



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE - ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CONDIÇÕES
DE VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

CAMILA SOARES TEIXEIRA

ANÁLISE DA SAÚDE PERINATAL NA REGIÃO DE TRÍPLICE FRONTEIRA DO
AMAZONAS

MANAUS – AM

2019

CAMILA SOARES TEIXEIRA

**ANÁLISE DA SAÚDE PERINATAL NA REGIÃO DE TRÍPLICE FRONTEIRA DO
AMAZONAS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Processo Saúde Doença e organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima

MANAUS

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

T266a

Teixeira, Camila Soares.

Análise da saúde perinatal na região de Tríplice Fronteira do Amazonas. /
Camila Soares Teixeira. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2019.

86 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde
na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2019.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima.

1. Saúde Materno-infantil 2. Saúde perinatal – Amazônia I. Título

CDU 614-053.2(811) (043.3)

CDD 618.2409811

22. ed.

CAMILA SOARES TEIXEIRA

**ANÁLISE DA SAÚDE PERINATAL NA REGIÃO DE TRÍPLICE FRONTEIRA DO
AMAZONAS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Processo Saúde Doença e organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade.

Aprovada em: 15 de junho de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Orientador
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. Tiótrefis Gomes Fernandes - Membro Externo
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof. Dr. Julio César Schweickardt – Membro Interno
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todos que acreditam e defendem o Sistema Único de Saúde, principalmente àqueles que o vivenciam nas áreas mais remotas e desafiadoras do nosso país.

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima**, meu orientador, por ter me acolhido e aceitado esse desafio comigo. Por todas as conversas, e pelo cuidado em minha formação. Obrigada, principalmente, por ter me mostrado que o caminho acadêmico pode ser leve e inspirador.

Ao **Prof. Dr. Júlio César Schweickardt**, por todo o apoio, acolhimento e colaboração nas pesquisas do LAHPSA. Obrigada por dividir comigo tantos saberes e vivências.

Ao **Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias**, pela recepção no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Obrigada pela imensurável colaboração em minha formação e na minha pesquisa.

Ao **Prof. Dr. Tiótrefis Gomes Fernandes**, pela colaboração no desenvolvimento da pesquisa. E por iluminar o caminho estatístico desse estudo.

As companheiras do PPGVIDA, especialmente: **Naiara**, pelo companheirismo, a “caronaterapia” e por todo carinho. Só posso agradecer pela nossa aproximação e por você ser tão presente em minha vida; **Priscilla**, pela amizade, sinceridade e apoio em todos os momentos. **Dammeree, Raica, Jéssica, Andresa**, por todos os aprendizados e momentos de alegria. Ao companheiro, **Lenilson Filho**, *in memoriam*, exemplo de amizade e competência.

À **Milene da Silva Moraes das Neves**, por sua amizade, seu companheirismo. Por ser minha companheira nessa prazerosa jornada, pela fronteira do nosso Amazonas. Obrigada pelas horas dispensadas em ler e reler meus parágrafos, pelas conversas na madrugada, e por todo o apoio durante esses dois anos.

À equipe da Pós-graduação do ILMD, **Evelin Campos e Danielo Aerosa**, por todo o cuidado, competência, atenção e dedicação comigo e com todos os discentes. Pelos “puxões de orelha”, pela alegria e amizade, pelo compartilhamento de ideias que vão além das formalidades. Vocês são luz.

À equipe do LAHPSA, **Joana Borges e Raquel Jarquín**, pela competência e amizade. Obrigada pelo acolhimento, vocês são o coração do laboratório, e irradiam alegria.

Ao **Prof. MsC. Antônio Balieiro**, pelo auxílio no desenvolvimento da pesquisa.

Ao **Dr. Jaidson Becker**, pelo auxílio na composição e estruturação dos mapas presentes nesse estudo. Muito Obrigada!

Aos **profissionais da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz**, pela excelente recepção e por todo apoio dispensado à concretização desse projeto.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga**, especialmente **Jaqueline e Marlen**, pela instrução e apoio para realização dessa pesquisa.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)**, pela concessão da bolsa de pesquisa, que permitiu meu aprimoramento acadêmico.

À **Fundação Oswaldo Cruz** pela oportunidade de capacitação ao cursar uma pós-graduação, de participar do Programa de Mobilidade Acadêmica 2018.

Ao **Instituto Leônidas e Maria Deane**, pela oportunidade de crescimento e amadurecimento profissional. Por toda contribuição para a pesquisa no Amazonas.

Aos funcionários do ILMD/Fiocruz, especialmente da **Secretaria Acadêmica e Biblioteca**, por toda disponibilidade e apoio durante o mestrado.

À **Thais “Helene” Corrêa**, minha amiga de longa data, sempre presente, companheira e vibrante. Incansável nas buscas, revisões bibliográficas, e nos momentos de descontração.

Às amigas **Paula Scarano** e **Jéssica Ramos**, e o amigo **Marcos Lima**, por toda a torcida e pelas boas vibrações! Por participarem dessa jornada desafiadora e pelos dias em que vocês me tiraram da rotina acadêmica e trouxeram alegria.

À **Aparecida Leite** e **Antônio Oliveira**, por abrirem as portas da sua casa para que eu pudesse concluir essa etapa. Por me permitirem dividir a rotina, as risadas e os experimentos culinários com vocês. Obrigada por todo carinho e por tudo!

Ao **Leonardo Oliveira**, pela cumplicidade, incentivo e companheirismo desde quando éramos dois alunos de Iniciação Científica. Quando nenhum de nós dois achava que íamos estar onde estamos hoje. Pelas leituras e revisões, mesmo tão distante da sua área de expertise. Por “dividir esse planeta e essa época comigo”, e também os sonhos.

À minha mãe, **Flávia Soares** e ao meu pai **Antônio Edilúzio Teixeira**, pelo amor e por sempre acreditarem em mim. Por todo incentivo e por demonstrarem que a educação é a base de tudo. Reconheço todas as privações que foram necessárias para que eu tivesse a liberdade de ir em busca das minhas aspirações e sonhos. Obrigada, essa vitória é nossa!

“Borders I have never seen one.
But I have heard they exist in the minds of some people.”

- Thor Heyerdahl

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os resultados da assistência ao parto e recém-nascido em uma maternidade na tríplice fronteira do Amazonas. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de caso, de natureza transversal, que utilizou os dados das DNV emitidas na maternidade pública de Tabatinga, no interior do Amazonas, entre janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Foram utilizados os dados das 3242 DNV que apresentaram a variável de desfecho (dependente) “nacionalidade materna” preenchida. As demais variáveis de interesse (independentes) analisadas foram categorizadas e divididas em dois blocos: variáveis maternas e perinatais. Primeiramente realizou-se a análise descritiva a partir do cálculo de medidas de tendência central e de variabilidade, e distribuição de frequência para variáveis categóricas. Posteriormente, realizou-se o teste Qui-Quadrado de *Pearson* e análises univariadas que estimaram as razões de probabilidade (*Odds Ratio - OR*). A criação do mapa temático foi realizada através do *software* livre QGIS v.3.6.2. Reitera-se que essa pesquisa respeita todos os preceitos éticos da Resolução nº466/2012. **RESULTADOS:** Com relação ao perfil das mulheres assistidas em Tabatinga, verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa em uma variável, no caso escolaridade. Observou-se que 27,8% das mulheres possuía menos de 20 anos de idade, nesse caso houve sensibilidade no teste qui-quadrado, mas não fora constatada diferença significativa entre as nacionalidades. No que diz respeito análise perinatal, quatro variáveis apresentaram p-valor<0,001, foram elas: número de gestações anteriores, número de consultas pré-natal, mês de início do pré-natal e tipo de parto. Observou-se que as brasileiras apresentaram melhores resultados referentes à atenção pré-natal. Com relação ao recém-nascido, verificou-se que a taxa de prematuridade total fora de 9%, com percentual de 3% entre as colombianas. **CONCLUSÃO:** Os resultados obtidos neste estudo destacam algumas singularidades na atenção as mulheres e recém-nascido na região de tríplice fronteira amazônica. Algumas características maternas e obstétricas vão de encontro aos estudos nacionais que caracterizam a assistência materno-infantil no Brasil. Sendo assim, a partir dessa análise preliminar observou-se que as brasileiras apresentaram os melhores resultados perinatais, principalmente relacionados à atenção pré-natal. Além disso, evidencia-se que o SUS atua como promotor dos direitos humanos, principalmente na preservação da atenção integral as mulheres e crianças em área de fronteira.

Descritores: Áreas de fronteira; Saúde pública; Saúde materno-infantil

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the results of birth assistance and newborn child care in a maternity hospital on the triple frontier of Amazonas State. **METHODS:** This is a transversal case study that used data from DNV (statement of birth alive in Portuguese) issued by the public maternity hospital in the Tabatinga City, in the country of Amazonas State, between January 2015 and December 2017. Data from 3242 DNVs who presented the dependent variable "maternal nationality". The others analyzed variables of interest (independent) were categorized and divided into two groups: maternal and perinatal variables. Firstly, the descriptive analysis was performed from the calculation of measures of central tendency and variability, and frequency distribution for categorical variables. Moreover, Pearson's Chi-Square test and univariate analyzes were done, estimating the probability ratios (Odds Ratio - OR). The implementation of the thematic map was made by using the free software QGIS v.3.6.2. In addition, it is emphasized that this research respects all the ethical precepts of Resolution 466/2012. **RESULTS:** Regarding the profile of the women assisted in Tabatinga City, it was verified a statistically significant difference in one variable, in the case of educational level. It was observed that 27.8% of the women were less than 20 years old, in which case there was sensitivity in the chi-square test, but no significant difference between nationalities was found. Regarding perinatal analysis, four variables presented p-value <0.001, which were: number of previous pregnancies, number of prenatal consultations, month of start-up of prenatal care and type of childbirth. It was observed that the Brazilian women presented better results regarding prenatal care. Regarding to the newborn, it was verified that the total premature rate was 9%, while among Colombians there was a percentage of 3%. **CONCLUSION:** The results obtained in this study highlight some singularities in the women and newborn's care in the region of the Amazonian triple frontier. Some maternal and obstetric characteristics are different from the national studies related to maternal and child care in Brazil. Therefore, from this preliminary analysis, it was observed that the Brazilian women presented the best perinatal results, mainly related to prenatal care. In addition, it is evident that SUS acts as a promoter of human rights, especially in the preservation of comprehensive care for women and children in the border area.

Keywords: Border Areas; Public Health; Maternal and Child Health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Marco da Fronteira entre Brasil e Colômbia.	22
Figura 2 - Trílice Fronteira Amazônica.	40
Figura 3 - Entrada da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz	41
Figura 4 - Informes em sala com leitos obstétricos, Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz.....	42
Figura 5 - Informes sobre a Rede Cegonha em idioma Tikuna.....	42
Figura 6 - Sala de parto para mulheres indígenas.....	43
Figura 7 - Fluxograma resumido de atendimento.....	44
Figura 8 - Fluxograma de definição da população e amostra.....	45
Figura 9 – Locais de procedência e número de nascimentos declarados das mulheres assistidas na maternidade municipal de Tabatinga	51
Figura 10- Caderneta de cuidado pré-natal do departamento peruano de Loreto	62

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALC	Área de Livre Comércio
AUS	<i>Aseguramiento Universal en Salud</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estatística
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
DNCR	Departamento Nacional da Criança
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EB	Exército Brasileiro
ESSALUD	<i>Seguro Social de Salud</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ILMD	Instituto Leônidas e Maria Deane
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis

INEI	<i>Instituto Nacional de Estadística e Informática</i>
LAHPSA	Laboratório de História e Políticas de Saúde da Amazônia
MINSA	<i>Ministerio de Salud del Perú</i>
MECVR	Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PPGAR	Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco
PP	Pós-parto
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Regime Contributivo
RS	Regime Subsidiado

SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SNCDS	<i>Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud</i>
SGSSS	<i>Sistema General Seguridad Social en Salud</i>
SIS	<i>Seguro Integral de Salud</i>
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSALUD	<i>Superintendencia Nacional de Salud</i>
SUSAM	Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
TBT	Tabatinga
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1.3 OBJETIVOS	19
1.3.1 Objetivo Geral	19
1.3.2 Objetivos Específicos	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 A TRÍPLICE FRONTEIRA DO AMAZONAS: RELAÇÕES ENTRE BRASIL, COLÔMBIA E PERU	20
2.1.1 Caracterização geográfica e demográfica da Tríplice Fronteira Brasil/Colômbia/Peru	20
2.1.2 Relações Fronteiriças na Amazônia	23
2.1.3 A Saúde na Fronteira	25
2.2 ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL	29
2.2.1 Desenvolvimento das políticas públicas de atenção à saúde materno-infantil	29
2.2.3 Panorama atual da atenção ao pré-natal, parto e pós-parto no Brasil: diretrizes, recomendações e indicadores	32
2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC) E A DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV)	34
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	39
3.1 TIPO DE ESTUDO	39
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	39
3.2.1 O município de Tabatinga	39
3.2.2 A Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz	40
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	44
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	46
3.6 VARIÁVEIS ANALISADAS	46
3.7 ANÁLISE DE DADOS	48
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49

4. RESULTADOS	51
5. DISCUSSÃO	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
APÊNDICES E ANEXOS	74
APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA DA MATERNIDADE CELINA VILLACREZ RUIZ	74
APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	75
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS – TCUD	76
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	78
ANEXO C - CERTIFICADO DE VÍNCULO COM O PROGRAMA DE APOIO À PESQUISA UNIVERSAL AMAZONAS	83

INTRODUÇÃO

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), publicada em 1948, a saúde foi definida como um direito humano fundamental, que deve ser garantido pelo Estado através de políticas públicas de saúde, sem nenhum tipo de discriminação ou restrição (ONU, 1948). Entretanto, a efetividade desse direito vem sendo questionado diante das prerrogativas presentes nos diferentes sistemas de saúde, tendo em vista a gratuidade de alguns, enquanto outros partem do princípio contributivo, em que a população assalariada deve cooperar financeiramente para ter acesso aos serviços ofertados (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

A premissa de contribuição financeira desconsidera as iniquidades em saúde e os determinantes do processo saúde-doença, dificultando o livre acesso aos serviços por aqueles que mais necessitam. Em países cujo o sistema de saúde fundamenta-se na contribuição, é comum observar a migração populacional, de diferentes nacionalidades, em busca de atenção à saúde gratuita, principalmente em regiões de fronteira.

Especificamente no território brasileiro, o direito à saúde é garantido categoricamente na Constituição Brasileira de 1988, e posteriormente seus princípios e diretrizes foram detalhados através do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas regiões fronteiriças, a presença do SUS proporciona o acesso a saúde e a aplicabilidade desse direito humano a todo e qualquer indivíduo que busque e/ou necessite de atendimento, independentemente de sua nacionalidade (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013; BÜHRING, 2013).

Acredita-se que a saúde é um setor estratégico para o desenvolvimento sustentável e econômico de um território. Com isso a integração de ações e estratégias dos diferentes serviços de saúde, presentes em regiões de fronteira, fortalecem as políticas públicas de saúde dos diferentes países e deveriam ser considerados como prioridade nas suas agendas, não só desse setor, mas também na sua agenda econômica.

Entretanto, o que encontramos nas regiões de fronteira brasileiras são ofertas distintas de serviços de saúde, específicos de cada país, que atuam de maneira independente, ofertando serviços a uma população flutuante que ora usa os serviços do seu país, ora acessa os serviços do país fronteiriço. Diante da inexistência de políticas conjuntas de atenção às questões de saúde, observa-se dificuldades no enfrentamento de causas de morbimortalidade, na prevenção de vetores e doenças infecciosas e na assistência materno-infantil (GADELHA; COSTA, 2007).

Vale ressaltar que no Brasil, a cobertura assistencial da população que realiza essa migração para o território nacional não faz parte do planejamento financeiro e de gestão do SUS e de outros programas de assistência social. Diferentes autores apontam a importância da implementação de um sistema de cadastro e acompanhamento da população estrangeira assistida em nosso território uma vez que a mesma está presente nos indicadores dos programas ministeriais de forma não oficial (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015; ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Dentre os diversos serviços procurados pelos estrangeiros, destaca-se a rede de saúde materno-infantil, que pelo SUS proporciona cobertura desde o período gestacional, o pós-parto e o seguimento do recém-nascido. Sendo assim, a mulher que é atendida em território brasileiro, possui garantia da realização das consultas e exames pré-natais, vinculação ao local onde será realizado o parto, assistência obstétrica e a consulta puerperal de acompanhamento.

O Ministério da Saúde, com o objetivo de monitoramento, avaliação e subsídio para formulação de políticas públicas, estabeleceu, a partir da década de 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018). O referido sistema tem como fonte de informação a Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento de preenchimento obrigatório e reconhecido oficialmente em todo território nacional.

A DNV consiste em um formulário com informações referentes ao perfil epidemiológico e antecedentes obstétricos materno, além de dados referentes ao parto e recém-nascido. Seu preenchimento deve ser realizado para todos os nascidos vivos, independentemente do local do parto ou de quaisquer outras questões (BRASIL, 2011a).

Apesar das diversas estratégias e pactuações realizadas acerca da atenção à saúde materno-infantil promovidas pelo MS, a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal ainda se constituem como desafio perante à saúde pública brasileira (PACAGNELLA et al., 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os indicadores de mortalidade materna e infantil são sensíveis a condições de saúde e podem nos revelar vários aspectos de um território, como desigualdades sociais, desenvolvimento socioeconômico e qualidade de vida (LEAL et al., 2018; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

De forma que, a análise dos dados da DNV dos indicadores de saúde maternos e neonatais contribui com a quantificação e compreensão dos fenômenos ocorridos em vários níveis da

sociedade que reside e transita na região de fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. Local que possui especificidades que desafiam os fluxos assistenciais, inicialmente fundamentados em populações predominantemente urbanas

A tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru é uma região que possui especificidades que desafiam os fluxos assistenciais, que são geralmente fundamentados em populações predominantemente urbanas e localmente fixas. A análise dos dados das DNV preenchidas após os partos ocorridos na única maternidade pública desta região pode auxiliar a quantificação e compreensão do fenômeno migratório e suas repercussões na saúde de mulheres e seus bebês.

A presente dissertação visa a análise e descrição da assistência ao parto e recém-nascidos na maternidade pública de Tabatinga localizada na região da Tríplice Fronteira do Amazonas, partindo do pressuposto que a atenção qualificada à saúde perpassa questões como nacionalidade e local de residência, interferindo no acesso aos serviços de atenção materno-infantil.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar os resultados da assistência ao parto e recém-nascido em uma maternidade na tríplice fronteira do Amazonas.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a organização dos serviços e o perfil das mulheres que acessam a rede de saúde materno-infantil nessa região;
- Analisar os indicadores obstétricos e perinatais relacionados ao pré-natal, parto e pós-parto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A TRÍPLICE FRONTEIRA DO AMAZONAS: RELAÇÕES ENTRE BRASIL, COLÔMBIA E PERU

2.1.1 Caracterização geográfica e demográfica da Tríplice Fronteira Brasil/Colômbia/Peru

Fronteira é designada, geograficamente, como uma linha que demarca os limites de um território. Estabeleceu-se que a faixa de fronteira brasileira é de aproximadamente 150km de largura (BRASIL, 1979, 2005). Dentre as regiões fronteiriças ao longo do cenário brasileiro, dividiu-se o território nacional em três grandes arcos fronteiriços, sendo eles: Arcos Norte, Central e Sul.

A região do Arco Norte, responsável por 15,7% do total da faixa de fronteira, compreende os estados de Amapá, Pará, Roraima, Amazonas e Acre, e um total de 71 municípios. Dentre esses estados tem-se as seguintes sub-regiões: Oiapoque-Tumucumaque, Campos do Rio Branco, Parima-Alto Rio Negro, Alto Solimões, Alto Juruá e o Vale do Acre-Purus.

Especificamente o estado do Amazonas, apresenta, em seu território uma região de tríplice fronteira, interligando o Brasil com a Colômbia e o Peru. A primeira linha divisória entre Brasil e Colômbia ocorreu através do Tratado de Bogotá, em 1907, posteriormente, em 1928 o Tratado Lozano-Salomón cedeu o Trapézio Amazônico à Colômbia, o que firmou os limites entre Colômbia e Peru. De acordo com Levino e Carvalho (2011), a dimensão da fronteira Brasil-Colômbia é de aproximadamente 1.645 quilômetros, enquanto que a fronteira Brasil-Peru mede, aproximadamente, 1154 quilômetros.

Geograficamente, a Tríplice Fronteira do Amazonas é composta pelo município brasileiro de Tabatinga, o município colombiano de Letícia, e o distrito populacional peruano de Santa Rosa. Especificamente Tabatinga faz parte da microrregião amazônica do Alto Solimões, possui aproximadamente 52.272 habitantes, desses 69,55% residem em área urbana e 30,45% em zona rural. O município apresenta um índice de Gini acentuado de 0,661, e o IDHM médio de 0,616, em comparação com a capital do Amazonas, Manaus, onde observa-se o Índice de Gini de 0,633, o que demonstra maior desigualdade por rendimento na capital e IDHM de 0,737 (IBGE, 2010). Ressalta-se que a população descrita pelo censo não condiz com

a realidade municipal observada, uma vez que o regime de cheias e vazantes dos rios, bem como a migração pendular que ocorre por conta da fronteira, atuam diretamente na densidade populacional da região (IBGE, 2010; ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

O Alto Solimões possui densidade demográfica de 1,17hab/km² e Tabatinga de 16,15 hab/km², sendo, dessa forma, possível observar a maior concentração populacional na cidade, uma vez que a mesma possui maior oferta de serviços como educação, saúde, e acesso a oportunidades de emprego, em relação as outras cidades que compõe o Alto Solimões.

Além disso, o Ministério da Integração Nacional reconhece o município de Tabatinga como cidade-gêmea em relação a Letícia. Logo, entende-se que Tabatinga e Letícia são as únicas cidades-gêmeas, em território de tríplice fronteira, evidenciando mais uma especificidade dessa região, juntas, as duas cidades comportam mais de 90 mil habitantes, em uma região no interior amazônico (BRASIL, 2014a).

Ademais em 2014, a mesma publicação estabeleceu o conceito de cidade gêmea, a partir do Artigo 1º:

Serão considerados cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania (2014a, p.45).

Com relação a região colombiana e sua estruturação territorial, a Amazônia Colombiana caracteriza-se como a zona menos populosa do país, e tem como uma de suas principais cidades, Letícia, localizada na região sul do Departamento do Amazonas Colombiana (COLARES; AGUIAR; OLIVEIRA, 2016).

Na figura abaixo é possível observar o marco terrestre da fronteira entre os municípios de Letícia e Tabatinga.

Figura 1 - Marco da Fronteira entre Brasil e Colômbia.



Fonte: LAHPSA, 2018.

Dados de 2005 disponibilizados publicamente pelo *Departamento Nacional de Planeación* (DNP) e *Departamento Administrativo Nacional de Estadística* (DANE) relatam que o município de Letícia possuía aproximadamente 41.000 habitantes e densidade populacional de 7 hab/km², as projeções estatísticas apontam cerca de 42.280 habitantes em 2018 (LETÍCIA, 2017). Essa população está distribuída em um território de aproximadamente 5.892km², de forma que 63% está na área urbana e 37% em zona rural.

Em termos geográficos, o Peru é dividido em 25 regiões (ou departamentos) e a província de Lima, essas regiões subdividem-se em províncias, enquanto que estas se dividem em distritos. Dessa forma, Santa Rosa faz parte do departamento de Loreto, e do distrito do Yavari. A escassez de informações referentes ao distrito dificulta sua caracterização, o *Instituto Nacional de Estadística e Informática* (INEI), disponibiliza informação demográficas, por distritos, de forma que o distrito de Yavari possuía em 2015, aproximadamente 8.366 habitantes (INEI, 2017).

Por conta da proximidade entre os municípios colombiano e brasileiro, e o distrito peruano, nota-se frequentemente a migração pendular da população que, por vezes, trabalha em uma cidade, mas reside na outra. Dentre as principais atividades econômicas da região,

destacam-se o comércio de produtos importados e amazônicos e a pesca (SUÁREZ-MUTIS et al., 2010).

Dessa forma, entende-se que ao levar em conta as características geográficas regionais, a presença de grandes aglomerados populacionais do Arco Norte, em regiões ribeirinhas e rurais, bem como a conjuntura de especificidades irá propiciar um fluxo comercial e social próprio da região de fronteira, além da busca por atendimento e assistência à saúde, uma vez que cada país possui seu sistema de saúde, mas apenas o SUS proporciona acesso universal (PEITER, 2005).

2.1.2 Relações Fronteiriças na Amazônia

A dinâmica da região de fronteira estabelece relações sociais, econômicas e culturais que definem a região de maneira singular, especificamente na Tríplice Fronteira do Amazonas, é possível observar a influência multicultural nos diversos espaços, bem como a adequação comercial de acordo com os interesses populacionais.

No final da década de 1980, o governo brasileiro promoveu através da legislação federal as Áreas de Livre Comércio (ALC), com benefícios fiscais, buscando promover o comércio entre países. No estado do Amazonas, primeiramente a iniciativa foi vista na Zona Franca de Manaus, e posteriormente em Tabatinga (BRASIL, 1989). Dentre as medidas contidas na lei, estavam a isenção de tributos em produtos estrangeiros oriundos do porto, aeroporto ou posto de fronteira.

Enquanto isso, no início da década de 1990, a Colômbia também iniciava o projeto de estímulo e promoção do comércio nas fronteiras, que de maneira semelhante à legislação brasileira buscava criar condições favoráveis ao desenvolvimento econômico, bem como integração com os outros países (COLÔMBIA, 2011). Ademais, a partir do Decreto Nº 2.685 de 1999, Leticia foi definida como Unidade Especial de Desenvolvimento Fronteiriço, o que garantia benefícios para as mercadorias internacionais que adentravam a região através do Aeroporto e Porto de Letícia (COLÔMBIA, 1999; EUZÉBIO, 2014).

Foi então em 2008, que se criou a Zona de Regime Especial Fronteiriço, que regia um regime de facilitação comercial, na área urbana de Tabatinga e Letícia, através de medidas como a dispensa de apresentação de certificado de origem da mercadoria, isenção de taxas e/ou

valores que poderiam ser cobrados para, dentre outras especificações. Em 2015, a presidência da república promulgou esse acordo entre Brasil e Colômbia, fortalecendo a adoção do regime especial de comércio (BRASIL, 2015).

Devido aos diversos incentivos comerciais nos territórios brasileiro e colombiano, observa-se que ambos possuem um centro comercial bastante ativo, onde destaca-se o comércio de itens cosméticos e de perfumaria em Letícia, que atrai compradores de diversos países.

Entretanto, apesar do comércio desses itens, no interior do Amazonas a agricultura familiar ainda é responsável pela subsistência e associado ao extrativismo animal e vegetal auxiliam na manutenção comercial dos municípios e comunidades ribeirinhas. Como menciona Schor (SCHOR, 2015), a comercialização de produtos agrícolas na tríplice fronteira envolve aspectos ambientais e culturais, de forma a constituir uma complexa rede de abastecimento local. Grande parte dos agricultores são peruanos, que vendem seus produtos em Tabatinga, seja em bancas ao longo das ruas, ou na feira que ocorre nas proximidades do porto da cidade, nesse mesmo local também ocorre o comércio de peixes e animais da fauna silvestre amazônica (PINTO, 2015).

Figura 2 - Comércio de frutas e verduras, Tabatinga - AM, 2018



Fonte: LAHPSA, 2018

Dessa forma, entende-se que tais incentivos impulsionaram fortemente a migração pendular, o fluxo populacional e o comércio, gerando emprego, renda e até mesmo atividade turística na região. Observa-se que os limites fronteiriços permanecem como conceitos

geográficos e políticos, uma vez que a população local não estabelece barreiras e se sente confortável em estreitar relações e utilizar os serviços de educação, saúde e alimentação.

2.1.3 A Saúde na Fronteira

Na realidade da tríplice fronteira amazônica Brasil/Colômbia/Peru, é possível perceber a congruência entre os sistemas de saúde vigentes em cada país. Tais sistemas são acessados, das mais diversas formas, pelos cidadãos, que buscam respostas às suas necessidades de saúde. Dessa forma, faz-se necessário a caracterização da organização assistencial, com o objetivo de elucidar a produção do cuidado nesta região.

2.1.2.1 O Sistema de Saúde Colombiano e sua atuação em Letícia

Historicamente, é possível dividir o desenvolvimento dos sistemas de saúde na Colômbia em três grandes períodos. As mudanças políticas e sociais ocorridas com o passar das décadas foram fatores determinantes para a definição do modelo de sistema adotado, e para a atual situação de saúde nos departamentos e municípios colombianos.

O primeiro período iniciado em 1886 com a Constituição Colombiana, vai até meados de 1950, durante todos esses anos prevaleceu o modelo higienista, de modo que a higiene pública, responsabilidade do Estado, deveria prevenir as doenças agudas (QUEVEDO, 1996).

Por outro lado, a prevenção e tratamento das doenças crônicas era responsabilidade do indivíduo, para a população em situação vulnerável, via-se a atuação das igrejas, santas casas e instituições de caridade (QUEVEDO, 1996).

O segundo período, entre 1970 até 1989, é caracterizado pela criação do sistema nacional de saúde. Este, fundamentado no subsídio e com um esquema tripartite entre o Estado, os empregadores e os trabalhadores. Com esse modelo, apenas a população que reconhecidamente empregada era beneficiada com o sistema de saúde (LIZARAZO et al., 2011).

A maior reforma no sistema de saúde ocorreu durante o governo do presidente César Augusto Gaviria Trujillo, na década de 1990, que após forte imposição contra o narcotráfico,

retomou um programa de governo intitulado *Revolucion Pacífica* onde vários setores econômicos do país foram reformulados, incluindo a saúde (SANABRIA, 2012). Vale ressaltar, que também na década de 1990 houve incentivo técnico e financeiro de agências internacionais, como o Banco Mundial, para reformas nos sistemas de saúde, o que fez com que na Colômbia prevalecesse uma reforma pautada em ideias neoliberais, com ampla participação do setor privado e afastamento da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017; SANABRIA; CHAVES, 2014).

Dessa forma, o terceiro período ocorreu em 1993, caracterizado pela criação da Lei 100 e integração do sistema de saúde colombiano ao Sistema Geral de Seguridade Social (SGSS) (COLÔMBIA, 2011). A partir dessa legislação a saúde foi definida como um serviço público, de responsabilidade do Estado, de forma que a provisão dos serviços de saúde ocorre através das empresas privadas. Ou seja, o Estado garante o acesso aos serviços de saúde por meio de dois regimes: o contributivo, filiado aos trabalhadores e seus dependentes; e o subsidiado, que cobre a população em situação vulnerável.

O SGSS segue em desenvolvimento por todo território colombiano, especificamente o Amazonas Colombiano apresentou em 2012 apenas 18% da população no regime contributivo, 52% no regime subsidiado, enquanto 31% da população não estava assegurada de maneira alguma. Já Letícia, no mesmo ano, possuía 31% da população no regime contributivo, enquanto 69% só possuíam acesso aos serviços de saúde por subsídio estatal (DNP, 2015). Atualmente, a população de Letícia é coberta por 14 unidades de saúde, dentre essas hospitais e clínicas de pequeno porte, que ofertam serviços de baixa e média complexidade, enquanto os casos que requerem maior nível técnico-assistencial, são encaminhados para a capital Bogotá.

Em 2011 a Lei 1438 fortaleceu o SGSS, modificou alguns artigos da Lei 100 e definiu alguns indicadores prioritários, tais como morbimortalidade materna e infantil, acesso aos serviços de saúde e a vigilância epidemiológica (COLÔMBIA, 2011). Entretanto, observa-se que apesar da busca por melhorias, a disponibilidade de dados que caracterizem a situação de saúde nos municípios longínquos é premente.

2.1.2.2 O Sistema de Saúde Peruano e sua atuação em Santa Rosa

O desenvolvimento do sistema de saúde peruano encontrou entraves e dificuldades no cenário político nacional, que passava por períodos conturbados. Conseqüentemente, desde 1978, houveram diversas tentativas de implantar um sistema que sanasse as necessidades de saúde do país. De maneira similar aos outros países da América Latina, a década de 1990 foi decisiva para a estruturação das políticas e definição dos serviços de saúde peruano (LAZO-GONZALES; ALCALDE-RABANAL; ESPINOSA-HENAO, 2016).

Durante a década de 1980, o Peru vivenciava um período de grande intervenção estatal, o país concentrava suas atividades econômicas na indústria, não se via melhora nas condições sociais e de saúde da população. Entretanto, a década de 1990 foi marcada pela abertura do mercado, com fundamentação neoliberalista, conseqüentemente tais medidas trouxeram consigo a privatização dos serviços de saúde do país (SÁNCHEZ-MORENO, 2014).

No ano de 2002, a lei nº 27813 regulamentou o *Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud* (SNCDS), contudo o mesmo não prosperou e foi rapidamente desativado (PERU, 2002). Apenas em 2006 deu-se início a descentralização da saúde, de forma que os as responsabilidades de vigilância sanitária e prestação dos serviços foram transferidas para a esfera regional, de forma a facilitar o planejamento e execução das estratégias de atenção à saúde (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011; CAÑIZARES FUENTES, 2017).

O sistema de saúde vigente atuava pacotes de serviços de saúde para a população assegurada, e àqueles não assegurados deveriam pagar isoladamente por serviço. Tendo em vista a cobertura da população vulnerável e buscando facilitar o acesso à saúde, em 2009 tem-se a *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud* (AUS), que defende o direito à um seguro de saúde para qualquer cidadão que reside no Peru, esse seguro deve ter como base o *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud* (PEAS) (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011; CETRÁNGOLO et al., 2013)

Posteriormente, em 2013 à nível nacional iniciou-se um processo de reforma, pautado no direito humano à saúde, o que resultou na atual organização do sistema de saúde peruano, governado pelo *Ministerio de Salud* (MINSA) e supervisionado pela *Superintendencia de Salud* (Susalud) (MEZONES-HOLGUÍN et al., 2016). Resumidamente tem-se a oferta de 3 regimes: o regime subsidiado financiado por recursos fiscais, que cobre àqueles em situação de pobreza; o regime contributivo direto, financiado pelos empregadores, e que formam o *Seguridad Social*

en Salud: Seguro Social de Salud (Essalud); e o regime privado, financiado individualmente, pela adesão à planos de saúde (CAÑIZARES FUENTES, 2017).

Apesar de todas as mudanças no cenário peruano, em 2015 o país apresentava 72,9% da população com filiada a algum regime (INEI, 2015). Dados específicos da região do departamento de Loreto indicam que mais de 60% da população necessita do regime subsidiado para ter acesso aos serviços de saúde, em uma região que possui apenas 2,41% de todos os hospitais do Peru, 1,40% dos médicos, 1,99% dos enfermeiros e 2,94% dos obstetras (PERU, 2015).

Reitera-se a dificuldade em localizar os dados da região de interesse dessa pesquisa, o distrito de Santa Rosa permanece ausente na maioria das publicações nacionais. Dessa forma, questiona-se a que nível de cobertura assistencial se encontra essa população, já limitada por todas as características regionais e estigmatizada na fronteira do Amazonas.

2.1.2.3 O SUS e sua atuação na fronteira Brasil-Colômbia-Peru

O Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado em 1988 a partir de uma reforma sanitária com ampla participação social, expressa em seus princípios norteadores a equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 1990). São esses princípios que garantem a oferta de serviços de saúde, em todos os seus níveis de complexidade, a qualquer cidadão que se encontra em território brasileiro. Entretanto, o sistema enfrenta dificuldades e cria estratégias para a efetivação do direito humano à saúde ao longo dos 569 municípios da faixa de fronteira.

Vale ressaltar que o SUS possui financiamento federal, com participação estadual e municipal, com base de cálculo *per capita* regionalizada, ou seja, com base na população que reside no município. Contudo, em regiões de fronteira os serviços de saúde encontram dificuldades administrativas e financeiras em lidar com a demanda suplementar daqueles que não residem no território brasileiro (LEVINO; CARVALHO, 2011).

Na busca por estratégias que preparassem os municípios fronteiriços e os serviços da saúde para essa demanda, o Ministério da Saúde instituiu em 2005 o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras que trazia objetivos como planejamento integrado, reconhecimento de fluxo e demanda e a documentação dos gastos de 121 municípios

fronteiriços (BRASIL, 2005). Contudo, observou-se dificuldade de implementação e adesão da estratégia, sendo que Tabatinga não chegou nem a fase de adesão prevista pelo plano do SIS – Fronteiras.

A rede assistencial de Tabatinga passou por mudanças, e o ano de 2014 foi marcado pela inauguração da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e da Maternidade. Além disso, o município possui o Hospital de Guarnição de Tabatinga: administrado pelo poder executivo federal, através do Exército Brasileiro (EB), o Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Solimões (DSEI-Alto Solimões), e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde destacam-se São Francisco, e Santa Rosa, por serem as duas que apresentam o maior fluxo de população estrangeira.

Além disso, há ampla atuação da Coordenação Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais: unidade responsável pelo apoio diagnóstico e tratamento de pacientes diagnosticados com IST, AIDS e/ou hepatites virais.

Atualmente, a Rede Cegonha, a Atenção Básica e o programa de IST/AIDS e Hepatites Virais configuram-se como os mais buscados pelos estrangeiros. Dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga, relatam aproximadamente 3.004 estrangeiros acompanhados pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família. Do ano de 2012 até 2017, houveram 258 casos de tuberculose em pacientes estrangeiros, enquanto que no ano de 2016 a maternidade do município relatou aproximadamente 379 atendimentos a mulheres estrangeiras.

Portanto, observa-se que a atuação do SUS em região de fronteira segue como desafio para a saúde pública, tendo em vista a dificuldade de caracterização e inserção da população flutuante no planejamento estratégico e financeiro dos municípios. De modo a qualificar a assistência de acordo com as necessidades regionais, bem como aumentar a eficácia e atuação das equipes ao longo do território, e quem sabe, futuramente, exercer a administração integrada dos serviços de saúde, através de interesses e metas em comum.

2.2 ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL

2.2.1 Desenvolvimento das políticas públicas de atenção à saúde materno-infantil

Historicamente, a construção das políticas de atenção à saúde materno-infantil no país permeia o período do surgimento do SUS. As mudanças ocorreram a partir da necessidade de dicotomia entre a saúde da mulher e a atenção à saúde durante o ciclo gravídico-puerperal. De modo que, a participação social fora essencial para a construção da atual rede de saúde materno-infantil.

Observa-se que, a história das políticas públicas brasileiras voltadas a saúde materna e infantil tem início na década de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCR) a partir do Decreto-lei nº2024, que tinha como objetivo garantir proteção às crianças e as gestantes e mães que amamentavam, o DNCR foi atuante de 1940 até 1965 (BRASIL, 1971). Após esse período, já na década de 1960, as políticas assistenciais incentivadas na ditadura militar, proporcionaram força as instituições previdenciárias, gerando a mercantilização da assistência à saúde, e conseqüentemente um cuidado mais ambulatorial, individual e técnico.

Em meados de 1971, o Decreto nº 69.514 dispôs sobre as medidas de proteção materno-infantil, as diretrizes buscam assistir à gestante, bem como as crianças e lactentes (BRASIL, 1971). Em 1975 tem-se a criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), apresentando como propósito a redução da morbidade e mortalidade da mulher e da criança, também apresentava uma vertente voltada ao planejamento familiar, com o foco na garantia do nascimento de crianças saudáveis e gestações de baixo risco (CASSIANO et al., 2014). Entretanto, observava-se que o PNSMI era voltado ao binômio mãe- filhos e ao processo de reprodução, desconsiderando qualquer menção à saúde das mulheres que não estavam no período gestacional ou pós-parto, conseqüentemente, viu-se pouco impacto nos indicadores de saúde (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; SOUZA; TYRRELL, 2011).

Ainda na década de 1970, foi criado outro programa voltado a atenção a saúde materna, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) reforçava a busca por nascimentos saudáveis e com o mínimo de complicações maternas e neonatais, entretanto o foco pertencia à saúde da criança (ARAÚJO et al., 2014).

É a partir da década de 1980 que as políticas públicas deixam de privilegiar somente o período gravídico e passam a contemplar a saúde integral da mulher, a partir da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Souza e Tyrrell (2011) ressaltam que, no mesmo ano houve a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), concretizando a divisão entre a assistência voltada a mulher e a criança.

O PAISM envolveu a saúde da mulher a partir da adolescência até a terceira idade, posteriormente o programa viria a ser considerado um marco na saúde da mulher por conta do envolvimento do PAISM com os três níveis de assistência e comprometimento com ações de educação sexual, apoio psicológico e até em relação ao aborto seguro (BRASIL, 2004; RATTNER, 2014). Durante anos o movimento feminista apoiou e auxiliou internamente o fortalecimento e a implementação do PAISM, e vale ressaltar que as políticas de atenção a mulher evoluíram de acordo com o fortalecimento social feminino (DINIZ, 2012).

Ainda na referida década inicia-se um forte movimento em busca da humanização do parto e nascimento, tal movimento buscava a reflexão acerca das práticas adotadas diante desse momento na vida da mulher, e como ele vinha sendo conduzido de forma unilateral e mecanicista (SILVA et al., 2016).

Entretanto, apenas no ano 2000, através da Portaria nº 569, é que o Ministério da Saúde institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de incrementar a qualidade das ações de assistência obstétrica, e possuía como diretrizes o acesso ao atendimento digno durante a gestação, o direito ao acompanhamento pré-natal, a garantia do acesso à maternidade e à assistência ao parto e nascimento, e a humanização da atenção ao recém-nascido, sendo tudo coberto e garantido à nível federal, estadual e municipal (BRASIL, 2000).

Logo em seguida a implantação da PHPN, em 2003, o SUS iniciou uma nova fase com a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS. Diferentemente da PHPN, específica do parto e nascimento, a HumanizaSUS deve estar presente em todas as políticas, programas e serviços do SUS, através das seguintes diretrizes: acolhimento, gestão participativa, ambiência, clínica compartilhada e ampliada, valorização do trabalho e do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2004; MAIA et al., 2017b).

As diretrizes e aplicabilidades da PNH foram exemplificadas em cinco publicações, sendo elas: Volume 1 – Formação e Intervenções, Volume 2 – Atenção Básica, Volume 3 – Atenção Hospitalar, Volume 4 – Humanização do Parto e Nascimento e por fim, o volume 5 – Saúde Mental, todas apresentando resultados de experiências de humanização. Observa-se, portanto, que mudanças nas práticas assistenciais, fundamentadas nos princípios da humanização, obtiveram resultados positivos, que fortaleceram o caminho que iria subsidiar a criação da Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2014b).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde iniciou o processo de implementação da RC, que consiste em uma estratégia ministerial, implementada pela portaria nº1.459, como objetivo de garantir as mulheres o direito à um planejamento reprodutivo, e uma atenção humanizada e qualificada durante ao ciclo gravídico-puerperal, além de assegurar à criança um nascimento e crescimento seguros e saudáveis (BRASIL, 2011b).

Tais objetivos devem ser alcançados através de quatro componentes, sendo eles: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. A implementação da RC em todo o território nacional foi realizada através de pactuações à nível estadual e municipal, especificamente os representantes municipais deveriam assinar um termo se comprometendo com as metas a serem alcançadas (MAIA et al., 2017b).

Dessa forma, partindo do princípio que a RC visa a integração de diferentes pontos de atenção à saúde e que busca como resultado a integralidade, é de suma importância que o Estado e municípios direcionem seus esforços para o alcance das medidas que certifiquem maior qualidade assistencial durante o pré-natal, parto e pós-parto, fundamentado no que é estabelecido nacionalmente e internacionalmente.

2.2.3 Panorama atual da atenção ao pré-natal, parto e pós-parto no Brasil: diretrizes, recomendações e indicadores

A reorganização da atenção à saúde materna e infantil após a criação do SUS propiciou maior acesso aos serviços e mudanças significativas nos indicadores obstétricos e perinatais que permitem a avaliação da assistência durante o pré-natal, parto e puerpério. Contudo, deve-se levar em conta que ainda há muito em que se avançar, principalmente nas regiões de maior vulnerabilidade social, em que o acesso ainda está condicionado a presença de profissionais e garantia de cumprimento das recomendações ministeriais.

Em relação ao pré-natal, espera-se que o mesmo seja iniciado o mais breve possível, com acolhimento e acompanhamento adequados, uma vez que o início precoce se relaciona com melhores desfechos maternos e neonatais (VIELLAS et al., 2014). Dessa forma, atualmente o Ministério da Saúde preconiza que o pré-natal seja iniciado até a 16ª semana gestacional, que sejam realizados os exames de detecção para IST/AIDS/HIV e hepatites, além dos exames de acompanhamento da gestante, tais como hemograma, glicemia e exames de urina

ao longo dos trimestres (BRASIL, 2012a). Ademais, a recomendação ministerial é que a gestante seja vinculada durante o pré-natal ao local em que ela deseja ser assistida no trabalho de parto e parto e que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2011b).

Internacionalmente, as diretrizes mais recentes partiram da Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda oito consultas de pré-natal, fortalece a recomendação de ácido fólico e ferro e estimula o maior contato da gestante com os serviços de atenção à saúde. Além disso, tratam da importância da imunização e de uma alimentação saudável ao longo da gestação (WHO, 2016).

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde ainda não incorporou essas novas recomendações às suas diretrizes, e que tais adequações devem levar em conta os diferentes cenários do território brasileiro.

Tomasi et al. (2017), relatam as variações na qualidade assistencial do pré-natal nas diversas regiões do Brasil e nos diversos níveis sociais. O estudo ainda refere que o Norte apresentou valores críticos referentes à assistência pré-natal, quando comparado com as demais regiões.

Já em relação a atenção ao parto e nascimento, as diretrizes foram atualizadas através da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), em 2015 tem-se as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesarianas e 2016 a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Inicialmente, as publicações tem como objetivo incorporar à realidade hospitalar evidências científicas atualizadas, além de desconstruir o modelo intervencionista praticado ao longo das décadas (BRASIL, 2016a, 2016b).

Historicamente, o parto cesariano era àquele realizado quando a gestante apresentava dificuldades ou contra-indicações, especialmente durante o trabalho de parto e parto, ou seja, tinha-se como objetivo que o procedimento cirúrgico se tornasse uma ferramenta no combate à mortalidade materna (PARENTE et al., 2010). Contudo, o que se observou ao longo das décadas, foi a naturalização da cesárea, pois o que deveria ser realizado com real indicação e diagnóstico, se tornou sinônimo de rapidez e comodidade para os profissionais, que desconsideraram o processo fisiológico do nascer para o corpo feminino.

No Brasil, em 2016, 44,9% dos partos foram cesarianas, valor superior aos 15% recomendados pela OMS (WHO, 2015). Especificamente no Amazonas, dos 76.208 nascidos

vivos em 2016, 64,24% foram por parto cesáreo (BRASIL, 2016c). São valores como esses que reforçam a importância das novas diretrizes. Recomenda-se que o profissional forneça todas as informações sobre a forma de nascimento, bem como os riscos e indicações de realização da cesariana. Além disso, reitera-se que o acompanhamento pré-natal, com acolhimento, apoio emocional e psicológico, podem reduzir a ansiedade, e o medo associados aos partos vaginais. Contudo, as recomendações mantêm a autonomia feminina diante do próprio corpo, quando afirmam que, caso após todos os esclarecimentos, a mulher deseje realizar a cesariana, deve-se dar continuidade ao procedimento, com a devida atenção a recomendação de não realizar a cesariana programada antes das 39 semanas gestacionais (BRASIL, 2016b).

No período puerperal, estimula-se o vínculo entre a mãe e o bebê através do contato pele-a-pele, corte tardio do cordão umbilical e alojamento conjunto, respeitando a profilaxia para hemorragia pós-parto e o desfecho neonatal (BRASIL, 2016b). Vale ressaltar as duas publicações, acerca da atenção ao parto cesariano e ao parto vaginal, ambas resguardam o direito de escolha da mulher, assim como apresentam em seu corpo discursivo, critérios de risco de acordo com a condição clínica, e níveis de evidência e grau de recomendação.

Dessa forma, é possível observar que o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de atualização das práticas assistenciais no que se refere aos períodos do pré-natal, parto e nascimento. Contudo a realidade dos serviços e pontos de atenção da Rede Cegonha, demonstra que ainda há desafios a serem superados, principalmente no que diz respeito à formação, atualização e posicionamento dos profissionais que lidam com essas mulheres e famílias nesse momento particular de vulnerabilidade e descobertas.

2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC) E A DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV)

No território brasileiro, desde 2012 há uma legislação que torna obrigatório o uso da Declaração de Nascido Vivo (DNV) (BRASIL, 2012b), um formulário, com sequência numérica única, utilizado para obtenção de informações sobre o pré-natal, parto, nascimento e dados sociodemográficos maternos (STEVANATO; GAÍVA; MATHIAS, 2017). Os registros contidos na DNV alimentam um Sistema Nacional de Informações, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), e conseqüentemente auxiliam o desenvolvimento e a

avaliação de políticas públicas, voltadas para o combate da mortalidade materna e infantil (PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018)

O formulário da DNV é apresentado em três vias: a primeira via é encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde, onde será inserida no sistema; a segunda via, entregue a família, é utilizada para expedição da certidão de nascimento; por fim, a terceira via é incorporada ao prontuário e arquivada no estabelecimento de saúde de realização do parto ou de primeiro atendimento (OLIVEIRA et al., 2015).

Em 2011, o Ministério da Saúde, produziu um manual de preenchimento da DNV, com o objetivo de minimizar dúvidas e aprimorar o preenchimento dos dados. O referido manual continha orientações e conceitos sobre o preenchimento correto da DNV, que fora atualizada em 2010 para a inclusão de novos dados que permitissem uma melhor avaliação de diagnósticos e procedimentos realizados durante a gestação e na assistência ao trabalho de parto e parto (SILVESTRIN et al., 2018). Com essa medida pretendia-se reduzir o número de subnotificações e aumentar a qualidade dos dados epidemiológicos (BRASIL, 2011a).

Apesar dos investimentos federais, ao longo dos anos, para o sucesso na implementação da DNV e aumento da precisão do registro das informações, em determinadas regiões, como Norte e Nordeste, persistem dificuldades relacionadas a completude e qualidade das informações presentes nas declarações (ANJOS; BOING, 2016; SILVESTRIN et al., 2018). Como mencionam Girodo et al. (2015), a baixa qualidade das informações, principalmente em municípios de pequeno porte constitui-se um desafio para a análise dos fatores de impacto para a saúde materno-infantil.

O interesse em analisar os dados referentes à assistência materno-infantil a partir dos dados da DNV e os objetivos do milênio estabelecidos pelas Nações Unidas (UN, 2000) foram questões estimulantes para a realização de inúmeros estudos em diferentes regiões do país, para a para a avaliação da qualidade das informações contidas nas DNV. Dessa forma, dentre os estudos realizados que apresentam como objeto de estudo avaliar a qualidade e nível de completude dos dados disponibilizados no SINASC (GIRODO et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2011; PEREIRA et al., 2013; SILVESTRIN et al., 2018).

Com relação a cobertura do SINASC, Girodo et al. (2015) demonstraram que em cinco municípios mineiros de pequeno porte, 24,5% do total de DNV de 2008 não haviam sido informadas ao SINASC. A partir da busca ativa dessas DNV, os autores encontraram cobertura

inferior aos 90% preconizados pelo Ministério da Saúde, o que evidencia o contraste nesses municípios, quando comparados a regiões semelhantes que apresentam cobertura maior.

No Nordeste, especificamente em Pernambuco, Pereira et al. (2013) realizaram uma análise sobre a implantação do SINASC, a partir de um modelo lógico e seus componentes. Os resultados demonstraram que, apesar do SINASC estar classificado como “implantado” no estado, existem diferenças entre as regionais de saúde. Tais resultados concordam com Girodo et al. (2015), ao abordarem as especificidades regionais e a centralização do sistema como desafios à sua efetividade.

Ainda na região Nordeste, São Luís apresentou maiores percentuais de incompletude nas variáveis idade gestacional (17,33%) e ocupação da mãe (11,23%). Por outro lado, variáveis como peso ao nascer e Apgar no primeiro e quinto minuto foram classificadas com excelente completude (FARIAS-NUNES et al., 2016). Os autores identificaram que a cobertura estimada do SINASC estudado era regular, apesar de outros estudos (SILVA et al., 2013; SILVESTRIN et al., 2018) relatarem que já houve melhora na região.

No Vale do Juruá, mesorregião acreana, foi realizada uma análise comparativa entre os dados registrados no SINASC regional e os dados do Registro Civil. O estudo identificou que dos cinco municípios analisados, apenas um apresentou cobertura regular, enquanto os demais foram classificados como bom ou excelente. Os autores destacam ainda as especificidades da região, uma vez que a presença dos rios e de comunidades indígenas poderiam gerar alterações no fluxo convencional da DNV (DOMBROWSKI et al., 2015).

No Rio de Janeiro um estudo sobre a confiabilidade de dados do SINASC, utilizou informações de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer para avaliação da completude e comparação entre o SINASC com uma base de dados da UTI Neonatal. Dentre os achados, destacou-se a completude do SINASC acima de 90%, em todas as variáveis analisadas. Contudo, destacaram-se as discordâncias dos valores de idade gestacional e peso ao nascer entre as duas bases. No caso da idade gestacional, questionou-se o método de cálculo adotado na DNV, já com relação ao peso ao nascer, verificou-se que a transferência dos RN para a UTI Neonatal logo após o nascimento dificultou o preenchimento dessa informação (GUIMARÃES et al., 2012).

Sobre a completude dos dados disponibilizados no SINASC entre 2006 a 2010, Oliveira et al. (2015), relataram que o índice nacional de completude, dos partos assistidos em hospitais,

fora de 97,9%. Contudo, a região Nordeste foi a única a apresentar um valor inferior ao nacional (96,7%). De forma geral, os autores afirmam que o sistema de informação e o recebimento de dados eram oportunos, e atendiam a premissa inicial de auxílio ao desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a atenção a saúde materno-infantil.

Nesta perspectiva, Maia et al. (2017a), através do método *linkage*, entre o banco de dados do SINASC e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), observaram que a utilização deste método aumenta o percentual de completude entre as variáveis comuns aos sistemas. Verificou-se também que as variáveis: duração da gravidez, ocupação materna e raça/cor apresentaram menor completudes no SINASC. Por outro lado, destaca-se que, em todas as capitais, as variáveis: sexo do recém-nascido, idade materna, tipo de gravidez, tipo de parto e peso ao nascer foram qualificadas como excelentes.

A nível nacional, Guimarães et al. (2011) destacam o aumento na completude da maioria das variáveis maternas, e Frias et al. (2014) relatam melhoria na adequação das informações, principalmente no Norte e Nordeste, regiões que nas primeiras avaliações apresentaram elevados valores de incompletude. Tais achados demonstram os resultados dos incentivos e estímulos do governo federal no treinamento de recursos humanos, e criação de material de apoio e orientação.

Questões como escrita ilegível, dificuldades de comunicação e até o desconhecimento das informações pelas puérperas, são fatores que podem influenciar a ausência de dados, e aumento do número de variáveis incompletas e/ou ignoradas (BONILHA et al., 2018). A utilização dos manuais de preenchimento da DNV e a formação de recursos humanos através de capacitações, são ferramentas que devem ser estimuladas e utilizadas para melhoria da qualidade das informações (FARIAS-NUNES et al., 2016).

Durante a análise da literatura verificou-se que o maior número de pesquisas desenvolvidas utilizaram dados dos anos 2000 e início da década de 2010 (ANJOS; BOING, 2016; BONILHA et al., 2018; GIRODO et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2011, 2012; MAIA et al., 2017b).

Vale ressaltar que o uso dos Sistemas Nacionais de Informação, como fonte de apoio à gestão, é recente e permanece em constante desenvolvimento (PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018) (PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018). A ausência dos dados contidos nas variáveis maternas e obstétricas implica em dificuldades de identificação do perfil

epidemiológico e dos resultados perinatais de mulheres e recém-nascidos assistido em território brasileiro.

Além disso, o constante monitoramento das variáveis deve ser uma estratégia de gestão dos estabelecimentos de saúde e das Secretarias Municipais. Por conta das especificidades regionais e discreta representatividade nas bases bibliográficas, deve-se estimular a realização de pesquisas, utilizando os dados da DNV na região Norte, tais como o estudo de Dombrowski et al. (2015). Apesar das dificuldades descritas, a DNV permanece como ferramenta pertinente para o planejamento de ações voltadas à saúde materno-infantil no Brasil.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo de caso, de natureza transversal, a partir de dados secundários das DNV emitidas na maternidade pública de Tabatinga, no interior do Amazonas, entre 1 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017.

A análise descritiva epidemiológica, é primordial para a caracterização e distribuição, temporal e espacial, da população estudada (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011). Já o estudo de caso busca a compreensão de um fenômeno contemporâneo, em que se busca evidência a partir de vários métodos (YIN, 2015).

A utilização do estudo de caso como metodologia de pesquisa, reforça o objetivo de compreensão imersão nos fatos e fenômenos. Martins (2008), afirma que é possível adentrar em uma realidade social inalcançável em pesquisas apenas quantitativas. Sendo assim, o estudo de caso favorece a análise por múltiplas dimensões, a partir da descrição e discussão dos dados coletados.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

3.2.1 O município de Tabatinga

Para a realização deste estudo, selecionou-se a Região do Alto Solimões no Amazonas, especificamente o município de Tabatinga, por tratar-se de região de tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, no caso as cidades de Tabatinga, Letícia e o distrito populacional de Santa Rosa de Yavari, respectivamente.

Em relação aos serviços de saúde, quando se realiza a consulta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), verifica-se que há 27 estabelecimentos de saúde, administrados pela gestão pública (BRASIL, 2018). Dentre esses estabelecimentos encontram-se, por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a Maternidade, o Hospital de Guarnição, os núcleos de vigilância em saúde e

coordenação dos programas ministeriais. A Maternidade definida como local de realização dessa pesquisa, faz parte do Sistema Único de Saúde.

Diante das vivências e diferentes realidades observadas nessa região de fronteira, entende-se que tais serviços de saúde necessitam se adequar ao fluxo populacional, de modo a garantir a universalidade que o sistema de saúde preconiza. Dessa forma, justifica-se a escolha deste local de pesquisa, por conta de sua inserção regional e pertencimento à área de fronteiras, bem como pelas especificidades do uso dos serviços de saúde na região, tanto por brasileiros, como por estrangeiros.

Figura 2 - Tríplice Fronteira Amazônica.



Fonte: IBGE, 2009

3.2.2 A Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz

Conforme já mencionado, a Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz (MECVR) foi inaugurada no ano de 2014, já sob a ótica da Rede Cegonha. A instituição funciona ao lado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município. De forma que, as duas unidades dividem a mesma recepção e classificação de risco.

Figura 3 - Entrada da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz, Tabatinga - AM, 2018



Fonte: LAHPSA, 2018

Ainda com relação a infraestrutura da maternidade, de acordo com o CNES o local possui sete leitos obstétricos cirúrgicos e oitos clínicos. Além disso, possui 2 leitos pediátricos, uma unidade de isolamento, e três leitos para cuidados intermediários neonatais convencional e três para cuidados intermediários neonatal, modalidade canguru. Em algumas salas, e nos murais da maternidade foi possível observar que alguns informes e protocolos eram disponibilizados em português e/ou espanhol.

Destaca-se ainda que a maternidade possui uma sala reservada apenas para partos de mulheres indígenas. O referido local fora pintado por um artista indígena local, e todos os informes referentes a Rede Cegonha e as boas práticas de atenção ao parto e nascimento foram disponibilizados na língua Tikuna. Vale ressaltar que a etnia Tikuna é numerosa e presente na área Amazônica, principalmente dos três países aqui estudados.

Contudo, ressalta-se que durante o período observacional, a escassez de materiais era frequente, o que favorecia a transferência de algumas pacientes adultas e recém-nascidos para

o Hospital de Guarnição, ou para Manaus. Outro fato verificado foi que a sala de parto exclusiva para as indígenas também não foi utilizada.

Figura 4 - Informes em sala com leitos obstétricos, Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz, Tabatinga - AM, 2018



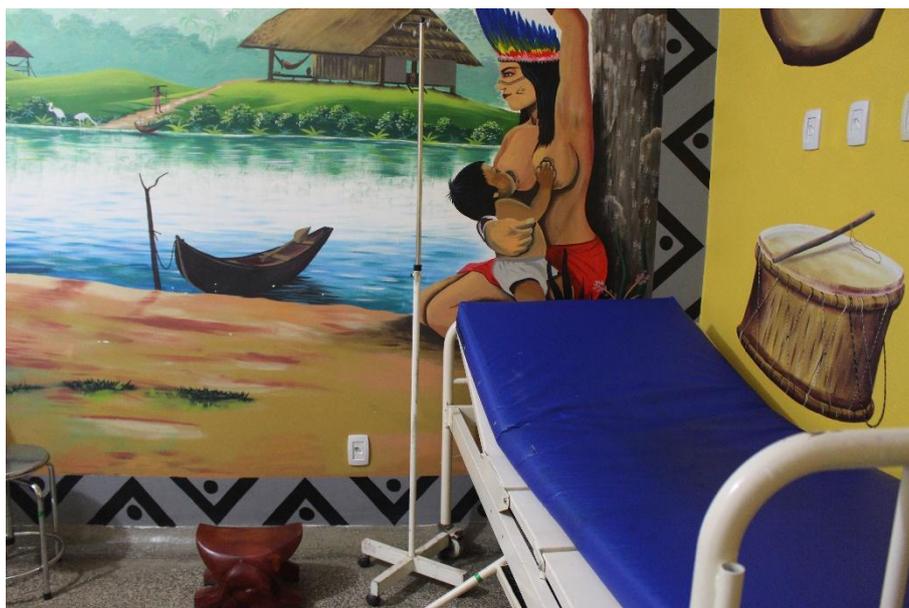
Fonte: LAHPSA, 2018

Figura 5 - Informes sobre a Rede Cegonha em idioma Tikuna, Tabatinga - AM, 2018



Fonte: LAHPSA, 2018

Figura 6 - Sala de parto para mulheres indígenas, Tabatinga - AM, 2018



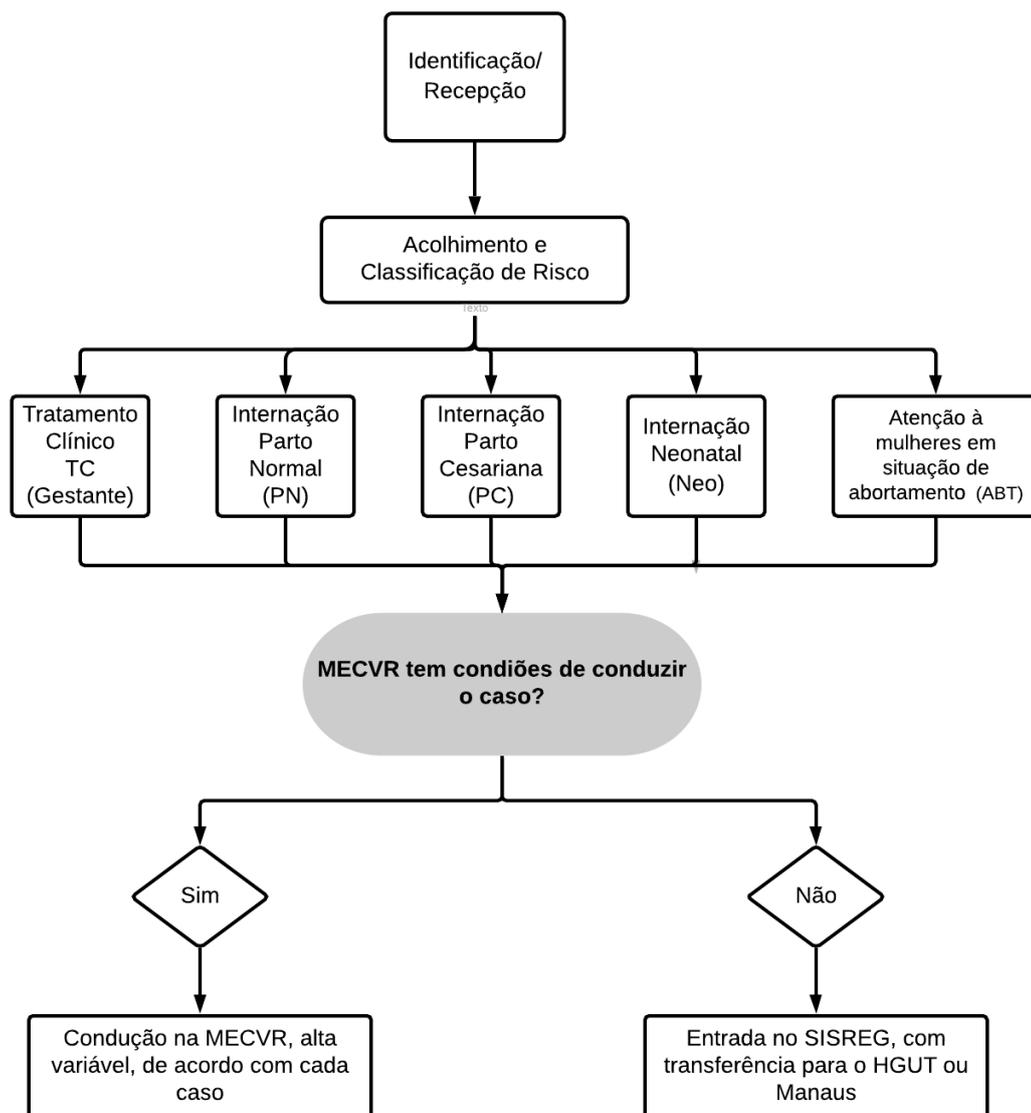
Fonte: LAHPSA, 2018

Com relação ao fluxo das mulheres na maternidade, o mesmo é pré-estabelecido pelos protocolos ministeriais, e fora resumido na Figura 6, a seguir. O tempo de permanência no período puerperal, e alta materna e do recém-nascido, são exemplos de situações adaptáveis. Que podem sofrer alterações, sendo essas necessárias para a adequação do serviço nesse território singular.

De acordo com o observado, a maternidade possui capacidade para condução de partos normais, operações cesarianas e tratamento clínico de gestantes e internações neonatais, além da assistência em situação de abortamento. Contudo, o fluxo é alterado caso a gravidez seja de risco, ou ocorra diagnóstico de quaisquer intercorrências relacionadas a mulher ou a criança, que estejam além da capacidade da instituição.

Em casos de transferência, as informações referentes a paciente são inseridas no Sistema de Regulação (SISREG), onde posteriormente é disponibilizada a transferência, que pode ocorrer para o Hospital de Guarnição (HGUT) no mesmo município, ou para um centro especializado em Manaus. Verificou-se que, em Manaus, o Instituto da Mulher Dona Lindu e as maternidades Ana Braga e Balbina Mestrinho, são as que comumente recebem as mulheres oriundas de Tabatinga, via SISREG.

Figura 7 - Fluxograma resumido de atendimento, Tabatinga - AM, 2018



3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

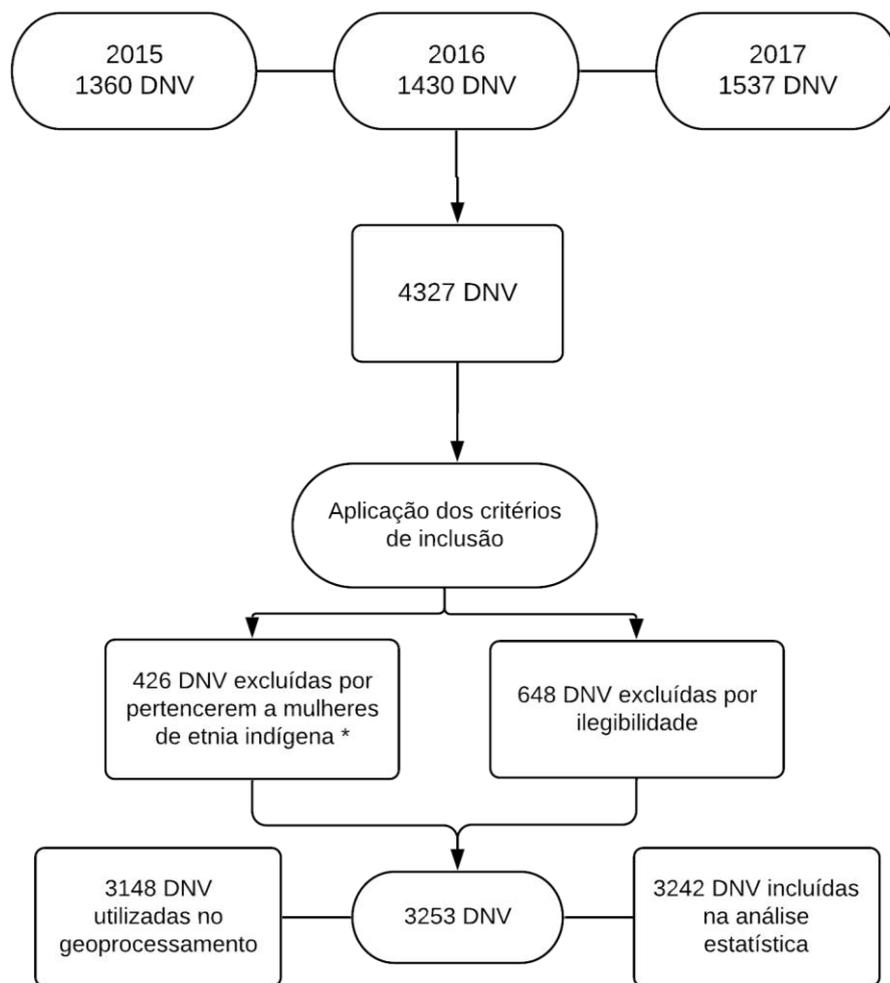
A população selecionada fora àquela que acessou o serviço da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz, entre o período de 2015 a 2017. Dessa forma, procedeu-se a busca das DNV emitidas durante este período, de forma que a população da pesquisa se constituía de: 1360 partos em 2015, 1430 partos em 2016 e 1537 partos em 2017.

Admitiu-se como critérios de inclusão: todas as DNV, legíveis, de gestantes não indígenas atendidas na Maternidade Estadual de Tabatinga, entre o período de 2015 a 2017. Ressalta-se que a distinção entre indígena e não indígena foi realizada a partir do dado

informado no campo raça/cor da variável materna das DNV. Sendo assim, a amostra final constituiu-se de 3253 partos, distribuídos entre os referidos anos. A figura 9, a seguir, apresenta o fluxograma com as perdas e a amostra final do estudo. Ressalta-se que, houve perda dos prontuários referentes aos primeiros 15 dias de julho de 2017, por armazenamento inadequado.

Figura 8 - Fluxograma de definição da população e amostra

Processo de definição da população e amostra



*Destaca-se que houve dificuldades na identificação do número exato de DNV de mulheres indígenas no ano de 2015. Sendo assim, estas foram dispostas nas DNV excluídas por ilegibilidade

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O procedimento referente à coleta dos dados secundários foi realizado nas cinco etapas descritas a seguir:

Primeira etapa: Apresentação do objeto e objetivo da pesquisa à secretaria municipal de saúde de Tabatinga, aos profissionais que compõe a rede municipal de assistência materno-infantil e à população, através de reunião previamente estabelecida e agendada;

Segunda etapa: Visita e familiarização nos departamentos assistenciais, de forma a possibilitar o correto registro e caracterização da organização dos serviços através de diário de campo;

Terceira etapa: Reunião com os setores responsáveis pelos bancos de dados, prontuários, e DNV onde solicitou-se os registros dentro dos critérios de inclusão e exclusão;

Quarta etapa: Coleta *in loco* das DNV e dos arquivos digitais, e início da montagem dos bancos de dados.

Quinta etapa: Primeiramente, aplicou-se os critérios de consistência nos bancos de dados, de forma a evitar a perda de registros e proceder ao correto manuseio, e em seguida a análise estatística e discussão dos dados obtidos.

Ressalta-se que, para melhor interpretação dos resultados quantitativos, fez-se uso de um diário de campo registrado ao longo do período de coleta de dados. Além disso, algumas entrevistas abertas com profissionais que atuam na maternidade, foram realizadas buscando a elucidação de algumas dúvidas e questões de interesse. Entretanto, tais entrevistas não são objeto de análise nessa dissertação.

3.6 VARIÁVEIS ANALISADAS

Referente à análise transversal e quantitativa do estudo, as variáveis foram categorizadas de acordo com os componentes da DNV (ANEXO A). O quadro a seguir contém os blocos temáticos e os respectivos dados que foram analisados nesta dissertação, apresenta-se também seus conceitos de acordo com o Manual de Preenchimento da DNV (BRASIL, 2011a) e as categorias de análise, ressalta-se que todos os dados foram retirados das DNV.

Quadro 1 - Variáveis analisadas

VARIÁVEIS ANALISADAS		
Bloco Temático: Identificação do RN		
SEXO	Dados	Masculino/Feminino
	Resumo	Sexo do recém-nascido verificado no momento do nascimento.
	Categorização	1 – Masculino / 2 – Feminino / 99 – Ignorado
PESO AO NASCER	Dados	Numérica
	Resumo	Primeiro peso avaliado após o nascimento.
	Categorização	1 - <2500g (Baixo Peso ao Nascer) / 2 - ≥2500g (Peso Adequado) / 99 - Ignorado
APGAR 1'	Variáveis	Numérica (0 a 10)
	Resumo	Aplicação do teste de Apgar no primeiro minuto de vida do recém-nascido para avaliar o ajuste imediato do RN à vida extrauterina
	Categorização	1 - Menor ou Igual a 6 / 2 - Maior ou Igual a 7 / 99 - Ignorado
APGAR 5'	Dados	Numérica (0 a 10)
	Resumo	Aplicação do teste de Apgar no quinto minuto de vida do recém-nascido para avaliar o ajuste imediato do RN à vida extrauterina
	Categorização	1 - Menor ou Igual a 6 / 2 - Maior ou Igual a 7 / 99 - Ignorado
Bloco Temático: Mãe		
ESCOLARIDADE	Dados	Sem Escolaridade/ Fundamental I (1ª a 4ª série) / Fundamental II (5ª a 8ª série) / Médio (antigo 2º grau) / Superior incompleto / Superior completo
	Resumo	Última série escolar concluída
	Categorização	1 - Sem escolaridade / 2 - Ensino Fundamental / 4 - Ensino Médio / 5 - Ensino Superior / 99 - Ignorado
IDADE	Dados	Numérica
	Resumo	Quantidade de anos completos, contados a partir da data de nascimento
	Categorização	1 - Abaixo de 20 anos / 2 - 20 – 34 anos / 3 -Maior ou igual a 35 anos / 99 - Ignorado
NACIONALIDADE	Dados	Brasil, Colômbia ou Peru
	Resumo	País de nascimento da mulher

	Categorização	1 – Brasileira / 2 – Peruana / 3 – Colombiana / 99 – Ignorado
SITUAÇÃO CONJUGAL	Dados	Solteira / Casada / Viúva / Separada judicialmente/divorciada / União estável / Ignorado
	Resumo	Mulher vive ou não na companhia de um companheiro (a)
	Categorização	1 - Sem companheiro / 2 - Com companheiro / 99 - Ignorado
Bloco Temático: Gestação e parto		
IDADE GESTACIONAL	Dados	Numérica
	Resumo	Total de semanas e dias de gestação no momento do parto, podendo ser calculada pela data da última menstruação, ou por ultrassonografia realizada (de preferência no primeiro trimestre de gestação)
	Categorização	1 - ≤ 36 semanas / 2 - ≥ 37 semanas / 99 - Ignorado
NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL	Dados	Numérica
	Resumo	Número de consultas realizadas para acompanhamento da gestação
	Categorização	1 - Não iniciou o pré-natal / 2 - Menor ou igual a 5 consultas / 3 - Maior ou igual a 6 consultas / 99 - Ignorado
MÊS DE GESTAÇÃO EM QUE INICIOU O PRÉ-NATAL	Dados	Numérica
	Resumo	Mês em que a gestante realizou a primeira consulta pré-natal
	Categorização	1 - Não iniciou o pré-natal / 2 - 1º trimestre / 3 - 2º trimestre / 4 - 3º trimestre / 99 - Ignorado
TIPO DE PARTO	Dados	Vaginal / Cesáreo
	Resumo	Via de parto utilizada para o nascimento da criança
	Categorização	1 – Vaginal / 2 – Cesáreo / 99 - Ignorado

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, com relação a análise dos dados quantitativos, estruturou-se um banco de dados no Programa *Excel* do pacote da *Microsoft Office* versão 2010, que posteriormente fora submetido para análise no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS - versão 19 para microcomputador.

A análise estatística descritiva baseou-se no cálculo de medidas de tendência central e de variabilidade, tais como médias e desvio padrão para as variáveis contínuas, respectivamente. Calculou-se a distribuição de frequência para variáveis categóricas. Posteriormente, realizou-se o teste Qui-Quadrado de *Pearson*, aplicando como variável de desfecho a nacionalidade materna.

Foi realizado o modelo de regressão logística binária, utilizando como variável de desfecho prematuridade, e variáveis de interesse: nacionalidade materna, consultas pré-natal e peso do recém-nascido. Incluiu-se no modelo as variáveis que apresentaram $p\text{-valor} > 0,20$ na análise bivariada. Já no modelo final permaneceram as variáveis que possuíam $p\text{-valor} > 0,05$. Ademais, utilizou-se os intervalos de confiança (IC) de 95% e o nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%. Os dados quantitativos estão dispostos em formato de gráficos e tabelas para maior exemplificação de suas informações.

Com relação aos dados referentes à residência, foram utilizadas as informações referentes aos endereços informados pelas mulheres no momento do preenchimento das DNV. Posteriormente realizou-se para o georreferenciamento desses endereços a nível de municípios e províncias. Para a criação dos mapas temáticos, fez-se uso do *software* livre QGIS v.3.6.2.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

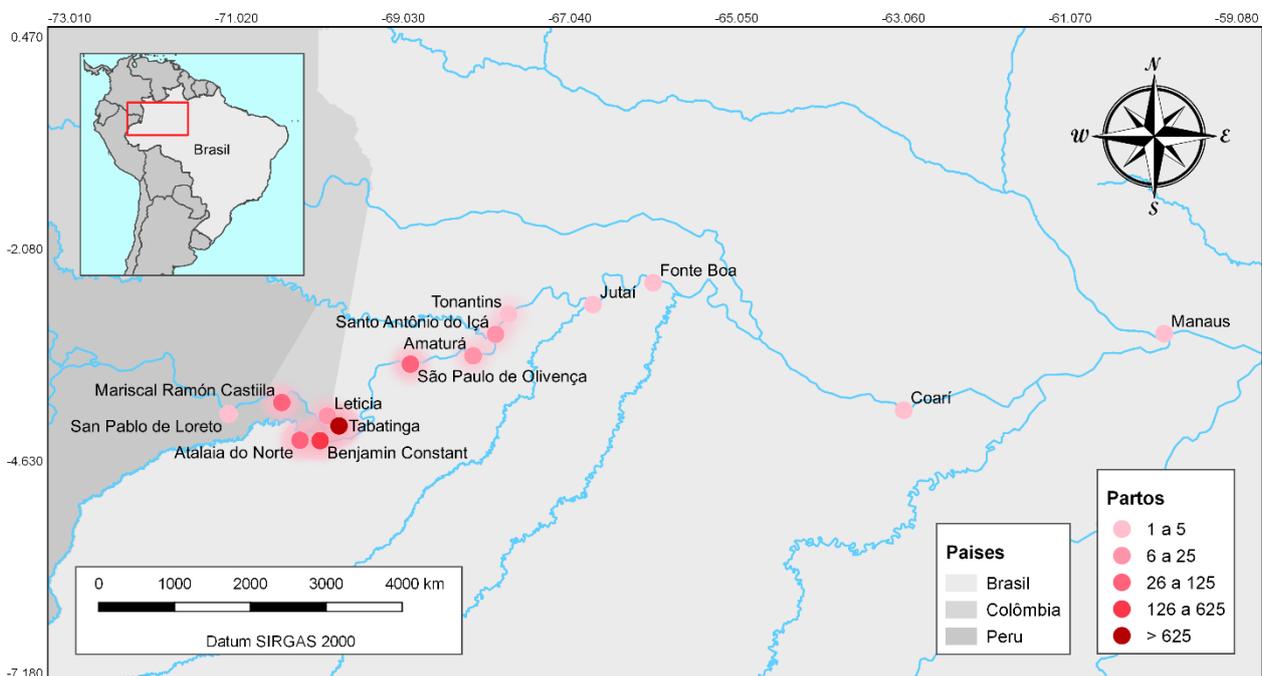
Por se tratar de estudo envolvendo seres humanos, esta pesquisa fundamentou-se na Resolução nº 466 de 2012 do conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Dessa forma, procedeu-se a obtenção de anuência da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) e da Maternidade Celina Villacrez Ruiz (APÊNDICE A e B), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil, sob número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 89682418.7.0000.0007, conforme parecer consubstanciado (ANEXO C).

Em relação aos bancos de dados e prontuários que foram acessados para análise do objeto desta pesquisa, fez-se uso de um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE C), que responsabiliza os pesquisadores quanto à utilização e publicação dos dados. Ademais, destaca-se que este estudo está incluído em um projeto mais amplo, aprovado por parecer *ad-hoc*, pela Fundação de Amparo à Pesquisa, através do edital nº002/2018, conforme anexo (ANEXO D).

4. RESULTADOS

Primeiramente realizou-se o geoprocessamento referente ao endereço de residência informado na DNV, e posteriormente a análise estatística das variáveis maternas e perinatais. Do total de 3253 partos assistidos no local de estudo, 3148 (96,77%) registros foram passíveis de georreferenciamento na escala de cidade e província. Através da figura 9, observa-se o local de residência, relatada pela mulher no momento de preenchimento da DNV, e o número de nascimentos que ocorreram em Tabatinga, oriundos dessas cidades ou províncias.

Figura 9 – Locais de procedência e número de nascimentos declarados das mulheres assistidas na maternidade municipal de Tabatinga, AM, 2018



Sendo assim, 14 cidades distintas foram relatadas, dentre elas 11 são brasileiras, duas no Peru e uma na Colômbia. A análise descritiva dos dados dos sociodemográficos, demonstrou grande variedade com relação a naturalidade materna, porém, a estratificação por local de residência demonstra concentração nos municípios adjacentes, pertencentes a microrregião do Alto Solimões.

Para a análise estatística considerou-se as 3242 DNV que apresentaram a variável “nacionalidade” preenchida. As características maternas estão dispostas na Tabela 1, a seguir. Observou-se que mais de 90% das mulheres das três nacionalidades se autodeclararam pardas. No que diz respeito a idade das mulheres, nas três nacionalidades detalhadas, todas apresentaram maior percentual de mulheres entre 20 a 34 anos. Contudo 27,8% possuíam menos de 20 anos de idade, sendo que, nessa faixa etária, a maior proporção foi de brasileiras.

A média geral de idade fora de 24,66 anos, enquanto que entre as brasileiras fora de 24,49, e peruanas e colombianas apresentaram 25,77 e 24,89, respectivamente (dados não apresentados em tabela). Com o auxílio da figura 10, abaixo, observa-se que os perfis etários das brasileiras e colombianas são semelhantes.

Verificou-se diferença estatisticamente significativa, com relação à escolaridade. De forma geral 86,3% das mulheres tiveram acesso à escola, seja no nível fundamental ou médio. As brasileiras apresentaram maior proporção (46,4%) de mulheres com mais de 9 anos de estudo, alcançando o ensino médio. Por outro lado, a maioria das peruanas estava no ensino fundamental (52,1%), e as colombianas apresentaram maior percentual (17,2%) de mulheres que tiveram acesso ao ensino superior.

A situação conjugal divergiu discretamente entre as nacionalidades estudadas. A maioria das mulheres declarou não possuir companheiro. Na análise total identificou-se que, 78,7% das mulheres afirmaram viver sem companheiro, enquanto que 21,3% relataram algum vínculo conjugal.

Tabela 1 - Distribuição proporcional das características maternas segundo nacionalidade. Tabatinga - AM, Brasil, 2015-2017

Exposição/ Desfecho	Nacionalidade				valor de p
	Brasileira	Peruana	Colombiana	Total	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Raça/Cor Materna					0,106

Parda	2402 (93,9)	354 (96,2)	127 (90,7)	2883 (94)	
Branca	126 (4,9)	10 (2,7)	12 (8,6)	148 (4,8)	
Preta	25 (1)	3 (0,8)	0 (0)	28 (0,9)	
Amarela	6 (0,2)	1 (0,3)	1 (0,7)	8 (0,3)	
Idade					
Abaixo de 20 anos	774 (28,5)	89 (23,3)	38 (26)	901 (27,8)	
20 - 34 anos	1675 (61,7)	240 (62,8)	94 (64,4)	2009 (62)	0,055
Maior ou igual a 35 anos	265 (9,8)	53 (13,9)	14 (9,6)	332 (10,2)	
Escolaridade					
Sem escolaridade	34 (1,3)	2 (0,5)	2 (1,4)	38 (1,2)	
Ensino Fundamental	1072 (39,9)	197 (52,1)	54 (37,2)	1323 (41,2)	
Ensino Médio	1248 (46,4)	162 (42,9)	64 (44,1)	1474 (45,9)	<0,001
Ensino Superior	335 (12,5)	17 (4,5)	25 (17,2)	377 (11,7)	
Situação Conjugal					
Sem Companheiro	2040 (78,7)	289 (79,2)	107 (77,5)	2436 (78,7)	
Com companheiro	551 (21,3)	76 (20,8)	31 (22,5)	658 (21,3)	0,923

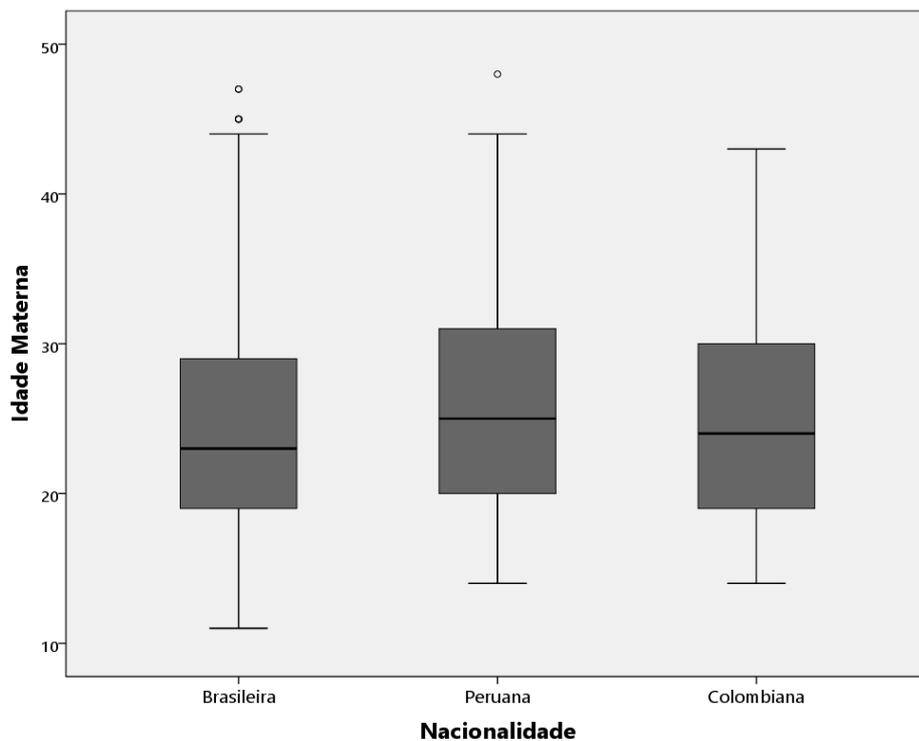


Gráfico 1 - Idade materna de acordo com a nacionalidade. Tabatinga – AM, Brasil, 2015 – 2017

Os resultados perinatais serão descritos a seguir, na tabela 2. No que diz respeito a paridade, observou-se diferenças estatisticamente significativas entre as nacionalidades. Grande parte das brasileiras e peruanas eram múltíparas (42,6% e 53,2% respectivamente). Por outro lado, as colombianas, em sua maioria, possuíam menos de duas gestações anteriores. O cálculo da média de filhos vivos revelou que, as peruanas apresentaram a maior média (2,81), seguidas das brasileiras (2,15) e colombianas (1,68) (dados não apresentados em tabelas).

Tabela 2 - Distribuição proporcional das variáveis perinatais segundo nacionalidade. Tabatinga - AM, Brasil, 2015-2017

Exposição/ Desfecho	Nacionalidade				valor de p
	Brasileira	Peruana	Colombiana	Total	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Gestações anteriores					
Nulípara	924 (34,2)	104 (27,4)	53 (36,6)	1081 (33,5)	
Primípara	625 (23,2)	74 (19,5)	47 (32,4)	746 (23,1)	<0,001
Múltípara	1149 (42,6)	202 (53,2)	45 (31)	1396 (43,3)	
Idade Gestacional					
≤ 36 semanas	285 (11,2)	29 (8,2)	5 (3,8)	319 (10,5)	
≥37 semanas	2257 (88,8)	326 (91,8)	128 (96,2)	2711 (89,5)	0,007
Consultas pré-natal					
≤ 5 consultas	827 (31,5)	196 (54,1)	75 (54,3)	1098 (35,1)	
≥ 6 consultas	1800 (68,5)	166 (45,9)	63 (45,7)	2029 (64,9)	<0,001
Trimestre de início do pré-natal					
Não iniciou o pré-natal	37 (1,5)	22 (6,6)	5 (3,9)	64 (2,2)	<0,001

1º Trimestre	1411 (57,3)	148 (44,3)	43 (33,6)	1602 (54,8)	
2º Trimestre	865 (35,1)	116 (34,7)	53 (41,4)	1034 (35,3)	
3º Trimestre	151 (6,1)	48 (14,4)	27 (21,1)	226 (7,7)	
Tipo de parto					
Vaginal	1626 (59,9)	259 (67,8)	108 (74)	1993 (61,5)	
Cesáreo	1088 (40,1)	123 (32,2)	38 (26)	1249 (38,5)	<0,001
Apgar 1'					
≤ 6	69 (2,6)	14 (3,7)	3 (2,1)	86 (2,7)	
≥ 7	1602 (97,4)	361 (96,3)	141 (97,9)	3104 (97,3)	0,392
Apgar 5'					
≤ 6	13 (0,5)	0 (0)	0 (0)	13 (0,4)	
≥ 7	2658 (99,5)	375 (100)	143 (100)	3176 (99,6)	0,282
Peso					
<2500g (Baixo Peso ao Nascer)	247 (9,2)	37 (9,8)	5 (3,4)	289 (9)	
≥ 2500g (Adequado)	2441 (90,8)	341 (90,2)	141 (96,6)	2923 (91)	0,051

As brasileiras tiveram a maior média de consultas pré-natal (6,79) e 68,5% realizaram seis consultas ou mais. Por outro lado, a maioria das estrangeiras realizou 5 consultas ou menos, sendo que a média de consultas entre peruanas é de 5,19 e entre colombianas 5,31. Através da análise da figura 11, a seguir observa-se que a distinção entre as nacionalidades e os grupos estudados.

Além disso, verificou-se que, quando comparadas as brasileiras, as estrangeiras iniciaram tardiamente o pré-natal. Tais contrastes relacionados ao pré-natal são evidenciados pelos valores de $p < 0,001$ nas duas categorias descritas acima.

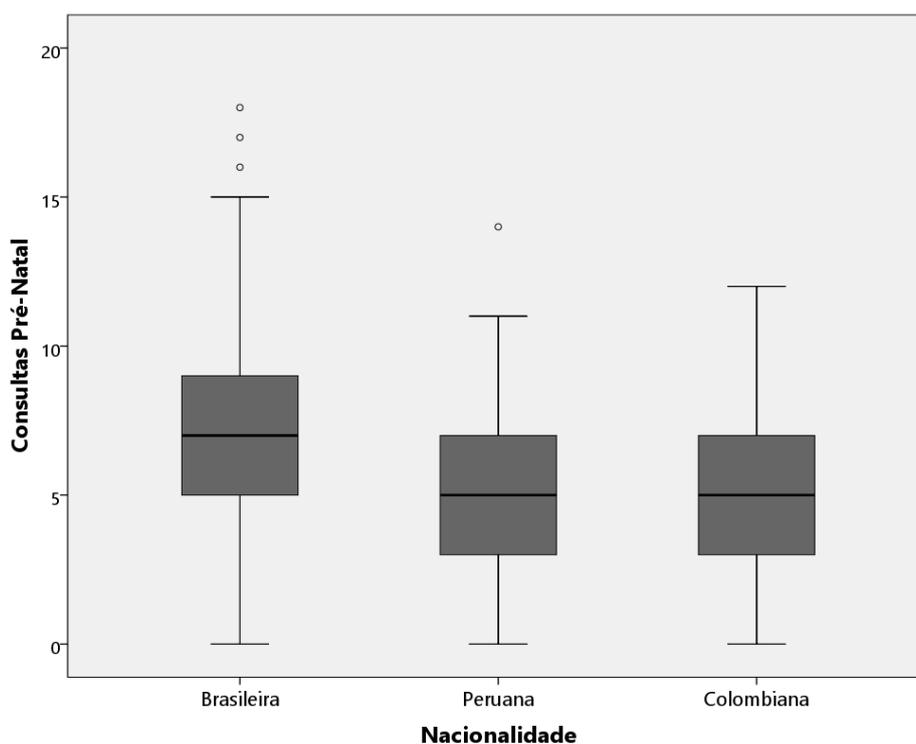


Gráfico 2 - Consultas pré-natal, Tabatinga - AM, Brasil, 2015 - 2017

Com relação aos recém-nascidos, verificou-se maior proporção (97,3%; 99,6%) de RN saudáveis, com Apgar igual ou maior que sete no primeiro e quinto minutos, respectivamente (Tabela 2). Menos de 1% das crianças apresentaram dificuldade na transição para a vida extrauterina, após o quinto minuto de vida. Destaca-se ainda que 9,8% e 9,2% das peruanas e brasileiras, respectivamente, deram à luz a crianças que apresentaram Baixo Peso (BP) ao nascer. O percentual geral de BP fora de 9%, entretanto o menor percentual (3,4%) está entre as colombianas.

Na maternidade analisada, 38,6% dos partos ocorreram por cesariana. Observou-se diferença estaticamente significativa considerando as três nacionalidades discutidas nesse estudo. As brasileiras apresentaram a maior proporção de cesárea (40,1%).

Por fim, a tabela 3 apresenta variáveis selecionadas, que foram significativas para o nascimento prematuro. Os resultados demonstram que, mulheres que realizaram 5 consultas ou menos possuem aproximadamente duas vezes mais chances de passarem por um parto prematuro.

Destaca-se ainda que, a nacionalidade estrangeira atua como fator de proteção para a prematuridade, tendo em vista que as maiores probabilidades deste evento estão relacionadas as brasileiras. Com relação ao peso do recém-nascido, constata-se a associação entre as variáveis, uma vez que RNs prematuros tendem a apresentar baixo peso.

Tabela 3 – Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística e avaliação dos riscos para prematuridade. Tabatinga - AM, Brasil, 2015-2017 (N = 2930)

Variáveis	β	IC 95%		<i>p</i>
		Min	Máx	
Nacionalidade				
Brasileira	1			
Peruana	0,542	0,344	0,855	0,002
Colombiana	0,313	0,121	0,810	
Consultas Pré-natal				
Menor ou igual a 5 consultas	2,333	1,782	3,054	<0,001
Maior ou igual a 6 consultas	1			
Peso do Recém-Nascido				
Baixo peso ao nascer	13,354	9,913	17,989	<0,001
Peso adequado	1			

5. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo destacam algumas singularidades na atenção as mulheres e bebês na região de tríplice fronteira amazônica. Algumas características maternas e obstétricas vão de encontro aos estudos nacionais que caracterizam a assistência materno-infantil no Brasil.

Observou-se que, significativamente, a nacionalidade interfere na dificuldade ou facilidade de acesso aos cuidados perinatais. A referida questão é observada, de maneira singular, uma vez que as brasileiras apresentam os melhores resultados nas categorias associadas a atenção ao pré-natal.

A análise da distribuição espacial das mulheres demonstra a fluidez característica do território fronteiriço. De acordo com o que fora informado pelos profissionais do local estudado, como não há solicitação de documento comprobatório, muitas estrangeiras relatam residência no Brasil, em casa de familiares ou colegas. Outra questão associada a esse fato é o medo impropriedade, de que o atendimento seja negado, caso elas relatem moradia no Peru ou Colômbia.

Especificamente nesse ponto discursivo concorda-se com o apresentado por Silva et al. (2017), quando os autores afirmam que há necessidade de refletir sobre a efetivação dos direitos sociais de estrangeiros que residem nas cidades fronteiriças. Da mesma forma, é premente estabelecer que o território em questão é fluído, ou seja, as interações sociais, culturais e a utilização dos serviços relacionados à saúde e educação, não respeitam as demarcações administrativas.

Ainda dentre os desafios enfrentados pela gestão do SUS em regiões de fronteira, a correta caracterização do usuário que adentra a rede se sobressai em Tabatinga. A dupla nacionalidade e a residência no país vizinho, são questões frequentes na região. Uma vez que há dificuldade na identificação, torna-se difícil exemplificar a necessidade de interação e diálogo entre as gestões administrativas dos sistemas de saúde envolvidos.

Tendo em vista que, o planejamento orçamentário leva em consideração o número de residentes no município brasileiro, fica claro que, tal fato implica em aumento nos gastos relacionados ao sistema de saúde, principalmente a nível municipal. Logo, o que fora observado

remete ao encontrado por Silva et al. (2017), onde os gestores relataram que a escassez nos registros dificulta a comprovação do uso da rede assistencial.

Entretanto, os desafios a serem enfrentados pelo SUS, nessa região, estão além da identificação dos usuários do sistema. Com relação a saúde das mulheres e crianças, a análise das variáveis de interesse desse estudo, demonstrou que diferentes nacionalidades, apresentam distintos resultados perinatais.

As três nacionalidades estudadas apresentaram elevados percentuais de gravidez na adolescência. Achados similares são discutidos em estudos brasileiros e colombianos (GAMA et al., 2014; JARAMILLO-MEJÍA; CHERNICHOVSKY, 2019; VIELLAS et al., 2014). Destaca-se ainda que, na Colômbia há maior probabilidade de gravidez em adolescentes com precária ou inexistente adesão aos seguros de saúde (JARAMILLO-MEJÍA; CHERNICHOVSKY, 2019).

A região Norte apresentou valores elevados com relação a ocorrência da gestação em adolescentes, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE, realizada em 2015 (FELISBINO-MENDES et al., 2018). O Amazonas ocupou a terceira posição, com relação ao percentual de escolares, do sexo feminino, frequentando o nono ano do ensino fundamental, que possuíam ao menos uma gestação anterior (IBGE, 2016).

Em âmbito estadual, a taxa de gravidez entre adolescentes durante os anos de 2006 a 2016 fora de 26,60%, valores inferiores aos relatados neste estudo (BRASIL, 2016c). Destaca-se ainda que, fatores frequentemente associados a ocorrência de gravidez na adolescência, como a iniciação sexual precoce e questões relacionadas ao baixo nível socioeconômico, foram observados na amostra estudada (FELISBINO-MENDES et al., 2018).

As diferenças estatisticamente significativas, encontradas entre as nacionalidades e escolaridade, espelham as distintas realidades dos municípios fronteiriços. Letícia possui sete escolas, e de acordo com o Ministério da Educação, Tabatinga possui vinte estabelecimentos de educação básica (COLOMBIA, 2018; INEP, 2019). Os dois municípios possuem unidades de ensino superior e profissionalizante, por outro lado, Santa Rosa possui uma escola para cada nível escolar, definidos como inicial, primária e secundária. Ressalta-se que não há registro de instituições de ensino superior no distrito (PERU, 2018).

Cabe destacar que os valores relacionados à situação conjugal das mulheres discordam dos apresentados por Viellas et al. (VIELLAS et al., 2014), tendo em vista que na amostra estudada pelos autores, 81,4% das mulheres relataram convivência com companheiro.

A análise dos resultados perinatais, demonstrou que apesar de conviverem na mesma região, há diferenças relevantes entre os aspectos da gestação e nascimento das mulheres atendidas. A atenção ao pré-natal é uma ferramenta essencial para a diminuição da mortalidade materna e neonatal. A Rede Cegonha estabelece como estratégias prioritárias o início precoce do pré-natal e a realização de no mínimo de seis consultas (BRASIL, 2011b; TOMASI et al., 2017)

Nacionalmente, a Região Norte apresentou os menores valores com relação ao início precoce e realização de seis ou mais consultas de pré-natal (VIELLAS E MARIO 2019). Resultados semelhantes foram abordados por Anjos e Boing (2016), onde os autores relatam que grande parte dos municípios da Região Norte, não realiza o número adequado de consultas pré-natal preconizadas pelo MS.

Contudo, quando comparadas com as estrangeiras, as brasileiras apresentam os melhores índices nessas categorias. Tais resultados podem ser um indicativo da disponibilidade de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo em vista a alta cobertura do pré-natal no país (VIELLAS et al., 2014).

Com relação ao cuidado pré-natal na Colômbia, o estudo publicado por Briceño-Ayala et al. (2015), demonstrou que havia diferenças estatisticamente significativas entre o cuidado pré-natal de mulheres afiliadas ao Regime Subsidiado (RS), quando comparadas às que são cobertas pelo Regime Contributivo (RC). Por exemplo no RC 74,4% das gestantes possuíam ao menos uma consulta pré-natal, no RS este valor era de apenas 48% (BRICEÑO-AYALA L; PINZÓN-RONDÓN ÁM; ZÁRATE-ARDILA CJ, 2015). Tais informações reforçam a hipótese de que, na região da Tríplice Fronteira, as mulheres que não possuem condições de se filiarem ao RC buscam a atenção pré-natal brasileira.

O estudo de Moore et al. (2017), que teve como objetivo identificar os determinantes que influenciam o início das consultas pré-natal, também fora conduzido em um distrito populacional da região de Loreto, nesse caso Belén, encontrou resultados levemente distintos ao desta pesquisa. Os autores relatam que, a média de início de pré-natal entre as peruanas é de 2,9 meses, contudo, no referido distrito a média é de 4 meses (INEI, 2012; MOORE et al.,

2017). Ademais, 98,8% das mulheres que iniciaram o pré-natal até a 12ª semana pertenciam ao seguro de saúde SIS, responsável pela cobertura dos serviços básicos, sem taxas de cobrança (MOORE et al., 2017).

Com relação a realização do pré-natal no departamento peruano de Loreto, a publicação governamental *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*, proporciona uma aproximação com os indicadores de saúde materna. Na publicação, o referido departamento apresenta os menores valores com relação ao percentual de mulheres que alcançaram atenção pré-natal, com um profissional de saúde qualificado (INEI, 2014). Conseqüentemente, também se observa a maior proporção de mulheres que não receberam os cuidados durante a gestação.

Tendo em vista as recomendações da Organização Mundial da Saúde para a atenção a gestação e puerpério, tanto Colômbia, quanto Peru e Brasil compartilham de premissas similares para os cuidados as gestantes durante o pré-natal (WHO, 2016). Tais semelhanças incluem o número e conteúdo das consultas, e inclusive a organização dos materiais de acompanhamento e promoção de saúde (MUNARES-GARCÍA, 2018). Conforme observado na figura 12, a seguir, até a caderneta da gestante é visualmente similar a versão que estava em vigor no Brasil antes de 2014.

Figura 10- Caderneta de cuidado pré-natal do departamento peruano de Loreto, Tabatinga - AM, 2018

The image shows a detailed prenatal care notebook form. At the top left, it is titled 'CARNET DE ATENCIÓN PERINATAL' and includes a logo for 'LORETO SALUD'. The form is divided into several sections:

- Top Left:** A graph showing 'INCREMENTO DE PESO MATERNO' (Maternal Weight Gain) in kg over weeks, with a shaded area indicating the normal range. Below it is a 'CITA DE CONTROL' (Control Appointment) table with columns for 'ANO', 'MES', 'DIA', and 'HORA'.
- Top Right:** 'SEÑALES DE PELIGRO' (Warning Signs) section with checkboxes for symptoms like 'Vómito persistente', 'Dolor de cabeza intenso', etc.
- Middle Left:** 'SEMANAS DE AMENORRÉA' (Menstruation Weeks) table with columns for 'SEMANA' and 'ATENCIÓN'.
- Middle Right:** 'FILIAÇÃO E ANTECEDENTES' (Family and History) section, including 'Antecedentes Obstétricos' (Obstetric History) with a tree diagram showing pregnancies, births, and abortions, and 'Antecedentes Personales' (Personal History) with checkboxes for various conditions like hypertension, diabetes, and allergies.
- Bottom Left:** 'DATOS BÁSICOS DEL EMBARAZO ACTUAL' (Basic Data of Current Pregnancy) section, including 'Fecha y hora atención', 'Peso habitual', 'Talla', 'Fecha última menstruación', and 'Fecha probable de parto'.
- Bottom Right:** 'Exámenes Laboratorio' (Laboratory Exams) section with a grid for recording results of various tests like Hemoglobina, Hematocrito, Glicemia, and VDRL/RPR.

Por outro lado, de acordo com a análise dos dados, as peruanas apresentam poucas consultas, início tardio do pré-natal e relações inversamente proporcionais entre escolaridade e paridade. Relacionam-se com esse achado, as instáveis condições de acesso à saúde e educação no município de Santa Rosa de Yavari (LEVINO; CARVALHO, 2011). Tais achados iluminam as desigualdades sociais presentes no território fronteiriço. Além disso, fatores como a presença de um sistema de saúde contributivo e a carência de profissionais, interferem na atenção à gestante, e favorecem a busca por atendimento no Brasil.

Vale ressaltar que, por conta da escassez de profissionais especialistas e de estrutura de maior complexidade, as gestantes de alto risco ou os recém-nascidos que apresentam condições clínicas complexas dificilmente permanecem na maternidade. Nesses casos, primeiramente os dados da mulher ou da criança são inseridos no Sistema de Regulação (SISREG). Por conta da proximidade, a transferência pode ocorrer para o Hospital de Guarnição do Exército Brasileiro (HGUT), presente em Tabatinga. Contudo, em alguns casos o deslocamento é para uma maternidade de referência da capital do Amazonas, Manaus.

De acordo com Menezes et al. (2018), a Região Norte apresentava concentração de instituições de referência na capital. Além disso, os achados dos autores de Azevedo Bittencourt et al. (2015), ilustravam a necessidade de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), da referida região, principalmente nos municípios do interior do Estado. Destaca-se que, no Norte, aproximadamente 63,3% dos recém-nascidos, com risco obstétrico nascem em instituições que não possuem UTIN, e 59,5% onde não há profissional médico pediatra (DE AZEVEDO BITTENCOURT et al., 2015).

Reitera-se que as categorias relativas ao recém-nascido apresentaram valores satisfatórios. Supõe-se que esses achados estão relacionados a ocorrência dessas transferências, o que caracteriza maior percentual de nascimentos de risco habitual no local de estudo.

Contudo, a análise da taxa de prematuridade e sua relação com as variáveis maternas e de cuidados pré-natal, apresentou resultados significativos. Através dos dados da Pesquisa Nascer no Brasil, verificou-se que apesar da elevada taxa de prematuridade nacional (11,5%), na Região Norte esse valor fora ainda maior, chegando a 13% (LEAL et al., 2016).

Conforme mencionado por Lansky et al. (2014), a Região Norte apresenta alarmantes valores de mortalidade neonatal, associada a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Os resultados do estudo conduzido por Guimarães et al. (2017), que utilizou dados do SINASC,

assemelham-se aos discutidos nesta pesquisa. Houve associação entre o número de consultas pré-natal e a via de parto, com a prematuridade dos recém-nascidos. Os referidos autores também não encontraram associação entre a escolaridade materna, e o nascimento pré-termo.

Com relação ao tipo de parto, em 2014, 47% dos partos da Região Norte foram cesarianas. Especificamente no Amazonas, no mesmo ano o percentual fora de 38% (UNICEF, 2017). Por conta das características da região, tais como a presença de parteiras tradicionais, questiona-se quais motivos incitam as elevadas taxas de procedimento cirúrgico.

De maneira geral as colombianas apresentaram mais anos de estudo, menor paridade e menor proporção de cesariana. Tais resultados concordam com a percepção dos profissionais e gestores, que relatam perfis distintos entre as estrangeiras assistidas. Neste ponto, destaca-se que, quando os profissionais relatam tais diferenças, comentários tendenciosos são direcionados as colombianas. Uma vez que, na visão desses profissionais as peruanas realmente necessitam do atendimento ofertado, enquanto a maiorias das colombianas atendidas no Brasil, possuíam condições financeiras de utilizarem os serviços de seu país de origem.

Com relação aos dados referentes à prematuridade, observou-se que as relações entre as variáveis, fortalecem a premissa de promoção de saúde de um sistema universal em território fronteiriço. Conforme observado por Oliveira et al. (2019), o cuidado pré-natal possui efeito direto com relação ao nascimento pré-termo. Questiona-se quais outros fatores, sociais ou perinatais, relacionam-se com a maior probabilidade de prematuros entre as brasileiras.

Inicialmente, entende-se que as premissas dos sistemas colombiano e peruano interferem nessa questão. Uma vez que, as gestantes estrangeiras, que possuem gravidez de risco e são filiadas ao sistema de origem, comumente são encaminhadas para Bogotá ou Iquitos. Sendo assim, supõe-se que as colombianas e peruanas atendidas na MECVR, não possuem acesso ao sistema de saúde do seu país natal, e por consequência buscam o SUS.

A carência de estudos epidemiológicos, que caracterizem a região amazônica, e as fronteiras do Arco Norte, especialmente no que diz respeito a assistência à mulher e a criança, constitui-se como um dos desafios para o diálogo entre os diversos cenários observados no país. Dentre as limitações desse estudo, pode-se citar o preenchimento deficiente das DNV, que impossibilitou algumas análises. Ademais, entende-se que o reconhecimento do local de realização do pré-natal, se foi no Brasil, na Colômbia e no Peru também proporcionaria uma descrição mais apurada dessa variável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados observados com relação a atenção as mulheres e crianças na região, evidenciaram que, o perfil sociodemográfico e obstétrico das colombianas é mais próximo ao das brasileiras. Certamente, o desenvolvimento municipal, com conseqüente urbanização de Letícia e Tabatinga, quando comparadas com Santa Rosa do Yavari, favorece o acesso aos serviços de saúde.

Destaca-se que, os achados referentes ao cuidado pré-natal fortalecem as premissas de construção do Sistema Único de Saúde. Partindo de uma atenção básica, atuante e presente, com o objetivo de garantir acesso à saúde a todos que necessitam. Sendo assim, o pré-natal brasileira manifesta-se como eficaz ferramenta de combate à mortalidade materna e neonatal.

A busca por uma fonte de dados que apresentasse dados fidedignos, com relação a nacionalidade materna, proporcionou um trajeto metodológico desafiador. Entretanto, tais dados foram essenciais para a descrição e análise detalhada dos resultados perinatais das mulheres atendidas na Tríplice Fronteira do Amazonas.

O cenário observado em Tabatinga é diferente das “crises migratórias” observadas em outras fronteiras da América Latina e Europa. Afinal, há muito tempo, a população que reside e transita na área, não assimila fronteira com divisão. Além disso, é perceptível a necessidade de interação e comunicação entre os países vizinhos, tendo em vista que grande parte das políticas são planejadas nacionalmente, suprimindo as características do território em que será executada. Dessa forma, as regiões de fronteira apresentam-se como um desafio para o cumprimento dos pressupostos, recomendações e metas federais.

Diante do que foi exposto, observou-se a preservação do princípio da universalidade, previsto pelo SUS, que atua em contraposição aos sistemas colombiano e peruano. Por fim, é inteligível a atuação do sistema de saúde brasileiro, como promotor dos direitos humanos, principalmente na preservação da atenção integral as mulheres e crianças, em área de fronteira.

REFERÊNCIAS

ALCALDE-RABANAL, J. E.; LAZO-GONZÁLEZ, O.; NIGENDA, G. Sistema de salud de Perú. **Salud Pública de México**, v. 53, n. supl.2, p. S243-54, 2011.

ALMEIDA FILHO, N. DE; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Grupo Gen - Guanabara Koogan, 2011.

ANJOS, J. C. DOS; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 835–50, 2016.

ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000–7, 2014.

BONILHA, E. DE A. et al. Cobertura, completude e confiabilidade das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de maternidades da rede pública no município de São Paulo, 2011*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, p. 1–9, 2018.

BRANCO, M. L.; TORRONTEGUY, M. A. A. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 932–45, 2013.

BRASIL. Decreto nº 69.514, de 9 de novembro de 1971. Dispõe sobre a execução de medidas de proteção materno infantil e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 1971. p. 9105. 1971.

BRASIL. Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei no 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2 mai. 1979. p.1. 1979.

BRASIL. Lei nº 7.965, de 22 de dezembro de 1989. Cria Área de Livre Comércio no Município de Tabatinga, no Estado do Amazonas, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 mai. 1989. p.1. 1989.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. p. 18055. 1990.

BRASIL. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000. p. 4-6. 2000.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1 ed. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1120, de 06 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2005.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Lei 12.662. de 5 de junho de 2012. Assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo - DNV, regula sua expedição, altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 2012. p. 3. 2012b.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Portaria nº 125, de 21 de março de 2014. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2014a.

BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 8.596, de 18 de dezembro de 2015. Promulga o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Colômbia, para o Estabelecimento da Zona de Regime Especial Fronteiriço para as Localidades de Tabatinga, Brasil, e Letícia, Colômbia, firmado em Bogotá, Colômbia, em 19 de setembro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Informações de saúde. Estatísticas vitais. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Informações de Saúde. **Estatísticas Vitais**, 2016c. Disponível em: <<<http://tabnet.datasus.gov.br>>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - Consulta Estabelecimento - CNES**, 2018. Disponível em: <<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Informações de Saúde. **Estatísticas Vitais**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 16 mar. 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº1459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2011b.

BRICEÑO-AYALA L, L.; PINZÓN-RONDÓN ÁM, Á. M.; ZÁRATE-ARDILA CJ, C. J. Acceso, seguridad e integralidad en registros de gestantes colombianas entre los años 2007 al 2009. **Ciencias de la Salud**, v. 13, n. 3, p. 355–67, 2015.

BÜHRING, M. A. **Direitos humanos e fundamentais, migração nas fronteiras Brasil e Uruguai: uma análise dos déficits do direito social à saúde da mulher nas cidades gêmeas: Santana do Livramento-BR/Rivera-UR e Chuí-BR/Chuy-UR.** 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

CAÑIZARES FUENTES, W. R. Evolución del sistema de salud de Perú: buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014. **Anales de la Facultad de Medicina**, v. 78, n. 4, p. 445–51, 2017.

CÁRDENAS, W. I. L.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, 2017.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 6, n. 2, p. 227–44, 2014.

CETRÁNGOLO, O. et al. **El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva.** Lima: OIT, 2013. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf> . Acesso em: 20 de fev. 2019.

COLARES, M. L.; AGUIAR, L. P. P. DE; OLIVEIRA, F. L. Políticas públicas na Amazônia e sua interface com as cidades fronteiriças de Tabatinga/Brasil e Letícia/Colômbia. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Regional**, v. 4, n. 1, p. 207–25, 2016.

COLOMBIA. Decreto 2685 de 1999. Por el cual se modifica la Legislación Aduanera. **Diario Oficial N.º 43.834.** 1999.

COLOMBIA. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. **Diario Oficial N.º 47.957.** 2011.

COLOMBIA. Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. **Instituciones educativas de Letícia,** 2018. Disponível em: <<https://www.datos.gov.co/Educaci-n/Instituciones-educativas-de-Leticia/bxwz-qskt/data>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

DE AZEVEDO BITTENCOURT, S. D. et al. Neonatal care in Brazil: hospital structure and adequacy according to newborn obstetric risk. **Paediatrics and International Child Health**, v. 35, n. 3, p. 206–12, 2015.

DINIZ, S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 39, p. 125–32, 2012.

DNP. Departamento Nacional de Planeación. **Ficha de Caracterización - Letícia.** Bogotá - Colômbia: DANE, 2015.

DOMBROWSKI, J. G. et al. Effectiveness of the Live Births Information System in the Far-Western Brazilian Amazon. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1245–54, 2015.

EUZÉBIO, E. F. Fronteira e Horizontalidade na Amazônica: as cidades-gêmeas de Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia). **ACTA Geográfica**, v. 8, n. 18, p. 1–19, 2014.

FARIAS-NUNES, F. B. B. DE et al. Incompletude de informação de nascidos vivos em São Luís/MA no ano de 2012. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 3705–13, 2016.

FELISBINO-MENDES, M. S. et al. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. suppl 1, 2018.

FERREIRA, C. M. P. G.; MARIANI, M. A. P.; BRATICEVIC, S. I. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 4, p. 1137–1150, 2015.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. suppl 2, p. S214-26, 2007.

GAMA, S. G. N. DA et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S117–S127, 2014.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. DE. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, p. 1–21, 2017.

GIRODO, A. M. et al. Cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e potenciais fontes de informação em municípios de pequeno porte em Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 3, p. 317–24, 2015.

GUIMARÃES, E. A. DE A. et al. A descentralização do sinasc e a completude das variáveis da declaração de nascido vivo em municípios mineiros de 1998 a 2005. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 3, p. 832, 1 dez. 2011.

GUIMARÃES, E. A. DE A. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, p. 91–98, 2017.

GUIMARÃES, P. V. et al. Confiabilidade dos dados de uma população de muito baixo peso ao nascer no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos 2005-2006. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 694–704, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/>>. Acesso em 20 ago. 2018.

INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Loreto - Resultados Definitivos. In: **Resultados definitivos de los Censos Nacionales 2017**. 1. ed. Lima - PE: INEI, 2018.

INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012**. 1. ed. Lima- PE: INEI, 2012.

INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014**. Lima-PE: INEI, 2014.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2018**. Brasília – DF: INEP, 2019. Disponível em: <<http://inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>>. Acesso em 20 jan. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

JARAMILLO-MEJÍA, M. C.; CHERNICHOVSKY, D. Early adolescent childbearing in Colombia: time-trends and consequences. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. e00020918, 2019.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S192–S207, 2014.

LAZO-GONZALES, O.; ALCALDE-RABANAL, J.; ESPINOSA-HENAO, O. **El Sistema de Salud en Perú: Situación y Desafíos**. Lima: [s.n.].

LEAL, M. D. C. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, n. S3, p. 127, 2016.

LEAL, M. D. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915–28, 2018.

LETÍCIA, Alcaldia. **Población 2008**. Letícia – CO: 2017. Disponível em: <<http://www.leticia-amazonas.gov.co/indicadores/salud-2008>>. Acesso em 13 jun. 2018.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. DE. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, n. 5, p. 490–500, 2011.

LIZARAZO, C. G. et al. Breve historia de la salud ocupacional en Colombia. **Archivos de prevención de riesgos laborales**, v. 14, n. 2, p. 38–42, 2011.

MAIA, L. T. DE S. et al. Uso do linkage para a melhoria da completude do SIM e do Sinasc nas capitais brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1–13, 2017a.

MAIA, V. K. V. et al. Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha. **Revista de pesquisa (Online): cuidado é fundamental (Online)**, v. 9, n. 4, p. 1055–60, 2017b.

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 262–6, 2015.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisa no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 2, n. 2, p. e137077, 2008.

MEDEIROS, P. F. DE; GUARESCHI, N. M. DE F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 31–48, 2009.

- MENEZES, M. A. S. et al. Health facility structure and maternal characteristics related to essential newborn care in Brazil: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 8, n. 12, p. e021431, 2018.
- MEZONES-HOLGUÍN, E. et al. Promoción de los derechos en salud en Perú: Una aproximación desde la perspectiva de acción de la superintendencia nacional de salud. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, v. 33, n. 3, p. 520–528, 2016.
- MOORE, N. et al. Determinants of first trimester attendance at antenatal care clinics in the Amazon region of Peru: A case-control study. **PLOS ONE**, v. 12, n. 2, p. e0171136, 2017.
- MUNARES-GARCÍA, O. Validez de constructo, validez concurrente y confiabilidad de una escala de percepción de la calidad de la atención prenatal en gestantes peruanas. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v. 69, n. 2, p. 98, 2018.
- OLIVEIRA, M. M. DE et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 629–40, 2015.
- OLIVEIRA, A. A. et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo: da regressão logística à modelagem com equações estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, 2019.
- ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948.
- PACAGNELLA, R. et al. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 09, p. 501–6, 2018.
- PARENTE, R. C. M. et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. **Femina**, v. 38, n. 9, p. 481–6, 2010.
- PEITER, P. C. **A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- PEREIRA, C. C. DE B. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 13, n. 1, p. 39–49, 2013.
- PERU. Ley del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud. Ley n^o27183 de 2002. **Diario Oficial N^o. 41.903**. 2002.
- PERU. Ministerio de Educación. Estadística de la calidad educativa. **Servicios Educativos**, 2018. Disponível em: <<http://escale.minedu.gob.pe/padron-de-iiiee>>. Acesso em: 18 mar. 2019
- PERU, Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud del departamento Loreto. In: **Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades**. Lima, 2018. p. 8.
- PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S. DE; FIGUEIREDO, A. W. S. DE. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1859–70, 2018.

PINTO, M. A. T. **A caça e a pesca na beira de Tabatinga: um estudo do mercado de recursos naturais na tríplice fronteira Brasil - Colômbia - Peru**. Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia—Amazonas: Universidade Federal do Amazonas - Faculdade de Ciências Agrárias, 2015.

PNDU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília - DF: PNUD, 2013.

PNDU. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2015**. Brasília – DF: PNUD, 2015. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_overview_pt.pdf>. Acesso em 16 jun. 2018.

QUEVEDO, E. Políticas de salud o políticas insalubres? De la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX. **Biomédica**, v. 16, n. 4, p. 345–59, 1996.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 103, 2014.

SANABRIA, C. A. P. **Política de saúde na Colômbia: agenda e formulação nos anos 90**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2012.

SANABRIA, C. A. P.; CHAVES, S. C. L. Options and political stream in the formulation of the Colombian health system (Bill 100). **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, p. 35–49, 2014.

SÁNCHEZ-MORENO, F. El sistema nacional de salud en el Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, v. 31, n. 4, p. 747–53, 2014.

SCHOR, T. Redes, fluxos e abastecimentos de comida no Alto Solimões/AM: Reflexões sobre o papel das cidades e da produção rural no desenvolvimento local. **Revista Terceira Margem Amazônia**, v. 1, n. 5, p. 89–110, 2015.

SILVA, A. L. A. et al. Childbirth care in Brazil: a critical situation has not yet been overcome. 1999-2013. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 2, p. 129–37, 2016.

SILVA, R. S. et al. Avaliação da completude das variáveis do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc - nos Estados da região Nordeste do Brasil, 2000 e 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 2, p. 347–52, 2013.

SILVA, V. R. D; UGOSKI, D. D. R.; DRAVANZ, G. M. G. Negação de Direitos Socioassistenciais para Transfronteiriços Indocumentados: desafios para as cidades gêmeas / The Denial of Social Assistance Rights to Undocumented Transboundary People: challenges for twin towns. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 16, n. 1, p. 231–43, 2017.

SILVESTREIN, S. et al. Avaliação da incompletude da variável escolaridade materna nos registros das Declarações de Nascidos Vivos nas capitais brasileiras - 1996 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1–11, 2018.

SOUZA, M. H. DO N.; TYRRELL, M. A. R. Políticas de salud a la mujer en Brasil, 1974-2004. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 1, p. 70–6, 2011.

STEVANATO, J. M.; GAÍVA, M. A. M.; MATHIAS, T. A. DE F. Análise da qualidade do sistema de informações sobre nascidos vivos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 1–8, 2017.

SUÁREZ-MUTIS, M. C. et al. Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. **Mundo Amazonico**, v. 1, n. 0, 2010.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

ONU. Organização das Nações Unidas. **General Assembly. United Nations Millennium Declaration**. New York: UN, 2000.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S85–S100, 2014.

UNICEF. **Fundo das Nações Unidas para a Infância. Quem espera, espera**. Nova Iorque: UNICEF, 2017.

WHO. World Health Organization. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: WHO, 2015.

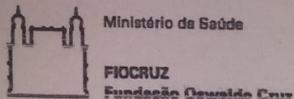
WHO. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra: WHO, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZASLAVSKY, R.; GOULART, B. N. G. DE. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3981–6, 2017.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA DA MATERNIDADE CELINA VILLACREZ RUIZ



TERMO DE ANUÊNCIA

À Direção da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz

Manaus, 26 de Abril de 2018.

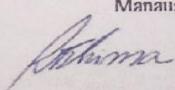
ASSUNTO: Solicitação de autorização para realização de pesquisa referente à assistência materno-infantil em Tabatinga

Eu, **Rodrigo Tobias de Sousa Lima**, pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FioCruz Amazônia, solicito a autorização à esta instituição para realização de pesquisa, denominada “Análise da Rede de Saúde Materno-Infantil na Tríplice Fronteira do Amazonas”. A pesquisa será realizada no município de Tabatinga, com acesso as informações disponibilizadas nos prontuários, e no banco de dados da referida maternidade, referentes à assistência prestada às gestantes e recém-nascidos atendidos no período de 2014 a 2017. Também serão realizadas entrevistas com os profissionais de saúde, gestores e com a população que utiliza a rede de saúde materno-infantil, afim de caracterizar a organização e dinâmica dos serviços. O objetivo principal da pesquisa é avaliar a rede de saúde materno-infantil no contexto da Tríplice Fronteira Brasil-Colômbia-Peru. Pretende-se realizar a pesquisa no período de julho de 2018 até julho de 2019, mediante aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa.

Diante do exposto, nos comprometemos:

1. Respeitar toda a legislação brasileira referente à realização de pesquisas envolvendo seres humanos;
2. Não utilizar a pesquisa para fins comerciais e não patentear quaisquer resultados;
3. Não expor os profissionais e a instituição envolvida na pesquisa ao constrangimento ou divulgação de dados pessoais;
4. Não utilizar fotografias, gravações ou filmagens para fins de divulgação indevida, senão a pesquisa.

Manaus, Amazonas 26 de Abril de 2018.

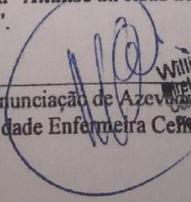

Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Pesquisador responsável

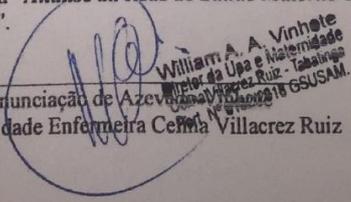
Eu, William Anunciação de Azevedo Vinholote

AUTORIZO

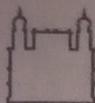
NÃO AUTORIZO

A realização da pesquisa intitulada “Análise da Rede de Saúde Materno-Infantil na Tríplice Fronteira do Amazonas”.


William Anunciação de Azevedo Vinholote
Diretor da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz


William A. A. Vinholote
Diretor da Upa e Maternidade
Celina Villacrez Ruiz - Tabatinga
18/04/2018 GSUSAM.

APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Ministério de Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD
INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia



TERMO DE ANUÊNCIA

Ao Secretário Municipal de Saúde
Marlen Riglison Silva Ferreira

Manaus, 26 de Abril de 2018.

ASSUNTO: Solicitação de autorização para realização de pesquisa referente à assistência materno-infantil em Tabatinga

Eu, **Rodrigo Tobias de Sousa Lima**, pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia, solicito a autorização à esta instituição para realização de pesquisa, denominada “Análise da Rede de Saúde Materno-Infantil na Tríplice Fronteira do Amazonas”. A pesquisa será realizada no município de Tabatinga, com acesso às informações referentes à assistência ao pré-natal, parto e pós-parto disponibilizadas nos prontuários e nos sistemas utilizados pela Atenção Básica. Também serão realizadas entrevistas com os profissionais de saúde, gestores e com a população que utiliza o Sistema Único de Saúde. O objetivo principal da pesquisa é avaliar a rede de saúde materno-infantil no contexto da Tríplice Fronteira Brasil-Colômbia-Peru. Pretende-se realizar a pesquisa no período de julho de 2018 até julho de 2019, mediante aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa.

Diante do exposto, nos comprometemos:

1. Respeitar toda a legislação brasileira referente à realização de pesquisas envolvendo seres humanos;
2. Não utilizar a pesquisa para fins comerciais e não patentear quaisquer resultados;
3. Não expor os profissionais e a instituição envolvida na pesquisa ao constrangimento ou divulgação de dados pessoais;
4. Não utilizar fotografias, gravações ou filmagens para fins de divulgação indevida, senão a pesquisa.

Manaus, Amazonas 26 de Abril de 2018.

Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Coordenador do Projeto

Eu, MARLEN RIGLISON SILVA FERREIRA

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

A realização da pesquisa intitulada “Análise da Rede de Saúde Materno-Infantil na Tríplice Fronteira do Amazonas”.

Marlen Riglison Silva Ferreira
Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS – TCUD

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS - TCUD

Eu, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz-Amazonia) e responsável pelo projeto “ANÁLISE DA REDE DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA TRÍPLICE FRONTEIRA DO AMAZONAS”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos bancos de dados e prontuários da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

A pesquisa tem como objetivo principal avaliar a rede de saúde materno-infantil no contexto da Tríplice Fronteira Brasil-Colômbia-Peru. Tem como objetivos específicos: Caracterizar a organização dos serviços e o perfil dos usuários que utilizam a rede de atenção à saúde materna e infantil na região de fronteira; Avaliar o desempenho dos componentes que compõe a rede de saúde materno-infantil: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico; Analisar as boas práticas de parto e nascimento realizadas na maternidade do município de Tabatinga; Compreender as redes vivas dos usuários na relação com a produção do cuidado e acesso à rede de saúde materno-infantil. A sua participação na pesquisa trará contribuições que podem subsidiar os debates acerca das políticas públicas e sua implementação no Amazonas, especialmente na região do Alto Solimões e na Tríplice Fronteira.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos bancos de dados e prontuários bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação ao sistema CEP/CONEP.

Local, data: _____

Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Pesquisador Responsável

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

I	Identificação do Recém-nascido	1 Nome do Recém-nascido	
	Local da ocorrência	Data e hora do nascimento	
		2 Data	3 Sexo
II	Local da ocorrência	4 Peso ao nascer	5 Índice de Apgar
		6 Detectada alguma anomalia ou defeito congênito? Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las	
		7 Local da ocorrência	8 Estabelecimento
III	Mãe	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)	10 CEP
		11 Bairro/Distrito	12 Município de ocorrência
		13 UF	14 Nome da Mãe
IV	Pai	15 Cartão SUS	16 Escolaridade (última série concluída)
		17 Ocupação habitual	18 Data nascimento da Mãe
		19 Idade (anos)	20 Naturalidade da Mãe
V	Gestação e parto	21 Situação conjugal	22 Raça / Cor da Mãe
		23 Logradouro	24 CEP
		25 Bairro/Distrito	26 Município
VI	Anomalia congênita	28 Nome do Pai	
		29 Idade do Pai	
		30 Histórico gestacional	
VII	Preenchimento	31 Data da Última Menstruação (DUM)	
		32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada	
		33 Método utilizado para estimar	
VIII	Cartório	34 Nº de consultas de pré-natal	
		35 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal	
		36 Tipo de gravidez	
37 Apresentação		38 Tipo de parto	
39 O Trabalho de parto foi induzido?		40 Nascimento assistido por	
41 Descrever todas as anomalias ou defeitos congênitos observados		42 Data do preenchimento	
43 Nome do responsável pelo preenchimento		44 Função	
45 Tipo documento		46 Nº do documento	
47 Órgão emissor		48 Cartório	
49 Registro		50 Data	
51 Município		52 UF	

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ADRIANO JORGE - FHAJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA REDE DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA TRÍPLICE FRONTEIRA DO AMAZONAS

Pesquisador: RODRIGO TOBIAS DE SOUSA LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89682418.7.0000.0007

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.763.838

Apresentação do Projeto:

Está em conformidade com a NORMA OPERACIONAL 001/2013 do CNS

Objetivo da Pesquisa:

a.Principal - Avaliar a rede de saúde materno-infantil no contexto da Tríplice Fronteira Brasil-Colômbia-Peru

b.Secundários –

- Caracterizar a organização dos serviços e o perfil dos usuários que utilizam a rede de atenção à saúde materna e infantil na região de fronteira;
- Avaliar o desempenho dos componentes que compõe a rede de saúde materno-infantil: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico;
- Analisar as boas práticas de parto e nascimento realizadas na maternidade do município de Tabatinga;
- Compreender as redes vivas dos usuários na relação com a produção do cuidado e acesso à rede de saúde materno-infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

a. Riscos - a participação nesta pesquisa é considerada de risco mínimo, pois não propõe nenhum tipo de intervenção de tipo biológico e cultural. Havendo risco do tipo psicológico, constrangimento e perda de sigilo das informações, os mesmos serão minimizados da seguinte

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778

Bairro: Cachoeirinha

UF: AM

Telefone: (92)3612-2428

CEP: 69.065-001

Município: MANAUS

E-mail: cep@fhaj.am.gov.br

Continuação do Parecer: 2.763.838

forma conforme descrito no projeto: “aos danos psicológicos ou constrangimentos, os pesquisadores assumem a responsabilidade de encaminhar os sujeitos entrevistado aos serviços especializados de saúde no município; para evitar a perda de sigilo de informação os pesquisadores se comprometem em serem rigorosos nos tratamentos dos dados que serão arquivados na instituição responsável.”

b. Benefícios – o benefício é social. Os resultados favorecerão: a) recondução de processos e procedimentos acerca do funcionamento da rede de atenção; b) proposição de protocolos internacionais de cooperação no uso racional dos sistemas de saúde universais entre Brasil, Colômbia e Peru; c) fornecimento de dados para a melhoria das condições sociais e de saúde de crianças e mulheres em regiões de grande vulnerabilidade social que, por conseguinte, impactará positivamente nos indicadores de vida e de saúde daquela população

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O acesso à saúde nas regiões de fronteira é uma temática que vem se destacando ao longo dos últimos anos, motivado especialmente pelo novo contexto de intensificação das interações transfronteiriças e da nova ordem econômica internacional.

Em 2003 deu-se início ao Projeto de Desenvolvimento Regional do Amazonas para o Zona Franca Verde – PRODERAM, desenvolvido pelo governo do estado do Amazonas com apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, que objetivava executar políticas regionais integradas nas áreas de desenvolvimento sustentável, saneamento e saúde.

O Projeto fortaleceu as ações de melhoria de qualidade de acesso à saúde assim como fortaleceu o apoio financeiro aos municípios. Unidades hospitalares foram abertas nos municípios do Alto Solimões com exceção de Tabatinga onde por existir um serviço hospitalar das forças armadas, estabeleceu-se um Convênio para o atendimento médico-hospitalar.

Até o momento da criação do Mercado Comum dos Países do Cone Sul (MERCOSUL), em 1991, o Brasil não dispunha de uma política pública dedicada especialmente à fronteira, que considerasse as singularidades e a diversidade das populações fronteiriças. Com o processo de integração econômica, evidenciou-se a necessidade de encarar o problema da utilização de serviços locais de saúde pelos cidadãos da fronteira, não só pela demanda de estrangeiros, mas também pelos brasileiros residentes no outro lado da fronteira, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia desse direito nas regiões fronteiriças. Com efeito, o governo brasileiro se sensibilizou a melhor compreender as necessidades e problemas de saúde nas áreas fronteiriças e emvidou esforços para uma ação articulada, efetiva e sustentável, com a criação do projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteiras, instituído pela Portaria GM/ MS n. 1.120, de 6

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778

Bairro: Cachoeirinha

UF: AM

Telefone: (92)3612-2428

CEP: 69.065-001

Município: MANAUS

E-mail: cep@fhaj.am.gov.br

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ADRIANO JORGE - FHAJ



Continuação do Parecer: 2.763.838

de julho de 2005. A intenção originária do SIS-Fronteiras era ampliar a capacidade operacional de 121 municípios fronteiriços localizados até 10 km da linha da fronteira, isto é, da linha divisória terrestre do território nacional, que atraem fluxos regulares de pacientes oriundos do país vizinho, através de um sistema de compensação financeira, uma vez que essa população itinerante não era contabilizada para fins de repasse financeiro do governo federal.

Esse sistema destinado a integrar as ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira, constava com os seguintes objetivos: I - contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde; II - verificar as demandas e a capacidade instalada; III - identificar os fluxos de assistência; IV - analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial; V - documentar os gastos com assistência aos cidadãos; e VI - integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros. Contudo, em 5 de junho de 2006, houve uma reviravolta normativa com o advento das Portarias GM/MS n.º 1.188 e 1.189 (BRASIL, 2006), que revogaram parcialmente as Portarias GM/MS n.º 1.120/05 e 1.122/05 (BRASIL, 2005) ao estabelecer nova redação para os objetivos, as etapas, os prazos e os mecanismos de repasse de recursos financeiros para a implantação do projeto.

Como já exposto os municípios do Alto Solimões possuem unidades mistas, unidades hospitalares. Somente Tabatinga não possuía em função da presença das forças armadas na fronteira que garantia um atendimento emergencial e eletivo com restrições no Hospital de Guarnição. Diante disso e dos inúmeros entraves que ocorriam dentro do processo de Convênio pré-estabelecido entre o exército e o governo do estado do AM, elaborou-se a proposta de construção de uma unidade mista para Tabatinga.

Por volta de 2011, com o advento das redes de atenção a saúde, pensou-se na elaboração de uma proposta ao MS que desse sustentabilidade a partir de financiamento federal, para uma unidade assistencial de saúde. Sendo assim, converteu-se a proposta de uma Unidade Mista em Unidade de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência e, uma Maternidade garantindo assim credenciamento e habilitação dentro da RUE e da Cegonha.

A pesquisa vem de encontro à necessidade de avaliação das medidas tomadas pelo governo do estado do Amazonas para garantir o acesso dos usuários brasileiros e estrangeiros, aos serviços de saúde considerando inclusive, o vasto número de indígenas da região.

Diante do exposto considero importante para entendimento do Pesquisador sobre o histórico das políticas de saúde para a região de fronteira, dos temas a seguir: Projeto QualiSUS – Rede onde constam as informações do PRODERAM, SIS Fronteira, Plano estadual da Rede Cegonha do Amazonas e o Plano de Qualificação da Atenção de Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778

Bairro: Cachoeirinha

CEP: 69.065-001

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3612-2428

E-mail: cep@fhaj.am.gov.br

Continuação do Parecer: 2.763.838

Amazônia Legal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados.

Recomendações:

Considero importante para entendimento do Pesquisador sobre o histórico das políticas de saúde para a região de fronteira, dos temas: Projeto QualiSUS – Rede onde constam as informações do PRODERAM (Projeto estabelecido com repasse de recursos financeiros entre o Governo do Estado do Amazonas e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD), SIS Fronteira, Plano estadual da Rede Cegonha do Amazonas e o Plano de Qualificação da Atenção de Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considero importante para entendimento do Pesquisador sobre o histórico das políticas de saúde para a região de fronteira, dos temas: Projeto QualiSUS – Rede onde constam as informações do PRODERAM (Projeto estabelecido com repasse de recursos financeiros entre o Governo do Estado do Amazonas e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD), SIS Fronteira, Plano estadual da Rede Cegonha do Amazonas e o Plano de Qualificação da Atenção de Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1123325.pdf	08/05/2018 17:12:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEP_.docx	08/05/2018 16:01:22	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	PDF_AnuenciaSecretaria.pdf	08/05/2018 15:59:54	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	PDF_AnuenciaMaternidade.pdf	08/05/2018 15:59:11	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	TCUD_dados.pdf	08/05/2018 15:58:36	Camila Soares Teixeira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/05/2018 15:58:04	Camila Soares Teixeira	Aceito

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778

Bairro: Cachoeirinha

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3612-2428

CEP: 69.065-001

E-mail: cep@fhaj.am.gov.br

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ADRIANO JORGE - FHAJ



Continuação do Parecer: 2.763.838

Cronograma	cronograma_de_pesquisa.pdf	08/05/2018 15:57:52	Camila Soares Teixeira	Aceito
Folha de Rosto	PDF_FolhadeRosto.pdf	08/05/2018 15:11:57	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	Curriculo_Julio.pdf	08/05/2018 14:13:59	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	Curriculo_Camila.pdf	08/05/2018 14:12:00	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	Curriculoa_Rodrigo.pdf	08/05/2018 14:11:03	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	Lattes_Milene.pdf	02/05/2018 22:27:17	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	PDFquestionario_quantitativo.pdf	02/05/2018 22:23:48	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	pdfroteirodeentrevista.pdf	02/05/2018 21:51:39	Camila Soares Teixeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PDFTCLE_gestao.pdf	02/05/2018 21:51:03	Camila Soares Teixeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PDFTCLE_usuario.pdf	02/05/2018 21:50:36	Camila Soares Teixeira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 10 de Julho de 2018

Assinado por:
Rosiane Pinheiro Palheta
(Coordenador)

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778

Bairro: Cachoeirinha

CEP: 69.065-001

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3612-2428

E-mail: cep@fhaj.am.gov.br

ANEXO C - CERTIFICADO DE VÍNCULO COM O PROGRAMA DE APOIO À PESQUISA UNIVERSAL AMAZONAS



Declaração

Declaramos que Sr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima foi coordenador do projeto "Análise da Rede de Saúde Materno-Infantil na Tríplice Fronteira do Amazonas", vinculado ao Programa de Apoio à Pesquisa UNIVERSAL AMAZONAS, desenvolvido no Instituto: Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (CPqLMD/FIOCRUZ) - Edital: EDITAL N. 002/2018 - UNIVERSAL AMAZONAS, com duração de 18 meses .

Manaus, 27 de Julho de 2018

Dércio Luiz Reis
Diretor Técnico-Científico



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

Declaração

Declaramos que Camila Soares Teixeira foi membro do projeto "Análise da Rede de Saúde Materno-Infantil na Tríplice Fronteira do Amazonas", vinculado ao Programa de Apoio à Pesquisa UNIVERSAL AMAZONAS, desenvolvido no Instituto: Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (CPqLMD/FIOCRUZ) - Edital: EDITAL N. 002/2018 - UNIVERSAL AMAZONAS, com duração de 18 meses .

Manaus, 27 de Julho de 2018

Décio Luiz Reis
Diretor Técnico-Científico