

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

BRUNA PASQUALI DIAS

**Atendimento da mulher brasileira no ciclo gravídico-puerperal: Percepções de
gestores brasileiros em tríplice fronteira**

Foz do Iguaçu – PR
2024

BRUNA PASQUALI DIAS

**Atendimento da mulher brasileira no ciclo gravídico-puerperal em município de
fronteira: Desafios da gestão em saúde**

Dissertação Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública em Região de Fronteira -
Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde,
da Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
como requisito parcial para a obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região
de Fronteira

ORIENTADORA: Profa. Dra. Adriana Zilly
CO-ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria
Aparecida Baggio

Foz do Iguaçu - PR
2024

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Pasquali Dias, Bruna

Atendimento da mulher brasiguia no ciclo
gravídico-puerperal: Percepções de gestores brasileiros em
tríplice fronteira. / Bruna Pasquali Dias; orientadora
Adriana Zilly; coorientadora Maria Aparecida Baggio. -- Foz
do Iguaçu, 2022.
94 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu)
-- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de
Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em
Região de Fronteira, 2022.

1. Percepções dos Gestores. 2. Saúde da Mulher. 3.
Brasiguia. 4. Período gravídico-puerperal. I. Zilly,
Adriana, orient. II. Aparecida Baggio, Maria, coorient. III.
Título.

DIAS, B. P. Atendimento da mulher brasiguais no ciclo gravídico-puerperal: Percepções de gestores brasileiros em tríplice fronteira. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2024. BRUNA PASQUALI DIAS

Aprovado em: 13/08/2024

BANCA EXAMINADORA

Adriana Zilly

Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Ana Paula Contiero

Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Gladys Amelia Velez Benito

Universidade Federal da Integração Latino Americana - UNILA

DIAS, B. P. **Atendimento da mulher brasiguia no ciclo gravídico-puerperal: Percepções de gestores brasileiros em tríplice fronteira**. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2024.

RESUMO

O ciclo gravídico-puerperal compreende o período gestacional, parto e o puerpério. O Sistema Único de Saúde deve garantir assistência de qualidade e gratuita a população, incluindo assistência nas fases da gestação. Municípios fronteiriços acabam vivenciando uma desproporção entre a oferta de serviços de saúde em relação a demanda, pois a busca dos serviços pela população que reside em município de país vizinho, ocasiona sobrecarga nos serviços que são estruturados para atender seus habitantes. Um dos grupos que procuram pelos serviços de saúde no Brasil são as mulheres brasileiras que residem no Paraguai e quando se encontram gestantes buscam seu país de origem, para realizar o acompanhamento do pré-natal e parto, a fim de garantir um atendimento de qualidade e gratuito, bem como a nacionalidade brasileira para o recém-nascido. Desta maneira, a presente pesquisa teve como objetivo compreender como acontece a gestão da saúde da mulher brasileira, que reside no Paraguai e é atendida em serviços de pré-natal, parto e pós-parto no Brasil. Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e descritiva, sendo utilizado a análise de conteúdo de Bardin como método de pesquisa. Foram realizadas entrevistas com os gestores dos serviços de atenção à saúde da mulher na atenção primária à saúde, na atenção especializada e atenção hospitalar do município de Foz do Iguaçu, que ofertam serviços à mulher brasileira, residente no Paraguai, no pré-natal, parto e pós-parto. A análise de conteúdo de Bardin foi utilizada. Dentre os 13 entrevistados, sete eram a atenção primária à saúde e seis eram da atenção hospitalar. Os resultados obtidos subsidiaram a construção de dois artigos com as seguintes categorias: Atendimento à Gestante Brasileira Residente no Paraguai: Linha de Cuidado (in)definida; Desafios no Acompanhamento Pré-Natal de Gestantes Brasiguaias (artigo 1) e Controle de usuárias gestantes brasiguaias dos serviços de saúde brasileiros; Financiamento dos serviços *versus* impacto financeiro (artigo 2).

Desta maneira, são complexos os desafios enfrentados pelos gestores dos serviços de saúde de municípios fronteiriços, porém como já são vivenciadas as demandas de atendimento, são necessárias a formulação de estratégias, o mais breve possível, que visem não apenas a garantia do fornecimento dos serviços, mas também a sustentabilidade dos mesmos junto ao município.

Palavras-chave: Cuidado pós-natal, Cuidado pré-natal, Saúde da mulher, Saúde na fronteira, Saúde pública.

DIAS, B. P. Care for brasiguia women in the pregnancy-puerperal cycle: Perceptions of Brazilian managers in the triple border. 94f. Dissertation (Master in Public Health) – State University of Western Paraná. Supervisor: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2024.

ABSTRACT

The pregnancy-puerperal cycle encompasses the gestational period, childbirth, and the postpartum phase. The Unified Health System (SUS) must ensure free and quality healthcare for the population, including care during all stages of pregnancy. In border municipalities, there is often a disproportion between the availability and demand for health services, as people from neighboring countries seek these services, overloading systems designed to meet the needs of local residents. One group that seeks health services in Brazil comprises Brazilian women residing in Paraguay, who, when pregnant, return to their country of origin to receive prenatal and childbirth care, aiming to secure both quality, free care and Brazilian nationality for their newborns. Thus, this research aimed to understand the healthcare management for Brazilian women residing in Paraguay who are attended in prenatal, childbirth, and postpartum services in Brazil. This study used a qualitative and descriptive approach, applying Bardin's content analysis as the research method. Interviews were conducted with managers of women's health services in primary healthcare, specialized care, and hospital care in the municipality of Foz do Iguaçu, which provides services to Brazilian women residing in Paraguay during prenatal, childbirth, and postpartum stages. Bardin's content analysis was applied to the collected data. Among the 13 interviewees, seven were from primary healthcare and six from hospital care. The findings supported the construction of two articles with the following categories: *Care for Brazilian Pregnant Women Residing in Paraguay: (Un)defined Care Pathway* and *Challenges in Prenatal Follow-up for "Brasiguia" Pregnant Women* (article 1); and *Management of "Brasiguia" Pregnant Users in Brazilian Health Services: Service Funding vs. Financial Impact* (article 2). Thus, the challenges faced by health managers in border municipalities are complex; however, given the ongoing demand, it is essential to formulate strategies that not only ensure the provision of services but also support their sustainability for the municipality.

Keywords: Postnatal care, Prenatal care, Women's health, Border health, Public health.

DIAS, B. P. Atención a la mujer brasiguaya en el ciclo embarazo-puerperal: Percepciones de gestores brasileños en la triple frontera. 94f. Dissertación (Maestría en Salud Pública) – Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Líder: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2024.

RESUMEN

El ciclo embarazo-puerperal abarca el período de gestación, el parto y el puerperio. El Sistema Único de Salud (SUS) debe garantizar atención gratuita y de calidad a la población, incluyendo el cuidado en todas las etapas del embarazo. En municipios fronterizos, frecuentemente ocurre una desproporción entre la oferta y la demanda de servicios de salud, ya que la búsqueda de estos servicios por parte de residentes de municipios de países vecinos provoca una sobrecarga en los sistemas, diseñados para atender a los habitantes locales. Uno de los grupos demandantes de servicios de salud en Brasil está compuesto por mujeres brasileñas residentes en Paraguay, que, al encontrarse embarazadas, regresan a su país de origen para recibir atención prenatal y de parto, con el objetivo de asegurar tanto una atención gratuita y de calidad como la nacionalidad brasileña para sus recién nacidos. Así, esta investigación tuvo como objetivo comprender la gestión de la atención a la salud de mujeres brasileñas residentes en Paraguay que reciben servicios de atención prenatal, parto y posparto en Brasil. Se trata de una investigación cualitativa y descriptiva, que utiliza el análisis de contenido de Bardin como método de investigación. Se realizaron entrevistas con gestores de los servicios de salud de la mujer en atención primaria, atención especializada y atención hospitalaria del municipio de Foz do Iguaçu, que ofrecen servicios a mujeres brasileñas residentes en Paraguay en las fases de prenatal, parto y posparto. Se aplicó el análisis de contenido de Bardin a los datos recogidos. De los 13 entrevistados, siete pertenecían a la atención primaria y seis a la atención hospitalaria. Los resultados obtenidos respaldaron la construcción de dos artículos con las siguientes categorías: *Atención a la Mujer Brasileña Embarazada Residente en Paraguay: Línea de Cuidado (In)definida* y *Desafíos en el Seguimiento Prenatal de Mujeres Embarazadas de “Brasiguay”* (artículo 1); y *Control de Usuarías Embarazadas de “Brasiguay” en los Servicios de Salud Brasileños: Financiación de los Servicios frente al Impacto Financiero* (artículo 2). Así, los desafíos que enfrentan los gestores de salud en municipios fronterizos son complejos; sin embargo, dada la demanda continua, es esencial formular estrategias que no solo garanticen la oferta de servicios, sino que también aseguren su sostenibilidad para el municipio.

Palabras clave: Atención posnatal, Atención prenatal, Salud de la mujer, Salud en la frontera, Salud pública.

Lista de Siglas

APS	Atenção Primária de Saúde
CMI	Centro Materno Infantil
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DO	Declaração de Óbito
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SIS FRONTEIRA	Sistema Integrado de Saúde na Fronteira
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVO.....	16
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 Cuidados em saúde à mulher no ciclo gravídico-puerperal.....	16
3.2 Sistema único de saúde: Gestão e financiamento dos programas.....	24
3.3 Trânsito de emigrante em território brasileiro.....	26
3.4 Saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na tríplice fronteira.....	28
4. MATERIAIS E MÉTODO.....	30
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	30
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	31
4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	31
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5. RESULTADOS.....	34
ARTIGO 1.....	35
ARTIGO 2.....	51
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICES.....	81
ANEXOS.....	87

1. INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal compreende o período gestacional, parto e o puerpério, no qual a mulher passa por alterações e transformações de ordem biológica e psíquica. Estas alterações a tornam mais suscetível a contrair ou desenvolver doenças de cunho psicológico ou fisiológico (PAIXÃO *et al.*, 2021). A forma com que a mulher lida com sentimentos como: medos, dúvidas, inseguranças, ansiedade, além das transformações físicas pelas quais vem passando, influenciam diretamente no vínculo familiar em que se encontra inserida, assim como na relação com o filho (CAVALCANTI; SOUSA, 2021; SANTOS *et al.*, 2022).

Para a mulher que está vivendo este período é requerido um acompanhamento para auxiliá-la a passar por ele de maneira segura, ajudando-a a entender as transformações sofridas de ordem física e emocional, com garantia de que doenças que podem ser desencadeadas nesta fase sejam precocemente descobertas e tratadas (SILVA *et al.*, 2021).

O período gravídico inicia quando ocorre a fixação do conceito no útero e finaliza-se no momento do trabalho de parto. O acompanhamento da gestação deve ser iniciado o mais breve possível, através do pré-natal, com vistas à detecção precoce de patologias, manejo quando possível e tomada de condutas preventivas, bem como a integralidade da assistência à díade mãe-filho (RIBEIRO *et al.*, 2020). Durante as consultas de pré-natal, além da avaliação clínico-obstétrica, a gestante deve receber orientações acerca do processo de trabalho de parto e parto para sanar dúvidas, diminuir os medos e planejar o parto e nascimento (CARVALHO; CERQUEIRA, 2020).

O processo de trabalho de parto é dinâmico e envolve a presença de contrações uterinas fortes, rítmicas e regulares, bem como dilatação progressiva do útero. Ele pode ser dividido em três fases. Na primeira, ocorre a dilatação do útero e do canal de parto. A segunda é definida pelo processo de expulsão do feto e a terceira se caracteriza pela dequitação, que ocorre após o nascimento com o processo de saída da placenta (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Após o parto a mulher vivencia o puerpério, definido como o processo de transformações para recuperação do organismo a condições anteriores à gestação, enfrentando transformações fisiológicas, psicológicas e endócrinas. Ele se inicia entre uma ou duas horas após o parto e termina em aproximadamente 6 a 8 semanas, podendo ser dividido em puerpério imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (ALVES; LOVADINI; SAKAMOTO, 2021).

O ciclo gravídico-puerperal necessita ser visto como um processo complexo que é, e não apenas definido pelo momento do parto. É necessária a prestação de uma assistência digna, de qualidade e humanizada por todos os profissionais envolvidos, em todas as etapas do ciclo, desde as orientações e cuidados iniciados no pré-natal, no momento do parto e puerpério, na busca de satisfação e segurança da díade (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir assistência de qualidade e gratuita à população, incluindo a assistência nas fases da gestação, parto e puerpério, com oferta de atendimento digno e seguro, apresentados por meio de programas ministeriais voltados especificamente a este público, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Rede Cegonha (GRZYBOWSKI *et al.*, 2020), a Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) (BRASIL, 2022), e por programas estaduais, como o Rede Mãe Paranaense (RMP) (PARANÁ, 2012), do Estado do Paraná.

O PHPN foi estabelecido pela Portaria Nº 569 para fornecer às gestantes e aos recém-nascidos um atendimento de qualidade e humanizado, com realização de um número mínimo de procedimentos, melhora no acesso e na cobertura do pré-natal, parto e puerpério, integralidade da assistência, interação entre os níveis dos serviços de saúde e diminuição nas taxas de morbimortalidade materna e infantil no país (BRASIL, 2000).

A Rede Cegonha consiste em uma estratégia desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 1.459 para estruturar e organizar, em âmbito nacional, os cuidados ofertados pelos serviços de saúde para as mulheres quanto ao planejamento reprodutivo e atendimento humanizado no ciclo gravídico-puerperal, assim como a garantia de um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável às crianças (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), foi apresentada pelo MS em 2022 e passou a vigorar através da Portaria Nº 715. É uma adaptação da Rede Cegonha e manteve os seus princípios, no entanto apresenta alterações em seus objetivos, pois traz um enfoque maior em acompanhar a mulher desde o início do seu período fértil com o acesso ao planejamento familiar até o puerpério (BRASIL, 2022).

Apesar do Brasil possuir diversos programas voltados para atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, é possível observar a fragmentação da assistência ofertada e impactos nos índices de morbimortalidade materna e infantil (LOURENÇO *et al.*, 2020).

A taxa de mortalidade materna é um indicador importante utilizado para avaliar a qualidade de vida da população, pois está ligado à desarticulação, desorganização e baixa qualidade na assistência fornecida pelos serviços de saúde. Se caracteriza como mortalidade mater-

na quando o mesmo ocorre durante o período gestacional, no momento do parto ou até 42 dias após o parto (BARRETO, 2021).

Na Agenda de Desenvolvimento Sustentável até 2030, são estabelecidos 17 objetivos, que incluem 169 metas. Esses objetivos buscam a tomada de ações que auxiliem na erradicação da pobreza e desigualdade, garantia à saúde, justiça e prosperidade além de proteger o planeta (WHO, 2022). O objetivo número 3 da agenda visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, e, dentre metas para esse objetivo está a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2022).

Em 2018, o MS assumiu como objetivo a redução da mortalidade materna para 30 mortes por 100.000 Nascidos Vivos (NV) até 2030, estipulada pelos objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS), sendo esta taxa em 2018 de 59,1 óbitos maternos por 100.000 NV. Em 2019 a taxa de mortalidade materna no território brasileiro foi de 57,9 óbitos maternos por 100.000 NV. Em 2020, foi de 74,7 óbitos maternos por 100.000 NV (IPEA, 2022). Em 2021, apresentou um crescimento importante, 107,53 óbitos maternos por 100.000 NV. A partir de 2020, um dos fatores que contribuiu para este exponencial aumento foi a pandemia da COVID-19 (UNFPA, 2022).

Além das complicações relacionadas à COVID-19, existem diversos outros fatores que podem ter contribuído para a elevação das taxas de mortalidade materna, como comorbidades prévias, raça, número de gestações anteriores, via de parto e local em que ele foi realizado. No entanto, a evolução do quadro da gestante ou puérpera para o óbito demonstra falha na assistência à saúde prestada, assim como falha nas políticas públicas vigentes (SIMÃO *et al.*, 2020).

Quando comparados o número de partos realizados no Brasil entre os anos de 2019 (2.849.146) e 2021 (2.677.101) podemos observar uma redução de 6% no número de partos realizados. Situação que também pode ser observada no estado do Paraná (7%) e no município de Foz do Iguaçu (9%), quando comparados os anos de 2019 e 2021 (BRASIL, 2023).

Porém, quando observado o tipo de parto, apesar da redução no número total, é constatado que houve aumento no número de realizações de cesarianas quando comparado com a via vaginal, sendo apresentado um aumento de 56% para 57% do número total de cesarianas de 2019 para 2021, respectivamente, em território nacional. Cenário este que se manteve quando observado o Estado do Paraná, em que houve aumento de 62% para 65% e o municí-

pio de Foz do Iguaçu, em que passaram de 56% para 59% o número de cesarianas quando comparado com o número de partos via vaginal (BRASIL, 2023).

Quanto ao número de consultas de pré-natal, é indicado pelo ministério da saúde o número mínimo de seis consultas de pré-natal. No último triênio, o estado do Paraná manteve uma média de 85% na realização de sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2023).

Na saúde, um dos princípios do SUS propõe a descentralização e o comando único para uma prestação de serviços com mais qualidade e eficiência, cuja responsabilidade é descentralizada até os municípios (perpassa União, Estados e Municípios). Essa condição remete à esfera municipal o compromisso com a gestão da rede dos serviços de saúde e aos gestores municipais a incumbência de executar as ações e serviços, considerando as complexidades e particularidades de cada região (ARCARI *et al.*, 2020).

Cabe ao gestor de saúde da esfera municipal realizar o planejamento das redes e estratégias, em conjunto com o estado, conforme as diretrizes do SUS, visando a qualidade e a efetivação dos princípios propostos da universalidade, integralidade e equidade. Ele deve observar a necessidade de adaptações dos processos devido ao movimento dinâmico e mutável que são vivenciados nos municípios, principalmente, em regiões de fronteira onde há busca pelos serviços de saúde pública brasileiros por parte dos moradores dos países vizinhos fronteiriços (HORTELAN *et al.*, 2019).

Para a integração entre políticas e ações de saúde em regiões de fronteira, foi estabelecido, em 2006, através da Portaria nº 1.188, o Sistema Integrado de Saúde na Fronteira (SIS Fronteira). Ele buscava estabelecer aos municípios de fronteira etapas, mecanismos e forma de repasse de recursos financeiros para auxiliar essas regiões na realização de políticas e ações de saúde integrativas. Em 2014, o programa foi encerrado e não foi desenvolvido nenhum outro para substituí-lo (BRASIL, 2006; NETO; ROCHA, 2020).

Municípios fronteiriços acabam vivenciando uma desproporção entre a oferta de serviços de saúde em relação a demanda, pois a busca dessa população adicional, que não reside no município, ocasiona sobrecarga nos serviços que são estruturados para atender seus habitantes. A organização e o financiamento dos serviços voltados para a assistência à saúde, em geral, são determinados pela população que habita no município e a busca por atendimento de saúde no Brasil por parte da população fronteiriça e emigrante pode ocasionar prejuízo na qualidade do serviço prestado devido à dificuldade em absorver esse grupo de usuários (NERY, 2021).

Desta forma, um tema discutido de maneira recorrente entre os gestores destas regiões é a integração da saúde entre os municípios fronteiriços. A busca por atendimento de saúde pela população fronteiriça, que circulam livremente entre os diferentes países, pode ocasionar um déficit nas contas públicas. Além disso, o número de profissionais alocados nos serviços públicos de saúde é insuficiente para atender a demanda, que se torna maior que a projetada (PEREIRA; SÁ; FREITAS, 2020).

Foz do Iguaçu é um município que faz fronteira com outros dois países, Argentina e Paraguai, e em 2014, após o lançamento da Portaria n.º 125, passou a ser considerada uma cidade-gêmea, ou seja, o município faz fronteira com outro país, de maneira seca ou fluvial, apresentando um fluxo constante de pessoas transitando entre os países (BRASIL, 2014). Um dos grupos que costuma transitar entre os países são os brasileiros residentes no Paraguai e dentre os serviços que buscam no lado brasileiro estão os serviços médico-hospitalares, tornando-se assim um público que compões um importante número de atendimentos prestados (HAUM; CARVALHO, 2021).

Um dos grupos que procuram pelos serviços de saúde no Brasil são as mulheres brasileiras que residem no Paraguai e quando se encontram gestantes buscam seu país de origem, no município de Foz do Iguaçu, para realizar o acompanhamento do pré-natal e parto, a fim de garantir um atendimento de qualidade e gratuito, bem como a nacionalidade brasileira para o recém-nascido (NOVAKOWISKI, 2022).

Em 2007 foi criado o Centro Materno Infantil (CMI), subsidiado pelo programa então vigente SIS-Fronteira. Seu objetivo foi oferecer um local de referência para que essas mulheres realizassem o acompanhamento do pré-natal e puerpério, pois até então a busca ocorria principalmente ao serviço de atenção terciária no momento do parto, pois então seria garantido seu direito a atendimento (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

Conforme o exposto, eis a questão norteadora: Como ocorre a gestão em saúde para atendimento à brasileira que reside no Paraguai e acessa serviços de pré-natal, parto e pós-parto em um município de fronteira, no Brasil?

2. OBJETIVOS

Conhecer a percepção dos gestores brasileiros sobre a organização dos serviços de pré-natal, parto e pós-parto para atendimento da mulher brasileira que reside no Paraguai.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CUIDADO EM SAÚDE À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Em 1970, foi definido o Decreto nº 66.623, cuja intenção era dispor acerca da organização administrativa do MS. Neste decreto, consta no Capítulo II, Seção III, sobre a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, coordenação esta desenvolvida a partir da transformação do Departamento Nacional da Criança e vinculada à Secretária de Assistência Médica, cujo objetivo era planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, infância e adolescência (BRASIL, 1970).

Neste mesmo ano foi iniciado o primeiro processo que implementou o Sistema de Informação em Saúde (SIS) no Brasil foi a criação de um modelo único para ser utilizado em território nacional do formulário de declaração de óbito (DO) e a padronização do fluxo para coleta de dados do mesmo em 1970. Posteriormente a este marco, o desenvolvimento, expansão e uso do SIS acompanhou a evolução do SUS (CUNHA; VARGENS, 2017).

Em 1975 foi observado que o grupo materno-infantil compunha uma importante porcentagem da população brasileira e apresentava condições biopsicossociais que os tornavam mais vulneráveis. Desta maneira, o MS destacou como prioridade a realização de ações integradas de saúde, sendo então criado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). O programa foi desenvolvido pela Coordenação de Proteção Materno-Infantil, Secretaria Geral e Ministério da Saúde após ser constatado que os níveis de saúde, envolvendo todo o processo de cuidados desse grupo estava insatisfatório em diversos pontos, como a elevadas taxas de morbidade e mortalidade, a predominância de óbitos por causas evitáveis e a ausência quase absoluta de programas e coordenação das unidades de prestação de serviços (BRASIL, 1975).

O programa tinha como objetivo reduzir as taxas de morbidade e mortalidade materna-infantil, tendo como público-alvo a mulher no processo da gestação, parto e puerpério e a criança menor de 5 anos. As metas propostas foram a cobertura de 60% de assistência à

criança menor que 1 ano, 50% de assistência à gestante, ao parto e a criança de 1 a 4 anos e 20% de assistência ao puerpério. Foram desenvolvidos programas e subprogramas relacionados à assistência materna (gestação, parto e puerpério); Doenças ginecológicas, venéreas e câncer; Assistência à criança e ao adolescente (controle da saúde de crianças menores de 5 anos e de 5 a 19 anos); Expansão da assistência materno-infantil; Suplementação alimentar; Educação para saúde e Capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1975).

Em um estudo desenvolvido em 1997, foi verificada a dificuldade de realizar uma avaliação do programa de saúde materno-infantil, pois foi observado um obstáculo para obtenção de dados disponíveis em bancos de dados regionais ou nacionais devido a fragmentação dos mesmos e a falta de informações precisas quanto às implementações das ações propostas pelo programa (HARTZ *et al.*, 1997).

A mulher passou a assumir cada vez mais um importante papel na sociedade e o programa de saúde então existente já não era suficiente para responder às demandas, trazendo desta maneira a necessidade de desenvolver de um novo programa, sendo criado em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Este programa foi desenvolvido para que a saúde da mulher fosse vista de maneira integral, pois os problemas identificados englobavam pré-natal com baixa cobertura e qualidade; falta de acesso à maternidade e o alto índice de cesarianas; aumento nas taxas de aborto; altas taxas de câncer de colo uterino e mamas; alto índice de doenças sexualmente transmissíveis; índice elevado de mortalidade devido a doenças sistêmicas; falta de acesso à informação para contracepção; precariedade na assistência relacionado a menopausa e tratamento para esterilização (BRASIL, 1985).

Com o conceito de atenção integral à saúde da mulher, o programa rompeu com a medicina tradicional e passou a oportunizar o atendimento completo à mulher, clínico-ginecológico, educativo, para adversidades de saúde, incluindo desde a adolescência até a terceira idade; o período gestacional, com a assistência para concepção e contracepção; doenças oncológicas e infecções sexualmente transmissíveis. A proposta era ampliar e garantir as ações integrais de saúde pelos serviços da rede básica, e concomitantemente, destacar as atividades-chave a serem desenvolvidas conforme a identificação dos seus impactos com base nos critérios epidemiológicos (OSIS, 1998).

As mulheres tendem a uma longevidade maior que os homens, no entanto, vivenciam mais dificuldades ao longo da vida devido a discriminações sofridas dentro ou fora de casa por diversos motivos. Estas discriminações podem ser vivenciadas também nos serviços de

saúde ocasionando possíveis tensões e abalo psíquico e/ou físico, tornando imprescindível que a mulher tenha conhecimento sobre os seus direitos para que possa exigí-los. Desta maneira a garantia da saúde integral e bem-estar estão diretamente ligados a humanização e qualidade da atenção prestada, implicando na superação do arraigado olhar biologicista e medicalizador nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Em 1996 foi lançado um guia prático para assistência ao parto normal, este documento apresentava quais práticas obstétricas que eram recomendadas e que estavam em vigência conforme corroborado por evidências científicas, evidenciando as condutas que deveriam ser mantidas e quais deveriam ser abolidas, pois mostravam os benefícios e danos que poderiam respectivamente causar. Estas medidas foram adotadas pelo ministério da saúde em busca de garantir a humanização do atendimento, buscando respeitar o processo dinâmico e fisiológico do nascimento (OMS, 1996).

O Ministério da Saúde instituiu o PHPN através da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2002, buscando garantir o direito da mulher em receber o acompanhamento obstétrico e neonatal humanizado, assim como assegurar o acesso, melhor cobertura e qualidade dos serviços de saúde, além da redução da morbimortalidade materna e perinatal. A humanização adotada tem o intuito de levar os profissionais a uma postura ética e solidária criando um ambiente acolhedor para a mulher, família e recém-nascido, bem como evitar práticas desnecessárias adotadas tradicionalmente buscando implementar condutas sabidamente benéficas (BRASIL, 2002).

Este programa foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, sendo adotado e executado pelas Secretarias de Saúde dos estados e municípios buscando estabelecer que toda gestante, durante o ciclo gravídico-puerperal deve receber atendimento digno e de qualidade; acompanhamento do pré-natal adequado; Saber e ser garantido acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; assistência ao parto e puerpério de maneira humanizada e segura; assistência neonatal humanizada e segura a todo recém-nascido e que a responsabilidade da garantia desses direitos são autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2000).

Por meio do programa são estabelecidas algumas atividades como a abertura do pré-natal até o quarto mês gestacional, um mínimo de seis consultas ao longo de toda a gestação, exames laboratoriais, exames para doenças sexualmente transmissíveis, aplicação da vacina antitetânica, classificação de risco gestacional, atendimento especializado quando classificada como gestação de risco e participação em atividades educativas (BRASIL, 2002).

Em um estudo desenvolvido em 2021 cuja intenção era avaliar a assistência ao pré-natal conforme preconizado pelo programa de humanização no pré-natal e nascimento, foi observado a dificuldade em atingir todas as atividades preconizadas. Por exemplo a abertura do pré-natal após o período indicado, assim como número insuficientes de consultas e imunização deficitária. Os dados obtidos no estudo corroboraram com a literatura demonstrando a dificuldade em cumprir com as ações orientadas pelo programa (VAICHULONIS *et al.*, 2021).

Com a constante evolução do papel da mulher junto à sociedade surgiu a necessidade de um olhar mais completo para a saúde feminina, pois o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher já não englobava todas as necessidades da mesma, sendo então formulada, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (NEGRAES; BARBA, 2022).

Esta política buscou contribuir para a redução da morbimortalidade feminina no Brasil, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie, além de ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS incorporando a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. O documento norteador para a criação da política foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, junto a diversos outros setores da sociedade, mas com apoio especial do movimento das mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, todos estes grupos se uniram buscando a garantia dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2004).

Ela ainda se encontra em vigor e ao longo de quase duas décadas é a responsável por construir práticas que mudaram as políticas que visualizavam a saúde da mulher unicamente no papel de reprodutora possibilitando o real cuidado integral à saúde feminina indo além do seu caráter reprodutivo, a percebendo como uma cidadã, composta por diversos ciclos, vontades e plena de direitos (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Não excluindo a necessidade de um olhar diferenciado a mulher durante a vivência do ciclo gravídico-puerperal, bem como a importância formulação de programas e políticas voltadas a um cuidado específico para que ocorra o desenvolvimento gestacional de maneira adequada, sendo seu acompanhamento iniciado com o pré-natal (SEIBEL; CANDIDO; RODRIGUES, 2020).

A realização do acompanhamento pré-natal por uma equipe multiprofissional oportuniza uma melhor resolatividade de situações e oferece uma atenção integral gestante devido a diferentes olhares sobre a prática. As orientações ofertadas a gestante neste período são uma parte importante no processo de cuidar, bem como a utilização de ações preventivas auxilia no desenvolvimento de uma gestação e nascimento saudáveis (MARQUES *et al.*, 2021).

A assistência pré-natal corresponde a um conjunto de ações clínicas, psicossociais e educativas cujo intuito é a prevenção e detecção precoce de complicações e patologias maternas e fetais. Além disso, o acompanhamento do progresso da gestação objetiva a redução de desfechos maternos e neonatais negativos. O planejamento e desenvolvimento da assistência deve ser organizado de maneira a atender as necessidades e especificidades da gestante, além da inclusão de cuidados humanizados e acolhedoras (TRIGUEIRO *et al.*, 2022).

Devido aos altos índices de mortalidade materna e neonatal estarem demonstrando que os programas de atenção à saúde deste público não estavam sendo eficazes e sendo isto considerado uma violação dos direitos da mulher e da criança foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna que propõe a realização de um conjunto de ações articuladas pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal (Ministério da Saúde, 2004).

Criando-se em sequência através da Portaria nº 427 em 22 de março de 2005 a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cuja intenção era a avaliação da implementação do pacto, como também a sugestão para estratégias de ação, diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos que concretizem a implementação do pacto; o acompanhamento das ações dos gestores em esfera federal, estadual e municipal no processo de implementação dos compromissos assumidos e na articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas; e a divulgação das ações desenvolvidas com o objetivo de efetivar o pacto (BRASIL, 2005).

Neste mesmo ano foi criada a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, garantindo o direito a parturiente à presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2005). A presença do acompanhante junto a gestante no momento do parto traz diversos benefícios para a díade, no entanto, apesar deste direito ser garantido por lei muitas vezes não é respeitado, pois mesmo após 15 anos da sua criação diversas gestantes informam não saberem que tem esse direito e de não haverem sido

orientadas pelas instituições de saúde que tiveram contato sobre essa escolha (CARVALHO; OLIVEIRA; MACÊDO, 2020).

Em julho de 2005 foi criada a Portaria nº 1.067, que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal que visava organizar e regularizar ações de promoção, prevenção e assistência às gestantes e recém-nascidos, garantindo seus direitos ao acesso para atendimento e acompanhamento de maneira humanizada, digna e qualificada desde o pré-natal ao puerpério e ao nascimento respectivamente (BRASIL, 2005).

A utilização de boas práticas obstétricas na assistência contribui para a mudança do modelo obstétrico intervencionista e insere a gestante como protagonista, particularmente no parto. Desta maneira é possível compreender que a fragmentação da atenção ofertada à gestante, nas diversas etapas da atenção obstétrica, pode comprometer a qualidade no atendimento, assim como o desfecho da gestação (MONTEIRO *et al.*, 2020).

Outro programa criado para auxiliar a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal foi a Rede Cegonha, instituída em 2011 pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Esta rede teve o intuito de proporcionar à mulher o cuidado integral, garantindo seu direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada quando ela vivenciar este período, bem como um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável à criança. Seu objetivo é encorajar a realização de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança; garantir acesso acolhimento e resolutividade na rede de atenção à saúde materna e Infantil; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha fortaleceu os avanços realizados pelo Ministério da Saúde que buscavam melhoria na atenção ao parto e nascimento, sua proposta era alterar o modelo utilizado até então que apresentava resultados negativos devido a condutas invasivas, não humanizadas com elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal (FILHO; SOUZA, 2021). Para que seja possível essa mudança no paradigma que envolve o cuidado à gestante é necessário que os profissionais e serviços de atenção que a atendem compreendam a necessidade de comunicação efetiva entre os serviços, com promoção de cuidado qualificado e humanizado pelos profissionais (BARBOSA *et al.*, 2021).

Esta comunicação também é garantida pela Rede Cegonha por meio da regulação de leitos obstétricos e neonatais, além da regulação de urgências e ambulatorial para que haja ajuste entre a demanda e os serviços de saúde visando a segurança da díade. Outra medida é o transporte da gestante de maneira adequada em casos emergenciais, sendo definida a garantia

de transporte sanitário e seguro, em que ambulâncias de suporte avançado estejam equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais (BRASIL, 2011).

Aponta-se que a gestão do cuidado envolve o processo de cuidar dentro de uma cultura organizacional, e diz respeito à liderança, motivação, comunicação, colaboração e participação que os profissionais devem exercer. A gestão do cuidado de enfermagem é a união do cuidar com o administrar e volta-se para o gerenciamento do cuidado ofertado à mulher, da melhor maneira possível, com base em evidências científicas (AMORIM; BACKES, 2020).

A Rede Mãe Paranaense foi desenvolvida em 2012, fundamentada nos princípios gerais da Rede Cegonha e com a missão de assegurar o acesso e a atenção a mulher, garantindo atendimento seguro e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério, bem como às crianças menores de um ano de idade. Ela estabelece ações que buscam melhorar nos indicadores de mortalidade materna e infantil, pois trata-se da forma de avaliação mais sensível e realista da qualidade de vida da sociedade (PARANÁ, 2012).

Ela busca a captação precoce da gestante; acompanhamento pré-natal com no mínimo 07 consultas (01 no primeiro trimestre, 02 no segundo trimestre, 03 no terceiro trimestre e 01 no puerpério); realização de 17 exames (laboratoriais e de imagem); estratificação de risco da gestante e da criança (risco habitual, risco intermediário ou alto risco) conforme critérios estabelecidos; atendimento especializado para acompanhamento quando classificados como de risco e a garantia do parto com vinculação ao hospital conforme o risco gestacional estratificado (PARANÁ, 2012).

Em um estudo realizado com o objetivo de analisar a implementação da Rede Mãe Paranaense foi possível observar que, apesar das dificuldades relacionadas com a subnotificação encontrada em bancos de dados estaduais/regionais, ela apresentou um impacto positivo nos índices avaliados relativos às ações de melhoria propostas pela rede nas regionais de saúde investigadas (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

A Portaria Nº 1.020, de 29 de maio de 2013, em conformidade com a rede cegonha, propõe as diretrizes para estruturação da atenção à saúde na gestação de alto risco. Definindo como gestação de risco a mulher que apresente alteração em seu estado de saúde derivado de patologias preexistentes ou decorrentes da gestação, parto e puerpério, podendo estas serem geradas por fatores orgânicos, socioeconômicos ou demográficos desfavoráveis. Sendo orientado que o atendimento prestado a ela deve levar em consideração as particularidades de

cada uma, integrando os cuidados da atenção básica garantindo assistência progressiva, continuada e acessível a todas (BRASIL, 2013).

O projeto parto adequado tratou-se de uma iniciativa entre a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), o Institut for Healthcare Improvement (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein em busca de melhorar a atenção ao parto, ele contou com o apoio do Ministério da Saúde. Ele buscava a redução de riscos desnecessários e melhora da segurança do paciente, bem como da experiência de cuidado para gestantes e recém-nascidos, através do incentivo ao parto normal, buscando a redução no número de cesáreas evitáveis e a qualificação dos serviços de assistência ao pré-natal, parto e pós-parto (ANS, 2015).

Foi desenvolvido em 2017 pelo Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ o projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On), cujo objetivo era ampliar a abrangência de ação dos hospitais na rede do SUS, bem como reformular e aprimorar os processos de trabalho em busca da adequação ao acesso, cobertura e qualidade do cuidado. Sua proposta era a qualificação nos locais de atenção ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo, pós-parto e pós-aborto, em hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha (BRASIL, 2017).

Tendo como objetivo tornar o nascimento o mais seguro possível, para a gestante e recém-nascido, o ambiente hospitalar adotou o uso de diversos procedimentos e tecnologias. Porém a adoção dessas medidas gerou um olhar negativo frente ao processo de gravidez, parto e nascimento, tornando como hábito o uso de intervenções que deveriam ser utilizadas com cautela e apenas quando necessárias e não de forma rotineira (BRASIL, 2017).

Desta maneira, foi desenvolvido em 2017 as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, cujos objetivos tratavam-se de uniformizar e padronizar as práticas clínicas usadas na assistência ao parto normal, promovendo mudanças nas mesmas; reduzir a variação entre as condutas profissionais; diminuir o número de intervenções desnecessárias; transmitir o uso de práticas baseadas em evidências; e indicar as práticas, porém sem substituir o julgamento individual do profissional, da parturiente e dos genitores em relação ao recém-nascido (BRASIL, 2017).

Em 2022 foi instituída a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) por meio da Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. Ela surgiu como uma proposta de reestruturação da Rede Cegonha e tem como objetivo a implementação de um modelo de

atenção à saúde seguro, seja na atenção primária, secundária e/ou terciária, para as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, além do planejamento reprodutivo, assim como para os recém-nascidos e crianças, buscando reduzir a morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2022).

3.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: GESTÃO E FINANCIAMENTO DOS PROGRAMAS

Os movimentos políticos, sociais e econômicos estão diretamente ligados a evolução das políticas que envolvem o cenário da saúde brasileira. Elas sempre se organizaram de maneira a atender as necessidades e interesses do governo ou população. Com o passar dos anos a população se tornou cada vez mais exigente em busca de uma saúde que atendesse a todos. Um movimento composto por diversos grupos sociais (profissionais da saúde, intelectuais, partidos políticos e movimentos sociais), em busca de uma saúde igualitária a todos, culminou na criação do SUS, em 1988 baseando-se no art. 196 da Constituição Federal que prevê a universalidade da saúde (KUCHARSKI *et al.*, 2021).

A Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que estabelece as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, define a saúde como um direito fundamental ao ser humano, sendo de responsabilidade do Estado a prover, com seus princípios pautados na universalidade, equidade e integralidade da saúde a população (BRASIL, 1990).

O SUS buscou a descentralização do sistema de saúde, trazendo um sistema de responsabilidade compartilhada para a gestão dos programas entre a União, o Estado e os Municípios. O rompimento com o modelo centralizado utilizado até então possibilitou aos Municípios a autonomia para um planejamento que atenda as demandas da sua população, respeitando a autoridade, com decisões baseadas em consenso entre as entidades (ARCARI *et al.*, 2020).

A gestão em saúde engloba diversas responsabilidades, desde elaboração de planos, estabelecimento de metas a serem alcançadas, até a identificação e planejamento de ações que busquem a qualidade nos serviços de maneira individual e coletiva. Os gestores têm como responsabilidade realizar a administração, bem como coordenar as áreas que prestam atendimento de saúde, buscando sempre atender aos princípios da reforma sanitária (PESSOA *et al.*, 2020; BASTOS *et al.*, 2020).

A atenção no âmbito do SUS está organizada em atenção básica ou primária, atenção de média complexidade ou secundária e atenção de alta complexidade ou terciária. A atenção

primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e utiliza tecnologias leves; a atenção secundária é definida através da exclusão, pois se adequam a ela necessidades que ultrapassem a atenção básica, mas que ainda não se configuram como alta complexidade; e a atenção terciária é de alta complexidade e custos, em que são aplicados os usos de tecnologia leve, leve-dura e duras (GONÇALVES, 2014).

Com a criação do SUS tornou-se necessário o planejamento de maneiras a subsidiar a saúde nacional. Ela deveria ser financiada por recursos da União, Estados e Municípios, sendo inicialmente optado por utilizar 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para as políticas públicas de saúde. Após alguns anos sem que esta estratégia fosse eficaz optou-se pela criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que foi extinguida em 2007 devido a seu caráter provisório, sendo então formulado em 2012 a Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012 que atendia a regulamentação exigida por meio da Emenda Constitucional 29/2000 através do art. 198, §3º, da Constituição Federal (CUNHA, 2021).

A transferência dos recursos federais e estaduais aos municípios está disposto na Lei 13.331, de 23 de Novembro de 2001, onde estabelece em seu Art.22 que os valores de repasse deverão atender aos critérios de análise técnica e a priorização de programas e projetos. Dentre os critérios analisados está o perfil demográfico do município, o qual consta no Inciso 1º que os municípios que possuam evidente flutuação populacional cíclica ou processo de migração devem ser avaliados de outra maneira estabelecida pela Secretaria de Estado da Saúde (PARANÁ, 2001).

A medida torna-se necessária devida a mobilidade populacional entre os países que, em sua maioria, gera dificuldades orçamentária para o município em arcar com os custos onerados pela população fronteiriça, principalmente relacionado a atendimentos de saúde, e que não são contabilizados no momento do repasse financeiro (SANTOS-MELO; ANDRADE, 2021).

A Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012, institui as normas de cálculo e o valor mínimo que deverá ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de Saúde anualmente; O percentual mínimo da arrecadação de impostos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, que deverá ser destinado a ações e serviços públicos de saúde; Método de divisão dos recursos da União para os Estados e Municípios e dos Estados para seus Municípios relacionados a saúde, procurando reduzir gradativamente as desigualdades

regionais; e Normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2012).

A União deverá destinar o valor aplicado no ano anterior somando, minimamente, ao aumento do valor no produto interno bruto (PIB), também do ano anterior. Caso o PIB tenha sofrido uma variação negativa não poderá ser reduzido o valor, em comparação ao repasse anterior. Os Estados são responsáveis em realizar o repasse do valor correspondente a 12% da sua arrecadação de impostos. Já os Municípios deverão aplicar 15% do valor arrecadado anualmente com impostos (BRASIL, 2012).

A aplicação do repasse de recursos pela União é estabelecida pela Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de Setembro de 2017, que sofreu alteração pela Portaria Nº 3.992, de 28 de Dezembro de 2017 onde definiu-se que a organização e transferência de verba destinadas as despesas com ações e serviços de saúde pública ocorreriam em formato de blocos. O bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde está destinado à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde; e ao Funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2017).

Já o bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde destina-se à aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; Obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e Obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2017).

3.3 TRÂNSITO DO EMIGRANTE EM TERRITÓRIO BRASILEIRO

O Brasil possui uma extensão territorial de 8.510.345,540 km² (IBGE, 2022), dividido em 26 estados, mais o Distrito Federal. Do total, 11 estados são compostos por municípios que fazem parte da faixa de fronteira, totalizando 588 municípios que possuem sua área total ou parcial adequadas a esta categoria (IBGE, 2021). Após alterações anteriores foi estipulado como faixa de fronteira, através da Lei Nº 6.634, de 02 de maio de 1979, a área que possui linha divisória terrestre do território nacional com até 150 quilômetros de largura (BRASIL, 1979).

Devido a importância de um sistema de cooperação e ações compartilhadas na área da saúde nas regiões de fronteira, assim como a harmonia em políticas de saúde e a necessidade

de fortalecer a atuação do Ministério da Saúde nestes territórios, foi elaborada a Portaria Nº 1.120, de 06 de julho de 2005, que sofreu alterações e foi substituída pela Portaria Nº 1.188 de 05 de Junho de 2006, que instituiu o Sistema Integrado de Saúde na Fronteira (BRASIL, 2006).

O SIS Fronteira tinha como objetivo estabelecer etapas, mecanismos e formas de repasse dos recursos financeiros aos municípios de fronteira, além de regulamentar a sua adesão. Ele buscava integrar políticas e ações de saúde nas regiões fronteiriças. O programa foi encerrado oito anos após sua criação e não houve elaboração de outro para substituí-lo (NETO; ROCHA, 2020).

Em 2017 houve a criação da Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, denominada Lei de Migração, em que determina quais são os direitos e deveres do migrante e visitante, orienta a entrada e estadia no País e determina princípios e diretrizes para políticas públicas voltadas ao emigrante (BRASIL, 2017).

A criação desta lei foi importante para a atualização da legislação, que se encontrava desatualizada, em desacordo com os direitos humanos e com a constituição brasileira. Esta lei trouxe definições importantes para as terminologias utilizadas como imigrante (pessoa não nacional que se estabelece no Brasil), emigrante (brasileiro que reside no exterior), residente fronteiriço (pessoas que residem em áreas de fronteira), visitante (pessoa que vem ao Brasil por curtos períodos) e apátrida (pessoa que não seja considerada nacional por nenhum Estado) (MENDES; BRASIL, 2020; CLARO, 2020).

Cabe ressaltar que não é um processo simples institucionalizar os direitos de migrantes devido a diversas questões burocráticas nacionais ou não que estão envolvidas neste processo. As faixas de fronteira tendem a adaptar à sua realidade os processos de integração deste público em território nacional, principalmente no tocante da saúde devido ao elevado número de buscas por atendimento (MENDES; BONI; MUELLER, 2021).

As regiões de fronteiras são espaços vivos e dinâmicos, em que ocorrem interações sociais entre grupos distintos diariamente em diversos aspectos, sociais, culturais e econômicos ocasionando alterações na cultura local, diferenciando-as de qualquer outra região e tornando necessário um olhar diferente para a maneira de atender as suas demandas (MOURA, 2020; MAGALHÃES; RONCONI; ASSIS, 2021).

Uma estratégia proposta pela União para o desenvolvimento de ações a serem realizadas pelo governo nas faixas de fronteira foi a criação da Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira, instituído pelo Decreto Nº 9.961, de 8

de agosto de 2019, que tem como objetivo propor medidas e coordenar ações que visem ao desenvolvimento de iniciativas necessárias à essas regiões (BRASIL, 2019).

Na sequência, houve a criação da Portaria Nº 3.227, de 28 de dezembro de 2020, que estabelece o programa Fronteira Integrada, cuja finalidade é diminuir a desigualdade social e econômica em territórios que façam parte da faixa de fronteira. Ele busca o crescimento econômico dessas regiões, melhora na infraestrutura urbana, na renda e na qualidade de vida da população (BRASIL, 2020).

A necessidade por políticas públicas específicas para o município que possui fronteira direta com outro país culminou na criação do conceito de Cidades Gêmeas, estabelecido pela Portaria Nº 2.507, de 5 de outubro de 2021. Ela determina que cidades gêmeas são municípios que tenham população superior a 2.000 habitantes e que façam parte da linha de fronteira de maneira seca ou fluvial, podendo ser ou não articulada por obra de infraestrutura, que apresentem ou não conurbação ou semi-conurbação com país vizinho, podendo apresentar potencial de interação econômica e cultural, bem como problemas próprios de fronteiras que gerem consequências para o desenvolvimento regional e de cidadania são cidades gêmeas (BRASIL, 2021).

Para os residentes destes municípios a demarcação do limite territorial se torna muitas vezes nulo, devido a incorporação em sua rotina do processo de transfronteirização. Uma das características deste processo é, em qualquer lado da fronteira, a busca pelos direitos sociais, quando esta procura ocorre no Brasil geralmente está relacionado aos serviços de saúde pública, devido aos princípios do SUS (AIKES; RIZZOTTO, 2020).

Em virtude da busca pelos serviços de saúde por parte dos imigrantes e fronteiriços o sistema de saúde local pode sofrer com restrições no financiamento e organização dos serviços de saúde ofertados. Além de resultar em desigualdade no atendimento recebido devido a fatores como idioma, documentos ou cultura, desta maneira torna-se necessário discussões acerca da saúde em regiões de fronteira (FEITOSA; MARTINS, 2022).

3.4 SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA TRÍPLICE FRONTEIRA

O município de Foz do Iguaçu, localizado no extremo oeste do estado do Paraná é uma cidade gêmea que faz fronteira com outros dois países, o Paraguai e a Argentina, sendo considerado uma tríplice fronteira. A ligação entre os países Brasil-Argentina e Brasil-

Paraguai ocorre por meio do eixo rodoviário pela ponte Tancredo Neves e ponte da Amizade respectivamente (SOLER; PEREIRA, 2021).

O município de Foz do Iguaçu está localizado na região Oeste do Estado do Paraná e faz divisa com os municípios de Cidade do Leste, no Paraguai, e Porto Iguaçu, na Argentina.

Este município de tríplice fronteira se distingue de outros devido ao porte médio das três cidades, bem como o fluxo transitório intenso entre elas por motivos turísticos e comerciais. Essa mobilidade influencia diretamente no processo saúde-doença vivenciado pelo município, pois resulta em uma busca constante pelos serviços de saúde brasileiro pela população que reside do outro lado da fronteira devido as peculiaridades que dificultam o acesso ao usuário lá (FEITOSA; MARTINS; JAQUEIRA, 2020).

Além da localização geográfica, que facilita a busca por atendimento por fronteiriços, entre as décadas de 70 e 80 a região passou por alterações territoriais com a construção da Hidrelétrica de Itaipu, que ocasionou na inundação de diversos terrenos marginais. Residentes brasileiros que foram afetados receberam incentivos, pelo governo brasileiro, a buscar terras em território paraguaio fronteiriço ao Brasil (OIM, 2018).

Após questões políticas paraguaias, muitos brasileiros retornaram. No entanto, uma parcela da população optou por permanecer e estas pessoas também buscam atendimento de saúde no município de Foz do Iguaçu (OMI, 2018), sendo esta população, que possui nacionalidade brasileira e mantém residência no Paraguai, denominada brasiguaia (TIBES-CHERMAN *et al.*, 2021).

Parte dessa população brasiguaia é de mulheres, que residem no Paraguai, e buscam atendimento de saúde com qualidade e de forma gratuita, durante o período gestacional, no Brasil. No entanto, este atendimento é considerado vulnerável devido à dificuldade apresentada pela gestante em realizar o atendimento fornecido pela Rede em seu ciclo gravídico-puerperal relacionado, principalmente por questões legais ou financeiras (SOUZA *et al.*, 2021).

A confirmação da gravidez e o acompanhamento desta gestante pelo serviço de saúde deve ocorrer o mais cedo possível, a fim de assegurar preservação da saúde da díade. Para garantir essa segurança todas as instâncias envolvidas no processo assistencial devem saber quais as suas atribuições e em que ponto devem atuar, devendo assim haver interação entre os níveis de serviços ofertados a este público (MOIMAZ *et al.*, 2020).

4. MATERIAIS E MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

O estudo com abordagem qualitativa, com uso da análise de conteúdo de Bardin como referencial metodológico.

A abordagem qualitativa busca compreender e explicar as situações que acontecem no mundo social, por meio do reconhecimento dos significados das relações humanas. Para que seja possível essa compreensão, é necessário que o pesquisador utilize um referencial metodológico adequado ao objetivo do estudo (MAIRINK; GARDIM; PANOBIANCO, 2021).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Pesquisa realizada junto a Atenção Primária à Saúde (APS), atenção especializada e atenção hospitalar do município de Foz do Iguaçu, PR, que oferta serviços pelo SUS à mulher brasileira, residente no Paraguai, no pré-natal, parto e pós-parto.

O município conta com os seguintes serviços de atenção à saúde, que ofertam atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, pelo SUS, a saber: a APS possui trinta unidades de saúde, entre unidades básicas de saúde (UBS) e equipes de saúde da família (ESF), distribuídas em cinco distritos sanitários (nordeste, norte, leste, oeste e sul) e um Centro Materno Infantil (CMI), desenvolvido para atender mulheres brasileiras que residem no Paraguai e na Argentina (países que fazem fronteira com o Brasil); a atenção especializada possui uma unidade de saúde, que atende obstetrícia, além de outras especialidades; e a atenção hospitalar, um hospital filantrópico que oferta atendimento de pré-natal de alto risco, parto e pós-parto.

Em relação às UBS, salienta-se que duas unidades são referência para o atendimento de brasileiros residentes no Paraguai e uma é referência para a população residente próximo à divisa entre Brasil e Paraguai. O CMI é referência ao atendimento de gestantes brasileiras que residem no Paraguai e na Argentina (países que fazem fronteira com o Brasil), e que buscam atendimento em saúde no Brasil. Ele foi criado utilizando recursos financeiros do SIS Fronteiras e da Itaipu Binacional, visando garantir o atendimento pré-natal para as gestantes

brasileiras que residem na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, como uma forma de assegurar o direito à saúde para essa população (SCHAPKO, 2022).

Quanto a atenção especializada, a mesma pode ser dividida em duas categorias, a atenção de média e de alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar). A atenção de média complexidade é formada por serviços especializados em ambulatórios e é composta por diversas especialidades como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas (BRASIL, 2022).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população de participantes foi composta pelos gestores de saúde, que atuam nos serviços de atenção de pré-natal, parto e pós-parto, no município de Foz do Iguaçu, nos diferentes níveis de atenção.

A seleção dos participantes foi por meio da identificação do nome, cargo, telefone ou *e-mail* dos gestores, de cada nível de atenção, nos respectivos serviços de saúde. Eles foram abordados pessoalmente e por contato telefônico para explicar os objetivos do estudo e realizado o convite para participação. Após o aceite, foi agendada data e a hora para a entrevista, conforme disponibilidade dos mesmos.

Foram critérios de inclusão: ser gestor de saúde de serviço que presta atendimento de pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS, à mulher brasileira que reside no Paraguai. Foram excluídos gestores de saúde em período de férias ou de licença saúde, no período de coleta de dados.

4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, orientadas por roteiro semiestruturado (Apêndice 1), com a realização de teste piloto, que foi incluído nos resultados.

A coleta de dados foi realizada entre julho a outubro de 2023, por meio de entrevistas individuais, orientadas por roteiro semiestruturado, com a realização de duas entrevistas piloto, que foram incluídas no estudo. As entrevistas foram conduzidas por uma enfermeira,

mestranda e que foi previamente treinada pelas orientadoras, que possuem expertise em pesquisa qualitativa. O roteiro semiestruturado não precisou de ajustes.

As entrevistas foram realizadas presencialmente (n=11) e de forma *online* (n=02), sendo essas por meio do aplicativo *WhatsApp*, conforme preferência do participante. Sendo presencial, foram realizadas no local de trabalho do gestor, em suas salas privativas, garantindo a privacidade. Cada entrevista durou em média 25 minutos, foram gravadas com uso de aparelho digital de gravação de voz, transcritas, revisadas quanto à fidedignidade do áudio e da transcrição e encaminhadas aos participantes de maneira impressa, por *e-mail* ou *WhatsApp* para realização da leitura e conferência da transcrição. Após o envio, aguardou-se o prazo de 14 dias para retorno da entrevista, porém não houve devoluções de correções pelos entrevistados, apenas a ciência. Não foi realizado diário de campo.

A coleta de dados foi suspensa quando a pesquisadora constatou que durante a continuidade das respostas nas entrevistas tanto para profissionais quanto para as gestantes, não houve nenhuma informação nova, fundamentada na teoria da amostragem por saturação. Em estudo feito por Minayo (2017), a amostragem por saturação é um recurso usado levando em consideração o fechamento do tamanho final da amostra em estudo.

Os dados foram analisados utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin, que trata de um conjunto de técnicas de análise, que por meio do uso de procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição dos conteúdos obtidos pelas comunicações obtém a interpretação destas comunicações. Pode-se dividir a análise de conteúdo em três fases, sendo estas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

A pré-análise consiste na fase de organização, onde devem ser realizadas algumas etapas a fim de se concluir esta fase. Dentre estas etapas estão a leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e dos objetivos, a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores e a preparação do material (BARDIN, 2016).

Ainda de acordo com mesmo autor, na fase da exploração do material, ocorrem as operações de codificação, decomposição ou enumeração, a depender das regras previamente decididas, conforme a etapa da pré-análise. Já no tratamento dos resultados e a interpretação, são realizados tratamentos nos dados brutos, de maneira a serem significativos e válidos.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, de Foz do Iguaçu, sob o Parecer nº 6.083.065 e respeitou as exigências formais presentes nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa envolvendo seres humanos (ANEXO 1). Para a realização da coleta de dados e entrevistas, solicitou-se a autorização da Secretaria Municipal da Saúde (ANEXO 2) e do Hospital Ministro Costa Cavalcanti (ANEXO 3).

Buscando a garantia do anonimato dos participantes, a identificação dos entrevistados foi realizada por meio de códigos, empregando a letra P seguida pela crescente numérica, iniciando com o número 01, conforme segue: P01, P02, P03, P04, seguidos de APS, AE ou AH, sucessivamente.

5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de artigos (n=02).

Artigo 01: Organização dos serviços de pré-natal e parto para atendimento a gestante brasiguiaia em tríplice fronteira

Resumo: Municípios fronteiriços acabam vivenciando desproporção entre a oferta de serviços de saúde em relação a demanda, um dos grupos que procuram pelos serviços de saúde no Brasil são as mulheres brasileiras que residem no Paraguai e quando se encontram gestantes buscam seu país de origem, para realizar o acompanhamento do pré-natal e parto, a fim de garantir um atendimento de qualidade e gratuito, bem como a nacionalidade brasileira para o recém-nascido. Desta maneira, o objetivo foi compreender como acontece a gestão da saúde da mulher brasileira, que reside no Paraguai e é atendida em serviços de pré-natal, parto e pós-parto no Brasil. Pesquisa de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas com gestores dos serviços de atenção à saúde da mulher na atenção primária à saúde, na atenção especializada e atenção hospitalar de um município de tríplice fronteira, que ofertam serviços à mulher brasileira, residente no Paraguai, no pré-natal, parto e pós-parto. A análise de conteúdo de Bardin foi utilizada. Dentre os 13 entrevistados, sete eram a atenção primária à saúde e seis eram da atenção hospitalar. Os resultados foram apresentados em duas categorias: Atendimento à Gestante Brasileira Residente no Paraguai: Linha de Cuidado (in)definida; Desafios no Acompanhamento Pré-Natal de Gestantes Brasiguaias. Desta maneira, existem enfrentamentos realizados pelos gestores dos serviços de saúde de município fronteiriço no atendimento da gestante brasiguiaia no pré-natal e parto.

Introdução

Municípios fronteiriços podem vivenciar a desproporção entre a oferta de serviços de saúde em relação a demanda, pois a busca pela população adicional de não residentes do município, pode ocasionar sobrecarga nos serviços estruturados para atender seus habitantes¹. Um dos grupos que costumam transitar entre os países são os brasileiros residentes no Paraguai e dentre os serviços que buscam no lado brasileiro estão os serviços médico-hospitalares, tornando-se assim um público que compoem um importante número de atendimentos prestados².

A organização e o financiamento dos serviços voltados para a assistência à saúde, em geral, são determinados pela população que habita no município e a busca por atendimento de saúde no Brasil por parte da população fronteiriça e emigrante pode ocasionar prejuízo na qualidade do serviço prestado devido à dificuldade em absorver esse grupo de usuários¹.

Os gestores destas regiões discutem e buscam a integração da saúde entre os municípios fronteiriços, pois além da busca por atendimento de saúde desta população, que circula livremente entre os diferentes países poder ocasionar um déficit nas contas públicas, o número de profissionais alocados nos serviços públicos de saúde torna-se insuficiente para atender a demanda, que fica maior que a prevista³.

As mulheres brasileiras que residem no Paraguai e quando se encontram gestantes buscam seu país de origem, para realizar o acompanhamento do pré-natal e parto, a fim de garantir um atendimento de qualidade e gratuito, bem como a nacionalidade brasileira para o recém-nascido⁴.

O ciclo gravídico-puerperal necessita ser visto como um processo complexo, não apenas definido pelo momento do parto. É necessária a prestação de uma assistência digna, de qualidade e humanizada por todos os profissionais envolvidos, em todas as etapas do ciclo, desde as orientações e cuidados iniciados no pré-natal, no momento do parto e puerpério, na busca de satisfação e segurança da díade⁵.

Portanto, a pesquisa buscou compreender a organização dos serviços de pré-natal e parto no Brasil, para atendimento da mulher brasileira que reside no Paraguai na tríplice fronteira

Método

Estudo com abordagem qualitativa desenvolvido junto aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), atenção especializada (AE) e atenção hospitalar (AH) do município de Foz do Iguaçu, que ofertam serviços pelo SUS à mulher brasileira, residente no Paraguai, no pré-natal e parto.

O município conta com os seguintes serviços de atenção à saúde, que ofertam atendimento à mulher no ciclo gravídico, pelo SUS, a saber: a APS possui trinta unidades de saúde, entre unidades básicas de saúde (UBS) e equipes de saúde da família (ESF), distribuídas em cinco distritos sanitários (nordeste, norte, leste, oeste e sul) e o CMI, desenvolvido para atender mulheres brasileiras que residem no Paraguai e na Argentina (países que fazem fronteira com o Brasil); a AE possui uma unidade de saúde, que atende obstetrícia, além de outras especialidades; e a AH refere-se a um hospital filantrópico que oferta atendimento especializado ao pré-natal de risco habitual e alto risco, parto e pós-parto⁶.

Em relação às UBS, salienta-se que duas unidades são referência para o atendimento de brasileiros residentes no Paraguai e uma é referência para a população residente próximo à

divisa entre Brasil e Paraguai. O CMI é referência ao atendimento de gestantes brasileiras que residem no Paraguai e na Argentina (países que fazem fronteira com o Brasil), e que buscam atendimento em saúde no Brasil. Ele foi criado utilizando recursos financeiros do SIS Fronteiras e da Itaipu Binacional, visando garantir o atendimento pré-natal para as gestantes brasileiras que residem na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, como uma forma de assegurar o direito à saúde para essa população⁴.

A população de participantes foi composta por gestores de saúde que atuam nos serviços de atenção de pré-natal, parto e pós-parto, no município de Foz do Iguaçu, PR, nos diferentes níveis de atenção.

A seleção dos participantes foi por conveniência, por meio da identificação do nome, cargo, telefone ou *e-mail* dos gestores, de cada nível de atenção, nos respectivos serviços de saúde. Eles foram abordados pessoalmente e por contato telefônico para explicar os objetivos do estudo e realizar o convite para participação. Após o aceite, foi agendada data e a hora para a entrevista, conforme disponibilidade dos mesmos.

Foram critérios de inclusão: ser gestor de saúde de serviço que presta atendimento de pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS, à mulher brasileira que reside no Paraguai. Foram excluídos gestores de saúde em período de férias ou de licença saúde, no período de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada entre julho a outubro de 2023, por meio de entrevistas individuais, orientadas por roteiro semiestruturado, com a realização de duas entrevistas piloto, que foram incluídas no estudo. As entrevistas foram conduzidas por uma enfermeira, mestranda e que foi previamente treinada pelas orientadoras, que possuem expertise em pesquisa qualitativa. O roteiro semiestruturado não precisou de ajustes.

As entrevistas foram realizadas presencialmente (n=11) e de forma *online* (n=02), sendo essas por meio do aplicativo *WhatsApp*, conforme preferência do participante. Sendo presencial, foram realizadas no local de trabalho do gestor, em suas salas privativas, garantindo a privacidade. Cada entrevista durou em média 25 minutos, foram gravadas com uso de aparelho digital de gravação de voz, transcritas, revisadas quanto à fidedignidade do áudio e da transcrição e encaminhadas aos participantes de maneira impressa, por *e-mail* ou *WhatsApp* para realização da leitura e conferência da transcrição. Após o envio, aguardou-se o prazo de 14 dias para retorno da entrevista, porém não houve devoluções de correções pelos entrevistados, apenas a ciência. Não foi realizado diário de campo.

A coleta de dados foi suspensa quando a pesquisadora constatou que durante a continuidade das respostas nas entrevistas tanto para profissionais quanto para as gestantes, não houve nenhuma informação nova, fundamentada na teoria da amostragem por saturação. Em estudo feito por Minayo⁷, a amostragem por saturação é um recurso usado levando em consideração o fechamento do tamanho final da amostra em estudo.

Os dados foram analisados utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin, que trata de um conjunto de técnicas de análise, que por meio do uso de procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição dos conteúdos obtidos pelas comunicações obtém a interpretação destas comunicações. Pode-se dividir a análise de conteúdo em três fases, sendo estas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação⁸.

A pré-análise consiste na fase de organização, onde devem ser realizadas algumas etapas a fim de se concluir esta fase. Dentre estas etapas estão a leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e dos objetivos, a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores e a preparação do material⁸.

Ainda de acordo com mesmo autor⁸, na fase da exploração do material, ocorrem as operações de codificação, decomposição ou enumeração, a depender das regras previamente decididas, conforme a etapa da pré-análise. Já no tratamento dos resultados e a interpretação, são realizados tratamentos nos dados brutos, de maneira a serem significativos e válidos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, de Foz do Iguaçu, sob o Parecer nº 6.083.065, de acordo com a Resolução nº 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa envolvendo seres humanos.

Buscando a garantia do anonimato dos participantes, a identificação dos entrevistados foi realizada por meio de códigos, empregando a letra P seguida pela crescente numérica, iniciando com o número 01, conforme segue: P01, P02, P03, P04, seguidos de APS, AE ou AH, sucessivamente.

Resultados

Do total de 16 profissionais gestores que se adequavam aos critérios de inclusão da pesquisa, dois gestores da AE aceitaram participar, porém devido à dificuldade em suas agendas, desistiram e um (AE) não aceitou participar da pesquisa, sendo então a população composta por 13 participantes.

Dentre eles, a média de idade foi de 43 anos, 76,9% (n=10) eram casados e tinham o tempo médio de formação de 17 anos, sendo 69,2% (n=09) com formação na área da saúde.

Quanto ao serviço de atuação, 53,9% (n=07) faziam parte da APS e 46,1% (n=06) da AH, sendo o tempo médio de atuação de 2 anos e 4 meses.

Em relação a atuação na assistência, 84,6% (n=11) dos gestores já atuaram na assistência à saúde, com a média de tempo de atuação de 13 anos e 5 meses nos diversos serviços de saúde (unidade básica de saúde, estratégia de saúde da família, serviço especializado e serviço hospitalar) e em 69,2% (n=9) informaram que já haviam realizado atividade de gestão previamente em outros serviços.

A partir das entrevistas, surgiram duas categorias: i) Atendimento à Gestante Brasileira Residente no Paraguai: Linha de Cuidado (in)definida; ii) Desafios e Estratégias no Acompanhamento Pré-Natal de Gestantes Brasileiras.

i) Acesso das gestantes brasileiras residentes no Paraguai aos serviços de saúde brasileiros

O município tem estabelecido e bem identificado os locais para os quais as gestantes brasileiras são referenciadas para receber o atendimento, desde a atenção primária até a terciária, além disso, os gestores demonstram compreender a razão para essa indicação.

Essa paciente vai ser atendida aqui no município no serviço que a gente tem pactuado, que é o CENI [Centro de Nutrição Infantil], existe uma equipe com enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem que faz o atendimento de pré-natal ali no CENI. Ela só não é atendida na unidade básica de saúde porque existe a divisão por território né, e ela não pertence a nenhum território, porque ela mora em outro país... foi organizado em algum momento esse serviço e pactuado o serviço no Centro Materno Infantil – P4APS.

... Nós temos o centro de nutrição, que é uma referência das brasileiras. A gente já colocou ali justamente para elas já terem aquele vínculo direto ali né... Então se ela busca a unidade, lá é feito todo o acolhimento né, e a estratificação de risco e aí é orientada a buscar o centro de nutrição. Qualquer unidade direciona ela...- P8APS.

O acesso à atenção hospitalar pela gestante pode ser realizado de duas maneiras distintas. Uma é feita conforme estabelecido pelo município, por meio do encaminhamento da

gestante quando ela apresenta critérios para isso, pela atenção básica. A outra forma de acesso é por busca espontânea da gestante direto na porta da instituição hospitalar.

... É para existir o atendimento inicial, para identificar se está em risco ou não e se não tiver risco eminente para essa paciente o fluxo é encaminhar para as unidades de referência da atenção primária... Elas fazem todo o pré-natal, todo o acompanhamento a nível de atenção primária e quando está para ganhar neném, vem ganhar neném no nosso hospital. Como eu te disse, elas são atendidas ou por busca espontânea ou encaminhada pela atenção básica. Se vem encaminhada pela atenção básica, já existe toda a formalização documental necessária, porque vem encaminhada já com cartão SUS e tudo mais. Quando chega na nossa porta, entrou no caráter de emergência, aí vai fazer uma análise e direcionar ou pra um atendimento imediato por ser urgência e emergência ou para a unidade básica de saúde, ou para onde é devido – P6AH.

Para o atendimento da gestante brasileira nos serviços de saúde brasileiro, não há consenso quanto a apresentação ou não de documentação a ser apresentada. Conforme observado, há uma variação do vínculo de obrigatoriedade das gestantes possuírem e apresentarem documentos brasileiros para terem o direito ao acesso para o atendimento de saúde em território brasileiro.

Então todas essas brasileiras, elas têm que ter o documento em dia. Identidade, CPF [cadastro de pessoa física] e o cartão do SUS. Então por exemplo, se chega uma brasileira aqui, que ela não tem o cartão do SUS, ou identidade, enfim, a gente não consegue atender ela, então ela tem que estar com todos os documentos. Isso, aí a gente orienta ela, quando ela é brasileira e mora no Paraguai, ela tem que atualizar o cartão do SUS na secretaria de Saúde – P1APS. O atendimento é fornecido independente de ter documentação ou não, levando-se em consideração o acesso universal previsto na constituição – P11AH.

Em nenhum dos níveis de saúde, há elaboração ou padronização de cuidados e condutas que sejam especificamente direcionados a gestante brasiguaiia. Todos os serviços incorporam no atendimento padrão, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e orientação do estado.

Não, elas entram no atendimento geral de gestante, o único fluxo para elas é o local onde elas serão atendidas, mas todo o protocolo de gestante, tudo certinho elas seguem conforme o caderno mãe paranaense. Não, o que a gente acompanha é igual as nossas outras gestantes, a gente não faz diferença nenhuma. A gente acompanha, a preocupação nossa, justamente, com as brasiguaias é a residência, até pela questão da busca ativa – P8APS

No que eu conheço da atenção a esse público nós não temos estruturado, nem na instituição, nem no município uma linha de cuidado específico considerando as necessidades e especificidades desse público. Recebe atendimento igual aos das brasileiras residentes no Brasil. Não existe nenhum programa ou recurso específico para este grupo... - P11AH

ii) Desafios no Acompanhamento Pré-Natal de Gestantes Brasiguaias

Conforme as percepções dos gestores, foram observadas algumas complexidades relacionadas ao acompanhamento do pré-natal pela gestante brasiguaiia, pois para alguns o acompanhamento não ocorre de maneira adequada, ocasionando em resultados negativos para o seguimento da gestação ou da qualidade na saúde da díade. No entanto, foi possível perceber que, para outros gestores, esse acompanhamento é realizado de maneira adequada, inclusive demonstrando uma boa adesão por parte da gestante.

A maior dificuldade eu acho que a gente tem hoje é em relação a acompanhamento, principalmente de pré-natal, porque na maioria das vezes nossas pacientes oriundas do Paraguai não tem o pré-natal lá, não realizam um acompanhamento completo, e aí chegam pra nós, às vezes, em algumas situações mais precárias ou já graves de saúde pro nosso atendimento e a gente não consegue pegar um histórico dessa paciente por ela não ter tido um acompanhamento aqui no Brasil - P3AH.

É, o que a gente acompanha, elas já buscam o serviço então a gente tem que dar continuidade, uma vez que ela buscou o nosso serviço, que a gente abriu o pré-natal ela é nossa, então a gente tem que acompanhar do início ao fim da gestação e o fechamento do pré-natal. Então ela faz todos os exames de primeira, segunda e terceira fase. Então elas acabam buscando bem certinho, é muito difícil aquela que, que não, pode até atrasar na consulta, mas elas costumam procurar bem certinho - P8APS.

A realização do acompanhamento integral da gestante brasiguiaia pode sofrer fragmentação quando levantada a questão da realização de seu acompanhamento pela atenção primária, tendo em vista que caso ela seja assistida oportunamente realizará os exames conforme preconizado pelo Estado. Porém, a realização destes exames e detecção precoce estará comprometida caso não haja esse acompanhamento, onde serão realizados alguns exames apenas na porta de entrada da atenção terciária.

... Quando a gente vai abrir o pré-natal, primeira consulta... a gente abre a carteirinha, faz toda a anamnese, exame físico, aí eu faço os testes rápidos, solicito os exames de primeira fase e a eco obstétrica, então quando a gente vai abrir, essa gestante precisa, pelo menos, tem que ter um exame de sangue pra confirmar a gestação... se ela chega e fala... A eu to grávida, fiz exame de farmácia... Aí depois, quando tiver pronto os exames dela de primeira fase ela retorna... os testes rápidos a gente faz 3 vezes né, na primeira fase, na segunda e na terceira... tem a questão das vacinas, que a gente, que ela faz também aqui... Aí tem o dentista... que ela também passa com o dentista e depois do pré-natal tem a consulta puerperal... - P1APS.

É, esse atendimento faz igual das outras, infelizmente a gente vai fazer a triagem dessa paciente na porta. Como é de rotina do serviço fazer a triagem dos testes rápidos, sífilis, HIV e hepatite, então a gente consegue fazer os testes na internação dela, mas histórico de saúde só o que ela passa na entrevista mesmo. Porque geralmente elas chegam aqui numa situação já, gravidez já está num... como que eu posso colocar?... No final da gestação, com uma pré-eclâmpsia, ou

uma situação de saúde bem grave. A gente recebe essa gestante em uma situação ruim, precária e aí você acaba fazendo na porta da urgência e emergência o atendimento de uma paciente, em uma situação mais grave, que de repente, se ela fizesse um acompanhamento pela unidade básica, ou se tivesse um pré-natal adequado evitaria muita coisa - P3AH.

São diversos os desafios vivenciados, tanto pelos serviços de saúde do município, quanto pelas gestantes brasiguaias, para que seja possível a realização do acompanhamento gestacional desde o período do pré-natal até o pós-parto. Conforme a percepção dos gestores, vários aspectos precisam ser analisados e melhorados para auxiliar a proporcionar mais qualidade ao atendimento ofertado.

Primeiro a comunicação entre as regiões, então a gente ter um acesso ou melhorar o meio de comunicação entre nós e entre o pessoal lá do Paraguai, para que a gente possa prestar uma assistência de qualidade. Acho que a comunicação entre as fronteiras e a melhora na assistência pré-natal seria o ideal – P3AH.

Os programas federais não permitem inserir informações com ausência de CEP [Código de Endereçamento Postal]. Paraguai não tem CEP. Dificultando ainda mais a informação deste grupo no Paraguai. Os municípios de fronteira precisam ter programa específico, apoio e aporte financeiro Estadual e Federal para atendimento desta população residente no Paraguai - P12APS.

Discussão

A população de paraguaios e brasiguaias buscam os serviços de saúde brasileiros, seja pelas más condições de atendimento de saúde ofertados pelo seu país de residência, ou pelo acesso gratuito no município brasileiro fronteiriço, que oferta atendimentos a essa população, mesmo que não haja acordos sanitários bilaterais, o que torna mais complexo para o município brasileiro a realização de planejamentos e provisões políticas que sejam voltadas a essa população de usuários⁹.

Em territórios fronteiriços são observadas complexas dinâmicas populacionais e sanitárias, pois quando países fazem fronteira e apresentam disparidade socioeconômica e na qualidade dos serviços de saúde ocorre a busca pendular pelos serviços de saúde no país que

apresente melhor oferta. No entanto, a falta de políticas próprias para essas regiões torna o acesso da população transfronteiriça aos serviços de saúde instável e sem um padrão, sendo assim cabe a cada gestor municipal a decisão política de qual a melhor ação adotar¹⁰.

O trânsito da população flutuante entre os municípios fronteiriços em busca de serviços de saúde torna necessária a articulação do planejamento entre os países, no entanto as diferenças nos modelos de gestão dificultam ou impossibilitam acordos de interação entre esses municípios. Devido ao impacto negativo que esses atendimentos ocasionam nos indicadores de saúde do município brasileiro, os gestores do mesmo optam pela elaboração de estratégias que visem o atendimento adequado, buscando reverter este impacto nos indicadores de saúde local¹¹.

Não foi observado consenso entre os serviços quanto a obrigatoriedade da apresentação de documentação brasileira para que seja realizado o atendimento. Conforme informado, alguns serviços vinculam a realização do atendimento as gestantes brasiguaias mediante a apresentação da documentação, caso não possuam, são orientadas quanto ao local que devem buscar para realizar essa regularização. Porém outros serviços não fazer essa exigência, realizando o atendimento independente da gestante possuir ou não a documentação brasileira.

O acesso à saúde não pode ser negado, no entanto, em alguns locais, são garantidos apenas os serviços de urgência e emergência caso não haja a apresentação de documentação adequada. Em contrapartida, de acordo com algumas políticas públicas do município estudado, tornam necessário a apresentação do cartão nacional de saúde (CNS) para o atendimento do usuário estrangeiro na atenção primária¹².

Através da criação da Constituição Federal de 1988 e o desenvolvimento do SUS, uma das principais conquistas idealizadas e concretizadas foi o direito fundamental à saúde, sendo considerado então que, o único requisito para deter um direito humano ou fundamental é a condição humana, não havendo menção à nacionalidade brasileira, desta forma inviabiliza a restrição do acesso ao SUS pelos usuários estrangeiros¹³.

Podemos observar a complexidade que envolve o planejamento do atendimento as usuárias brasiguaias, iniciando pelas questões referentes a necessidade de documentação brasileira ou não. Pois a garantia do acesso aos serviços de saúde é fomentada pelos preceitos do SUS, porém regiões de fronteira possuem uma realidade diferente da vivenciada pelas demais regiões nacionais, o que podem tornar necessárias adequações as suas realidades, porém sem descumprir normativas superiores.

Para ofertar atendimento nos múltiplos níveis de atenção, o município optou pela definição de locais específicos para o atendimento às gestantes brasiguaias, sendo na atenção primária o Centro Materno-Infantil. Os gestores demonstraram conhecimento acerca dessa referência, assim como compreendem a importância dele. Ele foi criado em 2006, buscando ser uma referência para o atendimento as gestantes brasiguaias que buscavam o Brasil para a realização do acompanhamento de pré-natal e tinha como objetivo cooperação em conjunto buscando o fortalecimento da saúde bilateralmente¹⁴.

Quando ocorre a busca pelos serviços de saúde no momento do parto, as gestantes brasiguaias são encaminhadas ao hospital do município que é de referência para gestação de alto risco¹⁵. Quanto a atenção hospitalar, não há um local que seja específico à gestante brasiguaias, sendo seu encaminhamento e atendimento realizado no serviço de referência do município e da regional, em caso de gestação de alto risco. Podemos confirmar através das falas dos gestores entrevistados essa prática da instituição, visto que, conforme relatado, os atendimentos das gestantes brasiguaias são realizados de maneira idêntica à das gestantes brasileiras e demais usuárias do serviço.

Mesmo com os avanços alcançados através da implantação de programas voltados a saúde materna e infantil, não foi possível observar a presença de fluxo regularizado para o encaminhamento das gestantes durante seu acompanhamento de pré-natal. Podendo notar que, com a fragmentação das ações e serviços de saúde e a falha na comunicação entre esses serviços, há quebra na assistência ofertada entre os três níveis de assistência¹⁶.

Os serviços de saúde não dispõem de nenhum fluxo ou planejamento específico que seja voltado os cuidados prestados durante o atendimento as gestantes brasiguaias. Os serviços da atenção primária seguem como guia para a prestação do seu atendimento e acompanhamento gestacional de pré-natal a rede mãe paranaense. O serviço de atenção hospitalar também direciona o seu atendimento conforme as normativas, orientações e boas práticas preconizado pelo MS.

No entanto, a falta de planejamento específico de cuidados voltados a gestante brasiguaias pode ser considerada uma fragilidade no atendimento destas usuárias. Não que seja inadequado o seguimento dos cuidados preconizados às brasileiras, mas sim que pode ocasionar uma fragilidade à assistência a esse público, pois questões relacionadas as particularidades culturais e comunicação podem influenciar negativamente na percepção e qualidade do atendimento ofertado¹⁷.

Não foi constatado consenso quanto a percepção dos gestores acerca das complexidade relacionadas ao acompanhamento de pré-natal, realizados pelas gestantes. Alguns acreditam que a busca para o acompanhamento de pré-natal é realizada, inclusive desde o primeiro trimestre de gestação e que a sua adesão é adequada. No entanto, essa percepção não é compartilhada por todos os gestores, alguns pontuam que as gestantes realizam o acompanhamento de pré-natal no país em que residem ou que fazem a abertura no Brasil, porém não acompanham de maneira adequada e em ambos os casos, quando buscam a atenção hospitalar se encontram em idade gestacional avançada, precário acompanhamento pré-natal e algumas vezes, apresentando comorbidades que as classificam em situações de urgência ou emergência.

As brasiguaias possuem maior fragilidade para a realização do acompanhamento de pré-natal de maneira adequada, isso decorre da busca tardia por parte da gestante devido à preocupação de ter seu atendimento negado por não ser uma residente brasileira. Outro fator contribuinte para o acompanhamento inadequado está relacionado a dificuldade de descolamento mensal para a realização das consultas, além dos outros momentos necessários para realização de exames¹⁸.

Quando sinalizado sobre as formas de acesso da gestante à atenção hospitalar, notou-se que o mesmo pode ocorrer por meio do encaminhamento da atenção primária, conforme o andamento do pré-natal, porém pode ocorrer através de busca espontânea da gestante direto ao serviço hospitalar no momento do parto.

A baixa adesão por parte das brasiguaias para o acompanhamento de pré-natal, pode ser relacionada falta de conhecimento por parte delas quanto a disponibilidade do serviço ou pelo alto custo em realizar o acompanhamento de pré-natal no Brasil, devido ao deslocamento. Desta maneira, muitas optam apenas pela busca ao hospital no momento do parto, por vezes inclusive omitindo serem residentes no Paraguai, devido a preocupação de terem seu atendimento negado¹⁹.

A busca tardia pelo atendimento de pré-natal ou até mesmo a sua não realização pode impactar de maneira negativa no adequado andamento da gestação, além de impactarem na saúde da díade. Sendo preocupante o número de gestantes com o acompanhamento de pré-natal realizados de maneira inadequada, o que pode impactar diretamente no aumento de riscos para intercorrências e óbitos perinatais¹⁵. Essa preocupação corrobora com os dados obtidos, em que se nota a presença de falas quanto a busca das gestantes brasiguaias diretamente ao atendimento hospitalar no momento do parto, não havendo a realização de

maneira adequada de pré-natal, impactando no quadro clínico gestacional de maneira negativa.

A oferta de atendimento adequado e oportuno, para as gestantes durante o período gestacional, pode impactar diretamente de maneira positiva nos índices de morbimortalidade. Para que isto ocorra são necessários a realização de alguns cuidados como a captação precoce das gestantes, visando o adequado acompanhamento do desenvolvimento da gestação²⁰.

O acompanhamento da gestante durante o ciclo gravídico-puerperal busca a realização de cuidados que visem a segurança para o desenvolvimento gestacional. Desta maneira são realizadas consultas, exames de imagem e exames laboratoriais, conforme preconizado pelo MS, iniciados na atenção primária e finalizados na atenção terciária. Através dos relatos foi possível detectar a execução de maneira adequada, tanto pela atenção primária quanto pela atenção hospitalar, das orientações quanto aos exames laboratoriais.

O MS realiza a orientação para rotina de coleta de exames laboratoriais, indicando quais exames devem ser coletados e em qual período gestacional, visando a detecção das principais patologias e vulnerabilidades de cada período. Pois a gestante apresenta maior vulnerabilidade à exposição de agentes infecciosos, além de ser um momento em que seu organismo está mais suscetível ao desenvolvimento de comorbidades que estejam em estado de latência²¹.

O registro do acompanhamento realizado deve sinalizado na caderneta de gestante, instrumento padronizado e utilizado em todo território nacional visando a sinalização e a conferência de que estão sendo realizadas as consultas, procedimentos e exames conforme preconizado, auxiliando também na comunicação entre os profissionais e serviços de saúde que realizam o cuidado desta gestante²².

Inúmeros fatores contribuem para os desafios ao atendimento na assistência à saúde das gestantes brasileiras. Alguns dos fatores citados trazem questões relacionadas a dificuldades vivenciadas por parte das próprias usuárias, como questões de movimentação observadas anteriormente. Contudo, alguns entrevistados trouxeram questões mais complexas, como a comunicação entre os países e a necessidade de municípios fronteiriços serem vistos pela federação como regiões que possuem diversas particularidades e que precisam de apoio para manejar de maneira adequada.

Não pode ser negada a ocorrência da busca pelos serviços de saúde em municípios de fronteira, tanto por estrangeiros, quanto por brasileiros que residem no outro país, gerando pressão aos sistemas de saúde municipais. No entanto, essa demanda deve ser discutida em

conjunto, entre os municípios fronteiriços de ambos os países, pois é de suma importância a consciência de ambas as partes quanto a necessidade de uma gestão compartilhada para as zonas de fronteira, principalmente para a elaboração adequada e semelhante de políticas públicas de saúde²³.

Como limitação, tem-se a variação na percepção dos gestores sobre a adesão e o acompanhamento das gestantes brasiguaias, o que pode dificultar a obtenção de uma visão uniforme da situação vivenciada no município. A dificuldade de inserção de endereços com CEPs no sistema municipal de saúde limita a precisão dos dados e a capacidade de rastreamento das gestantes brasiguaias, contudo, elas existem e são atendidas.

Considerações finais

O acompanhamento da gestação deve ser iniciado o mais breve possível, pois para a realização de um atendimento adequado que vise a minimização de riscos da díade. Porém a realização deste acompanhamento de gestantes brasiguaias são um desafio aos profissionais locais, isto decorre, dos inúmeros fatores que contribuem para a não adesão ao acompanhamento adequado.

Conforme observado, municípios de fronteira possuem particularidades para a realização da oferta dos serviços de saúde, visto que, no município estudado sua demanda não vem exclusivamente das moradoras locais, mas também ocorre a busca por atendimento de gestantes brasiguaias e estrangeiras.

Tornando necessário planejamento estratégico que vise a garantia do melhor atendimento possível a díade, bem como a interação entre os municípios dos países fronteiriços, buscando a melhor interação e oferta de serviços. Logo, o panorama apresentado destaca a necessidade de abordagens mais abrangentes e coordenadas para enfrentar os desafios no acompanhamento pré-natal e parto das gestantes brasiguaias da população fronteiriça.

Referências

- 1 NERY, R. F. Problemáticas de saúde pública em região de tríplice fronteira: uma revisão integrativa. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**. v.7, n.1, p. 48-57. 2021.
- 2 HAUM, N. D. A. P.; CARVALHO, M. Controle social do SUS: a saúde em região de fronteira em pauta. **Revista saúde e sociedade**. v.30, n.4, p. 01-14. 2021.
- 3 PEREIRA, L. S.; SÁ, R. R.; FREITAS, E. P. Saúde na fronteira Brasil-Bolívia: Considerações sobre a política de saneamento básico em Corumbá – MS. **Boletim Gaúcho de Geografia**, v. 47, nº 1, p. 276-292. 2020.

- 4 BAGGIO, M. A. *et al.* Pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da Covid-19. **Saúde debate** [Internet]. v. 47, n. 138, p. 558–70, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313814>
- 5 NASCIMENTO, E. R.; SANTOS, E. C. S.; SOUSA, D. S.; GALLOTTI, F. C. M. Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.** Aracaju, v. 6, n. 1, p. 141-146, Mar. 2020.
- 6 PARANÁ. Linha Guia: Rede mãe Paranaense. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. 2012. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guia.pdf>. Acesso em: 24 de Set. 2023.
- 7 MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa.** v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.
- 8 BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo.* São Paulo: Edições 70, 2016.
- 9 MOTA, S. M. S.; GOMES, S. P. M.; MOREIRA, N. M.; SILVA SOBRINHO, R. A.; SILVA, R. M. M.; ZILLY, A. Acompanhamento odontológico inserido no cuidado pré-natal em município de região trinacional. **Revista Varia Scientia -Ciências da Saúde.** v. 9, n. 1. 2023.
- 10 BARBOSA, A. J. C.; CAMATTI, F. P. S.; SILVA, R. M. M.; ZILLY, A. Desafios para o acesso da gestante imigrante à atenção pré-natal: Reflexões. **VI Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos.** 22 a 24 de setembro de 2021.
- 11 AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Caderno Saúde Pública.** v. 34, n. 8. 2018.
- 12 ALLIANA, F. S. P. Utilização de serviços de média e alta complexidade em hospitais de referência na maior fronteira internacional do Brasil. 2021. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2021.
- 13 COSTA, L. B.; CAMPOS, N. F. O acesso à saúde pública brasileira por estrangeiros não residentes como forma de observância ao princípio da dignidade da pessoa humana. **Revista do CEPEJ.** 2021.
- 14 MELLO, F.; MAPELLI, L. D.; GOZZO, T. O. Saúde materna de “brasiguaias” em município brasileiro de fronteira. **Revista Eletrônica Acervo Saúde.** v.23, n.7. 2023.
- 15 TRIACA, L. P.; PRADA, Y. L. C.; SILVA-SOBRINHO, R. A.; SILVA, R. M. M.; ZILLY, A. Perfil de parturientes assistidas no centro materno infantil e seus recém-nascidos de um município de tríplice fronteira. **Revista Thêma et Scientia.** v. 13, n. 1, jan-jun. 2023.
- 16 MEDEIROS, F. F.; SANTOS, I. D. L.; FRANCHI, J. V. O.; CALDEIRA, S.; FERRARI, R. A. P.; PELLOSO, S. M.; HADDAD, M. C. F. L.; CARDELLI, A. A. M. Avaliação pré-natal da gestação de alto risco na atenção primária e ambulatorial especializada: estudo misto. **Revista brasileira de enfermagem.** v. 76, n. 5. 2023.
- 17 TIBES-CHERMAN, C. M.; CAMARGO, C. R. M.; FLORES, L. J. F.; SOBRINHO, R. A. S.; SILVA, R. M. M.; ZILLY, A. Perfil clínico da gestação tardia em um município brasileiro de fronteira. **Enfermagem em Foco.** v. 12, n. 2, p. 223-229. 2021.
- 18 SOUZA, A. L. D. M.; ZILLY, A.; CARDELLI, A. A. M.; FRACAROLLI, I. F. L.; FERRARI, R. A. P. Rede Mãe Paranaense: assistência ao pré-natal entre mulheres nos extremos de idade. **Revista Saúde Pública.** Paraná, v.4, n.2, Jun. 2021.
- 19 MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência e saúde coletiva.** v.20, n.7, p. 2135-2145, Jul. 2015.
- 20 ROCHA, R. R. M.; FRANÇA, A. F. O.; ZILLY, A.; CALDEIRA, S.; MACHINESKI, G. G.; SILVA, R. M. M. Conhecimento e perspectiva de enfermeiros na rede de atenção materna e infantil do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde.** v. 17, n. 1, Jan-Mar. 2018.

- 21 TERTO, W. D. S.; MOURA, M. Q.; PINHEIRO, N. B.; CASTRO, L. M.; STROTHMANN, A. L.; CAPELLA, G. A.; VILLELA, M. M.; BERNE, M. E. A. Exames sorológicos no pré-natal: cuidados que vão além da gestação. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. V. 37, n. 1, p. 97-105, Dez-Fev. 2022.
- 22 MELLO, L. R.; MARANO, D.; MOREIRA, M. E. L.; DOMINGUES, R. M. A. M.; COSTA, A. C. C.; DIAS, M. A. B. Avaliação da completitude de preenchimento do cartão da gestante do Ministério da Saúde: estudo seccional, de âmbito nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 27, n. 6, p. 2337-2348. 2022.
- 23 SANTOS, A. L. E.; VOKS, D. Governança da saúde pública: conflitos e desafios para uma gestão compartilhada na fronteira Brasil-Bolívia. **Saúde Sociedade**, v. 32, n. 1, São Paulo. 2023.

Artigo 2: Atendimento da brasiguaiia no ciclo gravídico-puerperal em município de fronteira: Desafios da gestão em saúde

Brasiguaiia care in the pregnancy-puerperal cycle in a border municipality: Challenges of health management

Resumo: Em municípios fronteiriços ocorre a busca dos serviços pela população que reside nos países vizinhos, podendo ocasionar sobrecarga nos serviços. O objetivo foi conhecer como ocorre a gestão em saúde para atendimento à brasileira que reside no Paraguai e acessa serviços de pré-natal, parto e pós-parto em um município de fronteira, no Brasil. Pesquisa qualitativa e descritiva. Foram realizadas entrevistas com os gestores dos serviços de atenção à saúde da mulher na atenção primária à saúde, na atenção especializada e atenção hospitalar em município de tríplice fronteira, que ofertam serviços à mulher brasileira, residente no Paraguai, no pré-natal, parto e pós-parto. A análise de conteúdo de Bardin foi utilizada. Dentre os 13 entrevistados, sete eram a atenção primária à saúde e seis eram da atenção hospitalar. Os resultados foram representados por duas categorias: Controle de usuárias gestantes brasiguaiias dos serviços de saúde brasileiros; Financiamento dos serviços *versus* impacto financeiro. São complexos os desafios enfrentados pelos gestores de municípios fronteiriços, porém como já são vivenciadas as demandas de atendimento, são necessárias estratégias que visem a garantia dos serviços e a sustentabilidade deles junto ao município.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde da Mulher, Saúde na fronteira, Financiamento da Saúde.

Abstract

In border municipalities, there is a search for services by the population residing in neighboring countries, which can cause an overload on services. The objective was to understand how health management occurs to assist Brazilian women who live in Paraguay and access prenatal, childbirth and postpartum services in a border municipality in Brazil. Qualitative and descriptive research. Interviews were carried out with the managers of women's health care services in primary health care, specialized care and hospital care in a triple border municipality, who offer services to Brazilian women, residing in Paraguay, in prenatal care, childbirth and post childbirth. Bardin's content analysis was used. Among those 13 interviewed, seven were in primary health care and six were in hospital care. The results were represented by two categories: Control of pregnant Brazilian users of Brazilian health

services; Financing of services versus financial impact. The challenges faced by managers of border municipalities are complex, but as the demands for service are already experienced, strategies are needed to guarantee services and their sustainability within the municipality.

Key words: Comprehensive Health Care, Border Health, Healthcare Financing.

Introdução

O ciclo gravídico-puerperal compreende o período gestacional, parto e o puerpério, no qual a mulher passa por alterações e transformações de ordem biológica e psíquica (PAIXÃO *et al.*, 2021). O acompanhamento deve ocorrer o mais breve possível, visando à detecção precoce de problemas, manejo quando possível e tomada de condutas preventivas, bem como a integralidade da assistência à díade mãe-filho (RIBEIRO *et al.*, 2020). O Sistema Único de Saúde (SUS) garante a assistência de qualidade e gratuita à população, incluindo a assistência nas fases da gestação, parto e puerpério, com oferta de atendimento digno e seguro (GRZYBOWSKI *et al.*, 2020).

O SUS tem como proposta a descentralização e o comando único para uma prestação de serviços com mais qualidade e eficiência, cuja responsabilidade é descentralizada até os municípios (ARCARI *et al.*, 2020). Cabendo ao gestor de saúde da esfera municipal realizar o planejamento das redes e estratégias, em conjunto com o estado, devendo observar a necessidade de adaptações dos processos devido ao movimento dinâmico e mutável que são vivenciados nos municípios, principalmente, em regiões de fronteira onde há busca pelos serviços de saúde pública brasileiros por parte dos moradores dos países vizinhos fronteiriços (HORTELAN *et al.*, 2019).

Desta forma, os municípios fronteiriços acabam vivenciando uma desproporção entre a oferta de serviços de saúde em relação a demanda, pois a organização e o financiamento, em geral, são determinados pelo número populacional do município (NERY, 2021). Desta forma, um tema discutido de maneira recorrente entre os gestores destas regiões é a integração da saúde entre os municípios fronteiriços, visto que a busca por atendimento de saúde pela população fronteiriça, que circulam livremente entre os diferentes países, pode ocasionar um déficit nas contas públicas (PEREIRA, FREITAS, 2020).

Foz do Iguaçu é um município que faz fronteira com outros dois países, Argentina e Paraguai, e em 2014, após o lançamento da Portaria n.º 125, passou a ser considerada uma cidade-gêmea, ou seja, o município faz fronteira com outro país, de maneira seca ou fluvial, apresentando um fluxo constante de pessoas transitando entre os países (BRASIL, 2014). Um

dos grupos que costuma transitar entre os países são os brasileiros residentes no Paraguai e dentre os serviços que buscam no lado brasileiro estão os serviços médico-hospitalares, tornando-se assim um público que compões um importante número de atendimentos prestados (HAUM; CARVALHO, 2021).

Outro público que procura os serviços de saúde no Brasil são as mulheres brasileiras (brasiguaias) que residem no Paraguai e quando se encontram gestantes, buscam seu país de origem, no município de Foz do Iguaçu, para realizar o acompanhamento do pré-natal e parto, a fim de garantir um atendimento de qualidade e gratuito, bem como a nacionalidade brasileira para o recém-nascido (NOVAKOWISKI, BAGGIO, ZILLY, 2023).

Em 2007, foi criado o Centro Materno Infantil (CMI), subsidiado pelo programa então vigente SIS-Fronteira. Seu objetivo foi oferecer um local de referência para que essas mulheres realizassem o acompanhamento do pré-natal e puerpério, pois até então a busca ocorria principalmente ao serviço de atenção terciária no momento do parto, com garantia do seu direito ao atendimento (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

A presente pesquisa teve como questão norteadora ‘Como ocorre a gestão em saúde para atendimento à brasileira que reside no Paraguai e acessa serviços de pré-natal, parto e pós-parto em um município de fronteira, no Brasil?, sendo assim o objetivo foi conhecer como ocorre a gestão em saúde para atendimento à brasileira que reside no Paraguai e acessa serviços de pré-natal, parto e pós-parto em um município de fronteira, no Brasil.

Metodologia

Estudo com abordagem qualitativa, com uso da análise de conteúdo de Bardin. A abordagem qualitativa busca compreender e explicar as situações que acontecem no mundo social, por meio do reconhecimento dos significados das relações humanas. Para que seja possível essa compreensão, é necessário que o pesquisador utilize um referencial metodológico adequado ao objetivo do estudo (MAIRINK; GARDIM; PANOBIANCO, 2021).

Pesquisa realizada junto a Atenção Primária à Saúde (APS), atenção especializada (AE) e atenção hospitalar (AH) do município de Foz do Iguaçu, que ofertam serviços pelo SUS à mulher brasileira, residente no Paraguai, no pré-natal, parto e pós-parto.

O município conta com os seguintes serviços de atenção à saúde, que ofertam atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, pelo SUS, a saber: a APS possui trinta unidades de saúde, entre unidades básicas de saúde (UBS) e equipes de saúde da família

(ESF), distribuídas em cinco distritos sanitários (nordeste, norte, leste, oeste e sul) e o CMI, desenvolvido para atender mulheres brasileiras que residem no Paraguai e na Argentina (países que fazem fronteira com o Brasil); a AE possui uma unidade de saúde, que atende obstetrícia, além de outras especialidades; e a AH refere-se a um hospital filantrópico que oferta atendimento especializado ao pré-natal de risco habitual e alto risco, parto e pós-parto (PARANÁ, 2012).

Em relação às UBS, salienta-se que duas unidades são referência para o atendimento de brasileiros residentes no Paraguai e uma é referência para a população residente próximo à divisa entre Brasil e Paraguai. O CMI é referência ao atendimento de gestantes brasileiras que residem no Paraguai e na Argentina (países que fazem fronteira com o Brasil), e que buscam atendimento em saúde no Brasil. Ele foi criado utilizando recursos financeiros do SIS Fronteiras e da Itaipu Binacional, visando garantir o atendimento pré-natal para as gestantes brasileiras que residem na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, como uma forma de assegurar o direito à saúde para essa população (BAGGIO *et al.*, 2022).

A população de participantes foi composta por gestores de saúde que atuam nos serviços de atenção de pré-natal, parto e pós-parto, no município de Foz do Iguaçu, PR, nos diferentes níveis de atenção.

A seleção dos participantes foi por conveniência, por meio da identificação do nome, cargo, telefone ou *e-mail* dos gestores, de cada nível de atenção, nos respectivos serviços de saúde. Eles foram abordados pessoalmente e por contato telefônico para explicar os objetivos do estudo e realizar o convite para participação. Após o aceite, foi agendada data e a hora para a entrevista, conforme disponibilidade dos mesmos.

Foram critérios de inclusão: ser gestor de saúde de serviço que presta atendimento de pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS, à mulher brasileira que reside no Paraguai. Foram excluídos gestores de saúde em período de férias ou de licença saúde, no período de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada entre julho a outubro de 2023, por meio de entrevistas individuais, orientadas por roteiro semiestruturado, com a realização de duas entrevistas piloto, que foram incluídas no estudo. As entrevistas foram conduzidas por uma enfermeira, mestranda e que foi previamente treinada pelas orientadoras, que possuem expertise em pesquisa qualitativa. O roteiro semiestruturado não precisou de ajustes.

As entrevistas foram realizadas presencialmente (n=11) e de forma *online* (n=02), sendo essas por meio do aplicativo *WhatsApp*, conforme preferência do participante. Sendo

presencial, foram realizadas no local de trabalho do gestor, em suas salas privativas, garantindo a privacidade. Cada entrevista durou em média 25 minutos, foram gravadas com uso de aparelho digital de gravação de voz, transcritas, revisadas quanto à fidedignidade do áudio e da transcrição e encaminhadas aos participantes de maneira impressa, por *e-mail* ou *WhatsApp* para realização da leitura e conferência da transcrição. Após o envio, aguardou-se o prazo de 14 dias para retorno da entrevista, porém não houve devoluções de correções pelos entrevistados, apenas a ciência. Não foi realizado diário de campo.

A coleta de dados foi suspensa quando a pesquisadora constatou que durante a continuidade das respostas nas entrevistas tanto para profissionais quanto para as gestantes, não houve nenhuma informação nova, fundamentada na teoria da amostragem por saturação. Em estudo feito por Minayo (2017), a amostragem por saturação é um recurso usado levando em consideração o fechamento do tamanho final da amostra em estudo.

Os dados foram analisados utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin, que trata de um conjunto de técnicas de análise, que por meio do uso de procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição dos conteúdos obtidos pelas comunicações obtém a interpretação destas comunicações. Pode-se dividir a análise de conteúdo em três fases, sendo estas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

A pré-análise consiste na fase de organização, onde devem ser realizadas algumas etapas a fim de se concluir esta fase. Dentre estas etapas estão a leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e dos objetivos, a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores e a preparação do material (BARDIN, 2016).

Na fase da exploração do material, ocorrem as operações de codificação, decomposição ou enumeração, a depender das regras previamente decididas, conforme a etapa da pré-análise. Já no tratamento dos resultados e a interpretação, são realizados tratamentos nos dados brutos, de maneira a serem significativos e válidos (BARDIN, 2016).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, de Foz do Iguaçu, sob o Parecer nº 6.083.065, de acordo com a Resolução nº 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa envolvendo seres humanos.

Buscando a garantia do anonimato dos participantes, a identificação dos entrevistados foi realizada por meio de códigos, empregando a letra P seguida pela crescente numérica, iniciando com o número 01, conforme segue: P01, P02, P03, P04, seguidos de APS, AE ou AH, sucessivamente.

Resultados

Foi realizado contato com 16 profissionais gestores que se adequavam aos critérios de inclusão da pesquisa. Desses, dois gestores da AE aceitaram participar, porém devido à dificuldade em suas agendas, desistiram e um (AE) não aceitou participar da pesquisa, sendo então a pesquisa composta por 13 participantes.

Dentre os participantes, a média de idade foi de 43 anos, 76,9% (n=10) eram casados e tinham o tempo médio de formação de 17 anos. Quanto ao serviço de atuação, 53,9% (n=07) faziam parte da APS e 46,1% (n=06) da AH, sendo o tempo médio de atuação de 2 anos e 4 meses.

Em relação a atuação na assistência, 84,6% (n=11) dos gestores já atuaram na assistência, com a média de tempo de atuação de 13 anos e 5 meses nos diversos serviços de saúde (unidade básica de saúde, estratégia de saúde da família, serviço especializado e serviço hospitalar) e em 69,2% (n=9) informaram que já haviam realizado atividade de gestão previamente em outros serviços.

A análise dos dados resultou na formulação de duas categorias distintas para análise das informações obtidas, sendo elas denominadas: (i) **Controle de usuárias gestantes brasiguaias dos serviços de saúde brasileiros;** (ii) **Financiamento dos serviços versus impacto financeiro.**

(i) Controle de usuárias gestantes brasiguaias dos serviços de saúde brasileiros

Os gestores do município não possuem controle específico ou conhecimento o número de gestantes brasiguaias que são acompanhadas e atendidas no sistema de saúde, independentemente do nível do atendimento. Alguns gestores demonstram conhecer um número médio de gestantes acompanhadas. Contudo, o conhecimento da população de gestantes brasiguaias pode favorecer o planejamento dos atendimentos / da assistência.

Brasiguaias eu não tenho isso estratificado, eu acredito que o percentual não seja tão alto [...]. A gente já fez um levantamento a um tempo atras... estava em cerca de 30 pacientes [...]. Acho que a gente precisa monitorar melhor, realmente, esses dados das gestantes brasiguaias, até para a gente ter um número fidedigno do que a gente está fazendo de atendimento – P05AH.

Não tenho essa informação. Eu teria que fazer um levantamento para saber a quantidade de pessoas que vem, a quantidade de mulheres que vem de lá... Primeiro a gente conhecer os números certinhos... - P7APS.

Não foi identificado um sistema de informação utilizado pelo município voltado ao cadastro/registro das usuárias brasiguaias ou mesmo um local em que fosse possível a sinalização dessa usuária nos sistemas já utilizados.

Não lembro de ter nenhum local específico para fazer o registro. Hoje é pelo Tasy, no momento da abertura da ficha, a recepção faz a entrevista da nacionalidade e tudo mais. Não me lembro especificamente se eles colocam essa informação, que é uma brasiguiaia ou paraguaia. Eu acredito que pelo cadastro nacional do SUS, que para receber o atendimento eles precisam do cartão do SUS. Quando existe as reuniões para discussão da materno eu sei que são trocadas informações relacionadas a isso. Não tenho certeza em te falar que existe um ofício formalizando o atendimento de cada uma delas, eu acredito que não existe esse fluxo ainda determinado, mas sim existe essa troca de informação – P6AH.

Sim, é o RP, é o nosso sistema que a gente usa, todo o município na saúde, então onde essa paciente buscar o atendimento a gente consegue ver por onde ela passou... Todas, na UPA [Unidade de Pronto Atendimento], centro de nutrição, até os serviços terceirizados nossos, como exames, tudo é vinculado ao RP. A gente tem o SAE [Serviço de Atenção Especializada] aqui, tem também a vigilância, o SINAN, então temos vários tipos de notificações... – P8APS.

(ii) Financiamento dos serviços versus impacto financeiro

Dentre os desafios observados pelos profissionais da rede de atenção à gestante, um dos mais complexos trata da cultura do endereço falso. Eles percebem que diversas usuárias

informam um endereço brasileiro, mesmo que residam no Paraguai, por receio de não conseguirem receber atendimento.

Então, é bem raro aquela gestante que chega e fala: [...] “olha eu moro no Paraguai”. [...] 90% delas, elas falam que residem aqui, inclusive tem locais que, tipo, tem 40, 50 pessoas morando [no mesmo lugar] e, se você for lá, é uma peça. Então, eles dão sempre o mesmo endereço [...] a gente até consegue buscar isso com os agentes comunitários, porque a gente faz a visita [domiciliar] para confirmar o endereço [...] e a gente não encontra. Maioria das vezes não encontra, mas como a gente já abriu o pré-natal [...], então, a gente dá continuidade [...] - P8APS.

As Brasiguaias possuem medo de fornecer o endereço real do Paraguai e ter dificuldade no atendimento, isto causa grandes prejuízos prejudicando muitas vezes a qualidade no atendimento – P12APS.

Conforme observado por meio dos relatos, o município realiza a oferta dos atendimentos desse público, porém vivência dificuldades conseguir o financiamento dos serviços prestados, principalmente devido a não haver maneiras de sinalizar esses atendimentos diferenciados.

Esse é um grande desafio [...] porque não são só as mulheres, mas toda essa população brasileira que mora no Paraguai tem acesso ao nosso serviço, são brasileiros, tem todo o direito. Mas não são computados para a gente receber os recursos para gerir a saúde que é prestada para eles. Então, é um grande desafio para a gente, enquanto município [...]a gente não recebe, basicamente a gente não recebe nada – P7APS.

Elas não são computadas na hora do repasse do valor do ministério da saúde para o município, nem para o Estado e, muitas vezes, isso não é computado, não tem um valor específico que venha destinado a esse público - P9AH.

Quando realizados os atendimentos à gestante brasileira, os serviços buscam encaixar os atendimentos visando o custeio, porém nem sempre é possível, conforme observado pelas falas.

Município que banca. Hoje nós temos o financiamento da atenção primária, parte dele é com base no Previne Brasil [Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes]... temos também uma parte que é por renda per capita, então de acordo com a população que mora em Foz e é aí que tá....No Previne Brasil [Programa de saúde Odontológica], a gente tem alguns critérios pra alcançar, a captação da gestante até a 12ª semana, a realização dos testes rápidos de HIV e sífilis em todas as fases da gestação, pelo menos 6 consultas de pré-natal e pelo menos uma consulta odontológica... quando a gente atinge todas essas metas, a gente consegue receber o recurso relacionado ao Previne Brasil... - P7APS.

O serviço é totalmente custeado com recursos próprios do Município. Hoje nós temos, mais ou menos, 1.000.000 (um milhão) de habitantes contanto essa população e nós recebemos somente para o município de Foz, per capita ao município de Foz do Iguaçu, o que acarreta mais de 35%, que foi o impacto de aporte a saúde no ano de 2022 e o que nós teríamos que aportar a saúde seria de 15%, conforme constituição - P13APS.

A dificuldade para sinalização e registro específico desses atendimentos, aliado as formas utilizadas pelo Ministério da Saúde para calcular o valor de repasse de verba aos municípios, surge um hiato nesse cálculo e como consequência no repasse financeiro ao município estudado.

Com certeza onera né... eu sei que muito das políticas públicas, elas são baseadas em dados socioeconômicos apurados pelo IBGE e outros sistemas, logo se essas pessoas não compõe a base, certamente elas não refletem adequadamente o público que a gente está

atendendo. Estou falando a rede de saúde... como um todo, é a percepção nossa quanto gestores. Exatamente, porque a rede, cada um atua numa frente, na rede cada um tem um papel, vamos dizer assim, nós temos uma parte dos papéis relacionado a saúde, especificamente as gestantes - P10AH.

O atendimento, tanto as gestantes, como a todos os brasileiros que moram no Paraguai ou na Argentina, visto que somos uma região de fronteira, onera o sistema público de saúde municipal, pois os recursos são totalmente do municipal de saúde. O impacto que acarreta para Foz do Iguaçu, desse atendimento, é um impacto bem alto, porque são brasileiros que moram lá. Hoje nós temos cerca de 246.000 (duzentos e quarenta e seis mil) brasileiros, conforme dados do Itamarati, brasileiros que residem no Paraguai, fora os que residem na Argentina, e esses brasileiros podem procurar o sistema único de saúde de Foz do Iguaçu e não recebemos nada pelo seu atendimento. O impacto é grande né, porque não temos só os brasileiros, temos também paraguaios que são atendidos, turistas, visitantes, região da 9ª regional de saúde e Foz do Iguaçu recebe um aporte do Estado e da União muito pequeno para todos esses atendimentos - P13APS.

Discussão

Saber o quantitativo de usuárias está diretamente ligado ao planejamento de estratégias em saúde para o fornecimento de assistência de qualidade, no entanto, realizar esse controle de maneira fidedigna pode ser um desafio aos gestores em diversos aspectos. Pois, conforme exposto, uma prática comum nas regiões de fronteira é a omissão do seu país de residência real, sendo optado pelas usuárias informar que são residentes no Brasil e não no Paraguai (TRIACA *et al.*, 2023).

Ainda, a dependência de estimativas médias pelos gestores mostra a necessidade de métodos mais rigorosos e sistemáticos para coletar e monitorar esses dados, não só para fins de planejamento e alocação de recursos, mas também para garantir a qualidade do atendimento. Para Martins *et al.* (2021), para que isso ocorra existe a necessidade de

qualificação de técnicos em epidemiologia, análise de situação de saúde e métodos quantitativos, assim o gestor terá condições de discutir e construir indicadores que possam ser utilizados no processo de tomada de decisão.

Conforme relatado pelos gestores, existe uma situação denominada cultura do endereço falso, sobre as gestantes brasiguaias, temendo não receberem o atendimento caso informem residirem no Paraguai, informam um endereço brasileiro, o que pode afetar negativamente a qualidade e a continuidade do atendimento. Em um estudo, sobre o cuidado a saúde da criança, também foi detectada essa prática em que brasiguaias ou estrangeiras utilizavam o endereço de familiares ou amigos para garantirem o acesso aos serviços de saúde (PICCO *et al.*, 2022).

Essa prática impacta diretamente no real controle de usuários dos serviços de saúde e pode ocasionar prejuízos nos indicadores de saúde do município, quando há necessidade de investigação de óbito materno e registro no sistema de informação sobre mortalidade, o endereço registrado pelo serviço de saúde é brasileiro, porém quando se inicia a análise descobre que a gestante residia no Paraguai (SILVA *et al.*, 2021).

Há o conhecimento predominante, em regiões de fronteira, de que o usuário transfronteiriço impacta aos serviços públicos de saúde, porém não há a presença de dados que corrobore com essa percepção. Além disto, alguns critérios utilizados pelos municípios para a oferta de atendimento, como a necessidade da apresentação de comprovante de residência, acabam restringindo ou ocasionando o uso de subterfúgios, como mentir o endereço para conseguir o acesso, o que pode interferir no número de usuários transfronteiriços que buscam atendimento (ARENHAT *et al.*, 2022).

É usual a busca pelos serviços de saúde brasileiro por parte de moradores fronteiriços, devido a não ser negado atendimento por causa da organização do SUS (MONDARDO, STALIANO, 2020). Porém essa demanda ocasiona sobrecarga do sistema, conforme entrevistas apontam, pois além de aumentar a demanda dos serviços, uma parte dessa população informa residir em endereços de familiares ou amigos, para conseguir o atendimento ou possuir documentação brasileira, porém por ser itinerante, não é contabilizada no momento dos repasses federais, devido aos mesmos serem calculados com base nos habitantes do município.

Todo esse panorama de endereços falsos ou de terceiros, sugere a necessidade de campanhas de conscientização e estratégias para aumentar a confiança e a transparência no processo, assim a gestante traria informações reais, visto ter direito de atendimento em saúde,

de acordo com a Lei do Migrante - Lei nº 13.445/2017, e para Costa, Gurgel, Matos (2020), garantir o direito é só um dos aspectos dessa legislação, é necessário também mapear, caracterizar e entender o processo de assistência em saúde do migrante, no caso, a gestante brasiguaiia desta região de fronteira.

Não há ferramentas para o registro de atendimento a usuários estrangeiros, cabendo aos municípios fronteiriços a elaboração de formas para realizarem os registros destes atendimentos, o que poderia ser facilmente mitigado com uso de tecnologias de informação, portanto, a implementação de um sistema unificado que permita a sinalização e o acompanhamento adequado dessas gestantes pode ser uma solução viável. Nogueira, Fagundes, Augustini (2015) indicam que essa falta de padronização para o registro pode impactar de maneira negativa para esses municípios, pois em alguns casos o recurso utilizado é a realização do registro como atendimento prestado ao usuário brasileiro. Essa prática causa prejuízos para o conhecimento do quantitativo de usuários que buscam atendimento, porém residem em outro país, assim como pode trazer repercussões ao financiamento da saúde no município.

Também cabe aos gestores municipais, a estruturação e planejamento dos serviços prestados aos usuários, sendo o desafio ainda maior em regiões de fronteira. Essas regiões apresentam aumento na demanda devido a busca pelo atendimento da população transfronteiriça e em muitos casos os municípios não possuem dados acerca desta população de usuários, podendo isto impactar diretamente nos valores para o financiamento da saúde nessas regiões (SANTOS, RIZZOTO, CARVALHO, 2019).

A busca pelo atendimento de saúde no município brasileiro ocorre, não apenas pelas gestantes brasiguaias, mas também por brasiguaios em geral e pelos próprios paraguaios. De acordo com Silva *et al.* (2021), a complexa dinâmica envolvendo cidades fronteiriças, devido a busca pelos serviços de saúde, provoca sobrecarga nos serviços e como consequência dessa sobrecarga o município vivencia déficit em suas contas públicas, pois o financiamento é realizado conforme a população residente local.

A mobilidade populacional vivenciada em região de fronteira impacta negativamente na maneira em que são realizadas as distribuições dos recursos financeiros. Isso decorre do cálculo ser baseado na população que reside no município, conforme dados do instituto brasileiro de estatística e geografia, não contabilizando a população flutuante, formada pelos migrantes, estrangeiros, turistas e brasileiros que residem nos países vizinhos (MOTA *et al.*, 2023).

Apesar de ser legalmente previsto e orientado que os municípios devam realizar o planejamento para a oferta dos serviços de saúde conforme sua necessidade, em regiões fronteiriças esse desafio é maior. O número de usuários dos serviços de saúde excede a base populacional que é utilizada para o cálculo do repasse de verbas que prejudica a manutenção dos serviços de saúde. Além disso, outro fator que pode acarretar prejuízos é a dificuldade de estimar as demandas de usuários brasiguaios e estrangeiros devido à falta de registro dos atendimentos prestados (PEREIRA, CARVALHO, 2022).

Pode-se observar, por meio das falas dos entrevistados, que o atendimento as gestantes brasiguaias, bem como a todo o contingente de usuários não previstos, causa impacto e possivelmente onera os serviços de saúde do município.

Quando considerado que, apesar desta população utilizar os serviços de saúde, ela não é visualizada nas estatísticas do município, afetando diretamente na busca por aporte financeiro para esses atendimentos e impactando diretamente no planejamento e organização da assistência de todos os usuários sistema de saúde do município (LIMA, TOSO, 2019).

Os municípios fronteiriços deveriam se unir em busca da garantia do acesso aos serviços para a população, realizando o planejamento de maneira integrada e cooperativa, porém há um impasse nessa coordenação devido ao modelo de gestão fragmentada dos serviços de saúde. Outro ponto que limita a realização da formulação de ações conjuntas é o arranjo federativo e o direito internacional vigente, que tira a autonomia do município para realizar tais acordos, sendo questões financeiras as que mais preocupam os gestores dessas regiões (AIKES, RIZZOTTO, 2019).

Martins *et al.* (2021) reforçam que é preciso reconhecer as desigualdades regionais e os distintos contextos socioculturais em que se dão os processos de transição demográfica e epidemiológica no Brasil, tal qual o atendimento da gestante brasiguaias em território brasileiro, caráter único e peculiar do município de Foz do Iguaçu.

O presente estudo tem como limitação a ausência de um sistema unificado e específico para registrar e sinalizar as usuárias brasiguaias nos serviços de saúde, resultando em dificuldades de rastreamento e acompanhamento, o que impacta diretamente na eficácia da coleta de dados, a qualidade do atendimento e a gestão dos recursos financeiros destinados aos serviços de saúde.

Considerações finais

O estudo demonstrou que o município fronteiriço possui particularidades para a oferta dos serviços públicos de saúde voltados ao atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal, pois sua demanda não vem exclusivamente das moradoras locais, mas também ocorre a busca por atendimento de gestantes brasiguaias e estrangeiras.

Há fragilidades relacionadas a falta de informação do número de usuárias brasiguaias que buscam os serviços brasileiros durante o ciclo gravídico-puerperal, além de não haver local para registro ou sinalização desta particularidade da usuária. Isto pode interferir diretamente na percepção dos gestores quanto a demanda existente, a necessidade de planejamento de cuidados específicos para este público, além de impactos que podem ser gerados aos indicadores de saúde municipais.

Deve ser observado que a desinformação municipal, associada a falta de estratégias e planejamento, pode impactar nos repasses financeiros do município para os atendimentos realizados a este público, pois conforme o modelo de financiamento atual são realizados repasses por meio do número de habitantes e cumprimento de metas.

A discussão visando a solução deve considerar a importância de uma abordagem integrada que envolva gestores, profissionais de saúde, a comunidade e os formuladores de políticas públicas. A implementação de sistemas de informação mais eficazes, campanhas de conscientização e melhores práticas de financiamento são passos essenciais para incrementar o atendimento às gestantes brasiguaias.

Isto posto, entende-se a complexidade e os desafios que são enfrentados pelos gestores dos serviços de saúde do município para, não apenas a formulação de políticas e planejamento para o atendimento deste público, mas também para realizar o custeio de toda essa organização. Porém, deve ser observado que o município já vivencia essa demanda de atendimento, tornando então necessária a formulação de estratégias o mais breve possível, que visem a garantia do fornecimento dos serviços e a sustentabilidade dos mesmos.

Referências

AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. *Caderno Saúde Pública*. v. 34, n. 8, 2018.

ARCARI, J. M.; BARROS, A. P. D.; ROSA, R. S.; MARCHI, R.; MARTINS, A. B. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte

populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 407-420, 2020.

ARENHART, C. G. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; MELARA, M.; CARRIJO, A. R. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. v. 27, n. 11, p. 4233-4241, 2022.

BAGGIO, M. A. *et al.* Pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da Covid-19. *Saúde debate* [Internet]. v. 47, n. 138, p. 558–70, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313814>

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Portaria Nº125, de 21 de Março de 2014. 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*. 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/10/2021&jornal=515&pagina=29>>. Acesso em: 11 de dez, 2022.

COSTA, N. B. N., GURGEL, H., MATOS, K. F. R. Migração e Saúde: inter-relações, legislação e acesso: inter-relações, legislação e acesso. *Tempus: actas de saúde coletiva*, [v. 14, n. 3, 2020](#).

GRZYBOWSKI, L. S.; OLIVEIRA, P. P.; ANTONIOLLI, M. A.; COLOMBO, T.; VIANA, L. A.; PEREIRA, C. S. Atenção primária à saúde e pré-natal: o ciclo gravídico puerperal e a avaliação do atendimento recebido a partir da percepção de gestantes e puérperas. *Revista APS*. v. 23, n. 2, p. 268-286, 2020.

HAUM, N. D. A. P., CARVALHO, M. de. Controle social do SUS: a saúde em região de fronteira em pauta. *Saúde e Sociedade* [online]. v. 30, n. 4, p. e200350, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200350>>. Acessado 23 Junho 2024.

HORTELAN, M. S.; ALMEIDA, M. L.; FUMINCELLI, L.; ZILLY, A.; NIHEI, O. K.; PERES, A. M.; SOBRINHO, R. A.; PEREIRA, P. E. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. *Acta Paulista Enfermagem*. v. 32, n. 2, p. 229-36, 2019.

LIMA, L. T. P.; TOSO, B. R. G. O. Itinerário terapêutico de brasileiros na atenção primária na tríplice fronteira. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 40, n. 1, p. 37-46, 2019.

MAIRINK, A. P. A.; GRADIM, C. V. C.; PANOBIANCO, M. S. O uso da metodologia qualitativa da Teoria Fundamentada nos Dados na pesquisa em enfermagem. *Escola Anna Nery*. v. 25, n. 3, 2021.

MARTINS, T. C. de F., SILVA, J. H. C. M. da, MÁXIMO, G. da C., GUIMARÃES, R. M. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. v. 26, n. 10, p. 4483–96, 2021. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. v. 20, n. 7, p. 2135-2145, 2015.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MONDARDO, M.; STALIANO, P. Saúde na fronteira brasileira: políticas públicas e acesso a serviços. *Espaço aberto, PPGG*. v. 10, n. 1. p. 99-116, 2020.

MOTA, S. M. S; GOMES, S. P. M; MOREIRA, N. M; SILVA SOBRINHO, R. A; SILVA, R. M. M; ZILLY, A. Acompanhamento odontológico inserido no cuidado pré-natal em município de região trinacional. **Revista Varia Scientia - Ciências da Saúde**. v. 9, n. 1, 2023.

NERY, R. F. Problemáticas de saúde pública em região de tríplice fronteira: uma revisão integrativa. *Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde*. v. 7, n. 1, p. 48-57, 2021.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H.S.; AUGUSTINI, J. A institucionalidade dos sistemas sanitários locais nas linhas da fronteira: impactos no acesso aos serviços e ações de saúde. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**. v. 9, n. 64, p. 64-85, 2015.

NOVAKOWISKI, R. D. S., BAGGIO, M.A., ZILLY, A. Atenção puerperal em uma região de fronteira: fragilidades agravadas pela pandemia de COVID-19 . **Esc Anna Nery** [Internet]. v. 27, p. e20220323, 2023. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0323pt>

PAIXÃO, G. P. N.; CAMPOS, L. M.; CARNEIRO, J. B.; FRAGA, C. D. S. A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorde brasileiro. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 42, 2021.

PARANÁ. Linha Guia: Rede mãe Paranaense. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. 2012. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guia.pdf>. Acesso em: 24 de Set. 2023.

PEREIRA, E.; CARVALHO, M. Migração pendular e saúde: perfil de paraguaios em tratamento dialítico em município de fronteira internacional. *Revista Enfermagem Contemporânea*. v. 11, p. e3942, 2022. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3942>

PEREIRA, L. S.; SÁ, R. R.; FREITAS, E. P. Saúde na fronteira Brasil-Bolívia: Considerações sobre a política de saneamento básico em Corumbá – MS. *Boletim Gaúcho de Geografia*, v. 47, n. 1, p. 276-292, 2020.

PICCO, T. M.; BAGGIO, M. A.; HIRANO, A. R.; CALDEIRA, S.; FERRARI, R. A. P. Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira. *Escola Anna Nery*. v. 26, p. e20210104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0104>

2022.

RIBEIRO, K. N.; CONCEIÇÃO, D. S.; CARNEIRO, A. M. C. T.; ALMEIDA, J. G. A. A.; ALCÂNTARA, A. S. S.; VIANA, V. S. S.; SOARES, G. S.; OLIVEIRA, M. C. Caracterização do conhecimento das gestantes sobre as possíveis complicações relacionadas ao início do pré-natal tardio. *Brazilian Journal of Development*. Curitiba, v. 6, n. 8, p. 59458-59468, 2020.

SANTOS, C. T.; RIZZOTO, M. L. F.; CARVALHO, M. Financiamento público para a saúde de município paranaenses em região de fronteiras (2000-2016). **Revista Cogitare Enfermagem**. v. 24, p. 1-12, 2019.

SILVA, R. M. M.; ZILLY, A.; FERREIRA, H.; PANCIERI, L.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Fatores relacionados ao tempo de hospitalização e óbito de recém-nascidos prematuros. *Revista Escola de Enfermagem USP*. v. 55, p. e03704, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019034103704>

TRIACA, L. P.; PRADA, Y. L. C.; SILVA-SOBRINHO, R. A.; SILVA, R. M. M.; ZILLY, A. Perfil de parturientes assistidas no centro materno infantil e seus recém-nascidos de um município de tríplex fronteira. **Revista Thêma et Scientia**. v. 13, n. 1, 2023.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que o município de Foz do Iguaçu possui particularidades para a oferta dos serviços públicos de saúde voltados ao atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal, em todos os níveis de atenção, pois sua demanda não vem exclusivamente das moradoras locais, mas também ocorre a busca por atendimento de gestantes brasileiras e estrangeiras. Todavia, apesar de trata-se de um conhecimento compartilhado entre os gestores de saúde de todas as esferas, foram observadas fragilidades quanto ao padronização na percepção dos mesmos sobre o assunto.

O acompanhamento da gestação deve ser iniciado o mais breve possível, pois para a realização de um atendimento adequado que vise a minimização de riscos ao binômio, a gestante deve realizar inúmeros acompanhamentos, procedimentos e exames durante a gestação, assim como a realização de um parto e puerpério seguros. Porém a realização deste acompanhamento de gestantes brasileiras são um desafio aos profissionais locais, isto decorre, principalmente pela divergência na percepção dos gestores quanto a busca e a adesão destas gestantes ao acompanhamento do pré-natal.

Além disto a não padronização dos serviços quanto a vinculação da necessidade de apresentação de documento brasileiro para a prestação do atendimento, ponto este que deve ser amplamente discutido devido a questões relacionadas ao direito de acesso aos serviços públicos poder estar ou não vinculado a nacionalidade ou ao local de residência dos usuários, também pode influenciar na procura das mesmas, assim como na veracidade das informações fornecidas por elas.

Há fragilidades relacionadas a falta de informação do número de usuárias brasileiras que buscam os serviços brasileiros durante o ciclo gravídico-puerperal, além de não haver local para registro ou sinalização desta particularidade da usuária. Isto pode interferir diretamente na percepção dos gestores quanto a demanda existente, a necessidade de planejamento de cuidados específicos a este público devido a possíveis particularidades, além de impactos que podem ser gerados aos indicadores de saúde municipais.

Deve ser observado que a desinformação municipal, associada a falta de estratégias e planejamento, pode estar associada a aumento na complexidade para o município receber repasse de verba para os atendimentos realizados a este público. Pois conforme o modelo de financiamento atual são realizados repasses por meio do número de habitantes e cumprimento de metas, porém se este público não é residente do município, seu atendimento não é

computado ou não é realizado de maneira adequada o mesmo não recebe pelo atendimento prestado.

Isto posto, entendemos a complexidade e os desafios que são enfrentados pelos gestores dos serviços de saúde do município para, não apenas a formulação de políticas e planejamento para o atendimento deste público, mas também para realizar o custeio de toda essa organização. Porém deve ser observado que o município já vivencia essa demanda de atendimento, tornando então necessária a formulação de estratégias, o mais breve possível, que visem não apenas a garantia do fornecimento dos serviços, mas também a sustentabilidade dos mesmos junto ao município.

7. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Estímulo ao Parto Normal – RN Nº 368/2015. Rio de Janeiro. 2015.

AIKES, S; RIZZOTTO, M. L. F. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.29, n.2. 2020.

ALLIANA, F. S. P. Utilização de serviços de média e alta complexidade em hospitais de referência na maior fronteira internacional do Brasil. 2021. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2021.

ALMEIDA, R. S. S.; RETICENA, K. O.; GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A. Vivências de puérperas frente à atuação da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto. **Revista Online de pesquisa: Cuidado Fundamental**. v.12, p. 345-349, Jan/Dez. 2020.

ALVES, A. C. P.; LOVADINI, V. L.; SAKAMOTO, S. R. Sentimentos vivenciados pela mulher durante o puerpério. **Revista de Enfermagem Atual**. v. 95, n. 33. 2021.

AMORIM, T. S.; BACKES, M. T. S. Gestão do cuidado de enfermagem a puérperas e recém-nascidos na Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene**, v.21. 2020.

ARCARI, J. M.; BARROS, A. P. D.; ROSA, R. S.; MARCHI, R.; MARTINS, A. B. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.2, p.407-420. 2020.

ARENHART, C. G. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; MELARA, M.; CARRIJO, A. R. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.27, n.11, p.4233-4241. 2022.

BARBOSA, M. M; CHAVES, E. C. R; LEITE, D. S; QUARESMA, A. H. C; ALBUQUERQUE, G. P; COSTA, I. L. O. F; REIS, A. P. O; MENDONÇA, M. H. R; LIMA, S. B. A. Rede Cegonha: Avanços e desafios da gestão no ambiente hospitalar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v.13, n.3. 2021.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, B. L. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Revista de Enfermagem Contemporânea**. Salvador, v.10, n.1, p.127-133, Abr. 2021.

BASTOS, L. B. R.; BARBOSA, M. A.; ROSSO, C. F.W.; OLIVEIRA, L. M. A. C.; FERREIRA, I. P.; BASTOS, D. A. S.; PAIVA, A. C. J.; SANTOS, A. A. S. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 54, n. 25. 2020.

BRASIL. Decreto nº 66.623, de 22 de Maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 22 de maio de 1970. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66623-22-maio-1970-408086-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 28 de ago. 2022.

BRASIL. Decreto Nº 9.961, de 8 de Agosto de 2019. Institui a Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira. Brasília. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9961.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%209.961%2C%20DE%208,que%20lhe%20confere%20o%20art.. Acesso em: 11 de Set. 2022.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS. Brasília. 2005.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da constituição federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela união, estados, distrito federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília. 2012. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 03 de Set. 2022.

BRASIL. Lei Nº 6.634, DE 2 DE MAIO DE 1979. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. Brasília. 1979. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6634.htm>. Acesso em: 06 de Set. 2022.

BRASIL. Lei Nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Brasília. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm>. Acesso em: 11 de Set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. V Conferência Nacional de Saúde. Brasília. Ago. 1975

BRASIL. Ministério da Saúde. APICE ON – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Integral a Saúde da Mulher. Centro de documentação do Ministério da Saúde. Brasília. 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. **Secretária da Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496>>. Acesso em: 25 Mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?logtabnet/log.def>>. Acesso em: 26 Jun. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista brasileira de saúde materna e infantil**, Recife, v.2, n.1, p.69-71, jan – abril. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília, maio-jun. 2004.

BRASIL. Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Seção 1, p.4-6, jun. 2000.

BRASIL. Portaria Nº 427, de 22 de Março de 2005. Institui a comissão nacional de monitoramento e avaliação da implementação do pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal e dá outras providências. Brasília. 2005.

BRASIL. Portaria Nº 1.067, de 4 de Julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília. 2005.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília. 2011. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 30 de ago. 2022.

BRASIL. Portaria Nº 1.020, de 29 de Maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília. 2013.

BRASIL. Portaria Nº3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a portaria de consolidação nº 6/gm/ms, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do sistema único de saúde. Brasília. 2017. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 04 de Set. 2022.

BRASIL. Portaria Nº125, de 21 de Março de 2014. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por esta-

do que se enquadram nesta condição. Diário Oficial da União. 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/10/2021&jornal=515&pagina=29>>. Acesso em: 11 de Set, 2022.

BRASIL. Portaria Nº 3.227, DE 28 de dezembro de 2020. Estabelece o Programa Fronteira Integrada como iniciativa de implementação da Política Nacional de Desenvolvimento Regional. Diário Oficial da União. Seção 1, Nº 248. 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/12/2020&jornal=515&pagina=709>>. Acesso em: 11 de Set. 2022.

BRASIL. Portaria Nº 1.188, de 05 de Junho de 2006. Dá nova redação a Portaria nº 1.120/GM, que instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS FRONTEIRA. 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1188_05_06_2006.html>. Acesso em: 11 de Set. 2022.

BRASIL. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Seção 1, p.4-6, jun. 2000.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília. 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 30 de ago. 2022.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI).

CARVALHO, S. S.; CERQUEIRA, R. F. N. Influência do pré-natal na escolha do tipo de parto: revisão de literatura. **Revista Atenção Saúde**. São Caetano do Sul, v.18, n.63, p.120-XX, jan/mar. 2020.

CARVALHO, S. S; OLIVEIRA, B. R; MACÊDO, L. A. Percepção de Puérperas sobre a Lei do Acompanhante. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v.22, n.3, p.46-54, jul-set. 2020.

CAVALCANTI, L. M. B.; SOUSA, M. N. A. Educação em saúde na atenção primária no ciclo gravídico-puerperal: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5. 2021.

CLARO, C. A. B. DO ESTATUTO DO ESTRANGEIRO À LEI DE MIGRAÇÃO: AVANÇOS E EXPECTATIVAS. **Boletim de Economia e Política Internacional (BEPI)**, n.26, Set-Abr. 2020.

COSTA, L. B.; CAMPOS, N. F. O acesso à saúde pública brasileira por estrangeiros não residentes como forma de observância ao princípio da dignidade da pessoa humana. **Revista do CEPEJ**. 2021.

CUNHA, J. R. A. O (des)financiamento do direito à saúde no Brasil: uma reflexão necessária. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**. v.7, n.1, p.59 – 77, Jan-Jul. 2021.

CUNHA, E. M.; VARGENS, J. M. C. Sistemas de informação do sistema único de saúde. Fiocruz. 2017.

FEITOSA, T. V. N; MARTINS, W. Migrante fronteiriço e a COVID-19: o direito ao acesso aos serviços de saúde na trílice fronteira Brasil-Argentina-Paraguai. **Research, Society and Development**, v.11, n.11. 2022.

FEITOSA, T. V. N; MARTINS, W; JAQUEIRA, M. O acesso à saúde em região fronteira: a trílice fronteira Argentina, Brasil e Paraguai em meio à pandemia do coronavírus. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**. Boa Vista, v. 4, n. 11. 2020.

FILHO, S. B. S; SOUZA, K. V. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.26, N.3, p.775-780. 2021.

GONÇALVES, M. A. Organização e funcionamento do SUS. UFSC - Departamento de Ciências da Administração. **CAPES**. Brasília, p.132. 2014.

GRZYBOWSKI, L. S.; OLIVEIRA, P. P.; ANTONIOLLI, M. A.; COLOMBO, T.; VIANA, L. A.; PEREIRA, C. S. Atenção primária à saúde e pré-natal: o ciclo gravídico puerperal e a avaliação do atendimento recebido a partir da percepção de gestantes e puérperas. **Revista APS**. v.23, n.2, p.268-286, abr/jun. 2020.

HARTZ, Z.M.A; CHAMPAGNE, F; CONTRANDRIOPOULOS, A.P; LEAL, M.C. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. Fiocruz. Rio de Janeiro, p132. 1997.

HORTELAN, M. S.; ALMEIDA, M. L.; FUMINCELLI, L.; ZILLY, A.; NIHEI, O. K.; PERES, A. M.; SOBRINHO, R. A.; PEREIRA, P. E. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. **Acta Paulista Enfermagem**. v. 32, n. 2, p. 229-36. 2019.

HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI. O hospital. 2024. Disponível em: < <https://hmcc.com.br/o-hospital/>>. Acesso em: 20 Maio. 2024.

HAUM, N. D. A. P.; CARVALHO, M. Controle social do SUS: a saúde em região de fronteira em pauta. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.30, n.4. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Áreas Territoriais. O que é. IBGE, 2022. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 06 de Set. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Municípios da Faixa de Fronteira e Cidades Gêmeas. O que é. IBGE, 2021. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?edicao=34308&t=o-que-e>>. Acesso em: 06 de Set. 2022.

IPEA. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – 3. Saúde e Bem-estar. Disponível em:<<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html#:~:text=No%20dia%2028%20de%20maio,maternas%20por%20100.000%20nascidos%20vivos.>>. Acesso em: 08 Out. 2022.

KUCHARSKI, K. W; BATTISTI, I. D. E; FERNANDES, D. M. M; ANASTÁCIO, Z. F. C. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Uma Trajetória do Império à Criação do SUS. **Editora Unijuí**, v.37, n.117. 2021.

LIMA, R. O. Direito à saúde e acesso aos serviços do SUS: restrições impostas à população estrangeira da tríplice fronteira. **Revista direito sem fronteiras**. v. 1, n. 3, p. 61-77, Foz do Iguaçu. 2017.

LIMA, L. T. P.; TOSO, B. R. G. O. Itinerário terapêutico de brasileiros na atenção primária na tríplice fronteira. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 40, n. 1, p. 37-46, jan./jun. 2019

LOURENÇO, J. C.; MEDEIROS, F. F.; RODRIGUES, M. H.; FERRARI, R. A. P.; SERAFIM, D.; CARDELLI, A. A. M. Orientações sobre parto no pré-natal de alto risco nos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem UFSM – REUFSM**. Santa Maria, v. 10, n.85, p.1-21. 2020.

MAGALHÃES, L. P.M; RONCONI, L; ASSIS, G. O. A gestão pública da Covid-19 nas fronteiras brasileiras. O caso do município de Foz do Iguaçu. **Simbiótica**. Vitória, v.8, n.2, Maio-Ago. 2021.

MAIRINK, A. P. A.; GRADIM, C. V. C.; PANOBIANCO, M. S. O uso da metodologia qualitativa da Teoria Fundamentada nos Dados na pesquisa em enfermagem. **Escola Anna Nery**. V.25, N.3. 2021.

MARQUES, B. L.; TOMASI, Y. T.; SARAIVA, S. S.; BOING, A. F.; GEREMIA, D. S. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v.25, n.1. 2021.

MEDEIROS, F. F.; SANTOS, I. D. L.; FRANCHI, J. V. O.; CALDEIRA, S.; FERRARI, R. A. P.; PELLOSO, S. M.; HADDAD, M. C. F. L.; CARDELLI, A. A. M. Avaliação pré-natal da gestação de alto risco na atenção primária e ambulatorial especializada: estudo misto. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 76, n. 5. 2023.

MELLO, F.; MAPELLI, L. D.; GOZZO, T. O. Saúde materna de “brasiguaias” em município brasileiro de fronteira. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v.23, n.7. 2023.

MELLO, L. R.; MARANO, D.; MOREIRA, M. E. L.; DOMINGUES, R. M. A. M.; COSTA, A. C. C.; DIAS, M. A. B. Avaliação da completude de preenchimento do cartão da gestante do Ministério da Saúde: estudo seccional, de âmbito nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 27, n. 6, p. 2337-2348. 2022.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**. v.20, n.7, p. 2135-2145, Jul. 2015.

MENDES, A. A.; BRASIL, D. R. A Nova Lei de Migração Brasileira e sua Regulamentação da Concessão de Vistos aos Migrantes. **Seqüência (Florianópolis)**, n. 84, p. 64-88, Abr. 2020.

MENDES, L. Z; BONI, A. F; MUELLER, A. A. O sus e o acesso à saúde para estrangeiros nas fronteiras do mercosul. Salão do Conhecimento. Unijuí. Out. 2021.

MOIMAZ, S. A. S; RAMIREZ, G. T. V; SALIBA, N. A; SALIBA, T. A. Cuidados à saúde da gestante no âmbito da Atenção Primária. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**. Canoas, v.8, n.3. 2020.

MONDARDO, M.; STALIANO, P. Saúde na fronteira brasileira: políticas públicas e acesso a serviços. **Espaço aberto, PPGG**. v.10, n. 1. P. 99-116, Rio de Janeiro. 2020.

MONTEIRO, B. R.; SOUZA, N. L.; SILVA, P. P.; PINTO, E. S. G.; FRANÇA, D. F.; ANDRADE, A. C. A.; OLIVEIRA, A. A. V. Atenção à saúde no contexto do pré-natal e parto sob a perspectiva de puérperas. **Rev Bras Enferm**. v. 73, n.4. 2020.

MOTA, S. M. S; GOMES, S. P. M; MOREIRA, N. M; SILVA SOBRINHO, R. A; SILVA, R. M. M; ZILLY, A. Acompanhamento odontológico inserido no cuidado pré-natal em município de região trinacional. *Revista Varia Scientia -Ciências da Saúde*. v. 9, n. 1. 2023.

MOURA, E. D. Território, fronteira e conectividade: um olhar para a fronteira franco-brasileira. **Revista da Casa de Geografia de Sobral**. Ceára, v. 22, n. 3, p. 143-161, Dez. 2020.

NASCIMENTO, E. R.; SANTOS, E. C. S.; SOUSA, D. S.; GALLOTTI, F. C. M. Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. Aracaju, v. 6, n. 1, p. 141-146, Mar. 2020.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e Bem-estar. Brasília. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>>. Acesso em: 08 Out. 2022.

NEGRAES, F. C.; BARBA, M. L. A qualidade da atenção à saúde da mulher no Brasil a partir do PMAQ-AB. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.8, n.5, p.36346-36372, maio. 2022.

NERY, R. F. Problemáticas de saúde pública em região de tríplice fronteira: uma revisão integrativa. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**. v.7, n.1, p. 48-57. 2021.

NETO, T. E; ROCHA, T. A saúde e as fronteiras no âmbito da integração regional: uma análise do Sis-Fronteiras nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero (2005-2014). **Revista MERCOSUR de políticas sociales**. v.4, p.29-54, Dez. 2020.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H.S.; AUGUSTINI, J. A institucionalidade dos sistemas sanitários locais nas linhas da fronteira: impactos no acesso aos serviços e ações de saúde. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**. V.9, n. 64, p. 64-85. 2015.

NOVAKOWISKI, R. D. S. **Atenção à saúde de puérperas em uma região de fronteira: fragilidades agravadas pela pandemia da Covid-19**. 2022.114f. Dissertação (Mestrado em

Saúde Pública em Região de Fronteira), Universidade do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Foz do Iguaçu, 2022.

OIM – ORGANIZAÇÃO NACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. Protocolo de assistência a migrantes em situação de vulnerabilidade. Brasília. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático. Saúde Materna e Neonatal. Genebra. 1996.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.25-32. 1998.

PAIXÃO, G. P.N. CAMPOS, L.M. CARNEIRO, J.B. FRAGA, C. D. S. A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Bahia. 2021.

PARANÁ. Lei 13.331 de 23 de Novembro de 2001. Dispõe sobre organização, regulamentação, fiscalização e controle das ações dos serviços de saúde no Estado do Paraná. Curitiba. 2001. Disponível em: < <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=5982&indice=1&totalRegistros=1&dt=12.3.2020.14.10.57.692>>. Acesso em: 04 de Set. 2022.

PARANÁ. Linha Guia: Rede mãe Paranaense. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. 2012. Disponível em: < https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_guiia.pdf>. Acesso em: 24 de Set. 2022.

PEREIRA, E.; CARVALHO, M. MIGRAÇÃO PENDULAR E SAÚDE: PERFIL DE PARAGUAÍOS EM TRATAMENTO DIALÍTICO EM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA INTERNACIONAL. **Revista Enfermagem Contemporânea**. 2022

PEREIRA, L. S.; SÁ, R. R.; FREITAS, E. P. Saúde na fronteira Brasil-Bolívia: Considerações sobre a política de saneamento básico em Corumbá – MS. **Boletim Gaúcho de Geografia**, v. 47, nº 1, p. 276-292. 2020.

PESSOA, D. L. R.; RAMOS, A. S. M. B.; DIAS, A. M. C.; SOUZA, I. B. J.; RÊGO, A. S.; GONZAGA, L. J. B. Os principais desafios da gestão em saúde na atualidade: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health. Review**. Curitiba, v. 3, n. 2, p.3413-3433, mar/abr. 2020.

PICCO, T. M.; BAGGIO, M. A.; HIRANO, A. R.; CALDEIRA, S.; FERRARI, R. A. P. Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira. **Escola Anna Nery**. 2022.

RIBEIRO, K. N.; CONCEIÇÃO, D. S.; CARNEIRO, A. M. C. T.; ALMEIDA, J. G. A. A.; ALCÂNTARA, A. S. S.; VIANA, V. S. S.; SOARES, G. S.; OLIVEIRA, M. C. Caracterização do conhecimento das gestantes sobre as possíveis complicações relacionadas ao início do pré-natal tardio. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.6, n.8, p.59458-59468, Ago. 2020.

ROCHA, R. R. M.; FRANÇA, A. F. O.; ZILLY, A.; CALDEIRA, S.; MACHINESKI, G. G.; SILVA, R. M. M. Conhecimento e perspectiva de enfermeiros na rede de atenção materna e infantil do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 17, n. 1, Jan-Mar. 2018.

SANTOS, I. X. A.; OLIVEIRA, M. B. P.; BARROS, R. L. R.; GONÇALVES, W. M. S.; VIANA, L. R. S.; ANDRADE, A. F. S. M.; TELES, W. S.; SILVA, M. C.; TORRES, R. C.; JUNIOR, P. C. C. S. Assistência do profissional de enfermagem ao puerpério na atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5. 2022.

SANTOS, C. T.; RIZZOTO, M. L. F.; CARVALHO, M. Financiamento público para a saúde de município paranaenses em região de fronteiras (2000-2016). *Revista Cogitare Enfermagem*. v.24, p. 1-12. 2019.

SANTOS, A. L. E.; VOKS, D. Governança da saúde pública: conflitos e desafios para uma gestão compartilhada na fronteira Brasil-Bolívia. **Saúde Sociedade**, v. 32, n. 1, São Paulo. 2023.

SANTOS-MELO, G. Z.; ANDRADE, S. R. Acesso e direito à saúde na fronteira: estudo em um município fronteiriço da Amazônia legal brasileira. **Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado**. v. 2, p. 31-46. 2021.

SCHAPKO, T. R. **Atenção pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da COVID-19**. 2022. 78f. Dissertação (Mestrado em saúde pública em região de fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2022.

SEIBEL, T. S.; CANDIDO, C. L.; RODRIGUES, A. F. M. Percepção de gestantes e puérperas sobre as características de suas consultas de pré-natal: Revisão integrativa. **UNESC EM REVISTA**. v.1, p. 44-60. 2020.

SILVA, R. D. F.; CAZOLA, L. H. O.; NASCIMENTO, D. D. G.; FERLA, A. A. Vigilância do óbito materno nas fronteiras Brasil/Bolívia e Brasil/Paraguai: cidadania e direito à saúde em tensão. **Saúde em redes**. V.9, n.1. 2023.

SILVA, R. M. M.; ZILLY, A.; FERREIRA, H.; PANCIERI, L.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Fatores relacionados ao tempo de hospitalização e óbito de recém-nascidos prematuros. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 2021.

SIMÃO, S. C. R.; XAVIER, P. C. N.; APPEL, K. L. A.; NETO, J. X. M. M.; RAMOS, I. B. Mortalidade materna no brasil: fatores associados e ações para sua redução. **Editora Científica**, v. 26, p. 361-374. 2020.

SOLER, A; PEREIRA, G. Planejamento urbano em aglomerações transfronteiriças: análise dos sistemas de planejamento da aglomeração de Foz do Iguaçu (BR), Ciudad del Este (PY) e Puerto Iguazú (AR). **Brazilian Journal of Latin American Studies**, v.20, n.39, p.237-260, Jan-Jun. 2021.

SOUTO, K; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde debate**. Rio de janeiro, v. 45, n. 130, p. 832-846, Jul-Set. 2021.

SOUZA, A. L. D. M.; Z. A.; CARDELLI, A. A. M.; FRACAROLLI, I. F. L.; FERRARI, R. A. P. Rede Mãe Paranaense: assistência ao pré-natal entre mulheres nos extremos de idade. **Revista Saúde Pública**. Paraná, v.4, n.2, Jun. 2021.

TEIXEIRA, R. A.; CALDEIRA, S.; GUIMARÃES, A. T. B.; TECLA, M. T. G. M.; FERRARI, R. A. P. Rede Mãe Paranaense: análise do índice de implementação em regionais de saúde. **Caderno Saúde Coletiva**. v.29. n.2. p. 291-300. 2021.

TERTO, W. D. S.; MOURA, M. Q.; PINHEIRO, N. B.; CASTRO, L. M.; STROTHMANN, A. L.; CAPELLA, G. A.; VILLELA, M. M.; BERNE, M. E. A. Exames sorológicos no pré-natal: cuidados que vão além da gestação. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. V. 37, n. 1, p. 97-105, Dez-Fev. 2022.

TIBES-CHERMAN, C. M.; CAMARGO, C. R. M.; FLORES, L. J. F.; SOBRINHO, R. A. S.; SILVA, R. M. M.; ZILLY, A. Perfil clínico da gestação tardia em um município brasileiro de fronteira. **Enfermagem em Foco**. v. 12, n. 2, p. 223-229. 2021.

TRIACA, L. P.; PRADA, Y. L. C.; SILVA-SOBRINHO, R. A.; SILVA, R. M. M.; ZILLY, A. Perfil de parturientes assistidas no centro materno infantil e seus recém-nascidos de um município de tríplex fronteira. **Revista Thêma et Scientia**. v. 13, n. 1, jan-jun. 2023.

TRIGUEIRO, T. H.; ARRUDA, K. A.; SANTOS, S. D.; WALL, M. L.; SOUZA, S. R. R. K.; LIMA, L. S. Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Escola Anna Nery**, v.26. 2022.

UNFPA. **Fundo de Populações das Nações Unidas – Brasil (UNFPA)**. A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso. 18 de Out. 2022. Disponível em: < <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu#:~:text=Em%202021%2C%20a%20raz%C3%A3o%20de,cada%20100%20mil%20nascidos%20vivos.>> . Acesso em: 12 Mar. 2023.

VIACHULONIS, C. G.; SILVA, R. R.; PINTO, A. I. A.; CRUZ, I. R.; MAZZETTI, A. C.; HARITSCH, L.; SANTOS, K. V.; STEPIC, G. S.; OLIVEIRA, L. C.; SILVA, M. F.; SILVA, J. C. Avaliação da assistência pré-natal segundo indicadores do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil**. Recife, v.21, n.2, p.451-460, abr-jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sustainable Development Goals. Disponível em: <<https://www.who.int/europe/about-us/our-work/sustainable-development-goals>>. Acesso em: 08 Out. 2022.

XAVIER, G. G.; LIMA, C. S. A.; LIMA, M. M. G.; ALMEIDA, L. V.; PINHEIRO, M. C.; OLIVEIRA, M. F. As influências da territorialização no acesso aos serviços de saúde pelas populações de fronteira: Revisão sistemática. **Research, Society and Development**. v.11, n. 8. 2022.

8 APÊNDICES

Apêndice 1

Roteiro semiestruturado de entrevista aos gestores

Dados de identificação:

Idade:

Estado civil: () casado () solteiro () vive junto () separado () divorciado () viúvo.

Formação:

Tempo de formação: _____

Serviço de saúde em que atua como gestor: () UBS () ESF () serviço especializado () hospital.

Tempo de atuação na gestão - neste serviço: _____.

Já atuou na assistência: () sim () não. Se sim, tempo de atuação na assistência: _____.

Se atuou na assistência, em qual(is) serviço(s):

() UBS () ESF () serviço especializado () hospital.

Já realizou atividade de gestão em outros serviços, que não o atual: () sim () não.

Se sim, qual(is): () UBS () ESF () serviço especializado () hospital.

Já realizou atividade de gestão em outros municípios, que não o atual: () sim () não.

Se sim, em qual(is) serviços deste(s) município(s): () UBS () ESF () serviço especializado () hospital.

1. Fale-me sobre a gestão em saúde para atendimento à mulher brasileira que reside no Paraguai e é atendida em serviços de pré-natal, parto e pós-parto em Foz do Iguaçu, Brasil.

2. Comente sobre a gestão em saúde, no nível de atenção que você atua, para atendimento à mulher brasileira que reside no Paraguai e busca atendimento no Brasil.

3. Como gestor, você sabe informar o quantitativo, por mês ou por ano, de mulheres brasileiras, que residem no Paraguai (brasiguaias), e que são atendidas no serviço que você atua?

4. Os atendimentos realizados a essas mulheres são informados em algum sistema de informação? Se sim, qual? Se sim, que dados são informados?

5. Existe avaliação de dados de atendimentos e de procedimentos realizados a essas mulheres no serviço de saúde em questão? Comente sobre eles.

6. Existe subsídio do município, do estado ou da federação destinada a atender as demandas de atendimentos e de procedimentos dessa população? Comente.

7. Comente sobre a gestão de custos dos atendimentos e de procedimentos realizados a essas mulheres.

8. Comente sobre o SIS-FRONTIERAS e o atendimento a essa população no município de Foz do Iguaçu.
9. No seu entender, os atendimentos e procedimentos a este público oneram o sistema de saúde? De que forma? (instituição, município, estado).
10. Se existe oneração, comente que impacto acarreta, na sua opinião?
11. Fale-me sobre a gestão da assistência à saúde para essas mulheres no serviço em questão.
12. Comente sobre as dificuldades da gestão em saúde para atendimento à mulher brasileira que reside no Paraguai e é atendida nos serviços de pré-natal, parto e pós-parto em Foz do Iguaçu, Brasil.
13. Comente sobre as facilidades da gestão em saúde para atendimento à mulher brasileira que reside no Paraguai e é atendida nos serviços de pré-natal, parto e pós-parto em Foz do Iguaçu, Brasil.
14. O que poderia ser aperfeiçoado acerca da gestão em saúde para atendimento a essa população?

Apêndice 2



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

CONEP em 04/08/2000

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: Atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal: especificidades da brasileira residente no Paraguai.

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°

Pesquisador para contato: Maria Aparecida Baggio

Telefone: (45) 99953 0974

Endereço de contato (Institucional): mariabaggio@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu, Profa Dra Maria Aparecida Baggio (pesquisadora responsável), juntamente com a aluna Bruna Pasquali Dias, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira – Nível Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: **Atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal: especificidades da brasileira residente no Paraguai**, que tem como objetivo geral compreender como acontece a atenção à saúde da mulher brasileira, que reside no Paraguai, e é atendida em serviços de pré-natal, parto e pós-parto no Brasil; e como objetivo específico conhecer a gestão em saúde para atendimento à mulher brasileira que reside no Paraguai e é atendida em serviços de pré-natal, parto e pós-parto no Brasil.

O estudo beneficiará a saúde pública de região de fronteira, particularmente mulheres brasileiras residentes no Paraguai, que requerem atenção à saúde no ciclo gravídico-puerperal e acessam os serviços de saúde no Brasil, bem como gestores em saúde de municípios de fronteira, como de Foz do Iguaçu, campo do estudo.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da referida pesquisa e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo(a) da garantia de sua participação.

Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio da concessão de entrevista individual, que será gravada em gravador digital de voz, resguardando a sua identidade. Em caso de impossibilidade de realização de entrevista presencial, poderá ser realizada de forma *online*, por ligação de voz ou de vídeo (comunicação por voz e imagem), por meio do aplicativo *WhatsApp* ou outro aplicativo, ou por ligação telefônica, em dia e o horário de sua escolha. Neste caso, será enviado o TCLE via *e-mail* ou por meio de aplicativo para que ele seja lido, assinado, escaneado e enviado por você (participante) ao pesquisador para arquivamento. Caso seja inviável o envio do TCLE assinado, por você (participante), a anuência de participação na pesquisa será registrada por gravação de voz, após explicação dos objetivos do estudo e leitura do TCLE, em momento anterior ao início da entrevista.

O áudio e ou a transcrição da entrevista poderão ser acessados sempre que você desejar, mediante solicitação. As observações poderão registradas em diário de campo do pesquisador. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento, assim como você não receberá qualquer valor nem terá qualquer ônus para participar da pesquisa, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Se você se sentir constrangido(a) para responder qualquer pergunta de pesquisa, terá liberdade para não responder, solicitar a próxima pergunta ou interromper a entrevista.

Se acontecer algum transtorno decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadoras, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, serão

assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Nós, pesquisadoras, garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso. No entanto, caso você não queira ser procurado para nova autorização, informe abaixo:

É necessário a minha autorização para que outros estudos utilizem as mesmas informações aqui fornecidas () sim () não.

Este documento que você vai assinar contém duas páginas. Você deve vistar (rubricar) a primeira e na segunda você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

As pesquisadoras, Maria Aparecida Baggio e Bruna Pasquali Dias colocam-se disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo, pelo telefone (45) 99953 0974 ou (45) 99858 8704, pelos *e-mails*: mariabaggio@yahoo.com.br; brunapasquali97@gmail.com ou pessoalmente. Qualquer questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento, as pesquisadoras poderão ser contatadas a qualquer momento.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, das 8h às 15h30, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na Rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via *internet* pelo *e-mail*: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP, que é o (45) 3220-3092.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Eu, Maria Aparecida Baggio, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante (e/ou responsável).

Assinatura da pesquisadora: _____

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de 2023.

9 ANEXOS

Anexo 1

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal: especificidades da brasileira residente no Paraguai		
Pesquisador: Maria Aparecida Baggio		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 68204823.0.0000.0107		
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 6.083.065		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira que busca investigar a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal especificamente a brasileira residente no Paraguai. Propõe-se um estudo observacional do tipo transversal, multicêntrico, com abordagem quantitativa, cujos participantes serão gestoras(es) em saúde que atuam em serviços de atenção pré-natal, parto e pós-parto, no município de Foz do Iguaçu, nos diferentes níveis de atenção.		
Apresenta-se bem estruturado, com a problemática apresentada na introdução, justificativa e relevância do estudo, objetivos delimitados, passíveis de serem alcançados de acordo com a metodologia e o cronograma de atividades apresentado. Descreve detalhadamente a forma de coleta e análise dos dados, critérios de inclusão e exclusão, assim como apresenta os termos de apresentação obrigatória necessários a apreciação deste CEP, estando em conformidade com as normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Primário:		
Compreender como acontece a atenção à saúde da mulher brasileira, que reside no Paraguai e é atendida em serviços de pré-natal, parto e pós parto no Brasil.		
Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 1619		
Bairro: UNIVERSITÁRIO		
CEP: 85.819-110		
UF: PR		
Município: CASCAVEL		
Telefone: (45)3220-3002		
E-mail: cep.prppg@unioeste.br		

Página 01 de 08

Continuação do Parecer: 6.083.665

Brochura Pesquisa	InstrumentoDeColetaDeDados.pdf	13/03/2023 21:49:53	BRUNA PASQUALI DIAS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	13/03/2023 21:48:46	BRUNA PASQUALI DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 26 de Maio de 2023

Assinado por:
José Carlos da Costa
(Coordenador(a))

Anexo 2



Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal da Saúde

AUTORIZAÇÃO

A gestora do Sistema Único de Saúde do município de Foz do Iguaçu, Jaqueline Tontini, **AUTORIZA** a acadêmica **BRUNA PASQUALI DIAS** – da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sob a orientação da Professora Dra. Maria Aparecida Baggio, a realizar pesquisa junto à Diretoria de Atenção Primária e serviço de Gestação de Alto Risco (Assistência Especializada), no âmbito desta Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu, para realização do projeto “Atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal: especificidades da brasileira residente no Paraguai”.

Fica esta autorização condicionada à ciência e observância de cumprimento, pela acadêmica e pela Instituição de Ensino, dos critérios estabelecidos por esta Secretaria, especialmente quanto à coleta/pesquisa não ter sido iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pela coordenação do curso e instituição que frequenta. Ressalte-se necessidade de o projeto estar em conformidade com normas éticas e legislação vigente, respeitando-se o sigilo de informações, com o compromisso de não serem veiculadas tais informações ou divulgadas, obedecendo às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e assegurando a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantindo que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição. Também deverá haver devolutiva do resultado da pesquisa ao serviço de saúde onde foi desenvolvido o projeto.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente instrumento para que surta seus efeitos legais.

Foz do Iguaçu, 13 de março de 2023.


Rose Meri da Rosa

Secretária Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu


Rose Meri da Rosa
Secretária da Saúde
de Foz do Iguaçu
Paraná nº 15.854

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Av. Brasil, 1637, sala 301 - 3º andar - Centro - 85851-000 - Foz do Iguaçu - Paraná
TELEFONE: (45)2105-1129; e-mail: saúde@pmf.ig.gov.br

Anexo 3



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na
CONEP em 04/08/2000

Autorização da Instituição Coparticipante

O(s) pesquisador(es) Bruna Pasquali Dias e Maria Aparecida Baggio está(ão) autorizado(s) por esta instituição Hospital Ministro Costa Cavalcanti a realizar(em) a pesquisa intitulada **Atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal: especificidades da brasileira residente no Paraguai** assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).


Dr. Rodrigo Romarini
Diretor Geral
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

(Assinatura do Responsável pela Instituição Coparticipante)

Foz do Iguaçu, 28/02/2023.