UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FABIO DE MELLO

# A atenção à saúde das gestantes brasiguaias sob a ótica do acesso e da cobertura de saúde materna num território da fronteira Brasil/Paraguai.

RIBEIRÃO PRETO

2019

FABIO DE MELLO

# A atenção à saúde das gestantes brasiguaias sob a ótica do acesso e da cobertura de saúde materna num território da fronteira Brasil/Paraguai.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no ciclo vital

Orientadora: Thais de Oliveira Gozzo

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Mello, Fabio de
A atenção à saúde das gestantes brasiguaias sob a ótica do acesso e da cobertura de saúde materna num território da fronteira Brasil/Paraguai. Ribeirão Preto, 2019. 130p.: il.; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientadora: Thais de Oliveira Gozzo

1. Saúde na Fronteira. 2. Vulnerabilidade em Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Saúde materna. 5. Acesso aos Serviços de Saúde e Cuidado Pré-natal.

MELLO, Fabio de

A atenção à saúde das gestantes brasiguaias sob a ótica do acesso e da cobertura de saúde materna num território da fronteira Brasil/Paraguai.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Aos meus, que abidicaram de muitos sonhos para que eu chegasse a essa conquista, minha eterna dedicação...

*"Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo."*
*(Paulo Freire)*

# AGRADECIMENTOS

Na realização da presente tese, contei com o apoio direto e indireto de múltiplas pessoas e instituições às quais sou profundamente grato.

Correndo o risco de injustamente não mencionar alguns dos contributos, quero deixar expresso os meus sinceros agradecimentos:

A minha orientadora, Profa. Dra. *Thais de Oliveira Gozzo*, pelos conhecimentos compartilhados, dedicação empregada e pelo incentivo, disponibilidade e apoio que sempre demonstrou.

Ao Prof. Dr. *Pedro Fredemir Palha*, meu grande incentivador e "idealizador" dessa formação.

Ao meu companheiro, *Wallef*, por ter caminhado ao meu lado, pela sua paciência, compreensão e ajuda durante a elaboração da presente tese, sem contar o mais belo sorriso incentivador.

A minha mãe, *Maria*, meu exemplo de vida, obrigado pelo carinho incondicional dispensado a toda a família, o qual ensinou-nos a trilhar o caminho da felicidade.

Ao meu pai, *Jair*, com sua simplicidade e alegria contagiantes e que nos instiga a ser cada vez melhor com o que temos: o carater.

Aos meus irmãos, *Tatá* e *Rick*, que são as melhores pessoas do mundo.

A minha filha de quatro patas, *Axa*, que soube esperar ansiosamente pelos momentos de brincar, apesar de morder muito meus pés durante a escrita.

A todos meus *Amigos* e *Colegas* que contribuíram ou auxiliaram na construção desse projeto. Para não correr o risco de esquecer algum, não vou identificar ninguém. Aqueles a quem este agradecimento se dirige, sabê-lo-ão.

Os agradecimentos são igualmente devidos às entidades: *HMCC* e *PMFI*, que cederam seu espaço de forma muito afetuosa e receptiva, não medindo esforços para a participação na pesquisa.

À *USP*, minha eterna admiração pela estrutura física e de materiais, recursos humanos e principalmente de formação acadêmica e científica. Sem dúvidas, o maior centro de exelência em educação do Brasil e da América Latina.

Às *Brasiguaias*, protagonistas deste trabalho, que mesmo sem perceberem, tornaram possível a realização deste estudo, deixando em mim marcas profundas de adimiração por suas histórias e fazendo com que me tornasse uma pessoa mais humana na atenção ao próximo. Obrigado por confiaram em mim, compartilharem suas vidas e entregarem suas experiências.

RESUMO

Mello, F. **A atenção à saúde das gestantes brasiguaias sob a ótica do acesso e da cobertura de saúde materna num território da fronteira Brasil/Paraguai.** 130p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

**INTRODUÇÃO:** O entendimento de que fronteira é uma forma diferenciada de organização territorial daquele conceito tradicional, centrado nos limites políticos-administrativos. Esse recorte analítico e espacial de diversas realidades sociais explicam sua dinâmica e deve permear a visão de fronteira como um complemento e não como barreira. Isso se justifica, pois a relação saúde em regiões de fronteira sofre grande influência dessa mobilidade populacional que, ao utilizar o sistema regional, incrementa o risco de emergência e reemergência de doenças e das condições de vida de grupos mais vulneráveis. Nesse contexto, insere-se uma população flutuante na fronteira do Brasil com o Paraguai, as chamadas brasiguaias, que estão a mercê da falta de políticas para saúde nas fronteiras, e sujeitam-se às dificuldades do sistema para os atendimentos de suas necessidades gestacionais e obstétricas. **OBJETIVO:** Analisar a atenção à saúde das gestantes brasiguaias sob a ótica do acesso e da cobertura de saúde materna na fronteira Brasil/Paraguai. **MÉTODO:** Trata-se de estudo quantitativo, metodológico e descritivo, que ocorreu em Foz do Iguaçu, com análise do banco de dados dos SINASC do ano de 2018 e com entrevistas semiestruturadas com as puérperas brasiguaias que procuraram pelo atendimento obstétrico no hospital de referência na fronteira no mesmo ano. **RESULTADOS:** A pesquisa apontou uma população de 183 gestantes brasiguaias cadastradas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de Foz do Iguaçu, no ano de 2018, e que representa 3,5% do total dos partos realizados pelo hospital em Foz do Iguaçu. São mulheres com média de idade de 28,5 anos, de etnia branca em 70% das declarações, sendo que 68% relataram estar solteiras, separadas ou viúvas e 60% tinham menos de 12 anos de escolaridade. Na comparação com as demais gestantes, são mais velhas e com mais estudo do que as brasileiras. Em sua grande maioria, são oriundas de *Ciudad del Este*, no Paraguai, que fica a 32km de Foz do Iguaçu, utilizando o meio próprio para chegar ao hospital, e aquelas que residem mais distante da fronteira optam por se estabelecer na casa de parentes em Foz do Iguaçu antes do parto. Quanto aos dados de pré-natal, são gestantes que tem menos acesso e cobertura, com média de 6,7 consultas e início tardio, e realizam mais cesáreas que as brasileiras, uma vez que chegam ao serviço hospitalar só para o parto e sem o devido acompanhamento gestacional. **CONCLUSÃO:** Os dilemas sociais de uma população flutuante e não contabilizada em nenhum censo, na busca por serviços públicos de saúde, no lado da fronteira em que eles são oferecidos especialmente de forma gratuita, carece de estudos científicos, diagnósticos precisos, intervenções exitosas e principalmente de acordos bilaterais que apresentem soluções práticas, legais e financeiras para o desfecho mais adequado no pré-natal e parto das gestantes brasiguaias.

*Palavras chaves*: Saúde na Fronteira; Vulnerabilidade em Saúde; Saúde Pública; Saúde materna; Acesso aos Serviços de Saúde e Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT

Mello, F. **Health care of Brazilian pregnant women from the perspective of access and coverage of maternal health in a territory of the Brazil / Paraguay border.** 130p. Thesis (Doctorate) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

**INTRODUCTION:** Understanding that frontier is a differentiated form of territorial organization from that traditional concept, centered on political and administrative boundaries. This analytical and spatial cut of various social realities, explain its dynamics and should permeate the frontier view as a complement and not as a barrier. This is justified because the health relationship in border regions is greatly influenced by this population mobility, which, by using the regional system, increases the risk of emergence and reemergence of diseases and living conditions of the most vulnerable groups. In this context, there is a floating population on the border between Brazil and Paraguay, the so-called brasiguaias, which are at the mercy of the lack of border health policies, and subject themselves to the difficulties of the system to meet their gestational and obstetric needs. **OBJECTIVE:** To analyze the health care of Brazilian pregnant women from the perspective of access and coverage of maternal health in the Brazil / Paraguay border. **METHOD:** This is a quantitative, methodological and descriptive study that took place in Foz do Iguaçu, with analysis of the Live Births Information System database. (SINASC) in 2018 and with semi-structured interviews with the Brazilian puerperal women who sought obstetric care at the referral hospital on the border in the same year. **RESULTS:** The survey showed a population of 183 Brazilian pregnant women registered at SINASC of Foz do Iguaçu in 2018 and representing 3.5% of the total deliveries performed by the hospital in Foz do Iguaçu. They are women with an average age of 28.5 years, white in 70% of the statements, 68% reported being single, divorced or widowed and 60% had less than 12 years of schooling. Compared to the other pregnant women, they are older and with more advanced studies than the Brazilian. Most of them come from Ciudad del Este, Paraguay, which is 32km from Foz do Iguaçu, using the proper means to reach the hospital, and those who live farther from the border, choose to settle in the house of relatives in Foz do Iguaçu before childbirth. As for prenatal data, pregnant women have less access and coverage, with an average of 6.7 consultations and late onset, and perform more cesarean sections than Brazilian women, since they arrive at the hospital only for delivery and without due gestational monitoring. **CONCLUSION:** The social dilemmas of a fluctuating population not accounted for in any census seeking public health services on the border side where they are offered especially free of charge, lack scientific studies, accurate diagnoses, successful interventions and especially bilateral agreements that provide practical, legal and financial solutions for the most appropriate prenatal and childbirth outcome of Brazilian pregnant women.

*Keywords:* Border health; Health vulnerability; Public health; Maternal health; Access to Health Services and Prenatal Care.

RESUMEN

Mello, F. **La atención a la salud de las gestantes brasiguayas bajo la óptica del acceso y de la cobertura de salud materna en un territorio de la frontera Brasil Paraguay.** 130p. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2019.

**INTRODUCCIÓN:** Entendimiento de que la frontera es una forma diferenciada del concepto tradicional de organización territorial, centrado en los límites políticos y administrativos. Este recorte analítico y espacial de diversas realidades sociales, explica su dinámica y debe encontrase en la visión de la frontera como un complemento y no como una barrera. Esto se justifica, considerando que la atención a la salud, en regiones de frontera, sufre una gran influencia de la movilidad poblacional, la que, al utilizar el sistema regional, incrementa el riesgo de emergencia y reemergencia de enfermedades y altera las condiciones de vida de los grupos más vulnerables. En ese contexto, se encuentra una población fluctuante en la frontera de Brasil con Paraguay; es el caso de las llamadas brasiguayas, que están a merced de la falta de políticas para la salud en la frontera, sujetas a las dificultades del sistema que atiende sus necesidades de gestación y obstetricia. **OBJETIVO:** Analizar la atención a la salud de las gestantes brasiguayas bajo la óptica del acceso y de la cobertura de salud materna, en la frontera Brasil Paraguay. **MÉTODO:** Se trata de estudio cuantitativo, metodológico y descriptivo, realizado en Foz de Iguazú, que analizó el banco de datos de los SINASC del año de 2018 y realizó entrevistas semiestructuradas con las puérperas brasiguayas que buscaron atención obstétrica, en el hospital de referencia, en la frontera, en el mismo año. **RESULTADOS:** La investigación apuntó una población de 183 gestantes - brasiguayas, registradas en el SINASC de Foz de Iguazú, en el año de 2018 - que representa 3,5% del total de los partos, realizados por el hospital en Foz del Iguazú. Fueron mujeres con una media de edad de 28,5 años, de etnia blanca en 70% de las declaraciones, siendo que 68% relató estar soltera, separada o viuda y 60% tenía menos de 12 años de escolaridad. En la comparación con las demás gestantes, tenían más edad y más estudio que las brasileñas. En su gran mayoría, son provenientes de Ciudad del Este (Paraguay) que queda a 32km de Foz de Iguazú; ellas utilizaban modo propio para llegar al hospital; aquellas que residían más lejos de la frontera, optaron por establecerse en la residencia de parientes, en Foz del Iguazú, antes del parto. Los datos del prenatal mostraron que son gestantes con menos acceso y cobertura; con una media de 6,7 consultas e inicio tardío; realizan más cesáreas que las brasileñas debido a que llegan al servicio hospitalario solamente para el parto y sin el debido acompañamiento gestacional. **CONCLUSIÓN: lo**s dilemas sociales de una población fluctuante - no contabilizada en ningún censo, que busca servicios públicos de salud, en el lado de la frontera en que son ofrecidos, especialmente de forma gratuita - carecen de estudios científicos, de diagnósticos precisos, de intervenciones exitosas y principalmente de acuerdos bilaterales que presenten soluciones prácticas, legales y financieras para obtener un resultado más adecuado en el prenatal y parto de las gestantes brasiguayas.

*Palabras clave:* Salud en la Frontera; Vulnerabilidad de la Salud; Salud Pública; Salud materna; Acceso a los Servicios de Salud y Cuidado Prenatal.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Gestantes atendidas em hospital de Foz do Iguaçu por país de procedência em 2018.....52

Tabela 2. Análise do perfil sociodemográfico das gestantes atendidas em Foz do Iguaçu por país de residência em 2018.....54

Tabela 3. Cidade de procedência no Paraguai das puérperas brasiguaias atendidas em Foz do Iguaçu em 2018 e meio de transporte utilizado.....55

Tabela 4. Média das variáveis quantitativas relacionadas ao perfil obstétrico prévio das gestantes atendidas em Foz do Iguaçu por país de residência em 2018.....58

Tabela 5. Análise das variáveis quantitativas relacionadas ao perfil obstétrico atual das gestantes atendidas em Foz do Iguaçu por país de residência em 2018.....59

Tabela 6. Dados do pré-natal atual das puérperas brasiguaias atendidas em Foz do Iguaçu em 2018.....60

Tabela 7. Média das variáveis: idade da mãe, semanas gestacionais e número de consultas de pré-natal sobre o tipo de parto e o país de origem das gestantes atendidas em Foz do Iguaçu em 2018.....65

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa da 9ª Regional de Saúde do Paraná.....43

Figura 2. Mapa do Departamento de Alto Paraná no Paraguai.....56

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| APN | Atenção Pré-natal |
| APS | Atenção Primária em Saúde |
| CF | Constituição Federal |
| CMI | Centro Materno-Infantil |
| DNV | Declaração de Nascido Vivo |
| EERP | Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto |
| HIV | Virus da Imunodeficiência Humana |
| HMCC | Hospital Ministro Costa Cavalcanti |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MERCOSUL | Mercado Comum do Sul |
| NOB-SUS | Norma Operacional Básica do SUS |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PMFI | Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNASM | Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RN | Recém-nascido |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SESA-PR | Secretaria de Estado da Saúde do Paraná |
| SINASC | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos |
| SIS-FRONTEIRAS | Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarescido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| USP | Universidade de São Paulo |

**SUMÁRIO**

**APRESENTAÇÃO** ..... **13**
**1. INTRODUÇÃO** ..... **16**
**1.1 O território e a saúde nas fronteiras** ..... **17**
**1.2 O acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai** ..... **21**
**1.3 A assistência em saúde materna no Brasil** ..... **27**
**1.4 A atenção ao pré-natal e ao parto das brasiguaias** ..... **33**
**2. JUSTIFICATIVA** ..... **38**
**3. OBJETIVOS** ..... **40**
**3.1 Objetivo Geral** ..... **41**
**3.2 Objetivos específicos** ..... **41**
**4. PERCURSO METODOLÓGICO** ..... **42**
**4.1 Tipo de Estudo** ..... **43**
**4.2 Local do Estudo** ..... **43**
**4.3 Desenvolvimento do Estudo** ..... **44**
*4.3.1. Elaboração e validação do formulário* ..... *44*
*4.3.2. Estudo piloto* ..... *46*
*4.3.3. Coleta dos dados com as brasiguaias* ..... *46*
*4.3.4. Coleta de dados do SINASC* ..... *47*
**4.4 Análise dos dados** ..... **48**
*4.4.1. Dados das Brasiguaias* ..... *48*
*4.4.2. Dados do SINASC* ..... *49*
**4.5 Princípios Éticos** ..... **49**
**5. RESULTADOS E DISCUSSÃO** ..... **51**
**6. CONCLUSÃO** ..... **81**
**REFERÊNCIAS** ..... **84**
**APÊNDICES** ..... **96**
**ANEXOS** ..... **124**

# *APRESENTAÇÃO*

"Se ensinares, ensina ao mesmo tempo a duvidar daquilo que estás a ensinar."
(José Ortega & Gasset)

## APRESENTAÇÃO

O desenvolvimento da pesquisa aqui apresentada foi motivado pela minha história acadêmica e pela experiência profissional como enfermeiro e gestor de saúde nas cidades de Santa Terezinha de Itaipu e de Foz do Iguaçu, no extremo oeste do estado do Paraná, região Sul brasileira, tríplice fronteira Brasil/Paraguai/Argentina, onde atuo desde minha graduação em 2002.

Durante toda minha atuação profissional, em especial nos últimos anos, pude participar de importantes discussões a respeito da saúde nas fronteiras e do processo regional de desenvolvimento da temática junto ao Grupo Técnico de Saúde da Itaipu. Esse grupo alinha diversas inquietudes sanitárias de duas cidades vizinhas com políticas de saúde pública tão diferentes, entre Brasil e Paraguai, reunindo na mesma sala, gestores e técnicos da área da saúde dos dois países.

Ao mesmo tempo em que, entre 2005 e 2006, pude desenvolver junto ao Ministério da Saúde, como convidado parceiro, o programa SIS-Fronteiras. Nesse programa, tive a oportunidade de coordenar as atividades municipais de diagnóstico e pesquisa da saúde na fronteira e que envolveu as cidades lindeiras ao rio Paraná, arco sul do Brasil, na fronteira com o Paraguai.

Na região de Foz do Iguaçu, o diagnóstico desta pesquisa, apontou para a utilização dos serviços de saúde por parte da população brasileira que mora no Paraguai, os “brasiguaios” [1]. As principais cidades cessadas foram as mais próximas da fronteira com o Brasil, nos serviços básicos ligados ao ciclo materno-infantil e aos serviços de urgência e emergência.

Com essa percepção geral, comprovada pelo atendimento diário, tanto nos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), quando nas portas de entrada das Unidades de Pronto Atendimento, por gestantes brasileiras brasiguaias, com pouca

[1] O termo brasiguaio está referido aos contingentes de brasileiros que imigraram para a região de fronteira em território paraguaio a partir da década de 1950. Em sentido comum o termo é apenas uma construção linguística que se faz pela composição dos termos brasileiro e paraguaio. Nesse sentido, é utilizado pela imprensa e no cotidiano com significativa imprecisão para se referir a diferentes grupos e situações sociais envolvendo os imigrantes brasileiros que se dirigiram para o território paraguaio, tendo retornado ou não daquele País. Ao longo do tempo, desde a sua origem em 1985, o termo brasiguaio vem recebendo diferentes sentidos. Esses sentidos estão relacionados ao ambiente deconflitos e aos atores brasileiros e paraguaios, envolvidos em disputas pela posse de áreas territoriais e seus desdobramentos no Paraguai, mas também pelo acesso a direitos e políticas públicas no Brasil. Mais do que uma questão etimológica, os sentidos são reveladores das disputas que se travam no processo de construção de uma identidade social, notadamente numa região de fronteira (COLOGNESE, 2012).

ou quase nenhuma orientação de pré-natal, mas desejando garantir o desfecho adequado para sua gestação em hospital do Brasil, surgiu o primeiro interesse pelo entendimento dessa dinâmica.

Assim, com minha aproximação com a referência para gestantes brasiguaias no Centro Materno-Infantil (CMI) de Foz do Iguaçu, serviço estruturado a partir do diagnóstico realizado pelo SIS-Fronteiras, já em 2012, desenhei minha dissertação de mestrado com um estudo transversal sobre o perfil dessas gestantes e suas lutas pela busca de assistência pré-natal no Brasil.

Agora, em 2019, trago à tona esse recorte de uma realidade brasileira e que nesses sete anos passados desde o último estudo, continua com as mesmas dificuldades de acesso e cobertura de suas necessidades de saúde na fronteira do Brasil com o Paraguai, só que dessa vez, sob um novo prisma: a vulnerabilidade do território fronteiriço para a saúde materna das brasiguaias.

# 1. INTRODUÇÃO

“Se deres um peixe a um homem faminto, vais alimentá-lo por um dia. Se o ensinares a pescar, vais alimentá-lo toda a vida.”
(Anne Isabella Thackeray Ritchie)

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 O território e a saúde nas fronteiras

O território enquanto espaço exclusivamente, físico-administrativo, de divisão geográfica, não encastra as rugosidades da realidade brasileira, que compartimenta as demandas sociais da população em públicos-alvo, pelas características etárias, pelas condições de renda ou pela vulnerabilidade e risco pessoal e social, numa perspectiva segmentadora e desconectada dos territórios onde ocorrem (KOGA, 2013). E segundo Campos (2008), não podem ser apenas encaradas como heranças físico-territoriais, mas também como heranças sócioterritoriais ou sociogeográficas.

No entanto, o território enquanto categoria nas pesquisas em saúde pública, associado às mudanças no perfil de morbimortalidade da população, com redução das doenças infecciosas, aumento das doenças crônico-degenerativas, e à emergência de novas enfermidades, deturpa os fundamentos da ciência epidemiológica no sentido de buscar formas mais eficientes de caracterizar a doença como manifestação coletiva. Fato que norteia uma nova concepção dessa categoria na pesquisa social crítica, a fim de superar os aportes herdados da clínica e incorporar conceitos das ciências sociais (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Haesbaert (2004) apresenta ainda o território na ideologia de domínio e de controle, podendo se desenhar com base em diferentes forças sejam elas políticas, econômicas, culturais e até subjetivas. Sua escala é extremamente variável no tempo e no espaço, podendo as territorialidades se cruzarem, se completarem, se sobreporem e até entrarem em conflito. São múltiplas, complexas, transitórias e permanentes, dependendo dos processos que as produzem e as sustentam. Nesse caso, o território aproxima-se de uma categoria de análise ou como um conceito fundamental de compreensão da relação sociedade-natureza, e não apenas uma dimensão “espacializante” dos fatos sociais ou ambientais.

Silva (1997) incorpora ao conceito de espaço geográfico, uma visão da totalidade dos determinantes naturais e sociais, que muitas vezes falta à análise epidemiológica. Assim como, Costa e Teixeira (1999, p. 275) reiteram que “o espaço geográfico se apresenta para a epidemiologia como uma perspectiva singular para

melhor apreender os processos interativos que permeiam a ocorrência da saúde e da doença na coletividade".

A epidemiologia passa, então, a pensar a categoria território enquanto relação social, o que permite pensar a doença enquanto processo de mudança da estrutura espacial. Com isso, é possível superar uma visão não histórica do processo biológico e ao mesmo tempo entender os fatores econômicos, sociais, políticos e culturais responsáveis pela produção das doenças endêmicas e epidêmicas, não meramente descrevendo-a (SILVA, 1985).

Santos (2003) aponta que o território entendido como uma categoria de análise social é o recorte ou fração do espaço qualificado por um sujeito, pensado para além das geometrias. Pois, na medida em que coloca o papel central das relações sociais na sua produção, torna-se ele mesmo uma categoria relacional, que se realiza como processo, movimento ou fluxo. Santos (2006) afirma ainda que um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá.

Assim, se por um lado, como cenário das relações sociais, o território torna-se essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com as questões sociais, como a saúde, por outro, ele torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas. Por isso, Faria e Bortolozzi (2009, p. 36) apontam duas questões que se colocam fundamentais para uma prática territorial em saúde:

> Primeiramente, deve-se ter claro o que se entende pela categoria território, uma vez que é essa definição que vai fornecer os parâmetros para a identificação de áreas para a implementação de ações práticas em saúde. Em segundo lugar, deve-se entender quando e quais as práticas de saúde podem ser compreendidas numa análise territorial.

Quanto ao primeiro ponto, a definição de um território para implementação da assistência em saúde irá depender, prioritariamente, da concepção teórica e política do gestor do processo. Inclusive, são essas diferentes concepções que permeiam diferentes abordagens territoriais como apontado por Saquet (2007): uma, eminentemente econômica, na qual se entende o território a partir das relações de produção; outra, pautada na dimensão geopolítica do território; a terceira, dando ênfase às dinâmicas políticas e culturais, simbólica-identitária, tratando de representações sociais centrada na fenomenologia e; a última, voltada às

discussões sobre a sustentabilidade ambiental e ao desenvolvimento local, tentando articular, ao mesmo tempo, conhecimentos e experiências de maneira interdisciplinar.

Já, no segundo aspecto, o qual diz respeito à viabilidade prática da categoria território no planejamento em saúde, não é possível pensar que este seja a solução para todos os problemas da saúde pública. Entretanto, pode contribuir para a ação sobre esses males, na medida em que revela as áreas carentes, com otimização das ações de caráter preventivo e evitando a sobrecarga das ações de caráter corretivo. Nesse sentido o território torna-se uma ferramenta, não a única, e deve ser utilizada sempre que a ação envolver grupos sociais (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Contudo, para a saúde pública essa reflexão ainda é conturbada, uma vez que são poucos os trabalhos que têm utilizado a categoria território como possibilidade de ações adequadas em saúde, sobretudo relacionadas ao planejamento. No dia a dia, costuma-se deparar, mais frequentemente, com mapas figurativos da área de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família, que pouco ou quase nada representam a efetiva tomada de decisões. A atividade cartográfica tem se apresentado como uma das mais importantes ferramentas para a análise em saúde pública, porém a investigação não pode se prender na utilização da ferramenta em si (FERREIRA, 2003).

É preciso dar a essa categoria a dinamicidade que permite estabelecer relações entre os territórios em diferentes escalas, tornando possível o trânsito entre as escalas territoriais locais e os mecanismos territoriais globais. Nessa perspectiva, a escala do território de vivência não pode ser confundida com um microterritório, uma simples miniatura de um território mais amplo, refletida localmente, pois como aponta Koga (2013, p. 40)

> A escala da política pública é definida a partir de sua institucionalidade e de seus critérios e condicionalidades, mas os cidadãos são considerados sujeitos desterritorializados, pois seu território se limita a um comprovante de endereço fixo, sem vida e sem vivência.

Nesse contexto, Rigotto e Augusto (2007) destacam o nexo território-vulnerabilidade, pois territorializar a vulnerabilidade é essencial para o entendimento dos processos. Processos estes que contribuem, não só para a geração dos riscos e perigos, mas sobretudo para reconhecer os elementos que desenham essas fragilidades, indicando de forma clara, aspectos específicos da relação sociedade-

natureza, ajudando a revelar as iniquidades sociais que atingem diretamente a qualidade de vida das pessoas, no seu lugar, no seu território.

Marandola Jr e Hogan (2009) apontam que, desde que a questão da vulnerabilidade se tornou fundamental para a compreensão das transformações da sociedade atual, há uma busca pelo entendimento dos processos que moldam as situações de risco. Além disso, destaca-se também a importância da espacialidade (localizações e situações) e da dimensão espacial da existência social, que torna os lugares vulneráveis ou expostos a riscos. Nesse contexto, os dois lados da questão (espacialidade e produção social) suscitam a dúvida se o foco está nas pessoas (demografia) ou no espaço (geografia). "O resultado são duas abordagens da vulnerabilidade que se distanciam ou se tocam em certos pontos, priorizando um e outro ângulo: *vulnerabilidade ambiental ou do lugar* e *vulnerabilidade social ou sociodemográfica*" (MARANDOLA JR; HOGAN, 2009, p.162)

Isso desponta no âmbito da saúde de forma singularmente significativa, uma vez que junto com a relevância das relações ecológicas, entender a relação território-vulnerabilidade de um ponto de vista global, que abranja aspectos sociais, ambientais e culturais, envolve perceber a ordenação das iniquidades sociais no mundo globalizado, de elevado desenvolvimento técnico e mobilidade, com construções territoriais cada vez mais complexas (MARANDOLA JR, 2007).

No caso da saúde, nas fronteiras, esse aspecto fica ainda mais evidente, pois as escalas territoriais locais, como o acesso à saúde, e os mecanismos territoriais globais, como as políticas públicas de saúde, não se aproximam do território de vivência da população referenciada. Isso se justifica, pois estão atrelados aos domínios geográficos de um território político-administrativo, que em nada condiz com a realidade dos moradores dessa região. "Há, portanto, a necessidade de se pensar o território considerando as articulações, as interações e a história existente, em suas diversas dimensões" (PIZZIO; SILVA, 2016, p. 181)

O território deve ser pensado considerando as interações de quem vivencia a história local em suas diversas facetas. Pizzio e Silva (2016, p. 181) apontam que "o território está relacionado à natureza, à apropriação, às mudanças, à mobilidade, à identidade e ao patrimônio cultural". Portanto, pode ser "compreendido como produto sócioespacial que proporciona a condição para o hábitat, a vivência e a produção". Saquet (2007) ainda complementa que o território é produto da condição da territorialização, sendo produzido no espaço e no tempo pelas territorialidades

cotidianas e, nessa dinâmica, na qual se tem a territorialidade como resultado da articulação do território e da territorialização, o autor chama a atenção para a complexidade dos espaços e das vulnerabilidades existentes, que podem constituir fortemente as iniquidades sociais a partir dos espaços vividos pelo cidadão.

Sendo assim, se faz necessário o entendimento de que fronteira é uma forma diferenciada de organização territorial daquela da lógica capitalista, pois constitui um recorte analítico e espacial de diversas realidades sociais, políticas, econômicas e culturais (SOUZA, 2013). Manzanares (2017) desafia o conceito tradicional da fronteira, centrado nos limites políticos-administrativos, acrescentando as necessidades regionais de saúde como elo para explicar a sua dinâmica, pois os dados georreferenciados de seu estudo no México revelou padrões espaciais que permitem apoiar a visão de fronteira como um complemento e não como barreira.

A compreensão de fronteira deve, portanto, considerar a fluidez territorial e a porosidade territorial. A primeira trata da qualidade do movimento associada à infraestrutura e depende das condições materiais e imateriais que garantam a circulação de pessoas, bens e informações. Enquanto que a porosidade territorial trata da qualidade da regulação do movimento, que no caso das localidades transfronteiriças, é a normatização por meio de leis e regras institucionalizadas por acordos bilaterais (SOUZA, 2013).

Koga (2002, p. 56) reforça que o prisma sobre o território e as políticas públicas é crucial e desponta “o território como chão da política pública, permitindo perceber o território como mais um instrumento do social”. Infere-se na relação território-vulnerabilidade um espaço de desafios para o aprimoramento da gestão e da oferta de serviços públicos, com uma visão inclusiva da população “excluída” ou “invisível”, que, historicamente, está às margens dos direitos e da cidadania, como é o caso da questão saúde para os brasiguaios na fronteira entre Brasil e Paraguai.

## 1.2 O acesso à saúde na fronteira Brasil/Paraguai

A segurança nacional sempre foi o motivo para a intervenção pública nas fronteiras do Brasil com os países da América do Sul (GADELHA; COSTA, 2007). Inclusive, a preocupação com a defesa nacional em zona de fronteira levou o Ministério da Integração Nacional do Brasil a desenvolver o Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Esse Programa, logo no início, revelou a

imagem de uma região pouco desenvolvida economicamente, historicamente abandonada pelo estado, marcada pela dificuldade de acesso a bens e serviço públicos, pela falta de coesão social e pela inobservância de cidadania (ARAUJO; FILARTIGAS; CARVALHO, 2015). Além claro, “da presença incômoda do migrante, que é sempre acompanhada de reações contrárias por parte daqueles que não admitem sua ação ou intervenção” (OLIVEIRA, 2006, p. 185).

Nos últimos anos, porém a integração entre essas nações passou a ser vista como prioritária, sendo um dos meios de fortalecimento político e econômico entre esses países frente à progressiva globalização das economias mundiais, e para Souza e Gemilli (2011, p. 161),

> [...]a fronteira apresenta-se como espaço de complementariedade (na medida em que convivem em uma mesma realidade diferentes territorialidades) e, ao mesmo tempo, espaço de diferenciações (visto que há uma seletividade espacial que tende a favorecer grupos dominantes).

Para tanto, há a necessidade da construção de uma agenda social de integração, além da regulamentação da livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital, ocorreu com a criação do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), entre Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai e Venezuela (GIOVANELLA *et al.*, 2007). Soma-se a isso, a percepção da zona de fronteira, como ponto crítico desse processo de integração, que vem sendo, progressivamente, priorizada pelas políticas nacionais brasileiras. Como define o Ministério da Integração Nacional que “o conceito de zona de fronteira aponta para um ambiente de interação, com espaço social transitivo, composto por diferenças (oriundas da presença do limite internacional) e por fluxos e interações transfronteiriças” (BRASIL, 2005a, p. 21).

Para Azevedo (2012, p. 03) a concepção de zona de fronteira:

> [...] deve levar em consideração a dependência mútua entre os países, pois estes espaços são compartilhados pelos povos transfronteiriços. Assim, a dinâmica existente é complexa nestes territórios, pois são abarcados por uma identidade que transcende os limites estatais. As áreas concebidas pelos limites político-territoriais são constantemente ultrapassadas, e são reforçadas pela criação social promovida pela circulação de pessoas e bens. A fronteira Brasil e Paraguai é formada por relações dialéticas e contíguas que os países possuem em seus territórios. No entanto, esta configuração transfronteiriça possui uma estrutura complexa e com múltiplos limites, superando a noção de contiguidade. As desigualdades e condição de subordinação de algumas políticas, estratégias nacionais e projetos regionais dificultam ações integradas.

Visto que na fronteira entre o Brasil e o Paraguai, mais especificadamente entre as cidades de Foz do Iguaçu e Cidade do Leste, há um intenso intercâmbio de pessoas e mercadorias[2], o que acabou por torná-las extremamente conturbadas e relacionadas (MARQUEZINE, 2010). Essas cidades foram classificadas por Marquezine (2010) como “cidades gêmeas” e no trânsito fronteiriço que as conecta, vida de relações e a vida de circulação fertilizam-se para criar uma situação geográfica única entre dois países.

Já, a questão saúde em regiões de fronteira, sofre grande influência da mobilidade populacional que, ao utilizar o sistema, incrementa o risco de emergência e reemergência de doenças e das condições de vida de grupos mais vulneráveis (LEVINO; CARVALHO, 2011).

Os distintos desenhos dos sistemas e das políticas públicas de saúde que exibem os países membros do MERCOSUL, seja nos aspectos físicos, financeiros e humanos, ou nas abordagens organizacionais da assistência, intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde nesses territórios. As variedades dos perfis das cidades fronteiriças, tanto nos aspectos sanitários e epidemiológicos quanto no acesso às ações de saúde acarretam impactos específicos no processo de integração regional nos serviços de saúde (DRAIBE, 2007). A organização dos serviços de saúde nas fronteiras é um processo paralelo ao desenvolvimento socioeconômico e indutor da harmonização necessária à integração dos sistemas frente às dinâmicas da zona de fronteira (DAL PRA; MENDES; MIOTO, 2007).

Os municípios brasileiros dessas regiões, assim como a grande maioria dos municípios distantes dos centros de referência, têm dificuldade em prover os seus cidadãos de atenção integral à saúde, em decorrência de deficiências, como a de recursos humanos especializados e da insuficiência de equipamentos e tecnologias para realização de procedimentos de média e alta complexidade (GADELHA; COSTA, 2007). Ademais, a existência de uma população flutuante que utiliza o sistema e que, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS), torna complexo o planejamento de provisão das políticas e o atendimento a cidadãos fronteiriços (AZEVEDO, 2012).

[2] Esse intenso intercâmbio entre as fronteiras Brasil e Paraguai pode ser considerado como efeito de políticas integradoras do período militar brasileiro e paraguaio, que resultaram na construção da Ponte Internacional da Amizade, em 1965, e da BR277, integrando a região fronteiriça ao Brasil, em 1969 (MARQUEZINE, 2010).

Especificamente sobre a organização da saúde em municípios fronteiriços, o Pacto pela Saúde (2006) sugeria a criação de Regiões de Saúde Fronteiriças, em que gestores no âmbito municipal, estadual e federal pudessem montar estratégias de atuação que contemplassem as necessidades da população que ali vive. Contudo, os municípios fronteiriços do Brasil, alegam que qualquer tratativa individual oneraria os cofres municipais com o acréscimo de responsabilidades, pois o financiamento das ações em saúde ainda não está bem definido (BONTEMPO; NOGUEIRA, 2011).

Assim, na tentativa de potencializar as condições de saúde na fronteira, o governo federal brasileiro implantou, em 2006, o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras). Esse sistema tinha o intuito de promover a melhoria da qualidade de vida ao racionalizar a oferta de serviço de saúde, otimizando a infraestrutura instalada em seu espaço de cobertura, para utilização pelos brasileiros que moram no exterior em zona de fronteira (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

Para alcançar este objetivo, foi estabelecido, pelo programa de adesão ao SIS-Fronteiras, que a execução do projeto do programa compreendesse três fases (BRASIL, 2005b):

Fase I – Realização do Diagnóstico Local de Saúde e elaboração do Plano Operacional;

Fase II – Qualificação da gestão, serviços e ações de saúde, e implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços;

Fase III – Implantação de serviços e ações de saúde nos municípios fronteiriços.

Nesse contexto de adesão ao programa de implantação do SIS-Fronteiras, inseriu-se Foz do Iguaçu, que segundo o IBGE (2010) tem aproximadamente 256 mil habitantes. Foz do Iguaçu está localizada no extremo oeste do Paraná e participa do Grande Arco Sul de fronteira do país, mais especificamente da sub-região Sudoeste do Paraná, fazendo divisa demográfica por meio do Rio Paraná com Cidade de Leste, no Paraguai e do Rio Iguaçu, com a cidade de Porto Iguaçu, na Argentina (BRASIL, 2011b)

Como Foz do Iguaçu aderiu ao SIS-Fronteiras, foi realizado um diagnóstico nos três níveis de atenção da saúde pública (primário, secundário e terciário) sobre o atendimento nos serviços de saúde municipal, aos brasileiros que moram no Paraguai ou Argentina. Na fase I do programa, foram realizadas entrevistas com o

público que procurava a rede de serviços de saúde do município, onde eram incentivados, pelos pesquisadores, a se declararem como moradores de outro país. Nesse sentido, percebeu-se que muitos, até então, para serem atendidos usavam comprovantes de endereços emprestados de parentes domiciliados em Foz do Iguaçu ou comprovantes de residência no Brasil. A explicação para essa estratégia estava no fato de os serviços de saúde serem gratuitos no Brasil, a proximidade da residência, a qualidade do serviço, a existência de amigos ou parentes no local, a precariedade ou inexistência do serviço de saúde no país de origem e a facilidade de entrada no sistema (FOZ DO IGUAÇU, 2007).

O resultado dessa fase do programa identificou que 92,9% dos serviços de saúde da linha de fronteira eram demandados para atendimento de estrangeiros e que em Foz do Iguaçu esses serviços foram acessados por estrangeiros, num percentual de 28,2% dos atendimentos referidos durante a pesquisa (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007). Dado que traz à tona uma situação emblemática já conhecida pelo sistema local de saúde: a necessidade de implementação de um sistema de saúde que garanta acesso às necessidades de centenas de milhares de camponeses brasileiros que se transferiram para a fronteira Leste do Paraguai – os "brasiguaios" [3] (SPRANDEL, 2006).

Nesse contexto, insere-se a atenção à gestação, parto e puerpério, pois inúmeras mulheres com cidadania brasileira por nascimento ou por união com brasileiro, que moram no Paraguai acorrem à cidade de Foz do Iguaçu principalmente no momento do parto. Sendo esta a forma de assegurarem, com o nascimento de seu filho em território brasileiro, os direitos constitucionais decorrentes da cidadania brasileira (SILVA; NOGUEIRA, 2009).

A partir do diagnóstico local obtidos na fase I do programa SIS-Fronteiras, e do compromisso da aplicação dos recursos financeiros federais para o acesso aos brasiguaios junto ao sistema de saúde pública de Foz do Iguaçu, para as fases II e III, foram elencados três projetos de implantação e/ou implementação de serviços para esta população (FOZ DO IGUAÇU, 2007):

[3] Como afirma Sprandel (2006, p. 137) "na década de 1970, eles *(os brasiguaios)* foram expulsos pela monocultura da soja e pela construção de Itaipu – contexto de disputas geopolíticas. No Paraguai, apesar de "terem levado o progresso econômico ao campo", os camponeses vêm enfrentando, atualmente, sérios problemas com a regularização de documentação, titulação de terras e conflitos com o movimento camponês daquele país".

1) Construção da unidade básica de saúde (UBS) do bairro Jardim América, localidade mais próxima da fronteira com o Paraguai, como referência em Foz do Iguaçu para atendimento primário em saúde para os brasiguaios;

2) Reforma e ampliação do pronto atendimento 24h do bairro Morumbi I, que na época era o único serviço de urgência/emergência para o atendimento de toda população do município;

3) Implantação de um centro materno-infantil para o atendimento exclusivo das gestantes brasiguaias e seus filhos, junto ao centro de nutrição municipal, que já fazia o acompanhamento das crianças baixo-pesos nascidas no Município de Foz do Iguaçu e também das crianças de puérperas brasiguaias.

Contudo, garantir o acesso à saúde como política nacional de saúde pública não é tão simples assim, apenas com a implantação de serviços de referência. Como exposto por Assis e Jesus (2012) essa garantia envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção. Para os autores, no modelo brasileiro ainda persistem limites de acesso associados, principalmente, aos fatores socioeconômicos, pelas barreiras geográficas e os avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde.

Ainda na concepção do dever para saúde pública cabendo essencialmente ao Estado, alguns critérios, entre eles, a justiça igualitária e universal e os limites distributivos, a partir de uma matriz distributiva de coletivismo igualitário, mediam o acesso aos serviços de saúde e as limitações ao uso desse direito.

Como destacado por Lima (2014, p. 187)

> [...] dessa maneira, é importante evidenciar que o direito à saúde, com acesso igualitário, assegura que há uma diferença entre equidade em saúde e equidade no consumo de serviços de saúde. As equidades em saúde refletem o grau de igualdades sociais, cujas determinantes são mais complexas, não sendo o acesso aos serviços de saúde suficiente para diminuir as desigualdades no modo de viver e adoecer. A equidade de consumo, por sua vez, não significa todos os recursos disponíveis para todas as demandas feitas, mas sim uma política assistencial que garanta acesso universal e equitativo, representando uma estratégia redistributiva de uma política de proteção social.

O acesso da população à rede de saúde deve ser por meio dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que se apresentam. No Brasil, o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é preferencialmente a Estratégia Saúde da Família que se impõem como um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde. Além de visar a garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a corresponsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados (BRASIL, 2017).

Apesar de a PNAB colocar a Saúde da Família como estratégia prioritária.

> [...] para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo, reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017, p. 1)

A PNAB consolida a Atenção Básica como porta de entrada e o centro de comunicação da rede assistencial de saúde, sendo a coordenadora do cuidado e a ordenadora das ações de saúde e, portanto, a referência do SUS no território. Entretanto, não faz nenhuma referência às especificidades de acesso à população da zona de fronteira, apesar de, no caso de Foz do Iguaçu, o CMI ser de fato a referência para as gestantes brasiguaias, mesmo com as dificuldades de acesso por conta do trânsito fronteiriço.

### 1.3 A assistência em saúde materna no Brasil

Com o advento da sociedade capitalista e a perpetuação da força de trabalho com controle estatal, a medicalização do corpo social produtivo para a manutenção da engrenagem política, social e econômica, implementou políticas de saúde na tentativa de controlar e monitorar o desenvolvimento da população. Uma das medidas programadas foi à institucionalização do parto, com o entendimento sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e ao

recém-nascido (RN) pelo desenvolvimento científico e tecnológico, o que permitiu a intervenção médica para melhoria das condições materno-infantil (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Com a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, pelo Ministério da Saúde brasileiro, a saúde da mulher foi considerada na sua integralidade, para além do ciclo gravídico-puerperal e do binômio mãe-filho (BRASIL, 1983). A promulgação do PAISM se deu em meio ao processo de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, que também considerava a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, e que ganhou amparo legal com a Constituição de 1988.

A aprovação das leis orgânicas da saúde nº 8.080 e nº 8.142, em 1990, e a operacionalização do SUS por meio de ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, reorientaram o modelo assistencial médico-privativista vigente no Brasil para o de saúde pública universal e integral. Além disso, a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, neste mesmo ano, assegurava à gestante, por meio do SUS, o atendimento antes e após o parto, proporcionando condições adequadas ao aleitamento materno, aos filhos de mães submetidas à medida preventiva de liberdade e à manutenção do alojamento conjunto do neonato junto à mãe (CARVALHO; SANTOS, 2006).

Assim, no intuito de reorganização do modelo assistencial de saúde, iniciam-se, em 1994, as ações do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como objeto de atenção, a família. Para Santos Neto *et al.* (2008, p. 111),

> [...] com a implantação das Normas Operacionais Básicas (NOB), em especial das NOB-SUS 93 e 96, iniciou-se um importante processo de descentralização do acesso à atenção básica com a ampliação das responsabilidades dos municípios ao definir o processo de regionalização da assistência. Nesse sentido, a municipalização da gestão do SUS vem se estruturando num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, fortalecido pelo Programa Saúde da Família (PSF), que é o eixo estruturante para a organização e qualidade da atenção à saúde, onde as questões voltadas à saúde da mulher se integram ao SUS e, seguindo suas diretrizes, não mais de maneira centralizada e verticalizada como no passado.

O Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento, de 2000, zelava pela qualidade da assistência prestada à gestante e ao RN, no intuito primordial de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, tendo como principais linhas: ao acesso aos serviços de saúde em

tempo oportuno, com a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação, a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e uma consulta no puerpério, além dos exames laboratoriais, vacinas, atividades educativas e a classificação de risco gestacional e a vinculação da referência ambulatorial e hospitalar para a gestação de alto risco (BRASIL, 2000).

Concomitante a esse processo, a Organização das Nações Unidas (ONU) promovia a Conferência do Milênio, onde se estabeleceu, entre os 189 países presentes, incluindo o Brasil, os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e entre eles, a melhoria da saúde materna e a redução da mortalidade infantil (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Para tal, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica em 2006, os 17 indicadores para avaliação da saúde reprodutiva global: 1) Taxa de fecundidade total; 2) Prevalência de contraceptivos; 3) Taxa de mortalidade materna; 4) Cobertura de cuidados pré-natais; 5) Partos assistidos por profissionais qualificados; 6) Disponibilidade de cuidados obstétricos essenciais básicos; 7) Disponibilidade de abrangência de cuidados obstétricos essenciais básicos; 8) Taxa de mortalidade perinatal; 9) Prevalência de baixo peso ao nascer; 10) Prevalência de sorologia de sífilis em mulheres grávidas; 11) Prevalência de anemia em gestantes; 12) Percentagem de admissão de assistência obstétrica e ginecológica devido ao aborto; 13) Prevalência de mutilação genital em mulheres; 14) Prevalência de infertilidade em mulheres; 15) Incidência de uretrite em homens; 16) Prevalência de infecção de HIV em mulheres; e 17) Conhecimento de HIV relacionado com práticas preventivas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

No Brasil, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNASM) buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres por meio de metas e melhorias da atenção obstétrica (BRASIL, 2004). Essas melhorias foram reforçadas pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, de 2005, que instituía, entre outras diretrizes, a garantia do acesso, do acompanhamento, da assistência humanizada e da responsabilização das autoridades sanitárias em todos os âmbitos do executivo de garantirem esse atendimento (BRASIL, 2005c). E foi pactuado, em 2006, por meio da assinatura, por parte dos gestores da saúde, do Pacto pela Vida e do compromisso de reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2006).

Já, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o programa Rede Cegonha com o objetivo de garantir o atendimento integrado e de qualidade a todas as brasileiras pelo SUS assegurando o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada, recebimento de práticas seguras durante todo o ciclo gravídico-puerperal e cuidados no nascimento, crescimento e desenvolvimento do RN. Previa ainda a qualificação dos profissionais de saúde, bem como a criação de Casa da Gestante, a Casa do Bebê e os Centros de Parto Normal, que contribuem significativamente para a saúde da mulher na concepção, contracepção e durante o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2011d).

A assistência ao pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao RN. O Caderno nº 32 da Atenção Básica traz as normas e o manual técnico para a atenção ao pré-natal de baixo risco, com todo o roteiro para a realização da consulta e do acompanhamento gestacional pelos profissionais do SUS em território nacional (BRASIL, 2012).

No Paraná, a Secretaria de Estado da Saúde implantou a Rede Mãe Paranaense, a partir da exitosa experiência do Programa Mãe Curitibana que reduziu os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto. O diferencial dessa linha foi a introdução do risco intermediário na classificação de risco da gestante, a partir do levantamento das características maternas dos óbitos materno-infantis do estado (PARANÁ, 2012).

Todos esses avanços políticos frente à assistência em saúde materno-infantil refletem as características dos indicadores de saúde materna no Brasil na atualidade. Para Victora *et al.* (2011, p. 32) “as melhorias ocorridas na saúde de mães e crianças no Brasil evidenciam como o país evoluiu em termos de sistemas de saúde, condições de saúde e determinantes sociais”.

Como parte desses progressos (VICTORA *et al.*, 2011, p. 32),

> [...] o acesso à maioria das intervenções de saúde dirigidas às mães e às crianças foi substancialmente ampliado, quase atingindo coberturas universais, e as desigualdades regionais de acesso a tais intervenções foram notavelmente reduzidas (...) Estatísticas oficiais revelam níveis estáveis de mortalidade materna durante os últimos 15 anos, mas estimativas baseadas em modelos estatísticos indicam uma redução anual de 4%, uma tendência que pode não ter sido observada nos dados de registro devido às melhorias no sistema de notificação de

> óbitos e à ampliação das investigações sobre óbitos de mulheres em idade reprodutiva.

Contudo, persistem ainda desafios importantes e que causam grandes impactos nos indicadores maternos: a medicalização abusiva (quase 50% dos nascimentos ocorrem por cesariana), mortes maternas causadas por abortos inseguros e a alta frequência de nascimentos pré-termo (VICTORA *et al.*, 2011).

Patah e Malik (2011, p. 190 e 191) em revisão bibliográfica apontam que no Brasil prevalece um modelo de atenção ao parto definido como “evento médico” ou “tecnológico”, no qual a gestante é meramente um paciente. Relatam ainda que os nascimentos são tratados como uma intervenção hospitalar, sendo o médico o responsável técnico pelo procedimento. Além disso, aproximadamente 25% dos nascimentos do país ocorrem em hospitais privados, onde as taxas de parto cesárea atingem proporções de até 80%, enquanto que no sistema público, que oferece assistência à maior parte da população, essas taxas chegam em média a 35%.

Porém, os resultados do estudo de Patah e Malik (2011, p. 192) apontam que “não há evidências claras sobre qual seria a proporção adequada de partos por cesariana”, pois o “bom parto”, indiferente da via, deve ser aquele que garanta o “bem-estar da mãe e do recém-nascido”. Assim, “as decisões pelo tipo de parto devem considerar as preferências das gestantes, desde que elas tenham condições de escolher, de forma isenta, aquele que melhor lhes convém” (PATAH; MALIK, 2011, p. 192). Os percentuais de cesáreas devem se aproximar do modelo de assistência preconizado pelo país, bem como das características sociais e culturais da sociedade em questão e sugerem por fim que esse modelo deve também contemplar a relação médico-gestante, os incentivos financeiros e o uso adequado da tecnologia médica (PATAH; MALIK, 2011).

As políticas públicas no Brasil e as diversas leis e programas de saúde voltados à atenção materna, tiveram, portanto, papel importante na organização dos sistemas e serviços de saúde, de modo a refletir na melhoria dos indicadores de saúde materna. Contudo, a perpetuação de elevados índices de mortalidade materna ressalta a necessidade de se repensar sobre a trajetória percorrida até o presente com vistas à implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção integral à saúde da mulher (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

A avaliação da satisfação das mulheres com o parto no Brasil também foi apontada por d’Orsi *et al.* (2014) como importante fator e determinante para os

resultados maternos e neonatais, uma vez que a ansiedade durante o parto está associada com altos níveis de adrenalina, padrões de frequência cardíaca fetal anormal, diminuição da contratilidade uterina, aumento na duração da fase ativa do trabalho de parto e baixos índices de *APGAR*.

Os resultados do estudo mostram que (D'ORSI *et al.*, 2014, p. S161):

> [...] a maior escolaridade, o atendimento na Região Sudeste ou Sul e a presença do acompanhante foram fatores significativamente associados à percepção de menor tempo de espera no atendimento, tratamento com mais respeito por parte dos profissionais de saúde, mais privacidade nos exames e no parto, maior clareza nas explicações e maior possibilidade de fazer perguntas. A cor de pele foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida e menos privacidade nos exames; e o trabalho de parto, por sua vez, associou-se a menores níveis de respeito e privacidade e ao maior relato de violência. A fonte de pagamento privado foi associada ao menor relato de violência, mais respeito, mais privacidade, mais clareza nas explicações, mais possibilidade de fazer perguntas e maior participação nas decisões. Por fim, todos os aspectos da relação profissional de saúde / parturiente foram fatores independentes associados à maior satisfação geral com o atendimento ao parto, enquanto, entre as características sociodemográficas e do parto, a região e a fonte de pagamento permaneceram associadas ao desfecho principal (satisfação com o parto) no modelo final.

A qualidade do pré-natal no Brasil, também foi tema da revisão bibliográfica de Nunes *et al.* (2016), que evidenciou o aumento da cobertura da atenção pré-natal (APN) nos últimos dez anos no país em quase sua totalidade. Entretanto, aponta baixos índices de adequação, variando entre 4,5 e 66,1% em várias regiões do país, em virtude da não realização do número ideal de consultas, início tardio do pré-natal e a baixa qualidade dessas consultas pela não realização dos exames laboratoriais de rotina, bem como os procedimentos básicos recomendados pelo Ministério da Saúde.

A gravidez e o parto são, portanto, determinantes importantes do estado de saúde reprodutiva da mulher. O momento da gravidez pode ser, ainda, o único contato que esta mulher em idade reprodutiva tenha com os serviços de saúde. Trata-se, portanto, de uma valiosa oportunidade para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher no ciclo vital na garantia de adequação dos indicadores de cobertura como o número adequado de consultas de pré-natal e a proporção de partos hospitalares e de partos cesáreos (RIPSA, 2008).

## 1.4 A atenção ao pré-natal e ao parto das brasiguaias

Observa-se que a problemática quanto à atenção à gestação, ao parto e ao puerpério das brasiguaias, está em assegurar a qualidade da assistência às mulheres e seus filhos. São reconhecidas a necessidade de acompanhamento da gestante durante o pré-natal para que, no momento do parto, essa mulher esteja em condições adequadas para que esse processo se desenvolva com segurança, tanto para ela quanto para seu filho.

Como avaliado na fase de diagnóstico do SIS-Fronteiras, muitas gestantes não realizaram adequadamente o pré-natal, buscando diretamente o hospital de referência para realizarem o parto, o que fere a adequada assistência intra-hospitalar pelas diretrizes preconizadas pelas sociedades de classe que norteiam os protocolos do Ministério da Saúde no Brasil (FOZ DO IGUAÇU, 2007). Destaca-se que a chegada dessa mulher ao serviço de saúde brasileiro somente no momento do parto, oriunda de outro país, pode comprometer a segurança e o desfecho deste processo.

Para o Ministério da Saúde, a assistência ao pré-natal deve ser organizada para atender as demandas da população. Para isso,

> [...] as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente seis consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2012, p. 40).

Além disso, para que essa assistência seja efetiva, o Ministério da Saúde, ainda preconiza que se deve buscar (BRASIL, 2012, p. 41):

- Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas;
- Acolhimento imediato e garantia de atendimento a todos os recém-natos e à totalidade das gestantes e puérperas que procurarem a unidade de saúde;
- Realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, por intermédio do preenchimento da ficha de cadastramento do SisPré-natal

ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados, fornecendo e preenchendo o Cartão da Gestante;

- Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;
- Acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo);
- Realização de anamnese, exame físico e exames complementares indicados;
- Imunização antitetânica e para hepatite B;
- Realização de práticas educativas;
- Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto;
- Sistema eficiente de referência e contrarreferência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal (em todos os níveis do sistema de saúde) para todas as gestantes, conforme a exigência de cada caso; a vinculação das unidades básicas de saúde (UBS) aos hospitais, às maternidades, às casas de parto, às residências de parto domiciliar (feito por parteira) de referência e aos serviços diagnósticos, conforme definição do gestor local, além do registro no Cartão da Gestante;
- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado (SAMU), mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
- Atendimento às intercorrências obstétricas e neonatais, assim como controle de doenças crônicas e profilaxia de doenças infecciosas;
- Registro das informações em prontuário, no Cartão da Gestante e no SisPré-natal, inclusive com preenchimento da Ficha Perinatal, abordando a história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências/emergências que requeiram avaliação hospitalar;
- Atenção à puérpera e ao RN na primeira semana após o parto e na consulta puerperal (até o 42º dia após o parto).

Assim, o Centro Materno-Infantil que foi aberto no segundo semestre de 2006, para atender a demanda de gestantes brasileiras que moram no exterior, na zona de fronteira entre Brasil/Paraguai/Argentina, é o primeiro e único serviço de saúde de fronteira existente no Brasil com essa característica. O mesmo atende uma população flutuante de mulheres, que cruza a linha de espaço delimitado aos municípios vizinhos à fronteira com Foz do Iguaçu com a naturalidade de quem nem vê essa linha territorial divisória.

As mulheres desses três países têm livre acesso ao serviço que funciona de segunda à sexta-feira, das 08:00 às 14:00 horas, com médico e enfermeiro obstetras, que realizam o pré-natal com suporte técnico de laboratório de análises clínicas, exame de ultrassonografia e maternidade de referência, porém uma característica observada, cotidianamente, no serviço de saúde ofertado pelo CMI é a sua utilização quase que exclusiva por brasileiras gestantes oriundas do Paraguai (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

Mello; Victora e Gonçalves (2015) observaram, contudo, que a maioria das gestantes brasiguaias que declaram residirem no Paraguai, no momento do parto, no hospital de referência em Foz do Iguaçu, não realizou pré-natal no CMI. Estimou-se a cobertura deste serviço em 21%. Esse achado foi investigado com os profissionais e gestantes do serviço. Estes relataram que mesmo após a implantação do CMI, tanto brasileiros quanto paraguaios desconhecem os serviços oferecidos no Centro. Essa desinformação se reflete nos comportamentos apresentados pelas gestantes brasiguaias, que continuam a procurar diretamente o hospital de referência SUS em busca de atendimento para o parto. Não surpreendentemente, o consenso nos depoimentos ressaltou negativamente a quantidade de registros burocráticos necessários para a incorporação dessas mulheres ao SUS.

Em zona de fronteira, os serviços de saúde oferecidos num dos lados da fronteira, assumem uma importante dimensão no cotidiano dos sujeitos que ali residem e transitam, na medida em que podem facilitar ou limitar o acesso desses usuários, em decorrência da comprovação de residência, contribuindo ou não para a garantia de direitos à saúde (PREUSS, 2011).

Embora a busca por serviços de saúde na zona de fronteira por brasileiros residentes em outro país seja uma realidade, assegurar o direito a saúde é complexo (CAZOLA, 2011). Até o momento, não foram encontrados estudos que

descrevessem a dimensão dessa demanda no contexto de consolidação das diretrizes de descentralização e acesso universal e integral do SUS, ou seja, somente a integração entre os países sul-americanos pelo MERCOSUL é condição fundamental para acelerar os processos de desenvolvimento econômico com justiça social para essas regiões (MACHADO; PAULA; AGUIAR FILHO, 2007).

Sobre a implementação do SIS-Fronteiras, é preciso destacar que os objetivos iniciais do Programa não foram atingidos, e os recursos financeiros foram utilizados unicamente para ampliar a rede de serviços locais e manter atualizado o banco de dados. Os aspectos de integração, ou mesmo de cooperação transfronteiriça previstos, igualmente, não se concretizaram; nem mesmo se identificaram quaisquer iniciativas nesse sentido (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 622, de 23 de abril de 2014, dispôs sobre os prazos para conclusão da implementação das ações previstas no SIS-Fronteiras e sobre o repasse de incentivo financeiro (BRASIL, 2014) e não houve mais nenhuma sinalização ministerial para a construção de uma estratégia efetiva sobre a situação de saúde na zona de fronteira.

Sendo assim, mediante aos achados literários, evidencia-se a necessidade de estudos sobre as especificidades das regiões de fronteiras do Brasil para o melhor entendimento dessa dinâmica transfronteiriça, principalmente no que concerne às necessidades de saúde dessa população. Portanto, com o objetivo de conhecer melhor essa problemática envolvendo a saúde materna das gestantes brasiguaias e o território da zona de fronteiras, elaboramos algumas questões de pesquisa:

a) Qual o perfil sociodemográfico das gestantes brasiguaias que procuram os serviços de saúde na fronteira do Brasil com o Paraguai para o atendimento de suas necessidades gestacionais?
b) Quais as características gestacionais das brasiguaias atendidas no hospital de referência na fronteira com o Brasil em razão de seu parto?
c) Quais as diferenças entre as gestantes brasiguaias e brasileiras que utilizam os mesmos serviços de saúde na fronteira do Brasil com o Paraguai?
d) Como é a dinâmica transfronteiriça para que as gestantes brasiguaias tenham suas necessidades de saúde maternas atendidas na fronteira do Brasil com o Paraguai?

e) Como é entendido o território em zona de fronteira quando se há necessidades em saúde a serem atendidas?

# 2. JUSTIFICATIVA

“A esperança tem duas filhas lindas, a indignação e a coragem; a indignação nos ensina a não aceitar as coisas como estão; a coragem, a mudá-las.”
(Santo Agostinho)

## 2. JUSTIFICATIVA

A luta por assistência em saúde como direito não é uma batalha nova para muitos brasileiros.

O SUS, como assim conhecemos no Brasil, é uma política pública de saúde nova para um país com mais de 500 anos e que só com a Constituição Federal (CF) de 1988 conseguiu transcrever em seu artigo 196 o direito a um acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde nacionais, que foram legitimados com a promulgação da lei orgânica da saúde nº 8.080/90.

Porém, passados mais de 30 anos do SUS, o tão sonhado acesso ao sistema público de saúde brasileiro ainda não pode ser confirmado para uma parcela da população que se encontra no limbo de um sistema que não prevê características peculiares de uma nação tão grande quanto os seus limites fronteiriços.

A saúde nas fronteiras é um passo importante, mas não suficiente, para o desenvolvimento de ações em prol dessa parcela populacional não computada nos sistemas de informações nacionais, que ainda categorizam os indicadores sob a ótica de um território apenas político-administrativo.

Aceitar um território, para além dos limites fronteiriços, é crucial para se compreender a dinâmica diária da busca por serviços de saúde em qualquer espaço em que este seja ofertado. Pensando em entender com esse público, em destaque as gestantes brasiaguais, são entendidas, que esta pesquisa foi elaborada. Espera-se que os resultados possam ser um marco nacional, para que governantes possam ter um olhar especial para as necessidades de alguns milhares de brasileiros excluídos do direito à saúde por se encontrarem no limite externo da lei, apesar de estarem tão próximos geograficamente.

# 3. OBJETIVOS

"O grande segredo da educação consiste em orientar a vaidade
para os objetivos certos."
(Adam Smith)

# 3. OBJETIVOS

## 3.1 Objetivo Geral

Analisar a atenção à saúde das gestantes brasiguaias sob a ótica do acesso e da cobertura de saúde materna na fronteira Brasil/Paraguai.

## 3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico das gestantes brasiguaias atendidas em hospital de fronteira no Brasil em razão de seu parto, quanto às variáveis: idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade e local de procedência no Paraguai;
- Analisar as características do pré-natal e parto das gestantes brasiguaias atendidas em hospital de fronteira no Brasil, de acordo com as seguintes variáveis: número de gestações prévias, número de partos normais prévios, número de partos cesáreos prévios, número de filhos vivos, número de filhos mortos, número de consultas de pré-natal atual, idade gestacional no parto atual e tipo de parto atual;
- Comparar as características gestacionais das brasiguaias com os das gestantes brasileiras atendidas no mesmo hospital de fronteira no Brasil;
- Identificar a percepção das gestantes brasiguaias atendidas em hospital de fronteira no Brasil em razão de seu parto, quanto ao acesso e cobertura dos serviços de saúde nacionais.

# 4. PERCURSO METODOLÓGICO

"A arte de interrogar não é tão fácil como se pensa. É mais uma arte de mestres do que de discípulos; é preciso ter aprendido muitas coisas para saber perguntar o que não se sabe."
(Jean-Jacques Rousseau)

# PERCURSO METODOLÓGICO

## 4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo quantitativo, metodológico e descritivo.

Knechtel (2014) explica que o estudo quantitativo é uma modalidade de pesquisa que atua sobre um problema humano ou social, é baseado no teste de uma teoria e composto por variáveis quantificadas em números, as quais são analisadas de modo estatístico, com o objetivo de determinar se as generalizações previstas na teoria se sustentam ou não.

## 4.2 Local do Estudo

A pesquisa ocorreu no Município de Foz do Iguaçu, estado do Paraná, tríplice fronteira com Paraguai à Oeste e Argentina ao Sul, e que apresenta dados importantes de atendimento de população não adscrita em saúde nas fronteiras.

Figura 1. Mapa da 9ª Regional de Saúde do Paraná.

Fonte: Sesa-Pr, 2019.

Quanto à saúde materno-infantil, Foz do Iguaçu participa da Rede Mãe Paranaense e é referência da região para a gestação de alto risco da 9ª Regional de Saúde, junto ao prestador de serviços médicos – Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC). O Hospital realiza aproximadamente 300 partos por mês, porém não há dados estatísticos que qualifiquem as parturientes que moram no exterior, até pelo uso de comprovantes de endereços emprestados por parte dessa população com vistas à garantia do atendimento. A percepção dos trabalhadores do setor era que aproximadamente 5% dos atendimentos fossem de gestantes oriundas do Paraguai, em torno de 180 partos no ano.

## 4.3 Desenvolvimento do Estudo

Para o desenvolvimento do estudo, este foi dividido em: *Elaboração e validação do formulário, Estudo piloto, Coleta dos dados com as brasiguais e Coleta de dados do SINASC*. Cada uma destas etapas será descrita a seguir.

### *4.3.1. Elaboração e validação do formulário*

Devido a ausência de formulário para analisar a atenção à saúde das gestantes brasiguaias quanto aos aspectos de perfil sociodemográfico, pré-natal e parto, foi necessária a construção e validação de um formulário para o levantamento destas informações.

Para a elaboração do formulário, relacionado à “Identificação dos indicadores de saúde materno-infantil na atenção ao parto das gestantes brasileiras moradores do Paraguai em hospital de fronteira no Brasil”, foram utilizadas informações dos marcadores obstétricos da Rede Cegonha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) e da Linha Guia Mãe Paranaense da SESA-Pr (PARANÁ, 2012).

A Versão 1 do formulário foi composta por quatro blocos (APÊNDICE A), como descrito a seguir:

Bloco 1: Identificação da usuária – composto por dez questões com o objetivo de caracterizar e identificar quem foi a usuária entrevistada, bem como sua procedência no Paraguai.

Bloco 2: Informações do pré-natal – composto por 20 questões que abordam especificamente a realização do acompanhamento gestacional segundo as linhas preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil e a Secretaria de Estado da Saúde

do Paraná.

Bloco 3: Informações do parto – composto por dez questões que abordam o atendimento ao parto no ambiente em que ocorre a pesquisa.

Bloco 4: Percepção da gestante sobre o sistema de saúde no Brasil – composto por quatro questões abertas, com intuito de verificar o que a gestante entende sobre seus direitos reprodutivos e o processo de gestação.

A Versão 1 do formulário foi submetida à validação de aparência e de conteúdo por um comitê de três especialistas, que possuíam domínio da temática.

Fizeram parte do comitê de especialistas, um pesquisador enfermeiro da academia e dois enfermeiros do serviço de atenção ao parto da zona de fronteira. O questionário para estudo de validade do instrumento (APÊNDICE B) e o formulário foram enviados formalmente para cada profissional via e-mail e solicitado o prazo de 15 dias da data do recebimento do convite para o envio das sugestões.

A validação do formulário é crucial para a aplicação de um instrumento de medida. A validade é mensurada pela extensão ou pelo grau em que o dado representa o conceito que o instrumento se propôs a medir, ou seja, a capacidade de revelar um fenômeno. A validade de conteúdo vem a ser a determinação da representatividade e extensão com que cada item de medida comprova o domínio de interesse e a dimensão dele dentro do fenômeno a ser investigado (VITURI; MATSUDA, 2009).

Para Pasquali (2008, p. 995), “a validade diz respeito ao aspecto da medida ser congruente com a propriedade medida dos objetos e não com a exatidão com que a mensuração, que descreve esta propriedade do objeto, é feita”, e o processo de validação “inicia com a formulação de definições detalhadas do traço ou construto, (...) pesquisa anterior, ou observação sistemática e análises do domínio relevante (...)”.

Ainda para Pasquali (2008, p. 998),

> [...] a validade de conteúdo de um teste consiste em verificar se o teste constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos (domínio). É aplicável quando se pode delimitar a priori e com clareza um universo de comportamentos, como é o caso em testes de desempenho, que pretendem cobrir um conteúdo delimitado por um curso programático específico.

Assim, as sugestões de alterações enviadas pelos especialistas foram baseadas na redação dos itens e no entendimento que a usuária teria para

responder adequadamente algumas perguntas. Assim, foram modificadas algumas palavras para facilitar a compreensão da entrevistada, bem como foi esclarecido que o Cartão da Gestante e o Prontuário Hospitalar seriam fontes consultadas durante a entrevista.

Finalizado o processo de validação, a Versão 2 do formulário (APÊNDICE C) foi composta por 44 questões, mantendo-se a divisão por blocos já nominados e foi realizado um estudo piloto com o objetivo de adequação prática do formulário.

*4.3.2. Estudo piloto*

Para o desenvolvimento do estudo piloto, o formulário foi aplicado em cinco puérperas brasileiras, moradoras do Paraguai, que estivessem internadas no HMCC, nos meses de novembro e dezembro de 2017.

Foram consideradas elegíveis a participar do estudo, puérperas brasileiras, moradoras do Paraguai, independente do tipo de parto. Aquelas consideradas elegíveis que não possuíam condições de responder o formulário e/ou eram menores de 18 anos, puderam contar com a participação de seu representante legal.

As puérperas selecionadas responderam ao questionário que foi preenchido pelo pesquisador, na própria enfermaria do hospital, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com auxílio do Cartão da Gestante (quando havia um) e também por consulta no prontuário hospitalar para dados que a gestante não sabia informar.

Finalizada a coleta de dados do estudo piloto, foi possível analisar que o instrumento precisava de ajustes para facilitar o entendimento das perguntas, sem necessidade de intervenção por parte do pesquisador para esclarecimentos. Também observou que muitas informações deveriam ser colhidas diretamente no cartão da gestante e/ou prontuário hospitalar, pois havia dúvidas das puérperas principalmente aos números relacionados ao pré-natal e ao parto.

As mudanças realizadas no instrumento foram em comum acordo com a orientadora do projeto e passaram a compor o formulário para a entrevista do público-alvo (APÊNDICE D).

*4.3.3. Coleta dos dados com as brasiguaias*

Essa etapa compreendeu a entrevista semiestruturada com auxílio do formulário descrito anteriormente. Os dados complementares foram coletados por

meio da consulta ao cartão da gestante e ao prontuário hospitalar. A coleta dos dados foi realizada pelo pesquisador.

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a dezembro de 2018, considerando como critério de inclusão: puérpera após qualquer tipo de parto, e que no ato de sua internação para o parto no hospital de fronteira de Foz do Iguaçu se declarasse brasiguaia.

Como era uma condição autorreferida, a enfermeira do acolhimento do pronto atendimento 24horas para gestantes do HMCC, após a indicação de uma gestante brasiguaia, entrava em contato com o pesquisador. A partir daí este monitorava o desenvolvimento do trabalho de parto e parto até a entrada da puérpera, junto ao alojamento conjunto do mesmo hospital, onde a abordagem para a entrevista ocorria.

Ao todo 25 gestantes se declararam brasiguaia no ato da internação e dessas, todas foram abordadas no período puerperal para participar da pesquisa. Houve dez recusas pelo motivo de não querer participar da pesquisa, de não estar disposta devido ao procedimento ocorrido e até mesmo a identificação de um risco negativo para seu internamento por se tratar de uma estrangeira usando o serviço brasileiro.

A entrevista era realizada junto ao leito da puérpera, que era orientada sobre a pesquisa e em caso de concordância assinava o TCLE. As respostas eram anotadas no formulário de pesquisa pelo entrevistador. Cada puérpera foi identificada pela letra P e com o número que representava a ordem das entrevistas, sendo P1 para a puérpera número um, P2 para a puérpera número dois e assim sucessivamente.

#### *4.3.4. Coleta de dados do SINASC*

Nesta etapa da pesquisa, foi realizada, por meio de consulta direta ao banco de dados do SINASC de Foz do Iguaçu, a busca por informações a respeito dos partos das gestantes atendidas em Foz do Iguaçu no ano de 2018, uma vez que a entrevista direta com as puérperas poderia não identificar todas as brasiguaias assistidas pelo serviço.

O banco de dados do SINASC é alimentado pelas informações constantes na Declaração de Nascido Vivo (DNV) preenchida por profissional de saúde no

momento do parto hospitalar e que fornece as seguintes variáveis autorreferidas pela puérpera e/ou por consulta ao cartão da gestante:

- Código de país de origem: Brasil, Paraguai, Argentina;
- Idade: em anos;
- Raça/cor: em branca, preta, amarela, parda, indígena;
- Situação conjugal: em solteira, casada, viúva, separada, união estável;
- Escolaridade: nenhuma, de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos; 12 ou mais anos
- Número de gestações prévias: em número absoluto;
- Número de partos normais prévios: em número absoluto;
- Número de partos cesáreos prévios: em número absoluto;
- Número de filhos vivos: em número absoluto;
- Número de filhos mortos: em número absoluto;
- Número de consultas de pré-natal atual: em número absoluto;
- Idade gestacional no parto atual: em semanas;
- Tipo de parto atual: normal ou cesárea.

## 4.4 Análise dos dados

### *4.4.1. Dados das Brasiguaias*

Foram 15 formulários de entrevistas preenchidos com as puérperas brasiguaias atendidas no hospital de fronteira em Foz do Iguaçu, sendo que as questões fechadas dos blocos 1 a 3 foram digitadas em tabela Microsoft Office Excel, com dupla digitação e posterior limpeza dos dados. Essas informações puderam ser condensadas em tabelas com o cálculo da média alcançada por variável.

As quatro questões abertas do bloco 4, foram processadas por meio do *software Atlas.ti* 6.0 que permitiu codificar as falas por categorias de análise (BARDIN, 2011). Com base na literatura foram criadas categorias, nas quais as citações relevantes (fragmentos de falas) foram alocadas de acordo com o conteúdo a que correspondem. Finalmente, pode-se agrupar as categorias em famílias de categorias ou temas. Concomitantemente à leitura dos depoimentos abertos, redigidos pelo pesquisador e sua categorização por linhas de pensamentos,

pretendeu-se fazer um processo de *linkage* com os dados quantitativos apresentados por essas gestantes.

*4.4.2. Dados do SINASC*

Os dados coletados no SINASC geraram um arquivo em Microsoft Office Excel.

Para avaliar a existência de associação entre a variável: país de origem, com as variáveis da mãe: estado civil, escolaridade, raça e tipo de parto e da criança sexo, foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson. Já para efetuar as comparações das médias das variáveis da mãe: idade, as correspondentes quantidades de filhos vivos, filhos mortos, gestações, partos normais, partos cesáreas, número de semanas de gestações e número de consultas de pré-natal por país de origem foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Por fim, para avaliar a existência de diferença nas médias por país de origem e tipo de parto (simultaneamente) para as variáveis: idade da mãe, peso da criança, número de consultas pré-natal e número de semanas, foi utilizado o teste não paramétrico de Scheirer-Ray-Hare (MANGIAFICO, 2016). As análises foram realizadas por meio dos programas IBM SPSS versão 25 (IBM Corp. Released, 2017) e R (R Core Team, 2018).

## 4.5 Princípios Éticos

Esse estudo aprovado pelo HMCC e após foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução CNS 466/2012, conforme parecer nº 1.797.861 (ANEXO I).

As mulheres que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa, receberam convite para participarem da mesma, durante sua internação, no puerpério, no referido hospital. Para essas mulheres, o pesquisador expôs os objetivos do estudo, lhes assegurar o sigilo de suas identidades, garantindo-lhes ainda, a possibilidade de se recusarem a participar ou interromperem sua participação a qualquer momento, sem prejuízo para seu atendimento. A seguir, aquelas que decidiram participar, assinaram duas vias do TCLE juntamente com o

pesquisador e receberam uma via, sendo a outra arquivada pelo pesquisador (APÊNDICE E).

Para aquelas com idade abaixo de 18 anos, o processo descrito acima foi realizado com ela e com seu responsável legal. Para aquelas que aceitaram participar, assinaram duas vias do termo de assentimento (APÊNDICE F) e o responsável legal também assinou duas vias do TCLE (APÊNDICE G), juntamente com o pesquisador e receberam cada um, uma via, sendo a outra arquivada pelo pesquisador.

Todas as entrevistas foram realizadas em sala reservada no serviço.

Foi garantido às participantes receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento, dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa. A participante também foi orientada sobre não ter benefícios diretos em participar, mas que sua participação pode auxiliar na melhoria dos cuidados prestados às gestantes/parturientes/puérperas brasileiras residentes no Paraguai. Também foi informado em relação aos riscos, como lembrar-se de momentos difíceis da gestação/trabalho de parto/parto que poderiam acarretar alguns desconfortos, com o compromisso de o pesquisador prestar assistência, caso fosse necessário.

# 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Nem tudo o que pode ser contado conta, e nem tudo o que conta pode ser contado”
(Albert Einstein)

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise quantitativa realizada sobre o banco de dados do SINASC de Foz do Iguaçu (Tabela 1) aponta que no ano de 2018, um total de 5.180 gestantes brasileiras e brasiguaias utilizaram o serviço de saúde municipal para realizar seu parto. Destas, 4.997 mulheres declararam residir no Brasil e 183 referiram ser moradoras do Paraguai, ou seja, 3,5% do total dos partos realizados pelo hospital de referência na fronteira foram para a população alvo do estudo.

Tabela 1. Gestantes atendidas em hospital de Foz do Iguaçu por país de procedência em 2018.

| País | Frequência | % |
|---|---|---|
| Brasil | 4.997 | 96,5 |
| Paraguai | 183 | 3,5 |
| Total | 5.180 | 100 |

Fonte: SINASC, 2018.

Mello; Victora e Gonçalves (2015) descreveram que entre 2006 e 2012 o mesmo banco de dados registrou uma média anual maior de partos para gestantes procedentes do Paraguai, cerca de 4,3% do total de 34.456 partos realizados durante os sete anos do estudo. Em contrapartida, o mesmo estudo revelou um número menor no total de gestantes atendidas pelo serviço hospitalar de Foz do Iguaçu, numa média anual 5% menor que o ano de 2018. Percebe-se, portanto, que diferentemente do que era estimado por meio da análise evolutiva dos dados apresentados pelo SINASC de Foz do Iguaçu desde 2006, a procura das gestantes brasiguaias pelos serviços hospitalares da fronteira do Brasil com o Paraguai foi menor, ao passo que o número total de gestantes no ano tenha aumentado significativamente.

É indiscutível a necessidade de vinculação da gestante à maternidade de referência para o parto, conforme disposto na Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007), como competência da UBS durante o pré-natal executado com as diretrizes da Rede Cegonha do Brasil e da Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. No entanto, estudo de Gonçalves et al. (2017) apontam que apesar da alta cobertura de pré-natal (85,5%) e do início precoce para 71,8% das gestantes,

52% dessas mulheres não receberam orientação alguma para o parto. Ao passo que, não há dados dessa informação para gestantes estrangeiras que buscam pelo serviço hospitalar no Brasil e nem mesmo qual seria sua referência.

Em Foz do Iguaçu, essa situação ocorre de forma habitual no serviço hospitalar, com consenso de gestores, trabalhadores e das próprias usuárias e o atendimento à pacientes oriundos do Paraguai no HMCC, sejam eles paraguaios ou brasileiros que lá residem, tem aumentado anualmente, passando de aproximadamente 2.200 atendimentos em 2009 para quase 3.000 em 2012 (CARNEIRO FILHO, 2015).

As características das 183 gestantes brasiguaias apontadas no banco de dados do SINASC- 2018 de Foz do Iguaçu estão descritas na Tabela 2. Observa-se que a média de idade dessas gestantes foi de 28,5 anos (DP=6,5); de etnia branca em 70% das declarações; 68% relatou não ter companheiro e 60% tinha menos de 12 anos de escolaridade.

Quando comparadas com as demais gestantes brasileiras atendidas pelo serviço hospitalar de Foz do Iguaçu, no mesmo ano, é possível analisar que o perfil das brasiguaias apresenta diferenças significativas para as gestantes brasileiras, com ênfase na idade e na escolaridade. Sendo a gestante brasileira mais nova e com menos estudo do que a brasiguaia.

Tabela 2. Análise do perfil sociodemográfico das gestantes atendidas em Foz do Iguaçu por país de residência em 2018.

| Variável | Brasil (n= 4.997) | Paraguai (n= 183) | Valor p* |
|---|---|---|---|
| Idade (média) | 27,4 | 28,5 | 0,025 |
| Desvio padrão | 6,5 | 6,5 | |
| Raça | | | |
| Branca | 3.010 | 125 | |
| Preta | 144 | 3 | |
| Amarela | 34 | 7 | 0,000 |
| Parda | 1.759 | 44 | |
| Indígena | 5 | 0 | |
| Estado Civil | | | |
| Com companheiro | 1.742 | 58 | 0,392 |
| Sem companheiro | 3.243 | 124 | |
| Escolaridade | | | |
| Nenhuma | 20 | 1 | |
| 1 a 3 anos | 93 | 4 | |
| 4 a 7 anos | 816 | 43 | 0,000 |
| 8 a 11 anos | 2.649 | 62 | |
| 12 anos ou mais | 1.402 | 73 | |

Fonte: SINASC, 2018. *p ≤ 0,005

Victora (2011) aponta que, nos últimos 50 anos, o Brasil assistiu ao êxodo rural e que, atualmente, mais de 80% da população encontra-se no meio urbano e que as taxas de fecundidade das mulheres brasileiras foram reduzidas de mais de seis filhos para menos de dois nesse período. Leal *et al.* (2018) complementa apontando alguns fatores cruciais para essa evolução: o aumento significativo da escolaridade feminina e o acesso ao pré-natal, sendo que dados do SINASC nacional mostram que, para o ano de 2015, 98% das gestantes receberam algum tipo de atenção pré-natal.

O perfil das puérperas brasiguaias, apresentadas pelo banco de dados do SINASC 2018 de Foz do Iguaçu, sistema no qual é possível classificar apenas o país de origem, pode-se acrescentar, pelos dados obtidos com as 15 puérperas

entrevistadas no serviço hospitalar, o local exato de sua procedência no Paraguai (Tabela 3). Com essa informação também foi possível calcular a distância percorrida pela mesma para realizar seu parto no Brasil e o meio de transporte utilizado.

A informação a respeito do tipo de transporte usado para a ida ao serviço hospitalar de referência na fronteira que cada gestante brasiguaia utilizou para chegar ao hospital em Foz do Iguaçu revela que, pela distância percorrida e a falta de estrutura logística para tal viagem, o meio próprio é o mais acionado na busca pela assistência para o parto no Brasil.

Apesar dos relatos serem de que, na maioria das vezes a gestante já aguarda pelo parto na casa de algum parente ou amigo que mora em Foz do Iguaçu, para não precisar atravessar a Ponte da Amizade em horários de muito movimento e lentidão do tráfego, o SAMU foi acionado somente uma vez (Tabela 3).

Tabela 3. Cidade de procedência no Paraguai das puérperas brasiguaias atendidas em Foz do Iguaçu em 2018 e meio de transporte utilizado. (n=15)

| Procedência no Paraguai? | Nº de puérperas | Distância percorrida até Foz do Iguaçu (Km) |
|---|---|---|
| *Ciudad del Este* | 7 | 32 |
| *Hernadarias* | 1 | 41 |
| *Minga Guazú* | 2 | 56 |
| *Doctor Juan León Mallorquín* | 1 | 71 |
| *San Alberto* | 1 | 90 |
| *Canindeyú* | 1 | 321 |
| *Assuncion* | 1 | 330 |
| *Pedro Juan Caballero* | 1 | 508 |
| Como chegou ao hospital? | Nº de puérperas | % |
| Meios próprios | 9 | 60 |
| Transporte urbano | 3 | 20 |
| Transporte social / ajuda | 2 | 13,3 |
| SAMU | 1 | 6,7 |

Fonte: MELLO, 2018.

Vale ressaltar que a Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2012) preconiza que quando chegar a hora do parto, a gestante deve ser orientada a procurar o serviço de referência para o parto e o seu deslocamento até este pode ser realizado por meio do SAMU. Entretanto, este é um serviço móvel regional, e para ser acionado deve-se respeitar os limites territoriais geográficos dos municípios cobertos.

A Figura 2 traz a ilustração da localização de cada cidade no mapa do Paraguai.

Figura 2. Mapa do Departamento de Alto Paraná no Paraguai.

Fonte: FRASSON; SCHOSSLER, 2015, p. 76.

Mello; Victora e Gonçalves (2015) já relatavam em seu estudo que os dados de procedência das gestantes brasiguaias atendidas no CMI eram do departamento de Alto Paraná. A grande maioria (92,1%) das gestantes brasiguaias, eram oriundas das cidades mais próximas à fronteira, que historicamente receberam mais brasileiros pela migração rural das décadas de 70 e 80. O que também foi registrado por Albuquerque (2009) onde, ao longo das últimas décadas, várias colônias de

brasileiros se formaram no Departamento de Alto Paraná, localizadas principalmente ao Sul e ao Norte de *Ciudad del Este* e que os brasileiros moradores dessas cidades no Paraguai ainda mantêm vínculos pessoais e econômicos com o Brasil, inclusive com os serviços públicos ofertados pela cidade de Foz do Iguaçu.

Nesse ponto, é preciso depreender a questão do território e a dinâmica da fronteira, como citado pelo próprio Albuquerque (2009), onde esses deslocamentos e vivências dos brasiguaios possibilitam refletir sobre os significados das fronteiras políticas e sociais num cenário limiar entre duas nações. As fronteiras políticas são delimitadas e demarcadas de acordo com os processos de ocupação demográfica e apresentam vários sentidos para quem vivencia a experiência das travessias e dos controles estatais. As fronteiras sociais são construídas através do trânsito fronteiriço de bens e das redes sociais que ultrapassam os limites políticos e que estão em constante movimento de redefinição e negociação.

Silva; Johnson e Arce (2017) apontam que, no Brasil, em particular, com relação à gestão em saúde das regiões de fronteira, os municípios que pertencem à linha de fronteira, apesar de serem locais diferenciados das demais regiões, possuem características em comum, como o atendimento em grande escala a uma população flutuante de estrangeiros e déficits nas contas públicas relacionadas ao atendimento de pacientes fronteiriços. Albuquerque (2012) reforça que, em especial, Foz do Iguaçu, cidade de tríplice fronteira, mundialmente conhecida por seu turismo natural e de compras, além de receber a visita anual de um grande número de turistas, tem de lidar, sobretudo, com os brasiguaios que cruzam a fronteira para usufruir do sistema de saúde brasileiro, o que onera exclusivamente os cofres públicos municipais, uma vez que o repasse financeiro federal para os programas de saúde é realizado a partir do número de habitantes de cada município.

A procura de gestantes brasiguaias de diferentes localidades do Paraguai pelos serviços de saúde na fronteira com o Brasil é indiferente quanto à distância percorrida, pois consideram os vínculos pessoais e sociais da população nessas regiões e os seus direitos enquanto cidadãos brasileiros. Vale ressaltar que a fronteira social, vai além do limite da faixa de fronteira definida pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) é de 150 km de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional.

Com relação aos dados de saúde materna, as gestantes brasiguaias apresentam média de 1,32 gestações prévias, sendo a média de partos cesáreos maior que a média de partos normais numa proporção de 0,53 para 0,52 e a média de filhos vivos de 1,04 para 0,29 de filhos mortos (Tabela 4).

Comparando essas mesmas gestantes com o público brasileiro, tem-se uma importante variável que se destaca de forma negativa para as gestantes brasiguaias: a cesárea, sendo este o único indicador estatisticamente significativo, uma vez que a proporção entre as gestantes residentes no Brasil é de 0,39 cesáreas para 0,66 partos normais (Tabela 4).

Tabela 4. Média das variáveis quantitativas relacionadas ao perfil obstétrico prévio das gestantes atendidas em Foz do Iguaçu por país de residência em 2018.

| Pais | Gesta | Parto | Cesárea | Filho Vivo | Filho Morto |
|---|---|---|---|---|---|
| Brasil | 1,26 | 0,66 | 0,39 | 1,03 | 0,23 |
| Paraguai | 1,32 | 0,52 | 0,53 | 1,04 | 0,29 |
| Valor p | 0,404 | 0,056 | 0,028 | 0,535 | 0,215 |

Fonte: SINASC, 2018.

Mello; Victora e Gonçalves (2015) destacaram em seu estudo que algumas variáveis do SINASC de Foz do Iguaçu apresentavam tendências temporais significativas com redução do número de partos vaginais e aumento das cesáreas entre 2006 e 2012. O que também foi verificado pelo SINASC do Paraná, com taxas de cesárea variando de 52% em 2006 a 60,6% em 2011 (PARANÁ, 2012). Dados esses, que contribuíram para a criação e implantação da Rede Mãe Paranaense, programa importantíssimo para a redução do número de partos cesárea nos hospitais do estado, pois inclui esse indicador como meta para adesão ao sistema e recebimento de incentivos financeiros.

Quando se analisa os dados da atual gestação dessas brasiguaias atendidas em hospital de fronteira no Brasil, têm-se as seguintes características: média de consultas de pré-natal de 6,7; semana gestacional de realização do parto em média de 37,68; e parto com percentuais de 73,2 cesáreas para 26,8 de partos normais (Tabela 5).

Já, na comparação com as gestantes brasileiras, mais uma vez aparecem diferenças estatísticas significativas, com as consultas de pré-natal em média de 8,0 (p=0,004), semana gestacional em média de 38,37 (p=0,000) e partos cesarianos com percentual de 57,7 e normais em 42,3 (p=0,000).

Tabela 5. Análise das variáveis quantitativas relacionadas ao perfil obstétrico atual das gestantes atendidas em Foz do Iguaçu por país de residência em 2018.

| Pais | Média de Consultas | Média da Semana Ges | % Parto Normal | % Parto Cesárea |
|---|---|---|---|---|
| Brasil | 8,0 | 38,3 | 42,3 | 57,7 |
| Paraguai | 6,7 | 37,6 | 26,8 | 73,2 |
| Valor p | 0,004 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

Fonte: SINASC, 2018.

Para além das diferenças estatísticas entre os dois grupos de gestantes, é importante ressaltar que a gestante brasiguaia não alcança a média mínima de consultas preconizadas pela Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. Nesse documento, em seus conceitos e princípios, está definido o mínimo de sete consultas de pré-natal, realização de exames, avaliação do risco gestacional e garantia do parto em hospital, de acordo com o risco obstétrico (PARANÁ, 2012).

Pelo caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco (Brasil, 2012), o número ideal de consultas permanece controverso, pois quando o início precoce do pré-natal não é possível, a ênfase está no conteúdo de cada consulta, sendo que a atenção especial deverá ser dispensada às gestantes de maiores riscos. O manual segue, portanto, a orientação da OMS que o número adequado seria igual ou superior a seis consultas por pré-natal.

A média da semana gestacional também apresenta uma característica interessante, pois as brasiguaias encontram-se na faixa considerada limítrofe para a prematuridade, entre 37 e 38 semanas gestacionais. Para Montenegro (2008) o parto prematuro é definido como a ocorrência do nascimento antes do termo e a característica mais utilizada para classificá-lo é de ordem cronológica, correspondente ao nascimento antes de 37 semanas de gestação. Para Silva *et al.* (2009), diversos fatores de risco maternos estão implicados na prematuridade, destacando-se os hábitos de vida, as condições socioeconômicas, os antecedentes

ginecológicos e obstétricos, as intercorrências gestacionais e a assistência pré-natal ausente ou inadequada.

Outro ponto a se ressaltar, agora, em ambos os grupos, é que a cesárea permanece em médias altíssimas, em detrimento ao parto normal, uma vez que os índices estão bem acima dos preconizados mundialmente. Estudos recentes da OMS sugerem que taxas populacionais de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. O Ministério da Saúde brasileiro, considerando as características da nossa população, que apresenta entre outras peculiaridades um histórico elevado do número de cesáreas anteriores, a taxa de referência ajustada para a população brasileira estaria ao redor de 25-30% (BRASIL, 2016).

Estudo de Wherry *et al.* (2017) apontou que, nos Estados Unidos da América, a ampliação da cobertura do seguro saúde, financiado pelo Estado, para APN de mulheres imigrantes grávidas, legais e ilegais no país, aumentou o acesso e a cobertura do atendimento, porém revelou também o aumento no índice de cesarianas, mas sem mudanças notáveis na saúde e/ou mortalidade infantil.

As 15 puérperas brasiguaias entrevistadas no serviço hospitalar apresentaram ainda outras características gestacionais de pré-natal apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6. Dados do pré-natal atual das puérperas brasiguaias atendidas em Foz do Iguaçu em 2018. (n=15)

| Informação da puérpera brasiguaia | Sim | Não |
|---|---|---|
| Fez pré-natal na APS? | 12 | 3 |
| Possui cartão de gestante? | 8 | 7 |
| Início precoce do pré-natal? | 5 | 10 |
| Estratificou o risco gestacional na APS? | 9 | 6 |
| Realizou exames laboratoriais na APS? | 10 | 5 |
| Realizou testes rápidos na APS? | 5 | 10 |
| Realizou ecografia na APS? | 15 | 0 |
| Realizou testes rápidos no serviço hospitalar? | 10 | 5 |

Fonte: MELLO, 2018.

Mesmo com o entendimento que a APN deva ser um importante componente da atenção à saúde das mulheres no ciclo reprodutivo, com práticas realizadas rotineiramente na busca por adequados desfechos perinatais, e de coberturas quase que universais alcançadas no Brasil, as falhas na APN ainda persistem (VIELLAS, 2014). Viellas (2014) destaca que essas falhas estão relacionadas à dificuldade no acesso, início tardio do pré-natal, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, tais como exames, o que afeta sua qualidade e efetividade.

Urquieta-Salomon e Villarreal (2015) apontam que a vigilância adequada durante a gravidez previne e diminue riscos para a saúde do binômio mãe-bebê. Em seu estudo, realizado no México, em 2012, descreve que nove em cada dez mulheres grávidas com seguro social visitaram o médico pelo menos quatro vezes durante a gravidez, ao passo que mulheres com seguro popular registraram um nível de utilização significativamente menor, sendo que o indicador de cobertura revelou que apenas seis em cada dez mulheres grávidas completaram os procedimentos recomendados pela atenção pré-natal mexicana. A análise ajustada não forneceu evidências de que o acesso efetivo de mulheres com previdência social diferiu das mulheres com ou sem seguro.

Assim, a cobertura de 80% de APN apresentada pelas 15 puérperas entrevistadas está abaixo do apontado por Domingues *et al.* (2015), quando percebem que houve um aumento da cobertura do pré-natal ao longo dos últimos dez anos em quase todo o país, ultrapassando os 90% de cobertura. Apesar desse aumento, ainda se percebe o elevado nível de inadequação e as marcantes disparidades regionais e sociais na cobertura e na qualidade dos serviços ofertados, o que acaba por não garantir a assistência integral ao binômio.

Os demais dados expostos também estão abaixo dos preconizados como assistência adequada de APN no Brasil. Porém, quando se associa esses dados ao local de realização do pré-natal, as entrevistas revelam que 58% dos atendimentos ocorreram no Brasil. Dados que apontam margens adequadas para esse público no que tange a possuir o cartão da gestante, ter seu risco gestacional estratificado e realizar exames laboratoriais e ecografias, uma vez que o pré-natal no Brasil segue uma rotina padronizada de atendimento.

A Linha Guia da Rede Mãe Paranaense coloca em suas estratégias a padronização da utilização da carteira da gestante em todo o estado e que compete à equipe de APS do município manter a carteira da gestante preenchida com as informações principais, anotando os riscos, quando existirem. “Trata-se de um instrumento dinâmico que deve ser atualizado a cada consulta, servindo de elo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores, inclusive na atenção hospitalar” (PARANÁ, 2012, p.19). Cabe, portanto, aos profissionais de saúde orientar às gestantes para tratarem a carteira como um documento pessoal e de porte fundamental.

Quanto ao início precoce do pré-natal, a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2012) padroniza a primeira consulta de pré-natal com período até o final do 3º mês de gestação, ou seja, 12 semanas. Como expõe Nunes *et al* (2016) o início precoce da APN possibilita o acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos, para o acompanhamento adequado e a realização de intervenções oportunas se for necessário, evitando eventuais complicações à saúde materna e fetal. Ressalta-se que o acesso a este atendimento não foi ofertado as gestantes entrevistadas pelas condições de acesso e cobertura de pré-natal em zona de fronteira.

No que concerne à estratificação de risco gestacional, a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2012) a partir do estudo realizado no período de 2006 a 2010, sobre os nascimentos e a mortalidade materna e infantil do estado, verificou-se a necessidade de estabelecer protocolo próprio de estratificação de risco para a gestante e a criança paranaense. Esse protocolo é um elemento orientador para organização da rede de atenção à saúde (RAS), sendo padronizado: o risco habitual a gestante sem nenhum agravo ou fator de risco individual, gestacional e/ou sociodemográfico; o risco intermediário relacionado aos fatores de risco individual, sociodemográfico e de saúde reprodutiva da gestante e o alto risco como as gestantes com agravos clínicos pré-existentes ou intercorrências clínicas atuais relacionadas à gestação.

Sánchez-Gómez *et al.* (2016) apontam que a desigualdade no acesso e no uso dos serviços de saúde que oferecem assistência pré-natal está associado a fatores socioeconômicos. Esse dado foi observado em estudo realizado no Equador entre 2011 e 2012, onde também se constatou que, apesar de 94,1% das gestantes equatorianas terem tido consultas durante o pré-natal, somente 73,1% foram a pelo

menos quatro consultas. Os autores destacam ainda que níveis educacionais mais baixos, o maior número de gestações anteriores, a ocupação em setores rurais e a etnia indígena, afroequatoriana ou de outros grupos minoritários foram fatores associados com a falta ou o uso inadequado do pré-natal.

Em relação à realização de exames laboratoriais, apenas 66% das puérperas entrevistadas os realizaram, corrobora com a Pesquisa Nascer Brasil (VIELLAS, 2014) que apontou que no país há uma iniquidade na relação de exames realizados por pré-natal com índices de coberturas menores nas regiões Norte e Nordeste. Nunes *et al.* (2017) considerando que a realização dos exames pré-natais é indispensável para garantir a boa condução da gestação e a detecção precoce de doenças que podem ocorrer nesse período, aponta que se faz imprescindível que os exames preconizados sejam realizados corretamente, em tempo oportuno e com qualidade diagnóstica.

Infelizmente, a realização dos testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites virais e toxoplasmose foi disponibilizado para 42% dos pré-natais realizados e foram feitos pelas gestantes que estavam acompanhadas por exames laboratoriais. Destaca-se que a utilização dos testes rápidos, quando bem aproveitados, garante a cobertura aos usuários que não podem ou não conseguem fidelizar ao serviço de saúde, por questão de tempo e/ou território, como no caso das gestantes brasiguaias.

A Rede Cegonha (BRASIL, 2013) coloca que a implantação de um serviço que possibilite a realização de testes rápidos e consequente estabelecimento de linhas de cuidado qualifica a atenção à saúde e proporciona maior resolubilidade e qualidade no atendimento, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, acolhimento, ações de prevenção e de cuidado à saúde, principalmente ampliando o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV em segmentos populacionais mais vulneráveis.

Porém, na hora do parto, houve a realização de testes rápidos nas gestantes que não tinham exames laboratoriais nem testes rápidos realizados, o que representou uma falha no pré-natal, agora corrigido durante a assistência hospitalar. Das 15 puérperas brasiguaias entrevistadas, dez passaram por essa triagem antes de realizar seu parto no hospital de Foz do Iguaçu.

No contexto geral, somando os exames laboratoriais e testes rápidos no pré-natal e os testes rápidos do serviço hospitalar a cobertura na triagem para o HIV, a Sífilis e a Hepatite B alcançou 100% nas puérperas entrevistadas. A realização de

testagem rápida é recomendada também na admissão da mulher na maternidade, hospital ou casa de parto, e deve ser ofertada, nessa ocasião, a testagem combinada para HIV, sífilis e hepatite B (caso a gestante não tenha esquema vacinal completo), pois a via de parto poderá ser escolhida em função de situações obstétricas e/ou da carga viral, de acordo com a avaliação do obstetra responsável pela gestante (BRASIL, 2019).

A realização de ecografias em 100% das entrevistadas, inclusive com as brasiguaias sem pré-natal, ressalta mais uma vez a medicalização excessiva dos cuidados gestacionais, sendo o exame prioritário declarado por muitas gestantes e para as mesmas, o mecanismo mais claro de que seu bebê se encontra bem. Foi possível revelar ainda que a média de ultrassonografias é de 2,0 por mulher, apesar da recomendação da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez ser de uma ultrassonografia antes das 24 semanas de gestação para estimar a idade gestacional, melhorar a detecção de anomalias fetais e gravidezes múltiplas, reduzir a indução do trabalho de parto para gestações pós-termo e melhorar a experiência da mulher na gravidez (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Apenas 33% delas receberam alguma ação de educação em saúde, dado que impacta negativamente no contexto do pré-natal, pois não depende de estrutura física e recursos materiais e/ou financeiros, apenas humanos. A educação em saúde é sabidamente um recurso que empodera as participantes a enfrentarem as situações de mudanças geradas pelo processo gestacional, uma vez que tende a ressignificar suas vivências por meio do reconhecimento de outras experiências (SARTORI; VAN DER SAND, 2004). Para Rios e Vieira (2007), essas ações devem, preferencialmente, ser realizadas por meio de metodologias ativas, garantindo, assim, que o conhecimento prévio das mulheres seja intercambiado com as demais gestantes do grupo.

Quando foram comparados a idade materna, as semanas de gestação e a realização de consultas de pré-natal com o tipo de parto e o país de origem, observa-se diferenças estatisticamente significantes (Tabela 7).

Tabela 7. Idade da mãe, semanas gestacionais e número de consultas de pré-natal sobre o tipo de parto e o país de origem das gestantes atendidas em Foz do Iguaçu em 2018.

| Variável | Fatores | Valor p |
|---|---|---|
| Idade materna | Tipo de parto | 0,000 |
| | País de origem | 0,211 |
| Semanas gestacionais | Tipo de parto | 0,000 |
| | País de origem | 0,024 |
| Consultas de pré-natal | Tipo de parto | 0,000 |
| | País de origem | 0,000 |

Fonte: SINASC, 2018.

Diversos autores (ROMERO; SIMÃO; SOUZA, 2010; SANTOS *et al*., 2009; NOMURA; ALVES; ZUGAIB, 2004; ANDRADE *et al*., 2004)apontam relação entre as características da mãe e da APN com o tipo de assistência realizada durante o parto.

Entre essas características, a idade materna interfere diretamente no tipo do parto, como destacado por Romero; Simão e Souza (2010) quando apontam que as condições de nascimento são fortemente influenciadas pela idade materna. Justificam que a gravidez na adolescência e em idades mais avançadas do período reprodutivo feminino é merecedora de atenção em função das possíveis consequências tanto sobre a saúde materna quanto sobre as condições perinatais. Santos *et al*. (2009) mostram que à medida que a idade materna aumenta, diminui o número de partos normais e Nomura; Alves e Zugaib (2004) verificaram que as gestantes com idade superior ou igual a 35 anos apresentaram maior proporção de partos cesarianos em decorrência de anormalidades clínicas, como, por exemplo, a hipertensão arterial crônica e diabetes, influenciando muitas vezes, no aumento da incidência de cesáreas. Para Andrade *et al*. (2004) a idade materna mais avançada gera ansiedade no médico com relação ao bem-estar fetal, o que pode induzir a escolha da via de parto aumentando o número de cesáreas.

Situação que também foi classificada pela Linha Guia da Rede Mãe Paranaense como risco intermediário: “gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior” (PARANÁ, 2011, p.10), cabendo à

equipe multiprofissional do Centro Mãe Paranaense receber as gestantes estratificadas pela Atenção Básica como risco intermediário para avaliar se os fatores elencados contribuem para o inadequado desenvolvimento gestacional e de que forma eles podem ser reduzidos por meio do plano de cuidados individual. Ressalta-se que no Paraná, entre 2006 e 2010, a mortalidade infantil de crianças cujas mães tinham idade abaixo de 20 anos e maior de 40 anos foi de 20,75, enquanto para o grupo entre 20 a 40 anos foi 10,52, o que representa um risco relativo 1,97 vezes maior (PARANÁ, 2011).

No caso exposto neste estudo, as gestantes brasiguaias apresentam maior idade que as brasileiras e também realizaram mais partos cesáreos apesar de não haver uma diferença estatisticamente significativa nessa associação. Dado também observado nas semanas gestacionais, que quando considerada isoladamente, a gestante brasiguaia pode ter a cesariana associada ao menor tempo de gestação.

A semana gestacional interfere no tipo de parto realizado, e como apontaram Silveira *et al.* (2008) a prematuridade influencia significativamente na decisão pelo parto cesárea e que a maioria dos casos não teve assistência pré-natal. Portanto, a elevada incidência de prematuros refletiu também as dificuldades de cobertura e eficácia da APN, do reconhecimento do risco e seu referenciamento oportuno à maternidade.

Por fim, o número de consultas de pré-natal apresentou significativa relação estatística com o tipo de parto, mas diferentemente do apresentado por Freitas, Sakae e Jacomino (2008) onde, mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal tiveram taxas maiores de cesariana, indicando uma possível relação entre o maior contato com o obstetra influenciar a decisão pelo parto cesárea. Por outro lado, a ocorrência de cesariana ter sido mais alta em determinados períodos do dia, não havendo justificativas médicas para esse fenômeno, reforçando a ideia de que os fatores relacionados à prática médica teriam influência na decisão pela cesariana, os maiores índices de cesáreas estão entre as brasiguaias que tiveram menos acesso ao pré-natal.

É possível inferir a ideia de que pela falta de uma APN adequada, uma vez que o número de consultas de pré-natal informado pelo SINASC 2018 de Foz do Iguaçu não revela onde ocorreu esse atendimento, sua realização no Paraguai, possa contribuir para que a equipe médica hospitalar opte pelo parto cesárea, uma

vez que esta via de parto é tida como mais segura nas situações em que as condições gestacionais sejam desconhecidas.

Essa vulnerabilidade apresentada nos dados quantitativos pelas brasiguaias em torno da saúde materna foi complementada pelas falas durante as entrevistas. Os relatos foram categorizados em duas modalidades temáticas: *A vulnerabilidade do acesso e cobertura à saúde materna nas fronteiras* e *O território como categoria de vulnerabilidade em saúde nas fronteiras.*

*A vulnerabilidade do acesso e cobertura à saúde materna nas fronteiras*

Atendendo ao modelo de saúde coletiva, que organiza o atual sistema de saúde brasileiro, por meio da CF de 1988, a saúde é entendida como direito de cidadania e a expressão de um processo resultante do modo de inserção do indivíduo e dos grupos sociais. Isso engloba articulação de políticas públicas sociais e econômicas do país, deixando de ter apenas o aspecto biológico e orgânico da assistência e passando a ser o resultado da qualidade de vida da população a partir das políticas de Estado adotadas de forma multi e intersetorial (BRASIL, 1988).

Como aponta Rodriguez Neto (2003) esse direito foi institucionalizado constitucionalmente para demarcar o entendimento da saúde como uma expressão individual e coletiva da distribuição equânime dos bens públicos – o que faz com que o direito à saúde não seja apenas um dos vários temas e meramente represente um dado setor, mas passe a compor o projeto coletivo de uma nação.

Portanto, a universalidade, princípio ético do SUS, é o instrumento de inclusão social e a garantia constitucional de acesso às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros ou de outra nacionalidade, que estejam dentro do território nacional (BRASIL, 1990). Essa garantia se refere a todos os níveis de complexidade do sistema, respeitando a regulação exercida pelo próprio sistema, pois “a universalidade do direito de acesso diz respeito ao direito de utilizar o sistema. Este poderá ter regras de funcionamento para ordenar o acesso, (...) desde que não constituam forma explícita ou velada de exclusão” (NOGUEIRA, 2011, p. 112).

Para Ferreira; Braticevic e Mariani (2015) a ausência da quantificação da demanda e a omissão da União no reconhecimento dos processos transfronteiriços são similaridades encontradas em toda a extensão dos territórios fronteiriços do

Brasil e denotam a vulnerabilidade do sistema de saúde nacional para efetivar os princípios doutrinários do SUS a todos seus usuários. Guerra e Ventura (2017) apontam ainda que mesmo o país tendo a saúde como direito humano universal, a legislação não é suficiente para atender às necessidades específicas dos imigrantes que se encontram em trânsito ou em fronteira. Segundo Atun *et al.* (2015), nos países latino-americanos, a cobertura universal tem como maior desafio o financiamento dos sistemas de saúde.

As falas abaixo apontam o sentimento do brasileiro de se ter o direito à saúde. Direito este conquistado ainda no fim do século XX pelo processo de construção do SUS. Quando as brasiguaias foram questionadas sobre se conheciam algo que legalizasse o atendimento à saúde no Brasil, mesmo morando no exterior, as respostas foram:

*"Sou brasileira, aí tenho direito aos benefícios do Brasil." (P8)*

*"Não conheço nenhuma lei, mas tenho documentos brasileiros e isso garante meus direitos." (P1)*

*"Já tenho todos os documentos brasileiros para não ter dificuldades com o sistema." (P4)*

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, traz a organização do SUS de forma regionalizada e hierarquizada por meio das Regiões de Saúde que formam as redes de atenção à saúde (RAS) e que são instituídas dentro dos estados em articulação com os Municípios, ou ainda Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes entre Estados. Também são incluídas Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países,que deverá respeitar, neste caso, as normas que regem as relações internacionais. Todas essas regiões devem conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Além disso, a Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, já instituía, no território nacional, a regulamentação do Sistema de Cartão Nacional de Saúde, que permite a identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de

um número único válido no Brasil. Esse documento possibilita vincular ao cidadão, os procedimentos e ações assistenciais junto aos serviços de saúde executados no âmbito do SUS e para muitos usuários do sistema e profissionais da assistência, bem como gestores da rede, é o documento que garante a realização do procedimento, uma vez que se torna o mecanismo de vinculação do atendimento com o sistema de informação do Ministério da Saúde. Apesar de estar claro nessa portaria, que a ausência do cartão, não se constitui como impedimento para a realização do atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde (BRASIL, 2011c).

Falas como as descritas abaixo são comuns entre as gestantes oriundas do Paraguai durante a busca por acesso e atendimento de suas necessidades de saúde no hospital de fronteira no Brasil:

*"Tenho documentos brasileiros e já fiz meu Cartão SUS em Foz para garantir esse atendimento." (P6)*

*"Sou brasileira e tenho cartão SUS." (P15)*

Bem como, a posição de que ter o seu filho no Brasil é ainda a manobra para garantir os direitos constitucionais naturais de todo cidadão brasileiro:

*"Tive meus outros filhos aqui no Brasil já para garantir esse direito para todos." (P3)*

Portanto, apesar da constitucionalidade do acesso universal à saúde no Brasil, barreiras informais ainda permanecem vivenciadas no cotidiano da população em virtude dos aspectos burocráticos do sistema, como os limites demográficos e a portabilidade de um cartão de saúde. Além disso, Brito-Silva; Bezerra e Tanaka (2012) apontam que as práticas dos serviços de saúde continuam com uma percepção segregada do usuário e negam as complexidades, particularidades e necessidades de cada indivíduo. Mesmo que esteja garantido por meio da Constituição Federal de 1988, a integralidade na lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde, inclusive pela própria política de financiamento da atenção secundária, a qual inclui procedimentos de média complexidade hospitalar, como é o caso dos partos, pautada no pagamento

individual de procedimentos, o que leva a graves estrangulamentos na oferta desse atendimento. Isso reflete a influência dos modelos de atenção considerados insuficientes para responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população.

As puérperas brasiguaias entrevistadas no serviço hospitalar relataram esses entraves no sistema e, na maioria das vezes, evitam procurar pelo serviço em virtude das dificuldades de acesso. Para Silva e Nogueira (2009), essas desigualdades e injustiças se perpetuam devido aos critérios de outorga da cidadania brasileira, tornam intransponíveis o acesso aos direitos sociais e entre eles o direito à saúde aos brasiguaios na fronteira Brasil-Paraguai:

*"Fiquei um mês na casa de uma tia aqui em Foz, esperando a hora deganhar o meu bebê." (P4)*

*"Nessa última semana, como Assunção é muito distante daqui eu vim ficar na casa de um parente aqui em Foz para aguardar a hora do parto." (P3)*

*"Venho para Foz só quando preciso mesmo da saúde, muito difícil o trânsito pra passar na ponte." (P14)*

Para tanto, a construção de um centro materno-infantil, de atendimento primário em pré-natal, na zona de fronteira, foi a estratégia encontrada para garantir a universalidade e a integralidade do atendimento de saúde a essa população brasileira, mas residente no estrangeiro, durante a intervenção do SIS-Fronteiras (FOZ DO IGUAÇU, 2007).Apesar de não haver no escopo do projeto, a garantia do deslocamento dessas gestantes ao serviço, uma vez que são oriundas de outro país, o que de fato inviabiliza o atendimento na maioria dos casos.

Essa percepção é observada na fala das puérperas brasiguaias, quando questionadas sobre como foi realizar o pré-natal, indiferente da localidade. Ressalta-se que não é unânime quanto ao conhecimento do serviço de atendimento específico para elas na fronteira com o Brasil, prestado pelo CMI de Foz do Iguaçu.

*"Fiz meu pré-natal no Paraguai por não saber do serviço e lá só tem o básico,paguei pelos exames." (P5)*

*"Fui acompanhada por uma enfermeira lá no Paraguai mesmo, não sabia do atendimento aqui, mas não tinha como vir também." (P7)*

*"Lá me indicaram o posto do Jardim América em Foz, procurei e consegui fazer uma consulta de pré-natal aqui." (P6)*

No entanto, apesar do baixo acesso e cobertura dos pré-natais, de acordo com os protocolos nacionais e regionais de atenção à saúde materna na fase gestacional, como já apontado neste estudo, a procura pelo parto no Brasil torna-se a principal atenção do SUS às gestantes brasiguaias. À assistência ao parto diminui a vulnerabilidade do acesso obstétrico, mas não garante a qualidade da assistência no ciclo gravídico-puerperal. Os relatos das puérperas brasiguaias revelaram, inclusive, o entendimento da gestação como um processo natural e a necessidade de intervenção médica apenas no parto:

*"Comecei meu pré-natal no Paraguai, mas vim fazer uma consulta aqui para ter carteirinha e poder ganhar meu bebê no Brasil." (P2)*

*"Vim uma vez no Centro Materno-Infantil só para saber como tava o bebê e fazer a carteirinha para poder ganhar o bebê aqui no hospital de Foz." (P4)*

*"Não fiz pré-natal porque no Paraguai é pago e não podia sair do trabalho para vir para o Brasil, como estava tudo bem esperei a hora do parto." (P13)*

A medicalização do pré-natal e parto no Brasil é assunto sempre debatido pelos programas federais como o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (BRASIL, 2000) e estudo publicado na Cochrane (VILLAR et al., 2010) não encontrou, em gestantes de baixo risco, diferença nos resultados maternos e perinatais com quatro ou seis consultas.

A realização de consulta de pré-natal, por si só, nem sempre conferia a qualidade à APN, tampouco garantia a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal, bem como afirmado por Mello; Victora e Gonçalves (2015) inferindo que não há evidências de que a gestante brasiguaia afeta negativamente

os índices de qualidade do pré-natal, parto e puerpério em Foz do Iguaçu, assim como as taxas de mortalidade materna e infantil.

Além disso, Cabral; Hirt e Van Der Sand (2013) revelam diversas situações de vulnerabilidade em relação ao pré-natal institucionalizado, com implicações no arranjo organizativo dos serviços de saúde no Brasil, pouca articulação da atenção no período gestacional e obstétrico e a fragmentação do cuidado em toda a RAS.

*O território como categoria de vulnerabilidade em saúde nas fronteiras*

No âmbito das políticas sociais, tratar o território, inclusive a zona de fronteira, como categoria de análise da situação de saúde significa ir além da identificação individual e/ou familiar. Busca reconhecer as condições objetivas dos territórios em que vivem as populações sobre as quais se referem um dado programa ou serviço prestado, no que tange o acesso e a cobertura aos direitos de cidadania, pois como bem aponta Koga (2013, p. 31):

> Justamente por se localizarem no terreno da informalidade, as informações sobre as estratégias de acessibilidade nem sempre são passíveis de serem capturadas pelas estatísticas oficiais, calcadas em características de pessoas e famílias, de forma desconectada das características e dinâmicas dos lugares onde vivem.

Koga (2013) esclarece ainda que “o território de vivência” possui uma dinamicidade única exercida pelos diferentes personagens sociais e a sua configuração extrapola o limite administrativo estabelecido pelas políticas sociais. Mais especificadamente, aquele definido pela divisão territorial, que na área da saúde é determinada pela condição da “área de abrangência” e que acaba por determinar o acesso e a cobertura aos serviços ofertados no território. Apesar de ser o modo institucional de garantir acessibilidade à população, que comprovadamente, residente no território, cria diversas barreiras que podem estabelecer critérios mais excludentes do que includentes ao sistema.

Assim, a condição excludente do uso do território como ferramenta de cobertura populacional para a saúde em áreas de abrangência pelo SUS, faz com que a população utilize artifícios inclusive ilegais para “burlar” a comprovação de residência. Essas atitudes têm o intuito de tentar garantir o acesso ao sistema de saúde, recorrendo a amigos ou parentes que moram no território onde o serviço é

oferecido, mesmo possuindo documentação brasileira e até mesmo o cartão de saúde. O que mostra que a burocracia termina por gerar estratégias informais para o acesso ao direito à saúde, como colocado nas falas das brasiguaias atendidas no hospital da fronteira Brasil/Paraguai na busca de suas necessidades de saúde materna:

*"Quando preciso de atendimento na saúde venho para o Brasil, tenho familiares aqui em Foz, ai dou o endereço deles para o atendimento." (P10)*

*"Tenho cadastro na saúde de Foz, dei o endereço de uma tia minha que mora aqui para garantir esse atendimento." (P2)*

Contudo, essa situação perversa da busca pelo direito à saúde, tem levado as gestantes brasiguaias a construírem outras estratégias de sobrevivência para garantir o acesso aos serviços no Brasil. Como exemplo pode-se citar: aguardar o trabalho de parto, que caracteriza um atendimento de urgência e/ou até emergência, situação em que o atendimento médico é sempre prestado, indiferente da localidade de proveniência da paciente, como apontando pelos relatos abaixo:

*"Quando preciso de atendimento em saúde, venho direto para a UPA em Foz, lá eles atendem todo mundo porque é emergência." (P12)*

*"Como já é meu quarto bebê e todos eu ganhei aqui em Foz, na hora que senti a dor peguei um ônibus e vim para o hospital." (P6)*

*"Como já havia procurado o hospital em outras intercorrências, quando chegou a hora vim direto para cá." (P14)*

Santos (2007) coloca que existem direitos sociais que devem ser garantidos ao cidadão independentemente do território, entre eles o direito à saúde, por isso a preocupação social com os espaços vividos e com os sujeitos que vivem ali. Como esclarece Kowarick (2009) a ausência dessa garantia de direitos sociais demonstra a vulnerabilidade do acesso aos direitos básicos dos indivíduos marginalizados da cidadania em sua plenitude. Rigotto e Augusto (2007) consideram ainda que a

vulnerabilidade dos diversos segmentos sociais aos novos riscos, desigualmente introduzidos nos territórios, também não é igual, pois o acesso, o grau de cobertura e a qualidade das políticas públicas, implicam diferenças nos tipos e na extensão dos impactos dos riscos que sofrerão.

Como afirmam Marandola Jr e Hogan (2009, p. 166) “a vulnerabilidade é, um qualitativo, ou seja, envolve as qualidades intrínsecas (do lugar, das pessoas, da comunidade, dos grupos demográficos) e os recursos disponíveis (...) que podem ser acionados nas situações de necessidade ou emergência.”

Quando questionadas sobre como acessaram o hospital no Brasil para o parto,os depoimentos revelam o impacto dessa vulnerabilidade territorial não pensada nas políticas públicas de saúde materna no Brasil:

*“Minha pressão subiu no final de semana quando estava em casa no Paraguai, senti mal-estar, dor de cabeça e vômito, meu marido pegou o carro e me trouxe, mas tinha muita fila para atravessar a ponte.” (P1)*

*“Minha bolsa estourou no Paraguai, peguei um taxi para vir ao Brasil, tinha muita fila na ponte, fiquei quase uma hora esperando, pedi ajuda para os guardas passarem o carro na frente.Cheguei aqui e me atenderam, mas pediram para conseguir um comprovante de residência brasileiro.” (P11)*

*“Estava em casa no Paraguai quando a bolsa rompeu, meu marido pegou o carro e veio direto aqui para o hospital no Brasil.” (P2)*

O Censo Demográfico do Brasil (IBGE, 2010) apontou a proporcionalidade dos considerados vulneráveis no país e elencou três grupos distintos nessa avaliação. Os vulneráveis com base apenas no quesito renda foi sempre menor, nas cinco regiões do país (média de 7,4%), em relação aos considerados vulneráveis com base no quesito carência social, que atingiu proporção de 36% da população.Já o terceiro grupo, os considerados vulneráveis pela combinação entre os quesitos renda e carência social, chegaram a uma média de 22,4%. Foram considerados como indicador de vulnerabilidade, além da renda, uma composição que abrange o acesso à educação, seguridade social, a domicílio decente e a serviços públicos

básicos. O mesmo estudo revelou que 34,2% da população brasileira não é considerada vulnerável.

Marandola Jr (2008) afirma que a vulnerabilidade nos territórios é neutra, pois não é negativa em si mesma. Refere-se à interação risco-perigo em um determinado espaço, onde a população poderá ser afetada, mas ao mesmo tempo, serão os recursos e as estratégias que este grupo utilizará para responder a esse perigo que poderá diminuir ou amenizar seus impactos e danos, ou seja, que determinarão como aquele perigo afetará o território. No caso da zona de fronteira, é preciso articular escalas de ocorrência e análise dos fenômenos e suas dimensões, pois a busca pelo parto no sistema de saúde do Brasil é a forma que as brasiguaias encontraram para minimizar os problemas de acesso e cobertura à saúde materna que encontram no Paraguai e, apesar das dificuldades logísticas, não demonstram entender o território como uma categoria vulnerável do sistema:

*"Fiz o pré-natal no Paraguai porque consegui pagar, lá é tudo pago, mas não tinha dinheiro para fazer o parto, por isso vim para cá." (P10)*

*"Tive uma flebite e estava internada num hospital no Paraguai, como é tudo pago ganhei alta para vir ter o bebê no Brasil pelo SUS." (P9)*

*"Minha bolsa estourou aqui no trabalho em Foz, não estava preparada, aí ligaram pro SAMU e eles me trouxeram para cá, depois minha família veio para o Brasil." (P5)*

É, portanto, uma população que vive às margens da cidadania, pois entende que vive num território diferente dos limites político-administrativos apresentados pela geografia continental. E estar lá no Paraguai ou aqui no Brasil é só a necessidade de transposição de uma ponte em virtude de um rio que passa no meio desse território, pois a conjuntura social é de um único e grande espaço de comunicação contígua, onde de um lado se mora, se trabalha, se estuda e do outro ficam alguns serviços públicos que estão disponíveis à toda população quando se fizerem necessários, como é o caso da saúde. "O movimento populacional constrói, no transcurso histórico, espaços diferentes na mesma configuração territorial" (FRASSON; SCHLOSSER, 2015, p. 92).

Assim, a vulnerabilidade dessa população não está no fato de se tratar de um “brasiguaio”, como aponta Colognese (2012) quando coloca que é comum a classe mais pobre de imigrantes brasileiros utilizar a identidade brasiguaia no Brasil para reivindicar ou ter acesso às políticas sociais, como é o caso da saúde pública. Mas,igualmente, os imigrantes brasileiros abastados no Paraguai assumem essa categoria para preservarem também os seus direitos no país.

A vulnerabilidade está na categoria território pelo fato do quão impactante essa dinâmica social pode afetar a quantidade e a qualidade dos indicadores de acesso e cobertura à saúde dessa população, pois se há o entendimento de que o atendimento à saúde deve ser oferecido de forma indiscriminada à população referenciada, no caso, os brasileiros (o que inclui os brasiguaios), as políticas públicas de saúde devem prever uma flexibilidade territorial no caso das zonas de fronteiras, pois como apontado por Souza (2009, p. 917) “a implantação do SUS universal, integral e equitativo depende de mudanças sociais que extrapolam o espaço de governabilidade dos gestores da saúde.”

É preciso trazer uma reflexão sobre o impacto da migração pendular na busca por serviços de saúde e, em específico, sobre as peculiaridades dessa mobilidade na região de fronteira e Zaslavsky e Goulart (2017) descrevem que a mobilidade pendular se insere na modificação do espaço urbano do século XX e ilustra a realidade da tríplice fronteira Brasil-Argentina-Paraguai, enquanto importante local de migração pendular para uso dos serviços de saúde, tendo como desfechos negativos, o efeito da distância a ser percorrida da residência ao serviço de saúde, o local de residência (país diferente, com condições de desenvolvimento diferentes) e os aspectos organizacionais da atenção à saúde, como a incerteza relativa ao atendimento em função da mobilidade internacional. Todos esses aspectos levantados durante a pesquisa com as gestantes brasiguaias pelo serviço hospitalar da fronteira e que apontaram a vulnerabilidade do território enquanto categoria epidemiológica.

Assim, “o cotidiano da vida fronteiriça acontece por meio de muitas travessias e contornos das leis estatais que inscrevem, no território de moradia, os limites entre o cidadão e o estrangeiro” (ALBUQUERQUE, 2015, p. 98). Como apresentado neste estudo, brasiguaios, na fronteira com Foz do Iguaçu, na busca pela garantia de direitos sociais no Brasil, inventam diferentes táticas (endereços falsos e de parentes, estadia sazonal no Brasil, situações de emergência clínica)

para garantir o atendimento de suas necessidades em saúde, já que o Paraguai não garante direitos sociais básicos a esta população fronteiriça. No Paraguai observa-se a manutenção do sistema de seguro social com vínculo ao emprego formal, o que interfere diretamente no acesso à saúde da população e reforça o fluxo dirigido ao Brasil para a efetivação do direito à saúde (NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Para tanto, Sampaio e Ventura (2016) trazem a ideia de saúde global que deve ser sustentada por um esforço coletivo de cooperação internacional, mas com demandas de caráter organizacionais para a governança local. Contudo, na prática, os sistemas locais associados à territorialização da saúde reduzem a apropriação do espaço pelo serviço, com oferta padronizada e regulada pelos recursos, acaba por condicionar temporalmente e relativamente a apropriação-imposição alheia ao território (FARIA, 2016).

Nesse contexto, o MERCOSUL, após quase três décadas de existência, revela um êxito relativo e inúmeros desafios para a consolidação do processo de integração regional, que persistem no campo político e de representação política limitada. Mas, dentre esses desafios o principal é social, com ausência de uma cidadania mercosulina e do desenvolvimento de políticas públicas amplas e coerentes de acesso e cobertura nos serviços públicos sociais (SILVA; JOHNSON; ARCE, 2016).

A Rede Mercocidades pode, então, exercer um papel fundamental nesse aspecto, com a inserção das cidades fronteiriças dos países membros e associados do bloco MERCOSUL, numa aproximação para a cooperação descentralizada regional, com articulação entre seus governos e gestão compartilhada. Esse papel também tem o intuito de apresentar aos governos centrais, responsáveis pela condução do bloco regional, as demandas locorregionais para viabilizar ações reais de desenvolvimento dos territórios vizinhos, numa nova visão de fronteira, não mais calcada na simples limitação do território e na garantia da segurança nacional, mas com enfoque especial na concretização dos direitos sociais. O que para Gomes (2017) tem relevada importância, pois a participação de governos subnacionais na integração regional de fronteira se dá pelo fato de estarem mais próximos às necessidades dos cidadãos do que os governos nacionais, estando, portanto, mais aptos a atendê-los.

Bento (2015) aponta ainda que, enquanto a lógica de integração de vértice caracteriza-se pela transitoriedade dos eventos institucionais, por meio de projetos

bilaterais nem sempre executados, a integração de base é um fato constante entre os cidadãos das cidades conturbadas de fronteira e o transnacionalismo se expande com a ação de agentes em rede cujas ações superam os limites do estado.

Um *scoping review* do papel do gestor de saúde pública em região de fronteira (HORTELAN *et al.*, 2019) levantou apenas sete estudos com a temática gestor de saúde e saúde na fronteira, na busca de informações sobre a situação-problema enfrentada pelos municípios da região fronteiriça. Desses estudos, dois eram manuais instrutivos do governo federal brasileiro, dois eram dissertações do mesmo programa de pós-graduação em Política Social e três eram artigos, sendo dois brasileiros e um europeu. Todos os estudos brasileiros destacaram a busca pelo atendimento transfronteiriço aos benefícios do serviço público no Brasil, a ausência de barreiras para esse atendimento social e a inexistência de um programa de saúde brasileiro para atender a população de região de fronteira. Ao mesmo tempo que apresentou como solução unânime a necessidade de cooperação social e acordos binacionais.

A revisão integrativa (SANTOS-MELO; ANDRADE; RUOFF, 2018), feita entre 2006 e 2015, sobre a integração de saúde entre fronteiras internacionais levantou 617 estudos, dos quais, apenas 13 tratavam do tema e revelaram a existência de ações de saúde. As ações eram materializadas no modelo de acordos internacionais, que proporcionaram integração entre países fronteiriços, sendo estes, principalmente entre países Europeus que ocorreram em fronteiras fortalecidas pelo tratado da União Europeia e legitimados por diretivas do Parlamento Europeu. Na América do Sul, apesar das diferenças entre os sistemas de saúde, os acordos existentes são iniciativas locais de cooperação para o enfrentamento de dificuldades regionais. Há ainda, os acordos entre países asiáticos, em fronteiras próximas a regiões de conflitos políticos ou religiosos na tratativa de fortalecer o diálogo por meio das necessidades de saúde.

Na Europa, a colaboração transfronteiriça em saúde recebe muita atenção, até no intuito de promover a região fronteiriça. Glinos e Baeten (2014) apontam que a União Europeia patrocina projetos concretos de colaboração nas regiões fronteiriças, com uso de fundos europeus para pesquisas que dêem visibilidade à colaboração transfronteiriça. Também incentiva os Estados-Membros a cooperar na prestação de cuidados de saúde transfronteiriços, os apoiando no desenvolvimento

de redes de referência entre prestadores de serviços de saúde e centros de atendimento especializado.

É o caso do acordo de colaboração transfronteiriça de cuidados de saúde especializado entre Malta e Reino Unido, que oferece aos pacientes malteses acesso a cuidados altamente especializados que não estão disponíveis localmente. Saliba *et al.* (2014) realizaram estudo que apontou a colaboração como bem-sucedida, sendo os fatores que facilitaram a implementação, uma relação próxima e bem definida, a comunicação e o compartilhamento de dados, uma abordagem de cuidado compartilhado e os sistemas de suporte bem estabelecidos entre os países.

Na América do Sul, o acordo bilateral para atendimento em saúde entre Equador e Peru apresenta uma estrutura organizacional projetada para a implementação da rede assistencial binacional, por meio de um sistema de referência e contrarreferência com transferência de informações clínicas dos pacientes, conforme apontado por Cafagna; Missoni e Beingolea (2014), que citaram ainda que o maior desafio deste tratado é a falta de reciprocidade, pois os pacientes peruanos são atendidos gratuitamente no Equador, enquanto os equatorianos não desfrutavam do mesmo benefício no Peru. Apesar disso, os autores concluem que o sucesso do programa foi altamente dependente da assinatura do acordo bilateral.

No Brasil, não há relatos formais de acordos binacionais para atendimento em saúde nas fronteiras, apesar da extensa faixa fronteiriça do país e o número grande de países vizinhos ao longo desse território. Além do mais, os diferentes modelos assistenciais dos sistemas de saúde de cada um desses países dificultam qualquer tratativa mais específica. Como no Brasil, o sistema de saúde é público e de direito universal, estratégias nacionais pontuais buscam financiar o atendimento desse imigrante junto aos municípios dessas regiões, como foi o SIS-Fronteiras, mas sem a caracterização de uma política federal de saúde nas fronteiras.

Porém, como apontam Miranda; Mendes e Silva (2017) a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 implicará maiores dificuldades para a efetivação do direito à saúde, levando os brasileiros que dispõem de melhores condições financeiras para o mercado de planos de saúde; para a judicialização, aqueles que têm ciência de seus direitos, da responsabilidade do estado e os meios de exigi-los; e para os brasileiros mais vulneráveis, que estão sujeitos à insuficiência da oferta e da qualidade dos serviços públicos, como as gestantes brasiguaias, e que ficarão à

mercê da falta de políticas que garantam o acesso e a cobertura universal de suas demandas assistenciais.

No Paraná, uma das soluções para os gastos com a saúde dos turistas da região de fronteira de Foz do Iguaçu foi a adequação do programa Saúde do Viajante. Este tem como principal objetivo realizar a promoção, prevenção e reabilitação da saúde do estrangeiro que vem visitar o estado, uma vez que não há uma política de governo específica para o cidadão em trânsito nessa região, bem como para os brasiguaios (PARANÁ, 2015).

O subfinanciamento é, sem dúvida, o fator limitador do acesso e as ações de integração social nas fronteiras ocorrem em situações emergenciais, sobretudo relacionadas à vigilância das doenças de cunho epidemiológico. Tanto que os programas, SIS-Fronteiras e mesmo o Saúde do Viajante, são iniciativas importantes de repasse de recursos financeiros, mas pontuais, contribuindo para dar maior visibilidade ao problema da saúde em região de fronteira do que para resolvê-lo (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Para tanto, Mallmann e Clemente (2016) apontam que, no Brasil, a intervenção de atores não estatais, de iniciativa em múltiplos níveis de organização frente a problemática da saúde nas fronteiras, abre espaço para práticas paradiplomáticas e proporciona um novo olhar sobre os processos de integração regional até recentemente vistos como modalidade de atuação internacional altamente dependente da ação federal. Em Foz do Iguaçu, a equipe da Itaipu Binacional, organizou um grupo de trabalho denominado Grupo de Trabalho-Saúde (GT-Saúde) que tem como objetivo melhorar a qualidade das ações de saúde na fronteira, favorecendo, assim, a articulação e cooperação dos gestores e profissionais de saúde destes locais (BONTEMPO, 2013).

Mesmo assim, com toda essa gama de informações, é preciso reforçar que este estudo se limitou à população analisada dentro dos limites fronteiriços referenciados, uma vez que a realidade territorial de outras regiões de fronteira, bem como a organização social de sua população, pode acarretar em diferentes arranjos de acesso e cobertura de direitos humanos e de saúde pública. Além disso, outra limitação do estudo foi a identificação de pequeno número de brasiguaias em atendimento no hospital de referência.

# 6. CONCLUSÃO

“O lucro do nosso estudo é tornarmo-nos melhores e mais sábios.”
(Michel de Montaigne)

## 6. CONCLUSÃO

A temática saúde nas fronteiras, apesar de ser um assunto há muito debatido, principalmente pelos atores locais da região de fronteira, que enfrentam diariamente os dilemas sociais de uma população flutuante e não contabilizada em nenhum censo na busca por serviços públicos no lado da fronteira em que eles são oferecidos especialmente de forma gratuita. Carece de estudos científicos, diagnósticos precisos, intervenções exitosas e principalmente de acordos bilaterais que apresentem soluções práticas, legais e financeiras para o desfecho mais adequado das situações problemas elencados nas fronteiras, inclusive, os encontrados nesta tese.

Este estudo que objetivou analisar a atenção à saúde das gestantes brasiguaias sob a ótica do acesso e da cobertura de saúde materna na fronteira Brasil/Paraguai, encontrou uma população de 183 gestantes brasiguaias cadastradas no SINASC de Foz do Iguaçu no ano de 2018 e que representou 3,5% do total dos partos realizados pelo hospital de referência na fronteira, num universo de 5.180 gestantes atendidas no período.

São 183 mulheres com a identidade brasiguaia, que tem uma média de idade de 28,5 anos, de etnia branca, vivendo sem companheiro e com menos de 12 anos de escolaridade. Contudo, na comparação com as demais gestantes, são mais velhas e com mais estudo do que as brasileiras. Vieram do Paraguai ao hospital de fronteira no Brasil exclusivamente para terem seus partos, pois não conseguem fazê-lo de forma gratuita do lado de lá da fronteira. Mas, esse não é o único acesso negado, pois são gestantes com média menor de cobertura de pré-natal do que as brasileiras, tendo média de 6,7 consultas e início tardio da assistência.

Pelas inadequações do pré-natal acabam por realizar mais cesáreas que as brasileiras, uma vez que chegam ao serviço hospitalar só para o parto e sem o devido acompanhamento gestacional. Fizeram poucos exames laboratoriais durante o pré-natal e optaram por acompanhar o bebê pelo exame de ultrassonografia, uma vez que a distância territorial e o tráfego intenso na fronteira mais conturbada do Brasil se tornam obstáculos para a ida mensal ao serviço de acompanhamento de pré-natal em Foz do Iguaçu. Esse serviço, apesar de seu exclusivo papel desde 2006 com o SIS-Fronteiras, ainda é pouco conhecido pela clientela fronteiriça.

As gestantes brasiguaias em sua grande maioria são oriundas de *Ciudad del Este*, no Paraguai, que fica a 32km de Foz do Iguaçu, e utilizam o meio próprio para chegar ao hospital em Foz do Iguaçu. Apesar de que os relatos colhidos esclarecem que as gestantes que moram mais distante da fronteira, optam por se estabelecer na casa de parentes em Foz do Iguaçu antes do parto e aguardar pelo momento oportuno para procurar o serviço.

É uma população que se encontra no limbo de um sistema territorial excludente do acesso aos serviços de saúde pela falta de políticas públicas para a região de fronteira, apesar dos diversos programas implantados, no decorrer dos últimos anos, para a integração social no MERCOSUL.

Trata-se de uma vulnerabilidade velada de acesso, cobertura e território que é de conhecimento de gestores e profissionais de saúde, mas que é sanada pela solidariedade de irmãos que percebem os limites da fronteira apenas nos mapas cartográficos, uma vez que o real problema é o financiamento da assistência a ser prestada.

Assim, a efetiva integração nas regiões de fronteira sugere políticas articuladas binacionalmente na superação das assimetrias legislativas dos países fronteiriços, pois a ausência de iniciativas que legitimem os processos de transfronteirização relacionados aos direitos sociais, faz com que a população da região de fronteira enfrente diariamente discriminações para o atendimento de suas necessidades nos serviços públicos do Brasil.

A ideia de uma integração a partir de uma cidadania regional de fronteira e não territorial pode contribuir para o surgimento de acordos bilaterais e até multinacionais que garantam a efetivação dos direitos à saúde nas regiões de fronteira.

# REFERÊNCIAS

“O mestre disse: Por natureza, os homens são próximos,
a educação é o que os afasta”.
(Confúncio)

## REFERÊNCIAS

AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00182117, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000805005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ALBUQUERQUE, G. L. Limites e paradoxo na cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolíticas**, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012.

ALBUQUERQUE, J. L. C. A dinâmica das fronteiras: deslocamento e circulação dos "brasiguaios" entre os limites territoriais. **Horiz. Antropol.**, Porto Alegre, v. 15, n. 31, p. 137-166, 2009.

ALBUQUERQUE, J.L. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. **TOMO**, v. 26, p. 97-122, 2015.

ANDRADE, P. C. *et al*. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 697-701, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000900004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ARAUJO, A. P. C.; FILARTIGAS, D. M. E.; CARVALHO, L. C. Bolivianos no Brasil: migração internacional pelo corredor fronteiriço Puerto Quijarro (BO)/Corumbá (MS). **Interações** (Campo Grande), v. 16, n. 1, p. 131-141, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122015000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ATUN, R. *et al*. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. **MEDICC Review**, 17 Suppl 1: 21-39, 2015.

AZEVEDO, S. T. O transfronteiriço e o atendimento público de saúde na fronteira Brasil/Paraguai. **Perspectiva Geográfica**, Cascavel, v. 7, n. 8, 2012. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/pgeografica/article/view/8379/6968>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011.

BENTO, F. R. O papel das cidades-gêmeas de fronteira na integração regional sul-americana. **Conjuntura Austral**, n. 6, p. 40-53, 2015.

BONTEMPO, C. G. Cooperação em saúde em fronteiras internacionais: a busca da igualdade em saúde. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit.**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 908-919, 2013.

BONTEMPO, C. G.; NOGUEIRA, V. M. R. Assistência à saúde na fronteira com o Uruguai: estratégias para qualificação do atendimento pelo SUS. **Ideação**, v. 13, n. 1, 2011. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/5234 /4241> Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1988.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011(a).

_____. IBGE. **Censo 2010**. Brasília, DF, 2011(b).

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília, DF, 1983.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. **Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília, DF, 2005(a).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Brasília, DF, 2005(b).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.120, de 06 de julho de 2005**. Institui o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras – SIS-Fronteiras. Brasília, DF, 2005(c).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. DF, Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011**. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Brasília, DF, 2011(c).

_____. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Brasília, 2011(d).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica,** n° 32. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na atenção básica**. Rede Cegonha. Brasília, DF, 2013

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014**. Dispõe sobre os prazos para conclusão da implementação das ações previstas no Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) e sobre o repasse de incentivo financeiro. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesárea**. Comissão Nacional de Integração de Tecnologias no SUS. Relatório de apresentação nº 179. Brasília, DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF, 2019.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-260, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I. C. P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 281-287, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CAFAGNA, G.; MISSONI, E.; BEINGOLEA, R. L. B. “Peri-border” health care programs: the Ecuador–Peru experience. **Rev Panam Salud Publica**, 35 (3): 207-213, 2014.

CAMPOS, R. R. A natureza do espaço para Milton Santos. **Geografares**, n. 6, p. 155-165, 2008.

CARNEIRO FILHO, C. P. Radiografia contemporânea dos arcos norte e sul da fronteira do Brasil. IN: MALLMAN, N, M. I.; MARQUES, T. C. S. (*org*). **Fronteiras e Relações: Brasil-Uruguai.** EdiPucRS. Porto Alegre, 2015. 302p.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde. 4. ed. **Editora da Unicamp**. Campinas, 2006. 20p.

CAZOLA, L. H. O. *et al*. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 3, p. 185-190, 2011.

COLOGNESE, S. A. Brasiguaios: uma identidade na fronteira Brasil/Paraguai. **Tempo da Ciência**, v. 19, n. 38, p. 145-157, 2012.

COSTA, M. C. N.; TEIXEIRA, M. G. L. C. A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. **Cad. Saúde Pública***,* Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 271-279, 1999.

DAL PRA, K. R.; MENDES, J M. R.; MIOTO, R. C. T. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S164-S173, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

D’ORSI, E. *et al*. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al*. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica,** v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

DRAIBE, S. M. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S174-S183, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FARIA, R. M. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Raega - O Espaço Geográfico em Análise**, v. 38, p. 291-320, 2016.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega - O Espaço Geográfico em Análise**, n. 17, p. 31-41, Curitiba: Editora UFPR, 2009.

FERREIRA, M. C. Procedimento metodologico para modelagem cartografica e analise regional de epidemias de dengue em sistema de informação geografica. 2003. 236f. **Tese** (livre-docencia) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociencias, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/287392>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FERREIRA, C. M. P. G.; BRATICEVIC, S. I.; MARIANI, M. A. P. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde soc**, São Paulo, v. 24, p. 1137-1150, 2015.

FOZ DO IGUAÇU (Município) Secretaria de Saúde. **Diagnóstico local do SIS-Fronteiras de Foz do Iguaçu – PR**. Foz do Iguaçu: Secretaria de Saúde, 2007.

FRASSON, M.; SCHLOSSER, M. T. S. Fronteiras na fronteira: a trajetória dos migrantes brasiguaios e a influência econômico-jurídico-político-ideológica dos Estados nacionais (BR e PY), a origem do aluno brasiguaio. **Caderno de Geografia**, v. 25, n. 44, 2015.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S214-S226, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

GIOVANELLA, L. *et al*. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

GLINOS, I. A.; BAETEN, R. Reprint of: dream vs. reality: Seven case-studies on the desirability and feasibility of cross-border hospital collaboration in Europe. **Soc Sci Med**, 124, 331-377, 2014.

GOMES, J. F. A contribuição da paradiplomacia municipal sul-americana na concretização da integração regional em zonas de fronteiras: a rede mercocidades e a integração fronteiriça no âmbito do MERCOSUL. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**, Dourados, v.6, n.12, 2017.

GONCALVES, M. F. *et al*. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300401&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 20 jun. 2019.

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

HAESBAERT, R. O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. **Bertrand Brasil**, Rio de Janeiro, 6 ed., 2004. 396p.

HORTELAN, M. S. *et al.* Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 229-236, 2019. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200229&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

IBM Corp. Released 2017. **IBM SPSS Statistics for Windows**. Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.

KNECHTEL, M. R. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. **InterSaberes**, Curitiba, 1ª ed., 2014. 193p.

KOGA, D. Cidades entre os territórios de vida e territórios vividos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 72, p. 23-52, 2002.

_____. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 16, n.1, p. 30-42, 2013.

KOWARICK, L. Viver em risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil. **Editora 34**, São Paulo, 2009. 320p.

LEAL, M. C. *et al*. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.

LEVINO, A., CARVALHO, E. F. de. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 30, n. 5, 2011.

LIMA, T. M. O direito à saúde revisitado: entre os ideais da constituição de 1988 e o drama jurídico atual. **Revista de informação legislativa**, v. 51, n. 202, p. 181-201, 2014.

MACHADO, M. H.; PAULA, A. E.; AGUIAR FILHO, W. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S292-S301, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

MALLMANN, M. I.; CLEMENTE, I. Transnacionalismo, paradiplomacia e integração regional: o caso do Brasil e Uruguai. **Civitas: Rev. Ciênc. Soc.**, Porto Alegre, v. 16, p. 417-436, 2016.

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Rev Gaúcha Enferm.** n. 36, p. 262- 266, 2015.

MANGIAFICO, S.S. **Summary and Analysis of Extension Program Evaluation in R**. Version 1.9.0. 2016.

MANZANARES, J. L. Does the border matter for health care? A study of medical services provider's location at cities in the Mexican side of the border. **Estudios Fronterizos**, 18 (36): 151-168, 2017.

MARANDOLA JR, E. Novo olhar sobre o espaço: território e vulnerabilidade. In: Desenvolvimento, território e inquidade social. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro**,** 23 Sup 4: S475-S501, 2007.

_____. Habitar em risco: mobilidade e vulnerabilidade na experiência metropolitana. **Tese** (Doutorado em Geografia). Campinas – Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, 2008.

MARANDOLA JR., E.; HOGAN, D. J. Vulnerabilidade do lugar *vs. v*ulnerabilidade sociodemográfica: implicações metodológicas de uma velha questão. **R. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 161-181, 2009.

MARQUEZINI, A. C. T. Circuitos espaciais de fronteira: cidades gêmeas de Foz do Iguaçu e Cidade do Leste. **Entre-lugar**. v. 1, n. 2, p. 33-55, 2010.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONCALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 20, n. 7, p. 2135-2145, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702135&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 jun. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G.; SILVA, A. L. A. D. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, p. 329-335, 2017.

MONTENEGRO, R. F. **Obstetrícia fundamental**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

NOGUEIRA, R. P. Critérios de justiça distributiva em saúde. In: **IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Texto para discussão 1591. Brasília, 2011.

NOGUEIRA, V. M. R.; DAL PRA, K. R.; FERMIANO, S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha de fronteira do MERCOSUL. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup. 2: S227-S236, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R. *et al.* Políticas de saúde nos países do Mercosul: um retorno à universalidade? **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, p. 145-156, 2015.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS-Fronteiras: perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serv. Soc. & Saúde**. v. 13, n. 2, p. 245-260, 2014.

NOMURA, R. M. Y.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 9-15, 2004.

NUNES, A. D. S. *et al*. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017.

NUNES, J. T. *et al*. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet**. v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

OLIVEIRA, M. M. A mobilidade humana na tríplice fronteira: Peru, Brasil e Colômbia. **Estud. av.** v. 20, n. 57, p. 183-196, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. 2000. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/tema/odm/> Acesso em: 20 jun. 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=4CF2203880B17D2E62165BBA5159C46B?sequence=2> Acesso em: 20 jun. 2019

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e a morbidade materna grave**. Washington; 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27156&Itemid=270&Lang=pt> Acesso em: 20 jun. 2019

PARANÁ (Estado) Secretaria de Saúde. **Linha guia Rede Mãe Paranaense**. SESA. Paraná: Secretaria de Saúde, 2012.

_____. Secretária de Saúde. **Programa Saúde do Viajante**. SESA. Paraná: Secretaria de Saúde; 2015.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 43, p. 992-999, 2008.

PIZZIO, A; SILVA, M. M. C. Território Vulnerável e Desenvolvimento Humano. Desenvolvimento em questão. **Desenvolvimento em Questão**. Editora Unijuí, v. 14, n. 35, 2016.

PREUSS, L. T. **O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema**. Pelotas: Diprosul, 2011. Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/16.pdf> Acesso em: 20 jun. 2019.

R Core Team. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2008. URL https://www.R-project.org/.

RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: esenvolvimento, território e iniqüidade social. **Cad. Saúde Pública.** v. 23, supl. 4, p. S475-S485, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saude no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasilia: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 264p.

ROMERO, J. A.; SIMÃO, A. B.; SOUZA, I. M. **Resultados perinatais de nascidos vivos de mães adolescentes e adultas: uma análise exploratória do município de Belo-Horizonte**. Fundação João Pinheiro, 2010.

SAQUET, M. A. **Abordagens e Concepções de Território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007. 192p.

SALIBA, V. *et al.* Clinicians', policy makers' and patients' views of pediatric cross-border care between Malta and the UK. **Health Serv Res**, 19 (3): 153-160, 2014.

SAMPAIO, J. R. C.; VENTURA, M. A emergência do conceito saúde global: perspectivas para o campo da saúde coletiva. **Cad Ibero Am Direito Sanit**, v. 5, p. 145-155, 2016.

SÁNCHEZ-GÓMEZ, A. *et al.* Social factors associated with use of prenatal care in Ecuador. **Pan American journal of public health**, 40 (5): 341-346, 2016.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. 259p.

_____. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Editora da USP, 2007.

SANTOS, G. H. N. *et al*. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 3, n. 7, p. 326-334, 2009.

SANTOS-MELO, G. Z.; ANDRADE, S. R.; RUOFF, A. B. A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. **Acta paul. enferm.** v. 31, n. 1, p. 102-107, 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000100102&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SANTOS NETO, E. T. *et al*. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saude soc.** v.17, n. 2, p. 107-119, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Rev. Eletr. Enf.** v. 6, n. 2, p. 153-165, 2004.

SILVA, A. M. R. *et al*. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 25, n. 10, p. 2125-2138, 2009.

SILVA, L. J. Organização do Espaço e Doença. In: CARVALHEIRO, J. R (Org.). **Textos de Apoio: Epidemiologia I**. 2. ed. Rio de Janeiro, v. 1, p. 159-185, 1985.

_____. O Conceito de Espaço na Epidemiologia das Doenças Infecciosas. **Cad. Saúde Pública.** v. 13, n. 4, p. 585-593, 1997.

SILVA, M. A.; JOHNSON, G. A.; ARCE, A. M. O Mercosul em seu labirinto: desafios da integração regional. **Revista de Geopolítica**, v. 4, p. 52-64, 2016.

SILVA, M. G.; NOGUEIRA, V. M. R. Brasiguaios: A dupla desigualdade na região da fronteira. **Estado e Democracia: pluralidade de questões**, UEPG, 2009.

SILVA, V. R.; UGOSKI, D. R.; DRAVANZ, G. M. G. Negação dos direitos sócio assistênciais para transfronteiriços indocumentados: desafios para as cidades gêmeas. **Texto Contexto**. v. 16, n. 1, p. 231-243, 2017.

SILVEIRA, M. F. *et al*. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública.** v. 42, n. 5, p. 957-964, 2008.

SOUZA, E. B. C. Por uma contribuição transfronteiriça: algumas contribuições para as dinâmicas territoriais da fronteira Brasil-Paraguai. **Revista GeoPantanal.** n. 15, p. 63-78, 2013.

SOUZA, E. B. C.; GEMELLI, V. Território, região e fronteira. R. B. **Estudos urbanos e regionais.** v. 13, n. 2, p. 101-116, 2011.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão.Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 14, n. 3, p. 911-918, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SPRANDEL, M. A. Brasileiros na fronteira com o Paraguai. **Estud. av.** v. 20, n. 57, p. 137-156, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

URQUIETA-SALOMON, J. E.; VILLARREAL, H. J. Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system. **Health Policy and Planning**, 31, 28–36, 2016.

VICTORA, C. G. *et al*. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. ***The Lancet.*** p. 32-46, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

VIELLAS, E. F. *et al*. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

VILLAR, J. *et al*. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**. 2001; (4): CD000934. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2010; (10):CD000934

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009.

WHERRY, L. R. et al. State and federal coverage for pregnant immigrants: prenatal care increased, no change detected for infant health. **Health Affairs**, 36 (4), 2017.

ZASLAVSKY, R; GOULART, B. N. G. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 22, n. 12, p. 3981-3986, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021203981&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

# *APÊNDICES*

"A educação é um processo social, é desenvolvimento.
Não é a preparação para a vida, é a própria vida."
(John Dewey)

# APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS “FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO AO PARTO DAS GESTANTES BRASILEIRAS MORADORAS DO PARAGUAI EM HOSPITAL DE FRONTEIRA NO BRASIL”

Informações gerais

Data da coleta: ___/___/___ Horário início: ___:___ Horário fim da coleta:___:___

Nome do Entrevistador:_____Código:_____

Bloco 1 – Identificação da usuária

Q01) Iniciais do nome:_____

Q02) Nº do Prontuário:_____

Q03) Possui Cartão de Gestante: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 03.1

Q03.1) Nº SisPreNatal:_____

Q04) Qual sua Data de Nascimento: __/__/____

Q05) Qual raça/cor se considera? |_| (1)amarela (2)branca (3)indígena (4)negra (5)parda

Q06) Qual seu estado civil: |_| (1)solteira (2)casada (3)amasiada (4)viúva (5)separada (6)divorciada

Q07) Qual seu nível de escolaridade: |_| (1)analfabeto (2)fundamental incompleto (3)fundamental completo (3)médio incompleto (4)médio completo (5)superior incompleto (6)superior completo

Q07) Trabalha atualmente? |_| (1)sim (0)não

Q08) Quantos itens tem de:

|_|televisão |_|geladeira |_|freezer |_|banheiro |_|automóvel

Q09) Possui Plano de Saúde? |_| (1)sim (0)não

Q10) Cidade de procedência no Paraguai:_____

Bloco 2 – Informações do pré-natal

Q11) Fez pré-natal da gestação atual? |_| (1)sim (0)não

Q12) Onde fez o pré-natal da gestação atual?|_| (1)Brasil (2)Paraguai (3)não fez

Q13) Idade gestacional na primeira consulta: |_| (1)1º trimestre (2)2º trimestre (3)3º trimestre

Q14) Peso na primeira consulta:_____

Q15) Altura:_____

Q16) Número de gestações prévias:_____

Q17) Idade da primeira gestação:_____

Q18) Número de partos normais prévios:_____

Q19) Número de partos cesáreos prévios:_____

Q20) Número de abortos prévios:_____

Q21) Número de filhos vivos:_____

Q22) Número de filhos mortos:_____

Q23) Número de consultas do pré-natalatual:_____

Q24) Realizou estratificação do risco gestacional? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 24.1

Q24.1) Risco gestacional: |_| (1)Risco habitual (2)Risco intermediário (3)Alto risco

Q25) Realizou imunização? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 25.1 e 25.2

Q25.1) Anti-tetânica: |_| (1)sim (0)não

Q25.2) Hepatite B: |_| (1)sim (0)não

Q26) Realizou exames laboratoriais de 1ª fase?|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 26.1 a 26.5

Q26.1) Glicemia: |_| (1)sim (0)não

Q26.2) Urina tipo 1: |_| (1)sim (0)não

Q26.3) HIV: |_| (1)sim (0)não

Q26.4) Sífilis: |_| (1)sim (0)não

Q26.5) Toxoplasmose: |_| (1)sim (0)não

Q27) Realizou exames de 2ª fase?|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 27.1 a 27.5

Q27.1) Glicemia: |_| (1)sim (0)não

Q27.2) Urina tipo 1: |_| (1)sim (0)não

Q27.3) HIV: |_| (1)sim (0)não

Q27.4) Sífilis: |_| (1)sim (0)não

Q27.5) Toxoplasmose: |_| (1)sim (0)não

Q28) Realizou exames de 3ª fase?|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 28.1 a 28.5

Q28.1) Glicemia: |_| (1)sim (0)não

Q28.2) Urina tipo 1: |_| (1)sim (0)não

Q28.3) HIV: |_| (1)sim (0)não

Q28.4) Sífilis: |_| (1)sim (0)não

Q28.5) Toxoplasmose: |_| (1)sim (0)não

Q29) Realizou exame de ultrassonografia:|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 29.1

Q29.1) Número de ultrassonografias realizadas:_____

Q30) Participou de orientações e práticas educativas?|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 30.1 a 30.4

Q30.1) Cuidados com a gestação: |_| (1)sim (0)não

Q30.2) Cuidados para o parto e puerpério: |_| (1)sim (0)não

Q30.3) Cuidados com o recém-nascido: |_| (1)sim (0)não

Q30.4) Aleitamento materno: |_| (1)sim (0)não

Bloco 3 – Informações do parto

Q31) Como chegou ao serviço hospitalar? |_| (1)meios próprios (2)transporte urbano (3)SAMU (4)com ajuda/transporte social

Q32) Veio acompanhada por: |_| (1)cônjuge (2)familiar (3)amigo/conhecido (4)sozinha

Q33) Tipo de parto: |_| (1)normal (2)cesária (3) fórceps

Q34) Local do parto: |_| (1)hospital (2)em domicílio (3)no caminho

Q35) Idade gestacional: _____

Q36) Recém nascido vivo*: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 36.1 a 36.5

Q36.1) Peso do recém nascido:_____

Q36.2) Índice de APGAR no 1º minuto:_____

Q36.3) Índice de APGAR no 5º minuto:_____

Q36.4) Prematuridade:|_| (1)sim (0)não

Q36.5) Anomalias congênitas:|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 36.5.1

Q36.5.1) Qual anomalia congênita?_____

Q37) Aborto*:|_| (1)sim (0)não

Q38) Feto morto*:|_| (1)sim (0)não

Q39) Óbito neonatal*: |_| (1)sim (0)não

Q40) Óbito materno: |_| (1)sim (0)não

*Em caso de gemelar preencher um formulário para cada recém nascido

Bloco 4 – Percepção da gestante sobre o sistema de saúde no Brasil

Q41) Você acha que tem direito de atendimento SUS no Brasil mesmo morando no Paraguai?|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 44.1

Q41.1) Você conhece algo que legalize esse atendimento?_____

Q42) Descreva como faz para ter o atendimento de suas necessidades quando precisa dos serviços de saúde no Brasil.

_____

_____

_____

Q43) Descreva como fez o pré-natal, indiferente da localidade.

_____

_____

_____

Q44) Descreva como fez para chegar a este hospital para realizar o parto.

_____

_____

_____

A senhora tem alguma(s) pergunta(s), dúvida(s), sugestão(ões) ou comentário(s)?

_____

_____

_____

Observações do entrevistador:

_____

_____

_____

# APÊNDICE B

## QUESTIONÁRIO PARA O ESTUDO DA VALIDADE DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO: "IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO AO PARTO DAS GESTANTES BRASILEIRAS MORADORAS DO PARAGUAI EM HOSPITAL DE FRONTEIRA NO BRASIL"

Inicialmente gostaríamos de agradecer por sua valiosa colaboração. Antes de iniciar a avaliação gostaríamos de ter algumas informações a seu respeito:

| DADOS DE IDENTIFICACAO DO ESPECIALISTA | | COD |
|---|---|---|
| 01 | Profissão:<br>1☐ Medico<br>2☐ Enfermeiro | |
| 02 | Ano de formação: | |
| 03 | Nível de qualificação profissional:<br>1☐ Doutor<br>2☐ Mestre<br>3☐ Especialista | |
| 04 | Você participa de algum grupo ou projeto de pesquisa?<br>1☐ Sim<br>2☐ Não | |
| 04 | Anos de docência: | |
| 05 | Anos de atuação prática: | |
| 06 | Número de orientações de trabalhos científicos: | |
| 07 | Número de participações em bancas avaliadoras de trabalhos: | |
| 08 | Número de trabalhos publicados em periódicos: | |

Vamos agora passar a avaliação do **Conteúdo** do instrumento. Para isto seguem abaixo algumas orientações para facilitar a avaliação. Por favor, leia com atenção.
Você está recebendo uma cópia do instrumento: **"IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO AO PARTO DAS GESTANTES BRASILEIRAS MORADORAS DO PARAGUAI EM HOSPITAL DE FRONTEIRA NO BRASIL"** e este questionário que servirá para avaliar o conteúdo do referido instrumento.
O instrumento é composto de 04 blocos, com os respectivos domínios, mas você deverá avaliar apenas 03 deles, pois o primeiro refere-se à caracterização da amostra a ser estudada. Portanto, você deve avaliar os blocos 02 a 04.
Leia com atenção as questões dos referidos blocos do instrumento fornecido e proceda a avaliação de cada uma delas conforme quadro abaixo.
Cada questão do instrumento deverá ser avaliada através dos seguintes itens de conteúdo:
**Nomenclatura –** as palavras utilizadas nas questões do instrumento estão adequadas ao vocabulário próprio da área obstétrica.
**Clareza** –É fácil de compreender ou entender o enunciado das questões e das respectivas opções de respostas.
**Objetividade** – As questões representam fielmente o objeto que deseja avaliar.
**Aplicabilidade** – O conteúdo das questões tem aplicação prática para a profissão.
**Relevância** – Importância do conteúdo abordado nas questões para avaliação do conhecimento sobre controle do odor em feridas neoplásicas
Não se esqueça de fornecer **informações sobre modificações necessárias para melhorar o conteúdo da questão ou mesmo sugestão de exclusãoda mesma**, **sempre que a julgue: inadequada (1) ou pouco adequado (2)** e se o espaço para isto for pequeno, utilize o verso da folha, bastando identificar o bloco, a questão, o item avaliado e a respectiva sugestão.

O Bloco 2 corresponde ao domínio: "**Informações do pré-natal"** e como poderá ver, ele se encontra dividido em 20 questões. Neste bloco,pretende-se analisar o grau de acesso e utilização da assistência de pré-natal. Então, leia atentamente o instrumento e avalie:

| BLOCO 2 – INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| QUESTÕESDO INSTRUMENTO | ITENS DE AVALIAÇÃO | | | |
| | Nomenclatura utilizada | Clareza/ Objetividade | Aplicabilidade | Relevância |
| **11** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **12** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **13** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **14** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **15** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| **16** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **17** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **18** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **19** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **20** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **21** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **22** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **23** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **24** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **25** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **26** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| **27** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **28** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **29** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **30** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |

No Bloco 3 pretende-se avaliar o domínio:**'Informações do parto"** e se encontra dividido em 10 questões. Neste bloco,pretende-se analisar como procedeu-se o parto na instituição de estudo. Então, leia atentamente o instrumento e avalie:

| **BLOCO 3– INFORMAÇÕES DO PARTO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **QUESTÕESDO INSTRUMENTO** | **ITENS DE AVALIAÇÃO** | | | |
| | **Nomenclatura utilizada** | **Clareza/ Objetividade** | **Aplicabilidade** | **Relevância** |
| **31** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **32** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **33** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **34** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **35** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **36** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| **37** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **38** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **39** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **40** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |

O Bloco 4 constitui o ultimo domínio do instrumento e objetiva analisar a **"percepção da gestante sobre o sistema de saúde no Brasil".** Para isto, são apresentadas 04 questões. Então, leia atentamente o instrumento e avalie:

| **BLOCO 4– PERCEPÇÃO DA GESTANTE SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **QUESTÕESDO INSTRUMENTO** | **ITENS DE AVALIAÇÃO** | | | |
| | **Nomenclatura utilizada** | **Clareza/ Objetividade** | **Aplicabilidade** | **Relevância** |
| **41** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 4 ☐ totalmente adequado | 4 ☐ totalmente adequado | 4 ☐ totalmente adequado | 4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **42** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **43** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |
| **44** | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado | 1 ☐ inadequado<br>2 ☐ pouco adequado<br>3 ☐ adequado<br>4 ☐ totalmente adequado |
| **SUGESTÕES:** | | | | |

Nesta ultima parte da avaliação pedimos a você que avalie os blocos de modo geral.Aqui as respostas têm as seguintes opções: **sim, em parte e não.** Após responder não se esqueça de sugerir as modificações necessárias no item sugestões.

| **ANÁLISE DO INSTRUMENTO:"IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO AO PARTO DAS GESTANTES BRASILEIRAS MORADORAS DO PARAGUAI EM HOSPITAL DE FRONTEIRA NO BRASIL"** | |
|---|---|
| **01** | As questões do instrumento estão agrupadas de forma adequada?<br>1 ☐ Sim<br>2 ☐ em parte<br>3 ☐ não |
| **SUGESTÕES:** | |
| **02** | Acha que houve coerência entre as questões apresentadas?<br>1 ☐ Sim |

| | |
|---|---|
| | 2 ☐ em parte<br>3 ☐ não |
| **SUGESTÕES:** | |
| **03** | Concorda com as opções de respostas atribuídas a cada questão?<br>1 ☐ Sim<br>2 ☐ em parte<br>3 ☐ não |
| **SUGESTÕES:** | |
| **04** | Existe alguma questão que queira acrescentar no instrumento? Se sim, especifique e justifique: |
| **05** | Existe alguma questão que queira excluir no instrumento? Se sim, especifique e justifique: |
| **06** | O instrumento possibilita a identificação dos indicadores de saúde materno-infantil na atenção ao parto das gestantes brasileiras moradoras do Paraguai em hospital de fronteira no Brasil?<br>1 ☐ Sim<br>2 ☐ em parte<br>3 ☐ não |
| **SUGESTÕES:** | |

**Obrigado pela sua participação!**

# APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS POR ENTREVISTA E CONSULTA NO CARTÃO DA GESTANTE E/OU PRONTUÁRIO HOSPITALAR SOBRE A: "IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO AO PARTO DAS GESTANTES BRASILEIRAS MORADORES DO PARAGUAI EM HOSPITAL DE FRONTEIRA NO BRASIL"

Informações gerais

Data da coleta: ___/___/___Horário de início___:___Horário do fim da coleta___:___

Bloco 1 – Identificação da usuária

Q01) Iniciais do nome:_____

Q02) Nº do Prontuário:_____

Q03) Possui Cartão de Gestante: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 03.1

Q03.1) Nº SisPreNatal:_____

Q04) Qual sua Data de Nascimento: ___/___/_____

Q05) Qual raça/cor se considera? |_| (1)amarela (2)branca (3)indígena (4)negra (5)parda

Q06) Qual seu estado civil: |_| (1)solteira (2)casada (3)amasiada (4)viúva (5)separada (6)divorciada

Q07) Qual seu nível de escolaridade: |_| (1)analfabeto (2)fundamental incompleto (3)fundamental completo (3)médio incompleto (4)médio completo (5)superior incompleto (6)superior completo

Q07) Trabalha atualmente? |_| (1)sim (0)não

Q08) Quantos itens tem de:

|_|televisão |_|geladeira |_|freezer |_|banheiro |_|automóvel

Q09) Possui Plano de Saúde? |_| (1)sim (0)não

Q10) Cidade de procedência no Paraguai:_____

Bloco 2 – Informações do pré-natal

Q11) Fez pré-natal da gestação atual? |_| (1)sim (0)não

Q12) Onde fez o pré-natal da gestação atual?|_| (1)Brasil (2)Paraguai (3)não fez

Q13) Idade gestacional na primeira consulta: |_| (1)1º trim. (2)2º trim. (3)3º trim.

Q14) Peso na primeira consulta:_____

Q15) Altura:_____

Q16) Número de gestações anteriores:_____

Q17) Idade da primeira gestação:_____

Q18) Número de partos normais anteriores:_____

Q19) Número de partos cesáreos anteriores:_____

Q20) Número de abortos anteriores:_____

Q21) Número de filhos vivos:_____

Q22) Número de filhos mortos:_____

Q23) Número de consultas do pré-natalatual:_____

Q24) Realizou estratificação do risco gestacional? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 24.1

Q24.1) Risco: |_| (1)Risco habitual (2)Risco intermediário (3)Alto risco

Q25) Realizou imunização? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 25.1 e 25.2

Q25.1) Anti-tetânica: |_| (1)sim (0)não

Q25.2) Hepatite B: |_| (1)sim (0)não

Q26) Realizou exames laboratoriais de 1ª fase?|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 26.1 a 26.7

Q26.1) Glicemia: |_| (1)sim (0)não

Q26.2) Urina tipo 1: |_| (1)sim (0)não

Q26.3) HIV: |_| (1)sim (0)não

Q26.4) Sífilis: |_| (1)sim (0)não

Q26.5) Toxoplasmose: |_| (1)sim (0)não

Q26.6) Hemograma: |_| (1)sim (0)não

Q26.7) Tipagem sanguínea: |_| (1)sim (0)não

Q27) Realizou exames de 2ª fase?|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 27.1 a 27.7

Q27.1) Glicemia: |_| (1)sim (0)não

Q27.2) Urina tipo 1: |_| (1)sim (0)não

Q27.3) HIV: |_| (1)sim (0)não

Q27.4) Sífilis: |_| (1)sim (0)não

Q27.5) Toxoplasmose: |_| (1)sim (0)não

Q27.6) Hemograma: |_| (1)sim (0)não

Q27.7) Tipagem sanguínea: |_| (1)sim (0)não

Q28) Realizou exames de 3ª fase?|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 28.1 a 28.7

Q28.1) Glicemia: |_| (1)sim (0)não

Q28.2) Urina tipo 1: |_| (1)sim (0)não

Q28.3) HIV: |_| (1)sim (0)não

Q28.4) Sífilis: |_| (1)sim (0)não

Q28.5) Toxoplasmose: |_| (1)sim (0)não

Q28.6) Hemograma: |_| (1)sim (0)não

Q28.7) Tipagem sanguínea: |_| (1)sim (0)não

Q29) Realizou exame de ultrassonografia:|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 29.1

Q29.1) Número de ultrassonografias realizadas:_____

Q30) Participou de orientações e práticas educativas?|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 30.1 a 30.4

Q30.1) Cuidados com a gestação: |_| (1)sim (0)não

Q30.2) Cuidados para o parto e puerpério: |_| (1)sim (0)não

Q30.3) Cuidados com o recém-nascido: |_| (1)sim (0)não

Q30.4) Aleitamento materno: |_| (1)sim (0)não

Bloco 3 – Informações do parto

Q31) Como chegou ao serviço hospitalar? |_| (1)meios próprios (2)transporte urbano (3)SAMU (4)com ajuda/transporte social

Q32) Veio acompanhada por: |_| (1)cônjuge (2)familiar (3)amigo (4)sozinha

Q33) Tipo de parto: |_| (1)normal (2)cesária (3) fórceps

Q34) Local do parto: |_| (1)hospital (2)em domicílio (3)no caminho

Q35) Idade gestacional: _____

Q36) Recém nascido vivo*: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 36.1 a 36.5

Q36.1) Peso do recém nascido:_____

Q36.2) Índice de APGAR no 1º minuto:_____

Q36.3) Índice de APGAR no 5º minuto:_____

Q36.4) Prematuridade:|_| (1)sim (0)não

Q36.5) Anomalias congênitas:|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 36.5.1

Q36.5.1) Qual anomalia congênita?_____

Q37) Feto morto*:|_| (1)sim (0)não

Q38) Óbito neonatal*: |_| (1)sim (0)não

Q39) Óbito materno: |_| (1)sim (0)não

*Em caso de gemelar preencher um formulário para cada recém nascido

Bloco 4 – Percepção da gestante sobre o sistema de saúde no Brasil

Q41) Você acha que tem direito de atendimento SUS no Brasil mesmo morando no Paraguai?|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 44.1

Q41.1) Você conhece alguma norma ou lei que lhe dê o direito a esse atendimento no Brasil?_____

Q42) Descreva como faz para ter o atendimento de suas necessidades quando precisa dos serviços de saúde no Brasil.

_____

_____

_____

Q43) Descreva como fez o pré-natal, indiferente da localidade.

_____

_____

_____

Q44) Descreva como fez para chegar a este hospital para realizar o parto.

_____

_____

_____

A senhora tem alguma(s) pergunta(s), dúvida(s), sugestão(ões) ou comentário(s)?

_____

_____

_____

Observações do entrevistador:

_____

_____

_____

# APÊNDICE D

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS POR ENTREVISTA E CONSULTA NO CARTÃO DA GESTANTE E/OU PRONTUÁRIO HOSPITALAR SOBRE A: "IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNOS NA ATENÇÃO AO PARTO DAS GESTANTES BRASILEIRAS MORADORES DO PARAGUAI EM HOSPITAL DE FRONTEIRA NO BRASIL"

Informações gerais

Data da coleta: ___/___/___ Horário início: ___:___ Horário fim da coleta: ___:___

Bloco 1 – Identificação da usuária

Q01) Iniciais do nome: _____

Q02) Nº do Prontuário: _____

Q03) Possui Cartão de Gestante: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 03.1

Q03.1) Nº SisPreNatal: _____

Q04) Qual sua Data de Nascimento: ___/___/___

Q05) Qual raça/cor se considera? |_| (1)amarela (2)branca (3)indígena (4)negra (5)parda

Q06) Qual seu estado civil: |_| (1)solteira (2)casada (3)amasiada (4)viúva (5)separada (6)divorciada

Q07) Qual seu nível de escolaridade: |_| (1)analfabeto (2)fundamental incompleto (3)fundamental completo (3)médio incompleto (4)médio completo (5)superior incompleto (6)superior completo

Q08) Trabalha atualmente? |_| (1)sim (0)não

Q09) Renda familiar (nº de salários mínimos): _____

Q10) Casa própria? |_| (1)sim (0)não

Q11) Quantos itens tem de:

|_|televisão |_|geladeira |_|freezer |_|banheiro |_|automóvel

Q12) Possui Plano de Saúde? |_| (1)sim (0)não

Q13) Cidade de procedência no Paraguai:_____

Bloco 2 – Informações do pré-natal

Q14) Fez pré-natal da gestação atual? |_| (1)sim (0)não

Q15) Onde fez o pré-natal da gestação atual?|_| (1)Brasil (2)Paraguai (3)não fez

Q16) Idade gestacional na primeira consulta (em semanas): _____

Q17) Peso na primeira consulta:_____

Q18) Peso na internação para o parto: _____

Q19) Altura:_____

Q20) Número de gestações prévias:_____

Q21) Idade da primeira gestação:_____

Q22) Número de partos normais prévios:_____

Q23) Número de partos cesáreos prévios:_____

Q24) Número de abortos prévios:_____

Q25) Número de filhos vivos:_____

Q26) Número de filhos mortos:_____

Q27) Número de consultas do pré-natal atual:_____

Q28) Realizou estratificação do risco gestacional? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 28.1 e 28.2

Q28.1) Risco gestacional na 1ª consulta: |_| (1)Risco habitual (2)Risco intermediário (3)Alto risco

Q28.2) Risco gestacional na última consulta: |_| (1)Risco habitual (2)Risco intermediário (3)Alto risco

Q29) Realizou imunização? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 29.1 e 29.2

Q29.1) Anti-tetânica: |_| (1)sim (0)não

Q29.2) Hepatite B: |_| (1)sim (0)não

Q30) Completou esquema vacinal? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 30.1 e 30.2

Q30.1) Anti-tetânica: |_| (1)sim (0)não

Q30.2) Hepatite B: |_| (1)sim (0)não

Q31) Realizou exames laboratoriais de 1º trimestre? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 31.1 a 31.5

Q31.1) Glicemia: |_| (1)sim (0)não

Q31.2) Urina tipo 1: |_| (1)sim (0)não

Q31.3) HIV: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 31.3.1

Q31.3.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q31.4) Sífilis: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 31.4.1

Q31.4.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q31.5) Toxoplasmose: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 31.5.1

Q31.5.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q32) Realizou exames de 2º trimestre? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 32.1 a 32.5

Q32.1) Glicemia: |_| (1)sim (0)não

Q32.2) Urina tipo 1: |_| (1)sim (0)não

Q32.3) HIV: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 32.3.1

Q32.3.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q32.4) Sífilis: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 32.4.1

Q32.4.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q32.5) Toxoplasmose: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 32.5.1

Q32.5.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q33) Realizou exames de 3º trimestre? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 33.1 a 33.5

Q33.1) Glicemia: |_| (1)sim (0)não

Q33.2) Urina tipo 1: |_| (1)sim (0)não

Q33.3) HIV: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 33.3.1

Q33.3.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q33.4) Sífilis: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 33.4.1

Q33.4.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q33.5) Toxoplasmose: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 33.5.1

Q33.5.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q34) Realizou exame de ultrassonografia:|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 34.1

Q34.1) Número de ultrassonografias realizadas:_____

Q35) Realizou testes rápidos durante o pré-natal? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 35.1 a 35.4

Q35.1) HIV: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 35.1.1

Q35.1.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q35.2) Sífilis: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 35.2.1

Q35.2.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q35.3) Hepatite B: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 35.3.1

Q35.3.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q35.4) Hepatite C: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 35.4.1

Q35.4.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q36) Realizou testes rápidos no pré-parto hospitalar? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 36.1 a 36.4

Q36.1) HIV: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 36.1.1

Q36.1.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q36.2) Sífilis: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 36.2.1

Q36.2.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q36.3) Hepatite B: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 35.3.1

Q35.3.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q35.4) Hepatite C: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 36.4.1

Q36.4.1) Resultado: |_| (1)positivo (0)negativo

Q37) Participou de orientações e práticas educativas? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 37.1 a 37.4

Q37.1) Cuidados com a gestação: |_| (1)sim (0)não

Q37.2) Cuidados para o parto e puerpério: |_| (1)sim (0)não

Q37.3) Cuidados com o recém-nascido: |_| (1)sim (0)não

Q37.4) Aleitamento materno: |_| (1)sim (0)não

Bloco 3 – Informações do parto

Q38) Como chegou ao serviço hospitalar? |_| (1)meios próprios (2)transporte urbano (3)SAMU (4)com ajuda/transporte social

Q39) Veio acompanhada por: |_| (1)cônjuge (2)familiar (3)amigo/conhecido (4)sozinha

Q40) Tipo de parto: |_| (1)normal (2)cesária (3) fórceps

Q41) Local do parto: |_| (1)hospital (2)em domicílio (3)no caminho

Q42) Idade gestacional (em semanas): _____

Q43) Complicações/intercorrências pré-parto? |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 43.1 a 43.4

Q43.1) Eclâmpsia/Pré-eclâmpsia: |_| (1)sim (0)não

Q43.2) DHEG: |_| (1)sim (0)não

Q43.3) Sangramento: |_| (1)sim (0)não

Q43.4) Infecção: |_| (1)sim (0)não

Q44) Recém nascido vivo*: |_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 44.1 a 44.5

Q44.1) Peso do recém nascido:_____

Q44.2) Índice de APGAR no 1º minuto:_____

Q44.3) Índice de APGAR no 5º minuto:_____

Q44.4) Prematuridade:|_| (1)sim (0)não

Q44.5) Anomalias congênitas:|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 44.5.1

Q44.5.1) Qual anomalia congênita?_____

Q46) Aborto*:|_| (1)sim (0)não

Q47) Feto morto*:|_| (1)sim (0)não

Q48) Óbito neonatal*: |_| (1)sim (0)não

Q49) Óbito materno: |_| (1)sim (0)não

*Em caso de gemelar preencher um formulário para cada recém-nascido

Bloco 4 – Percepção da gestante sobre o sistema de saúde no Brasil

Q50) Você acha que tem direito de atendimento SUS no Brasil mesmo morando no Paraguai?|_| (1)sim (0)não

Se sim, responda 50.1

Q50.1) Você conhece algo que legalize esse atendimento? _____

Q51) Descreva como faz para ter o atendimento de suas necessidades quando precisa dos serviços de saúde no Brasil.

_____

_____

_____

Q52) Descreva como fez o pré-natal, indiferente da localidade.

_____

_____

_____

Q53) Descreva como fez para chegar a este hospital para realizar o parto.

_____

_____

_____

A senhora tem alguma(s) pergunta(s), dúvida(s), sugestão(ões) ou comentário(s)?

_____

_____

_____

Observações do entrevistador:

_____

_____

_____

## APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “A atenção ao parto das gestantes brasileiras moradores do Paraguai em hospital de fronteira no Brasil – uma análise dos indicadores de saúde materno-infanti” que tem a intenção de analisar a atenção ao parto das gestantes brasileiras moradores do Paraguai em hospital de fronteira no Brasil, sobre os indicadores de saúde materno-infantil.

A sua participação será responder um questionário com perguntas referentes a dados idade, estado civil, escolaridade, ocupação, e dados sobre a gestação, parto e puerpério e sobre o atendimento no serviço de saúde no Brasil. O tempo estimado de participação é em torno de 20 minutos. Caso aceite participar, assumimos o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. A senhora receberá a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento, dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa. Não haverá nenhum gasto decorrente da pesquisa porque o preenchimento do questionário será durante o período de internação após o parto, em horário combinado com a senhora. Também não haverá benefícios financeiros na sua participação. A senhora pode não ter benefícios diretos em participar, mas sua participação irá auxiliar na melhoria dos cuidados prestados as mulheres atendidas no serviço de saúde. Em relação aos riscos, a senhora pode lembrar momentos difíceis do acompanhamento de sua gestação/parto/puerpério que poderão acarretar alguns desconfortos, mas assumimos o compromisso de prestar assistência caso seja necessário. Caso ocorra algum dano a você decorrente da participação dessa pesquisa terá direito à indenização, por parte do pesquisador.

A senhora pode se recusar a participar desta pesquisa, mas havendo o seu consentimento em participar, será respeitada sua decisão de desistir da participação, no momento que desejar, mesmo que já tenha iniciado. Sua recusa ou desistência na participação da pesquisa não irá interferir nas suas atividades neste serviço. Os resultados do estudo, sendo estes favoráveis ou não, serão utilizados para elaboração de trabalhos e publicações no meio científico. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP). O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com o CEP da EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197 ou pelo seu endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, no horário das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. A senhora também pode entrar em contato com os pesquisadores: Fabio de Mello (Rua Tarobá, 349, Ap. 404, Centro – Foz do Iguaçu – PR, contato: 45-99933699) e Thais de Oliveira Gozzo (Av. Bandeirantes, 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sala 100, contato: 16-33154319).

Eu, _____ tendo recebido as informações sobre a minha contribuição nesse estudo, e ciente dos meus direitos, aceito participar desta pesquisa. Recebi uma via deste documento, assinada pelos pesquisadores responsáveis, e tive a oportunidade de discuti-lo com os mesmos.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2018.

_____ _____

Assinatura do pesquisador Assinatura da participante

## APÊNDICE F

TERMO DE ASSENTIMENTO

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “A atenção ao parto das gestantes brasileiras moradores do Paraguai em hospital de fronteira no Brasil – uma análise dos indicadores de saúde materno-infantil” que tem a intenção de analisar a atenção ao parto das gestantes brasileiras moradores do Paraguai em hospital de fronteira no Brasil, sobre os indicadores de saúde materno-infantil.

A sua participação será responder um questionário com perguntas referentes a dados idade, estado civil, escolaridade, ocupação, e dados sobre a gestação, parto e puerpério e sobre o atendimento no serviço de saúde no Brasil. O tempo estimado de participação é em torno de 20 minutos. Caso aceite participar, assumimos o compromisso de manter segredo sobre sua identidade. A senhora receberá a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento, dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa. Não haverá nenhum gasto decorrente da pesquisa porque o preenchimento do questionário será durante o período de internação após o parto, em horário combinado com a senhora. Também não haverá benefícios financeiros na sua participação. A senhora pode não ter benefícios diretos em participar, mas sua participação irá auxiliar na melhoria dos cuidados prestados as mulheres atendidas no serviço de saúde. Em relação aos riscos, a senhora pode lembrar momentos difíceis do acompanhamento de sua gestação/parto/puerpério que poderão acarretar alguns desconfortos, mas assumimos o compromisso de prestar assistência caso seja necessário. Caso ocorra algum dano a você decorrente da participação dessa pesquisa terá direito à indenização, por parte do pesquisador.

A senhora pode se recusar a participar desta pesquisa, mas havendo o seu consentimento em participar, será respeitada sua decisão de desistir da participação, no momento que desejar, mesmo que já tenha iniciado. Sua recusa ou desistência na participação da pesquisa não irá interferir nas suas atividades neste serviço. Os resultados do estudo, sendo estes favoráveis ou não, serão utilizados para elaboração de trabalhos e publicações no meio científico. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP). O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com o CEP da EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197 ou pelo seu endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, no horário das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. A senhora também pode entrar em contato com os pesquisadores: Fabio de Mello (Rua Tarobá, 349, Ap. 404, Centro – Foz do Iguaçu – PR, contato: 45-99933699) e Thais de Oliveira Gozzo (Av. Bandeirantes, 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sala 100, contato: 16-33154319).

Eu, _____ tendo recebido as informações sobre a minha contribuição nesse estudo, e ciente dos meus direitos, aceito participar desta pesquisa. Recebi uma via deste documento, assinada pelos pesquisadores responsáveis, e tive a oportunidade de discuti-lo com os mesmos. Estou ciente que meus pais ou responsáveis legais também deverão assinar um termo de consentimento concordando com a minha participação.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2018.

_____ _____

Assinatura do pesquisador Assinatura da participante

## APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A sua filha está sendo convidada a participar da pesquisa “A atenção ao parto das gestantes brasileiras moradores do Paraguai em hospital de fronteira no Brasil – uma análise dos indicadores de saúde materno-infantil” que tem a intenção de analisar a atenção ao parto das gestantes brasileiras moradores do Paraguai em hospital de fronteira no Brasil, sobre os indicadores de saúde materno-infantil.

A participação dela será responder um questionário com perguntas referentes a dados sócio-demográficos, gestação, parto e puerpério. O tempo estimado de participação é em torno de 20 minutos. Caso aceite participar, assumimos o compromisso de manter segredo sobre a identidade dela. O(A) senhor(a) e sua filha/tutelada receberão resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento, dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa. Não haverá nenhum gasto decorrente da pesquisa porque o preenchimento do questionário será durante o período de internação após o parto, em horário combinado com sua filha/tutelada. Também não haverá benefícios financeiros na participação. A sua filha/tutelada pode não ter benefícios diretos em participar, mas sua participação irá auxiliar na melhoria dos cuidados prestados as mulheres atendidas no serviço. Em relação aos riscos, a sua filha/tutelada pode lembrar momentos difíceis do acompanhamento de sua gestação que poderão acarretar alguns desconfortos, mas assumimos o compromisso de prestar assistência caso seja necessário. Caso ocorra algum dano decorrente da participação dessa pesquisa terá direito à indenização, por parte do pesquisador.

A filha/tutelada pode se recusar a participar desta pesquisa, mas havendo o consentimento em participar, será respeitada a decisão dela de desistir da participação, no momento que desejar, mesmo que já tenha iniciado. A recusa ou desistência na participação da pesquisa não irá interferir no atendimento neste serviço. Os resultados do estudo, sendo estes favoráveis ou não, serão utilizados para elaboração de trabalhos e publicações no meio científico. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP). O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com o CEP da EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197 ou pelo seu endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, no horário das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. O(a) senhor(a) e sua filha/tutelada podem entrar em contato com os pesquisadores: Fabio de Mello (Rua Tarobá, 349, Ap. 404, Centro – Foz do Iguaçu – PR, contato: 45-99933699) e Thais de Oliveira Gozzo (Av. Bandeirantes, 3900, EERP – USP, sala 100, contato: 16-33154319).

Eu, _____ tendo recebido as informações sobre a contribuição da minha filha/tutelada nesse estudo, e ciente dos seus direitos, concordo que ela participe desta pesquisa. Recebi uma via deste documento, assinada pelos pesquisadores responsáveis, e tive a oportunidade de discuti-lo com os mesmos. Estou ciente que minha filha/tutelada também deverá assinar um termo de assentimento concordando com a sua participação.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2018.

_____ _____

Assinatura do pesquisador Assinatura do responsável legal

# *ANEXOS*

"O essencial, com efeito, na educação, não é a doutrina ensinada, é o despertar."
(Ernest Renan)

# ANEXO I

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A ATENÇÃO AO PARTO DAS GESTANTES BRASILEIRAS MORADORAS DO PARAGUAI EM HOSPITAL DE FRONTEIRA NO BRASIL ¿ UMA ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

**Pesquisador:** FABIO DE MELLO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58467316.3.0000.5393

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.797.861

**Apresentação do Projeto:**

O projeto pretende investigar o atendimento a mulheres gestantes com nacionalidade brasileira ou casadas com brasileiros, residentes no Paraguai, que se utilizam de hospitais brasileiros credenciados pelo SUS, em detrimento da utilização do Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS) criado na cidade de Foz do Iguaçu, situada na região da Tríplice Fronteira, com divisa demográfica com a Cidade de Leste, no Paraguai. Em Foz do Iguaçú, foi criado, em 2006, o Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, parte do SIS, que conta com equipe multidisciplinar para atender gestantes oriundas do Paraguai e da Argentina, com protocolo de pré-natal estabelecido conforme as estratégias do Sistema de Pré-Natal do Ministério da Saúde do Brasil. Este é o único hospital deste tipo no Brasil. Ocorre que as mulheres não conhecem esse serviço e continuam a buscar hospitais credenciados pelo SUS, e o maior problema em relação a isto está no fato de que essas parturientes apenas buscam os hospitais brasileiros para a realização do parto, sem o adequado acompanhamento anterior e posterior, como forma de garantia da nacionalidade brasileira para a criança e em razão da gratuidade dos serviços prestados. A pesquisa pretende levantar esses dados junto ao Hospital Ministro Costa Cavalcanti, no sentido de promover ações para assegurar a qualidade do procedimento e a vida da mãe e do bebê. O objetivo é efetivar o acompanhamento da gestante durante o pré-natal para que no momento do parto esteja em

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900
**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
**Telefone:** (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

condições adequadas para que o processo se desenvolva de forma segura. A pesquisa consistirá na aplicação de questionários para levantamento do perfil sócio-econômico dessas pacientes, sua residência e as estratégias utilizadas para viabilizar o atendimento em hospitais públicos sediados no Brasil.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral da pesquisa é analisar a atenção ao parto das gestantes brasileiras moradoras do Paraguai em hospital de fronteira no Brasil, sobre os indicadores de saúde materno-infantil. Quanto aos objetivos específicos: escrever o perfil sócio-demográfico das gestantes brasileiras moradores do Paraguai atendidas em hospital de fronteira no Brasil em razão de seu parto, quanto às variáveis: idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, renda, plano de saúde, cidade de procedência no Paraguai; verificar as características do pré-natal e parto das gestantes brasileiras moradores do Paraguai atendidas em hospital de fronteira no Brasil, de acordo com as seguintes variáveis: idade da primeira gestação, número de gestações prévias, número de partos normais prévios, número de partos cesáreos prévios, número de abortos prévios, peso, altura, idade gestacional na primeira consulta, número de consultas de pré-natal, imunização, realização de exames de 1ª, 2ª e 3ª fases, número de ultrassonografias realizadas, número de filhos vivos, número de filhos mortos, tipo de parto, local do parto, peso do recém nascido (RN) ao nascer, índice de APGAR no primeiro e no 5º minutos pós-parto, prematuridade, identificação de anomalias congênitas, feto morto, óbito materno e/ou neonatal; Identificar a percepção das gestantes brasileiras moradores do Paraguai atendidas em hospital de fronteira no Brasil em razão de seu parto, quanto aos seus direitos e acesso aos serviços de saúde nacionais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos apresentados pelo pesquisador referem-se, principalmente, à possibilidade de imprecisão ou omissão, pelas pacientes, dos dados de inclusão ao programa SIS. Como os dados serão fornecidos pela gestante, esta pode, por desconhecimento dos critérios de aceitação do seu atendimento pelos serviços de saúde brasileiros, omiti-los, justamente por temer a recusa do seu atendimento. No entanto, a abordagem da investigação é insuscetível de promover qualquer dano, tanto à gestante, quanto ao bebê. Pelo contrário, o objetivo é preveni-los, em razão de um atendimento considerado insuficiente, quando feito apenas pelo SUS. Quanto aos benefícios, a pesquisa servirá como instrumento para esclarecer e encaminhar as gestantes para o serviço de saúde adequado (SIS), prestando atendimento desde o pré-natal até o puerpério, além de viabilizar políticas públicas adequadas para os serviços de saúde nas regiões de fronteira.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.797.861

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto tem uma temática relevante, pois coletará dados inéditos e úteis para a elaboração de políticas públicas relativas ao Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS) e sobre a utilização de hospitais credenciados pelos SUS por brasileiras ou mulheres casadas com brasileiros, que estejam residindo em outros Estados, especialmente o Paraguai.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto veio com todos os documentos obrigatórios, que são os seguintes:

a) Folha de rosto legível, devidamente preenchida e assinada; b) o projeto de pesquisa completo e detalhado ; c) cronograma de atividades da pesquisa compatível com sua realização; d) oficio de encaminhamento assinado pela orientadora Profª Drª Thais de Oliveira Gozzo e também pelo doutorando Fabio de Mello; e) orçamento detalhado, contendo todos os custos da pesquisa, no valor total de R$ 16.000,00 (dezesseis mil reais), que serão custeados pelo próprio pesquisador; f) autorização do diretor responsável pelo hospital onde será feita a coleta dos dados.O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)veio em linguagem acessível e de fácil compreensão para as gestantes e trouxe: a justificativa, objetivos, os procedimentos metodológicos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos de abordagem, os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, os benefícios esperados dessa participação; a apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir os efeitos e possíveis condições adversas que possam causar dano; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da investigação, sem penalização alguma; a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa, inclusive em relação ao banco de dados que será formado; garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; explicitação da garantia de ressarcimento de possíveis despesas feitas pelos participantes da pesquisa ou dela decorrentes; ressalva quanto à possibilidade de indenização por outros danos decorrentes da participação.

**Recomendações:**

Não há recomendações a serem feitas. Todas foram cumpridas pelos pesquisadores.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto encontra-se apto a ser desenvolvido.

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900
**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
**Telefone:** (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.797.861

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado Ad Referendum

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_760370.pdf | 06/10/2016 09:44:28 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Versao02_Projeto_Fabio.docx | 06/10/2016 09:43:44 | FABIO DE MELLO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Fabio_Detalhado.pdf | 05/08/2016 17:00:10 | FABIO DE MELLO | Aceito |
| Outros | Oficio_Encaminhamento_Projeto_Fabio.pdf | 04/08/2016 15:13:53 | FABIO DE MELLO | Aceito |
| Outros | Instrumento_Projeto_Fabio.docx | 04/08/2016 15:11:56 | FABIO DE MELLO | Aceito |
| Orçamento | Orcamento_Projeto_Fabio.docx | 04/08/2016 15:11:13 | FABIO DE MELLO | Aceito |
| Cronograma | Cronograma_Projeto_Fabio.docx | 04/08/2016 15:10:49 | FABIO DE MELLO | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Autorizacao_para_Pesquisa_Projeto_Fabio.pdf | 27/07/2016 15:13:38 | FABIO DE MELLO | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto_Projeto_Fabio.pdf | 27/07/2016 14:40:09 | FABIO DE MELLO | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 26 de Outubro de 2016

**Assinado por:**
**Angelita Maria Stabile**
**(Coordenador)**

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900
**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
**Telefone:** (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br