

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA - NÍVEL MESTRADO**

LEONARDO PEREIRA TRIACA

**O perfil das parturientes e seus recém-nascidos: a busca da assistência em município de
tríplice fronteira**

FOZ DO IGUAÇU - PR

2017

LEONARDO PEREIRA TRIACA

O perfil das parturientes e seus recém-nascidos: a busca da assistência em município de tríplice fronteira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Adriana Zilly

Foz do Iguaçu - PR

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

TRIACA, L. P. **O perfil das parturientes e seus recém-nascidos: a busca da assistência em município de tríplice fronteira.** (70 f.). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: (Adriana Zilly). Foz do Iguaçu, 2017. Leonardo Pereira Triaca.

Aprovado em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Adriana Zilly (Orientadora)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

Prof. Dr. Reinaldo Antonio Silva Sobrinho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

Prof.^a Dr.^a. Carmen Justina Gamarra
Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me disponibilizado saúde nesse ponto importante da minha vida; a Bruna Castanhel Martinez pelo companheirismo que tem demonstrado durante todo esse momento; aos meus familiares e amigos que sempre me incentivaram na concretização desse objetivo, em especial à minha amiga Natyele Rippel; à Dra. Adriana Zilly, que me deu orientações precisas que facilitaram o desenvolver das atividades.

TRIACA, L. P. **O perfil das parturientes e seus recém-nascidos: a busca da assistência em município de tríplex fronteira.** (70 f.). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: (Adriana Zilly). Foz do Iguaçu, 2017.

RESUMO

Atendendo à política de integração do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), o Brasil criou em 2006 o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) com objetivo de racionalizar a oferta de serviço de saúde e aperfeiçoar a infraestrutura já existente nos municípios brasileiros de fronteira. A saúde da gestante foi um dos principais temas abordados no município de Foz do Iguaçu, no Paraná, principalmente a das brasileiras que residem no Paraguai, também chamadas de brasiguaias, que, rotineiramente procuram por atendimento para realização do pré-natal e parto, interferindo significativamente nos dados epidemiológicos. Como resultado, foi criado em 2007, o Centro Materno Infantil, oferecendo um acompanhamento pré-natal gratuito e de qualidade a essas gestantes, que também buscam a assistência no momento do parto, e para isso utilizam o centro de atendimento à gestante do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, instituição hospitalar de referência para partos de alto risco e complicações maternas. Nesse contexto é importante destacar a necessidade de estudos científicos que tragam a saúde da gestante brasiguiaia como foco de estudo, haja vista a sua importância sobre o desfecho parto, principalmente quanto às condições dessas parturientes, do feto e dos recém-nascidos. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo descrever o perfil das parturientes e seus recém-nascidos em uma instituição hospitalar de referência, entre usuárias que realizaram o pré-natal no Centro Materno Infantil, em Foz do Iguaçu - Paraná, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, no qual foram analisadas 15 variáveis referentes às parturientes e seus recém-nascidos, buscados por meio de prontuários eletrônicos e livros de registros do centro de atendimento à gestante. Quanto às parturientes, verificou-se que 97,71% apresentaram convênio público; 70,23% tinham entre 20 e 34 anos; 67,18% tiveram parto normal; 76,34% das parturientes eram brasileiras; e apenas 36,64% tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal. Sobre as condições do recém-nascido, verificou-se que apenas 6,05% apresentaram baixo peso; 92,06% dos recém-nascidos a termo (≥ 37 semanas e ≤ 41 semanas); 94,52% apresentaram Apgar 1° ≥ 7 e 98,30% apresentaram Apgar 5° ≥ 7 ; quanto ao destino 96,22% foram encaminhados ao Alojamento Conjunto; As mulheres que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal tiveram maior frequência de crianças nascidas a termo, e o Apgar no 1° minuto menor que 7 foi significativamente mais frequentes entre as parturientes que realizaram entre 1 a 3 consultas. O presente estudo identificou um predomínio de parturientes e recém-nascidos em condições favoráveis, contudo, os resultados encontrados nos permitem reconhecer a necessidade de se investirem em ações específicas, influenciando diretamente nos indicadores de saúde dessas gestantes e na situação perante os serviços de saúde locais.

Palavras-chave: Perfil de saúde; Saúde na fronteira; Assistência pré-natal

TRIACA, L. P. **The profile of parturients and their newborns: the search for assistance in a municipality with a triple border.** (70 f.). Dissertation (Master in Public Health) – State University of Western Paraná. Supervisor: (Adriana Zilly). Foz do Iguaçu, 2017.

ABSTRACT

Answering to the integration policy of the Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) Brasil created in 2006 the Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (Integrated Health System of the Frontiers) (SIS-Fronteiras) aiming to rationalize the offer of health service and to improve the infrastructure already in existence in Brazilian border cities. The health of pregnant women was one of the main topics approached in the city of Foz do Iguaçu, Paraná, especially the Brazilian women living in Paraguay, also called Brasiguaias, who generally seek care for prenatal care and delivery, significantly interfering epidemiological data. As a result, it was created in 2007, the Centro Materno Infantil (Maternal and Child Health Center) offering free and quality prenatal care to these pregnant women, who also seek care at the time of childbirth, and for this they use the care center's pregnant at the Ministro Costa Cavalcanti Hospital, a hospital which is Reference for high-risk deliveries and maternal complications. In this context, it is important to highlight the necessity of scientific studies that bring the health of Brasiguaiian pregnant women as a focus of study, considering its importance on the result of the delivery, specially in what refers to the conditions of the parturients, fetuses and newborns. In this aspect, this study aims to describe the profile of parturients and their newborns in a reference hospital, among users who performed prenatal care at the Maternal and Child Health Center in Foz do Iguaçu - Paraná, in the period from January 2010 to December 2016. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, in which 15 variables were analyzed referring to parturients and their newborns, searched through electronic records and records books of the care center's pregnant. Regarding the parturients, it was verified that 97.71% presented a public social security; 70.23% were between 20 and 34 years old; 67.18% had normal delivery; 76,34% parturients were Brazilian; and only 36.64% had 7 or more prenatal consultations. Regarding the conditions of the newborn, it was verified that only 6.05% presented low weight; 92.06% of term newborns (≥ 37 weeks and ≤ 41 weeks); 94.52% presented Apgar 1 ≥ 7 and 98.30% presented Apgar 5 ≥ 7 ; 96.22% were referred to the Joint Accommodation; Women who performed 7 or more prenatal consultations had a higher frequency of full-term infants, and Apgar at 1 minute less than 7 was significantly more frequent among those who delivered between 1 and 3 appointments. The present study identified a prevalence of parturients and newborns in favorable conditions, however, the results found allow us to recognize the necessity to invest in specific actions, directly influenced by the health indicators of these pregnant women and in the situation before the local health services.

Key words: Health Profile; Border Health; Parental Attention

TRIACA, L. P. **El perfil de las parturientas y sus recién nacidos: la búsqueda de la asistencia en el municipio de triple frontera.** (70 f.). Dissertación (Maestría en Salud Publica) - Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Líder: (Adriana Zilly). Foz do Iguacu, 2017.

RESUMEN

A través de la política de integración del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), Brasil creó en 2006 el Sistema Integrado de Salud de las Fronteras (SIS-Fronteras), con el objetivo de racionalizar la oferta de servicio de salud y perfeccionar la infraestructura ya existente en los municipios de la frontera. La salud de la gestante fue uno de los principales temas abordados en el municipio de Foz do Iguacu, en Paraná, principalmente la de las brasileñas que residen en Paraguay, también llamadas de Brasiguaias, que rutinariamente buscan por atención para la realización del prenatal y el parto, interfiriendo significativamente en los datos epidemiológicos. Como resultado, fue creado en 2007, el Centro Materno Infantil, ofreciendo un acompañamiento prenatal gratuito y de calidad a esas gestantes, que también buscan la asistencia en el momento del parto, y para ello utilizan el centro de atención a la gestante del Hospital Ministro Costa Cavalcanti, institución hospitalaria de referencia para los partos de alto riesgo y complicaciones maternas. En este contexto, es importante destacar la necesidad de estudios científicos que traigan la salud de la gestante brasileña como foco de estudio, visto su importancia sobre el desenlace parto, principalmente en cuanto a las condiciones de esas parturientas, del feto y de los recién nacidos. En este sentido, el presente estudio tiene por objetivo describir el perfil de las parturientas y sus recién nacidos en una institución hospitalaria de referencia, entre usuarias que realizaron el prenatal en el Centro Materno Infantil, en Foz do Iguacu - Paraná, en el período de enero de 2010 a diciembre de 2016. Se trata de un estudio descriptivo, transversal de abordaje cuantitativo, en el cual se analizaron 15 variables referentes a las parturientas y sus recién nacidos, buscados por medio de prontuarios electrónicos y libros de registros del centro de atención a la salud gestante. En cuanto a las parturientas, se verificó que 97,71% presentaron convenio público; 70,23% tenían entre 20 y 34 años; el 67,18% tuvo parto normal; el 76,34% de las parturientas eran brasileñas; y sólo el 36,64% tuvo 7 o más consultas de prenatal. En las condiciones del recién nacido, se verificó que sólo el 6,05% presentó bajo peso; 92,06% de los recién nacidos a término (≥ 37 semanas y ≤ 41 semanas); el 94,52% presentó apgar 1° ≥ 7 y 98,30% presentaron apgar 5° ≥ 7 ; en cuanto al destino el 96,22% fueron encaminados al Alojamiento Conjunto; las mujeres que realizaron 7 o más consultas de prenatal tuvieron mayor frecuencia de niños nacidos a término, y el apgar en el primer minuto menor que 7 fue significativamente más frecuente entre las parturientas que realizaron entre 1 a 3 consultas. El presente estudio identificó un predominio parturientes y recién nacidos en condiciones favorables, sin embargo, los resultados encontrados nos permiten reconocer la necesidad de invertir en acciones específicas, influenciado directamente en los indicadores de salud de esas gestantes y en la situación ante los servicios de salud locales.

Palabras clave: Perfil de Salud; Salud Fronteriza; Atención Prenatal

LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
CMI	Centro Materno Infantil
CPF	Cadastro de Pessoa Física
GT Itaipu Saúde	Grupo de Trabalho Itaipu Saúde
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
RNBP	Recém-Nascidos de Baixo Peso
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS - FRONTEIRAS	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SIS - MERCOSUL	Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL
SUS	Sistema Único de Saúde
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico, gestacional e obstétrico das parturientes, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2017.....	30
Tabela 2 – Perfil das condições do recém-nascido, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2017.....	32
Tabela 3 – Relação entre as condições do recém-nascido e o número de consultas de pré-natal, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2017.....	33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3. REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Fronteira em debate: formação da identidade “brasiguiaia”.....	16
3.2 MERCOSUL: a garantia do direito à saúde	18
3.3 Foz do Iguaçu e a importância dos serviços de saúde	20
3.4 Pré-natal: uma assistência sistematizada	22
3.5 Binômio mãe-filho e a importância dos estudos de caracterização	24
4. PERCURSO METOLÓGICO	26
4.1 Tipo de estudo	26
4.2 Local de estudo.....	26
4.3 Busca de dados e população.....	26
4.5 Instrumentos de busca de dados	27
4.6 Classificações das variáveis	27
4.7 Análises dos dados	28
4.8 Aspectos éticos	28
5. RESULTADOS	29
5.1 Perfil sociodemográfico, gestacional e obstétrico das parturientes.....	29
5.2 Condições do recém-nascido.....	31
5.3 Relação entre as condições do recém-nascido e o número consultas de pré-natal	33
6. DISCUSSÃO	34
6.1 Perfil sóciodemográfico e gestacional das parturientes.....	34
6.2 Condições do recém-nascido.....	44
6.3 Relação entre as condições do recém-nascido e número de consultas de pré-natal	46
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP.....	67
ANEXO B – INSTRUMENTO DE BUSCA DE DADOS.....	70

1. INTRODUÇÃO

Entre os direitos fundamentais previstos na Constituição Federal brasileira de 1988, está o direito à saúde (BRASIL, 1988), que por meio da Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 é garantido de forma gratuita e integral a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1990). Contudo, assegurar este direito nos municípios de fronteira não é uma tarefa fácil. Brasileiros residentes no exterior buscam atendimento de saúde, muitas vezes não cumprindo suas etapas de atendimento e/ou tratamento, dificultando assim a análise epidemiológica (CAZOLA et al., 2011).

Dentre as principais dificuldades que esses municípios enfrentam estão: a falta de equipamentos especializados, estrutura e pessoal para a prestação dos serviços; a distância em que se encontram dos respectivos centros de referências; além de todo o contingente populacional flutuante entre as fronteiras, que geralmente não é contabilizado para fins de repasses de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) (GADELHA; COSTA, 2007).

Foz do Iguaçu, situada no extremo oeste do estado do Paraná, é exemplo dessa realidade, e um tema de grande apreensão e destaque é a saúde das gestantes, principalmente das brasiguaias, que rotineiramente buscam atendimento no município, em um primeiro momento para realização exclusiva do parto, sendo garantido o direito ao atendimento no hospital brasileiro, contudo, um serviço de acompanhamento pré-natal formalizado não era oferecido às mesmas (MELO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

O termo brasiguaião não tem uma definição padrão, Albuquerque (2010) indica várias definições que talvez possam representar o significado de brasiguaião. A definição de brasiguaias adotada nessa pesquisa considera mulheres com cidadania brasileira por nascimento ou união com brasileiro, residentes no Paraguai.

Diante disso, foi criado no ano de 2007 o Centro Materno Infantil (CMI), uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que presta serviço de acompanhamento pré-natal para gestantes brasileiras residentes no exterior (Argentina e Paraguai). Contudo, com o passar dos anos, essa demanda se desenhou quase que exclusivamente por gestantes brasiguaias, além de não excluir a possibilidade de que o serviço também seja utilizado por gestantes brasileiras residentes no território nacional e por estrangeiras, desde que cumpram os requisitos legais, ou seja, possuam relação marital legal com brasileiro ou que sejam filhas de brasileiros (a) e comprovem o domicílio (MELO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

Além do mais, as gestantes brasiguaias também buscam a assistência no momento do parto, e para isso utilizam o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) (MELO; VICTORA;

GONÇALVES, 2015), o qual possui uma ampla estrutura que contempla um Centro Obstétrico que é referência regional em partos com riscos e complicações maternas. A instituição realiza atualmente aproximadamente 350 partos por mês (HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI, 2017).

Laurenti e Buchalla (1997) destacam que para estudar a população em questão é importante que se leve em consideração um conjunto de fatores, tais como os socioeconômicos, as condições da saúde reprodutiva da mulher e a qualidade da assistência prestada à gestante. Esses fatores em conjunto representam fortes indicadores de saúde materno-infantil, influenciando diretamente sobre as condições das parturientes e seus recém-nascidos, até mesmo sobre os casos de “óbitos perinatais”.

Nesse conjunto, o pré-natal tornou-se instrumento fundamental, pois consiste numa sequência sistematizada de ações e elementos, com realização de exames médicos e consultas preconizadas, e suporte de referência especializada, se necessário (BRASIL, 2012a). O pré-natal influencia diretamente sobre as condições maternas no final da gestação, como também, do feto e do recém-nascido (nas primeiras horas de vida), uma vez que compartilham as mesmas circunstâncias e etiologias, sendo potencialmente evitáveis e dependentes diretamente do acesso e qualidade do serviço (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, o Brasil vem melhorando seus indicadores acerca da assistência pré-natal de forma significativa, especialmente em relação ao número de consultas realizadas pelas gestantes. Lembrando que é preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2005a). Os dados apresentados pela Secretaria de Vigilância em Saúde / MS (BRASIL, 2011), mostram que o percentual de mulheres residentes na região sul que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal apresentou proporções acima de 70% em 2009, com destaque aos municípios que possuem mais de 500 mil habitantes, nos quais essa proporção chega a um patamar de até 80%.

Contudo, mesmo diante dessa perspectiva positiva, a situação da gestante brasiguaiia atendidas no município de Foz do Iguaçu é preocupante, pois diariamente são muitos os desafios que essas mulheres enfrentam para a realização do pré-natal, dentre eles a distância, o custo, o meio de transporte, além da burocracia para retirada de documentos pessoais e obtenção do cartão SUS, via Consulado Geral do Brasil, requisito legais para a o atendimento e realização do pré-natal no CMI (MELO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

Além disso, trata-se de uma instituição referência para acompanhamento pré-natal, que segundo os autores Spindola, Penna e Progianti (2006), são instituições únicas, que viabilizam

a realização dos estudos de caracterização e possibilitam o conhecimento das principais características das mulheres, inclusive os principais fatores de risco relacionados à gestação.

Diante desse contexto, as características dos respectivos nascimentos são de extrema importância, pois possibilitam a identificação de variáveis epidemiológicas similares e inéditas, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, representando a completude dessas informações (SILVA; PELLOSO, 2009).

Ao longo desses anos, podemos elencar alguns estudos que utilizaram essas possibilidades, tendo como exemplo o estudo de Friche et al. (2006), realizado na cidade de Belo Horizonte - MG, no qual através da análise de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) identificou que os conglomerados com as piores características sociodemográficas também apresentavam as maiores taxas de mães adolescentes, com baixa escolaridade, que realizaram menos consultas de pré-natal que o preconizado pelo MS e com maior número de filhos mortos em gestações anteriores.

Portanto, objetivando estudar a população em questão na sua integralidade, e diante das inúmeras variáveis epidemiológicas que interferem no processo saúde-doença, os estudos de caracterização do perfil do binômio mãe-filho tornaram-se uma ferramenta fundamental, auxiliando no desenvolvimento de ações específicas, visando a melhoria da atenção à saúde (FRANCISCATTO et al., 2014). E nessa lógica, as unidades hospitalares de referência para partos de alto risco tem se destacado, possibilitando a viabilidade desses estudos, permitindo identificar os fatores que remetem às condições da assistência prestada durante a gestação (REIS et al., 2014).

Nesse contexto, é importante destacar a necessidade de estudos científicos que tragam a saúde da gestante assistida no CMI como foco de estudo, haja vista a sua importância sobre o desfecho do parto, principalmente sobre as condições dessas parturientes, do feto e dos recém-nascidos, pois geram dados epidemiológicos significativos para o município.

É fundamental conhecer quem são essas parturientes e seus recém-nascidos atendidos em instituição hospitalar de referência, contextualizando a busca da assistência pré-natal e parto em um município brasileiro de tríplice fronteira. A princípio, por meio da compreensão dessa realidade, espera-se que o presente estudo possa ser utilizado como um instrumento que auxiliará no planejamento e ações específicas do cuidado à gestante em regiões de fronteira.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Descrever o perfil das parturientes e seus recém-nascidos em uma instituição hospitalar de referência, entre usuárias que realizaram o pré-natal no Centro Materno Infantil (CMI) de Foz do Iguaçu/PR.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil das parturientes por meio de variáveis sociodemográficas e gestacionais;
- Delinear as condições do recém-nascido por meio de variáveis de nascimento e desfecho;
- Analisar a relação entre as condições do recém-nascido com o número de consultas de pré-natal.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Fronteira em debate: formação da identidade “brasiguiaia”

O Brasil possui uma faixa de fronteira extensa que corresponde a 27% do território nacional (11 estados e 588 municípios), reunindo cerca de 10 milhões de habitantes (BRASIL, 2010a).

Para fins conceituais, a região de fronteira foi estabelecida com a denominação de “Faixa de Fronteira” no ano de 1974, definido por um limite geográfico de 150 km no território nacional, a partir do limite com o país estrangeiro, e essa ação objetivou o aprimoramento da política de segurança nacional e posteriormente para fins de organização de políticas públicas que visavam o desenvolvimento econômico (BRASIL, 2005b). É necessário que se identifiquem esses territórios como ambientes de organização social complexa, onde convergem diversas realidades, políticas públicas não coerentes, aspectos culturais e econômicos que se contrapõem, resultando em uma população ímpar com singularidades importantes para estudos científicos (SOUZA, 2013).

Nesse contexto, na região Sul do Brasil, mais precisamente no estado do Paraná, encontra-se Foz do Iguaçu, numa região de tríplice fronteira marcada por um forte dinamismo entre os três países (Brasil, Paraguai e Argentina), região esta que conta com uma população estimada em 815 mil habitantes (CURY; FRAGA, 2013).

O município está localizado ao extremo oeste do Paraná, distante 690 km de sua capital Curitiba, faz divisa através do Rio Paraná com Ciudad Del Leste, no Paraguai, e do Rio Iguaçu, com a cidade de Puerto Iguazú, na Argentina (BRASIL, 2005b). De acordo com Silva (2006), é essa posição geográfica privilegiada, com seus limites territoriais que faz de Foz do Iguaçu um município de fronteira e uma “cidade gêmea”, originando a denominação tríplice fronteira.

Contudo, a definição estabelecida pela portaria nº 213, de 19 de julho de 2016 do Ministério da Integração Regional, é um pouco mais abrangente, estabelecendo o conceito de "cidades-gêmeas" nacionais e os critérios adotados para essa definição:

Art. 1º Serão considerados cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania.

Esse município tem um processo histórico bastante complexo, com um acelerado processo de ocupação, iniciado em 1940, impulsionado pelo Programa Nacional Marcha para o Oeste com grande afluxo populacional do estado de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, articulando as atividades rurais e urbanas, incentivando a implantação da infraestrutura e transporte (CONTE, 2013). Posteriormente, na década de 1970, quando a Usina Hidrelétrica de Itaipu foi construída, grande contingente populacional foi atraído para a região (SPRANDEL, 2006). São fatos históricos que ajudaram a resultar num município que possui grupos vulneráveis e numerosos como: migrantes, minorias étnicas, trabalhadores que realizam atividades temporárias; além de usuários dos países vizinhos, que atravessam a fronteira tentando superar as carências de seu país de origem, potencializando o risco de emergência e re-ergência de doenças (PEITER, 2005), resultando numa população bastante heterogênea, composta por mais de cinquenta etnias diferenciadas (SILVA, 2006).

O fluxo inverso de pessoas também acontece, desde 1950, quando muitos brasileiros migraram para o Paraguai, atraídos por melhores condições de vida e pelos baixos preços de áreas cultiváveis (JUNIOR, 2014), e tomou maior evidência a partir da década de 1970, quando milhares de agricultores brasileiros transferiram-se para o país vizinho, expulsos pela monocultura da soja e a construção da Usina de Itaipu (GIOVANELLA et al., 2007).

Além da construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu (1974-1983), outros dois projetos ajudaram a consolidar a integração entre as duas nações: a construção de um porto franco em Paranaguá (litoral do estado) e a Ponte Internacional da Amizade (1956-1965) que ligaria as duas cidades-gêmeas (Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este), possibilitando uma melhor relação econômica, cultural e política entre os dois países, intensificando o presente trânsito fronteiriço (MENEZES, 1987 p. 11-15).

Como fruto dessa relação histórica, surgiu a identidade brasiguai, a qual está relacionada com a presença política, econômica e cultural que o cidadão brasileiro representa no Paraguai (JUNIOR, 2014). Explorando o processo histórico de formação da identidade dos brasiguaios, notam-se muitas lutas, em um contexto geopolítico estritamente relacionadas à agricultura e movimentos migratórios, que além da dificuldade de acesso à saúde, enfrenta uma série de outros problemas, como a situação de documentação de terras e conflitos com camponeses, e essa representação é tão marcante que no final da década de 1990 estimava-se que já existiam aproximadamente 350 mil brasileiros residindo no Paraguai (SPRANDEL, 2006).

Muitas questões de relações bilaterais com o Paraguai fazem parte da mudança de um paradigma, com uma política de ordenamento do território nacional, levando em consideração

o fluxo transfronteiriço e sua importante repercussão no campo social dos dois países (SOUZA, 2013).

Essa característica justifica-se com o entendimento de que os países possuem diferenças em termos de desenvolvimento econômico e social, resultando em benefícios para quem busca os serviços públicos no lado brasileiro da fronteira, que possui maior qualidade e eficiência, em contrapartida, muitos brasileiros residem no país vizinho em virtude de oferta de emprego e de isenção de pagamento de tributos (ALBUQUERQUE, 2015).

3.2 MERCOSUL: a garantia do direito à saúde

Criado em 1991, o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) visa um processo de integração regional entre os países, que inicialmente almejava a livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital, ou seja, fundamentos econômicos de um mercado único. Houve mudanças significativas incorporando progressivamente na agenda política dos governantes as questões políticas sociais, principalmente a garantia do direito à saúde (GIOVANELLA et al., 2007).

Tal mudança no paradigma foi necessária devido à realidade das fronteiras do Brasil com os países Sul Americanos, que por muitos anos, caracterizou-se pelo expressivo trânsito de pessoas especialmente provenientes do Paraguai, Argentina e Uruguai, confirmando a necessidade de fortalecimento das discussões acerca dos direitos, principalmente na área da saúde, e também a garantia do exercício da cidadania dessa população flutuante, devido à ausência de titularidade formal do direito à saúde, garantido pela Constituição Federal Brasileira (DAL PRÁ; MENDES; MIOTO, 2007).

Peculiaridades essas que ainda estão fortemente presentes nos dias atuais, o trânsito entre as fronteiras tem gerado a necessidade de criação de políticas públicas pontuais para fruição dos direitos, em especial na área da saúde (GADELHA; COSTA, 2007).

O MERCOSUL tornou-se um agente protagonista para o processo de integração regional no desenvolvimento de políticas sanitárias nas suas respectivas cidades de regiões de fronteira, onde o abandono no atendimento à saúde não se reflete somente no indivíduo, mas também comumente nas próprias prefeituras das cidades, que por não receberem o devido apoio financeiro do governo federal, não possuem condições de suprir a população flutuante, quanto à falta de estrutura, critérios e institucionalização do atendimento perante o SUS tornam-se determinantes (SCHWARTZ; FUGA, 2015).

Esses aspectos são notórios no estudo desenvolvido por Giovanella et al. (2007), com objetivo geral de analisar as condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças: seus resultados mostram que, na percepção dos Secretários Municipais, a maioria dos entrevistados afirmaram saber que há, frequentemente, uma demanda de estrangeiros que procuram atendimento no SUS, sendo recorrente na maioria das localidades (municípios brasileiros de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai), com destaque a busca dos brasileiros residentes no exterior, sendo até mais expressiva que a busca pelos estrangeiros.

É importante destacar que o SUS garante assistência gratuita e integral a todo cidadão brasileiro, porém, nos municípios de regiões de fronteira os serviços de saúde ofertados são baseados na população local, assim o atendimento aos brasileiros residentes no exterior cria um desequilíbrio diante da oferta e demanda dos serviços de saúde, em consequência da falta de recursos capacitados, insuficiência de equipamentos, e a distância do município com os centros de referência, gerando sobrecarga de serviços e afetando a qualidade da atenção (CAZOLA et al., 2011). Torna-se então, uma realidade frequente e marcante a esses municípios, onde a falta de políticas públicas específicas para atendimento dessa população “flutuante” geram consequências graves e duradouras (ALBUQUERQUE, 2012).

Nesse sentido, é fundamental destacar a iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em parceria com o Mercosul, que lançaram o Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL (SIS - MERCOSUL), no ano de 2005, com intuito de formalizar e promover maior agilidade nas ações de saúde nas regiões de fronteira do Brasil com os países da América do sul, na tentativa de legalização das relações nessas regiões (GALLO; COSTA, 2004).

Nessa mesma linha, o Governo Federal instituiu em 2005, por meio da portaria nº 1 120/GM, o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-FRONTIERS), que buscava uma oferta adequada dos serviços em saúde e otimização da infraestrutura, tendo em vista o brasileiro que reside no exterior (FOZ DO IGUAÇU, 2007).

Desde sua criação, o SIS-Fronteiras teve um papel importante para os serviços de saúde dos 121 municípios brasileiros de fronteira, incluindo Foz do Iguaçu, visando garantir o atendimento da população fronteiriça auxiliando os gestores municipais na formulação de estratégias para melhorar a saúde local, contudo, há algumas dificuldades e restrições, principalmente no contexto de tratamentos de saúde mais complexos e contínuos (AZEVEDO, 2015).

Destacam-se principalmente as dificuldades no campo da gestão, mais precisamente em relação aos recursos financeiros, os quais foram utilizados em uma série de programas e serviços atendendo às necessidades do sistema municipal de saúde, e mesmo diante disso, os

objetivos iniciais do programa não foram alcançados, prejudicando o processo de cooperação transfronteiriça. Os pontos apresentados em torno do SIS-Fronteiras fortalecem a necessidade de pesquisas para melhor avaliar a implementação e identificar as alterações ético-políticas e institucionais decorrentes desse dispositivo nessas regiões, principalmente em torno dos recursos financeiros, pouco abordados na atual literatura científica (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

A base de cálculo para o repasse dos recursos do SIS-Fronteiras foi realizado sobre o Piso de Atenção Básica (PAB), cerca de 40%, o que corresponde a R\$1.454.024,00 para o município de Foz do Iguaçu, de acordo com Brasil (2005b) apud Azevedo (2015). O recurso foi destinado à implantação e execução do plano de ação, com a liberação parcelada do recurso de acordo com a etapa em exercício, contudo, tal recurso não resolve o problema criado entre a demanda fixa e flutuante dos municípios brasileiros de fronteira, além do mais, esse problema só se agrava com o término do apoio financeiro ao programa por parte do governo federal, a partir de 2013 (AZEVEDO, 2015).

Entre 2005 e 2012, muitas políticas visaram a melhoria desse cenário, inclusive com mudanças significativas na ampliação do cadastro do cartão SUS. No ano de 2011, houve a criação de um acordo específico, o qual passou a permitir que os brasileiros e seus descendentes residentes no Paraguai pudessem, via consulado em Ciudad Del Este, ter acesso ao cartão SUS (ALBUQUERQUE, 2012).

Foz do Iguaçu também conta com o apoio do Grupo de Trabalho Itaipu Saúde (GT Itaipu Saúde). Criado em 2003, tinha como objetivo inicial apenas dar apoio às duas instituições hospitalares regidas pela administração da Itaipu (o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, do lado brasileiro; e o área 2, do lado paraguaio), porém nos anos seguintes o GT expandiu suas ações, por meio de fóruns de discussão e desenvolvimento de projetos específicos, envolvendo diferentes atores sociais, governamentais e não governamentais de ambos os países (Brasil e Paraguai), e no ano de 2009 a Argentina também foi convidada a integrar o grupo de países participantes, desenvolvendo políticas preventivas em diversas áreas da saúde, inclusive em saúde materno-infantil (ALBUQUERQUE, 2012).

3.3 Foz do Iguaçu e a importância dos serviços de saúde

Com uma faixa de fronteira compartilhada de 1.339 quilômetros, o Brasil é o principal mercado de produtos do Paraguai. Para este fim criam-se pontes de diálogos e muitas

experiências. A comunidade brasileira residente no país vizinho é estimada entre 390 a 480 mil, a segunda maior comunidade brasileira no exterior, ficando atrás apenas da comunidade brasileira nos Estados Unidos da América (EUA) (MARINUCCI et al., 2008).

Por essa característica, situações emergenciais contribuem para que os serviços especializados na área da saúde dos municípios brasileiros de fronteira sejam utilizados indistintamente independentes da origem do paciente. Além disso, Foz do Iguaçu obtém destaque nesse cenário por um forte fluxo de relações urbanas internacionais, com ênfase na estreita relação das funções comerciais e de serviços como polo turístico nacional. Conta com uma importante infraestrutura logística, lhe possibilitando um vínculo importante com Puerto Iguazu na Argentina, com Ciudad Del Este no Paraguai e com as cidades brasileiras adjacentes (PARANÁ, 2008).

A percepção dos gestores municipais dos municípios brasileiros de fronteira com o Paraguai define que há um grande fluxo de brasiguaios que retornam ao Brasil buscando atendimento gratuito de saúde, implicando diretamente na gestão financeira do SUS (GIOVANELLA et al., 2007).

Em sua fase I (Diagnóstico local de Saúde e Elaboração do plano Operacional), o SIS-Fronteiras, ano de 2006, através da aplicação de questionários sobre o atendimento dos brasileiros que residem no Paraguai e Argentina nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) na cidade de Foz do Iguaçu, diagnosticaram alguns aspectos importantes, com destaque para a situação das gestantes brasiguaias, que rotineiramente procuram atendimento no município brasileiro para realização do pré-natal e parto, serviços gratuitos e de qualidade no SUS (FOZ DO IGUAÇU, 2007).

Para suprir essa demanda, foi criado em 2007, o Centro Materno Infantil em Foz do Iguaçu, o único e primeiro serviço de pré-natal de fronteira, sendo um serviço quase exclusivamente utilizado por brasiguaias (FOZ DO IGUAÇU, 2007). O acesso ao CMI pode ocorrer por duas vias: essas mulheres são encaminhadas pela Casa do Migrante, situada no Brasil ou pelo Consulado-Geral do Brasil, em Ciudad Del Este, Paraguai (MELO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

É importante destacar que a criação desse serviço só foi possível graças ao apoio do GT Itaipu Saúde, que em conjunto com o SIS-Fronteiras, trabalharam em função da ampliação dos recursos destinados a atender essas gestantes (ALBUQUERQUE, 2012).

O município conta ainda com o Centro de Atendimento a Gestante, com uma estrutura que integra Centro Obstétrico e a UTI Neonatal do HMCC. Tornou-se referência da 9ª Regional de Saúde do Paraná em partos com riscos e complicações maternas (hipertensão, diabetes, asma

ou histórico de problemas cardíacos), atendendo também os pacientes do SUS, realizando aproximadamente 350 partos por mês (HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI, 2017).

Com esse aporte estrutural, localização geográfica exclusiva, o município está inserido em uma política de regionalização da saúde, destacando sua importância de papel articulador e protagonista, onde sob sua área de influência encontram-se oito municípios: Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguçu, Medianeira, Matelândia, Ramilândia, Missal, Itaipulândia e Serranópolis do Iguçu, além dos usuários provenientes da Argentina e Paraguai caracterizando a 9ª Regional de Saúde (CONTE, 2013).

Contudo, a garantia dos direitos sociais aos que vivem no país vizinho ainda é visto por boa parte dos governantes como ações ilegais e ilegítimas, visto que esses direitos ainda estão fortemente ligados a arrecadação de tributos de uma população que vive e produz no território nacional (ALBUQUERQUE, 2012).

3.4 Pré-natal: uma assistência sistematizada

Com uma breve retrospectiva histórica, constata-se que foi na primeira metade do século XX que houve uma consolidação do conhecimento e da prática médica obstétrica se estendendo até neonato, resultando em mudanças significativas ao binômio materno-infantil (TANAKA, 1994).

A gravidez, apesar de ser um processo fisiológico natural, pode, em determinadas situações, colocar a gestante em situação de risco, principalmente quando já existe histórico de algum processo patológico em gestações anteriores, e em virtude disso, a gestante deve ser devidamente acompanhada, prevenindo prejuízos a saúde da mãe, do feto e recém-nascido (TREVISAN et al., 2002).

Ressalta-se que os problemas durante a gestação têm forte relação casual com diversos fatores, desde aqueles de natureza biológica, fatores socioeconômicos, além da qualidade e acesso aos serviços de atenção à saúde. Os cuidados médicos por vezes não correspondem às demandas (SILVA et al., 2006).

Nessa perspectiva, o estudo de Ferrari et al. (2014), analisou os desfechos óbitos neonatais ocorridos no município de Londrina, interior do Paraná, entre os anos de 2000 a 2009, mostrando que a realização de um número igual ou inferior a seis consultas de pré-natal está associada a algum tipo de afecção gestacional, e sua grande maioria evoluindo para o TPP.

O estudo de Martins (2010) apresenta dados significativos quando se trata do desfecho óbito perinatal e avaliação da assistência pré-natal, realizado no município de Belo Horizonte, no período de 2003 a 2007, a autora constatou que as falhas na assistência pré-natal estão associadas tanto ao desfecho óbito fetal, quanto neonatal precoce; a desmotivação e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são alguns dos motivos alegados pelas gestantes para a não realização do pré-natal.

Doldan, Costa e Nunes (2011), constataram que no município de Foz do Iguaçu - PR os recém-nascidos cujas mães realizaram um número inferior a quatro consultas de pré-natal apresentaram maior risco de intercorrências e óbitos neonatais.

Nesse contexto, e atendendo às reivindicações das mulheres, é que o Brasil voltou suas ações ao tema, introduzindo, no ano de 1983, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). As políticas públicas que até a devida época davam ênfase à saúde materno-infantil sofreram algumas mudanças, com a saúde integral da mulher constituindo uma nova abordagem, em destaque a realização do pré-natal (KORNIJEZUK, 2015).

Na sequência, no ano de 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento, estabelecendo critérios marcadores de desempenho, além da disponibilização de incentivos financeiros aos municípios (BRASIL, 2000).

O Pré-natal, por sua vez, consiste em um conjunto de ações sistematizadas e preconizadas pelo MS, voltado para atender às reais necessidades de toda a população gestante, através de conhecimentos técnico-científicos (BRASIL, 2012a). Ainda de acordo com o MS (BRASIL, 2005a), uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio de um conjunto de ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante, desde um atendimento na Unidade Básica de Saúde até o nível hospitalar como no pré-natal de alto risco.

Cabe aos estados e municípios, por meio de seus sistemas de saúde, a garantia de realização de no mínimo seis consultas de pré-natal; realização de exames complementares (ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, glicemia, VDRL, urina tipo 1, testagem anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose na primeira consulta); imunização antitetânica; avaliação do estado nutricional; ultrassonografia obstétrica quando disponível, além da prevenção, diagnóstico e tratamento de qualquer intercorrência (BRASIL, 2005a).

O Brasil vem se destacando positivamente, o percentual de mães com nenhuma consulta de pré-natal reduziu de 4,7% para 1,8% entre os anos de 2000 a 2009, destaque também para o aumento proporcional do número de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal,

obtendo destaque a região Sul do país, cuja porcentagem que anteriormente era de 50% chegou a 70% - 80%, nos municípios com 500 mil ou mais habitantes no mesmo período (BRASIL, 2011).

Este conjunto de ações converge para uma boa saúde materna, fetal e neonatal, contribuindo para que as complicações sejam reduzidas (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012). O pré-natal é, em muitos países, a única oportunidade das gestantes receberem uma assistência especializada, preservando a saúde física e moral da mãe, além de identificar alterações patológicas que possam repercutir drasticamente sobre o feto (TREVISAN et al., 2002).

Melo, Victora e Gonçalves (2015) destacam que mesmo diante dessa perspectiva positiva, os desafios que as gestantes brasileiras enfrentam para realização do pré-natal no Brasil são muitos: a distância, o custo e o meio de transporte, sendo que neste último caso, muitas vezes a única opção é a utilização de facilitadores informais, além de passarem por um processo burocrático para retirada de certidões/documentos pessoais, via Consulado Geral do Brasil, para obtenção do cartão SUS, legitimando a busca de atendimento e realização do pré-natal no CMI.

3.5 Binômio mãe-filho e a importância dos estudos de caracterização

Diante das inúmeras variáveis epidemiológicas que interferem no processo saúde-doença, os estudos de caracterização do perfil do binômio mãe-filho tornou-se uma ferramenta fundamental, auxiliando no desenvolvimento de ações específicas, visando a melhoria da atenção à saúde (FRANCISCATTO et al., 2014).

Enfatizando que os aspectos sociais e as características obstétricas dessas parturientes são condições que influenciam diretamente no acesso a assistência ao parto hospitalar (MONTESCHIO et al., 2014), as unidades hospitalares de referência para partos de alto risco têm se destacado, possibilitando a viabilidade dos estudos que permitem identificar as condições dessas parturientes, e dos seus recém nascidos, evidenciando os fatores que remetem às condições da assistência prestada à gestante durante a gestação (REIS et al., 2014).

O conhecimento sobre as características dos nascimentos tornam-se de igual importância, visto que possibilita a identificação de características epidemiológicas similares para o binômio mãe-filho, para que futuramente possam representar a realidade dessa população, servindo de base para o desenvolvimento de políticas estratégicas e efetivas, visando melhorias de saúde da população assistida (SILVA; PELLOSO, 2009).

É importante que os profissionais utilizem bancos de dados que agreguem variáveis desses respectivos pacientes, compreendendo dados de grande relevância sobre a parturiente (gestação e parto) e sobre os recém-nascidos (nas primeiras horas de vida), contendo respectivamente informações sobre o período gestacional, o nascimento, momento do parto e puerpério imediato (FRANCISCATTO et al., 2014).

Esta estratégia permite identificar grupos expostos a diferentes fatores e detectar necessidades especiais de saúde em subgrupos populacionais resultando em intervenções pontuais voltadas a redução dos casos de óbitos (HARTZ et al., 1996).

Ventura e Gomes (2010) destacam que as características desses dois grupos variam de acordo com cada região do país, e sofrem influência da capacidade de intervenção e com o grau de diferenciação dos serviços de saúde.

Almeida e Barros (2004) discutem os fatores sociais, biológicos e a assistência pré-natal, que exige a proposição de modelos explicativos para a análise de seus determinantes. Diante da diversidade de variáveis, a literatura científica da área materno-infantil vem buscando identificá-los.

Alguns fatores amplamente conhecidos são as condições do recém-nascido (peso, prematuridade e Apgar); e uma diversidade de características maternas: condições socioeconômicas, raça/cor, idade, situação conjugal, antecedentes reprodutivos (paridade, intervalo interpartal, antecedentes de parto prematuro, de natimorto e de aborto e tipo de parto), além de indicadores do pré-natal (número de consultas, idade gestacional na primeira consulta) (RIBEIRO et al., 2009; SCHOEPS et al., 2007).

Barbeiro et al. (2015), destaca que o número de consultas de pré-natal, a idade materna maior que 35 anos e perdas fetais anteriores, estão relacionados com piores desfechos ao recém-nascido.

Outro estudo caso-controle de Klein et al. (2012), realizado no município de Caxias do Sul – RS, também constatou que o número de consultas durante o pré-natal inferior a seis, nível de escolaridade e a natimortalidade prévia estão significativamente associadas ao desfecho óbito fetal.

Nessa lógica, as instituições de referência são muito importantes, pois permitem reconhecer características, fatores associados e as principais intercorrências que poderiam ser evitadas ou tratadas (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006).

4. PERCURSO METOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, realizado no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016.

4.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Ministro Costa Cavalcante (HMCC), instituição hospitalar localizada em Foz do Iguaçu - PR, município de tríplice fronteira, com uma população estimada em 263.915 no ano de 2016, estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

A referida instituição é referência para atendimento à gestação de alto risco para os municípios que compõem a nona Regional de Saúde do estado do Paraná: Foz do Iguaçu; Serranópolis do Iguaçu; Ramilândia; São Miguel do Iguaçu; Santa Terezinha de Itaipu; Missal; Matelândia; Medianeira e Itaipulândia, além de absorver a demanda proveniente dos países vizinhos, principalmente do Paraguai, brasiguaias que rotineiramente procuram atendimento no município, não somente para realização do parto, como também para realização do pré-natal no CMI (MELO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

4.3 Busca de dados e população

Os dados secundários foram buscados nos arquivos do HMCC, por meio de prontuários eletrônicos e livros de registros do Centro de Atendimento à Gestante, referência para atendimento à gestante de alto risco do HMCC.

A população compreendeu todas as mulheres que passaram pelo processo de parto na referida instituição hospitalar no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016, e que obrigatoriamente realizaram o pré-natal no CMI no município de Foz do Iguaçu - PR, independente da nacionalidade e país de residência.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídas nesta pesquisa as gestantes submetidas a partos cesáreos e normais no período indicado; brasileiras residentes no território nacional, brasiguaias e estrangeiras que tenham realizado pré-natal no CMI.

4.5 Instrumentos de busca de dados

As informações foram lançadas em uma planilha no *software Microsoft Office Excel®*, um instrumento estruturado com variáveis organizadas da seguinte forma:

Dados da Mãe:

- *Variáveis sociodemográficas*: idade materna, nacionalidade, convênio.
- *Variáveis gestacionais e obstétricas*: número de gestações (incluindo a atual), partos cesáreos anteriores e abortos anteriores, número de consultas de pré-natal, apresentação e tipo de parto.

Dados do Recém-nascido:

- *Variáveis de admissão e desfecho*: sexo, peso, idade gestacional, Apgar 1º e 5º minuto, destino do recém-nascido após o nascimento: alojamento conjunto (AC), unidade de terapia intensiva neonatal (UTI), unidade de cuidados intermediários (UCI) e óbito.

4.6 Classificações das variáveis

A inserção no pré-natal foi classificada através do número de consultas em: pré-natal ausente (quando a gestante não realizou nenhuma consulta); pré-natal inadequado ou precário, quando realizou de uma a três consultas; pré-natal regular ou intermediário, quando realizou de quatro a seis consultas; e pré-natal adequado, quando a mulher compareceu a mais de seis consultas (adaptação realizada por Santos et al. (2009), considerando que o MS preconiza a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal.

As parturientes foram classificadas em brasileiras, brasiguaias e estrangeiras, independentemente da idade (BRASIL, 1988).

O recém-nascido foi classificado quanto a idade gestacional, segundo a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1961) em: prematuro (até 36 semanas); termo (≥ 37 semanas e ≤ 41 semanas); pós-termo (≥ 42 semanas). O peso do recém-nascido foi classificado segundo a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995) em: baixo peso (peso inferior a 2500g); peso insuficiente (peso entre 2500-2999g); peso adequado (peso entre 3000-3999g); excesso de peso ou macrosomia (4000g ou mais). O Índice de Apgar de 1º e 5º minuto foram classificados como < 7 e ≥ 7 (APGAR; JAMES, 1962). O parto foi classificado como cesáreo ou normal.

4.7 Análises dos dados

As planilhas de dados de variáveis sociodemográficas, gestacionais e obstétricas maternas, bem como dados das variáveis de nascimento e desfecho do recém-nascido passaram por avaliação, aplicou-se para cada variável o teste Qui-quadrado para k proporções, considerando que as pressuposições deste teste são atendidas. O objetivo foi avaliar se as proporções observadas em cada categoria mostram ou não diferenças significativas. As seguintes hipóteses foram testadas ao nível de 5% de significância: H_0 : as proporções são iguais; H_1 : Ao menos uma proporção difere das demais.

Para avaliar o perfil das condições do recém-nascido em relação ao número de consultas de pré-natal, foi aplicado o teste de Qui-quadrado para Independência, e, quando necessário, o procedimento Permutacional de Monte Carlo em situações de não cumprimento dos pressupostos do teste. Em casos de significância estatística no teste de Qui-quadrado, foi aplicado o teste de acompanhamento de Resíduos Ajustados ($\alpha=5\%$).

Todas as análises foram realizadas no programa licenciado XLSTat Versão 2017 (Addinsoft, 2017).

4.8 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Anexo A), seguindo todos os preceitos básicos estabelecidos pelas Resoluções CNS/MS nº. 466/2012e CNS nº. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, quanto às dimensões éticas para a pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016).

5. RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico, gestacional e obstétrico das parturientes

Foram analisadas 15 variáveis, considerando 524 observações referentes ao período 2010-2016. Verificou-se que 97,71% das parturientes apresentaram convênio público.

A variável Nacionalidade foi discretizada em cinco categorias, entretanto, somente as três primeiras categorias aparecem dentre as observações. Verificou-se que 76,34% das parturientes eram brasileiras, 11,64% paraguaias e 12,02% brasiguaias. Contudo, não há diferença estatística significativa entre a proporção de brasiguaias e paraguaias atendidas.

A análise exploratória evidenciou que 70,23% das parturientes tinham entre 20 e 34 anos, 17,94% possuíam até 19 anos e 11,83% mais de 35 anos.

Em relação ao número de gestações, observou-se que 29,01% das parturientes estavam na 2ª gestação, 37,21% na 1ª gestação e 33,78% na 3ª gestação ou mais. O número de parturientes que estavam na primeira gestação foi maior do que as que estavam na segunda.

Com relação à realização de parto cesáreo em gestações anteriores, verificou-se que 79,96% das parturientes não tiveram nenhum parto cesáreo, 14,31% tiveram uma cesárea e 5,73% tiveram 2 ou mais cesáreas.

Quanto à ocorrência de aborto em gestações anteriores, verificou-se que 84,92% das parturientes não tiveram aborto.

Com relação ao número de consultas de pré-natal, 44,08% das parturientes foram de 4 a 6 consultas, 36,64% em 7 ou mais consultas e 17,75% compareceram de 1 a 3 consultas.

Observa-se que 97,33% das pacientes tiveram uma apresentação cefálica do feto. Notou-se ainda que a apresentação córmica não foi observada em nenhuma das parturientes.

A respeito do tipo de parto, 67,18% das pacientes tiveram partos normais e 32,06% fizeram cesáreas (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico, gestacional e obstétrico das parturientes, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2017.

Variável	Categorias	Frequência por categoria	Frequência relativa	p-valor
Convênio	Público	512 ^a	97,71	<0,0001
	Privado	12 ^b	2,29	
Nacionalidade	Brasileira	400 ^a	76,34	<0,0001
	Brasiguaiia	63 ^b	12,02	
	Paraguaia	61 ^b	11,64	
Idade materna	< = 19	94 ^b	17,94	<0,0001
	20 a 34	368 ^a	70,23	
	> = 35	62 ^c	11,83	
Nº de Gestações	1 ^a	195 ^a	37,21	0,018
	2 ^a	152 ^b	29,01	
	3 ^a ou mais	177 ^{ab}	33,78	
Cesáreas anteriores	Nenhum	419 ^{-a}	79,96	<0,0001
	1º	75 ^b	14,31	
	2º ou mais	30 ^c	5,73	
Abortos anteriores	Sim	79 ^b	15,08	<0,0001
	Não	445 ^a	84,92	
Nº de consultas de Pré-natal	1 a 3	93 ^c	17,75	<0,0001
	4 a 6	231 ^a	44,08	
	> = 7	192 ^b	36,64	
	NA	8	1,53	
Apresentação	Cefálica	510 ^a	97,33	<0,0001
	Pélvica	10 ^b	1,91	
	NA	4	0,76	
Tipo de parto	Normal	352 ^a	67,18	<0,0001
	Cesárea	168 ^b	32,06	
	NA	4	0,76	

Letras diferentes indicam diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) entre as categorias das variáveis.

NA – Falhas de registros ou dados ausentes

5.2 Condições do recém-nascido

Do total de 524 parturientes, foram analisadas 529 crianças recém-nascidas, sendo 10 consideradas gemelares.

Verificou-se que 50,28% dos recém-nascidos eram do sexo feminino. O sexo “indefinido” não foi constatado em nenhum caso observado.

Pode-se constatar que 93,95% dos recém-nascidos apresentaram peso igual ou superior a 2,5 kg.

Em relação à idade gestacional, observou-se que 92,06% dos recém-nascidos tinham de 37 a 41 semanas (Termo), 7,56% tinham até 36 semanas (Prematuro) e 0,19% dos bebês tinham 42 semanas ou mais (Pós-termo).

No tocante ao Apgar, pode-se constatar 94,52% dos recém-nascidos apresentaram Apgar 1º minuto igual ou maior que 7. Já 98,30% dos recém-nascidos apresentaram Apgar 5º minuto igual ou maior que 7.

Quanto ao destino, observou-se que 96,22% dos recém-nascidos foram encaminhados ao AC, 2,27% e 0,57% a UTI e UCI neonatal, respectivamente. Sendo que 0,94% dos recém-nascidos foram a óbito. Contudo, não houve diferença estatística significativa entre a proporção de recém-nascidos que foram encaminhados para UTI, UCI e aqueles que tiveram óbito (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil das condições dos recém-nascidos, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2017.

Variável	Categorias	Frequência por categoria	Frequência relativa	p-valor
Sexo	Feminino	266	50,28	0,854
	Masculino	263	49,72	
Peso	<2,5 kg	32 ^b	6,05	<0,0001
	> = 2,5 kg	497 ^a	93,95	
Idade Gestacional	Prematuro	40 ^b	7,56	<0,0001
	Termo	487 ^a	92,06	
	Pós-termo	1 ^c	0,19	
	NA	1	0,19	
Apgar 1º	< 7	29 ^b	5,48	<0,0001
	> = 7	500 ^a	94,52	
Apgar 5º	< 7	9 ^b	1,70	<0,0001
	> = 7	520 ^a	98,30	
Destino	AC	509 ^a	96,22	<0,0001
	UCI	3 ^b	0,57	
	UTI	12 ^b	2,27	
	Óbito	5 ^b	0,94	

Letras diferentes indicam diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) entre as categorias das variáveis.

NA – Falhas de registros ou dados ausentes

5.3 Relação entre as condições do recém-nascido e o número consultas de pré-natal

Foi possível verificar que as variáveis: Peso, Apgar 5º minuto e Destino, analisadas dos recém-nascidos, não apresentaram relação significativa com a frequência de consultas de pré-natal.

Contudo, em relação à Idade Gestacional, as mulheres que realizaram 7 consultas ou mais durante o pré-natal, tiveram maior frequência de crianças nascidas a termo, enquanto as crianças prematuras foram significativamente mais frequentes entre as mulheres que realizaram entre 1 a 3 e 4 a 6 consultas.

Quanto ao valor de Apgar no 1º minuto, foi possível verificar que crianças recém-nascidas com Apgar menor que 7 foram significativamente mais frequentes entre as parturientes que realizaram entre 1 a 3 consultas (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre as condições do recém-nascido e o número de consultas de pré-natal. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2017.

Variável\Estatística	Categorias	1 a 3 consultas		4 a 6 consultas		>= 7 consultas		p-valor
		FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
Peso								
	< 2,5 kg	10	10,6	15	6,4	7	3,6	0,064
	>= 2,5 kg	84	89,4	218	93,6	187	96,4	
Idade Gestacional								
	Prematuro	12 ^a	12,8	21 ^{ab}	9,0	7 ^b	3,6	0,027
	Termo	82 ^b	87,2	210 ^b	90,1	187 ^a	96,4	
	Pós-termo	0	0,0	1	0,4	0	0,0	
	NA	0	0,0	1	0,4	0	0,0	
Apgar 1º								
	< 7	11 ^a	11,7	8 ^b	3,4	10 ^b	5,2	0,012
	>= 7	83 ^b	88,3	225 ^a	96,6	184 ^a	94,8	
Apgar 5º								
	< 7	3	3,2	4	1,7	2	1,0	0,507
	>= 7	91	96,8	229	98,3	192	99,0	
Destino								
	Alojamento conjunto	88	93,6	224	96,1	189	97,4	0,602
	UCI	0	0,0	2	0,9	1	0,5	
	UTI	4	4,3	5	2,1	3	1,5	
	Óbito	2	2,1	2	0,9	1	0,5	

Letras diferentes indicam diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) entre as categorias das variáveis.

NA – Falhas de registros ou dados ausentes

6. DISCUSSÃO

6.1 Perfil sóciodemográfico e gestacional das parturientes

Quanto à utilização de convênio, público ou privado, constatou-se predomínio de mulheres que utilizaram o SUS. Tal fato ocorre muito provavelmente em função das condições sociais nas quais estão inseridas, onde, em busca pelo acompanhamento pré-natal no CMI, e conseqüentemente ao parto no HMCC, essas mulheres utilizam o SUS. Segundo Giovanella et al. (2007) essa é uma realidade que já é de conhecimento dos gestores dos municípios brasileiros, sabendo que o fluxo de brasiguaios que retornam ao Brasil, geralmente estão em busca de um atendimento gratuito de saúde, refletindo diretamente na gestão financeira do SUS.

Em Foz do Iguaçu, essa alta demanda é impulsionada pelas condições dos serviços de saúde no país e região de onde vivem, que são precárias e muitas vezes inexistentes, refletindo constantemente em problemas para o SUS. Identificam-se nessa região o fator pobreza que mobiliza a vinda desses usuários em busca de serviços públicos e de qualidade (atendimento médico, medicamentos e cobertura vacinal), alguns ainda procuram outros serviços sociais como forma de obter acesso a esses serviços. A incessante busca pela legalização e utilização do SUS, por parte desses brasiguaios, só refletem a condição social na qual estão inseridos e a exclusão social que é marcante na região (NOGUEIRA; DAL PRA; FERMIANO, 2007).

Dessa forma, os dados apresentados no estudo só reafirmam a atual literatura científica, trazendo à tona a importância do SUS como uma assistência à saúde de forma gratuita e universal para essa população fronteiriça, suprimindo os déficits dos serviços de saúde oferecidos nos países de origem (DALPRA; MENDES; MIOTO, 2007)

Comparando esses dados com as pesquisas científicas publicadas sobre o tema, percebe-se que os dados aqui apresentados, acerca da nacionalidade, são contraditórios e geram um importante tópico de discussão. Pressupõe que esses dados não representem fidedignamente frente o atual cenário dessas gestantes no município de Foz do Iguaçu, PR.

O diagnóstico local realizado pelo SIS-Fronteiras Foz do Iguaçu (2007), e os demais estudos que vieram na sequência, Albuquerque (2012) e Melo, Victora e Gonçalves (2015) sustentam essa discussão, pois destacaram que a utilização do CMI, desde sua criação, é quase que exclusiva de brasileiras gestantes oriundas do Paraguai (brasiguaias), podendo o serviço também ser utilizado, em situações esporádicas, por gestantes brasileiras residentes no território nacional e estrangeiras.

Quando o resultado da pesquisa aponta 76,34% das parturientes eram brasileiras (fizeram pré-natal no CMI e declararam ser moradoras do Brasil durante internação no hospital de referência), na realidade acredita-se que esse percentual mascara uma maioria de gestantes brasiguaias, que por inúmeros motivos declararam no momento da internação para realização do parto serem moradoras no Brasil (apenas a minoria assumiu ser paraguaia ou brasiguiaia). Albuquerque (2012) explica que essa prática é bastante comum e algumas dessas gestantes chegam a utilizar de “falsos endereços”, para garantir o direito à saúde, por medo de não conseguirem atendimento no lado brasileiro da fronteira. Essa população ainda nos dias de hoje enfrenta uma séria de limitações.

Ainda neste contexto é possível distinguir dois grupos: um grupo que possui maior poder aquisitivo, que mantém seus documentos pessoais brasileiros (identidade, Cadastro de Pessoa Física – CPF e título de eleitor), com intuito de não perder os direitos sociais que aqui são oferecidos; e o segundo grupo, os mais pobres, que não tem nenhuma documentação brasileira, por inúmeros motivos, dentre os quais, relatam que nunca foram registrados, ou que seus documentos foram extraviados ou perdidos. Portanto, para que consigam atendimento integral à saúde, e não somente o emergencial, é necessário que possuam o cartão SUS, e para conseguir-lo é necessário ter o documento de identidade brasileira ou carteira temporária ou permanente de imigrante e o comprovante de residência no município (ALBUQUERQUE, 2015).

Nogueira, Dal Pra e Fermiano (2007), explicam que esses “indocumentados” são aqueles emigrantes que entraram no Paraguai nos anos 70, famílias que não possuem documentação brasileira, cujos dependentes, conseqüentemente, também não possuem registro brasileiro, tampouco no Paraguai. Segundo Conte (2013), existe atualmente aproximadamente 350 mil brasiguaios, e estima-se que 10% destes estejam nessa condição, sem documentação brasileira, entre as crianças esse percentual é ainda pior (20% a 30%). Ou seja, não possuem a documentação necessária para regularizar a situação e conseguir o cartão SUS.

Sendo assim, por não possuir os documentos pessoais brasileiros, ou mesmo os que possuem, não conseguem o cartão SUS, pois, não cumprem com as exigências previstas nos incisos IV e V do parágrafo 2º do artigo 3º da Portaria nº 1.560/02 do MS, no qual determinam respectivamente que o indivíduo tenha a unidade federada e o município de residência (BAUERMANN; CURY, 2015).

Daí surgem as “práticas fronteiriças”, como já citadas anteriormente, dentre elas, a utilização de endereços falsos. Contudo, há uma série de alternativas, como a utilização de documentos pessoais de parentes (cartão SUS e CPF), também a realização de contratos de

aluguéis temporários e endereços de familiares ou conhecidos para viabilizar o cadastro no SUS (GIOVANELLA et al., 2007; ALBUQUERQUE, 2015).

Atualmente, já existem formas que facilitam ao imigrante brasileiro o cadastro e acesso ao cartão SUS, aqueles que têm identidade e CPF brasileiros conseguem indo diretamente no posto de saúde, apresentando o documento chamado “Vide Residência” por meio do consulado brasileiro em Ciudad Del Este (Py), o Acordo de Residência dos Nacionais do Mercosul permitiu que os brasileiros e seus descendentes que vivem no Paraguai possam conseguir o cadastro no SUS, contudo, os brasiguaios que ainda não tem conhecimento dessas práticas legais, e aqueles que não têm a documentação brasileira continuam por utilizar as práticas ilegais para ter acesso aos serviços de saúde no Brasil (ALBUQUERQUE, 2015). Dessa forma, é possível presumir que talvez esses fatores tenham influenciado no percentual de parturientes brasiguaias nesse estudo.

Apesar de pouco estudado, esse é um tema bastante significativo, e tem repercussão direta nos dados epidemiológicos do município, que utilizam para fins de cálculo a população fixa, subestimando o índice encontrado. Tal situação reflete negativamente no planejamento e na qualidade dos serviços de saúde, sendo necessário que para esses municípios sejam desenvolvidas estratégias específicas, visando o contingente populacional urbano residente no país vizinho e levando em consideração as condições socioeconômicas e organização dos sistemas de saúde (CAZOLA et al., 2011).

Quando se fala de idade materna e os possíveis riscos para o recém-nascido, Alves et al. (2015) destacam que existem duas idades limítrofes para gestação de alto risco, inferior a 20 anos e superior a 35 anos.

O estudo de Gravena et al. (2013) analisou e comparou os desfechos perinatais segundo três grupos etários, adolescentes, em idade tardia e com mulheres que têm entre 20 a 34 anos, os resultados mostram que as gestantes adolescentes e as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos apresentaram os maiores índices de recém-nascidos prematuros, baixo peso e Apgar no quinto minuto inferior a 7.

Em um estudo similar de Santana et al. (2010), os resultados mostraram existência de relação entre a gravidez na adolescência e após os 35 anos ao baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e prematuridade nas condições perinatais. Foram analisados 2.014 nascimentos ocorridos no ano de 2008, no município de Augustinópolis – TO, e a variável idade materna foi discretizada em três grupos (GI: 10-19 anos; GII: 20-34 anos e GIII: >35 anos), a mesma classificação utilizada no nosso estudo e apresentou os seguintes resultados: maior percentual de prematuridade no GI; também foi observada uma frequência ligeiramente maior de baixo

peso nos filhos do GIII; no GI e GIII houve uma queda significativa do percentual esperado das mulheres que apresentaram Apgar considerado ideal (8-10).

Outro ponto de discussão fundamental é a relação entre a faixa etária e a proporção de consultas de pré-natal. Segundo ainda Ximenez e Oliveira (2004), conforme citado por Santana et al. (2010) a relação da faixa etária com o número de consultas de pré-natal segue a mesma tendência da variáveis apresentadas nos parágrafos anteriores. Os estudos apontam que os grupos que apresentaram a maior proporção de consultas de pré-natal consideradas ideais (sete ou mais consultas) foram nos grupos II e III, contudo no grupo III, gestantes com mais de 35 anos, também apresentou maior percentual de nenhuma consulta realizada.

Dessa forma, quando comparado com os resultados apresentados nos estudos acima nota-se que o percentual encontrado nessa pesquisa merece destaque, (70,23%) das mulheres tinha entre 20 e 34 anos de idade, mulheres adultas jovens, uma faixa etária privilegiada. Para finalizar, Santos et al. (2009) apresentam mais dados que sustentam essa afirmação: a gravidez na adolescência está associada ao baixo peso, menor número de consultas de pré-natal e prematuridade além de outras intercorrências relacionadas à gestação; a gestação em idade tardia está relacionada a maior frequência de partos cesárea, índice de Apgar insuficiente no quinto minuto, e algumas intercorrências maternas relacionadas ao período gestacional.

Quanto ao número de gestações, observou-se que 29,01% das parturientes estavam na 2ª gestação, 37,21% na 1ª gestação, ou seja, o número de parturientes que estavam na primeira gestação foi maior do que as que estavam na segunda. Dados semelhante foram encontrados na pesquisa de Novaes et al. (2015), realizada no município de Maringá - PR, onde também verificou-se que o número de mulheres que estão na primeira gestação é significativamente maior do que as que estão na segunda, nesse caso, o percentual de mulheres que estavam na primeira gestação foi de 41,2%. O autor ainda cita dois outros municípios brasileiros que apresentaram dados semelhantes, Maceió - AL e Rio Grande - RS, apresentando 46,8% e 41,6% respectivamente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013; MINASI et al., 2013 apud NOVAES et al., 2015). Viellas et al. (2014), em uma amostra nacional entre os anos de 2011 e 2012, semelhantemente demonstra que 41,5% das mulheres estavam na primeira gestação.

Estes números nos alertam para os riscos que estão relacionados à primeira gestação. O estudo de Santos, Campos e Duarte (2014) traçou o perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco no município de Maceió - AL, a análise dos dados permitiu concluir que o TPP teve uma chance 17 vezes maior de ocorrer em pacientes primigestas na faixa etária de 20-30 anos e que evoluíram para parto normal, quando os autores analisaram a proporção de pré-

eclampsia e eclampsia por número de gestações os resultados foram ainda mais alarmantes, dos 97 casos registrados, 72,2% eram primigestas.

O estudo de Soares et al. (2009), confirma essa tendência através da análise da mortalidade materna por pré-eclampsia/eclampsia no estado do Paraná, mostrando que a maior proporção de óbitos está entre as primigestas, 22 óbitos (39,3%).

Contudo, não se pode desprezar o percentual de mulheres que estavam na 3ª gestação ou mais (33,78%), dado esse que também merece destaque, superior aos encontrados em uma maternidade da região norte do Espírito Santo, e no município de Rio Grande - RS, apresentando respectivamente 27,6% e 27,7% (LEITE et al., 2013; MINASI et al., 2013).

Este estudo mostra um percentual importante de parturientes que não tiveram nenhum parto cesáreo em gestações anteriores, cerca de 79,96%, resultado significativo e superior ao cenário apresentado em outras importantes pesquisas, como no estudo de Novaes et al. (2015), realizado no município de Maringá - PR, no qual através de um estudo descritivo realizado com 592 puérperas pode constatar que: quase metade dessas mulheres, cerca de 49,7%, não tinham realizado cesárea anterior.

Outro estudo importante, e que apresentou percentual mais aproximado foi o de Alves et al. (2014), em uma pesquisa realizada em Santa Maria - RS, no período de janeiro de 2009 a novembro de 2010, com cerca de 88 gestantes, no qual pode constatar que 71,59% não tinham realizado nenhum parto cesáreo anteriormente.

Ou seja, o percentual de parturientes que não tiveram nenhum parto cesáreo em gestações anteriores encontrado nessa pesquisa, cerca de 79,96%, é um dado bastante significativo e nos faz refletir sobre uma perspectiva positiva, visto que a realização de partos cesáreo na gestação anterior está diretamente relacionada a uma maior prevalência de parto cesáreo na gestação atual, conforme descreve em seu estudo Osava et al. (2011), o autor ainda esclarece que mulheres em que foi realizado parto normal na gestação anterior tiveram menor prevalência de partos cesáreos, mesmo quando dentro do histórico obstétrico ela já tinha realizado um parto cesáreo.

Em consonância com o estudo supracitado, Sakae, Freitas e D'orsi (2008), em um estudo transversal realizado em Florianópolis - SC, onde a variável mais fortemente associada ao desfecho parto cesáreo foi a realização de cesárea prévia, aumentando proporcionalmente o risco de acordo com o número de cesáreas realizadas anteriormente.

Além do que a cesárea prévia aumenta consideravelmente o risco de algumas complicações nas gestações subsequentes, como por exemplo, no estudo de Lima et al. (2015) em que os autores mostraram que 100% dos pacientes que possuíam placenta prévia associada

ao acretismo placentário, conseqüentemente possuíam em seu histórico obstétrico a realização de ao menos uma cesárea.

Na análise dos dados encontrou-se percentual considerável de mulheres que não tem nenhum histórico de aborto, cerca de 84,92%, resultados similares aos encontrados em outros estudos, como por exemplo, no estudo de Ribeiro et al. (2015), realizado na cidade de Picos - PI, onde 83,8% das parturientes não haviam sofrido aborto, a medida em que 16,2% já sofreram um ou mais episódios abortivos.

Resultados próximos também foram encontrados na pesquisa de Leite et al. (2013), realizada em uma maternidade do norte do Espírito Santo, onde os autores puderam constatar que 87% das mulheres negaram ter histórico de aborto. O estudo de Galvão e Davim (2011), realizado no Rio Grande do Norte, também segue essa tendência, apontando que 14,2% das mulheres já haviam sofrido aborto.

É importante destacar que o histórico de aborto em gestações anteriores é considerado um fator de risco para as condições do recém-nascido, como por exemplo, esclarece em seu estudo Nascimento (2005), constatando que o histórico de aborto prévio aumenta 2,5 vezes o risco de ter um neonato de baixo peso.

A Pesquisa Nacional do Aborto (PNA), realizada em 2010 com 2.002 mulheres e com idades entre 18 e 39 anos, esclarece que o aborto é mais comum nas mulheres que possuem entre 18 e 29 anos e também naquelas de menor escolaridade, ou seja, mulheres no período reprodutivo e mulheres que possuem potencial para apresentar outras características sociais associadas, muito prováveis em função do seu baixo nível educacional, o estudo ainda esclarece que ao completar quarenta anos, mais de uma em cada cinco mulheres já fez ou sofreu aborto (DINIS; MEDEIROS, 2010).

Contudo, os autores Menezes e Aquino (2009) explicam que estudar o aborto não é uma tarefa fácil, envolve complexas questões da sociedade, como por exemplo, o Brasil, onde a moral e a religião somadas ao contexto da ilegalidade exercem forte influência no tema, fazendo com que muitas mulheres neguem a realização do aborto, seja ele espontâneo ou induzido.

É preconizada pelo MS a realização de no mínimo 6 consultas de pré-natal, e é fundamental o desenvolvimento de ações específicas que possam garantir a cobertura e continuidade do atendimento a toda essa população-alvo, gerando impactos positivos sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2012c). A discretização da variável não nos possibilitou análise mais precisa sobre o número de consultas que as gestantes realizaram, principalmente sobre aquelas que realizaram o mínimo necessário de seis consultas, portanto, foi utilizada uma adaptação de Santos et al. (2009) para melhor aproveitamento dos dados.

Sendo assim, a referida análise nos permitiu elencar dados significativos, pois não traz a mesma perspectiva encontrada em alguns estudos que tratam da mesma questão, como por exemplo, podemos destacar que cerca de 36,64% das mulheres realizaram 7 ou mais consultas, percentual bem inferior ao apresentado por outros estudos, como por exemplo, o estudo de Santos et al. (2015) realizado no município de São Paulo - SP em 2012, constatando que das 424 mulheres que atenderam os critérios de inclusão, 68,6% realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.

Os dados do Observatório sobre Iniquidades em Saúde (CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ) mostram que dos 2.861.868 nascidos vivos em todo Brasil em 2010, 60% das mães tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal, com uma melhora significativa quando comparado com anos anteriores (46,2% em 2000 para 58,8% em 2009). É importante destacar que a região Sul apresentou 75,3% dos nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, com destaque ao estado do Paraná, que apresentou uma proporção de 80,4% de nascidos vivos com 7 ou mais consultas, já na região Norte essa proporção foi de 36,8%. Uma das explicações tem sido a associação com a escolaridade materna, as mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram maior proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal (IND030204, 2012). Contudo, é importante levar em consideração um conjunto de outros fatores, como por exemplo, a cor da pele e idade materna (BRASIL, 2014).

Anjos e Boing (2016) também evidenciaram que no Brasil, em 2013, a proporção de gestantes que realizou sete ou mais consultas de pré-natal foi de 63,1%, os autores ainda revelam que entre as variáveis associadas a esse percentual está a condição de residir nas regiões sudeste e sul do Brasil. Os dados apresentados pelo Programa Rede Mãe Paranaense, implantado no ano de 2012, só confirma esse panorama, mostrando que no estado do Paraná, o percentual das mães que realizaram no mínimo 7 consultas se manteve em torno de 80% no ano de 2013 (PARANÁ, 2014).

Portanto, os dados apresentados nesse estudo, só reforçam a preocupação sobre o baixo percentual de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, e as demais publicações científicas acerca do tema indicam uma relação marcante entre a realização do pré-natal com a escolaridade materna, variável esta que não foi analisada, porém, de suma importância para estudo da população em questão. A pesquisa de Rosa, Silveira e Costa (2014) foi uma das que analisou essa relação, em um estudo de caso-controle realizado em um município de grande porte com 716 mulheres, constatando que as menores escolaridades estão associadas com o aumento do risco de não realização do pré-natal.

O percentual de gestantes que realizou de 1 a 3 consultas, pré-natal considerado inadequado, é o outro extremo que merece destaque. O estudo de Doldan, Costa e Nunes (2011) alerta que o percentual de mulheres que compareceram em até 3 consultas, é um dado que preocupa, pois o referido estudo, realizado no município de Foz do Iguaçu constatou que os recém-nascidos cujas mães realizaram um número inferior a quatro consultas de pré-natal apresentaram maior risco de intercorrências e óbitos perinatais.

Apesar de apresentar um percentual estatisticamente inferior ao dos outros 2 grupos, o percentual de gestantes que compareceram de 1 a 3 consultas (17,75%), pré-natal insuficiente, é um dado de grande relevância para a pesquisa. Se analisarmos os indicadores do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), sobre o percentual de nascidos vivos distribuídos por quantidade de consultas de pré-natal entre os anos de 2007 a 2009, percebemos que a região Sul apresentou o mais baixo percentual de gestantes que realizaram de 1 a 3 consultas (4,61%), e que os piores índices são da região Nordeste e Norte, respectivamente 10,81% e 15,98 % (BRASIL, 2010b). Portanto, o dado percentual encontrado no estudo, ultrapassa até mesmo os piores percentuais apresentados, região nordeste e norte.

Uma importante pesquisa acerca dessa discussão e que traz dados mais recentes e esclarecedores é a de Viellas et al. (2014), baseada no estudo nacional Nacer no Brasil, com uma amostra de 23.940 mulheres de 266 hospitais das cinco macrorregiões do país, no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Os resultados mostraram que, das gestantes que compareceram de 1 a 3 consultas, merece destaque a região Norte com o pior percentual apresentado, cerca de 16,2 %, e a região Sul 7,4%, valores próximos a 7,1% e 6,3%, respectivamente da região Sudeste e Centro-oeste. Os autores ainda explicam que dentre as causas mais frequentes para a não realização do pré-natal se destaca a “Barreira do acesso”, principalmente em mulheres das regiões Norte e Nordeste e com menor escolaridade.

Assim, percebe-se que 17,75% das parturientes que realizaram de 1 a 3 consultas de pré-natal é um dado importante, que nos permite realizar uma série de questionamentos embasados nos dados apresentados no parágrafo anterior, alguns deles a pesquisa nos limita a explorar, como por exemplo, a escolaridade, contudo, a “Barreira no acesso”, já é um tema bastante discutido nos estudos científicos em regiões de fronteira, quando se trata do direito à saúde. O estudo de Preuss (2011) foi um destes, no qual explica que os obstáculos de acesso dos usuários brasileiros não residentes e estrangeiros no SUS, estão principalmente relacionados à exigência documentos – carteira de identidade brasileira e cartão SUS, muitas vezes os obrigando a recorrer a estratégias já descritas anteriormente.

Na mesma linha de discussão, outro dado importante é no que diz respeito às parturientes que realizaram de 4 a 6 consultas, pré-natal considerado regular, cerca de 44,08% do total. Percentual similar ao apresentado pela região Norte do país no triênio de 2007 a 2009 (47,29%), a região que apresentou o pior índice, e para efeitos de comparação a região Sul apresentou 21,07% nesse mesmo triênio (BRASIL, 2010b). No município de Foz do Iguaçu essa porcentagem se mostrou constante nos últimos anos, quando em 2010 esse percentual foi de 23% e já em 2016 foi de 24% (PARANÁ, 2017).

Por fim, os dados apresentados acerca da assistência pré-natal nos permite realizar amplas discussões, contudo, por se tratar de uma região de fronteira, é importante darmos ênfase à busca tardia pelos serviços de saúde. Segundo Melo, Victora e Gonçalves (2015), as consequências da busca tardia são graves para o sistema público de saúde de Foz do Iguaçu, principalmente para o CMI, onde a desinformação e muitas vezes a idade gestacional avançada para o início do acompanhamento pré-natal colocam em risco a saúde da mãe e/ou recém-nascido, além de aumentar as chances de realização de parto cesárea.

A busca pelo serviço de obstetrícia tardiamente é realizada com objetivos distintos, o primeiro visa evitar a negativa do atendimento, e o segundo são mulheres que estão inseridas em condições de vulnerabilidade no país vizinho, não possuindo condições financeiras suficientes para retornar ao Paraguai, geralmente são hospedados na casa de parentes ou conhecidos e permanecem no Brasil até o momento do parto (MELO; VICTORA; GONÇALVES, 2015). Percebemos então que somados todos esses fatores (escolaridade, barreiras no acesso e busca tardia), podemos pressupor que são condições suficientes para explicar os percentuais insuficientes apresentados acerca do número de consultas de pré-natal.

Trevisan et al. (2002) destacam que o início tardio do acompanhamento pré-natal não resulta somente em um maior percentual de mulheres que realizam o mínimo de consultas necessárias preconizado pelo MS, mas também, a não realização dos exames básicos necessários e consequente concentração das consultas ao término da gravidez

Porém, é importante ressaltar que o número de consultas, por si só, não é capaz de avaliar por completo a qualidade da assistência pré-natal, é necessário que sejam levados em consideração outros indicadores, que consigam captar os aspectos qualitativos da assistência durante a gestação (BRASIL, 2014).

Pois demonstra que apesar da procura pelo serviço é preciso que se trabalhe para melhoria desses indicadores, visando a redução de possíveis complicações decorrentes do puerpério e, principalmente do período gestacional (ARAÚJO, 2010).

O alto percentual de apresentações cefálicas, cerca de 97,33%, torna-se um ponto fundamental nessa discussão, pois o uso mais liberal de cesarianas em casos de apresentação pélvica é uma situação bastante frequente no Brasil, contudo, não é somente uma realidade brasileira, estudos apontam que ela tem sido responsável por uma grande parcela de aumento na taxa de cesáreas nos EUA, além disso, existem outras indicações obstétricas frequentes: história prévia de cesárea, desproporção céfalo-pélvica e sofrimento fetal; além das cesáreas a pedido das gestantes (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

A pesquisa de Freitas, Sakae e Jacomino (2009), realizada em um Hospital Universitário em Santa Catarina, constatou que a prevalência de partos cesáreos foi quase três vezes maior em mulheres que tiveram a apresentação não-cefálica do feto, quando comparados aos que tiveram apresentação cefálica, considerando que a proporção de mulheres em que a apresentação do feto foi cefálica foi de 96,3%, resultado bem próximo ao encontrado em nosso estudo.

Em relação ao tipo de parto, os resultados mostram que a realização de partos normais foi significativamente maior do que as cesáreas, cerca de 67,18%, ou seja, resultados importantes e bem superiores aos encontrados em outras pesquisas, como na pesquisa de Santos et al. (2015), realizada no município de São Paulo, onde o percentual de mulheres que realizaram cesárea é superior ao parto normal, cerca de 58,3%.

O estudo de Leite et al. (2013), realizado no estado de Espírito Santo, também demonstra que das 323 mulheres estudadas, 62,2% dos casos o parto foi do tipo cesárea. Percebemos então, que nossos resultados apontam uma perspectiva contrária a alguns estudos publicados sobre o tema, algumas dessas pesquisas chegaram até a encontrar diferença menos acentuada, como por exemplo, a de Silva e Peloso (2009) onde a proporção de parto cesárea foi 50,4%.

Contudo, é importante destacar que o Brasil demonstrou uma crescente do número de cesáreas, entre os anos de 2000 e 2012, com maior destaque para a região norte e nordeste, são regiões que historicamente apresentam as menores proporções de partos cesáreos, porém, também seguiu a tendência nacional, quando em 2012 chegaram respectivamente a apresentar 25% e 48%, ou seja, desde 2009 o país vem registrando um percentual médio de mais 50% de nascimentos por parto cesáreo, a região Sul apresentou 62% no ano de 2012 (BRASIL, 2014).

No ano de 2013 a região Sul até chegou a apresentar dados próximos ao desta pesquisa, mais especificamente quando se trata de serviço público de saúde, onde a proporção de partos normais foi em torno de 56,4% dos partos realizados, enquanto nesse mesmo ano no serviço privado de saúde, essa proporção caiu para 31,2% (BRASIL, 2015).

Iorra et al. (2011), aplicaram um questionário com 400 puérperas em um hospital universitário, constatando que 72,8% delas optaram por realizar o parto normal, e quando questionadas quais os motivos que o fizeram escolher essa via de parto, as mesmas relataram: procedimento de menor risco, com tempo mais rápido de recuperação, gerando menor dor e sofrimento.

Além do mais, é importante destacar que essa preferência se dá por um conjunto de fatores sociodemográficos, com ênfase a escolaridade e idade materna, onde as maiores proporções de partos cesáreos são encontradas em mães com idade entre 25 e 39 anos, com 12 ou mais anos de estudo (BRASIL, 2014).

6.2 Condições do recém-nascido

Observou-se neste estudo que o percentual de recém-nascidos com baixo peso foi de 6,05%, resultado inferior ao apresentado por Rodrigues e Zagonel (2010), pesquisa também realizada no Município de Foz do Iguaçu - PR, no período de 2000 a 2008, onde esse percentual variou de 7,65% a 9,01%. Contudo, outras pesquisas apresentaram resultados similares, como Santos et al., (2015), que realizaram, no município de São Paulo - SP, e constatou-se que 6,5% dos recém-nascidos apresentaram baixo peso ao nascer.

No Brasil em 2013 essa proporção foi em média de 8,5%, contudo, é importante considerar o extenso território nacional e suas variações regionais, na região Sudeste a proporção foi de 9,2%, e a Norte com 7,6% (BRASIL, 2015).

Segundo Lima et al. (2013) essa variação espacial se dá em função das condições sociais e econômicas de cada região, as regiões mais desenvolvidas apresentam as maiores taxas de recém-nascidos baixo peso, os autores esclarecem que a presença nesses centros urbanos de serviços especializados fazem diminuir a mortalidade, contudo, aumentam a taxa de Recém-Nascidos de Baixo Peso (RNBP).

Uchimura, Pelissari e Uchimura (2008), analisaram a associação entre o peso ao nascer e as variáveis maternas, constatando que as variáveis que tiveram significativamente associadas ao baixo peso foram: primíparas, sexo feminino do RN, número de consultas de pré-natal inferior a 7, prematuridade e parto normal.

Outro estudo que analisou a associação de diversos fatores com o baixo peso do RN, foi o de Lima e Sampaio (2004), realizado em uma maternidade de Teresina - PI, concluindo que o baixo peso está diretamente relacionado à altura e às condições nutricionais da gestante

durante a gestação, reforçando o quanto é importante o acompanhamento pré-natal, que atue principalmente no controle de ganho de peso da gestante.

Segundo Viera e Melo (2009) o RNBP apresenta um complexo processo de adaptação após o nascimento, no qual envolve questões psicológicas sociais e biológicas. Sendo assim, é fundamental que haja uma rede de apoio especializado e atento, dentro e fora do ambiente hospitalar, possibilitando a continuidade da adaptação (MELLO et al., 2002 apud VIERA; MELLO, 2009).

A análise também nos possibilitou constatar que a grande maioria dos recém-nascidos tinham de 37 a 41 semanas de gestação, cerca de 92,06%, resultados próximos foram encontrados em outras pesquisas, como por exemplo, na pesquisa de Santos et al. (2015), onde cerca de 93,6% ocorreram entre 37 e 41 semanas de idade gestacional (termo), e na pesquisa de Rodrigues e Zagonel (2010), realizado no Município de Foz do Iguaçu - PR, onde esse percentual variou de foi de 92,27% a 94,05%, entre os anos de 2000 a 2008.

Observou-se que 7,56% tinham até 36 semanas (Prematuro). Em 2010, o Brasil apresentou um percentual de 7,2% de nascidos vivos prematuros, porém, nas capitais e cidades de maior porte vem sendo registrado aumento da incidência da prematuridade (BRASIL, 2012d). Nesse ritmo, em 2012 o percentual de nascimentos prematuros no Brasil chegou em 12,5%, com discretas variações regionais (BRASIL, 2014).

O baixo peso e a prematuridade são fatores de risco de maior importância para a mortalidade infantil, nesta perspectiva, tem-se que os resultados da presente pesquisa mostraram-se positivos diante deste cenário. Talvez, esse resultado seja em função da faixa etária materna, pois as pesquisas têm apontado uma maior relação da prematuridade e baixo peso em adolescentes precoces. Ademais, por se tratar de um grupo vulnerável, além da idade é importante considerar a multiplicidade de outros fatores, sejam clínicos, ambientais ou comportamentais que integram o processo gestacional (MARTIEZ et al., 2011).

Em relação ao índice de Apgar, os resultados mostram que os recém-nascidos que apresentaram Apgar inferior a 7 no 1º (5,48%) e 5º (1,7%) minutos de vida não foram significantes. Esse dado é fundamental, pois revela que apenas um baixo percentual (1,7%) não conseguiram se recuperar no 5º minuto de vida, embora 5,48% apresentaram resultados insatisfatórios no 1º minuto.

A mesma situação foi evidenciada no estudo de Reis et al. (2014), contudo, com uma variação percentual mais acentuada, entre o índice de Apgar no primeiro e quinto minuto inferior a 7, respectivamente 17,9% e 4,1%.

Os dados referentes ao índice de Apgar seguem a mesma perspectiva da prematuridade e baixo peso. Embora apresentem-se de forma baixa, recém-nascidos com um índice insatisfatório no 5º minuto de vida, necessitam de um atendimento com maior nível de complexidade, com a participação de recurso humanos capacitados e equipamentos tecnológicos, considerando o maior risco de complicações (RAMOS; CUMAN, 2009).

O índice de Apgar é um instrumento fundamental, que possibilita identificar os recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais, e depende de um conjunto de fatores relacionados às condições de saúde materna e do recém-nascido. Estas condições envolvem a utilização de medicamentos pelas mães, dificuldade respiratória, malformações neuromusculares ou cerebrais, entre outras (CUNHA et al., 2004).

É importante ressaltar que a prematuridade, baixo peso ao nascer e o índice de Apgar são os principais indicadores epidemiológicos relacionados a sobrevivência do recém-nascido (FRANCISCATTO et al., 2014).

O encaminhamento de recém-nascidos a setores críticos, como as UTI's ou UCI's é uma informação que precisa ser detalhada, visto que, se trata de locais onde, muitas vezes, não há possibilidade da mãe permanecer próxima de seu filho logo após o nascimento, dificultando o aprendizado destas quanto as formas corretas de cuidar de seus filhos no domicílio, principalmente em relação a amamentação (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004).

Oliveira et al. (2009) destaca que essa condição é bastante significativa a vida da mãe e do recém-nascido. Portanto, os dados elencados na pesquisa apontam uma perspectiva positiva, 96,22% dos recém-nascidos foram encaminhados ao AC; e 2,27% e 0,57% a UTI e UCI neonatal, respectivamente; e 0,94% dos recém-nascidos foram a óbito, dados de grande importância, visto que, a grande maioria dos recém-nascidos foram encaminhados ao AC.

Segundo Pasqual, Braccialli e Volponi (2010) o AC apresenta inúmeros pontos positivos relacionados a assistência integral do trinômio mãe-filho-família. Tem o objetivo de promover inúmeros benefícios para as famílias, dentre eles a diminuição da ansiedade e a aceitação da maternidade. Para os recém-nascidos, o sistema de alojamento conjunto favorece o conhecimento de suas necessidades, inclusive a promoção e o incentivo ao aleitamento materno. Tais medidas são fundamentais para a garantia de uma melhor qualidade de vida, e consequentemente a redução da mortalidade neonatal.

6.3 Relação entre as condições do recém-nascido e número de consultas de pré-natal

Constatou-se que as crianças prematuras foram significativamente mais frequentes entre as mulheres que realizaram entre 0 a 3 e 4 a 6 consultas. Esse resultado inversamente proporcional já vem sendo estudado há mais de uma década. O estudo de Kilsztajnet et al. (2003) é um desses importantes estudos, no qual objetivou analisar o papel do número de consultas de pré-natal entre os fatores de risco para nascimentos prematuro e baixo peso, mostrando que a prevalência de recém-nascidos prematuros entre os grupos estudados vai de 14,1% para 4,1% quando há o aumento do número de zero a três para sete ou mais consultas de pré-natal.

Outro estudo que observou essa relação foi o de Bezerra et al. (2006), no qual verificou um menor número de consultas de pré-natal entre os recém-nascidos prematuros. O autor explica que quando comparado com o recém-nascido a termo, é preciso cuidar para não realizar conclusões indevidas, visto que para nascimentos a termo a gestante naturalmente teve mais chances, considerando o fator tempo, de ter ido a mais consultas em comparação ao prematuro, pois, o parto aconteceu com idade gestacional mais avançada.

Nader e Cosme (2010) explicam que há grandes possibilidades de que os números de consultas de pré-natal de mães com trabalho de parto prematuro estejam relacionados com o tempo gestacional, ou seja, o número insuficiente de consultas está proporcionalmente relacionado ao tempo gestacional reduzido.

Contudo, mesmo diante dessas considerações, é importante destacar que, a frequência de consultas de pré-natal se associa significativamente com a idade gestacional, e a significância da assistência pré-natal, permite assegurar o seguimento e orientações adequadas à gestante com maior probabilidade de parto prematuro (MORAIS et al., 1998).

Sobre a relação do Apgar de 1º minuto ao número de consultas de pré-natal, verificou-se significância estatística entre o Apgar inferior a 7 e número insuficiente de consultas, ou seja, de 0 a 3 consultas. Rades, Bittar e Zugaib (2004) citam que são poucos os estudos que relacionam diretamente o índice de Apgar no primeiro minuto com o número de consultas de pré-natal, pois, já é de conhecimento que os índices de Apgar de primeiro minuto inferior a 7 são influenciados pela prematuridade.

A maioria dos recém-nascidos que obtiveram um índice de Apgar inferior a 7 no primeiro minuto de vida, mostraram uma evolução positiva. Tronchin e Tsunehiro (2007) evidenciaram que 68,4% dos neonatos que apresentaram índice de Apgar inferior a 7 (no 1º minuto) tem evoluído bem, sendo que no 5º minuto este percentual cai para 21,7%.

Contudo, não podemos descartar sua importância. O estudo de Ferreira et al. (2013) nos possibilita discutir com mais detalhes essa relação, pois elencou os seguintes dados: das

gestantes que realizaram de uma a cinco consultas de pré-natal, 86,2% dos respectivos recém-nascidos obtiveram um Apgar acima de 7, e 13,8% recebeu Apgar entre 5 e 6, no primeiro minuto de vida, nos outros dois grupos (gestantes que realizaram de seis a dez consultas; e gestantes que realizaram acima de onze consultas), todos receberam índice de Apgar satisfatório (acima de 7) no primeiro minuto de vida, constatando a melhora significativa quando relacionado ao número de consultas de pré-natal.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou que houve predomínio de parturientes e recém-nascidos em condições favoráveis, contudo, os resultados encontrados nos permitem reconhecer a necessidade de se investir em ações específicas para essas mulheres, mais precisamente sobre a realização do pré-natal, haja visto que a proporção das que apresentaram um pré-natal adequado (com 7 ou mais consultas) foi baixo, além de haver relação significativa entre as que realizaram 7 ou mais consultas com maior frequência de crianças nascidas a termo, e o índice de Apgar no 1º minuto inferior a 7, que foi significativamente mais frequente entre as parturientes que realizaram entre 1 a 3 consultas.

Acreditamos que a “barreira no acesso” é fator determinante nesse processo, influenciado diretamente nos indicadores de saúde dessas gestantes e na situação perante os serviços de saúde locais. Para facilitar o entendimento podemos citar a nacionalidade declarada por essas mulheres no momento do parto, a grande maioria delas se declararam “brasileiras”, ou seja, possivelmente um percentual mascarado, no qual as mulheres certamente utilizaram das práticas fronteiriças para utilização do serviço de saúde no Brasil.

Contudo, é importante ressaltar que nossa pesquisa apresentou algumas limitações, como por exemplo, a ausência de algumas variáveis socioeconômicas, fundamentais nos estudos de caracterização no contexto espacial e familiar dos públicos mais vulneráveis, e que permitem explorar a questão da desigualdade social e dos riscos relacionados à saúde.

A divulgação dos resultados deste trabalho é essencial para formalizar conhecimento do perfil dessa clientela e o seu comportamento no desfecho parto, e subsidiar a elaboração de estratégias específicas para essas mulheres, visto o percentual contraditório encontrado em nossa pesquisa acerca da nacionalidade, e primordialmente, que as quantifique de forma correta no SUS para fins de levantamento de dados epidemiológicos precisos e repasse de recursos ao município de forma adequada, que conseqüentemente acarretará em melhores indicadores da assistência pré-natal.

Além do mais, essas ações não somente contribuirão para fins de levantamento de dados, mas também, para que haja uma continuidade na assistência à saúde do binômio mãe-filho, concretizando a facilidade de acesso aos serviços de saúde, em especial para a inserção em outros programas, a exemplo do planejamento familiar e puericultura, por mais que em nosso estudo os recém-nascidos tenham apresentado em sua grande maioria condições favoráveis.

Apesar de pouco estudada, a saúde da gestante brasiguaiá é um tema muito significativo no município de Foz do Iguaçu e merece mais atenção. Ela tem influência direta nos indicadores

de saúde e repercute drasticamente no desenvolvimento das ações das políticas de saúde municipais. É preciso que haja planejamento, de forma adequada, e que, para isso se utilizem de dados das pesquisas científicas como subsídio, considerando o contingente populacional urbano residente no país vizinho que faz uso destes serviços.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 22-35, Mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2016.
- ALMEIDA, E. A.; MARTINS FILHO, J. O contrato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 13, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1214/1189>>. Acesso em: 26 jun. 2017.
- ALVES, C. N. et al. Perfil ginecológico-obstétrico de gestantes assistidas em consulta de pré-natal de baixo risco. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 9, p. 3059-3068, Set. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10025/10414>>. Acesso em: 08 abr. 2017.
- ALVES, T. L. et al. Fatores associados ao recém-nascido pequeno para a idade gestacional: uma revisão. **Nutrire**, Salvador, v. 40, n. 3, p. 376-382, Dez. 2015. Disponível em: <http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/485.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.
- ALBUQUERQUE, J. L. Conflito e integração nas fronteiras dos "brasiguaios". **Caderno CRH**, Salvador, v. 23, n. 60, p. 579-590, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2016.
- _____. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. **Revista TOMO**, Sergipe, Semestral, n. 26, p.98-122, Jan./Jun. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/4404/3642>>. Acesso em: 15 set. 2015.
- _____. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: O atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica (s)**, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ucm.es/index.php/GEOP/article/viewFile/40040/40396>>. Acesso em: 15 set. 2015.

ANJOS, J. C.; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 835-850, Dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400835&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2017.

APGAR, V.; JAMES, L. S. Further observations on the newborn scoring system. **American Journal of Disease of Child**, Chicago, 1962. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/500386>> Acesso em 15 abr. 2017.

ARAÚJO, S. M. et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Veredas, Revista Eletrônica de Ciências**, Caruru, v. 3, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/view/98/211>>. Acesso em: 27 maio. 2017.

AZEVEDO, S. T. **A transfronteirização entre Brasil e Paraguai: A saúde dos municípios margeados pelo lado de Itaipu**. 2015. 144 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Geografia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, 2015. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/tede/tde_arquivos/20/TDE-2016-01-29T105351Z-1672/Publico/Suelen_Terre_de_Azevedo.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

BARBEIRO, F. M. S. et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 22, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100402&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2016.

BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 269-276, Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2016.

BAUERMAN, C. L.; CURY, J. F. Políticas públicas de saúde: o caso da fronteira entre Brasil/Paraguai. In: Encontro Nacional da ANPEGE, 11., 2015, Presidente Prudente. **Anais eletrônicos...** Presidente Prudente: ENANPEGE, 2015. Disponível em: <<http://www.enanpege.ggf.br/2015/anais/arquivos/12/375.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BEZERRA, L. C.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; LATORRE, M. R. D O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p. 223-229, Jun.

2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Portaria nº 213, de 19 de julho de 2016. Estabelece o conceito de "cidades-gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 Jul. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=12&data=20/07/2016&captchafield=fristAccess>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.112, 18 ago. 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. Portaria nº 1.560, de 29 de agosto de 2002. Instituir no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Cartão de Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1560_29_08_2002_rep.html>. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. Portaria nº 1.120, de 06 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120_06_07_2005.html>. Acesso em: 04 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF. 2005a. 161 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. 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** - Bases de uma Política Integrada de Desenvolvimento Regional para a Faixa de Fronteira. Brasília, DF. 2005b. 416 p. Disponível em:

<<http://www.mi.gov.br/documents/10157/3773138/Introdu%C3%A7%C3%A3o+e+antecedentes.pdf/98476e45-c143-449b-b6c5-1f9287a90553>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília, DF, 2. ed. 2009. 96 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. Ministério da Integração Nacional. Grupo de Trabalho Interfederativo de Integração Fronteiriça. **Bases para uma proposta de desenvolvimento e integração da faixa de fronteira**. Brasília, DF. 2010a. 139 p. Disponível em: <http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=ab3fdf20-dcf6-43e1-9e64-d6248ebd1353&groupId=10157>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva, Coordenação e Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Índice de Desempenho do Sistema Único da Saúde – Fichas Técnicas dos Indicadores**. Brasília, DF. 2010b. 147 p. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/assets/detalhadas.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília, DF, 2. ed. Editora MS. 2011. 204 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012a. 320 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**, Brasília, DF. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção a saúde do recém-nascido: problemas respiratórios**,

cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. Brasília, DF, v. 3, 2. ed. 2012c. 205 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção á saúde do recém-nascido: guia para os profissionais da saúde.** Brasília, DF, v. 4, 2. ed. 2012d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Brasília, DF. 2014. 384 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas.** Brasília, DF. 2015. 462 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. **Aprova as diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos,** Brasília, DF. 2016.

CAZOLA, L. H. O. et al. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 3, p. 185-190, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2016.

CONTE, C. H. Foz do Iguaçu na rede de cidades: compreendendo sua importância através dos serviços de saúde. **Geoiná: Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 39-57, 2013. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/Geoinga/article/view/19962/11587>>. Acesso em: 20 maio. 2016.

CURY, M. J. F.; FRAGA, N. C. Territorialidades transfronteiriças no Oeste do Paraná: Brasil, Paraguai e Argentina. **Revista GEONORTE**, Manaus, v. 4, n. 12, p. 884-897, Maio. 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/revista-geonorte/article/view/1210/1092>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

CUNHA, A. A. et al. Fatores associados à asfixia perinatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 799-805, Dez. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2017.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S164-S173, Jan. 2007. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jul. 2016.

DOLDAN, R. V.; COSTA, J. S. D.; NUNES, M. F. Fatores associados à mortalidade infantil no município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 491-498, Dez. 2011. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2016.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, Jun. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2017.

FAUNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, Jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2017.

FOZ DO IGUAÇU, Secretaria Municipal de Saúde. **Diagnóstico local do SIS-Fronteiras de Foz do Iguaçu – PR**. Prefeitura Municipal, Foz do Iguaçu. 2007.

FERRARI, R. A. P. et al. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 354-359, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300354&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Set. 2016.

FERREIRA, O. C. et al. A importância do pré-natal para o nascimento saudável em uma maternidade de Campo Grande-MS. **Ensaios e Ciência: Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 17, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/view/2325>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

FRANCISCATTO, L. H. G. et al. Delineamento do perfil epidemiológico de puérperas e recém-nascidos. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1149-1156, Maio. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9793>>. Acesso em: 11 set. 2016.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1051-1061, Maio. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2017.

FRICHE, A. A. L. et al. Indicadores de saúde materno infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2001: análise dos diferenciais intra-urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1955-1965, Set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2016.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S214-S226, Jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2016.

GALLO, E.; COSTA, L. Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS — MERCOSUL: uma agenda para integração. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 188 p. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ST_09_Port.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

GALVÃO, M. C. B.; DAVIM, R. M. B. Perfil de puérperas internadas em um hospital. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Natal, v. 5, n. 7, p. 1591-1595, 2011. Disponível: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1548>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

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. **Cadernos de 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: 13 jul. 2016.

GRAVENA, A. A. F. et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 130-135, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2017.

HARTZ, Z. M. A. et al. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 310-318, Ago. 1996. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2016.

HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI. **Informações sobre o Centro de Atendimento a Gestante**. Apoio Assistencial. Disponível em: <<http://www.hmcc.com.br/apoio-assistencial.php>>. Acesso em: 15 de ago. 2016.

IND030204. Portal Determinantes Sociais da Saúde, Observatório sobre Iniquidades em Saúde, CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ. **Proporção (%) de nascidos vivos com 7 ou mais consultas pré-natal, por ano, segundo região e escolaridade da mãe**, Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind030204-20120130.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais. **População estimada**. 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. Diretoria de pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeções da população por sexo e idade para o Brasil, grandes regiões e unidades de federação. 2013. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm>. Acesso em: 05 maio. 2017.

IORRA, M. R. K. et al. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 260, 2011. Disponível em: <[http://www.amrigs.org.br/revista/55-03/0000045956-Revista AMRIGS 3 artigo original aspectos relacionados.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/55-03/0000045956-Revista%20AMRIGS%203%20artigo%20original%20aspectos%20relacionados.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2017.

JÚNIOR, P. A. P. Entre as fronteiras do Brasil e do Paraguai: a construção da identidade brasiguai. **Revista Paraguay desde las Ciencias Sociales**, n. 5, p. 18-35, 2014. Disponível em: <<http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/revistaparaguay/article/view/1755/1501>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-310, Jun. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2017.

KLEIN, C. J. et al. Fatores de risco relacionados a Mortalidade Fetal. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 11-16, Jan./Mar. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Helen_Zatti/publication/260322117_Fatores_de_risco_relacionados_mortalidade_fetal/links/544e42970cf2bca5ce8f9c1b.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

KORNIJEZUK, N. P. **Do programa ao plano**: a política de atenção integral à saúde da mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa. 2015. 90 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/132850/000984731.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 set. 2016.

LAURENTI, R; BUCHALLA, C. M. Indicadores da saúde materna e infantil: implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 1, n. 1, p. 18-22, jan. 1997. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2016.

LEITE, F. M. C. et al. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 2, 2013. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32584>>. Acesso em: 07 abr. 2017.

LIMA, E. R. et al. Resultados maternos e perinatais em gestações com placenta prévia com e sem acretismo em maternidade terciária. **Revista de Medicina da UFC**, v. 55, n. 1, p. 18-24, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/17450>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

LIMA, G. S. P.; SAMPAIO, H. A. C. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 253-261, Set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2017.

MARINUCCI, R. et al. Ministério das Relações Exteriores, CSEM – Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios. **Brasileiros e brasileiras no exterior**: dados estatísticos produzidos pelos Relatórios Consulares referentes aos anos de 2002 a 2006 e estimativas gerais referentes ao ano

de 2007. Brasília, DF. 2008. Disponível em: http://www.csem.org.br/2008/roberto_marinucci_brasileiros_e_brasileiras_no_exterior_segundo_dados_do_mre_junho2008.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2016.

MARTINS, E. F. M. Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em belo horizonte, minas gerais. 2010. 178 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-85BG3X/eunice_francisca_martins.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 maio. 2016.

MARTINEZ, E. Z. et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 855-867, Maio. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500004>. Acesso em: 25 jun. 2017.

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. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, Jul. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702135&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2016.

MELLO, D. F. et al. Brazilian mothers' experiences of home care for their low birth weight infants. **Neonatal MNetwork**, v. 21, n. 1, p. 30-34, 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11491353_Brazilian_Mothers'_Experiences_of_Home_Care_for_Their_Low_Birth_Weight_Infants>. Acesso em: 29 jun. 2017.

MENEZES, Alfredo da Mota. **A herança de Stroessner**: Brasil-Paraguai, 1955-1980. Campinas: Papyrus, 1987. p. 11-15.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. Sup 2, p. S193-S204, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Estela_Aquino/publication/51437809_Research_on_abortion_in_Brazil_Gaps_and_challenges_for_the_public_health_field/links/02e7e53a609184a4bf000000.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MONTESCHIO, L. V. C. et al. Acesso de parturientes para a assistência ao parto em hospitais universitários: caracterização e fatores associados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 22-30, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/39841/28903>>. Acesso 01 abr. 2017.

MORAIS, E. N. et al. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 25-32, Fev. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031998000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 jun. 2017.

MINASI, J. M. et al. Perfil obstétrico e intercorrências de puérperas assistidas em visita domiciliária. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3539>>. Acesso em: 05 maio. 2017.

NADER, P. R. A.; COSME, L. A. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 338-345, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2017.

NASCIMENTO, L. F. C. Análise hierarquizada dos fatores de risco para o baixo peso ao nascer. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 76-82, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038911006.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

NOGUEIRA, V.; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS Fronteiras – perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 245-260, Jul./Dez. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634903/2801>>. Acesso em: 12 set. 2016.

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 da fronteira do MERCOSUL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S227-S236, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2016.

NOVAES, E. S. et al. Perfil obstétrico de usuárias do Sistema Único de Saúde após implantação da Rede Mãe Paranaense. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 1436-1444, 2015. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27343/16487>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

OSAVA, R. H. et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1036-1043, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2017.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 44-52, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324027967005/>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

PARANÁ. Secretária de Estado de planejamento de Coordenação Geral. **O Oeste Paranaense: o 3º Espaço Relevante – especificidades e diversidades**. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES. Curitiba, 2008. 86 p. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/docs/varios_paranas_sintese.pdf>. Acesso em 20 abr. 2016.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. **LINHA GUIA: Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2014. 55 p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guiã_versão_final.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2017.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, Ministério da Saúde / Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – MS/DATASUS. In: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES. **Número de nascidos vivos, segundo o número de consultas pré-natal realizadas, de 4 a 6**. Curitiba, 2017. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/imp/imp.php?page=consulta&action=ano_save>. Acesso em 26 maio. 2017.

PASQUAL, K. K.; BRACCIALLI, L. A. D.; VOLPONI, M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17872>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

PEITER P. C. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Jul. 2005. 314 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Geociências Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.retis.igeo.ufrj.br/wp-content/uploads/2011/07/2006-geografia-da-saude-na-faixa-PCP.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

PREUSS, L. T. O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema. In: DIPROSUL – O direito à saúde e a proteção social em faixas de fronteiras: um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul, 2011, Pelotas. **Anais eletrônicos...** Pelotas: DIPROSUL, 2011. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/16.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

RADES, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 655-662, Set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000800010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2017.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2017.

REIS, J. T. S. et al. Perfil epidemiológico das parturientes atendidas em uma maternidade de alto risco de Goiânia-GO. **Revista Estudos Vida e Saúde – EVS**, Goiânia, v. 41, n. 2, p. 329-339, Jun. 2014. Disponível em: <<http://revistas.ucg.br/index.php/estudos/article/view/3388>>. Acesso em: 15 set. 2016.

RIBEIRO, A. M. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 246-255, Abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2017.

RIBEIRO, L. L. et al. Perfil de mulheres submetidas ao parto cesariano. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife v. 9, n. 12, p. 1198-1205, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/about/contact>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

RODRIGUES, K. S. F.; ZAGONEL, I. P. S. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 534-542, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2017.

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-984, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600977&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2017.

SANTANA, F. G. et al. Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/782>>. Acesso em 15 jun. 2017.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, Jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SANTOS, D. T. A.; CAMPOS, C. S. M.; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 13-22, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/687>>. Acesso em 06 abr. 2017.

SANTOS, J. O. et al. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1936-1945, Jan. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3547>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 472-480, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32623>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

SCHOEPS, D. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 1013-1022, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32343/34523>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SCHWARTZ, G.; FUGA, P. H. D.O acesso à saúde nas fronteiras do Mercosul: entre as normas e a realidade. **Revista da AJURIS**, Porto Alegre, v. 42, n. 137, 2015. Disponível em: <<http://www.ajuris.org.br/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/view/388>>. Acesso em: 10 de jun. 2016.

SOUZA, E. B. C. Por uma cooperação transfronteiriça: algumas contribuições para as dinâmicas territoriais da fronteira Brasil-Paraguai. **Revista GeoPantanal**, Corumbá, v. 8, n. 15, p. 63-78, Jul./Dez. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufms.br/index.php/revgeo/article/view/275/329>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

SOARES, V. M. N. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 566-573, Nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009001100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2017.

SILVA M. G. **O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu.** Dez. 2006. 176 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/30369662.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

SILVA, C. F. et al. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis - 2000 a 2002. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 69-80, Mar. 2006 Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2016.

SILVA, G. F.; PELLOSO, S. M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 95-102, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio. 2017.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANT, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 381-388, Set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 maio. 2017.

SPRANDEL, M. A. Brasileiros na fronteira com o Paraguai. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 137-156, Ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio. 2016.

TANAKA O. Y. Políticas de saúde: estrutura e avaliação dos serviços. In: Simpósio Franco-Brasileiro de Metodologia de Pesquisa em Saúde Perinatal, São Paulo, 1994. **Anais**. São Paulo: Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP (Série Investigação da Saúde da Mulher, Criança e Adolescência, 3); 1994. p. 3-11.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299, Jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2016.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 79, 2007. Disponível

em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4703>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

UCHIMURA, T. T.; PELISSARI, D. M.; UCHIMURA, N. S. Baixo peso ao nascer e fatores associados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 33, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5261>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

VENTURA, T.; GOMES, M. C. Análise descritiva de parturientes e recém-nascidos na maternidade: Hospital Dona Estefânia entre 2005 e 2008. **Acta Médica Portuguesa**, p. 793-802, 2010. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/76/1/Acta%20Med%20Port%202010_23_793.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-82, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2017.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 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 06 abr. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Public health aspects of low birth weight. **Report**. Geneva, 1961. (WHO technical reports series, 217). Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40487/1/WHO_TRS_217.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. **Report**. Geneva, 1995. (WHO technical reports series, 854). Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

XIMENES, F. M. A.; OLIVEIRA, M. C. R. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40817103>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE PARTOS E NASCIMENTOS EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR REFERÊNCIA PARA ALTO RISCO NA TRÍPLICE FRONTEIRA

Pesquisador: Rosane Meire Munhak da Silva

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 39317914.6.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.009,310

Apresentação do Projeto:

Projeto a ser desenvolvido em um hospital que atende gestantes de alto risco no município de Foz do Iguaçu, visando caracterizar epidemiologicamente essa população. Inicialmente apresentou o projeto como proposta de especialização, solicita emenda para execução de uma dissertação de mestrado e alteração do período da coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar a caracterização epidemiológica dos partos vaginais e cesarianas que ocorreram em uma instituição hospitalar referência para alto risco na tríplice fronteira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta a descrição dos riscos e benefícios de modo claro e adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante para a área.

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

**UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.009.310

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_730867 E1.pdf	07/04/2017 16:53:27		Aceito
Outros	solicitacaoCEP.pdf	07/04/2017 16:47:46	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito
Outros	termo de comp.ass.pdf	11/11/2014 14:14:52		Aceito
Outros	autorização2.pdf	06/11/2014 19:06:47		Aceito
Outros	autorização1.pdf	06/11/2014 19:06:28		Aceito
Outros	instrumento PE.docx	06/11/2014 19:02:45		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Sheila Cristina Rocha Brischiliari) (1).pdf	06/11/2014 19:02:15		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Rosane Meire Munhak da Silva)2.pdf	06/11/2014 19:01:56		Aceito
Outros	declaração.pdf	06/11/2014 19:01:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto geral (2).docx	06/11/2014 19:00:50		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	06/11/2014 18:59:55		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO
UF: PR Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272
CEP: 85.819-110
E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.009.310

CASCADEL, 10 de Abril de 2017

Assinado por:
Fausto José da Fonseca Zamboni
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCADEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO B – INSTRUMENTO DE BUSCA DE DADOS

Título do projeto: O perfil das parturientes e seus recém-nascidos: a busca da assistência em município de tríplice fronteira

Pesquisadores: - Prof.^a Dr^a Adriana Zilly / Mestrando Leonardo Pereira Triaca.

(A) Dados da Mãe:

- *Variáveis sociodemográficas:* idade materna, nacionalidade, convênio.
- *Variáveis gestacionais e obstétricas:* número de gestações (incluindo a atual), partos cesáreos anteriores e abortos anteriores, número de consultas de pré-natal, apresentação e tipo de parto.

(B) Dados do Recém-nascido:

- *Variáveis de admissão e desfecho:* sexo, peso, idade gestacional, Apgar 1º e 5º minuto, destino do recém-nascido após o nascimento: alojamento conjunto (AC), unidade de terapia intensiva neonatal (UTI), unidade de cuidados intermediários (UCI) e óbito.