divulgados principalmente através de relatórios e outras ferramentas específicas para análises de equidade em saúde e artigos em periódicos científicos das áreas de saúde e nutrição.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EPIDEMIOLOGIA**



**RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO
CONSÓRCIO DE PESQUISA 2017/2018**

**Avaliação da saúde dos ingressantes em 2017/1 da Universidade Federal
de Pelotas, RS**



PELOTAS

2018

2 CONSÓRCIO DE PESQUISA “SAÚDE UNIVERSITARIA – PESQUISA SOBRE A AVALIAÇÃO DA SAÚDE DOS INGRESSANTES EM 2017/1 DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, RS”

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi criado no ano de 1991, a partir de um trabalho conjunto de docentes, grande parte deles do Departamento de Medicina Social.

Desde 1999, os alunos do PPGE trabalham coletivamente para a construção de seu campo de pesquisa. Esse esforço culmina na realização de um trabalho conjunto, de campo único, na forma de um estudo transversal, em que todos os mestrandos participam de maneira integral, denominado “Consórcio de Pesquisa”.

Nos anos 2017/2018 o Consórcio de Pesquisa estudou a população universitária com 18 anos ou mais ingressante na UFPel no primeiro semestre de 2017 (2017/1), e matriculados em cursos presenciais dos *campi* de Pelotas e Capão do Leão em 2017/2, buscando contemplar informações relativas à saúde, sob diversos aspectos. A população estudada foi escolhida por meio de discussões entre docentes e mestrandos do PPGE. A pesquisa contou com a participação de 20 mestrandos da turma de 2017, sob a coordenação de trabalho de campo de três docentes do Programa: Dr^a Elaine Tomasi, Dr^a Helen Gonçalves e Dr^a Luciana Tovo Rodrigues.

Ao longo dos quatro primeiros bimestres do curso de mestrado, nas disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ocorreu o planejamento do estudo populacional, desde a escolha dos temas até o planejamento de todo o trabalho de campo pelos mestrandos. Nessa pesquisa foram investigados temas específicos de cada mestrando (Tabela 1).

Tabela 1. Mestrandos, Orientadores e Temas do Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2017/2018.

Mestrando	Orientador	Tema
Betina Flesch	Ana Claudia Fassa	Depressão

Bianca Cata Preta	Andréa Dâmaso	Uso de <i>smartdrugs</i>
Bruno Könsgen	Elaine Tomasi	Utilização de serviços de saúde
Caroline Carone	Iná dos Santos	Epidemiologia do sono
Débora Gräf	Ana Claudia Fassa	Comportamento sexual de risco
Deisi Silva	Luiz Augusto Facchini	Discriminação nos serviços de saúde
Fabiane Höfs	Helen Gonçalves	Eventos estressores e eventos associados.
Fernanda Prieto	Ana Maria Menezes	Avaliação do controle da asma
Fernando Guimarães	Andréa Dâmaso	Comportamento de risco para lesões intencionais e não intencionais.
Gbènankpon Houvèssou	Mariângela da Silveira	Consumo de drogas lícitas e ilícitas.
Inaê Valério	Helen Gonçalves	Violência entre parceiros íntimos
Juliana Meroni	Ana Maria Menezes	Dificuldade visual
Karoline Barros	Maria Cecília Assunção	Padrões de dieta
Mariana Echeverria	Flavio Demarco	Falta de acesso e utilização de serviços odontológicos
Patrice Tavares	Luciana Rodrigues	<i>Jetlag social</i>
Pedro Crespo	Fernando Wehrmeister	Simultaneidade de fatores de risco à saúde
Priscila Lautenschläger	Tiago Munhoz	Vitimização por violência comunitária
Sarah Karam	Flavio Demarco	Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida
Thielen da Costa	Maria Cecília Assunção	Insatisfação corporal
Vânia Oliveira	Bernardo Horta	Característica das refeições

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde dos ingressantes em 2017/1 da Universidade Federal de Pelotas, RS”. Este projeto mais amplo contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa dos mestrandos, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo.

O projeto geral foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Medicina (FAMED), da UFPEL. Em outubro de 2017, recebeu aprovação com o número de protocolo 79250317.0.0000.5317. O parecer contendo a aprovação para o estudo encontra-se no Anexo 1.

Este relatório descreve o processo de construção desse estudo.

2 COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO

O Consórcio de Pesquisa busca também capacitar os mestrandos para o trabalho em equipe. Para que isso fosse possível, foram estabelecidas comissões a fim de garantir agilidade, melhor distribuição de tarefas e bom andamento do trabalho de campo.

Todos os mestrandos participaram de comissões, podendo um mesmo aluno atuar em mais de uma. Ainda, este consórcio contou com a colaboração de alunos vinculados ao Centro de Equidade do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (Beatriz Lerm, Franciele Hellwig, Roberta Bouilly e Úrsula Reyes), que participaram das comissões e do trabalho de campo durante os quatro primeiros meses do estudo. Seus projetos de dissertação não previam a utilização dos dados coletados pelo consórcio.

As atividades relacionadas a cada comissão e seus responsáveis estão descritas a seguir.

2.1 Elaboração do projeto de pesquisa que reuniu todos os estudantes

Os responsáveis pela elaboração do projeto geral foram as mestrandas Deisi Silva, Fernanda Prieto, Fabiane Hofs e Vânia Oliveira. A equipe reuniu justificativas, objetivos gerais e específicos e hipóteses dos projetos individuais dos 19 mestrandos na composição de um único documento sobre o estudo, “projetão”.

O projetão também contemplou aspectos comuns a todos, como: descrição do PPGE e da forma de pesquisa adotada pelo programa, delineamento do estudo, população-alvo, amostra e processo de amostragem, instrumentos utilizados, logística, estudo pré-piloto e piloto, processamento e análise de dados, aspectos éticos, orçamento, cronograma e referências bibliográficas.

2.2 Elaboração do questionário e manual de instruções

Os responsáveis por esta comissão foram as mestrandas Caroline Maria de Mello Carone, Patrice de Souza Tavares, Juliana das Chagas Meroni e Ro-

bertha Bouilly. A equipe elaborou um instrumento único contendo as perguntas de cada mestrando e um manual de instrução com todas as informações sobre o instrumento geral, bem como procedimentos a serem tomados em cada pergunta.

A versão impressa do questionário completo e do manual de instruções encontram-se nos Apêndice 1 e Apêndice 2, respectivamente.

A versão digital do questionário foi inserida no *Research Electronic Data Capture* (RedCap) pelo mestrando responsável pelo banco de dados.

2.3 Gestão do banco de dados

Os responsáveis por essa comissão foram os mestrandos Bruno Iorio-Konsgen, Franciele Hellwig, Pedro Augusto Crespo da Silva, e Priscila Lautenschläger. A mestrandanda Débora Dalmas Gräf também auxiliou a comissão em algumas etapas. Ela foi responsável pela inserção do questionário na sua versão digital, na plataforma RedCap, pela instalação do aplicativo em todos os equipamentos e pela atualização de todos os *tablets*.

A comissão também ficou encarregada da gestão do banco de dados que compreendeu o reparo de erros técnicos que comprometessem os questionários, limpeza e checagem de inconsistências e atualização do banco de dados para todos os mestrandos.

2.3 Comunicação e Divulgação

Os responsáveis por essa comissão foram as mestrandas Inaê Dutra Valério, Karoline Sampaio Barros, Thielen Borba da Costa e Débora Dalmas Gräf.

Antes do início do trabalho de campo a comissão ficou encarregada de trabalhar em conjunto com a equipe responsável pela comunicação do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) para elaborar nome e logomarca da pesquisa, cartazes para fixar nos prédios da UFPel e texto sobre o estudo para divulgação na plataforma Cobalto, utilizada por docentes e discentes da Uni-

versidade. Ferramentas como *Facebook* e *Instagram* também foram utilizadas para divulgação da pesquisa.

O logotipo e sigla do consórcio criados em parceira com as profissionais de *design* gráfico e comunicação social do CPE Cíntia Borges e Sílvia Pinto, respectivamente, estão apresentados na Figura 1.



Figura 1. Versões do logotipo do consórcio 2017/2018.

Antes e durante o trabalho de campo a equipe também ficou responsável por ligações telefônicas e envio de *e-mails* aos coordenadores e professores dos cursos elegíveis, solicitando autorização para realização da pesquisa. Os mestrandos trabalharam diretamente com a comissão de logística para organizar escalas de mestrandos e horários de campo.

Até a elaboração deste relatório, o trabalho de divulgação não foi concluído. Após a conclusão dos trabalhos individuais de cada mestrando, será elaborado um material para divulgação dos resultados para a comunidade universitária.

2.4 Logística

Os responsáveis por essa comissão foram os mestrandos Mariana Silveira Echeverria, Sarah Arangurem Karam, Pedro Augusto Crespo da Silva e Débora Dalmas Gräf.

A comissão foi responsável pela gestão do trabalho de campo propriamente dito. A equipe ficou responsável pelo mapeamento de todos os cursos

elegíveis, fornecimento das listas de chamadas dos alunos elegíveis e da elaboração de escalas para o plantão e para realização da coleta de dados.

Em conjunto com a comissão de comunicação e divulgação, a equipe ajudou na marcação de horários com os professores para aplicação do questionário e, mais ao final do campo, na busca ativa de alunos elegíveis que ainda não haviam participado da pesquisa. Em conjunto com a comissão de relatório, a equipe apresentava os dados mais recentes do trabalho de campo nas reuniões entre mestrandos e docentes coordenadores da pesquisa.

2.5 Remanescentes

Após três meses do trabalho de campo, surgiu a necessidade da criação de uma comissão não prevista, nomeada comissão dos remanescentes. As mestrandas Betina Daniele Flesch, Fabiane Neitzke Hofs e Patrice de Souza Tavares foram os responsáveis por esta comissão que passou a trabalhar com novas listas de alunos matriculados fornecidas pela reitoria a fim de contabilizar os alunos desistentes e trancamento. Em conjunto com a comissão de relatório, esta equipe trabalhou na atualização de alunos regularmente matriculados na UFPel e dos alunos que já haviam respondido ao questionário.

Mais ao final do campo, a equipe trabalhou com a comissão de logística para fornecer dados sobre as disciplinas mais prováveis de ter alunos elegíveis que ainda não haviam participado da pesquisa.

2.6 Financeiro

Os responsáveis por essa comissão foram os mestrandos Betina Daniele Flesch, Úrsula Reyes, Fernando Silva Guimarães e Beatriz RaffiLerm. A comissão ficou encarregada de todas as questões relacionadas ao controle financeiro, orçamento e previsão de compras durante todo o Consórcio de Pesquisa.

2.7 Elaboração de relatórios

Os responsáveis por essa comissão foram os mestrandos Bianca de Oliveira Cata Preta, Gbènankpon Mathias Houvèssou e Deisi Lane Rodrigues Silva. A equipe foi responsável pelo registro das reuniões com a coordenação e informações relevantes do trabalho de campo como questões relativas às perguntas do questionário geral, condutas a serem tomadas pelos mestrandos em campo, etc.

Além disso, ela fornecia dados atualizados sobre o trabalho de campo para ser apresentado nas reuniões entre mestrandos e coordenadoras em conjunto com a comissão de logística. A equipe ficou responsável pela gestão de planilha com a contabilização dos alunos respondentes, recusas e perdas e registro das intercorrências ocorridas durante o campo. Para isso, elaborou um documento denominado Relatório Diário (Apêndice 3) a ser preenchido pelos mestrandos a cada ida à campo.

A comissão também realizou contagem e conferência periódica dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados pelos participantes e, em conjunto com a comissão do banco de dados, verificava se o número de TCLEs assinados era compatível com o número de questionários no banco.

Por fim, a comissão foi responsável pela elaboração e redação final do presente relatório.

3 QUESTIONÁRIO

O questionário foi composto por três partes: a primeira com perguntas denominadas "gerais", com informações relacionadas ao curso do graduando e sua visão sobre a UFPEL, às características demográficas e socioeconômicas, à prática religiosa, à ocupação e aos benefícios sociais recebidos; a segunda parte denominada "específica", com perguntas que continham questões relacionadas à dissertação de cada mestrandos e a terceira parte compreendeu o teste de acuidade visual. As três partes estavam divididas em seis blocos mais

a parte para inserir o resultado do teste de acuidade visual, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Blocos, número de questões e assuntos abordados no questionário do consórcio 2017/2018.

Bloco	Questões	Assuntos
A	01 – 26	Aluno e Curso de graduação
	27 – 40	Posse de bens
	41 – 48	Trabalho e benefícios
	49 – 71	Comportamento
	72 – 80	Deslocamento e lazer
B	81 – 85	Rotina acadêmica
	01 – 25	Alimentação
	26 – 38	Atividade física e comportamento sedentário
C	39 – 45	Percepção corporal
	01 – 07	Hábitos de sono
	08 – 21	Folga e descanso
D	22 – 31	Eventos com impacto negativo na vida do estudante
	32 – 43	Saúde mental
	01 – 10	Asma e saúde ocular
E	11 – 24	Saúde bucal
	25 – 56	Acesso e utilização de serviços de saúde
	01 – 21	Comportamento sexual
F	22 – 28	Comportamento no trânsito
	29 – 34	Comportamento violento
	35 – 45	Uso de substâncias ilícitas
-	01 – 19	Uso de <i>smart drugs</i>
	20 – 30	Violência e agressão
-	A1 – A5	Teste de acuidade visual

3.1 Teste de acuidade visual

O teste de acuidade visual foi realizado para o sub-estudo de uma das mestrandas e teve como objetivo validar uma pergunta sobre acuidade visual. Como padrão-ouro, foi aferida a acuidade visual de ambos os olhos separadamente, utilizando-se um oclusor posicionado na frente do olho contralateral ao examinado, com tabela de Snellen a 6 metros de distância. A determinação da acuidade foi realizada com os óculos vigentes ou lentes de contato, naqueles que os utilizavam, e registrada no mesmo *tablet* utilizado pelo aluno. Uma aplicadora foi treinada para realizar e registrar o teste em uma amostra de conveniência do censo de estudantes.

O processo de seleção para o sub-estudo ocorreu no momento da aplicação do questionário, de maneira que o primeiro indivíduo que entregasse o

questionário respondido fosse encaminhado para imediato teste de acuidade visual. Após, foi realizado pulo de um até que se atingisse o tamanho da amostra calculado (615 indivíduos).

Os indivíduos que participaram deste sub-estudo assinaram, antes da aplicação, um TCLE específico. (Apêndice 4)

4 MANUAL DE INSTRUÇÕES

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento dos mestrandos e no trabalho de campo. A versão impressa do manual fazia parte do *kit* que era levado a cada ida acampo, ainda uma versão digital ficou disponível no *Dropbox* com acesso a todos os mestrandos.

O manual possuía informações necessárias para cada questionário, incluindo orientações sobre o que se pretendia coletar de dados, contendo a explicação da pergunta, opções de resposta e instruções para perguntas em que as opções deveriam ser lidas ou não. Também possuía as definições de termos utilizados no questionário e o telefone de todos os supervisores.

5 CÁLCULO DO TAMANHO DE AMOSTRA E CENSO

Decidiu-se por realizar um censo dos alunos ingressantes no primeiro semestre de 2017 e matriculados no segundo semestre do mesmo ano, em todos os 80 cursos presenciais de graduação que se localizam nos *campi* da UFPel, nos municípios de Pelotas e Capão do Leão. O nome, o número de matrícula e as disciplinas que os alunos estavam cursando foram fornecidas pela reitoria da universidade.

De acordo com esta, no primeiro semestre de 2017 ingressaram na UFPel 3212 alunos, sendo 2706 matriculados no segundo semestre, sendo este número considerado o denominador do estudo.

Para avaliar o número de indivíduos necessários para a realização dos trabalhos, cada mestrando calculou o tamanho amostral adequado e suficiente para alcançar seus objetivos, tanto para estimar prevalência quanto para examinar associações. Esses números foram reunidos e observou-se que o maior número amostral necessário seria de 2423 para prevalências e de 2972 para associações.

6 ESTUDOS PRÉ-PILOTO E PILOTO

Com o objetivo de detectar falhas de compreensão das questões ou do modo de preenchimento, no dia 9 de outubro de 2017 foi realizado o estudo pré-piloto, em duas turmas de graduação da UFPEL, uma de Gastronomia e outra de Relações Internacionais, com alunos não elegíveis para a coleta de dados. No total foram aplicados 44 questionários impressos.

Em seguida os mestrandos se reuniram e avaliaram todas as dúvidas, inconsistências e dificuldades encontradas, organizando uma nova versão do questionário para aplicação do estudo piloto.

O estudo piloto foi realizado no dia 20 de outubro de 2017, em uma turma do curso de Psicologia, igualmente não elegível para o estudo. No total, foram aplicados 27 questionários em papel e realizados 13 testes de acuidade visual.

Novamente os mestrandos se reuniram, avaliaram e corrigiram os questionamentos e as incompatibilidades que surgiram nesta ocasião, redigindo uma versão mais clara do questionário.

A versão digital no *tablet* foi testada em 12 mestrandos e doutorandos do PPGE no dia 27 de outubro de 2017. Os erros encontrados foram corrigidos em tempo real.

7 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi iniciado no dia 6 de novembro de 2017 e terminou no dia 13 de julho de 2018, contando com 134 dias úteis de trabalho, já que para que fosse possível encontrar os participantes na universidade os dias trabalhados foram somente dias letivos.

Antes de iniciar o trabalho de campo, a equipe da Comissão de Comunicação entrou em contato com os coordenadores de cada curso para explicar sobre o estudo e solicitar autorização para realizar o trabalho com os alunos do curso referente. Após resposta positiva, foi solicitado nomes de professores que estariam dispostos a colaborar com a pesquisa. De posse dessas informações, a Comissão entrou em contato com os professores solicitando um período da aula necessário à aplicação do questionário.

Conforme escala organizada pela comissão de logística, o mestrandos de plantão era responsável pela organização dos materiais a serem levados à campo, carregamento e limpeza de tablets, *upload* de questionários e organização da sala de plantão. O *checklist* utilizado para organização dos materiais para o campo encontra-se no Apêndice 5.

Os mestrandos escalados para o campo, normalmente três, pegavam os materiais na sala de plantão e iam até ao *campus* e a sala de aula indicados. De novembro de 2017 até março de 2018, os mestrandos localizavam os alunos elegíveis em dia e em disciplina previamente agendados com o professor. Após esse período, a maneira de localizar os alunos foi alterada e será explicada mais adiante.

A pesquisa era apresentada a todos os alunos em sala, através de um texto padronizado (Apêndice 6). Neste momento, os alunos elegíveis eram identificados, as recusas caracterizadas e aqueles menores de 18 anos ou com ingresso em outro semestre que não 2017/1 eram liberados da aula. Em seguida, era realizada leitura do TCLE (Apêndice 7) para os elegíveis e após sua assinatura os *tablets* eram entregues.

No início do campo, antes da aquisição dos 27 *tablets* a pesquisa dispunha de 33 *tablets*, não sendo em número suficiente para aplicação em algumas

turmas. Por isso, 51 questionários foram aplicados na versão impressa. Além destes um participante preferiu realizar a pesquisa na versão impressa, por não se sentir à vontade para usar o *tablet*. A dupla digitação desses questionários foi realizada na plataforma RedCap por dois mestrandos. Um total de 25 alunos não elegíveis respondeu ao questionário, provavelmente por não terem entendido o critério de elegibilidade.

Todos os *tablets* levados à campo tinham uma identificação única e em cada um deles uma lista sequencial de números únicos para serem utilizados como identificador (ID) do questionário. Ao início da aplicação, o mestrandinho colocava um ID e a hora da aplicação no *tablet* e o entregava ao participante. A utilização de IDs foi necessária para garantir o anonimato dos questionários.

Os mestrandos ficavam em sala de aula para sanar eventuais dúvidas e problemas com os *tablets*. Ao término do preenchimento do questionário alguns alunos eram convidados a realizar o teste de acuidade visual em ambiente separado. Todos os alunos participantes receberam um folder com endereço dos serviços de saúde em Pelotas (Apêndice 8) e uma caneta brinde com a logo do consórcio.

Ao término da aplicação, o relatório diário era preenchido e os mestrandos voltavam para a sala de plantão para entregar os materiais utilizados e armazenar os TCLEs assinados. Eles também eram responsáveis pelo preenchimento da planilha que diferenciava alunos respondentes, ausentes e com recusa.

No final de março de 2018, a metodologia de busca dos alunos foi alterada por que não era mais viável solicitar ao professor um período inteiro de aula para aplicação do questionário, visto que a maioria dos alunos matriculados na disciplina já havia respondido. Pelo número reduzido de alunos elegíveis por turma, optou-se por buscar individualmente os alunos, sem contato prévio com o professor.

A comissão de logística organizou um cronograma com os dias, horários e locais das disciplinas em que os alunos elegíveis poderiam estar matriculados, conforme informação passada pela Reitoria. Dessa maneira, os mestrandos escalados iam até a sala de aula, solicitavam ao professor alguns minutos da aula para explicar sobre a pesquisa e convidar os alunos a responder ao

questionário ao final da aula ou em outro momento a ser combinado entre participantes e mestrandos.

Alguns professores permitiram o preenchimento do questionário durante a aula, outros liberaram os alunos para a participação fora da sala de aula. Alguns alunos participaram da pesquisa no intervalo ou ao término na aula.

8 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade tem o objetivo de garantir a qualidade das respostas coletadas e avaliar o trabalho realizado por entrevistadores. O questionário desta pesquisa foi auto aplicado e anônimo não sendo possível efetuar tal procedimento, porém realizou-se treinamento e constante padronização dos mestrandos no momento de explicar o estudo.

O controle de qualidade foi aplicado apenas para o teste de acuidade visual, descrito na sessão 3.1 deste relatório. A mestrandona responsável pelo tema de saúde ocular, médica oftalmologista, realizou o teste em paralelo com a aplicadora em 72 alunos (9%). A partir disso, calculou-se a concordância entre as respostas do teste pela estatística *kappa* para variável de acuidade visual.

9 RESULTADOS GERAIS

A coleta de dados foi concluída em 13 de julho de 2018. A comissão de relatórios trabalhou nas semanas seguintes fazendo a contagem de TCLEs e conferência da planilha que diferenciava alunos respondentes, recusas e desistências. Em seguida, trabalhou na contagem de alunos e conferências de listas atualizadas de matriculados por semestre enviadas pela Reitoria. A comissão de gestão de banco detectou e corrigiu inconsistências, localizou e eliminou 10 dos 25 questionários detectados como “ruído” e realizou a limpeza do banco de dados para entrega aos mestrandos.

As duas comissões trabalharam com as coordenadoras do consórcio para definir a melhor maneira de categorizar as variáveis de área de curso, idade, cor da pele e estado civil que serviriam para caracterizar os participantes.

A Figura 2 apresenta o número de alunos elegíveis matriculados por semestre, bem como as desistências e trancamentos e o número de questionários respondidos em cada etapa do campo.

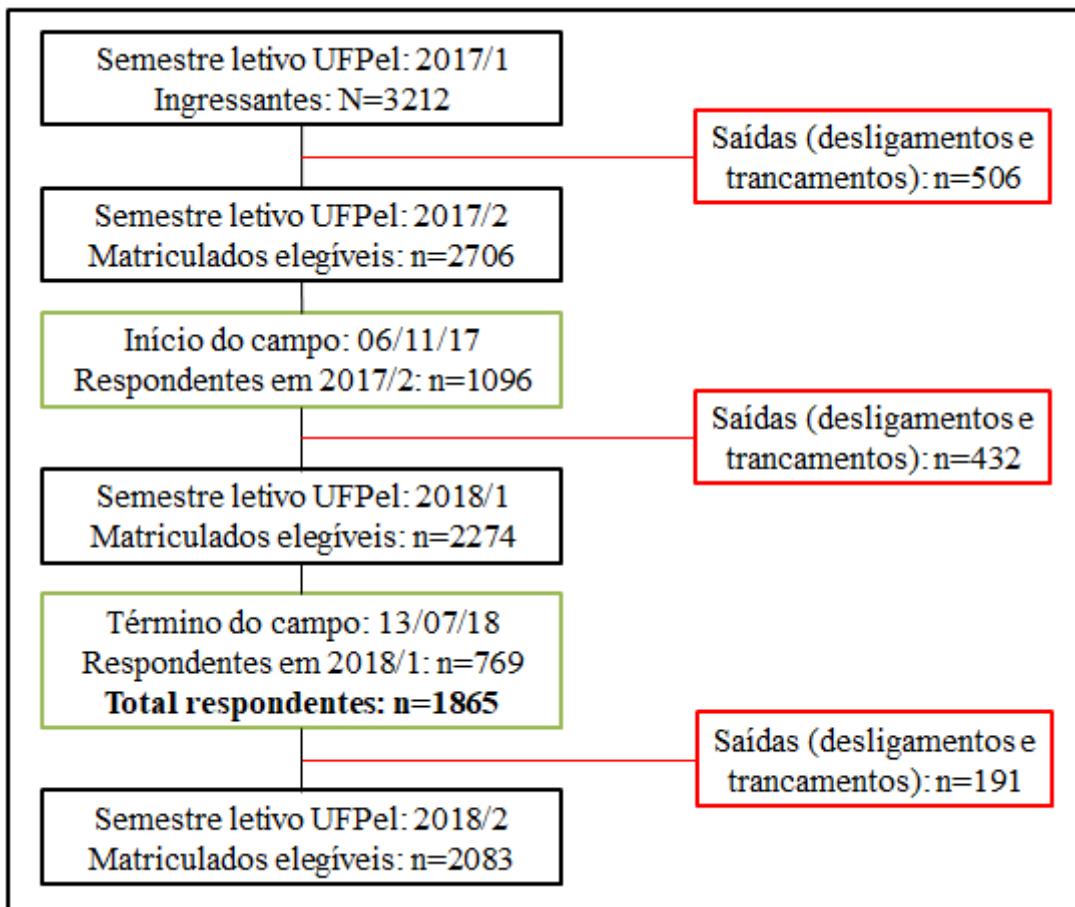


Figura 2 - Fluxograma de saída, número de alunos matriculados elegíveis e número de questionários respondidos nos semestres de 2017 e 2018 do consórcio 2017/2018.

Ao todo, os mestrandos foram a campo 339 vezes conseguindo que 1865 alunos respondessem à pesquisa, resultando em uma taxa de resposta geral de 69%. O tempo médio de resposta do questionário foi de 48,5 minutos. Os 15 questionários “ruídos” receberam o mesmo tratamento dos elegíveis por não ser possível a diferenciação devido ao anonimato das respostas. A taxa de resposta por curso e por grande área de curso estão descritas nas tabelas 4 e 5 respectivamente.

Tabela 4 – Taxa de resposta por ordem decrescente, por curso de graduação elegível. Consórcio 2017/2018.

Curso	nº de matri-culados	nº de respon-dentes	Taxa de res-posta
Design gráfico	24	24	100%
Hotelaria	18	18	100%
Letras português e alemão	23	23	100%
Música	8	8	100%
Música violino	2	2	100%
Biotecnologia	34	33	97%
Cinema de animação	28	26	93%
Teatro	22	20	91%
Administração	39	33	85%
Jornalismo	47	40	85%
Meteorologia	13	11	85%
Cinema e audiovisual	29	24	83%
Engenharia hídrica	39	32	82%
Letras português	17	14	82%
Dança	15	12	80%
Arquitetura	33	26	79%
Enfermagem	53	42	79%
Engenharia civil	42	33	79%
Música- flauta transversal	29	23	79%
Letras português e inglês	52	40	77%
Agronomia	95	71	75%
Engenharia de petróleo	24	18	75%
Medicina	53	40	75%
Medicina veterinária	59	44	75%
Processos gerenciais	48	36	75%
Educação física	112	83	74%
Zootecnia	35	26	74%
Ciências biológicas	67	49	73%
Gestão ambiental	33	24	73%
Ciências econômicas	50	36	72%
Odontologia	43	31	72%
Relações internacionais	46	33	72%
Conservação e restauração de bens culturais	23	16	70%
Letras português e francês	37	26	70%
Nutrição	43	30	70%
Ciências sociais	62	43	69%
História	91	63	69%
Engenharia de materiais	28	19	68%
Museologia	22	15	68%
Antropologia	36	24	67%
Gestão pública	49	33	67%
Letras tradução inglês português	6	4	67%
Pedagogia	48	32	67%
Engenharia de produção	41	27	66%
Turismo	38	25	66%

Ciência da computação	44	28	64%
Geografia	66	42	64%
Artes visuais	92	58	63%
Engenharia eletrônica	38	23	61%
Química de alimentos	23	14	61%
Direito	146	88	60%
Química	50	30	60%
Engenharia de controle e automação	32	19	59%
Engenharia da computação	40	23	58%
Física	36	21	58%
Música- popular	12	7	58%
Engenharia agrícola	35	20	57%
Música- ciências musicais	16	9	56%
Engenharia industrial madeireira	29	16	55%
Letras português e espanhol	26	14	54%
Filosofia	58	30	52%
Letras redação e revisão de textos	25	13	52%
Matemática	64	32	50%
Música- composição	4	2	50%
Engenharia ambiental e sanitária	28	13	46%
Música - piano	7	3	43%
Geoprocessamento	38	15	39%
Engenharia geológica	30	10	33%
Música – violão	6	2	33%
Música- canto	4	1	25%
Letras tradução espanhol português	1	0	0%
Total	2706	1865	69%

Tabela 5 – Taxa de resposta por área de concentração dos cursos elegíveis. Consórcio 2017/2018.

Área	Nº de cursos	Matriculados 2017/2	Taxa de res- posta
Ciências exatas e da terra/agrárias	25	863	62,9%
Ciências da saúde e biológicas	10	438	75,1%
Ciências sociais aplicadas e huma- nas	21	921	68,8%
Linguística, letras e artes	24	484	71,1%
Total	80	2706	69,0%

A categorização por cursos foi construída a partir da Tabela de Áreas de Conhecimento/Avaliação da Capes⁴ que separa os cursos em nove grandes áreas. Por uma questão de facilidade na manipulação dos dados e síntese, as nove áreas foram concentradas em quatro, conforme Quadro 1. Os cursos: física, química, ciências biológicas, ciências sociais, filosofia, história e artes visu-

ais são contados duas vezes na Tabela4 pois possuem graduação para bacharelado e licenciatura. O curso de matemática possui ingresso para curso integral e noturno, portanto também foi contado duas vezes.

Quadro 1 – Lista dos cursos elegíveis da UFPel categorizados em quatro áreas a partir da Tabela de Áreas de Conhecimento/Avaliação da Capes

Ciências exatas e da terra/agrárias	Ciências da Saúde e Biológicas	Ciências sociais aplicadas e humanas	Linguística, letras e artes
Agronomia	Biotecnologia*	Administração	Artes Visuais
Ciência da Computação	Ciências Biológicas (como biologia geral)	Antropologia	Cinema de Animação
Engenharia Agrícola	Educação Física	Arquitetura e Urbanismo	Cinema e Audiovisual
Engenharia Ambiental e Sanitária	Enfermagem	Ciências Econômicas	Conservação e Restauração* de Bens Culturais Móveis
Engenharia Civil	Gestão Ambiental*	Ciências Sociais	Dança
Engenharia de Computação	Medicina	Design Gráfico	Letras - Redação e Revisão de Textos
Engenharia de Controle e Automação	Nutrição	Direito	Letras - Tradução Espanhol - Português
Engenharia de Materiais	Odontologia	Filosofia	Letras- Português
Engenharia de Petróleo		Geografia	Letras- Português/ Alemão
Engenharia de Produção		Gestão Pública*	Letras- Português/ Francês
Engenharia Eletrônica		História	Letras- Português/ Inglês
Engenharia Geológica		Hotelaria*	Letras- Português/Espanhol
Engenharia Hídrica		Jornalismo	Letras- Trad. Inglês- português
Engenharia Industrial Madeireira		Museologia	Música
Física		Pedagogia*	Música - Canto
Geoprocessamento*		Processos gerenciais*	Música - Ciências Músicais
Matemática		Relações Internacionais*	Música - Composição
Medicina Veterinária		Turismo	Música - Flauta Transversal
Meteorologia			Música - Música Popular
Química			Música - Piano
Química de alimentos*			Música - Violão
Zootecnia			Música - Violino
			Teatro

*Cursos não listados na tabela de referência. Sua alocação nas áreas foi baseada no Guia do Estudante ou, quando não presente neste, no julgamento dos mestrandos.

A maioria dos alunos respondentes do questionário geral era do sexo feminino, com idade entre 18 e 19 anos, da classe B (de acordo com a ABEP) e dos cursos de Ciências Sociais Aplicadas e Humanas. Estas e outras características sociodemográficas dos participantes estão detalhadas na Tabela 6.

Tabela 6– Frequência absoluta (n) e relativa (%) das variáveis sociodemográficas dos respondentes, ingressantes na Universidade Federal de Pelotas em 2017/1 e matriculados em 2017/2. (N=1.865)

Variáveis	n	%
Sexo (n= 1862)		
Masculino	841	45,2
Feminino	1021	54,8
Idade (n=1852)		
18 e 19 anos	768	41,4
20 a 22 anos	603	32,6
23 anos ou mais	481	26,0
Cor da pele/ Etnia (n=1863)		
Branca	1343	72,0
Preta	242	13,0
Parda	247	13,3
Amarela / Indígena / Outro	31	1,7
Estado civil (n= 1864)		
Solteiro	1678	90,0
Casado ou em união estável	158	8,5
Separado ou divorciado	23	1,2
Viúvo	5	0,3
Tipo de escola no ensino médio (n= 1864)		
Escola pública	1363	73,1
Escola privada	501	26,9
Exerce atividade remunerada (n=1860)		
Sim	485	26,1
Não	1375	73,9
Classe econômica – ABEP (n=1780)		
A	226	14,9
B	787	44,2
C	649	36,5
D-E	78	4,4
Escolaridade da mãe (n= 1854)		
Analfabeto	15	0,8
Ensino fundamental incompleto	400	21,6
Ensino fundamental completo ou médio incompleto	222	12,0
Ensino médio completo (ou curso técnico) ou superior incompleto	595	32,1
Ensino superior completo (ou curso tecnólogo) ou pós-graduação incompleta	410	22,1
Pós-graduação completa	212	11,4
Região que morava antes do ingresso na UFPel (n= 1859)		
Sul	1549	83,3
Sudeste	243	13,1
Centro-Oeste	29	1,6
Norte	21	1,1
Nordeste	17	0,9

Grande área do curso - Capes (n=1865)

Ciências exatas e da terra/agrarias e engenharias	544	29,2
Ciências da saúde e biológicas	332	17,8
Ciências sociais aplicadas e humanas	641	34,3
Linguística, letras e artes	348	18,7

Considerou-se perda os alunos que não foram encontrados durante o período do campo após algumas buscas.

Quarenta e nove alunos recusaram-se a participar da pesquisa, representando 1,8% do total de elegíveis. Por se tratar de um número reduzido, as recusas foram caracterizadas junto com as perdas, conforme descrito na Tabela 7. As perdas não puderam ser caracterizadas pela cor da pele, por falta da variável e as recusas eram em sua maior de cor branca (78%).

Tabela 7– Caracterização de perdas e recusas quanto ao sexo, idade, área do curso e região de procedência do Consórcio 2017/2018. Pelotas, RS

Variáveis	Respondentes (%)	Perdas/Recusas (%)
Sexo		
Feminino	1021 (54,8)	392 (47,2)
Masculino	841 (45,2)	439 (52,8)
Idade		
18 a 19 anos	765 (41,4)	200 (24,2)
20 a 22 anos	603 (32,6)	240 (29,1)
23 anos ou mais	481 (26,0)	385 (46,7)
Área do Curso		
Ciências exatas e da terra/agrarias e engenharias	544 (29,2)	318 (38,3)
Ciências da saúde e biológicas	332 (17,8)	91 (11,0)
Ciências sociais aplicadas e humanas	641 (34,4)	289 (34,7)
Linguística, letras e artes	348 (18,7)	133 (16,0)
Região do Brasil		
Sul	1549 (83,3)	754 (90,7)
Sudeste	243 (13,1)	54 (6,5)
Centro-oeste	29 (1,6)	15 (1,8)
Norte	21 (1,1)	4 (0,5)
Nordeste	17 (0,9)	4 (0,5)

Foram realizados 811 testes de acuidade visual e controle de qualidade em 9% deles, com $kappa = 0,87$ para a variável de acuidade visual.

10 ORÇAMENTO

O financiamento do consórcio de pesquisa foi proveniente da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal no Nível Superior (CAPES/ PROEX), no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) e de recursos dos mestrandos R\$ 2.480,00

(dois mil quatrocentos e oitenta reais, totalizando R\$ 32.480,00 (trinta e dois mil quatrocentos e oitenta reais).

Além disso, a UFPel financiou a impressão/cópia de 5.000 páginas utilizadas para impressão dos TCLEs e o PPGE cedeu espaço físico e linha telefônica para a operacionalização do trabalho. Os gastos estão detalhados na tabela 8.

Tabela 8. Gastos Parciais do Consórcio 2017/2018.

Item	Quantidade	Custo total (R\$)
Tablets	27	16.171,70
Cases para tablets	18	534,00
Canetas	2.800	2.576,00
Crachás	24	216,00
Camisetas	24	549,60
Cópias e impressões ¹	4153	1.732,80
Itens eletrônicos ²	NA	223,20
Transporte ³	NA	186,28
Total		22.189,58

NA: não se aplica. ¹Reprodução de materiais: questionários, TCLE e cartazes.

²Extensões elétricas e adaptadores de tomada. ³Deslocamento dos mestrandos por serviços de transporte privado urbano e combustível.

11 CRONOGRAMA

O cronograma do Consórcio está representado abaixo (Figura 3). O Consórcio será encerrado após a divulgação dos resultados para população em data ainda a ser definida.

Atividades	2017				2018												2019			
	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	
Projetão																				
Avaliação do CEP																				
Divulgação do estudo																				
Confecção do questionário e do Manual																				

Estudo pré-piloto e piloto																
Trabalho de Campo																
Organização e análise dos dados																
Redação e defesa das dissertações																
Divulgação dos Resultados																

Figura 3 – Cronograma do Consórcio 2017/2018.

12 REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008; 11:133-44.
2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.
3. REDCap. Nashville: Research Eletronic Data Capture; [updated 2016 May; cited 2016 Aug 30]
4. Ministério da Educação. CAPES. Tabela de Áreas do Conhecimento, 21 Mar 2018. Acesso em 10/10/2018. Disponível em <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/tabela-de-areas-do-conhecimento-avaliacao>>.

IV ARTIGO ORIGINAL

Este artigo será submetido ao periódico “Cadernos de Saúde Pública”. As normas de publicação encontram-se no Anexo I

Categoría do manuscrito: Artigo original

Título completo em Português:

Migração e cobertura e desigualdades em saúde materno-infantil: uma análise do Haiti e República Dominicana

Título completo em Inglês:

Migration and coverage and inequalities in maternal and child health: an analysis from Haiti and Dominican Republic

Título curto: Migração e saúde: Haiti e República Dominicana

Running title: Migration and health: Haiti and Dominican Republic

Autores

Roberta Bouilly

Mestranda, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

E-mail: bouilly1989@gmail.com

Giovanna Gatica-Domínguez

PhD, Pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

E-mail: ggatica@equidade.org

Marilia Mesenburg

PhD, Pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

E-mail: mmesenburg@equidade.org

Aluisio J. D. Barros

PhD, Prof. titular do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

E-mail: abarros@equidade.org

Cesar G. Victora

PhD, Prof. emérito do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

E-mail: cvictora@gmail.com

Fernando C. Wehrmeister

PhD, Prof. titular do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

E-mail: fwehrmeister@equidade.org

Endereço de correspondência

Roberta Bouilly,

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

Endereço: Rua Marechal Deodoro, 1160 3º andar, Pelotas, RS, 96020-220 - Brasil

Telefone: +55 53 3284 1300

E-mail: bouilly1989@gmail.com

Número de palavras no texto: 3355

Número de palavras no resumo: 228

Número de palavras no abstract: 215

Número de referências: 39

Número de ilustrações: 4

Agradecimentos

Este trabalho foi realizado com apoio pela Wellcome Trust, no Centro Internacional de Equidade em Saúde, UFPEL-PPGE e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001

Instituição em que o trabalho foi realizado

Universidade Federal de Pelotas, Brasil.

Declaração de apoio financeiro

Este estudo foi financiado pela Wellcome Trust, no Centro Internacional de Equidade em Saúde, UFPEL-PPGE do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse que possam afetar a publicação do artigo.

Resumo

Objetivo: Comparar indicadores de saúde materno-infantil em haitianas (imigrantes na República Dominicana (RD) ou residentes no país) e dominicanas. **Métodos:** Foram utilizados dados de *Demographic and Health Surveys*¹ em 2012 para Haiti e *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS) em 2014 para a RD. A classificação do status migratório se deu por idioma, na pesquisa realizada na RD: espanhol para dominicanas e *creole* para imigrantes haitianas vivendo na RD. Foram comparados nove indicadores de cobertura: demanda satisfeita por planejamento familiar (DFPSm), número de consultas pré-natais (ANC4), atendimento ao parto por profissional qualificado (SBA), vacinação de crianças (BCG, sarampo e DPT3), uso de soro de reidratação oral para diarreia (SRO), busca por cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda (CAREP) e um índice composto de cobertura². **Resultados:** As coberturas foram menores para DFPSm (45%), ANC4 (65%), SBA (40%), CAREP (38%), CCI (53%) e maior para SRO (53%) entre as residentes haitianas enquanto as imigrantes haitianas tiveram menor cobertura na DPT3 (45%), SRO (38%) e maior para CAREP (80%). Em relação às desigualdades, as haitianas apresentam maiores desigualdades por nível de riqueza e local de residência, enquanto as dominicanas apresentam menores, com padrão geralmente pró-rico e pró-urbano. **Conclusão:** Em geral, as imigrantes haitianas tiveram maior cobertura de intervenções de saúde materna e infantil que as residentes haitianas, refletindo a maior disponibilidade de serviços à saúde para elas.

Palavras-chave: migração; saúde materno-infantil; pré-natal; vacinação; inquéritos dos dois países.

23

24 **Abstract**

25 **Objective:** To compare maternal and child health indicators in Haitians (immigrants in
26 the Dominican Republic (DR)) and Dominican women. **Methods:** Data from
27 *Demographic and Health Surveys*¹ were used in 2012 for Haiti and *Multiple Indicator*
28 *Cluster Surveys (MICS)* in 2014 for RD. The classification of migratory status was
29 given by language, in the research carried out in the DR: Spanish for Dominicans and
30 Creole for Haitian immigrants living in the DR. Nine indicators of coverage were
31 compared: satisfied demand for family planning (DFPSm), number of antenatal
32 consultations (ANC4), skilled birth attendance (SBA), vaccination of children (BCG,
33 measles and DPT3), use of serum oral rehydration for diarrhea (ORS), care for
34 suspected acute respiratory infection (CAREP), and a composite coverage index².
35 **Results:** Coverage was lower for DFPSm (45%), ANC4 (65%), SBA (40%), CAREP
36 (38%), CCI (53%) and higher for ORS (53%) among Haitian residents while Haitian
37 immigrants had less coverage in DPT3 (45%), SRO (38%) and higher for CAREP
38 (80%). In relation to inequalities, Haitians present greater inequalities by level of wealth
39 and place of residence, while Dominican women have smaller ones, with a generally
40 pro-rich and pro-urban pattern. **Conclusion:** In general, Haitian immigrants had greater
41 coverage of maternal and child health interventions than Haitian residents, reflecting the
42 greater availability of health services for them.

43 **Key-words:** migration; maternal and child health; prenatal; vaccination; surveys of the
44 two countries

45 **Introdução**

46 A *International Organization for Migration*³ define a migração como um pro-
47 cesso de movimentação de indivíduos através de uma fronteira internacional ou dentro
48 de um país, independente de distância ou causa. Estima-se que em 2015, 244 milhões de
49 pessoas eram migrantes, sendo 48% do sexo feminino. Na América Latina e Caribe,
50 perto de 25 milhões de pessoas migraram em direção a América do Norte e Europa e
51 outros 6 milhões seguiram rotas de migração intrarregionais, com crescente número de
52 mulheres e crianças³.

53 A agenda 2030 considera aos migrantes uma população especialmente vulnerá-
54 vel que deve ser protegida. O objetivo 10.7, recomenda “facilitar a migração e mobili-
55 dade de pessoas de forma ordenada, segura, regular e responsável, incluindo o planeja-
56 mento de políticas que promovam o “bom” manejo dos fluxos migratórios”
57 (<https://www.unric.org/pt/>).

58 A migração pode afetar negativamente a saúde dos indivíduos devido a fatores
59 como diferenças linguísticas e culturais, alto custo dos serviços de saúde, discriminação,
60 falta de seguro médico ou falta de conhecimento sobre direitos de saúde⁴. Entretanto a
61 literatura aponta diversos benefícios devido ao aumento no acesso e qualidade do cuida-
62 do de saúde e a melhoria geral nas condições de vida, sobretudo quando a migração se
63 dá de países de baixa renda para países de alta renda⁵⁻⁷

64 O Haiti e a República Dominicana (RD) compartilham uma fronteira de 380 km
65 ^{8, 9} e a esta rota migratória do primeiro para o segundo país é considerada uma das cor-
66 rentes migratórias intrarregionais mais constante e distintiva da América Latina e do
67 Caribe¹⁰. Os principais motivos dessa corrente migratória são a instabilidade política, a
68 situação econômica precária persistente e às frequentes catástrofes naturais¹¹. Para al-
69 guns autores, os haitianos começaram a migrar para o território dominicano nos dias
70 que antecederam a fundação de ambas repúblicas¹². Para outros, a imigração haitiana
71 na RD começou durante a ocupação americana de 1916, quando os militares assumiram
72 o controle da economia^{11, 13}. O número de imigrantes com visto permanente na RD
73 mais que sobrou de 2000 (17,3%) para 2012 (38,6%). Este pode ser explicado, em parte,
74 ao terremoto que destruiu uma grande parte da infraestrutura do Haiti em 2010¹⁴. Em
75 2016, cerca de 88% dos imigrantes na RD eram haitianos⁴. Os haitianos estão dispersos

76 em várias regiões e departamentos da RD, mas a maioria reside nos bateyes, que são
77 agrupamentos de moradias precárias, locais caracterizados pela ausência de serviços
78 básicos¹⁵.

79 As mulheres haitianas sempre estiveram presentes na imigração para o país
80 vizinho. Elas costumavam vir como companheiras da força de trabalho masculina,
81 habitando os bateyes e tinham baixos níveis de escolaridade e altas taxas de
82 analfabetismo⁹. As mulheres de 15 e 34 anos que residam nos bateyes representam 68%
83 das imigrantes¹⁶. Muitas mulheres haitianas imigrantes podem exercer parcialmente seu
84 direito de acesso à saúde sexual e reprodutiva na RD porque podem não possuir a
85 documentação necessária para acessarem os serviços de saúde ou este direito lhes é
86 negado. Esta situação pode impor altos riscos para os imigrantes e afetar sua saúde
87 física e emocional tornando-os mais vulneráveis a possíveis complicações em saúde,
88 especialmente mulheres e crianças¹⁶.

89 Apesar da imigração crescente e permanente entre Haiti e RD, pouco se conhece
90 sobre como este fenômeno impacta na saúde reprodutiva, materna e infantil desta
91 população. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é avaliar a situação das
92 mulheres e crianças migrantes haitianas residentes na RD, comparando-as com haitianas
93 residentes no Haiti e com dominicanas residentes na RD em termos de cobertura e
94 desigualdades em indicadores de saúde materno-infantil.

95 **Metodologia**

96 ***Desenho de estudo e fontes de dados***

97 Foram utilizados dados de dois inquéritos de base populacional, nacionalmente
98 representativos: uma *Demographic and Health Surveys*¹ realizada no Haiti em 2012¹⁷;
99 e um *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS) realizado na RD em 2014¹⁸. Ambos
100 utilizaram questionários padronizados para coletar dados sobre as características indivi-
101 duais, domésticas e comunitárias que permitem a comparação entre países¹⁹. A popula-
102 ção alvo foram mulheres entre 15 e 49 anos e crianças menores de cinco anos.

103

104 ***Desfechos***

105 Foram utilizados como desfechos nove indicadores de saúde materno-infantil
106 construídos de forma padronizada para permitir a comparabilidade entre diferentes
107 inquéritos. As definições desses indicadores, propostas pela iniciativa *Countdown to*
108 *2030* (<http://countdown2030.org>), são descritas a seguir:

- 109 1) Demanda satisfeita por planejamento familiar (DFPSm): uso de contracepti-
110 vos modernos entre mulheres de 15 a 49 anos com necessidade de contra-
111 cepção
- 112 2) Quatro ou mais consultas pré-natais (ANC4): proporção de mulheres de 15 a
113 49 anos que tiveram parto nos últimos três¹ ou dois (MICS) anos e que rea-
114 lizaram quatro ou mais consultas pré-natais
- 115 3) Atendimento ao parto por profissional qualificado (SBA): proporção de mu-
116 lheres de 15 a 49 anos que tiveram parto nos últimos três¹ ou dois (MICS)
117 anos e que tiveram seu parto assistido por profissional qualificado, de acordo
118 com o critério de cada país. Haiti e RD consideram médicos(as), enfermei-
119 ros(as) parteiras como profissionais qualificados^{17, 18}.
- 120 4) Cobertura vacinal por BCG (BCG): proporção de crianças entre 12 e 23 me-
121 ses que recebeu a vacina BCG (Bacilo Calmette-Guerin)
- 122 5) Cobertura vacinal por DPT (DPT3): proporção de crianças entre 12 e 23 me-
123 ses que que recebeu três doses de DPT (difteria, tétano e pertussis) ou tetra-
124 valente ou pentavalente
- 125 6) Cobertura vacinal por sarampo (MSL): proporção de crianças entre 12 e 23
126 meses que foi imunizada contra sarampo
- 127 7) Busca de cuidado para sintomas de infecção respiratória aguda (CAREP):
128 proporção de crianças com suspeita de infecção respiratória aguda para as
129 quais foi buscado cuidado em instituição de saúde
- 130 8) Uso de soro de reidratação oral para diarreia (SRO): proporção de crianças
131 menores de cinco anos com diarreia nos últimos 15 dias, que recebeu soro de
132 reidratação oral
- 133 9) Índice composto de cobertura²: média ponderada de cobertura de
134 intervenções de saúde materno-infantil relacionadas com o continuo de
135 cuidado, desde a fase pré gestacional até os cinco primeiros anos da vida da
136 criança. Esse índice está baseado na fórmula original²⁰ e foi adaptado para
137 melhor discriminação dos dados:

138
$$CCI = \frac{1}{4} \left(DFPSm + \frac{ANC4 + SBA}{2} + \frac{BCG + 2 \times DPT3 + MSL}{4} + \frac{ORS + CAREP}{2} \right)$$

139 A construção dos indicadores acima é realizada de forma padronizada pelo
140 Centro Internacional de Equidade em Saúde <https://www.equidade.org>, garantindo a
141 comparabilidade dos mesmos entre diferentes inquéritos.

142

143 ***Exposição principal***

144 A exposição principal foi dividida em três categorias: haitianas residentes no
145 Haiti (denominadas haitianas), dominicanas residentes na RD (denominada dominica-
146 nas) e imigrantes haitianas residentes na RD (denominadas imigrantes). Como proxy de
147 migração, foi utilizada a variável sobre o idioma falado pelas mulheres, disponível no
148 inquérito MICS realizado na RD. Foram consideradas imigrantes as mulheres que de-
149 clararam ter como idioma principal o *creole* – idioma oficial do Haiti –, e dominicanas
150 as mulheres que declararam ter o espanhol como idioma principal. As mulheres que
151 responderam ao inquérito DHS realizado no Haiti foram consideradas haitianas residen-
152 tes no país. Desta forma, foi possível comparar as imigrantes haitianas vivendo na RD
153 com as haitianas residentes no país de origem, e com as dominicanas residentes no seu
154 país de origem.

155 ***Variáveis de estratificação***

156 Foram utilizadas duas variáveis adicionais para análise dos resultados: área de
157 residência urbano ou rural, classificado a partir de critérios previamente estabelecidos
158 pelos países e disponibilizados para cada inquérito; e índice de riqueza, baseado em uma
159 análise de componentes principais considerando as posses de cada domicílio. Diferenças
160 entre bens de domicílios urbanos e rurais são levados em conta na criação do escore
161 para minimizar possíveis vieses. Após a criação do escore de bens, o mesmo foi dividi-
162 do em tercis, onde o T1 representa as mulheres e crianças mais pobres e T3 as mais ri-
163 cas. Mais detalhes sobre a criação do índice de riqueza estão disponíveis em publicações
164 prévias^{1, 21}.

165 ***Análise de dados***

166 Primeiramente foram descritas as características socioeconômicas e demográfí-
167 cas do Haiti e da RD (<https://data.worldbank.org>, <https://www.indexmundi.com>). A
168 seguir, para cada um dos grupos estudados (imigrantes, haitianas e dominicanas), foi
169 descrita a cobertura geral das intervenções de saúde selecionadas para análise e a cober-

170 tura segundo tercis de riqueza e área de residência. O intervalo de confiança foi calcula-
171 do com base na distribuição binomial.

172 Através de um modelo de regressão logística, foi calculado o *Slope Index of Ine-*
173 *quality* (SII), para avaliar a desigualdade entre por tercis do índice de riqueza. O SII
174 representa a diferença absoluta nos valores preditos de um indicador de saúde entre os
175 dois extremos do espectro socioeconômico, considerando toda a sua distribuição ^{22, 23}.
176 Para o cálculo do SII, a amostra foi ordenada do subgrupo com a maior desvantagem
177 (do valor zero) ao subgrupo com a menor desvantagem (até o valor 1). Diferença igual a
178 zero significa ausência de desigualdade. Os valores positivos significam que o desfecho
179 é mais prevalente no subgrupo mais rico, e valores negativos que é mais prevalente no
180 mais pobres.

181 Todas as análises foram realizadas com o Stata® version 15.0 (StataCorp LP,
182 College Station, Texas, United States).

183 **Aspectos éticos**

184 A aprovação ética para a realização de cada estudo foi obtida pelas agências na-
185 cionais responsáveis pela realização do mesmo ^{17, 18}. Os dados utilizados nas análises
186 são de domínio público.

187 **Resultados**

188 A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas do Haiti
189 e RD. A RD possui quase o dobro de área comparada ao Haiti, porém sua densidade
190 demográfica é menor. Todos os indicadores avaliados apresentaram melhor desempenho
191 na RD. Importante salientar que a taxa de imigração líquida indica que há mais pessoas
192 emigrando do que imigrando no Haiti (-6,9 contra -1,9 por mil na RD).

193 Os indicadores analisados são baseados em denominadores distintos. O tamanho
194 amostral de cada um deles é apresentado nas Tabelas Suplementares 1 e 2. A Figura 1
195 mostra as frequências de cada um dos nove indicadores incluídos nas análises, para cada
196 categoria de exposição. As mulheres e crianças dominicanas apresentaram maiores co-
197 berturas para a maioria dos indicadores, os quais variaram de 48% para SRO a 64% para
198 DPT3. O CAREP apresentou menor cobertura entre dominicanas (72%), quando com-

199 paradas às imigrantes (80%). haitianas apresentaram menor cobertura de DFPSm,
200 ANC4, SBA, BCG, CAREP e maior cobertura de SRO. As coberturas de vacinação
201 para MSL, DPT3, além de SRO foram menores entre imigrantes. O CCI foi de cerca de
202 79% para dominicanas, 69% para imigrantes e 53% para haitianas.

203 A Figura 2 apresenta a cobertura dos indicadores de saúde para cada grupo estra-
204 tificados por índice de riqueza e o SII. Cada ponto representa um tercil de riqueza. Em
205 geral, as mulheres e crianças pertencentes ao quintil mais rico apresentam maiores co-
206 berturas quando comparadas àquelas pertencentes ao quintil mais pobre. O SII indica
207 que as desigualdades apresentam um padrão pró-rico (valores positivos) e que haitianas
208 apresentam maiores desigualdades, enquanto as dominicanas apresentam menores desi-
209 gualdades na cobertura com intervenções de saúde para a maioria dos indicadores. O
210 maior SII foi de -89,1 pontos percentuais (pp) para CAREP entre as imigrantes (padrão
211 pró-pobre), seguido de 82,5 para SBA entre as Haitianas (padrão pró-rico). Estimativas
212 e intervalos de confiança para estas medidas são apresentados na Tabela S3.

213 A Figura 3 apresenta os resultados estratificados por área urbana ou rural e a di-
214 ferença em pontos percentuais para cada indicador. De maneira geral, as desigualdades
215 apresentam um padrão pró-urbano. As haitianas apresentam grandes desigualdades ur-
216 bano/rural na cobertura de ANC4 e SBA com 13,6 e 34,9 pp, respectivamente. As imi-
217 grantes apresentam uma desigualdade maior para coberturas de vacinação para MSL,
218 DPT3 e CAREP, com valores de diferenças pró-urbanas de 19,9, 13,0 e 18,7 pp, respec-
219 tivamente. A Tabela S4 apresenta as estimativas e intervalos de confiança por residência
220 urbana ou rural.

221 **Discussão**

222 Os resultados deste estudo apontam que mulheres e crianças haitianas imigrantes
223 na RD, em geral, apresentam melhores indicadores de cobertura de intervenções em
224 saúde materno infantil quando comparadas as haitianas que residem no seu país de ori-
225 gem; e que existem desigualdades importantes em termos de riqueza e residência urba-
226 no-rural nos três grupos avaliados, com maior magnitude entre as haitianas.

227 A RD introduziu uma reforma estrutural da saúde em 2001, que visava alcançar
228 equidade e universalidade, através de um pacote único de benefícios para toda a popula-
229 ção. No entanto, para o ano 2016 ainda havia três milhões de pessoas sem cobertura de

230 saúde, uma parte importante das quais provavelmente eram quase pobres ou vulnerá-
231 veis. Uma pequena proporção dessas pessoas não possuía documentos básicos (domini-
232 canos e migrantes), mas a maioria era de trabalhadores do setor informal ²⁴. Isto pode
233 explicar, em parte, a maior cobertura observada em mulheres e crianças dominicanos
234 comparado com as imigrantes.

235 A literatura aponta que, de maneira geral os imigrantes geralmente apresentam
236 pior cobertura de saúde que os residentes do país receptor ^{6, 25-27}. Dentre os possíveis
237 motivos para esta menor cobertura podem ser citados a incompreensão do idioma local,
238 possíveis formas de racismo ou xenofobia, falta de acesso à documentação do país ou
239 custo do transporte e distância entre a residência e o serviço ^{6, 28}. Tais fatores tendem a
240 levar os indivíduos a buscar apenas serviços de emergência e não serviços de saúde con-
241 siderados não emergências, e nem serviços de saúde de prevenção ^{6, 28, 29}.

242 Alguns estudos apontam que um fenômeno, denominado aculturação, pode ter
243 um importante papel na melhoria do acesso e utilização de serviços de saúde materno-
244 infantil de imigrantes, quando o processo migratório se dá de países de renda baixa para
245 países de renda média ou alta. Trata-se de um processo através do qual imigrantes inter-
246 nalizam a cultura e os processos sociais do local onde estão residindo ⁶. Apesar de não
247 ser um país de média alta ou alta renda, a RD apresenta melhor estrutura de serviços de
248 saúde e melhores indicadores sociodemográficos em geral, quando comparada ao Haiti.
249 Portanto, a migração de haitianas para a RD, pode afetar positivamente a cobertura de
250 intervenções de saúde materno infantil entre as mulheres e crianças migrantes, levando-
251 as a apresentar coberturas intermediárias (mais baixas do que dominicanas e mais altas
252 do que haitianas). Infelizmente, não foi possível avaliar a aculturação em nosso estudo,
253 devido a indisponibilidade de informação sobre o tempo transcorrido entre a migração
254 para a RD e realização do inquérito. Entretanto, é possível que a maior cobertura entre
255 às imigrantes, quando comparadas as haitianas, seja influenciada por este processo.

256 O grande terremoto ocorrido no Haiti em 2010 provavelmente levou ao aumento
257 da migração de haitianos para a RD, no período imediatamente após o evento devido ao
258 fato de que o terremoto agravou não só os problemas sociais, como também a dificulda-
259 de de acesso de serviços de saúde, uma vez que estes demandam uma estrutura física
260 mínima para contemplar a população como um todo ³⁰. Por outro lado, após a ocorrê-
261 ncia do terremoto, o país passou a contar com maior ajuda humanitária e maiores doações

262 financeiras ou de insumos médicos por parte de entidades não-governamentais³¹. Este
263 contexto pode explicar as maiores coberturas com vacina DPT3 e contra sarampo entre
264 as crianças haitianas, uma vez que a vacinação é uma intervenção relativamente fácil de
265 ser oferecida a nível comunitário, já que não depende de infraestrutura complexa como
266 outras intervenções, por exemplo, atendimento ao parto por profissional qualificado.

267 Além das desigualdades apresentadas por status migratório, apresentamos dados
268 de interseccionalidade entre status migratório por nível de riqueza e local de residência.
269 Desigualdades na cobertura de serviços de saúde materno infantil, de maneira geral,
270 apresentam padrão pró-rico e pró-urbano, ou seja, indivíduos pertencentes aos estratos
271 socioeconômicos superiores e residentes na zona urbana apresentam maiores coberturas
272 de intervenções^{32, 33}. A área de residência e o nível de riqueza desempenham um papel
273 importante no acesso aos serviços de saúde^{32, 34}. Residir em áreas rurais, geralmente
274 afastadas de estruturas adequadas de saúde, pode ser uma barreira importante na cober-
275 tura universal de saúde^{32, 34}. Além da distância, há ainda um possível custo associado
276 ao transporte que pode prejudicar aqueles residentes na zona rural, geralmente mais
277 pobres^{25, 34, 35}. Os nossos achados refletem mulheres e crianças residentes em zona ur-
278 bana com melhores indicadores de saúde, nos três grupos avaliados. Ao avaliar o CCI, a
279 desigualdade urbano/rural foi maior nas haitianas e menor nas residentes da RD, o que
280 pode ser reflexo de um sistema de saúde mais estruturado e descentralizado no país mais
281 rico³⁶, diminuindo as barreiras de acesso.

282 Nossos resultados vão ao encontro a estes achados. Maior CCI entre dominica-
283 nas, seguidas de imigrantes e haitianas, respectivamente, corroboram estes achados.
284 Este indicador reflete quão boa está, em média, a saúde de mulheres e crianças, além de
285 ser robusto em termos de análise de desigualdades, pois avalia, um status médio de saú-
286 de²⁰. Apesar da impossibilidade de cálculo do CCI para imigrantes no tercil superior de
287 riqueza devido à falta de informações sobre busca de cuidado para sintomas de infecção
288 respiratória aguda busca neste grupo, em todas as categorias de status migratório, o ín-
289 dice foi maior entre os mais ricos. Autores tem argumentado que os mais favorecidos
290 socioeconomicamente possuem maior acesso, pois têm a possibilidade de buscar servi-
291 ços de saúde tanto privados quanto públicos^{33, 35}. Já os menos favorecidos têm majori-
292 tariamente seu acesso através de serviços públicos, que podem sofrer com falta de in-
293 vestimento por parte de governos^{17, 33, 35}, reduzindo cobertura de serviços essenciais em
294 saúde materno-infantil.

Este estudo apresenta algumas limitações, além das já citadas. A primeira é a utilização de um proxy para definição de migração. Foi utilizado o idioma como forma de classificação do status migratório. Desta forma, não foi possível diferenciar imigrantes já aculturadas, que possivelmente relataram o espanhol como língua principal, ao invés do *creole*, uma vez que não havia disponibilidade de informações sobre o tempo que a pessoa residia no país³⁷. Entretanto, a utilização deste proxy pode ser considerada uma alternativa viável para a avaliação de migração^{38, 39}, especialmente em inquéritos de base populacional. Ainda, cita-se como limitação o reduzido tamanho amostral em alguns grupos. Apesar do tamanho amostral de mulheres e crianças imigrantes ser ao redor de 1000 indivíduos, para estratificações adicionais, especialmente por terços de riqueza, pode haver falta de informação ou tamanho amostral que não nos permita uma precisão adequada das estimativas calculadas. O índice composto de cobertura é uma medida padronizada e confiável para calcular uma média ponderada de cobertura de intervenções de saúde materno-infantil constituído por oitos indicadores²⁰, baseados no contínuo do cuidado. Porém, os tamanhos amostrais podem ser uma limitação para indicadores relacionados ao manejo de doenças por ter denominadores usualmente menores que os outros indicadores aqui avaliados.

Além das limitações citadas, há pontos fortes que merecem destaque. Nossos estudos avaliam indicadores em saúde materno-infantil, no contexto de fluxo migratório entre Haiti e RD, cujos estudos são limitados. Os inquéritos utilizados são de base populacional e aconteceram em um período de tempo relativamente curto. O cálculo de estimativas padronizadas pelo ICEH torna os indicadores completamente comparáveis entre os países. Por fim, a utilização de uma gama de indicadores, além de um indicador composto de saúde materno-infantil, permite traçar um panorama cobertura de intervenções em saúde materno infantil entre os grupos avaliados.

Os resultados deste estudo mostram que as haitianas imigrantes apresentam melhores indicadores de cobertura comparado com as haitianas que ainda residem em seu país natal. No entanto, ainda não atingem a cobertura das dominicanas na utilização destes serviços de saúde. Esses resultados podem ajudar a conscientizar os políticos dos dois países vizinhos para planejamento de políticas de saúde principalmente materno-infantil, para reduzir as desigualdades na saúde. Portanto, muitos esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção de saúde materno-infantil oferecida no Haiti e na RD para as imigrantes haitianas, especialmente, incrementar e melhorar a cobertura

328 do programa de saúde materno-infantil, incentivar e capacitar os profissionais de saúde,
329 assegurar a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal, e estruturar o sistema
330 de assistência entre os níveis.

331

332 **Referencias**

- 333 1. Rutstein SO, Johnson K, . OMMD. Demographic and Health Survey Wealth
334 Index: ORC Macro, MEASURE DHS; 2004.
- 335
336 2. Donegan S, Maluccio JA, Myers CK, Menon P, Ruel MT, Habicht JP. Two
337 food-assisted maternal and child health nutrition programs helped mitigate the impact of
338 economic hardship on child stunting in Haiti. *The Journal of nutrition*. 2010
339 Jun;140(6):1139-45.
- 340
341 3. International Organization for Migration (IOM). WORLD MIGRATION
342 REPORT Report. 2018 Mon 01 Jan 2018. Report No.
- 343
344 4. Organizaçao Mundial da Saúde. Promoción de la salud de los migrantes 2016.
- 345
346 5. Gabriel B. Migration: Advantages & Disadvantages2009.
- 347
348 6. Adanu RM, Johnson TR. Migration and women's health. *International journal of*
349 *gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of*
350 *Gynaecology and Obstetrics*. 2009 Aug;106(2):179-81.
- 351
352 7. Kentoffio K, Berkowitz SA, Atlas SJ, Oo SA, Percac-Lima S. Use of maternal
353 health services: comparing refugee, immigrant and US-born populations. *Maternal and*
354 *child health journal*. 2016 Dec;20(12):2494-501.
- 355
356 8. Republica Dominicana, Oficina Nacional de Estadística. Censo de Población y
357 Vivienda. Santo Domingo: ONE; 2002.
- 358
359 9. Canales AI, Vargas Becerra PN, Montiel Armas I. *Migración y salud en zonas*
360 *fronterizas: Haití y la República Dominicana*. Santiago, Chile: CEPAL; 2010.
- 361
362 10. Jorge Martínez P. *El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres*
363 *y el género* Santiago de Chile: Proyecto Regional de Población CELADE UNFPA
364 (Fondo de Población de las Naciones Unidas) 2003.
- 365
366 11. Landry V. *Haitianas en República Dominicana: feminización de la migración,*
367 *discriminación y vulnerabilidad [Tesis]*. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2013.
- 368
369 12. Jean Ghasmann B. *Paradigma de la Migración Haitiana en República*
370 *Dominicana*. Primeira Edición ed. Santo Domingo, República Dominicana: Instituto
371 Technológico de Santo Domingo; 2002.
- 372

- 373 13. Haggerty RA. Dominican Republic: A Country Study: ocupación por los
374 Estados Unidos, 1916-24. Washington: GPO for the Library of Congress; 1989.
- 375
- 376 14. García S. La presencia de inmigrantes haitianos en República Dominicana.
377 Santo Domingo: Observatorio Político Dominicano; 2013.
- 378
- 379 15. LIONNE M. La inmigración haitiana en la Rep. Dominicana - Causas y
380 Consecuencias. 2012.
- 381
- 382 16. Landry V. Feminización y urbanización de la migración haitiana en república
383 dominicana: una aproximación hacia su caracterización. Distrito Federal, México:
384 Revista Pueblos y Fronteras Digital; 2013.
- 385
- 386 17. Cayemittes M, Busangu MF, Bizimana JdD, Barrère B, Sévère B, Cayemittes V,
387 et al. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2012. Calverton,
388 Maryland: ICF International; 2013.
- 389
- 390 18. Tactuk P, Cáceres Ureña FI, Estévez Then G. Encuesta Nacional de Hogares de
391 Propósitos Múltiples ENHOGAR-MICS 2014. Santo Domingo,República Dominicana:
392 UNICEF; 2016.
- 393
- 394 19. Hancioglu A, Arnold F. Measuring coverage in MNCH: tracking progress in
395 health for women and children using DHS and MICS household surveys. PLoS
396 medicine. 2013;10(5):e1001391.
- 397
- 398 20. Boerma JT, Bryce J, Kinfi Y, Axelson H, Victora CG. Mind the gap: equity and
399 trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 Countdown
400 countries. Lancet (London, England). 2008;371(9620):1259-67.
- 401
- 402 21. Filmer D, Pritchett LH. Estimating Wealth Effects Without Expenditure Data—
403 Or Tears: An Application To Educational Enrollments In States Of India*.
404 Demography. 2001 February 01;38(1):115-32.
- 405
- 406 22. Organization WH. Handbook on health inequality monitoring: with a special
407 focus on low-and middle-income countries: World Health Organization; 2013.
- 408
- 409 23. Regidor E. Measures of health inequalities: part 2. Journal of Epidemiology &
410 Community Health. 2004;58(11):900-3.
- 411
- 412 24. Rathe M. Dominican Republic: Implementing a Health Protection System that
413 Leaves No One Behind. World Bank; 2018.
- 414

- 415 25. Almeida LM, Santos CC, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Obstetric care
416 in a migrant population with free access to health care. International journal of
417 gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of
418 Gynaecology and Obstetrics. 2014 Sep;126(3):244-7.
- 419
- 420 26. van den Akker T, van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in
421 a migration perspective. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology.
422 2016 Apr;32:26-38.
- 423
- 424 27. Heaman M, Bayrampour H, Kingston D, Blondel B, Gissler M, Roth C, et al.
425 Migrant women's utilization of prenatal care: a systematic review. Maternal and child
426 health journal. 2013 Jul;17(5):816-36.
- 427
- 428 28. Moss N, Stone MC, Smith JB. Child health outcomes among Central American
429 refugees and immigrants in Belize. Social science & medicine (1982). 1992
430 Jan;34(2):161-7.
- 431
- 432 29. Ballotari P, D'Angelo S, Bonvicini L, Broccoli S, Caranci N, Candela S, et al.
433 Effects of immigrant status on Emergency Room (ER) utilisation by children under age
434 one: a population-based study in the province of Reggio Emilia (Italy). BMC Health
435 Services Research. 2013 11/01;13:458-.
- 436
- 437 30. Bloem CM, Miller AC. Disasters and women's health: reflections from the 2010
438 earthquake in Haiti. Prehospital and disaster medicine. 2013;28(2):150-4.
- 439
- 440 31. Tohme RA, Francois J, Cavallaro KF, Paluku G, Yalcouye I, Jackson E, et al.
441 Expansion of Vaccination Services and Strengthening Vaccine-Preventable Diseases
442 Surveillance in Haiti, 2010–2016. The American journal of tropical medicine and
443 hygiene. 2017;97(4_Suppl):28-36.
- 444
- 445 32. McTavish S, Moore S, Harper S, Lynch J. National female literacy, individual
446 socio-economic status, and maternal health care use in sub-Saharan Africa. Social
447 science & medicine. 2010;71(11):1958-63.
- 448
- 449 33. Sanoussi Y. Measurement and analysis of inequality of opportunity in access of
450 maternal and child health care in Togo. BMC health services research. 2017;17(2):699.
- 451
- 452 34. Karkee R, Lee AH, Binns CW. Why women do not utilize maternity services in
453 Nepal: a literature review. WHO South-East Asia Journal of Public Health.
454 2013;2(3):135.
- 455
- 456 35. Peragallo Urrutia R, Merisier D, Small M, Urrutia E, Tinfo N, Walmer DK.
457 Unmet health needs identified by Haitian women as priorities for attention: a qualitative
458 study. Reproductive health matters. 2012;20(39):93-103.

- 459
- 460 36. Organizaão Pan-America da Saude. Saude nas Américas: República
461 Dominicana. 2012;Regional.
- 462
- 463 37. Bridget W, Richard M-W. Les immigrants haïtiens et leurs descendants en
464 Répúblique Dominicaine Haïti: Catholic Institute for International Relations (CIIR)
465 2005.
- 466
- 467 38. Republica Dominicana, Oficina Nacional de Estadística. Primera Encuesta
468 Nacional de Immigrantes. Santo Domingo: ONE; 2013.
- 469
- 470 39. Wooding B, Moseley-Williams RD, Arregui M, Paiewonsky D. Inmigrantes
471 haitianos y dominicanos de ascendencia haitiana en la Répública Dominicana:
472 Cooperaci&on Internaciona para el Desarrollo (CID); 2004.
- 473
- 474

475 **Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas e de saúde do Haiti e da**
 476 **República Dominicana³.**

	Haiti	República Dominicana
Área total (km²)	27.560	48.310
Rural	26.163 (94,9%)	42.784 (88,6%)
População total	9.801.664	10.349.740
Densidade populacional (habitantes/km²)	353,2	212,7
Crescimento demográfico (% média anual populacional)	0,9	1,3
Esperança de vida (Número médio de sobrevivência)	62,5	77,8
Taxa de natalidade (nascimentos /1.000 pessoas ano)	23,9	19,0
Taxa de mortalidade geral (mortes /1.000 habitantes ano)	8,1	4,5
Taxa de migração líquida (imigração - emigração/1000 pessoas ano)	-6,9	-1,9
Taxa de mortalidade infantil (mortes infantis / 1.000 nascidos vivos ano)	52,4	19,6
Taxa de mortalidade materna (mortes de mulheres/100.000 nascidos vivos)	359	92
Taxa de Alfabetização (% de alfabetização para a população total)	60,7	91,8
Produto Nacional Bruto (PIB) (bens e serviços finais produzidos dentro de uma nação em um determinado ano)	13,2	101
Produto Interno Bruto (PIB) - taxa de crescimento real (% de taxa de crescimento real dá crescimento anual do PIB ajustado pela inflação)	2,8	2,0
Produto Interno Bruto (PIB) per capita (poder de compra/população em 1 de julho para o mesmo ano)	1.300	9.700

477

478

479

480

481

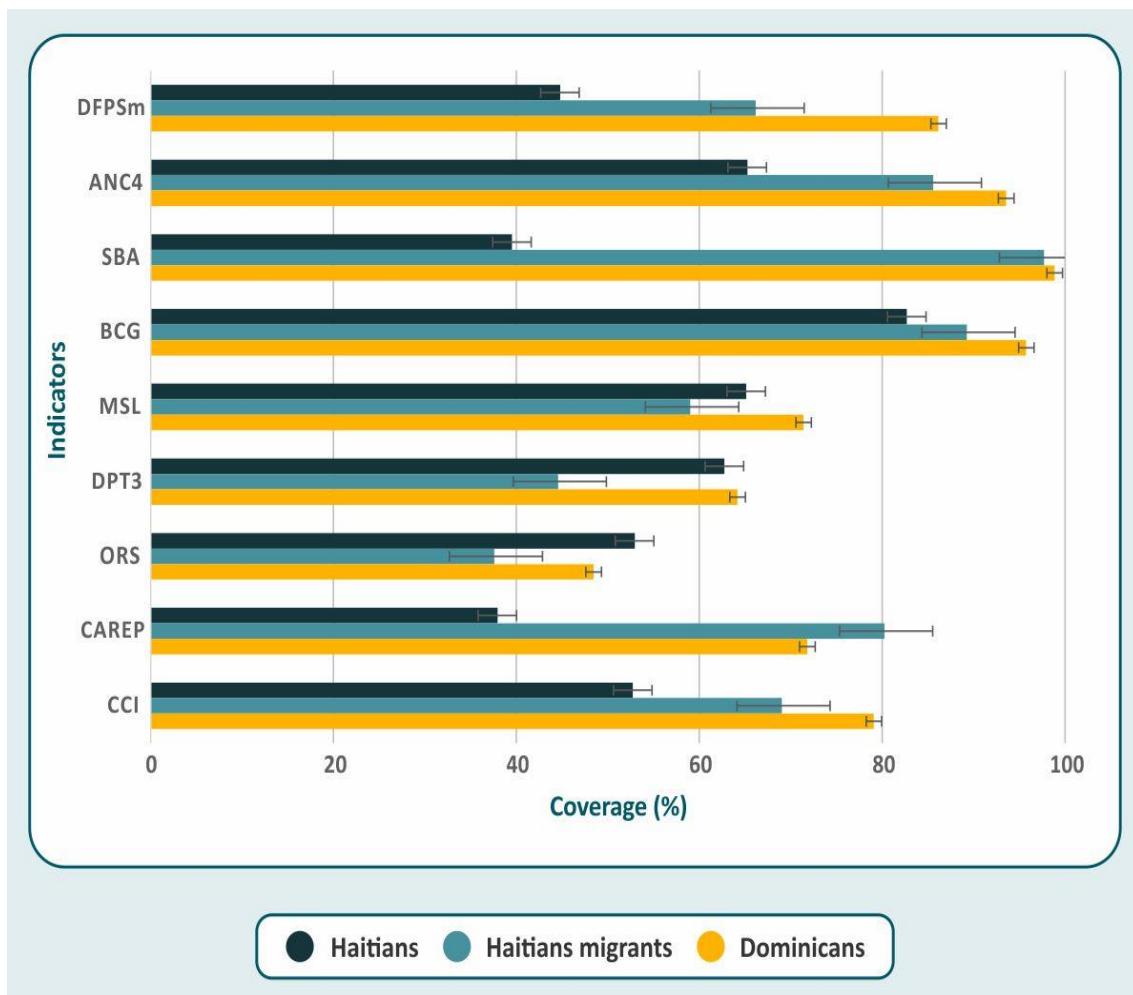
482

483

³ Dados de IndexMundi e THE WORLD BANK

484 **Figura 1 - Indicadores de cobertura em mulheres e crianças haitianas, imigrantes**
485 **haitianas na República Dominicana e dominicanas.**

486 (Haiti DHS 2012 e República Dominicana MICS 2014)

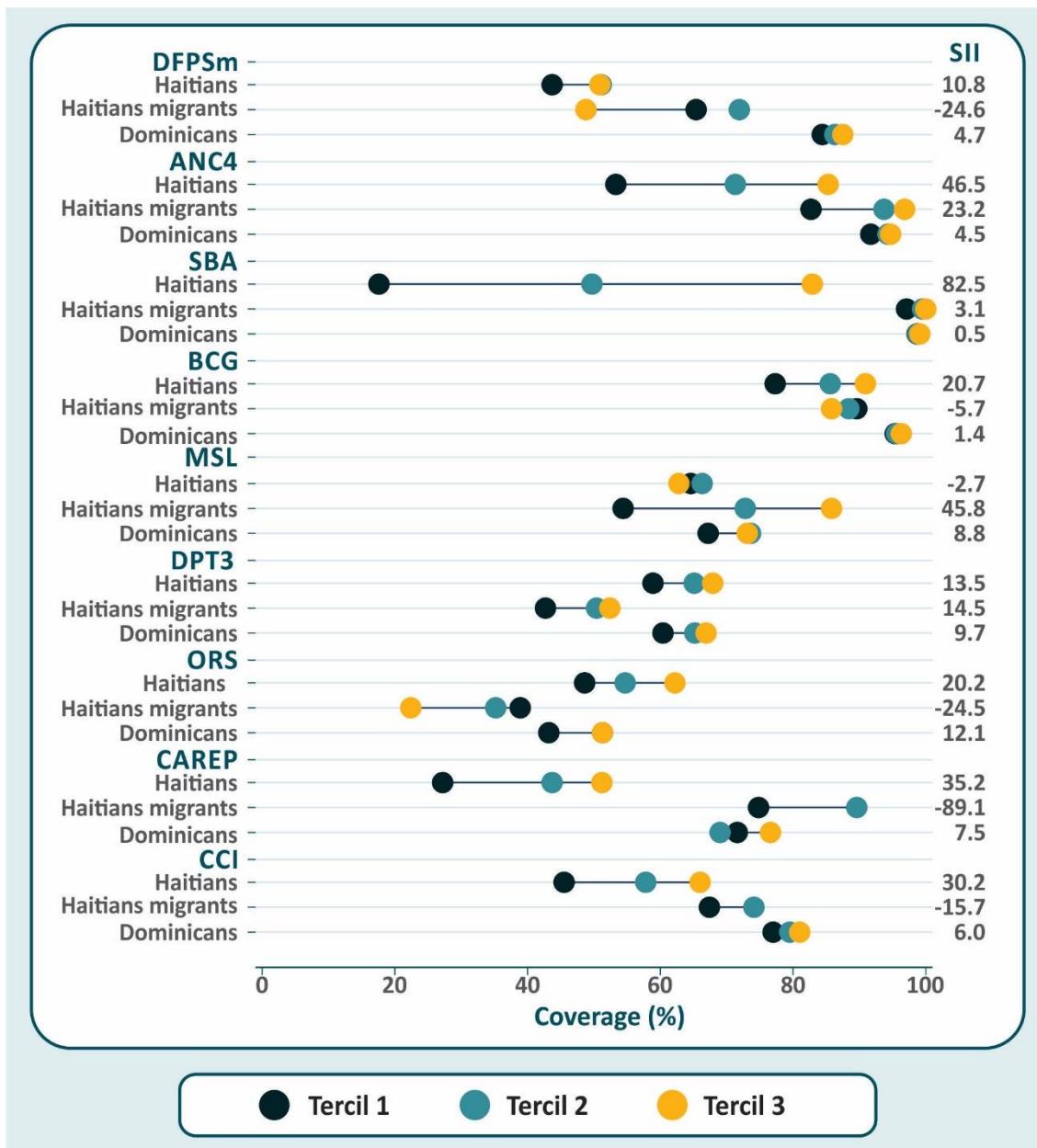


487
488
489 DFPSm (Demanda de planejamento familiar satisfeita com métodos modernos); ANC4
490 (4+ consultas pré-natais); SBA (Atendimento ao parto por pessoa qualificada); BCG
491 (Vacina para BCG); MSL (Vacina contra sarampo); DPT3 (Vacina DPT (três doses));
492 SRO (Sales de reidratação oral); CAREP (Busca de cuidado em caso de suspeita de in-
493 feção respiratória aguda); CCI (Índice composto de cobertura).

494

495 **Figura 2 - Saúde das mulheres, vacinação e manejo da doença nas crianças haitianas**
496 **residentes no Haiti, imigrantes haitianas na República Dominicana e domini-**
497 **canas estratificadas pelo índice de riqueza.**

498 (Haiti DHS 2012 e República Dominicana MICS 2014)



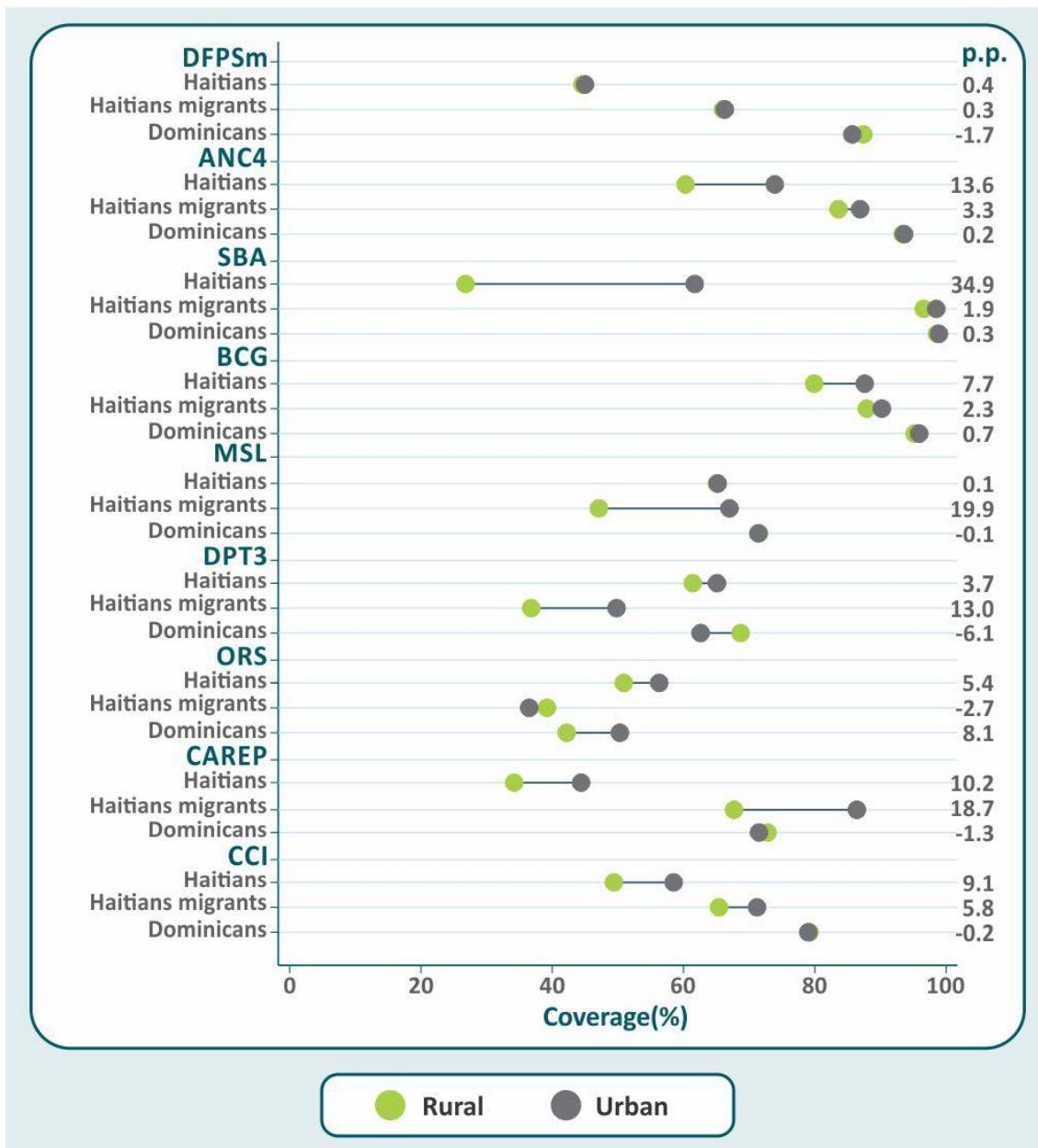
499

500

501 DFPSm (Demanda de planejamento familiar satisfeita com métodos modernos); ANC4
502 (4+ consultas pré-natais); SBA (Atendimento ao parto por pessoa qualificada); BCG
503 (Vacina para BCG); MSL (Vacina contra sarampo); DPT3 (Vacina DPT (três doses));
504 SRO (Sais de reidratação oral); CAREP (Busca de cuidado em caso de suspeita de in-
505 feção respiratória aguda); CCI (Índice composto de cobertura).

506 **Figura 3 - Saúde das mulheres, vacinação e manejo da doença nas crianças haitianas**
507 **residentes no Haiti, imigrantes haitianas na República Dominicana e domini-**
508 **canas estratificadas pelo índice de riqueza.**

509 (Haiti DHS 2012 e República Dominicana MICS 2014)



510
511
512 DFPSm (Demanda de planejamento familiar satisfeita com métodos modernos); ANC4
513 (4+ consultas pré-natais); SBA (Atendimento ao parto por pessoa qualificada); BCG
514 (Vacina para BCG); MSL (Vacina contra sarampo); DPT3 (Vacina DPT (três doses));
515 SRO (Sais de reidratação oral); CAREP (Busca de cuidado em caso de suspeita de in-
516 feção respiratória aguda); CCI (Índice composto de cobertura).

517 **Tabelas Suplementares**

518 **Tamanhos amostrais**

519 **Tabela S1**

520 **Saúde das mulheres, vacinação e manejo da doença crianças haitianas residentes**
521 **no Haiti, imigrantes haitianas na República Dominicana e dominicanas estratifica-**
522 **das pelo índice de riqueza.**

523 (Haiti DHS 2012 e República Dominicana MICS 2014)

Indicadores	Grupos	Índice de riqueza		
		1º (mais pobre) N	2º N	3º (mais rica) N
Mulheres				
Demandas de planejamento familiar satisfeita (métodos modernos)	Haitianas	2447	2824	1177
	Imigrantes Haitianas	421	133	24
	Dominicanas	3145	4178	4059
	Haitianas	1991	2145	920
4+ consultas pré-natais	Imigrantes Haitianas	272	68	20
	Dominicanas	1365	1541	1200
	Haitianas	2228	2347	975
Atendimento ao parto por pessoa qualificada	Imigrantes Haitianas	272	68	20
	Dominicanas	1365	1541	1200
Crianças				
	Haitianas	552	579	157
Vacina para BCG	Imigrantes Haitianas	245	64	9
	Dominicanas	1138	1322	1094
	Haitianas	552	579	157
Vacina contra sarampo	Imigrantes Haitianas	241	64	9
	Dominicanas	1112	1307	1080
	Haitianas	552	579	157
Vacina DPT (três doses)	Imigrantes Haitianas	238	64	9
	Dominicanas	1104	1298	1061
	Haitianas	581	597	156
Sales de reidratação oral	Imigrantes Haitianas	248	65	12
	Dominicanas	1235	1326	878
Busca de cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda	Haitianas	379	420	126
	Imigrantes Haitianas	42	25	-
	Dominicanas	422	439	274

524

525

526 **Tabela S2**

527 **Saúde das mulheres, vacinação e manejo da doença crianças haitianas residentes**
528 **no Haiti, imigrantes haitianas na República Dominicana e dominicanas estratifica-**
529 **das por área Geográfica.**

530 (Haiti DHS 2012 e República Dominicana MICS 2014)

Indicadores	Grupos	Área Geográfica	
		Rural N	Urbana N
Mulheres			
Demanda de planejamento familiar satisfeita (métodos modernos)	Haitianas	3065	2388
	Imigrantes Haitianas	236	342
	Dominicanas	2897	8485
4+ consultas pré-natais	Haitianas	2448	1426
	Imigrantes Haitianas	149	211
	Dominicanas	980	3125
	Haitianas	2753	1581
Atendimento ao parto por pessoa qualificada	Imigrantes Haitianas	149	211
	Dominicanas	980	3125
Crianças			
Vacina para BCG	Haitianas	818	470
	Imigrantes Haitianas	129	189
	Dominicanas	898	2656
	Haitianas	818	470
Vacina contra sarampo	Imigrantes Haitianas	126	188
	Dominicanas	890	2609
	Haitianas	818	470
Vacina DPT (três doses)	Imigrantes Haitianas	125	185
	Dominicanas	877	2585
	Haitianas	825	509
Sales de reidratação oral	Imigrantes Haitianas	125	200
	Dominicanas	786	2654
	Haitianas	586	338
Busca de cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda	Imigrantes Haitianas	22	45
	Dominicanas	246	890

531

532

533

534

535

536 **Tabela S3 - Saúde das mulheres, vacinação e manejo da doença crianças haitianas**
 537 **residentes no Haiti, imigrantes haitianas na República Dominicana e dominicanas**
 538 **estratificadas pelo índice de riqueza.**

539 (Haiti DHS 2012 e República Dominicana MICS 2014)

Indicadores	Grupos	Índice de riqueza			
		1º (mais pobre)	2º	3º (mais rico)	SII
Mulheres					
Demanda de planejamento familiar satisfeita (métodos modernos)	Haitianas	40,2; 47,4	48,0; 54,3	46,6; 55,2	4,4; 17,2
	Imigrantes Haitianas	60,3; 70,1	58,7; 82,2	17,4; 81,2*	-48,4; -0,9
	Dominicanas	82,7; 85,9	84,7; 87,6	85,9; 88,9	-4,2; 5,1
	Haitianas	49,3; 57,2	67,7; 74,7	78,8; 90,0	45,5; 47,5
4+ consultas pré-natais	Imigrantes Haitianas	78,0; 86,6	85,6; 97,4	77,3; 99,6*	20,4; 25,9
	Dominicanas	89,7; 93,3	92,9; 95,4	92,9; 96,1	2,9; 6,2
	Haitianas	15,0; 20,5	45,5; 54,0	78,0; 87,0	81,9; 83,0
Atendimento ao parto por pessoa qualificada	Imigrantes Haitianas	95,4; 98,2	96,3; 99,9	-*	1,6; 4,5
	Dominicanas	97,6; 99,2	97,8; 99,4	98,0; 99,6	0,3; 0,6
Crianças					
Vacina para BCG	Haitianas	71,6; 82,2	81,4; 89,0	84,5; 94,8	20,3; 21,1
	Imigrantes Haitianas	84,8; 93,0	70,5; 96,1	41,8; 98,1*	-6,7; -4,7
	Dominicanas	92,6; 97,1	93,7; 97,0	94,2; 97,7	0,9; 18,2
	Haitianas	57,8; 70,9	61,5; 70,7	52,4; 72,2	-7,1; 1,7
Vacina contra sarampo	Imigrantes Haitianas	46,2; 62,4	55,6; 85,1	41,8; 98,1*	45,7; 45,9
	Dominicanas	63,2; 71,0	69,3; 77,4	68,2; 77,5	3,2; 14,5
	Haitianas	52,4; 65,0	59,6; 70,1	57,2; 77,1	10,8; 16,1
Vacina DPT (três doses)	Imigrantes Haitianas	34,9; 50,9	33,1; 67,6	19,1; 83,8*	9,7; 19,3
	Dominicanas	56,4; 64,3	61,0; 69,2	62,2; 71,3	7,2; 12,2
	Haitianas	43,1; 54,2	49,6; 59,7	53,5; 70,3	18,9; 21,6
Sales de reidratação oral	Imigrantes Haitianas	31,0; 47,4	19,9; 54,3	4,8; 62,5*	-33,0; -16,1
	Dominicanas	39,6; 46,9	45,9; 56,7	45,6; 57,1	5,3; 19,0
Busca de cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda	Haitianas	21,5; 33,7	38,1; 49,5	42,4; 60,0	27,1; 43,2
	Imigrantes Haitianas	58,7; 86,1**	70,7; 96,8*	-***	-125,9; -52,2
	Dominicanas	65,5; 77,0	63,0; 74,4	65,6; 84,9	-1,3; 16,3
	Haitianas	40,8; 50,2	53,5; 62,1	58,9; 72,3	27,4; 33,1
Índice composto de cobertura	Imigrantes Haitianas	60,5; 73,4	60,8; 83,9	22,2; 63,3	-35,4; 4,0
	Dominicanas	74,0; 79,6	76,4; 82,2	77,2; 84,3	5,3; 6,7

540

541 * N<25

542 ** N 25-49

543 *** Não tem dados

544

545

546 **Tabela S4 - Saúde das mulheres, vacinação e manejo das doenças crianças haitianas**
 547 **residentes no Haiti, imigrantes na República Dominicana e dominicanas estratificadas por área de residência.**

549 (Haiti DHS 2012 e República Dominicana MICS 2014)

Indicadores	Grupos	Área Geográfica		
		Rural	Urbana	Diferencias Pontos Perce- tuais
		IC 95%	IC 95%	IC 95%
Mulheres				
Demanda de planejamento familiar satisfeita (métodos modernos)	Haitianas	41,7; 47,6	42,0; 48,0	-2,3; 3,1
	Imigrantes Haitianas	60,0; 71,5	58,2; 73,6	-7,6; 8,2
	Dominicanas	85,9; 88,8	84,7; 86,7	-3,1; -0,3
	Haitianas	56,7; 63,7	70,3; 77,1	10,6; 16,6
4+ consultas pré-natais	Imigrantes Haitianas	76,4; 89,0	82,3; 90,5	-4,2; 10,8
	Dominicanas	91,7; 94,8	92,4; 94,6	-1,6; 2,0
	Haitianas	23,2; 30,7	57,0; 66,2	32,0; 37,8
Atendimento ao parto por pessoa qualificada	Imigrantes Haitianas	94,0; 98,1	96,7; 99,3	-1,4; 5,2
	Dominicanas	97,7; 99,1	98,3; 99,4	-0,5; 1,1
Crianças				
	Haitianas	75,3; 83,8	83,7; 90,7	3,6; 11,8
Vacina para BCG	Imigrantes Haitianas	80,9; 92,6	83,1; 94,5	-4,7; 9,3
	Dominicanas	91,5; 97,3	94,7; 96,9	-0,9; 2,3
	Haitianas	60,0; 69,9	59,6; 70,4	-5,3; 5,5
Vacina contra sarampo	Imigrantes Haitianas	36,1; 58,5	58,4; 74,6	8,9; 30,9
	Dominicanas	66,7; 75,8	68,4; 74,2	-3,5; 3,3
	Haitianas	56,2; 66,4	59,0; 70,8	-1,7; 9,1
Vacina DPT (três doses)	Imigrantes Haitianas	27,9; 46,6	39,5; 60,2	1,9; 24,1
	Dominicanas	64,0; 73,0	59,7; 65,5	-9,7; -2,5
	Haitianas	46,1; 55,6	50,5; 61,9	-0,1; 10,9
Sales de reidratação oral	Imigrantes Haitianas	28,0; 51,7	27,8; 46,3	-13,6; 8,2
	Dominicanas	37,9; 46,7	46,7; 53,8	4,2; 12,0
Busca de cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda	Haitianas	29,0; 39,9	39,0; 49,8	3,7; 16,7
	Imigrantes Haitianas	47,2; 83,1	71,9; 94,0	-3,3; 40,7
	Dominicanas	66,0; 78,7	66,8; 75,8	-7,6; 5,0
	Haitianas	45,3; 53,5	53,9; 62,8	6,4; 11,8
Índice composto de cobertura	Imigrantes Haitianas	56,5; 73,4	63,2; 77,8	-1,9; 13,5
	Dominicanas	76,0; 82,0	76,8; 81,0	-1,9; 1,5

550

* N<25

551

** N 25-49

552

553

554

555	
556	
557	
558	
559	
560	
561	
562	
563	
564	
565	
566	
567	
568	
569	V NOTA PARA IMPRENSA

Estudo avalia impacto da migração sobre saúde de haitianas na República Dominicana

Mulheres haitianas que migraram para a República Dominicana têm mais acesso a intervenções de saúde materno-infantil nesse país do que as que vivem em seu país de origem, aponta estudo realizado pelo Centro Internacional de Equidade em Saúde da Universidade Federal de Pelotas.

A pesquisa avaliou o impacto da migração sobre indicadores de saúde materno-infantil em três populações de mulheres: imigrantes haitianas residentes na República Dominicana, haitianas residentes em seu país de origem e dominicanas residentes em seu país. A rota migratória do Haiti em direção à República Dominicana é considerada a mais importante entre os países caribenhos – em 2016, 88% dos imigrantes na República Dominicana eram haitianos.

O estudo analisou nove indicadores de cobertura de intervenções em saúde: atendimento à demanda por planejamento familiar, número de consultas pré-natais, atendimento ao parto por profissional qualificado, vacinação de crianças, uso de soro de reidratação oral para diarreia, busca por cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda e um índice composto de cobertura de intervenções. Os dados foram obtidos de dois inquéritos nacionais: a Pesquisa de Indicadores Múltiplos Agrupados (MICS, na sigla em inglês), realizada em 2014, na República Dominicana, e a Pesquisa Demográfica e de Saúde (DHS, na sigla em inglês), realizada em 2012, no Haiti. A análise dos indicadores levou em consideração, ainda, as desigualdades de cobertura de acordo com o contexto socioeconômico e a área de residência urbana ou rural.

Os resultados mostram que imigrantes haitianas obtiveram maior cobertura de intervenções de saúde materna e infantil em comparação com as haitianas não-migrantes, ao contrário do esperado em geral com base na literatura sobre o tema.

“De maneira geral, a literatura aponta um efeito negativo da migração sobre a saúde. É comum o imigrante ter dificuldade com o idioma, sentir receio de ser mal atendido por questões de racismo ou xenofobia, ou não ter a documentação do país, o que frequentemente leva essas pessoas a buscar os serviços apenas em casos de emergência”, explica a médica Roberta Bouilly, autora do estudo desenvolvido em trabalho de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação do epidemiologista Fernando Wehrmeister.

Segundo os pesquisadores, uma das explicações plausíveis para o impacto positivo sobre a saúde das imigrantes pode estar relacionada ao fenômeno conhecido como “aculturação”, segundo o qual imigrantes internalizam a cultura e os processos sociais do local onde estão residindo.

“Apesar de ser um país de renda alta, a República Dominicana apresenta melhor estrutura de serviços de saúde e melhores indicadores sociodemográficos em geral, quando comparada ao Haiti. É um caso em que a migração pode afetar positivamente a

cobertura de intervenções de saúde materna e infantil entre as mulheres e crianças migrantes”, acrescenta Bouilly.

A pesquisa aponta que todos os indicadores de cobertura foram maiores para as imigrantes quando comparadas com as haitianas em seu país de origem, com exceção dos indicadores de imunização de crianças contra difteria, coqueluche e tétano (vacina DPT3), vacinação contra sarampo e terapia de hidratação oral contra diarreia.

De acordo com os autores, a interpretação desses resultados deve levar em consideração o grande terremoto ocorrido no Haiti em 2010, o que agravou a dificuldade de acesso a serviços de saúde que demandam estrutura física mínima para contemplar a população, ao mesmo tempo que mobilizou ações de ajuda humanitária e maior afluxo de doações financeiras e de insumos médicos por parte de entidades não-governamentais ao país.

“Essa possivelmente seja a explicação para a maior cobertura de vacinas e uso de sais de hidratação oral no Haiti, uma vez que estamos falando de intervenções que dispensam maior estrutura física e podem ser facilmente obtidas por esforços internacionais”, diz a pesquisadora.

Em relação às desigualdades na cobertura de serviços, os níveis de cobertura foram maiores entre as mulheres mais ricas e moradoras das zonas urbanas em comparação com as mais pobres e moradoras das zonas rurais nos três grupos. As maiores desigualdades foram encontradas nas populações haitianas, quer sejam imigrantes ou residentes no Haiti, quando comparadas às dominicanas.

A conclusão do estudo enfatiza que a cobertura de intervenções em saúde é maior para imigrantes, porém, ainda não atinge o mesmo patamar de cobertura para dominicanas.

“As evidências chamam a atenção para a necessidade de ações públicas objetivas em resposta aos problemas de saúde mais urgentes para população do Haiti e de direcionamento de políticas públicas específicas para a população de imigrantes na República Dominicana, para que nenhum grupo seja deixado para trás. Os achados de nosso estudo têm potencial para orientar agentes políticos dos dois países vizinhos no planejamento de políticas de saúde conjuntas e, assim, reduzir as desigualdades em saúde materno-infantil nas populações”, finaliza a autora.

VI Anexos

Anexo – Normas para Publicação

Instrução para autores

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas ([Leia mais](#)).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e

artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. Normas para envio de artigos

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Nederlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

- 4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

- 5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores e orcid

- 6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.
- 6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. Agradecimentos

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A verdadeira das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética e integridade em pesquisa

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

Passo-a-passo

1. Processo de submissão online

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.3 – Inicialmente, o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.

1.4 – Para os novos usuários, após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. Envio do artigo

2.1 – A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção “Submeta seu texto”.

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.

2.5 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.9 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: cadernos@ensp.fiocruz.br ou cadernos@fiocruz.br.

3. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 – O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito pelo sistema SAGAS.

4. Envio de novas versões do artigo

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link “Submeter nova versão”.

5. Prova de prelo

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo

5.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições).

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica).

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica), o autor de correspondência também deverá assinar o documento de Aprovação da Prova de Prelo e indicar eventuais correções a serem feitas na prova.

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito selecionando o autor e a declaração correspondente.

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções.

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF.

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – Após inserir a documentação assinada e as correções, deve-se clicar em “Finalizar” e assim concluir a etapa.

5.4 – As declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>) no prazo de 72 horas.

6. Preparação do manuscrito

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

6.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

6.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

6.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

6.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

6.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração (Leia mais).

6.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

6.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

6.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas e fluxogramas. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvadas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

6.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

6.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

6.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

6.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

6.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras.