

PERFIL DE PARTURIENTES ASSISTIDAS NO CENTRO MATERNO INFANTIL E SEUS RECÉM-NASCIDOS DE UM MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA

TRIACA, Leonardo Pereira¹
PRADA, Yury Lizeth Cardozo²
SILVA-SOBRINHO, Reinaldo Antônio³
SILVA, Rosane Meire Munhak⁴
ZILLY, Adriana⁵

RESUMO

O objetivo foi analisar o perfil de parturientes assistidas no Centro Materno Infantil e seus recém-nascidos em município de tríplice fronteira. Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo que analisou 524 prontuários de mulheres internadas para parto e com consultas de pré-natal na referida instituição de Foz do Iguaçu-PR. Para análise, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. A maioria das mulheres com idade entre 20-34 anos (70,2%), eram primigestas (37,2%), submetidas a parto vaginal (67,2%), pelo sistema público de saúde (97,7%), com ≤ 6 consultas de pré-natal (61,8%), recém-nascidos com peso $\geq 2,5$ kg e Apgar ≥ 7 no 1º e 5º minutos. Verificou-se associação entre baixo número de consultas de pré-natal com Apgar < 7 no 1º minuto. Embora as mulheres relatem residir no Brasil, a maioria era brasiguiaia. Importante conhecer esse perfil visto que as parturientes residem no Paraguai, mas são assistidas no Brasil, podendo impactar nos indicadores de saúde na região.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde na Fronteira. Saúde da Criança. Saúde da Mulher. Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

PARTURIENTS AND THEIR NEWBORN PROFILE IN A BRAZILIAN TRIPLE BORDER MUNICIPALITY

ABSTRACT

The objective was to analyze the profile of pregnant women assisted in Centro Materno Infantil and their newborns in a triple border municipality. This was a quantitative, descriptive, retrospective study that analyzed 524 medical records of women hospitalized for delivery and with prenatal consultations at Foz do Iguaçu-PR. The chi-square test was used for analysis. Most women aged 20-34 years (70.2%), were primigravidae (37.2%), submitted to vaginal delivery (67.2%), through the public health system (97.7%), with ≤ 6 prenatal consultations (61.8%), newborns with weight ≥ 2.5 kg and Apgar ≥ 7 in the 1st and 5th minutes. There was an association between low number of prenatal visits with Apgar < 7 at the 1st minute. Although the women reported living in Brazil, most were Braziguiaian. It is important to know this profile since the parturient live in Paraguay, but are assisted in Brazil, which may impact on health indicators in the region.

KEYWORDS: Border Health. Child Health. Woman's Health. Health Services Research.

1 Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: leotriaca@hotmail.com

2 Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: jujulizeth@gmail.com

3 Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Docente na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: reisobrinho@unioeste.br

4 Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: zanem2010@hotmail.com

5 Doutora em Ciências pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: aazilly@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Brasileiros residentes no exterior buscam atenção à saúde em seu país natal, muitas vezes não cumprindo etapas de atendimento e/ou tratamento, e isto dificulta a gestão de recursos e a análise epidemiológica (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2019).

Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, é exemplo dessa realidade, por fazer parte de uma tríplice fronteira, junto a Cidade de Leste (Paraguai) e Porto Iguaçu (Argentina). Entre os desafios vivenciados por esta região, destaca-se a saúde das gestantes, principalmente de brasiguaias – denominação dada a indivíduos com cidadania brasileira que residem no Paraguai - que rotineiramente buscam atendimento para realização do acompanhamento pré-natal e parto (MELLO; VICTORA; GONÇALVEZ, 2015; FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2019).

Diante disso, foi criado no ano de 2007, o Centro Materno Infantil (CMI) com o intuito de presta serviço de acompanhamento pré-natal para gestantes brasileiras residentes no exterior (Argentina e Paraguai). Com o passar dos anos, essa demanda se desenhou quase que exclusivamente de gestantes brasiguaias e paraguaias, que buscam a assistência no momento do parto e para isso, utilizam o hospital do município, o qual é referência regional para gestação de alto risco (MELLO; VICTORA; GONÇALVEZ, 2015).

Para estudar esta população é importante considerar os fatores socioeconômicos e culturais, as condições da saúde reprodutiva da mulher e a qualidade da assistência prestada à gestante (WHO; 2015; BARBOSA *et al*, 2017). Nesse conjunto, o pré-natal tornou-se fundamental, pois consiste numa sequência sistematizada de ações, com realização de exames e consultas, que influenciam diretamente as condições de saúde materna e do recém-nascido (POLGLIANE *et al*, 2014; WHO, 2015).

Diante dessa perspectiva, a situação da gestante brasiguaias atendida no município de Foz do Iguaçu é preocupante, pois são muitos os desafios que essas mulheres enfrentam para a realização do pré-natal, dentre eles a distância, o custo, o meio de transporte, além da burocracia para retirada de documentos pessoais e obtenção do cartão Sistema Único de Saúde (SUS), via Consulado Geral do Brasil, requisito legal para o atendimento e realização do pré-natal no CMI. Atualmente esse fluxo é regulamentado pela Instrução Normativa 001/2020 que solicita documento de identificação com foto, cadastro de Pessoa Física e comprovante de endereço ou comprovante de vida e residência, expedidos pela polícia nacional do país que residem (FOZ DO IGUAÇU, 2020). Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar o perfil de parturientes assistidas no centro materno infantil e seus recém-nascidos em município de tríplice fronteira.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Quando uma mulher está grávida, traz consigo mudanças constantes e intensas e tem sua vida afetada em vários âmbitos, seja comportamental, físico ou psicológico (MARQUES *et al*, 2020).

A assistência pré-natal tem o objetivo de diminuir os índices de mortalidade materno-infantil. Para Silva e colaboradores (2016), a atenção obstétrica de qualidade ofertada pelos serviços de saúde constitui um papel importante na diminuição dos indicadores de mortalidade, desta forma, as instituições de saúde precisam de profissionais competentes de modo a aumentar o cuidado das mulheres e crianças.

A atenção pré-natal envolve ações de educação em saúde, identificação de riscos, prevenção e tratamento de complicações e agravos, o que exige planejamento e estruturação para assegurar acesso e continuidade do cuidado com efetiva integralidade da assistência, visando promover a saúde da mãe e da criança (CUNHA *et al*, 2019).

A taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) diminuiu nas últimas décadas no Brasil, com implemento de ações de combate à pobreza e ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), dentre outros fatores, sendo que os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 133, em 2019 (BRASIL, 2021).

Várias iniciativas foram desenvolvidas para reduzir a morbimortalidade infantil, dentre elas, a Política de Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil – denominada Rede Cegonha e atualmente substituída pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), sendo que especificamente no Paraná, no ano 2012, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) implantou a Rede Mãe Paranaense (RMP) (PARANÁ, 2012; BRASIL, 2020; BRASIL, 2022).

A RMP nasceu da experiência do programa Mãe Curitibana, cujo principal objetivo foi humanizar o atendimento, aumentar a segurança e melhorar a qualidade do atendimento às gestantes e crianças. Cabe destacar que esta rede de cuidados traz conjunto de ações que se inicia como a captação precoce da gestante, garantir o acompanhamento durante todo o pré-natal, a realização de exames e estratificação de risco das gestantes e crianças, dentre outras ações (BENDER *et al*, 2021). De acordo com Santos *et al* (2022), a partir da implantação da RMP, observou-se redução da taxa de mortalidade infantil no Estado.

3. METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e documental, desenvolvido num hospital de referência para gestantes de Foz do Iguaçu, Paraná, cidade de fronteira entre Brasil, Paraguai e

Argentina. Os dados secundários foram coletados nos arquivos do hospital referência para atendimentos obstétricos do município e região, no primeiro semestre de 2017, por meio de prontuários eletrônicos e livros de registros do Centro de Atendimento à Gestante.

A população compreendeu os prontuários e registros de 524 mulheres que passaram pelo processo de parto na referida instituição hospitalar entre janeiro de 2010 a dezembro de 2016 e que realizaram alguma consulta pré-natal no CMI de Foz do Iguaçu, no entanto a amostra foi de 529 crianças, considerando que 10 eram gemelares.

Os critérios de inclusão foram: gestantes submetidas a partos cirúrgicos e vaginais; ser brasiguiaia ou de nacionalidade paraguaia; e que realizaram o pré-natal no CMI de Foz do Iguaçu-Paraná, esse local é referência para a gestante brasiguiaia e paraguaia no município, além de atender gestantes brasileiras que buscam espontaneamente pelo serviço. Excluíram-se as gestantes que evoluíram para aborto e ou óbito fetal.

Os dados a seguir identificados foram coletados nos prontuários eletrônicos e livros de registros do hospital, para obtenção das informações sobre o perfil sociodemográfico (idade materna, nacionalidade, convênio/plano de saúde) e perfil gestacional e obstétrico (número de gestações, cesáreas anteriores, número de consultas pré-natal, apresentação e tipo de parto). Dados relacionados ao perfil do recém-nascido também foram coletados por meio das variáveis de nascimento e desfecho: sexo, peso, idade gestacional, Apgar 1º e 5º minuto, destino do recém-nascido após o nascimento.

A inserção no pré-natal foi classificada de acordo com o número de consultas em: pré-natal ausente (quando a gestante não realizou nenhuma consulta); pré-natal inadequado ou precário (quando realizou de uma a três consultas); pré-natal regular ou intermediário (quando realizou de quatro a seis consultas); e pré-natal adequado (quando a mulher compareceu a mais de seis consultas) (BRASIL, 1988). As parturientes foram classificadas em brasiguaias (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2019; MELLO; VICTORIA; GONÇALVEZ, 2015) e paraguaias, independentemente da idade.

O recém-nascido foi classificado quanto a idade gestacional em: prematuro (até 36 semanas); termo (≥ 37 semanas e ≤ 41 semanas) e pós-termo (≥ 42 semanas) (WHO, 1961). O peso do recém-nascido foi classificado em: baixo peso (peso inferior a 2,5 kg); peso insuficiente (peso entre 2,5-2,9 kg); peso adequado (peso entre 3,0-3,9 kg); excesso de peso ou macrosomia (4,0 kg ou mais) (WHO, 1995). O Índice de Apgar de 1º e 5º minuto foram classificados como < 7 e ≥ 7 . O parto foi classificado como cirúrgico ou vaginal. O destino identificado foi Alojamento Conjunto, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Cuidado Intensivo (UCI) ou óbito.

Aplicou-se, para cada variável, o teste Qui-Quadrado para k proporções, considerando que as pressuposições do teste fossem atendidas. O objetivo foi avaliar se as proporções observadas em cada

categoria mostram ou não diferenças significativas e as seguintes hipóteses foram testadas ao nível de 5% de significância: H0: as proporções são iguais; H1: Ao menos uma proporção difere das demais.

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

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos com parecer de aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE nº 2.009.310/2017).

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Do total de 524 mulheres, verificou-se que a frequência de parturientes que utilizaram convênio público de saúde foi de 512 (97,7%), 400 (76,3%) brasileiras referiram residir no Brasil e 63 (12,1%) no Paraguai, enquanto que 61 (11,6%) eram de nacionalidade paraguaia.

Com relação a história obstétrica, considerando a gestação e o parto atual, constatou-se que 195 (37,2%) eram primigestas, 419 (80%) não foram submetidas a partos cirúrgicos anteriores. Com relação ao número de consultas pré-natal, 231 (44,1%) das parturientes realizaram 4 a 6 consultas e 93 (17,7%) entre 1 a 3 consultas. Observou-se entre os nascimentos 352 (67,2%) casos de parto normal (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico, gestacional e obstétrico das parturientes atendidas no Centro Materno Infantil, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017

Variável	N	(%)	p*
<i>Convênio</i>			
Público	512	(97,7)	<0,001
Privado	12	(2,3)	
<i>Nacionalidade/residência</i>			
Brasileiras/no Brasil	400	(76,3)	<0,001
Brasiguaias/no Paraguai	63	(12,1)	
Paraguaia/no Paraguai	61	(11,6)	
<i>Idade materna</i>			
≤ 19	94	(17,9)	<0,001
20 a 34	368	(70,2)	
≥ 35	62	(11,9)	
<i>Nº de gestações</i>			
1ª	195	(37,2)	0,018
2ª	152	(29,0)	

$\geq 3^a$	177	(33,8)	
<i>Cesáreas anteriores</i>			
Nenhum	419	(80,0)	<0,001
1º	75	(14,3)	
$\geq 2^\circ$	30	(5,7)	
<i>Nº de consultas</i>			
1 a 3	93	(17,7)	<0,001
4 a 6	231	(44,1)	
≥ 7	192	(36,6)	
Falhas de registros ou dados ausentes	8	(1,6)	
<i>Tipo de parto</i>			
Vaginal	352	(67,2)	<0,001
Cirúrgico	168	(32,1)	
Falhas de registros ou dados ausentes	4	(0,7)	

Fonte: os autores.

* Valor de significância do teste do Qui-Quadrado para k proporções.

Verificou-se que 266 (50,3%) dos recém-nascidos eram do sexo feminino, 497 (93,9%) com peso igual ou superior a 2,5 kg, 487 (92,1%) com idade gestacional entre 37 a 41 semanas (a termo). Com respeito ao Índice de Apgar (≥ 7) no 1º minuto observou-se 500 (94,5%) nascimentos e no 5º minuto de vida observou-se 520 (98,3%) casos.

Quanto ao destino, observou-se que 509 (96,2%) dos recém-nascidos foram encaminhados ao alojamento conjunto, conforme apresenta a Tabela 2.

Tabela 2 – Condições de saúde dos recém-nascidos de mães que realizaram pré-natal no Centro Materno Infantil, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017

Variável	N	(%)	p*
<i>Sexo</i>			
Feminino	266	(50,3)	0,854
Masculino	263	(49,7)	
<i>Peso (Kg)</i>			
< 2,5	32	(6,1)	<0,001
$\geq 2,5$	497	(93,9)	
<i>Idade gestacional</i>			
Prematuro	40	(7,5)	<0,001
Termo	487	(92,1)	
Pós-termo	1	(0,2)	
Falhas de registros ou dados ausentes	1	(0,2)	
<i>Apgar 1º</i>			
< 7	29	(5,5)	<0,001
≥ 7	500	(94,5)	
<i>Apgar 5º</i>			
< 7	9	(1,7)	<0,001
≥ 7	520	(98,3)	
<i>Destino</i>			
Alojamento Conjunto	509	(96,2)	<0,001
UCI	3	(0,6)	
UTI	12	(2,3)	
Óbito	4	(0,9)	

Fonte: os autores.

*Valor de significância do teste do Qui-Quadrado para k proporções.

Foi realizada a avaliação da associação do perfil de condições do recém-nascido em função do número de consultas da parturiente.

A Tabela 3 apresenta as condições dos recém-nascidos e sua relação com as consultas realizadas pelas mães.

Tabela 3 – Relação entre perfil de condições dos recém-nascidos e número de consultas das parturientes, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017

Variável	1 a 3 consultas		4 a 6 consultas		≥7 consultas		p*
	n	(%)	N	(%)	n	(%)	
<i>Peso (Kg)</i>							
< 2,5	10	(10,6)	15	(6,4)	7	(3,6)	0,064
≥2,5	84	(89,4)	218	(93,6)	187	(96,4)	
<i>Idade gestacional</i>							
Prematuro	12	(12,8)	21	(9,0)	7	(3,6)	0,027
Termo	82	(87,2)	210	(90,1)	187	(96,4)	
Pós-termo	-	-	1	(0,4)	-	-	
Falhas de registros ou dados ausentes	-	-	1	(0,4)	-	-	
<i>Apgar 1º</i>							
< 7	11	(11,7)	8	(3,4)	10	(5,2)	0,012
≥ 7	83	(88,3)	225	(96,6)	184	(94,8)	
<i>Apgar 5º</i>							
< 7	3	(3,2)	4	(1,7)	2	(1,0)	0,507
≥ 7	91	(96,8)	229	(98,3)	192	(99,0)	
<i>Destino</i>							
Alojamento Conjunto	88	(93,6)	224	(96,1)	189	(97,4)	0,602
Cuidado Intermediário	-	-	2	(0,9)	1	(0,5)	
Cuidado Intensivo	4	(4,3)	5	(2,1)	3	(1,5)	
Óbito	2	(2,1)	2	(0,9)	1	(0,5)	

Fonte: os autores.

*Valor de significância do teste de Qui-Quadrado para Independência e o procedimento Permutacional de Monte Carlo em situações de não cumprimento dos pressupostos do teste. Em casos de significância estatística no teste de Qui-Quadrado, foi aplicado o teste de acompanhamento de Resíduos Ajustados (=5%).

Com respeito às características das parturientes, os dados apresentados mostram uma maioria de mulheres entre 20 e 34 anos de idade, ou seja, uma faixa etária ideal para gestar, segundo o Ministério da Saúde (2012). Aponta-se que ao se referir a idade materna e os possíveis riscos para o recém-nascido, destaca-se que existem duas idades limítrofes para uma gestação ser considerada de alto risco, inferior a 20 anos e superior a 35 anos (ALVES *et al*, 2015).

Estudo realizado na Índia demonstrou que, embora essa faixa etária não seja considerada de risco, há de ressaltar as condições médicas anteriores de cada gestante, pois entre as pacientes incluídas no estudo com fator de risco gestacional, 43,6% estava na faixa etária entre 30 a 35 anos (SHAPLA *et al*, 2018).

Em relação ao número de gestações, constatou-se que 37,2% eram primigestas, e estes números nos alertam para os riscos que estão relacionados à primeira gestação. Outros autores realizaram um

estudo para identificar o perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em Maceió, Brasil, verificou que a prematuridade teve uma chance 17 vezes maior de ocorrer em pacientes primigestas na faixa etária de 20-30 anos e que evoluíram para parto vaginal. Quando os autores analisaram a proporção de pré-eclâmpsia e eclâmpsia por número de gestações, os resultados foram ainda mais alarmantes, dos 97 casos registrados, 72,2% eram primigestas (SANTOS *et al*, 2018).

O parto cirúrgico prévio, presente para 20% das parturientes deste estudo, aumenta consideravelmente o risco de algumas complicações nas gestações subsequentes. Um estudo mostrou que 100,0% das pacientes que possuíam placenta prévia associada ao acretismo placentário, possuíam em seu histórico obstétrico ao menos um parto cirúrgico (LIMA *et al*, 2015). A cesárea prévia está fortemente associada ao desfecho parto cesárea, aumentando proporcionalmente o risco de acordo com o número de cesáreas realizadas anteriormente (ALMEIDA *et al*, 2014).

Ressalta-se que o parto cirúrgico tem apresentado maior prevalência em países da América Latina, especialmente em regiões de fronteira (McDONALD *et al*, 2015). Embora tenha se verificado resultados favoráveis no presente estudo, 67,2%, a taxa de parto vaginal realizada ainda está abaixo do estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, que recomenda uma taxa entre 85 a 90,0% (OMS, 2015).

O número de gestantes que realizaram de 1 a 3 consultas de pré-natal, considerado inadequado, foi outro fator preocupante. As consultas de pré-natal, em termos de quantidade e qualidade, têm sido relacionadas à recém-nascidos que apresentaram maior risco de intercorrências e óbitos perinatais (JACINTO; AQUINO; MOTA, 2013).

Considerando que o baixo peso e a prematuridade são fatores de risco e estão amplamente relacionados à mortalidade infantil, observou-se nesse cenário que os resultados foram positivos. Talvez esse resultado ocorra em função da faixa etária materna, pois as pesquisas têm apontado uma maior relação da prematuridade e baixo peso entre adolescentes precoces, contudo, essa relação não foi analisada nessa pesquisa. Ademais, por se tratar de um grupo vulnerável, além da idade é importante considerar a multiplicidade de outros fatores, sejam clínicos, ambientais ou comportamentais que integram o processo gestacional (SANTOS *et al*, 2015).

Em relação ao índice de Apgar, os resultados mostraram que os recém-nascidos que apresentaram Apgar inferior a 7 no 1º (5,5%) e 5º (1,7%) minutos de vida não foram significantes. Isso revela que apenas um baixo percentual (1,7%) não conseguiu se recuperar no 5º minuto de vida, embora 5,5% apresentaram resultados insatisfatórios no 1º minuto. Tais resultados corroboram os dados de um estudo internacional, o qual demonstrou índice de Apgar no 1º minuto inferior a 7 em 8,6% dos nascimentos (SHAPLA *et al*, 2015).

Os dados referentes ao índice de Apgar seguem a mesma perspectiva da prematuridade e baixo peso. Embora apresentem-se de forma baixa, recém-nascidos com um índice insatisfatório no 5º minuto de vida, necessitam de um atendimento com maior nível de complexidade, com a participação de recursos humanos capacitados e equipamentos tecnológicos, considerando o risco de complicações (DEMITTO *et al*, 2017).

Também foi possível verificar que as mulheres que realizaram 7 consultas ou mais de pré-natal, tiveram maior ocorrência de crianças nascidas a termo, enquanto os prematuros foram significativamente mais frequentes entre as mulheres que realizaram 6 consultas ou menos.

Estes dados estão em consonância com a pesquisa realizada em Porto Alegre, Brasil, a qual verificou que o seguimento pré-natal realizado de forma inadequada poderá potencializar o nascimento prematuro. Quando comparado com o recém-nascido a termo, é preciso cuidar para não realizar conclusões indevidas, visto que para nascimentos a termo, a gestante teve mais tempo de realizar mais consultas em comparação ao prematuro, pois o parto aconteceu com idade gestacional mais avançada (OLIVEIRA *et al*, 2016).

Joseph *et al* (2014), no Canadá, apontaram que é preciso considerar que as baixas condições socioeconômicas influenciam no nascimento prematuro, pois essa população encontrava-se menos assistida em termos de acesso e manutenção à saúde, refletindo a inadequação do seguimento pré-natal.

Quanto ao valor de Apgar no 1º minuto, foi possível identificar que crianças recém-nascidas com Apgar menor que 7 foram significativamente mais frequentes entre as parturientes que realizaram entre 1 a 3 consultas. A relação o índice de Apgar no 1º minuto com o número de consultas pré-natal, pois, já é de conhecimento que os índices de Apgar inferiores a 7 são influenciados pela prematuridade (OLIVEIRA *et al*, 2016).

Embora tenha se verificado que as parturientes e recém-nascidos apresentaram condições favoráveis de nascimento, os resultados permitiram reconhecer a necessidade de maiores investimentos em ações específicas para essas mulheres, mais precisamente para a realização do pré-natal adequado, considerando a vulnerabilidade de regiões de fronteira, em que os serviços possam ser estruturados com pré-natal, parto e pós parto de qualidade, visto que a morbimortalidade infantil é um problema em nosso país (MARTINS *et al*, 2014).

Neste prisma, torna-se importante discutir outro ponto da presente pesquisa, a assistência à saúde de pessoas não residentes no país. O fluxo de brasiguaios que veem ao Brasil em busca de atendimento gratuito de saúde, refletindo diretamente na gestão financeira do SUS, já é conhecido pelos gestores brasileiros (MELLO; VICTORIA; GONÇALVEZ, 2015; FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2019).

Com relação a nacionalidade, pressupõe-se que os dados não representam o cenário dessas gestantes no município de Foz do Iguaçu. Os diagnósticos realizados na localidade sustentam essa discussão, pois destacaram que a utilização do CMI, desde sua criação, é quase que exclusiva de gestantes brasileiras, oriundas do Paraguai (as chamadas brasiguaias) (MELLO; VICTORIA; GONÇÁLVEZ, 2015; AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Quando o resultado aponta que 76,3% de parturientes brasileiras (declararam ser moradoras do Brasil), na realidade, acredita-se que esse percentual mascara uma maioria de gestantes brasiguaias, que por inúmeros motivos indicaram na internação para o parto serem moradoras no Brasil (apenas a minoria assumiu ser paraguaia ou brasiguiaia). Essa prática é comum em regiões de fronteira e as pessoas chegam a utilizar endereços inverídicos para garantir o direito a saúde, por medo de não conseguirem atendimento no lado brasileiro da fronteira, mesmo sendo um direito delas (AIKES; RIZZOTTO, 2018).

Tal fato tem repercussão direta nos dados epidemiológicos do município, que utilizam para fins de cálculo a população fixa, superestimando os índices encontrados. Essa situação reflete negativamente no planejamento e na qualidade dos serviços de saúde, sendo necessário para esses municípios, desenvolver estratégias específicas que visem o contingente populacional urbano residente no país vizinho (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2019). Do mesmo modo, em regiões fronteiriças com países desenvolvidos como Estados Unidos, tais aspectos também tem mostrado repercussões negativas na atenção ao pré-natal (McDONALD *et al*, 2015).

Os dados acerca da assistência pré-natal permitem realizar amplas discussões, contudo, por se tratar de região de fronteira, é importante dar ênfase à busca tardia pelos serviços de saúde. As consequências da busca tardia são graves para o sistema público de saúde do município, principalmente para o CMI, onde a desinformação e a idade gestacional avançada para o início do acompanhamento pré-natal são comprometedores e colocam em risco a saúde da mãe e do recém-nascido.

Ainda, nos cenários de fronteira internacional, o cuidado com a gestante deve considerar aspectos étnicos, raciais, sociais, culturais, espirituais, econômicos e sexuais da mulher, seja ela brasileira ou brasiguiaia (CALDEIRA; LUZ, 2022).

Portanto, conhecer o perfil destas gestações bem como o desfecho das mesmas, por mais que elas se declarem brasileiras e residentes no país, contribui para organização de políticas públicas para essas mulheres, além de apresentar um panorama sobre o acesso ao sistema de saúde brasileiro, o que pode influenciar diretamente na gestão dos recursos destinados a saúde materno-infantil, sendo essa, uma realidade de conhecimento dos gestores dos municípios brasileiros, sabendo que o fluxo de

brasiguaios que retornam ao Brasil, geralmente acontece pela necessidade de buscar atendimento gratuito de saúde, refletindo diretamente na gestão financeira do SUS (GIOVANELLA *et al*, 2007).

Como limitação, esse estudo retrata apenas as mulheres que procuraram pelo CMI para realização do pré-natal e encaminhamento ao parto, mas devido ao receio de não receber assistência, muitas indicaram endereços de familiares e conhecidos para assegurar o acesso à saúde, declarando residir no Brasil na abertura do pré-natal, e tal fato, pode mascarar o número real de brasiguaias e paraguaias atendidas no município no período em estudo. Além disso, existem situações que gestantes residentes no Paraguai que omitiram seus endereços, buscam realizar as consultas de pré-natal em outras Unidades Básicas de Saúde do município, ou então, procuram diretamente pela instituição hospitalar para a realização do parto, sem qualquer consulta prévia de seguimento pré-natal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Oficialmente, a maioria das parturientes declararam ser residentes no Brasil (embora há chances de terem omitido seu verdadeiro local de residência por receio de perder o atendimento), primigestas, utilizam o sistema público de saúde, tem idade de 20 a 34 anos e realizaram seis ou menos consultas de pré-natal. Seus recém-nascidos foram a termo, com peso superior a 2,5 kg e em boas condições de nascimento.

Esse estudo proporcionou uma discussão de dois pontos importantes para área da saúde, o primeiro se refere às características específicas de gestantes atendidas no CMI que realizam o acompanhamento pré-natal de mulheres não residentes no Brasil, e o segundo se refere a problemática entre países fronteiriços no que tange a assistência à saúde das pessoas, como é caso do Brasil e o Paraguai.

A proximidade das cidades com os países vizinhos possibilita viver e conviver com uma realidade específica e socialmente arquitetada pelas distintas culturas que ali habitam e juntamente com a influência de agravos da fronteira com especificidades que demandam envolvimento entre os países.

Diante da lógica institucional, que se inibe frente aos direitos garantidos pela carta magna brasileira para todo e qualquer cidadão brasileiro e também as brasiguaias, resta aos fronteiriços percorrerem as redes de saúde, peregrinando e construindo caminhos e suas próprias trajetórias para alcançar o tão almejado cuidado em saúde.

Se de um lado as leis são formalizadas, na contramão do instituído a realidade é diferente, o que acarreta dois problemas para o município e para os usuários, o primeiro envolve a impossibilidade

da comprovação de uma série histórica dos atendimentos a essa população e o segundo problema está no fato dos usuários acreditarem que estão recebendo um atendimento que não lhes é de direito.

REFERÊNCIAS

- AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 34, n. 8, e00182117, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00182117>>. Acesso em: 20 nov 2022.
- ALMEIDA, D. *et al* Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos. **Nascer Crescer**, v. 23, n. 3, p. 134-39, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n3/v23n3a03.pdf>. Acesso em: 8 jun 2018.
- ALVES, T. L. *et al* Fatores associados ao recém-nascido pequeno para a idade gestacional: uma revisão. **Nutrire**, v. 40, n. 3, p. 376-82, 2015. Disponível em: http://sban.cloudpaine.com.br/files/revistas_publicacoes/485.pdf. Acesso em: 10 jun 2019.
- AMORIM, T. S. *et al* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery** [online], v. 26, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0300>>. Acesso em: 7 Novembro 2022
- BARBOSA, E. M. *et al* Socio-demographic and obstetric profile of pregnant women in a public hospital. **Rev Rene**, v. 18, n. 2, p. 227-33, 2017. Disponível: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/19255/29972>. Acesso: 15 jun 2018.
- BENDER, T.A; ZILLY, A; FERREIRA, H; FERRARI, R.A.P; FRANÇA, A.F.O; SILVA, R.M.M. Rede Mãe Paranaense: análise da estratificação do risco gestacional em três regionais de saúde em 2017-2018. **Saúde e debate**, v. 45, n. 129, p. 340-353, 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal Manual Técnico**. 2ª ed. Brasília. Divisão de Saúde Materno Infantil, Secretaria Nacional de Programas Especiais. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 1988. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso: 18 abr 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal Manual Técnico**. BRASIL, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em: 14 de mar de 2022
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico 37**. Secretaria de vigilância em saúde, Brasília, v. 52, out 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em: 02 jun 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. Para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). In: **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 abr. 2022. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2022/04/portaria715.pdf>. Acesso em: 08 jun 2022.

CALDEIRA, S.; LUZ, L. D. P. Cuidado à mulher no ciclo gravídico e puerperal em região de fronteira internacional. In: ZILLY, A; SILVA, R. M. M. **Saúde pública na região da fronteira Brasil-Paraguai-Argentina**. São Carlos: João e Pedro Editores, 2022, p. 253-265.

CUNHA, A. C. *et al* Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 19, n. 2, p. 459-470 abr./jun., 2019.

DEMITTO, M. O. *et al* High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, e03208, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016127103208>. Acesso em: 11 jul 2019.

FERREIRA, C. M. P. G; MARIANI, M. A. P; BRATICEVIC, S. I. The multiple borders in the health care provided to for eigners in Corumbá, Brazil. **Saúde Soc**, v. 24, n. 4, p. 1137-50, 2015. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015137475>. Acesso em: 30 jan 2020.

FOZ DO IGUAÇU. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 001/2020 – SMSA. Diário Oficial Nº 3.888 de 22 de jun de 2020 pg14-20. Disponível em: www.pmf.pr.gov.br. Acesso em 08 ago 2022.

GIOVANELLA, L. *et al* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, (supl.2), p. 251-66, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>. Acesso em: 12 jun 2020.

HASS, C. N; TEIXEIRA, L. B; BEGHETTO, M. G. Adequacy of prenatal care in a family health strategy program from Porto Alegre-RS. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 3, p. 22-30, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300003>. Acesso em: 10 jun 2018. http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/17450/1/2015_art_erlima.pdf. Acesso em: 8 abr. 2021.

JACINTO, E; AQUINO, E. M. L.; MOTA, E. L. A. Perinatal mortality in the municipality of Salvador, Northeastern Brazil: evolution from 2000 to 2009. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 846-53, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004528>. Acesso em: 18 jun 2019.

JOSEPH, K.S. *et al* Effects of socioeconomic position and clinical risk factors on spontaneous and iatrogenic preterm birth. **BMC Pregnancy Child birth**, v. 14, n. 117, p. 1-9, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-117>. Acesso em: 2 jun 2019.

LIMA, E. R. *et al* Resultados maternos e perinatais em gestações com placenta prévia com e sem acretismo em maternidade terciária. **Rev Med UFC**, v. 55, n. 1, p. 18-24, 2015.

MARQUES, R. *et al* Atendimento pré-natal na Atenção Primária à Saúde durante o período de pandemia da COVID-19. **Rev. Bra. Edu. Saúde**, v. 10, n. 4, p. 83-87, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/354139843_Atendimento_pre-natal_na_Atencao_Primaria_a_Saude_durante_o_periodo_de_pandemia_da_COVID-19. Acesso em: 25 set 2022.

MARTINS, C. B. G. *et al* Perfil de Morbimortalidade de Recém-Nascidos de Risco. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 1, p. 109-15, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/35966/22175>. Acesso em: 13 jun 2019.

McDONALD, J. *et al* Cesarean birth in the border region: a descriptive analysis based on US Hispanic and Mexican. **Matern Child Health J**, v. 19, n. 1, p. 112-20, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-014-1501-4>. Acesso em: 11 jun 2019.

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. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2135-45, 2015. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>. Acesso: 10 jun 2019.

NOGUEIRA, L. D. P; OLIVEIRA, G. S. Qualified prenatal care: the nurse's tasks – a bibliographic survey. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 6, n. 1, p. 102-13, 2017. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1538/pdf>. Acesso em: 21 ago 2019.

OLIVEIRA, L. L. *et al* Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 3, p. 382-89, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002>. Acesso em: 7 jun 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. OMS: Geneva, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 2 jun 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. Paraná: Sesa, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf. Acesso em: 12 de mar 2022

POLGLIANE, R. B. S. *et al* Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>. Acesso: 10 jun 2020.

SANTOS, J. O. *et al* The obstetrical and newborn profile of postpartum women in maternities in São Paulo. **J Res: Fundam Care**, v. 7, n. 1, p. 1936-45, 2015. Disponível: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1936-1945>. Acesso: 11 jun 2022.

SANTOS, D. R; VIERA, C. S; GUIMARÃES, A. T. B; TOSO, B. R. G. O; FERRARI, R. A. P. Avaliação da eficácia do Programa Rede Mãe Paranaense. **Saúde e debate**, v. 44, n. 124, p. 70-85, 2020. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/XL9sbNnjNbK9Gmvfj6bQJ6L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 jun 2022.

SHAPLA, N. R. *et al* Maternal and foetal outcome of 206 high risk pregnancy cases in border guard hospital, dhaka. **Mymensingh Med J**, vol 24, n. 2, p. 366-72, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26007267>. Acesso em: 11 jun 2022.

SILVA, C. S. *et al* (2016). Atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal: limites e potencialidades. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 4087-4098, 2016.

VIELLAS, E. F. *et al* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 30 (Sup), p. 85-100, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 30 jul 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. (Who - Technical Reports Series, 854). Geneva, 1995, p. 463.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Public health aspects of low birth weight. Report Geneva; (Who - Technical Reports Series, 217), Geneva, 1961, p. 16.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by Who, Unicef, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2015, p. 92.