

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**



DISSERTAÇÃO

**SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA DA CLIENTELA DO
CENTRO MATERNO INFANTIL DE FOZ DO IGUAÇU**

FABIO DE MELLO

PELOTAS, 2013

FABIO DE MELLO

**SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA DA CLIENTELA DO
CENTRO MATERNO INFANTIL DE FOZ DO IGUAÇU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências (Saúde Pública baseada em Evidências).

Orientador: Cesar Gomes Victora

Coorientadora: Helen Gonçalves

PELOTAS, 2013

BANCA EXAMINADORA

Cesar Gomes Victora – Doutor em Epidemiologia

Helen Gonçalves – Doutora em Antropologia Social

Iná da Silva dos Santos – Doutora em Ciências Médicas

María Clara Restrepo Méndez – Doutora em Epidemiologia

*Se não houver fruto,
valeu a beleza da flor;
se não houver flor,
valeu a sombra da folha;
se não houver folha,
valeu a intenção da semente...*

Autor desconhecido

Para

Minha Família, pela compreensão;

Meus Mestres, pelo conhecimento;

Meus Amigos, pela articulação;

Meus Colegas, pela determinação;

Meu Público alvo, pela confiança.

Agradecimentos à

Cesar Victora

Helen Gonçalves

Iná Santos

María Clara R. Méndez

Ana Lima

Lisete Palma

Rosemery da Rosa

Chico Brasileiro

Nancy Françoso

Antônio Roberto Fava

Rosecler Nery

Vanessa Viaceri

Rachel Silveira

Irmã Terezinha

Licenciada Carmen

Resumo

Mello, Fabio de. **Saúde nas fronteiras: Análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu**. 2013. 62f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A saúde na fronteira é uma das áreas da Saúde Pública que impactam na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O MERCOSUL, apesar do intento de alinhar a circulação de pessoas, serviços e bens de consumo entre os países sul-americanos, não prevê nenhuma articulação para resolução das situações adversas de saúde. O governo do Brasil, na tentativa de racionalizar a oferta de serviço de saúde e otimizar a infraestrutura instalada para cobertura dos brasileiros que moram no exterior em zona de fronteira, criou em 2006 o SIS-Fronteiras. Foz do Iguaçu participa desse sistema e instalou o Centro Materno Infantil (CMI) com intuito de atender as gestantes brasileiras oriundas da tríplice fronteira. Essa população flutuante é o tema principal do presente trabalho. Objetivando analisar as características do serviço de saúde oferecido pelo CMI e comparar o perfil das usuárias gestantes brasileiras moradoras do Paraguai com as gestantes residentes no Brasil, foram utilizadas abordagens quantitativa e qualitativa em distintas fases do estudo. Estas estão divididas em três componentes: revisão da literatura e documentação referentes à saúde na fronteira; análise dos dados das gestantes do CMI e do SINASC de Foz do Iguaçu; e entrevistas semiestruturadas com gestantes e informantes-chave brasileiros e paraguaios. Os principais achados deste estudo podem ser assim resumidos. O CMI é de fato utilizado pelas gestantes brasileiras que vivem no Paraguai. Seu comportamento frente ao processo de pré-natal, parto e puerpério depende de fatores relacionados à distância e aos gastos com o deslocamento para a utilização do serviço brasileiro. A falta de conhecimento sobre o acesso aos serviços de referência materno-infantil e sobre os direitos e deveres de gestantes, profissionais e gestores de saúde dentro do SUS também são nítidos e preocupantes, e envolvem todos esses atores. Os presentes achados podem contribuir para a proposição de ações efetivas como modelo estrutural em relação à saúde materno-infantil nas zonas de fronteira do Brasil com o MERCOSUL.

Palavras-chave: Saúde na fronteira; Saúde Materno-Infantil; MERCOSUL; Pré-natal; Sistema Único de Saúde; SIS-Fronteiras.

Lista de Figuras

Figura 1	Locais de procedência declarados pelas gestantes do CMI na primeira consulta de pré-natal. Dados CMI, 2006-12.....	27
Figura 2	Número de gestantes por grupo e ano de início de pré-natal. Dados do CMI, 2006-12.....	30

Lista de Tabelas

Tabela 1	Análise descritiva das variáveis quantitativas. Dados do CMI, 2006-12.....	28
Tabela 2	Média das variáveis dependentes quantitativas conforme os grupos de gestantes. Dados do CMI, 2006-12.....	28
Tabela 3	Média das variáveis quantitativas conforme o ano da primeira consulta de pré-natal. Dados do CMI, 2006-12.....	30
Tabela 4	Parturientes por país de residência. Dados do SINASC, 2006-12.....	31
Tabela 5	Distribuição das gestantes por local de residência declarado no hospital de referência de Foz do Iguaçu, por ocasião do parto. Dados do SINASC, 2006-12.....	31
Tabela 6	Análise descritiva das variáveis quantitativas. Dados do SINASC, 2006-12.....	32
Tabela 7	Média das variáveis dependentes quantitativas conforme os grupos de gestantes. Dados do SINASC, 2006-12.....	32
Tabela 8	Percentual das variáveis categóricas conforme os grupos de gestantes. Dados do SINASC, 2006-12.....	33
Tabela 9	Resumo dos principais resultados nos cinco grupos de gestantes.....	47

Lista de Abreviaturas

CMI – Centro Materno Infantil

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

PDFF – Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira

RN – Recém Nascido

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIS-Fronteiras – Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

Introdução.....	12
1. Saúde nas fronteiras do Brasil.....	15
2. Metodologia.....	17
2.1 Revisão da literatura e documentação.....	17
2.2 Subestudo quantitativo.....	17
2.3 Subestudo qualitativo.....	19
3. Resultados.....	21
3.1 Revisão da literatura e documentação.....	21
3.1.1 Aspectos históricos de Foz do Iguaçu.....	21
3.1.2 Serviços de saúde na região de Foz do Iguaçu.....	22
3.2 Subestudo quantitativo.....	25
3.2.1 Análise do banco de dados do CMI.....	26
3.2.2 Análise do banco de dados do SINASC.....	31
3.3 Subestudo qualitativo.....	34
4. Discussão e Considerações finais.....	43
5. Recomendações.....	48
Referências.....	50
Apêndices.....	52
Anexos.....	57

Introdução

Mesmo com todos os esforços do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), que inclui Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai e Venezuela, em regulamentar a livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital na zona de fronteira, o sistema de atenção à saúde adotado por cada país impede a consolidação da organização de uma rede para a saúde na fronteira.

A zona de fronteira aponta para um ambiente de fluxos e interações transfronteiriços que excedem aos limites demográficos e territoriais, sendo que a saúde nessas regiões sofre com a mobilidade populacional que incrementa os riscos de doenças emergentes, principalmente entre os grupos mais vulneráveis. As diferentes características das políticas de saúde nessas zonas, tanto em estrutura física e recursos humanos, como em termos de tecnologia e aporte financeiro, acabam ainda por intensificar as brechas sanitárias e epidemiológicas entre os países.

O governo federal brasileiro na tentativa de amenizar essas inequidades implantou em 2006 o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras). Este sistema tem o intuito de promover a melhoria da qualidade de vida ao racionalizar a oferta de serviços de saúde, otimizando a infraestrutura instalada em seu espaço de cobertura, para sua utilização pelos brasileiros que moram no exterior em zona de fronteira.

Foz do Iguaçu, cidade da tríplice fronteira – Brasil, Paraguai e Argentina - participa deste sistema, a partir de um diagnóstico local, reconheceu as necessidades de atendimento em saúde aos brasileiros residentes no exterior, principalmente no Paraguai, onde não têm direito ao acesso no sistema de saúde local. Uma das principais inquietudes é em relação às gestantes *brasiguaias* – que sem local para fazer o pré-natal – buscam assistência de saúde na cidade de Foz do Iguaçu somente para a realização do parto, já que este atendimento não pode ser negado no hospital brasileiro. Infelizmente, o acesso tardio não garante a qualidade da assistência à saúde da mãe e do bebê. Por este motivo, criou-se em Foz do Iguaçu, o Centro Materno Infantil (CMI), com recursos do SIS-Fronteiras, para atendimento de livre acesso ao pré-natal das gestantes *brasiguaias*.

A presente dissertação se justifica pelas seguintes constatações:

- A saúde é um direito constitucional no Brasil ¹ e o sistema de saúde brasileiro garante atenção gratuita a todos os seus cidadãos ²;

- Nos municípios de fronteira, assegurar este direito é complexo: muitos brasileiros residentes no exterior buscam atendimento de saúde no Brasil ³, e não raro descumprem ou descontinuam todas as etapas do atendimento e/ou tratamento;

- Em municípios fronteiriços, os serviços de saúde oferecidos assumem uma importante dimensão no cotidiano dos sujeitos que ali residem e transitam, na medida em que podem facilitar ou limitar o acesso destes usuários, em função de seu local de residência, contribuindo ou impedindo a garantia de direitos à saúde ⁴;

- Há fortes evidências empíricas de que os serviços de saúde localizados em cidades fronteiriças no Brasil são amplamente utilizados por clientela brasileira que reside nos países vizinhos;

- Há falta de dados sobre a magnitude desta utilização e como a mesma pode afetar o desempenho das unidades de saúde locais;

- Também inexistem dados sobre a clientela brasileira residente no exterior que faz uso destes serviços, em termos de suas características socioeconômicas, local de residência, motivo para utilização do serviço e condições de saúde;

- O CMI foi criado para atender gestantes brasileiras que residem no exterior, na faixa de fronteira Argentina/Brasil/Paraguai, mas não obstante seus dados nunca foram analisados para caracterizar a saúde das usuárias durante a gestação e o parto.

Esta dissertação se situa no contexto da tríplice fronteira onde famílias de *brasiguaios* procuram no Brasil atendimento nos serviços públicos de saúde ⁵, levando-se em conta que o estatuto da cidadania brasileira é atribuído a partir do *jus soli* – são considerados brasileiros natos os nascidos em território nacional, mesmo que sejam filhos de pais estrangeiros ⁶ – o que motiva a migração de gestantes para realizar o parto no Brasil.

A dissertação tem por objetivos:

Geral:

- Analisar as características do serviço de saúde oferecido pelo CMI e descrever o perfil das usuárias gestantes brasileiras moradoras do Paraguai, comparadas às gestantes residentes no Brasil que têm o parto em Foz do Iguaçu.

Específicos:

- Descrever, dentro do contexto de Foz do Iguaçu, como a política e os acordos binacionais para atendimento em saúde à gestante na área de fronteira têm resultado em ações práticas e demandas para os serviços locais;

- Expor as percepções de gestores, profissionais de saúde e das próprias gestantes sobre a qualidade e os problemas do serviço de referência prestado na fronteira pelo CMI;

- Analisar a saúde da gestante brasileira, residente no Paraguai, atendida no CMI, de acordo com as seguintes variáveis: idade, peso na primeira consulta de pré-natal, altura, cidade de procedência no exterior, situação conjugal, escolaridade, número de gestações prévias, número de partos normais prévios, número de partos cesáreas prévios, número de abortos prévios, idade gestacional na primeira consulta, número de consultas de pré-natal, número de filhos vivos, número de filhos mortos, tipo de parto, local do parto, peso do recém nascido (RN) ao nascer e índice de APGAR no primeiro e no 5º minutos pós-parto, além da consulta puerperal;

- Comparar as características descritas acima com: (a) as gestantes brasileiras residentes no Paraguai, que não fizeram o pré-natal no CMI, mas realizaram o parto em Foz do Iguaçu e (b) com gestantes residentes no Brasil, que fizeram o pré-natal no SUS e que realizaram o parto em Foz do Iguaçu, utilizando dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC);

- Comparar as características do pré-natal, parto e puerpério das gestantes residentes no Paraguai e que utilizam o serviço do CMI com outras gestantes brasileiras residentes no Paraguai e que não o utilizam;

- Verificar a existência de tendências temporais na assistência ao pré-natal das gestantes usuárias do CMI de 2006 a 2012.

1. Saúde nas fronteiras do Brasil

As fronteiras do Brasil com os países da América do Sul foram, por décadas, motivo de intervenção pública tendo em vista a necessidade de garantir a segurança nacional.⁷ Nos últimos anos, a integração entre as nações do continente passou a ser vista como prioritária, sendo um dos meios de fortalecimento político e econômico dos países sul-americanos frente à progressiva globalização das economias mundiais.⁸ A criação do MERCOSUL permitiu a construção de uma agenda social de integração, além da regulamentação da livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital.⁹

A percepção da região de fronteira, como ponto crítico desse processo de integração, vem sendo progressivamente priorizada pelas políticas nacionais. O conceito de *zona de fronteira* aponta para um ambiente de interação, com espaço social transitivo, composto por diferenças (oriundas da presença do limite internacional) e por fluxos e interações transfronteiriças.¹⁰

A saúde em regiões de fronteira sofre grande influência da mobilidade populacional que, ao utilizar o sistema assistencial, incrementa o risco de emergência e reemergência de doenças, particularmente entre os grupos mais vulneráveis.¹¹ Os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde que exibem os países membros do MERCOSUL, seja nos aspectos físicos, financeiros e humanos ou nas abordagens organizacionais da assistência intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde de cada país. As diferenças entre os perfis das cidades fronteiriças, em termos de aspectos sanitários, assistenciais e epidemiológicos, acarretam impactos específicos no processo de integração regional nos serviços de saúde.¹² A organização dos serviços nas fronteiras é um processo paralelo ao desenvolvimento socioeconômico e potencialmente indutor da harmonização necessária à integração dos sistemas frente às dinâmicas da zona de fronteira.¹³

Os municípios brasileiros dessas regiões têm dificuldade em prover os seus cidadãos de Atenção Integral à Saúde, em decorrência de deficiências como a de recursos humanos especializados e da insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade.⁷ Ademais, a existência de uma população flutuante que utiliza o sistema e que, no caso brasileiro, não é

contabilizada para os repasses financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS), torna complexo o planejamento de provisão das políticas e o atendimento a cidadãos fronteiriços.

Alguns avanços têm sido alcançados no tocante à elaboração de diagnósticos de saúde para municípios da linha de fronteira.⁷ Todavia, ainda não se consegue verificar o relacionamento entre estes diagnósticos e a infraestrutura instalada ou a real utilização do sistema de saúde por parte da população flutuante moradora além dos limites da fronteira nacional. Para reverter essa situação muito há que se avançar na coordenação de políticas de fronteiras no Brasil, assim como na articulação conjunta e integrada destas com as políticas em saúde dos países vizinhos. Nesse sentido recai sobre o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF), coordenado hoje pelo Ministério da Integração Nacional, aliado a ações de cunho regional, a responsabilidade pelo avanço e estabelecimento da região fronteira como uma região prioritária para o país, onde saúde e desenvolvimento precisam ser articulados.

Embora a busca por serviços de saúde na região de fronteira por brasileiros residentes em outro país seja uma realidade, não foram encontrados estudos que descrevam a dimensão dessa demanda no contexto de consolidação das diretrizes de descentralização e acesso universal e integral do SUS. Essa população flutuante é o tema principal da presente dissertação.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa que utilizou as abordagens quantitativa e qualitativa em distintas fases do estudo, divididas em três componentes: revisão da literatura e documentação; estudo quantitativo e estudo qualitativo, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, conforme Parecer 322.474, datado de 28 de maio de 2013 (Anexo I).

2.1 Revisão da literatura e documentação

Para conhecimento prévio e embasamento teórico-científico o estudo iniciou através de uma revisão da legislação sobre o direito social e de saúde do brasileiro morador no exterior. Levantou-se material sobre acordos, leis e portarias assinadas bilateralmente e trilateralmente entre países. Igualmente, foram identificados os acordos informais estabelecidos entre os municípios e províncias e revisados os pactos fundamentados nos direitos humanos e nas políticas nacionais de saúde com foco na fronteira. Procedeu-se ainda a um breve levantamento da história recente da região, em particular as mudanças ocasionadas pela construção da Usina Hidroelétrica de Itaipu no perfil da população local.

2.2 Estudo quantitativo

Em virtude da criação de um serviço de saúde da cidade de Foz do Iguaçu, para atender gestantes brasileiras residentes no exterior, foram acessados todos os dados de prontuários disponíveis no CMI de Foz do Iguaçu, desde a abertura do serviço (ano de 2006) até a data limite provável de parto (dezembro de 2012). O ano limite de 2012 também é período mais atual e acessível sobre as gestantes no do banco do SINASC. As usuárias da assistência do pré-natal do CMI foram definidas como aquelas gestantes com dados disponíveis em prontuário e com pelo menos uma consulta de profissional médico ou enfermeiro.

Foram extraídas informações dos prontuários das gestantes atendidas pelo serviço, referente às seguintes variáveis: idade, peso na primeira consulta de pré-natal, altura, cidade de procedência no exterior, número de gestações anteriores, número de partos normais anteriores, número de partos por cesárea anteriores, número de abortos anteriores, idade gestacional na primeira consulta de pré-natal, número de consultas de pré-natal e consulta puerperal. Estas informações foram lançadas em uma tabela no programa Excel, com dupla digitação e posterior limpeza de dados. Além disso, foi consultado o banco de dados do SINASC de Foz do Iguaçu para obtenção de dados referentes: 1) à gestante – idade, situação conjugal, escolaridade, número de filhos vivos e número de filhos mortos; 2) ao parto – local do parto e tipo de parto; e 3) ao recém-nascido – peso ao nascer e índice de *APGAR* no primeiro e 5º minutos.

Esta análise demandou um processo de *linkage* dos dados do CMI com os bancos do SINASC. As variáveis descritas acima, tanto do banco do CMI quanto do SINASC, constituem as variáveis dependentes das análises estatísticas que se seguem. O processo de *linkage* foi realizado manualmente, associando-se as duas tabelas a partir do emparelhamento das variáveis relativas às gestantes que eram comuns a ambas as bases: nome, idade, pais de residência e ano do parto.

A pesquisa quantitativa permitiu ainda a comparação de dados entre cinco grupos: (A) gestantes brasileiras residentes no Paraguai, que fizeram o pré-natal no CMI e que tiveram o parto em Foz do Iguaçu, declarando-se moradora do Paraguai durante internação no hospital de referência; (B) gestantes brasileiras residentes no Paraguai, que fizeram o pré-natal no CMI e que tiveram o parto em Foz do Iguaçu, porém, declarando-se moradora do Brasil durante internação no hospital de referência; (C) gestantes brasileiras que não fizeram o pré-natal no CMI, mas tiveram o parto em Foz do Iguaçu e se declararam moradoras do Paraguai durante internação no hospital de referência; (D) gestantes brasileiras que não fizeram o pré-natal no CMI, tiveram o parto em Foz do Iguaçu e se declararam moradoras do Brasil durante internação no hospital de referência; e (E) gestantes brasileiras residentes no Paraguai, que fizeram o pré-natal no CMI, porém não fizeram o parto em Foz do Iguaçu. Estes cinco grupos constituem a variável independente das análises estatísticas.

A análise quantitativa foi realizada mediante utilização do programa *SPSS Statistics* (versão 20.0), utilizando-se o teste qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância para variáveis contínuas, para comparar as variáveis dependentes entre os cinco grupos descritos acima.

2.3 Abordagem qualitativa

Ainda como parte do estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave brasileiros – gestores municipais e profissionais de saúde do CMI (Apêndice A). Os informantes-chave do Paraguai – Consulado e representantes da assistência social e em saúde – foram procurados para uma entrevista com o objetivo de captar informações adicionais sobre o sistema pactuado entre as partes e sobre as condições das gestantes brasileiras moradoras no exterior (Apêndice B). Todos os informantes-chaves eram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e solicitado sua concordância através da anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C). O intuito dessas entrevistas foi levantar a percepção a cerca da saúde na fronteira como um pilar para a promoção de políticas em saúde e do reconhecimento de ações em saúde para o morador do exterior, e como um direito garantido pelo MERCOSUL.

Planejou-se realizar grupos focais de gestantes para o entendimento da dinâmica dessas dentro do serviço de saúde do Brasil e do Paraguai. Para isto, foram convidadas as mulheres que estavam sendo acompanhadas naquele momento pelo serviço de referência mencionado, em data pré-agendada e em local que possibilitasse segurança para opinarem sobre suas escolhas e dificuldades com os serviços de saúde. Houve a tentativa de realizar dois grupos focais, sem sucesso. As gestantes, por não conhecerem umas as outras e por estarem procurando um serviço até então desconhecido e localizado em outro país, pareciam ficar constrangidas e pouco à vontade para os relatos, e conseqüentemente não se formava um grupo de diálogo.

O estudo exploratório, com abordagem qualitativa, o qual denominamos como “*estudo de casos e controles*”, permitiu comparar as características e histórias das gestantes brasileiras que moram no Paraguai e que utilizam ou não o serviço de

saúde do CMI de Foz do Iguaçu. O estudo permitiu explorar as semelhanças e diferenças entre estes dois grupos, seu modo de pensar e agir, e quais fatores influenciam as suas decisões sobre o uso ou não do serviço de referência para o acompanhamento de sua gestação. O estudo *caso-controle* foi desenvolvido com brasileiras residentes no Paraguai. A amostra incluiu como *casos* as usuárias do CMI (N= 10), e como *controles* outras gestantes brasileiras que residem no Paraguai e que não utilizam o serviço de referência em Foz do Iguaçu (N= 10). Os controles foram identificados através de informações fornecidas pelas *gestantes-caso* e informantes-chave do Paraguai. Com essas mulheres foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Apêndice D) com a intenção de entender suas escolhas dos serviços durante a gestação, visto parecerem ser grupos bastante semelhantes.

As análises qualitativas foram realizadas após leitura dos casos e categorização dos depoimentos.

3. Resultados

3.1 Revisão da literatura e documentação

3.1.1 Aspectos históricos de Foz do Iguaçu

A história do município de Foz do Iguaçu, assim denominado desde 1918, está perpassada pela ideia do comércio e do sucesso nos negócios. Inicialmente o foco era a erva-mate (em 1881), depois a agricultura (com início em 1930) e posteriormente o turismo do Parque Nacional de Iguaçu (criado em 1939). Com a construção da Hidroelétrica de Itaipu e a consolidação do comércio da fronteira (década de 1970), novas configurações se estabeleceram na região. O desenvolvimento no extremo oeste do Paraná foi acelerado pelo comércio, principalmente com a cidade paraguaia de *Puerto Presidente Stroessner*, atual *Ciudad del Este*, fazendo com que a economia do setor terciário se consolidasse.

A implantação da Usina Hidroelétrica de Itaipu trouxe impactos à região. Sua construção foi um forte fator de repulsão dos pequenos proprietários das áreas à beira do futuro lago e de atração de trabalhadores e suas famílias, vindos de estados como São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Os agricultores locais foram obrigados a procurar novas terras para plantio no interior do Paraguai, por a terra possuir um valor menor se comparada a seu custo no Brasil. Portanto, dois movimentos paradoxais ocorriam: o acolhimento de novos habitantes/trabalhadores e a expulsão dos agricultores brasileiros originários do local.

Contrariando a tese dos locais de que com a conclusão das obras da Hidroelétrica a maior parte dos trabalhadores de Itaipu partiria em busca de outras obras similares, ocorreu a fixação da maior parte dessas pessoas naquela região, originando algumas invasões em áreas urbanas públicas e privadas. Nesse período (décadas de 1960 a 1980), a repercussão dessas mudanças mudou o quadro urbano local. A população quadruplicou, afetando a demanda por serviços de saúde. Os trabalhadores se inseriram em funções relacionadas ao comércio de vendas para turistas e ao atacadista exportador, entre outras atividades ligadas ao setor terciário.

Esse movimento migratório agravou a situação econômica do município e de alguns setores sociais (educação, saúde e segurança pública).

Grande parte dos moradores de Foz do Iguaçu não se diz natural do local quando inquiridos sobre sua origem em serviços públicos. Informalmente, há os que se designam brasileiros, *brasiguaios*, ou paraguaios, sendo que para os dois últimos grupos o vínculo com o local é situacional e/ou temporário.

3.1.2 Serviços de saúde na região de Foz do Iguaçu

A faixa de fronteira brasileira, apesar de ser estratégica para a integração sul-americana, configura-se como uma região marcada pela dificuldade de acesso a bens e serviços públicos, devido à falta de coesão social e pela inobservância de condições de cidadania.⁷ O Brasil faz fronteira com dez países, sendo que esta faixa corresponde a aproximadamente 27% do território nacional (envolvendo 11 estados e 588 municípios) e reúne cerca de 10 milhões de habitantes.¹⁰

Na tentativa de aprimorar as condições de saúde na fronteira, o governo federal brasileiro implantou o SIS-Fronteiras. Este sistema tem o intuito de promover a melhoria da qualidade de vida ao racionalizar a oferta de serviço de saúde, otimizando a infraestrutura instalada em seu espaço de cobertura, para utilização pelos brasileiros que moram no exterior.

Para alcançar este objetivo, foi estabelecido pelo programa de adesão ao SIS-Fronteiras um projeto com três fases:

Fase I – Realização do Diagnóstico Local de Saúde e elaboração do Plano Operacional com incentivo específico para as ações de integração, que representou 30% do total de recursos disponibilizados;

Fase II – Qualificação da gestão, serviços e ações de saúde, e implementação da rede de saúde nos municípios fronteiriços, englobando 35% do montante de recursos previstos para a implantação dos serviços essenciais e garantia de acesso aos serviços especializados;

Fase III – Implantação de serviços e ações de saúde nos municípios fronteiriços; a aprovação de recursos financeiros é dependente da avaliação do progresso observado em termos da configuração final da estrutura dos serviços, da

capacidade institucional local, do perfil epidemiológico da população, e da qualidade e sustentabilidade da atenção e abrangência do Programa para Qualificação da Gestão.¹⁴ Este componente recebeu 35% dos recursos disponíveis.

Neste contexto de adesão ao programa de implantação do SIS-Fronteiras, insere-se Foz do Iguaçu, cidade de aproximadamente 256 mil habitantes¹⁵, localizada ao extremo oeste do Paraná e distante 690 km de sua capital Curitiba. O município participa do Grande Arco Sul de fronteira do país, mais especificamente da sub-região Sudoeste do Paraná¹⁰, fazendo divisa demográfica através do Rio Paraná com *Ciudad del Leste*, no Paraguai, e do Rio Iguaçu, com a cidade de *Puerto Iguazú*, na Argentina.

A assistência em saúde na cidade de Foz do Iguaçu conta hoje com 15 Unidades de Saúde da Família, que comportam 35 equipes desta estratégia e cobrem 54% do território municipal; quatro Centros de Referência da Família com três Núcleos de Apoio à Família implantados; e oito Unidades Básicas de Saúde que completam as 27 Unidades de Atenção Primária à Saúde e que contam com uma cobertura de 80% de Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, existem dois pronto-atendimentos municipais 24 horas que também são porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde.

Como Foz do Iguaçu participa do SIS-Fronteiras com um orçamento total de R\$1.454.024,00¹⁶, foi realizado recentemente um diagnóstico sobre o atendimento aos brasileiros que moram no Paraguai e Argentina, nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário). O estudo em questão levantou a demanda de oito unidades de saúde básicas e especializadas. Foram 42.569 atendimentos nos serviços de saúde em 26 dias. Desses, 1,1% declararam-se de nacionalidade paraguaia, porém moradores de Foz do Iguaçu; e 0,87% eram brasileiros que se declararam moradores do Paraguai. As entrevistas com o público que procurava os serviços de saúde os incentivou a se declarar como moradores de outro país. Percebeu-se que muitos, até então, com o objetivo de serem atendidos usavam comprovantes de endereços emprestados de parentes domiciliados em Foz do Iguaçu ou compravam comprovantes de residência no Brasil.¹⁵ A explicação para esta estratégia estava no fato dos serviços de saúde serem gratuitos no Brasil, ao contrário da Argentina e do Paraguai, e do atendimento no SUS ser permitido mediante a apresentação do cartão-SUS, cujo cadastro só ocorreria com

comprovação de nacionalidade brasileira (natural ou adquirida) e residência no Brasil.

A emissão do cartão-SUS em zona de fronteira sempre gerou polêmicas na intenção de que a partir de sua confecção o município que emitiu este documento “permite” que o cidadão usufrua de sua estrutura assistencial de saúde. No entendimento de gestores da zona de fronteira brasileira o repasse de recursos financeiros ao SUS municipal não está vinculado a este cadastro, mas ao censo do IBGE, o qual desconsidera esta população flutuante em seus cálculos. Atualmente, o brasileiro morador do Paraguai retira suas certidões/documentos pessoais no Consulado-Geral do Brasil e busca no serviço de saúde do lado brasileiro a confecção da carteira que lhe dá o direito de acesso e atendimento legitimado no SUS, o que torna este procedimento bem mais complexo.

Alguns fatores relativos ao atendimento de brasileiros não domiciliados em Foz do Iguaçu – em sua grande maioria oriunda do Paraguai – ficam nítidos com o levantamento da documentação referente à saúde na tríplice fronteira e com as entrevistas do SIS-Fronteiras. Entre eles:

1) Há a necessidade de um sistema de saúde voltado para as necessidades de centenas de milhares de camponeses brasileiros que se transferiram para a fronteira leste do Paraguai. Na década de 1970, eles foram expulsos pela monocultura da soja e pela construção de Itaipu – contexto de disputas geopolíticas. No Paraguai, apesar de “terem levado o progresso econômico ao campo” ¹⁷, os camponeses enfrentam atualmente sérios problemas de documentação, titulação de terras e conflitos com o movimento camponês daquele país. ¹⁷

2) Muitas gestantes com cidadania brasileira por nascimento ou por união com brasileiro, que residem no Paraguai, tendem a procurar atendimento em saúde no momento do parto no Brasil, pois não dispõem deste serviço e de forma gratuita no Paraguai.

Em relação ao segundo item, o maior problema está em assegurar a qualidade da atenção à saúde da mãe e do bebê. Por isso, a proposta de intervenção na terceira fase do SIS-Fronteiras, com recurso financeiro federal, foi a criação do CMI de Foz do Iguaçu. Esse serviço conta com equipe multidisciplinar para atender gestantes oriundas do Paraguai e da Argentina, com protocolo de pré-

natal garantido, conforme as estratégias do Sistema de Pré-Natal do Ministério da Saúde do Brasil.

Assim, o CMI de Foz do Iguaçu foi aberto no segundo semestre de 2006 para atender a demanda de gestantes brasileiras que moram no exterior na região de fronteira entre Argentina/Brasil/Paraguai. Salienta-se que o referido Centro é o primeiro e único serviço de pré-natal de fronteira existente no Brasil. As mulheres destes três países têm livre acesso ao serviço que funciona diariamente, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 14:00 horas, com médico e enfermeiro obstetras, que realizam o pré-natal com suporte técnico de laboratório de análises clínicas, exame de ultrassonografia e maternidade de referência. Existe ainda a possibilidade de uma gestante brasileira, residente em Foz do Iguaçu, ser atendida neste serviço por se tratar de uma Unidade Básica de Saúde, referência SUS para o pré-natal e porta de entrada do sistema de saúde brasileiro. No entanto, essas gestantes recebem o primeiro atendimento ambulatorial e são encaminhadas ao seu serviço de saúde de referência territorial.

Gestantes estrangeiras residentes em Foz do Iguaçu que possuem uma relação marital legal com brasileiro ou que sejam filhas de brasileiro(a) podem ser atendidas, como as brasileiras, em qualquer Unidade Básica de Saúde da cidade, desde que comprovem seu domicílio.

Dados gerais sobre o seu atendimento irão contribuir para traçar o perfil desta “brasileira-estrangeira”, comparadas às demais brasileiras moradoras do país, o que permitirá apreender a situação da saúde da mulher na fronteira.

Uma característica observada cotidianamente no serviço de saúde ofertado pelo CMI de Foz do Iguaçu é a sua utilização quase que exclusiva por brasileiras gestantes oriundas do Paraguai e, em alguns casos, encaminhadas pela Casa do Migrante, situada na Vila Portes – bairro onde se localiza a Ponte da Amizade – ou ainda encaminhadas pelo Consulado-Geral do Brasil em *Ciudad del Este*.

3.2 Estudo quantitativo

Como descrito acima, foram comparados cinco grupos de gestantes:

- A. Gestantes brasileiras residentes no Paraguai, que fizeram o pré-natal no CMI e que tiveram o parto em Foz do Iguaçu, declarando-se moradora do Paraguai durante internação no hospital de referência;
- B. Gestantes brasileiras residentes no Paraguai, que fizeram o pré-natal no CMI e que tiveram o parto em Foz do Iguaçu, porém, declarando-se moradora do Brasil durante internação no hospital de referência;
- C. Gestantes brasileiras que não fizeram o pré-natal no CMI, tiveram o parto em Foz do Iguaçu e se declararam moradoras do Paraguai durante internação no hospital de referência;
- D. Gestantes brasileiras que não fizeram o pré-natal no CMI tiveram o parto em Foz do Iguaçu e se declararam moradoras do Brasil durante internação no hospital de referência;
- E. Gestantes brasileiras residentes no Paraguai, que fizeram o pré-natal no CMI, porém não fizeram o parto em Foz do Iguaçu.

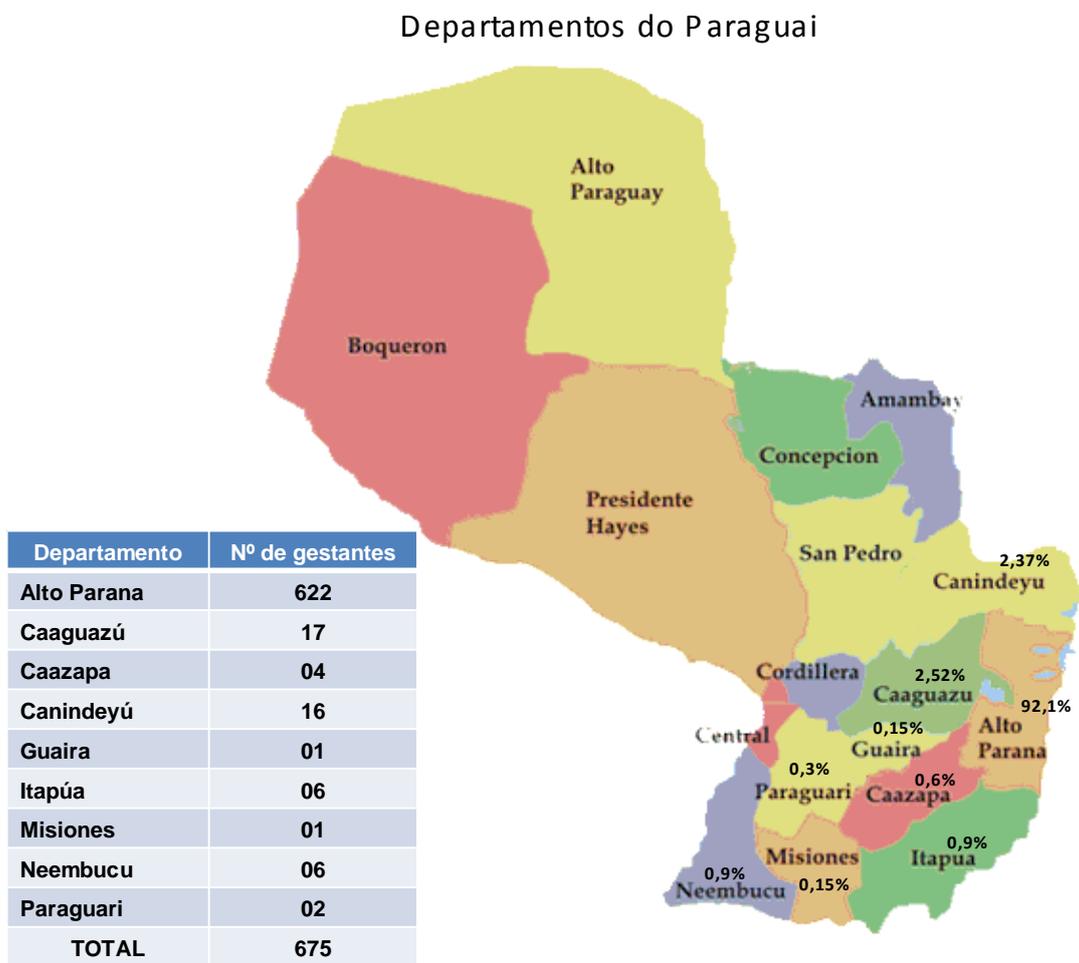
Os grupos A, B e E são constituídos por usuárias do CMI, portanto puderam ser comparadas utilizando-se os dados dos prontuários. Os grupos A, B, C e D tiveram seu parto no Brasil, podendo ser comparadas através do banco de dados do SINASC. Estes resultados serão apresentados a seguir.

3.2.1. Análise do banco de dados do CMI

A caracterização da amostra em grupos revelou que 313 gestantes pertenciam ao grupo A (gestantes brasileiras residentes no Paraguai, que fizeram o pré-natal no CMI e que tiveram o parto em Foz do Iguaçu, declarando-se moradora do Paraguai durante internação no hospital de referência), 131 ao grupo B (gestantes brasileiras residentes no Paraguai, que fizeram o pré-natal no CMI e que tiveram o parto em Foz do Iguaçu, porém, declarando-se moradora do Brasil durante internação no hospital de referência) e 231 ao grupo E (gestantes brasileiras residentes no Paraguai, que fizeram o pré-natal no CMI, porém não fizeram o parto em Foz do Iguaçu). Esses grupos foram classificados a partir do processo de *linkage* com o banco de dados do SINASC.

A Figura 1 mostra a procedência das gestantes do CMI a partir da declaração da usuária na hora do preenchimento do seu cadastro durante a primeira consulta de pré-natal. Percebeu-se a maior demanda de mulheres ao serviço daquelas concentradas no Departamento de *Alto Paraná* (92,1%), subdivisão administrativa do Paraguai, que fica mais próximo à fronteira com o Brasil, particularmente das cidades de *San Alberto*, *Hernandarias* e *Santa Rita*, que historicamente possuem mais brasileiros como consequência do processo de migração rural.

Figura 1. Locais de procedência declarados pelas gestantes do CMI na primeira consulta de pré-natal. Dados CMI, 2006-12.



A Tabela 1 mostra a análise descritiva das variáveis dependentes. Com exceção da altura materna, para a qual há cerca de 200 valores ignorados, as

demais variáveis estão disponíveis para praticamente todas as 675 gestantes. Os dados pouco prováveis (idade de 11 anos, peso de 34 kg, altura de 122 cm) foram checados no banco de dados e estão corretos.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis quantitativas. Dados do CMI, 2006-12.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	675	11	46	24,93	6,63
Peso	672	34	128	64,89	12,32
Altura	468	1,22	1,88	1,58	0,07
Gestações (G)	675	0	12	2,49	1,86
Partos vaginais (P)	675	0	11	1,03	1,66
Cesáreas (C)	675	0	4	0,29	0,68
Abortos (A)	675	0	5	0,18	0,56

A próxima etapa da análise incluiu comparar os três grupos definidos *a priori* em termos das variáveis acima. A Tabela 2 mostrou que as gestantes do grupo B são ligeiramente mais moças (23,9 anos), mães do grupo E são ligeiramente mais velhas (25,6 anos), sendo o grupo A intermediário (média de 24,9 anos). Estas diferenças ficaram no limiar da significância estatística ($P=0,06$). Não houve outras diferenças significantes em termos de peso, altura, paridade, número de partos vaginais, partos cesáreos e abortos prévios.

Tabela 2. Média das variáveis dependentes quantitativas conforme os grupos de gestantes. Dados do CMI, 2006-12.

Grupo	Idade	Peso	Altura	G	P	C	A	% cesáreas
A	24,9	64,2	1,59	2,60	1,12	0,31	0,16	26
B	23,9	66,4	1,60	2,27	0,90	0,23	0,14	28
E	25,6	65,0	1,58	2,48	0,99	0,30	0,24	30
Total	24,9	64,9	1,59	2,50	1,03	0,29	0,18	27
Valor P	0,06	0,23	0,10	0,23	0,39	0,52	0,14	0,65

Obs.: "C" indica a média de cesáreas prévias, e o percentual (%) de cesáreas a proporção de cesáreas relativamente ao número total de partos prévios.

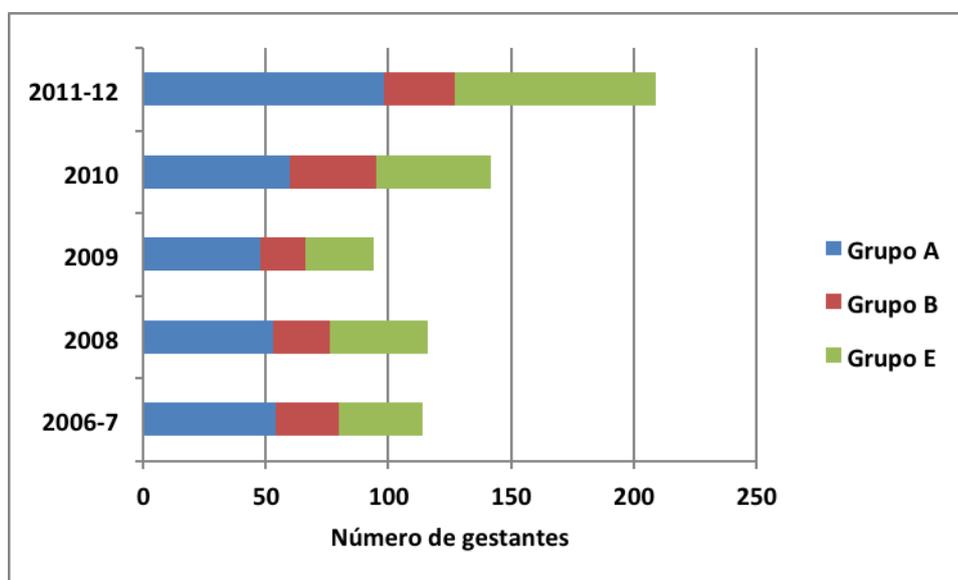
Além de estudar a paridade média, foi possível investigar o percentual de primigestas em cada grupo. O percentual foi mais elevado no grupo B (45%) do que no A (38%) ou E (33%), uma diferença que quase alcançou significância estatística (qui-quadrado=5,71; $P=0,058$). Para as 395 mães que não eram primigestas, calculou-se também o percentual de cesáreas em partos prévios. Tampouco houve diferença significativa entre os três grupos para esta variável.

Investigou-se também o número médio de consultas por grupo de gestantes: 5,0 consultas no grupo A, 4,4 no B e 3,7 no E. Para todas as mães, o número médio de consultas foi de 4,4. Os percentuais de mães com seis ou mais consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, foram 42%, 31% e 25%, respectivamente. Todas as diferenças acima foram altamente significativas ($P<0,001$).

Quanto à procura da mulher pelo serviço ainda no primeiro trimestre de gestação, também preconizado pelo Ministério da Saúde como indicador da boa qualidade do serviço em termos de diagnóstico e acompanhamento precoce foram observados os seguintes percentuais: grupo A 50%, grupo B 37% e grupo E 46%, sendo que estas diferenças ficaram no limiar da significância estatística ($P=0,052$). A procura da puérpera pela consulta pós-natal, que deve ocorrer em até um mês após o parto tendo em vista a necessidade de avaliação da mulher e do bebê pelo serviço de saúde, demonstrou os percentuais de 60% no grupo A, 50% no grupo B e 25% no grupo E, uma diferença altamente significativa ($P<0,001$).

Um segundo objetivo da análise dos dados do CMI foi investigar a possível variação nas características das mães ao longo do tempo. A Figura 2 mostra o número de gestantes que iniciaram o pré-natal por ano, conforme os grupos. Para fins de análise estatística, os anos de 2006 e 2007 foram combinados, assim como 2011 e 2012. O número pequeno de gestantes ($N=39$) em 2006 é devido ao fato de que o serviço foi inaugurado em setembro do referido ano. O mesmo ocorre no ano de 2012, uma vez que a análise foi restrita a mulheres cujo parto ocorreu até 31 de dezembro desse ano e que, portanto, poderiam ser encontradas nos bancos do SINASC. Não houve nenhuma tendência clara de mudanças no tamanho dos grupos ao longo do tempo (qui-quadrado=9,7; $P=0,28$). O número médio de consultas não variou significativamente ao longo do tempo ($P=0,55$).

Figura 2. Número de gestantes por grupo e ano de início de pré-natal. Dados do CMI, 2006-12.



As variáveis que apresentaram tendências temporais significativas foram altura (aumento), número de gestações prévias e de partos vaginais (redução), abortos (aumento) e percentual de cesáreas (aumento).

Tabela 3. Média das variáveis quantitativas conforme o ano da primeira consulta de pré-natal. Dados do CMI, 2006-12.

Grupo/ano	Idade	Peso	Altura	G	P	C	A	% cesáreas
2006-7	24,7	64,8	1,57	2,63	1,21	0,24	0,11	23
2008	26,3	63,4	1,58	2,79	1,38	0,29	0,17	23
2009	24,7	63,4	1,59	2,41	0,97	0,31	0,13	24
2010	24,8	65,2	1,60	2,47	0,99	0,34	0,19	29
2011-12	24,6	66,3	1,60	2,31	0,80	0,27	0,24	34
Total	24,9	64,9	1,59	2,50	1,03	0,29	0,18	27
Valor P	0,29	0,91	<0,001	0,40	0,04	0,66	0,03	0,04

Obs.: "C" indica a média de cesáreas prévias, e o percentual (%) de cesáreas a proporção de cesáreas relativamente ao número total de partos prévios.

3.2.2 Análises dos bancos do SINASC

O banco de nascimentos do SINASC de Foz do Iguaçu, de 2006-12, incluiu dados sobre 34.456 gestantes, separadas na Tabela 4 pela informação sobre local de residência declarado no ato da internação para o parto no hospital de referência. No total, 1.507 parturientes informaram residir no Paraguai (4,3%).

Tabela 4. Parturientes por país de residência. Dados do SINASC, 2006-12.

Código do País	Frequência	%
1 – Brasil	33.949	95,7
126 – Paraguai	1.507	4,3
Total	34.456	100

Assim, a partir do processo de *linkage* entre o banco de dados do CMI e o banco de dados do SINASC foi possível a classificação das parturientes nos grupos A, B, C e D, conforme Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição das gestantes por local de residência declarado no hospital de referência de Foz do Iguaçu, por ocasião do parto. Dados do SINASC, 2006-12.

Pré-natal	Parto no hospital de referência			Usuárias CMI com parto não registrado no SINASC	Total
	Declarada moradora do Paraguai	Declarada moradora do Brasil	Total		
CMI	A = 313	B = 131	444	E = 231	675
Não CMI	C = 1.194	D = 33.818	34.012		
Total	1.507	33.949	34.456		

Observou-se que a maioria das mulheres que declararam no momento do parto serem residentes no Paraguai não usou o CMI. Estimou-se assim a cobertura deste serviço em 21%, ou seja, grupo A dividido pela soma dos grupos A e C. Não foram incluídas no cálculo de cobertura as mulheres do grupo B por não se saber qual o denominador, devido ao fato de que o grupo D também deve incluir mulheres residentes no Paraguai que informam morar no Brasil.

A Tabela 6 mostra a análise descritiva das variáveis quantitativas do banco do SINASC. Todas as variáveis estão disponíveis para a maioria das gestantes estudadas. Para efeitos de análises estatísticas usuárias com mais de 50 anos foram excluídas, bem como partos com peso ao nascer menor de 500 gramas.

Tabela 6. Análise descritiva das variáveis quantitativas. Dados do SINASC, 2006-12.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade da mãe (anos)	35.452	11	50	25,8	6,5
Número de filhos vivos	34.940	0	14	1,04	1,33
Número de filhos mortos	34.927	0	10	0,08	0,36
<i>Apgar</i> 1º minuto	35.204	0	10	8,6	1,2
<i>Apgar</i> 5º minuto	35.205	0	10	9,7	0,8
Peso ao nascer (g)	35.416	500	5.790	3.195	546

A seguir, na Tabela 7, as características acima foram avaliadas conforme os grupos de gestantes. Os grupos A e D são parecidos, porém o A apresenta maior paridade. O grupo B é o mais jovem, como já foi apontado pelos dados do CMI e o grupo C é mais velho, cujos filhos têm mais baixo peso ao nascer. Todas essas diferenças, com exceção da variável *Apgar* 5º minuto, foram estatisticamente significativas.

Tabela 7. Média das variáveis dependentes quantitativas conforme os grupos de gestantes. Dados do SINASC, 2006-12.

Grupo	Idade da mãe (anos)	Número de filhos vivos	Número de filhos mortos	<i>Apgar</i> 1º minuto	<i>Apgar</i> 5º minuto	Peso ao nascer (g)
A	25,2	1,41	0,11	8,6	9,6	3.262
B	24,2	1,12	0,08	8,5	9,6	3.388
C	26,8	1,02	0,11	8,5	9,7	3.139
D	25,8	1,04	0,08	8,6	9,7	3.196
Total	25,8	1,04	0,08	8,6	9,7	3.195
Valor P	<0,001	<0,001	0,03	0,04	0,26	<0,001

A Tabela 8 inclui variáveis dependentes expressas como proporções. Com exceção dos percentuais de primíparas, que foram similares em todos os grupos, com um valor P de 0,53 (não significativo), todas as demais comparações apresentaram $P < 0,001$ (altamente significativo).

Os grupos A e B incluem 23% e 23,7% respectivamente, de gestantes adolescentes, enquanto os grupos C e D apenas 13,3% e 19,4%. O grupo A ainda possui a menor proporção de primíparas (38,5%) e a maior de múltiparas (12,9%).

Quanto ao estado civil da usuária, nos grupos A e B concentram-se as gestantes solteiras, com percentual de 72,3% e 75,2% respectivamente, e nos grupos C e D, concentram-se as casadas, com 38,3% e 30% cada. Vale salientar o alto percentual de mulheres que não se declaram casadas, possivelmente devido às dificuldades burocráticas de oficializar as uniões para brasileiras residentes no Paraguai.

Quanto à escolaridade, o grupo A possui a menor formação escolar, com percentual de 22,8% de usuárias com menos de quatro anos de estudo, enquanto o grupo C tem 33,8% de usuárias com 12 ou mais anos de escolaridade.

Tabela 8. Percentual das variáveis categóricas conforme os grupos de gestantes. Dados do SINASC, 2006-12.

Grupo	% adoles- centes	% primí- paras	% multí- paras	% casadas	% 12 anos ou mais de estudo	% cesáreas	% baixo peso ao nascido
A	23,0	38,5	12,9	12,5	6,7	33,2	7,3
B	23,7	39,8	9,4	10,9	6,1	35,1	1,5
C	13,3	42,9	6,2	38,3	33,8	63,9	11,1
D	19,4	42,0	6,0	30,0	24,1	49,8	8,1
Valor P	<0,001	0,53	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

O banco de dados do SINASC permite também avaliar indicadores referentes ao resultado da gestação. Quanto ao tipo de parto, o grupo C apresenta o maior percentual de cesáreas (63,9%) e também o maior percentual de crianças com baixo peso ao nascer (11,1%). Os grupos A e B apresentam as menores

prevalências de baixo peso ao nascer. O dado de 1,5% de baixo peso no grupo B precisa ser interpretado com cautela devido ao pequeno número de gestantes (131 mulheres) incluídas nesse grupo, mas assim mesmo seu intervalo de confiança de 95% variou de 0 a 3,7%.

3.3. Estudo qualitativo

O estudo qualitativo, conforme descrito acima, incluiu entrevistas com informantes-chave do Brasil (N=7) e do Paraguai (N=3) além de um estudo de *casos e controles* comparando gestantes brasileiras residentes no Paraguai que realizam ou não atendimento de pré-natal no CMI.

A configuração histórica de Foz do Iguaçu – migração, fronteira e economia – tem repercutido nas distintas formas dos serviços de saúde do SIS-Fronteiras atuarem ao atenderem mulheres gestantes *brasiguaias*, brasileiras e paraguaias. A relação entre a história local, o comportamento das gestantes e dos profissionais foi apontada pelos informantes-chave brasileiros (profissionais de saúde e políticos) como um dos eixos explicativos das suas atuações e dos indicadores de saúde do município.

A maioria dos entrevistados reafirmou a necessidade imediata de a política de saúde na região da fronteira se concretizar no cotidiano dos serviços. Suas preocupações maiores envolvem o aporte financeiro escasso para desenvolver e atender as necessidades da área. Os acordos e tratados bilaterais e trilaterais, como é o caso de Foz do Iguaçu, ainda demandam contatos ministeriais para concretizar, por exemplo, a formalização do atendimento das necessidades básicas em saúde, como a confecção ou a portabilidade do cartão-SUS. Após a implementação do MERCOSUL, o acesso aos serviços de saúde em Foz do Iguaçu – embora tenha sido facilitado para brasileiros moradores do exterior e seus descendentes – fez com que este contingente populacional se tornasse invisível nos cálculos do repasse financeiro do Ministério da Saúde.

Apesar da complexa configuração política do MERCOSUL, os informantes-chave apontam que poucos passos concretos foram dados no tocante à integração da saúde nas fronteiras. Os direitos das pessoas da fronteira ainda estão atrelados à

necessidade de comprovação de endereço para brasileiros radicados no exterior. Constitucionalmente, elas têm acesso aos serviços de saúde no seu país, mas a distinção entre quem é quem na fronteira e o custo para o sistema faz com que as “*brasiguaias*” sejam vistas como aquelas que acionam sua identidade brasileira para usufruir das vantagens do sistema de saúde gratuito, não disponível para elas no Paraguai.

Diante dessa concepção, os brasileiros vindos do Paraguai contam com um acolhimento discriminatório, presente na estrutura implantada nos serviços de saúde de Foz do Iguaçu. Apesar de o SIS-Fronteiras haver garantido, desde 2006, pelo Ministério da Saúde, o repasse financeiro de recursos específicos para a implantação de estruturas para o atendimento de “*brasiguaios*”, os recursos são finitos e inferiores ao custo real dessas ações, conforme os depoimentos dos profissionais. Portanto, o atendimento a essas mulheres tem impacto negativo na rotina, nos indicadores do serviço e no desenvolvimento das atividades de saúde local.

Os profissionais, ao identificarem as *brasiguaias*, necessitam também verificar se os trâmites burocráticos (cartão-SUS, por exemplo) estão contemplados e realizar com esforço a necessidade de retornarem mensalmente para a efetivação do pré-natal. As *brasiguaias*, portanto, requerem e recebem um tratamento diferenciado ao dado às brasileiras, considerado pelos profissionais da saúde um serviço desgastante e de vínculo instável. As falas que se seguem são exemplares dessas ideias e ações e são de duas informantes-chave, profissionais atuantes no serviço de saúde materno-infantil de Foz do Iguaçu:

Ele [*brasiguai*] começa entender que o Brasil tem vantagens, que o Brasil pode não ter a terra tão fértil, uma política agrária tão boa, mas tem direitos sociais que lhe interessam... Aí ele [morador no Paraguai] começa se sentir, a brasilidade dele fica mais *aflorada*, eu diria. (Enfermeira)

A quantidade de consulta também ela é bem pequena. Quando as nossas [gestantes] fazem aqui sete, 10-12 consultas, as que vêm de lá

têm três, quatro e, às vezes, não têm os resultados dos exames, porque com quatro consultas... [dificulta o atendimento]. (Enfermeira)

Resumidamente, se as gestantes *brasiguaias* não retornam periodicamente ao serviço e na visão dos informantes-chave brasileiros elas fazem com que o governo tenha mais gastos com expatriados. O depoimento de uma enfermeira ressalta essa ideia, que os profissionais de saúde compartilham: “a gente não acha justo que o Brasil absorva toda essa demanda também”.

Os informantes-chave, alguns com indignação, criticam o governo paraguaio por não ofertar uma política de inclusão e assistência à saúde aos trabalhadores brasileiros daquele território. Além disso, muitas das mulheres atendidas são casadas com paraguaios, o que as torna de algum modo menos brasileiras na visão de vários profissionais de saúde. Alguns referem que o Paraguai deveria assumi-las como paraguaias, considerando que adquiriram novos hábitos e costumes mais próprios daquele país e que irão influenciar negativamente na forma de cuidar os filhos, fato que reforça a perda da identidade brasileira. Por conseguinte, a visão preponderante entre os entrevistados é de que a saúde dos migrantes tem sido equivocadamente assumida pelo Brasil. Concepções como a dada por uma das informantes-chave do serviço assistencial são comuns a outros entrevistados: “Tem alguns que chegam aqui e dizem, disseram assim: - Vocês vão lá pro Paraguai, depois vem pra cá só pra incomodar a gente, pra tirar a paciência da gente”.

Para tentar driblar a sua situação e as consequências da mesma sobre a forma com que são tratadas pelos serviços, as gestantes *brasiguaias* e seus familiares criam estratégias para receberem atendimento no Brasil. Muitos deles foram tratados como clandestinos e atendidos, conforme um entrevistado, por *piedade*. A maioria é vista como pobre, sem condições adequadas de vida no Paraguai (moradia, educação, saúde), sem opção no Brasil (expulsos pelo novo tipo de economia preponderante no local), com pouca escolaridade e desassistidos socialmente no Brasil. Mesmo considerando suas fragilidades, paradoxalmente, são apontados como responsáveis pelo governo precisar custear um tipo de assistência que deveria ser assumida pelo país vizinho.

As estratégias mais comumente usadas pelas gestantes *brasiguaias* (e familiares) incluem: (1) a omissão de que moram no Paraguai, pois podem receber

um atendimento inferior ao recebido pelas brasileiras ou terem negado o seu direito – ficando assim, duplamente desassistidas; e (2) buscar o serviço de obstetrícia tardiamente para evitar a negativa do atendimento. O custo desse comportamento é visto como sendo alto para o sistema público de Foz do Iguaçu, sobretudo porque há desinformação quanto à história reprodutiva e gestacional, aumentando as chances de serem submetidas a parto cesáreo e de internação da mãe e/ou do bebê por complicações advindas de uma gestação desacompanhada.

Muito da preocupação citada pelos profissionais em saúde de Foz do Iguaçu está relacionada aos indicadores de saúde locais. O atendimento das *brasiguaias* parece também estar relacionado à repercussão nesses indicadores, como já citado. O fato da preocupação se concentrar mais no bebê do que na forma de tratamento da mãe gestante é um bom exemplo. Em nenhum momento os profissionais de saúde falaram da importância de acompanhar esse bebê durante vários anos para prevenir problemas posteriores que possam afetar sua saúde, tampouco em fazer com que essas mulheres retornem ao serviço para prevenção de doenças. O pré-natal dessas *brasileiras* do exterior é, portanto, encarado sob alguns aspectos:

- Assistencialista – humanitário, fazer pelas (pobres) *brasiguaias*;
- Estatístico (epidemiológico) – bons indicadores de saúde discorrem sobre os serviços e os profissionais, ou seja, o bom atendimento de pré-natal para as *brasiguaias* pode amenizar as falhas do serviço paraguaio, pois supõe-se que os desfechos são piores quando essas gestantes somente procuram os serviços brasileiros para o parto.
- Situacional – as *brasiguaias* (e seus familiares) existem no sistema brasileiro até que o Paraguai assumira nova postura em relação a saúde dessa população. Exigem maior atenção por serem desconhecidas das equipes brasileiras e requerem esforços dos profissionais para manter a qualidade e quantidade do atendimento dispensado a elas, visto que podem não retornar mais ao serviço. Neste ponto, cabe destacar que o custo de deslocamento até o Brasil é alto para muitas dessas mulheres.

Mesmo após a implantação do CMI, a maioria dos profissionais de saúde brasileiros e paraguaios entrevistados desconhece os serviços oferecidos às gestantes neste Centro, único serviço exclusivo no Brasil para atendimento de

gestantes brasileiras que moram no exterior. Essa desinformação se reflete no comportamento das *brasiguaias*, que muitas vezes vão diretamente ao hospital em busca de atendimento para o parto. Não surpreendentemente, o consenso nos depoimentos versou sobre a quantidade de registros burocráticos necessários para a incorporação dessas mulheres ao SUS, incluindo o relato exposto pelos informantes-chave do Paraguai. A burocratização do acesso à saúde se agravou no último ano, quando a nova gestão do município de Foz do Iguaçu desfez um acordo informal que havia com o Consulado para emissão do cartão-SUS.

Apesar de todas as parcerias do governo de Foz do Iguaçu com o Consulado-Geral do Brasil, situado na *Ciudad del Este*, para a divulgação do CMI durante sua construção e implantação, o desconhecimento dos informantes-chave paraguaios sobre o serviço específico para as gestantes *brasiguaias* demonstra: (1) a desarticulação entre gestores brasileiros e paraguaios devido a alta rotatividade destes profissionais nos serviços públicos e (2) a necessidade de incorporação de novas linhas de atenção à saúde em órgãos de referência para o brasileiro no exterior, principalmente quando se trata de territórios limítrofes de fronteira. O papel atual desse Consulado, por exemplo, é de gerenciar os entraves de todo tipo enfrentados por residentes que desejam utilizar do sistema público de saúde do Brasil. Mais frequentemente, procuram atender os brasileiros que desejam consultar no Brasil, assim como aqueles que consultaram no Paraguai e não conseguem quitar a dívida resultante da prestação desse serviço. Os funcionários desta instituição recebem as solicitações, fazem contato com pessoal de Foz do Iguaçu para então encaminhar ao SUS. O interesse pela aquisição do cartão-SUS é a maior razão para procura dos *brasiguaios*.

Todo esse processo lento e burocrático demonstra a falta de conhecimento/informação acerca do SUS, o que implica na procura tardia dos serviços e durante as condições agudas de doenças, onerando o sistema brasileiro e impedindo a consolidação da prevenção e promoção à saúde como portas de entrada da rede assistencial. Os próprios serviços de saúde do Paraguai, reféns desse sistema, encaminham tardiamente as gestantes brasileiras nos casos que necessitam de atendimento especial e de maior complexidade.

O CMI de Foz do Iguaçu deveria ser a porta de entrada preferencial do SUS para as gestantes brasileiras residentes no exterior, independente do local de

moradia e do motivo que a levou para viver em outro país. Todavia, isso não ocorre para todas. As gestantes oriundas do Paraguai que utilizam o CMI (gestantes-caso) referem que buscam o serviço em virtude da precariedade de recursos físicos e materiais do serviço paraguaio, com depoimentos que enfatizam a descredibilidade dos profissionais paraguaios de saúde e os altos preços cobrados para qualquer tipo de tratamento ou consulta (“eu não confio”, como colocaram as gestantes). Além disso, elas destacam que a saúde no Paraguai está voltada para a atenção cirúrgica, dando preferência ao parto cesáreo, como já destacado anteriormente. Os depoimentos abaixo exemplificam situações e ideias relativas às suas experiências.

Eu tava pra lá, ai os médicos me assustaram, ai eu vim pra cá... falaram que eu não podia ter parto, o neném era muito grande e eu podia sofrer muito... eles falaram da cesárea, mas lá está muito caro pra fazer. (Rosa, 17 anos, primípara, pais brasileiros, nascida no Paraguai)

Um brasileiro não é bem atendido sobre isso [saúde] lá [Paraguai]... lá é tudo pago, pra você ter filho, fazer um exame, pra consultar. Um parto cesáreo em torno de R\$2.500,00. (Maria, 38 anos, múltípara, moradora do Paraguai há seis anos)

Se vai fazer um exame lá é muito alto o preço. Com o dinheiro que você vai fazer o pré-natal lá, você compra o enxoval do bebê! E a confiança dos médicos brasileiros [é maior]... (Vilma, 37 anos, múltípara, moradora do Paraguai há 17 anos)

Atendem, mas não atendem bem! Lá se você vai consultar o médico passa a receita pra você e você tem que comprar até a receita [papel]. (Lucia, 26 anos, múltípara, morado do Paraguai há 10 anos)

A distância e o custo de transporte devem ser computados aos gastos mensais das gestantes brasileiras moradoras do Paraguai. Algumas distâncias ultrapassam inclusive a faixa de fronteira e exigem que a gestante precise levantar

muito cedo para chegar ao serviço que abre às 08:00 horas, de segunda a sexta-feira. O transporte mais comum é o carro familiar, mas ônibus intermunicipal e táxi também fazem parte das opções dessas mulheres, que em alguns municípios, contam com o serviço particular de uma *van* para trazê-las. O motorista desse serviço foi um dos informantes-chave do presente estudo. Este brasileiro que conhece a rede assistencial de saúde de Foz do Iguaçu. Atua também como guia e orientador do sistema quanto à procura não só de gestantes, mas de outros *brasiguaios* que buscam atendimento nos serviços de saúde da cidade.

A maioria das gestantes-caso conhecia o serviço prestado pelo CMI em virtude de já havê-lo usado em outra gestação, ou através de indicação de alguma conhecida. Isso também ocorreu quando elas possuem vínculo com pessoas de Foz do Iguaçu, que as incentivam buscar o serviço na cidade, provavelmente em decorrência da condição vulnerável que a gestante se encontra e a consideração que desperta na sociedade. Não é incomum o acompanhamento dessas pessoas, inclusive na busca pelo serviço e na oferta de abrigo para as gestantes. Aquelas que não dispõem de condições financeiras para o deslocamento são as que chegam ao serviço tardiamente, com a intenção de permanecer no Brasil até a hora do parto, hospedando-se com algum parente ou conhecido. Essas são igualmente atendidas e relatam que buscariam o serviço mais cedo se soubessem de seus direitos e tivessem condições financeiras favoráveis para o acompanhamento mensal.

A qualidade do serviço prestado no CMI e nas demais unidades de saúde, que contemplam a rede assistencial de Foz do Iguaçu, também é considerado pelas gestantes-caso. Seus relatos indicam que possuem certos privilégios adquiridos pela condição de gestantes, tais como: atendimento preferencial; consideração com os atrasos; agendamento de exames laboratoriais e de imagem priorizados. O mesmo ocorre com algumas gestantes paraguaias, desde que apresentem o comprovante da dupla nacionalidade, o que é permitido no Brasil. Em algumas situações, os familiares das *brasiguaias* alugam um local em Foz do Iguaçu para que elas possam ter garantido o acesso ao sistema e ao parto gratuito.

Cabe ressaltar que nenhuma das gestantes relatou receio ou medo ao se declarar moradora do Paraguai no CMI. O mesmo não ocorreu em outros serviços que atendem gestantes-caso. Mesmo sabendo do direito do cidadão à saúde, muitas preferem usar o endereço do parente ou conhecido residente no Brasil, que ofereceu

abrigo nesse período. Há relato de que um dos locais de referência solicitou um comprovante de endereço do Brasil para “agilizar” o processo de internação.

As gestantes-controle apontam positivamente a gratuidade no atendimento das consultas de pré-natal feito em postos de saúde do Paraguai, mas que alguns desses serviços depreciam as gestantes brasileiras pelo mesmo sentimento apresentado pelos profissionais no Brasil, ou seja, uso indevido do sistema por esta população. O que realmente necessita ser pago pelas gestantes (sejam brasileiras ou paraguaias) são os exames laboratoriais, de imagem e alguns medicamentos não disponíveis pelo sistema daquele país. O parto normal pode ocorrer nos postos de saúde desde que a gestante já esteja em trabalho de parto, pois os hospitais de referência estão concentrados nas cidades maiores. O parto normal e a internação da gestante e do recém-nascido nos hospitais de referência para estes postos é gratuito, sendo cobrados somente os materiais e medicamentos utilizados no procedimento. No entanto, o parto cesáreo tem de ser custeado pelas gestantes; segundo elas, ele é caro, mas “de qualidade” (sic).

Das 10 gestantes-controle, apenas uma relatou conhecer o serviço prestado pelo CMI em Foz do Iguaçu. Esta mencionou ter feito o pré-natal da gestação anterior no Brasil, mas não pode fazê-lo na atual gestação pelo custo de transporte mensal. Além disso, relatou insatisfação em ter que ficar novamente na casa de parentes. A situação financeira para o custeio dessa viagem para o pré-natal no Brasil foi recorrente nos depoimentos das gestantes-controle. O dinheiro gasto com o transporte seria superior aos custos hospitalares do parto no Paraguai. Além disso, relatam confiarem no serviço ambulatorial prestado pelo posto de saúde paraguaio e, principalmente, no profissional que realiza o pré-natal.

Novamente a questão dos documentos torna-se um entrave. A ausência de documentos brasileiros e do cartão-SUS encarece a busca pelo serviço no Brasil. Grande parte das gestantes-controle não possui registro brasileiro, cuja confecção é paga. Por residirem no Paraguai, o contrário é verdadeiro, elas preferem ter documentos paraguaios – ao invés de brasileiros – para evitar problemas relacionados à residência no Paraguai. Nenhuma das gestantes-controle demonstrou interesse imediato de fazer o parto no Brasil.

Em resumo, as entrevistas com profissionais, gestores e gestantes destacou a desinformação, em distintos níveis, quanto aos direitos e deveres de profissionais

e usuários do SUS, e também sobre o serviço do CMI na zona de fronteira por parte de todos os integrantes. Ou seja, há principalmente: (a) discordância sobre o acesso e os fluxos no sistema de saúde brasileiro; (b) discriminação por parte dos profissionais de saúde com muitas mulheres gestantes *brasiguaias*. Ao procurar o serviço materno-infantil, estas sentem grande receio de serem expulsas ou mal tratadas por usarem um serviço no Brasil ou no lado paraguaio. Os arranjos para serem atendidas no lado brasileiro têm como objetivo garantir o custeio financeiro (baixo) por parte do SUS ou do próprio paciente.

Profissionais do sistema de saúde de Foz do Iguaçu desejam que seus indicadores quantitativos de saúde alcancem bons patamares, os quais em sua percepção têm sido constantemente prejudicados com a vinda de gestantes *brasiguaias* com poucas ou nenhuma consulta de pré-natal. Esse prejuízo se mantém continuamente também pela forma como essas mulheres são recebidas e cobradas pelos próprios profissionais de saúde.

4. Discussão e Considerações finais

A saúde na fronteira é um entre os diversos problemas de saúde pública no Brasil. O SIS-Fronteiras, em Foz do Iguaçu desde 2006, permitiu a instalação de um serviço de saúde destinado ao atendimento de gestantes brasileiras moradoras no exterior, em sua maioria absoluta no Paraguai. Ao avaliar dados dos serviços prestados pelo CMI e as percepções dos profissionais de saúde do Brasil e do Paraguai e das gestantes dos grupos caso e controle, os principais achados deste estudo demonstram que:

(1) Os profissionais identificam grupos distintos de gestantes nos serviços de saúde, que se diferem nas condições que podem administrar seu pré-natal, parto e puerpério e realizá-los ou não no Brasil; os dados quantitativos confirmam a existência de grupos distintos.

(2) a. As gestantes que utilizam o serviço do CMI, com um número maior de consultas de acompanhamento de pré-natal e puerpério, possuem residência fixa em local mais próximo à Foz do Iguaçu. Elas são ainda mais jovens, sem companheiro, com menor escolaridade e maior paridade, e menor renda (conforme verificou o estudo qualitativo) se comparadas as gestantes do grupo de referência, ou seja, brasileiras moradoras de Foz do Iguaçu. Relatam buscar o serviço no Brasil pela precariedade do sistema no lado paraguaio e custo do atendimento;

(2) b. As gestantes que menos utilizaram o CMI ou cuja utilização foi nula relataram razões idênticas às descritas pelo grupo anterior (custo e atendimento não disponível). Todavia, essas mulheres são mais velhas, casadas, possuem maior escolaridade e menor paridade se comparadas às que utilizam o CMI. Além disso, elas frequentemente desejam fazer partos cesáreos e alegaram ser este um procedimento caro no Paraguai. A proporção de cesáreas no Paraguai, em 2008, foi de 35,6%.¹⁸

A Tabela 9 resume os principais achados dos cinco grupos de gestantes. A classificação adotada *a priori*, sem conhecer as características médicas, demográficas e sociais das gestantes, mostrou-se eficiente ao discriminar cinco grupos com características razoavelmente distintas. As gestantes dos grupos A e B (*brasiguaias*) são as mais semelhantes entre si e possuem um padrão de pré-natal mais próximo ao preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil – realizam seis ou

mais consultas de pré-natal com mais frequência e retornam para a consulta puerperal, também procuram mais precocemente o serviço em comparação as gestantes do grupo C, que também são moradoras do Paraguai, não realizaram o pré-natal no CMI, mas que fizeram o parto em Foz do Iguaçu. Comparando os dados dos grupos A e B com o grupo de referência (D), os dois primeiros possuem fatores de risco gestacionais elevados no que se refere à idade, escolaridade, ao percentual de adolescentes gestantes, ao estado civil (casadas) e número de filhos (múltiparas). Porém, essas gestantes apresentam desfechos melhores ou iguais aos desse grupo de referência para *Apgar*, peso ao nascer e taxas de cesáreas. Tais dados fornecem alguma evidência sobre a qualidade do serviço do CMI frente ao pré-natal realizado no município de Foz do Iguaçu. Todavia, cabe questionar se a qualidade do atendimento prestado ao grupo D pode ser qualificado como de referência para os serviços.

A cobertura estimada do CMI, baseada no percentual de mulheres que freqüentaram o serviço entre aquelas que declararam no momento do parto que eram residentes do Paraguai, foi baixa, apenas 21%. Os informantes-chave forneceram pistas para explicar essa baixa cobertura. Segundo eles, os serviços burocráticos, de assistência social e de saúde desconhecem as trajetórias necessárias e de direito dessas mulheres. Os profissionais da saúde, mesmo quando as mulheres portam o cartão-SUS, exigem outras comprovações de identificação dispensáveis para o atendimento em qualquer nível. É importante ainda salientar sobre o CMI que, apesar do serviço disponibilizar de médico e enfermeira obstetra para as gestantes, de segunda à sexta-feira entre 08:00 e 14:00 horas, os profissionais atenderam uma média de 112 novas gestantes/ano (média de 4,4 consultas/gestantes). Considerando 20 dias úteis por mês, a média de atendimento seria de 2,05 gestantes/dia. Faz-se necessário considerar novamente que as gestantes do grupo E retornam pouco ao serviço, possuindo uma média de apenas 3,7 consultas no CMI e não realizam seus partos no município de Foz do Iguaçu. Mulheres típicas desse grupo não foram encontradas no serviço, tampouco faziam parte da rede social das gestantes incluídas no estudo qualitativo; nenhuma informante mencionou não desejar ter seu parto no lado brasileiro.

Cabe ressaltar que, por se tratar de uma unidade de saúde, a procura e o atendimento de outras gestantes brasileiras não moradoras do Paraguai ocorre por

diversas situações, ente elas: proximidade com o serviço, identificação e vínculo com equipe, facilidade no atendimento. Assim, observa-se que há uma procura média de 6-7 gestantes/dia, sendo que dessas duas são brasileiras residentes no Paraguai, ou seja, o foco de atendimento do serviço é de aproximadamente 30%.¹⁹

Chama a atenção ainda que a percepção dos gestores brasileiros, de que as *brasiguaias* estariam contribuindo para piorar os indicadores de saúde de Foz do Iguaçu, não encontra respaldo nos dados epidemiológicos oriundos da análise do SINASC. A única possível ressalva é o grupo C, composto de gestantes de alto nível socioeconômico que se dirigem ao Brasil para fazer partos cesáreos e, como consequência, apresentam maiores índices de baixo peso ao nascer em seus filhos.

Observou-se que a clientela do CMI tem mudado positivamente ao longo do tempo, conforme alguns indicadores analisados. As variáveis que apresentaram tendências temporais significativas foram: aumento da estatura média das gestantes e redução do número de gestações prévias. Todavia, essa clientela apresentou um declínio no número de partos vaginais e um aumento no número de abortos e do percentual de partos cesáreos. Essas mudanças são compatíveis com as características evolutivas apresentadas pelas mães do Brasil.²⁰

Amplas transformações sociais e tecnológicas afetaram os indicadores de saúde materno-infantis no Brasil, incluindo a urbanização e mudanças na escolaridade e na inserção social das mulheres, aliadas à organização da Atenção Básica com a ampliação da cobertura das intervenções de saúde dirigidas às gestantes.²⁰ A taxa total de fecundidade reduziu drasticamente nas últimas três décadas, porém essa redução foi mais lenta entre as mães adolescentes. O acesso ao serviço de pré-natal e ao parto institucionalizado também aumentou, porém este processo foi acompanhado por medicalização excessiva, sendo os partos cesáreos atualmente correspondem a quase 50% dos nascimentos no Brasil.²⁰ Outra constatação negativa é a frequência de abortos ilegais, sendo que uma gestação a cada quatro foi interrompida.²⁰

Este estudo destacou a necessidade de que os serviços e a população entendam os direitos das gestantes assim como os deveres dos profissionais da saúde. Além disso, se impõe que os locais de referência materno-infantil sejam de fato integrados ao SIS-Fronteiras e em tempo adequado para o atendimento a contento do programa de pré-natal. A integração em forma de rede bem estruturada

e informada para o adequado fluxo dessas mulheres e entre os locais com distintas complexidades de atendimento precisa ser construída e devidamente comunicada à população-alvo. Além disso, é fundamental que se estabeleça uma relação eficaz entre os serviços de saúde e os serviços assistenciais. A integração entre os países da fronteira é condição essencial para acelerar os processos de desenvolvimento econômico e social para essas regiões.²¹ Destaca-se ainda que muitos dos problemas ligados ao atendimento materno-infantil na fronteira estão atrelados à história, na qual os *brasiguaios* ainda estão em busca de um apoio, neste caso, para fazer valer os seus direitos em saúde. É uma população que está literalmente na *fronteira*, entre seus direitos, identidade e visibilidade.

Tabela 9. Resumo dos principais resultados nos cinco grupos de gestantes.

Grupo	Local de residência	Pré-natal	Local declarado no parto	Parto	Características	Interpretação
A	Paraguai	CMI	Paraguai	Foz do Iguaçu	Em relação ao grupo D, inclui mais adolescentes, mais múltiparas, mais solteiras, escolaridade marcadamente menor, além de percentual de cesáreas e baixo peso ao nascer menores.	Estas mulheres reaperentam a clientela do CMI, mulheres pobres, com mais filhos, que residem no Paraguai, mas usam intensamente os serviços de saúde do Brasil.
B	Paraguai	CMI	Brasil	Foz do Iguaçu	Mulheres muito parecidas com o grupo A, mas que consultaram um pouco menos no CMI.	Não há diferenças claras entre este grupo e o anterior, a não ser que a maior utilização do CMI pelo grupo A deixe aquelas mulheres conscientes de que não há problema em declarar no momento do parto que são residentes no exterior.
C	Paraguai	Ignorado	Paraguai	Foz do Iguaçu	Mulheres de alta escolaridade, casadas, mais velhas, menor paridade, altas taxas de cesáreas, alto índice de baixo peso ao nascer.	Mulheres de mais alto nível socioeconômico, que residem no Paraguai, mas não usam o CMI, possivelmente fazem pré-natal particular mas vem ao Brasil para ter seu filho, preferencialmente por cesariana.
D	Brasil	Outro	Brasil	Foz do Iguaçu	Mulheres brasileiras residentes no Brasil.	Grupo de referência.
E	Paraguai	CMI	Ignorado	Outro	Mulheres similares aos grupos A e B em termos de variáveis coletadas durante o pré-natal, mas que fazem menos consultas, iniciam o pré-natal mais tarde, e voltam menos para a consulta puerperal.	Mulheres mais completamente radicadas no Paraguai comparecem ao CMI poucas vezes, possivelmente apenas para realizar exames, e tem seu parto posteriormente no Paraguai.

5. Recomendações

Seguem algumas recomendações práticas para a consolidação de um serviço de referência em saúde materno-infantil de fronteira:

Para gestores de saúde brasileiros:

- Conhecer o serviço do CMI em sua estrutura, recursos materiais e humanos e a demanda de atendimento; participar da rotina dos profissionais;
- Desenvolver fluxos de encaminhamento junto com a equipe do CMI e de referências em saúde materno-infantil do município de Foz do Iguaçu nas diversas complexidades dos serviços;
- Manter contato e parceria com os serviços de assistência ao brasileiro na fronteira Brasil/Paraguai e articular a construção um Comitê Gestor de Saúde na fronteira, incluindo representantes dos serviços de saúde dos dois países para as questões de serviços e referências para os *brasiguaios*;
- Estabelecer dentro da Secretaria Municipal de Foz do Iguaçu, mediante aval do Conselho Municipal de Saúde, estratégias de acolhimento não discriminatória dos *brasiguaios* e a confecção do cartão-SUS de forma a reconhecer e definir a demanda dessa população por serviços de saúde na fronteira.

Para os serviços de assistência a brasileiros na fronteira Brasil-Paraguai (Consulado-Geral do Brasil em *Ciudad del Este* e Casa do Migrante de Foz do Iguaçu):

- Conhecer o serviço do CMI em sua estrutura, recursos materiais e humanos e a demanda de atendimento;
- Ter acesso e reconhecer os fluxos de encaminhamento junto com a equipe do CMI e de referências em saúde materno-infantil do município de Foz do Iguaçu nas diversas complexidades dos serviços;
- Desenvolver ações de informação para as comunidades brasileiras do interior do Paraguai com participação dos gestores municipais de Foz do Iguaçu e do CMI, utilizando estações de rádio e televisão;
- Integrar e participar do Comitê Gestor de Saúde na fronteira de Foz do Iguaçu.

Para o CMI:

- Assegurar o atendimento de pré-natal de qualidade e conforme diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil às *brasiguaias*;
- Fazer busca ativa e precoce de gestantes *brasiguaias* mediante articulação com o Consulado-Geral do Brasil em *Ciudad del Este* e serviços de saúde do Paraguai;
- Participar de eventos em saúde do Brasil e do Paraguai, dando visibilidade ao serviço e levando informações para as comunidades da zona de fronteira.

Para os profissionais de saúde brasileiros:

- Conhecer o serviço do CMI em sua estrutura, recursos materiais e humanos e a demanda de atendimento;
- Fazer acontecer o fluxo de referência e contrarreferência para gestantes *brasiguaias* dentro da rede de assistência à saúde em Foz do Iguaçu;
- Reconhecer o *brasiguai* como cidadão brasileiro e com direitos em saúde assegurados pela Constituição, não impondo barreiras burocráticas desnecessárias e demoradas que interferem no seu atendimento.

Para as gestantes *brasiguaias*:

- Ter garantido o direito ao acesso à informação sobre o CMI e aos serviços de saúde no Brasil;
- Buscar precocemente o serviço de saúde que lhe ofereça às referências para a complexidade de sua gestação;
- Participar do controle social (através dos conselhos locais e municipal de saúde) e lutar para que seu acesso à assistência pública de saúde no Brasil seja garantido inclusive para o deslocamento até o serviço.

Referências

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
2. BRASIL. Lei 8.080 – Lei orgânica da Saúde. Brasília, 1990.
3. CAZOLA, L. H. O. et al. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. Rev. Panamericana Salud Publica, 2011.
4. PREUSS, L. T. O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema. Disponível: <http://antares.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/16.pdf>
Acesso em: 20/01/2013.
5. LINARES, A. G. E. et AL. Situação das crianças e adolescentes na Tríplice fronteira entre Argentina/Brasil/Paraguai: desafios e recomendações. Curitiba: Fundo das Nações Unidas para Infância / Itaipu Binacional, 2005.
6. CASTELLO, R. C. Áreas de fronteira: territórios de integração, espaços culturalmente identificados? In: CASTELLO, I. R. et AL. Práticas de integração nas fronteiras: temas para o MERCOSUL. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1995.
7. GADELHA, C. A. G., COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.
8. CASSIOLATO, J. E., LASTRES, M. M. Globalização & inovação localizada. Brasília: Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Ministério da Ciência e Tecnologia; 1999.
9. GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.
10. BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira/Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Programas Regionais, Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

11. LEVINO, A., CARVALHO, E. F. de. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. Rev. Panamericana Salud Publica, 2011.
12. DRAIBE, S. M. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.
13. PRÁ, K. R. D. et al. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.
14. FOZ DO IGUAÇU, Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico local do SIS-Fronteiras de Foz do Iguaçu – PR. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2007.
15. BRASIL. IBGE. Censo 2010. Brasília, 2011.
16. FOZ DO IGUAÇU, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Operacional do SIS-Fronteiras de Foz do Iguaçu – PR. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2007.
17. SPRANDEL, M. A. Brasileiros na fronteira com o Paraguai. Estudos avançados, 2006.
18. YUEN, J. Cesarean section deliveries in Paraguay: a comparison of trend between 1995 and 2008. University of Washington, 2012.
19. HABICHT, J. et al. Principles of evaluation of on-going programs. Cornell Nutritional Surveillance Program. Cornell University, 1982.
20. VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet. Saúde no Brasil. Maio, 2011.
21. MACHADO, M. H. et al. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

Apêndices

Apêndice A

TÓPICOS ENTREVISTA INFORMANTES-CHAVE DO BRASIL

- MERCOSUL (Políticas de integração, acordos bilaterais, mercado comum);
- SAÚDE (Políticas públicas, conceitos e definições);
- SUS (Constituição Federal, princípios e diretrizes);
- SAÚDE NA FRONTEIRA (Políticas de Saúde na Fronteira);
- SIS-FRONTEIRAS (Programas de Saúde na Fronteira);
- *BRASIGUAIOS* (Quem são? Onde estão? O que fazem?);
- TEMA LOCAL DE SAÚDE (Acesso, serviços, programas);
- SAÚDE MATERNO INFANTIL (Mulher, fecundidade, gravidez);
- PRÉ-NATAL (Consultas, exames, acompanhamento da gestante);
- CENTRO MATERNO-INFANTIL DE FOZ DO IGUAÇU (Estrutura, recursos materiais e humanos).

Apêndice B

TÓPICOS ENTREVISTA INFORMANTES-CHAVE DO PARAGUAI

- MERCOSUL (Políticas de integração, acordos bilaterais, mercado comum);
- SAÚDE (Políticas públicas, conceitos e definições);
- SAÚDE NA FRONTEIRA (Políticas de Saúde na Fronteira);
- SIS-FRONTIERS (Programas de Saúde na Fronteira);
- SISTEMA LOCAL DE SAÚDE (Acesso, serviços, programas);
- *BRASIGUAIOS* (Quem são? Onde estão? O que fazem?);
- SAÚDE MATERNO INFANTIL (Mulher, fecundidade, gravidez);
- PRÉ-NATAL (Consultas, exames, acompanhamento da gestante);
- GESTANTE BRASILEIRA QUE MORA NO PARAGUAI (Quem são? Onde estão? Quais seus direitos no exterior?);
- CENTRO MATERNO-INFANTIL DE FOZ DO IGUAÇU (Estrutura, recursos materiais e humanos).

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Informantes-chave)

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, de forma voluntária, da pesquisa do aluno de mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas – UFPel, intitulada: *Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu: como funciona e quem utiliza?* O estudo objetiva entender o perfil das usuárias gestantes brasileiras moradoras do Paraguai que utilizam o serviço do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu e compará-las com as gestantes residentes no Brasil. Pouco se sabe sobre a magnitude desta utilização e como a mesma pode afetar o serviço local de saúde. Esperamos poder fomentar ideias que ajudem na formulação de políticas públicas voltadas para a região de fronteira, como marco da integração nacional e de mercados e a consolidação do MERCOSUL. É importante destacar que o(a) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma das etapas do estudo e que terá o direito de se recusar a responder questões que lhe tragam constrangimentos. Poderá ainda, desistir de participar da pesquisa em qualquer momento/etapa, sem risco de qualquer tipo de prejuízo pessoal ou profissional. Todos os dados serão anônimos, ou seja, seu nome não constará em qualquer parte do estudo, exceto nesta informação, conforme normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Resolução n. 196/96). Os resultados da pesquisa serão divulgados inicialmente no volume da dissertação e em artigos publicados em revistas da área de saúde de circulação nacional e internacional. Este termo encontra-se redigido em 02 (duas) vias, uma para o(a) Sr.(a) e outra para o pesquisador. Caso necessite de novas informações, por favor, entre em contato com o aluno pesquisador Fabio de Mello, telefones (45) 99480922 e (45) 21051141.

Nome legível do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Fabio de Mello
Aluno pesquisador

Apêndice D

TÓPICOS ESTUDO CASO-CONTROLE

- SAÚDE (Políticas públicas, conceitos e definições);
- SAÚDE NA FRONTEIRA (Políticas de Saúde na Fronteira);
- SISTEMA DE SAÚDE DO PARAGUAI (Direito, acesso, serviços);
- SUS (Constituição Federal, princípios e diretrizes);
- SAÚDE MATERNO INFANTIL (Mulher, fecundidade, ser mãe);
- GRAVIDEZ (Relacionamento afetivo e sexual, processo de engravidar);
- PRÉ-NATAL (Consultas, exames, acompanhamento da gestante);
- CENTRO MATERNO INFANTIL DE FOZ DO IGUAÇU (Estrutura, recursos materiais e humanos);
- PARTO (Tipo, local, mitos e tabu);
- PUERPÉRIO (Onde? Quando? Como?).

Anexos