



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
ASSOCIAÇÃO AMPLA UECE/UFC/UNIFOR

CINTIA MARIA TORRES ROCHA SILVA

**PEREGRINAÇÃO DE PARTURIENTES NAS REGIÕES NORDESTE E SUL DO
BRASIL**

**FORTALEZA
2015**

CINTIA MARIA TORRES ROCHA SILVA

**PEREGRINAÇÃO DE PARTURIENTES NAS REGIÕES NORDESTE E SUL DO
BRASIL**

Tese apresentada à Coordenação do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva com Associação de IES – Ampla AA, da Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador:
Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite.

Co-orientadora:
Profa. Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida.

**FORTALEZA
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R571p Rocha-Silva, Cintia Maria Torres.
Peregrinação de Parturientes nas Regiões Nordeste e Sul do Brasil / Cintia Maria Torres
Rocha-Silva. – 2015.
180 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

Orientação: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite.

Coorientação: Profa. Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida.

1. Parto. 2. Peregrinação. 3. Maternidades. 4. Parturientes. I. Título.

CDD 362.1

CINTIA MARIA TORRES ROCHA SILVA

PEREGRINAÇÃO DE PARTURIENTES NAS REGIÕES NORDESTE E SUL DO BRASIL

Tese apresentada à Coordenação do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva com Associação de IES – Ampla AA, da Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador:

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite.

Co-orientadora:

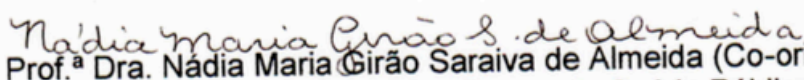
Profa. Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida.

Defesa pública aprovada em 22/12/2015.

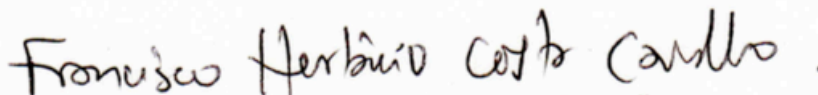
BANCA EXAMINADORA



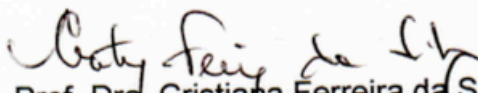
Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof.^a Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida (Co-orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC) / Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP)



Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dra. Cristiana Ferreira da Silva
Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO)



Prof. Dr. José Wellington Oliveira Lima
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Aos meus avós José Bezerra e Maria Olivia (*in memoriam*)
Amor eterno. Exemplo. Fortaleza.

Aos meus filhos Vitor e Vivian
A melhor parte de mim.

Ao meu esposo Romildo
Um anjo enviado por Deus para me trazer muitas alegrias. Amo muito.

Aos meus pais
Amor. Respeito e gratidão.

Agradecimentos

Hoje, dia 22 de dezembro de 2015, se inicia mais um ciclo de novas conquistas, novos desafios, novas expectativas e principalmente novos sonhos. Os sonhos que Deus pouco a pouco me ajuda a conquistar, superando os obstáculos e tornado os problemas aparentemente impossíveis em desafios apaixonantes, como foi o percurso dessa tese. Agradeço, infinitamente a Deus, por não permitir que eu desistisse e principalmente por me abençoar todos os dias, muito mais do que eu mereço.

Agradeço a minha família, em especial aos meus avós, aos meus pais, irmãos e tias queridas, **Marilac** e **Consolação**, que as tenho no meu coração com um bem querer de irmãs, pois com elas compartilhei minha infância, adolescência e hoje vivenciamos momentos únicos que ficarão guardados na memória.

Anjos muitas vezes não tem asas, tem sim um coração bondoso e geralmente aparecem para cuidar de nós. No meu caminho, Deus caprichosamente colocou um desses anjos, com quem divido minhas maiores riquezas, que são os meus filhos **Vitor Rocha Barbosa** e **Vivian Rocha Barbosa**. Agradeço muito a Deus por ter comigo uma pessoa que torce por mim, que compartilha os desafios e que amo muito. **Romildo Barbosa**, obrigada por ser a base que eu preciso e por cuidar tão bem dos nossos filhos.

E por falar em anjos, durante os quatro anos de doutorado, e, principalmente nos últimos seis meses, muitas pessoas foram postas cuidadosamente na minha caminhada e por isso me senti mais forte e capaz de chegar ao 'fim', ou melhor, ao início, só porque não acredito em fins.

Meu orientador, **Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite**, pessoa linda de um coração enorme, sábio, poeta, otimista, com ele aprendi que esperar é o melhor caminho e que conseguir faz parte da história. Admiro demais este grande mestre.

Com a mesma admiração ou até maior, agradeço a Profa. **Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida**, que me faltam palavras para descrever a pessoa dedicada, correta, sensata que ela é. Tenho um enorme carinho e respeito.

Ao **Prof. Dr. José Wellington Oliveira Lima**, meu muitíssimo obrigada por toda dedicação, paciência e rigor científico com que trabalha; capaz de despertar uma vastidão de possibilidades para o que o desfecho se faça compreender. Professor o senhor é padrão ouro. Muito obrigada!

Agradeço a **Profa. Dra. Cristiana Ferreira da Silva** e ao **Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho** por terem aceito desde a qualificação fazerem parte da banca examinadora e por muito acrescentarem durante essa fase de conclusão do doutorado.

Não poderia deixar de agradecer a minha amiga **Dra. Keylla Márcia Menezes de Souza** por sempre estimular em mim a perseverança. “Desistir jamais”! Você me fez pensar diferente. Obrigada!

Muito obrigada a **Dra. Maria do Carmo Leal**, **Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama** e a **Dra. Eleonora d’Orsi** por terem cedido o banco de dados da Pesquisa Nascer no Brasil referente as regiões Nordeste e Sul.

Agradeço também as **parturientes que peregrinaram** e que participaram da pesquisa Nascer no Brasil, e que mesmo sem saber foram a fonte motriz para a conclusão da presente pesquisa. Que tudo esteja bem.

Essenciais nesta conquista também foram minhas amigas de trabalho que juntas fizeram meu tempo multiplicar para que eu fosse capaz de dar o melhor e terminar o quanto antes a tese. Muito obrigada **Cymara Kuehner** por sua presteza e companheirismo. É muito bom dividir trabalhos e trabalhos com você. Sigamos ‘super gêmea’!. Obrigada de coração, minha amiga **Daniela Mara** por suas palavras de apoio e dedicação em tudo que precisei e mais ainda por aliviar as tensões que ultrapassaram o emocional e invadiram o físico. **Germana Zanotelli**, grande amiga de fé e amor, que acalma a ansiedade, obrigada por estar sempre junto. Minha

querida amiga **Valdeleda Uchoa** que compreendeu tantas ausências no projeto que juntas dividimos o prazer de coordenar. Muito obrigada! Amiga **Marcia Cardinalle** obrigada por estar sempre presente e dividir comigo os olhares multidisciplinares. **Renata Bessa** obrigada por me ouvir e me apoiar nas horas difíceis desses últimos seis meses. Nesta última semana descobri mais um anjo na minha vida, minha amiga **Vilma Leite** que sem eu saber esteve também plantando sementes para que eu venha a colher mais adiante. Nem sei como agradecer. Agradeço TODAS as minhas amigas, ou melhor minha grande família de trabalho que torcem pelo meu sucesso. Unichristus, a instituição que é excelência em tudo que faz! Amo!

Em especial agradeço imensamente a minha amiga **Romina Mourão** que é para mim uma irmã, meu sensor em momentos de mau humor, companheira, anjo da guarda, chefinha querida e muito, muito mais. Romina serei eternamente grata ao que você fez e faz por mim, especificamente nesta fase difícil, você não mediu esforços para que tudo ficasse bem. Muito obrigada por ser essa pessoa compreensiva e linda de coração. Deus abençoe sempre!

Em momentos de peregrinação, impostos pela rotina do dia-a-dia, é muito bom sentir que temos uma pessoa com quem podemos contar, **Rosalba de Castro** você é essa pessoa amiga que ajuda a todos sem olhar a quem. Obrigada pelos momentos que fez por mim o papel de tia-mãe para meus filhos. Agradeço também as minhas amigas **Izabel Mesquita** e **Edna Rodrigues** pelos momentos de descontração e pelas palavras de incentivo e de apoio ao longo dessa caminhada.

A coordenação do curso de Doutorado da Universidade Estadual do Ceará e da Universidade Federal do Ceará, respectivamente, **Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge** e o **Prof. Dr. Ricardo Soares Pontes**, em especial **Mairla Alencar** e **Zenaide Queiroz** por fazerem parte desta história e por sempre atenderem de maneira resolutiva as necessidades dos doutorandos. Agradeço também a minha amiga **Liduína Lopes**, pelo grande apoio no momento de realização da defesa. Você foi o braço amigo no momento certo.

E por fim, agradeço imensamente a todos aqueles que de alguma forma participaram desse momento ímpar da minha jornada profissional, muito embora não tenham sido citados acima.

“Ontem, uma vez mais, foi dia de encontros com meninos, meninas, em torno de três
anos de idade –
"por que isso"? "por que aquilo"?

Se assim nasce a sutil inquietação pronta para examinar o mundo, nasce também
outras e múltiplas dimensões de aprender a lidar com partes da vida e do mundo
que nos trazem a triste inquietação de anunciar a incompletude humana; a
incompletude que produz sofrimentos, os desnecessários.

*Peregrinar, vem do latim peragrar “andar sem destino”, feito por per,
“através”, mais ager, “campo”, originalmente “terra selvagem”.*

Transforma-se, então, a viagem alegre do tornar-se mãe com o bebê ao colo, na
selvageria triste e incômoda de alcançar as respostas precárias que nós, humanos,
desvirtuamos de nossa sutil inquietação.

Oxalá, dias melhores!

Em ação, nossa presença no mundo que interroga e transforma esse mesmo
mundo”.

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Pra não dizer que não falei das flores

Caminhando e cantando e seguindo a canção
Somos todos iguais braços dados ou não
Nas escolas, nas ruas, campos, construções
Caminhando e cantando e seguindo a canção

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer

Pelos campos há fome em grandes plantações
Pelas ruas marchando indecisos cordões
Ainda fazem da flor seu mais forte refrão
E acreditam nas flores vencendo o canhão

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.

Há soldados armados, amados ou não
Quase todos perdidos de armas na mão
Nos quartéis lhes ensinam uma antiga lição
De morrer pela pátria e viver sem razão

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.

Nas escolas, nas ruas, campos, construções
Somos todos soldados, armados ou não
Caminhando e cantando e seguindo a canção
Somos todos iguais braços dados ou não
Os amores na mente, as flores no chão
A certeza na frente, a história na mão
Caminhando e cantando e seguindo a canção
Aprendendo e ensinando uma nova lição

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.

Geraldo Vandré

Não temas, porque eu sou contigo;
não te assombres, porque eu sou teu Deus;
eu te fortaleço, e te ajudo,
e te sustento com a destra da minha justiça.

Isaias 41:10

RESUMO

Introdução: A peregrinação de parturientes consiste no fluxo de gestantes em busca de atendimento obstétrico, sem que tenha sido referenciada de uma unidade hospitalar para seguinte. Sabe-se que a assistência adequada nesse momento é essencial para reduzir os índices de morbimortalidade materno-infantil. As regiões Nordeste e Sul do Brasil apresentam desigualdades quanto a ocorrência da peregrinação, sendo, portanto oportuno dar visibilidade aos determinantes dessa problemática nas duas macrorregiões. **Objetivo:** Analisar os determinantes da peregrinação de parturientes atendidas em maternidades públicas e privadas das regiões Nordeste e Sul do Brasil. **Metodologia:** Estudo de base hospitalar que utilizou dados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2011/2012, com entrevistas de 23.940 mulheres. A amostra compreendeu as 10.234 parturientes identificadas nas regiões Nordeste e Sul. Para a presente pesquisa um modelo teórico conceitual foi estabelecido com três níveis de hierarquia considerando como variável dependente a peregrinação de parturientes. Desse modo, o modelo hierarquizado será composto pelo nível distal (características socioeconômicas e demográficas maternas); níveis intermediários I e II, considerando, respectivamente, as características maternas e os aspectos referentes à assistência pré-natal, e nível proximal, fatores que antecedem o parto e estão relacionados à peregrinação anteparto. A associação entre as variáveis foram avaliadas através da comparação de proporções, pelo Teste do Qui-quadrado; e, pelo método de análise multivariada por modelos de regressão logística, adotando a técnica de níveis hierárquicos. As análises foram desenvolvidas pelo *software* STATA Release 14, através de procedimentos de análise específicos para amostras complexas, declarando as variáveis peso amostral e estrato. **Resultados:** No total 10.234 mulheres foram entrevistadas nos 116 hospitais das regiões Nordeste e Sul do Brasil. Em ambas as regiões, predominaram os partos financiados pelo setor público, porém com percentual mais expressivo na região Nordeste. Após ajuste para os três níveis hierárquicos do modelo de determinação da peregrinação de parturientes, as variáveis que compuseram o modelo hierarquizado da regressão logística multivariada foram: Bloco I: região ($OR=3,9$; $IC_{95\%}$ 2,76 – 5,6; $p<0,001$); classificação econômica categorias ‘classe D e E’ ($OR=1,8$; $IC_{95\%}$ 1,33 – 2,22; $p<0,001$) e ‘classe C’ ($OR=1,4$; $IC_{95\%}$ 1,19 – 1,8; $p<0,001$); trabalho remunerado da mãe ($OR=1,1$; $IC_{95\%}$ 1 – 1,4; $p=0,050$); chefe da família sendo a mãe ($OR=1,4$; $IC_{95\%}$ 1,7 – 1,82; $p=0,013$); fonte de pagamento do parto ($OR=4,9$; $IC_{95\%}$ 2,8 – 6,5; $p<0,001$); Bloco II: cesárea anterior categoria ‘não’ ($OR=1,5$; $IC_{95\%}$ 1,07 – 2,17; $p=0,018$) e categoria ‘1 cesárea’ ($OR=1,6$; $IC_{95\%}$ 1,13 – 2,3; $p=0,008$); Bloco III: trabalho de parto prematuro ($OR=2$; $IC_{95\%}$ 1,52 – 3; $p<0,001$); amniorrexe prematura ($OR=1,5$; $IC_{95\%}$ 1,22 – 1,9; $p<0,001$); hemorragia vaginal ($OR=4$; $IC_{95\%}$ 1,6 – 10,1; $p=0,004$) e síndrome hipertensiva ($OR=1,4$; $IC_{95\%}$ 1 – 1,99; $p=0,038$). **Conclusão:** Os determinantes socioeconômicos e as complicações que antecedem o momento do parto, estão permeados pela falta de integração entre os serviços de saúde, e em parte caracterizam as diferenças regionais, indicando que as populações socialmente desfavorecidas apresentaram riscos de peregrinar mais elevados, principalmente se levar em consideração o contexto da região Nordeste.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Maternidades. Parto. Peregrinação. Parturientes.

ABSTRACT

Introduction: The mothers of pilgrimage is the flow pregnant women seeking obstetric care, without being referred to a hospital to the next. It is known that appropriate assistance at this time is essential to reduce maternal and child morbidity and mortality rates. The Northeast and southern Brazil are inequalities in the occurrence of pilgrimage and is therefore appropriate to give visibility to the determinants of this problem in the two macro regions. **Objective:** To analyze the determinants of mothers pilgrimage met in public and private hospitals in the Northeast and South of Brazil. **Methodology:** hospital-based study using survey data Born in Brazil, held in 2011/2012, with 23,940 women interviews. The sample consisted of 10 234 pregnant women identified in the Northeast and South. For this research a conceptual theoretical model was established with three levels of hierarchy considering as dependent variable the mothers of pilgrimage. Thus, the hierarchical model will consist of the distal level (socioeconomic and maternal demographic characteristics); intermediate levels I and II, taking into account, respectively, maternal characteristics and aspects relating to prenatal care, and proximal level, factors before calving and are related to antepartum pilgrimage. The association between variables were assessed by comparing proportions, the chi-square test; and by the method of multivariate analysis by logistic regression models, adopting the technique of hierarchical levels. The analyzes were performed using STATA Release 14 software, through specific testing procedures for complex samples, declaring variables and sample weight stratum. **Results:** A total of 10,234 women were interviewed in 116 hospitals in the Northeast and South of Brazil. In both regions, the predominant deliveries financed by the public sector, but more significant percentage in the Northeast. After adjustment for the three hierarchical levels of the determination of the mothers of pilgrimage model, the variables that made up the hierarchical model of multivariate logistic regression were: Block I: region ($OR=3.9$; $IC_{95\%}$ 2.76 - 5.6; $p<0.001$); economic classification categories 'class D and E' ($OR=1.8$; $IC_{95\%}$ 1.33 - 2.22; $p<0.001$) and 'Class C' ($OR=1.4$; $IC_{95\%}$ 1.19 - 1, 8; $p<0.001$); paid work of the mother ($OR=1.1$; $IC_{95\%}$ 1 - 1.4; $p=0.050$); head of household and the mother ($OR=1.4$; $IC_{95\%}$ 1.7 - 1.82; $p=0.013$); labor payment source ($OR=4.9$; $CI_{95\%}$ 2.8 - 6.5; $p<0.001$); Block II: previous cesarean section category 'no' ($OR=1.5$; $IC_{95\%}$ 1.07 - 2.17; $p=0.018$) and category 'C-section 1' ($OR=1.6$; $IC_{95\%}$ 1.13 - 2 3; $p=0.008$); Block III: premature labor ($OR=2$; $IC_{95\%}$ 1.52 - 3; $p<0.001$); premature rupture of membranes ($OR=1.5$; $IC_{95\%}$ 1.22 - 1.9; $p<0.001$); vaginal bleeding ($OR=4,1$; $C_{95\%}$ 1.6 - 10.1; $p=0.004$) and hypertensive syndrome ($OR=1.4$; $IC_{95\%}$ 1 - 1.99; $p=0.038$). **Conclusion:** Socioeconomic determinants and complications prior to the time of delivery, are pervaded by the lack of integration between health services, and partly characterize regional differences, indicating that socially disadvantaged groups presented risks wandering higher, especially if take into consideration the context of the Northeast region.

Keywords: Access to health services. Maternities. Delivery. Pilgrimage. Mothers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo de acessibilidade descrito por <i>Donabedian</i> (1973)	29
Figura 2	Modelo de utilização do serviço descrito por <i>Pineault e Daveluy</i> (1986)	31
Figura 3	Dimensões de acesso à saúde e indicadores	34
Figura 4	Descrição da população e constituição da amostra do estudo	56
Figura 5	Modelo Hierarquizado para peregrinação de parturientes	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Componentes e interfaces da Rede Cegonha	41
Quadro 2	Marcos importantes das políticas de assistência materno-infantil.	42
Quadro 3	Distribuição dos estabelecimentos de saúde da região Nordeste participantes da pesquisa.	54
Quadro 4	Distribuição dos estabelecimentos de saúde da região Sul participantes da pesquisa.	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas das parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Boco I nível distal.	72
Tabela 2	Distribuição das variáveis das características maternas: desfechos prévios de risco e gravidez atual das parturientes nas regiões Nordeste e Sul – Bloco II nível intermediário I.	74
Tabela 3	Distribuição das variáveis características da assistência pré-natal das parturientes nas regiões Nordeste e Sul – Bloco II nível intermediário II.	76
Tabela 4	Distribuição das variáveis antecedentes do momento do parto e acompanhante na internação das parturientes nas regiões Nordeste e Sul – Bloco III nível proximal.	78
Tabela 5	Associação entre as variáveis: demográficas e socioeconômicas e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco I – Variáveis do nível distal.	80
Tabela 6	Associação entre as variáveis das características maternas: desfechos prévios de risco e gravidez atual e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco II – Variáveis do nível intermediário I.	82
Tabela 7	Associação entre as variáveis das características da assistência pré-natal e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco II – Variáveis do nível intermediário II.	84
Tabela 8	Associação entre as variáveis antecedentes do momento do parto e acompanhante na internação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco III – Variáveis do nível proximal.	86
Tabela 9	<i>Odds Ratio</i> , ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco I - nível distal e a peregrinação de parturientes.	88
Tabela 10	<i>Odds Ratio</i> , ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco II – nível intermediário I e a peregrinação de parturientes.	90
Tabela 11	<i>Odds Ratio</i> , ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco II – nível intermediário II e a peregrinação de parturientes.	92
Tabela 12	<i>Odds Ratio</i> , ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco III - nível proximal e a peregrinação de parturientes.	94
Tabela 13	Modelo final do Bloco I – variáveis do nível distal que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.	96

Tabela 14	Modelo final do Bloco II – variáveis do nível intermediário I que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.	97
Tabela 15	MODELO I - Variáveis finais do Bloco I nível distal e variáveis finais do Bloco II nível intermediário I que após a regressão logística hierarquizada estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.	99
Tabela 16	Modelo final do Bloco II – variáveis do nível intermediário II que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.	100
Tabela 17	MODELO II - Variáveis do MODELO I (Bloco I nível distal e variáveis do Bloco II nível intermediário I) e nível intermediário II que após a regressão logística hierarquizada estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.	102
Tabela 18	Modelo final do Bloco III – variáveis do nível proximal que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.	103
Tabela 19	MODELO III - Variáveis do Bloco III ajustadas para o MODELO I e MODELO II que após a regressão logística hierarquizada estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.	105
Tabela 20	MODELO FINAL – Variáveis que após regressão logística hierarquizada dos MODELOS I, II e III estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,05$.	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CIUR	Crescimento intrauterino restrito
DPP	Descolamento prematuro de placenta
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HELLP	H = <i>hemolysis</i> ; EL = <i>elevated liver enzymes</i> ; LP = <i>low platelets</i>
IC	Intervalos de Confiança
ITU	Infecção do Trato Urinário
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-nascido
RNs	Recém-nascidos
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 Justificativa	24
2 REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1 Acesso aos Serviços de Saúde	28
2.2 Atenção à Saúde Materno-infantil	36
2.3 Peregrinação de Parturientes	43
3 OBJETIVOS	50
3.1 Geral	50
3.2 Específicos	50
4 METODOLOGIA	52
4.1 Tipo e Natureza do Estudo	53
4.2 Local e Período do Estudo	53
4.3 População e Amostra do Estudo	55
4.3.1 Critério de Exclusão	55
4.4 Coleta de dados	56
4.4.1 Fonte de dados	57
4.5 Variáveis do Estudo	57
4.5.1 Variável dependente	57
4.5.2 Variáveis independentes	58
4.6 Análise dos dados	62
4.6.1 Modelo Hierarquizado: variável desfecho peregrinação de parturientes	62
4.6.2 Análise estatística dos dados	64
4.7 Aspectos Éticos	68
5 RESULTADOS	69
5.1 Resultados da distribuição das variáveis independentes que compõem os níveis do modelo hierarquizado e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul	70
5.1.1 Distribuição das variáveis: demográficas e socioeconômicas das parturientes das regiões Nordeste e Sul - Bloco I – Variáveis do nível distal....	70
5.1.2 Distribuição das variáveis: desfechos prévios de risco e gravidez atual das parturientes das regiões Nordeste e Sul - Bloco II - Variáveis do nível intermediário I	73
5.1.3 Distribuição das variáveis: características da assistência pré-natal das parturientes das regiões Nordeste e Sul - Bloco II - Variáveis do nível intermediário II	75

5.1.4 Distribuição das variáveis: antecedentes do momento do parto e acompanhante na internação das parturientes das regiões Nordeste e Sul - Bloco III - Variáveis do nível proximal.....	77
5.2 Resultados da associação entre as variáveis independentes que compõem os níveis do modelo hierarquizado e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul	79
5.2.1 Associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco I – Variáveis do nível distal.....	79
5.2.2 Associação entre as variáveis das características maternas: desfechos prévios de risco e gestação atual e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco II – Variáveis do nível intermediário I.....	81
5.2.3 Associação entre as variáveis das características da assistência pré-natal e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco II – Variáveis do nível intermediário II.....	83
5.2.4 Associação entre as variáveis antecedentes no momento do parto e acompanhante na internação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco III – Variáveis do nível proximal.....	85
5.3 Resultados da Odds Ratio, ajustado para região, das variáveis independentes que compõem os níveis do modelo hierarquizado e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul.....	87
5.3.1 Odds Ratio, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco I - nível distal e a peregrinação de parturientes.....	87
5.3.2 Odds Ratio, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco II - nível intermediário I e a peregrinação de parturientes.....	89
5.3.3 Odds Ratio, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco II - nível intermediário II e a peregrinação de parturientes.....	91
5.3.4 Odds Ratio, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco III - nível proximal e a peregrinação de parturientes....	93
5.4 Resultados da análise de regressão logística múltipla da peregrinação de parturientes segundo modelo hierarquizado.....	95
6 DISCUSSÃO	108
7CONCLUSÃO	123

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICE A - Dados complementares da análise hierarquizada	139
APÊNDICE B – Egressos de uma coorte prospectiva de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: o retrato de filhos de mães adolescentes	161
ANEXO A – Termo de Fiel Depositário	177

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A 'peregrinação de parturientes' consiste no fluxo de gestantes em busca de atendimento obstétrico, em mais de uma maternidade, no momento do parto (MENEZES *et al.*, 2006; MELO *et al.*, 2007). Tal fato pode resultar em consequências desnecessárias para a saúde da mulher e do recém-nato, contribuindo para o aumento dos índices de morbimortalidade materna e infantil (SOUZA *et al.*, 2011; CUNHA *et al.*, 2010). Peregrinar, portanto, se caracteriza pelo insucesso na tentativa por assistência ao parto, na primeira maternidade procurada, sem que a parturiente tenha sido referenciada de uma unidade hospitalar para seguinte.

De acordo com a Constituição de 1988, o cidadão brasileiro tem garantia de acesso aos serviços de saúde que visam atender toda a população indistintamente em suas posições econômicas ou sociais, através das políticas e dos programas de saúde que promovam a efetiva prevenção, proteção e cuidados de saúde (BRASIL, 2012).

Entretanto, ainda hoje, sabe-se que muitas mulheres em trabalho de parto enfrentam dificuldades no momento de internação mesmo tendo seus direitos garantidos pela Constituição e mais recentemente pela Lei N° 11.637 decretada e sancionada em 12 de dezembro de 2007. Essa lei assegura que toda gestante do Sistema Único de Saúde (SUS) deve conhecer e ser vinculada a uma maternidade durante o pré-natal para que no momento do parto tenha seu leito garantido (BRASIL, 2007).

Ressalta-se, que muitas mulheres atendidas pelo sistema de saúde público brasileiro realizam o pré-natal sem retaguarda hospitalar para o parto, reforçando os estudos de que há uma falha na continuidade entre a atenção pré-natal e o parto no país, fato que além de fragilizar a assistência, expõe a mãe e o recém-nascido (RN) a riscos de vida e obriga a gestante a conseguir por conta própria o local onde será realizado seu parto (GOLDMAN; 2004; LEAL *et al.*, 2015).

No momento que antecede o parto, gestantes peregrinam pelos serviços de saúde em busca de um local apropriado, seguro e que atenda às suas necessidades no momento do parto, porém existe uma demanda elevada nas maternidades configurando um obstáculo à garantia do acesso em tempo oportuno

(PINHEIRO, 2014). A situação torna-se ainda mais grave quando se leva em conta o risco materno e/ou fetal. Neste caso, são necessários leitos obstétricos especializados, além de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), encontrados apenas em maternidades de maior complexidade (MENEZES *et al.*, 2006).

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS), a assistência pré-natal deve contemplar o vínculo entre o pré-natal e local de nascimento, incluindo o fácil acesso a serviços de saúde de qualidade desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2006). A dificuldade de acesso à assistência de qualidade no anteparto e momento do parto, em diversos estudos tem mostrado associação a desfechos potencialmente evitáveis como mortalidade materna e do RN (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010; CUNHA *et al.*, 2010).

Portanto, é essencial para assistência de qualidade à saúde das gestantes que haja uma integração do pré-natal com os demais serviços da rede de atenção à saúde, por intermédio de estabelecimento de uma rede integrada de referência e contrarreferência, com garantia de leitos de internação por meio de uma central de regulação de vagas (VIELLAS *et al.*, 2014).

Justificativa

1.1 Justificativa

A saúde da mulher no Brasil, em especial a atenção à gestação, parto e nascimento, compõe a agenda das políticas de saúde desde a década de 1990. Da década de 90 para os dias atuais pode-se afirmar que o Brasil vem ampliando o acesso à assistência à saúde da gestante, uma vez que o pré-natal vem alcançando praticamente a totalidade das gestantes brasileiras, entretanto persistem problemas complexos e multifatoriais que geram desfechos desfavoráveis para a saúde do binômio mãe/filho (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004; VIELLAS *et al.*, 2014).

Um dos problemas é a peregrinação das mulheres no momento da internação para o parto que, de acordo com estudo recente, tem maior frequência em residentes da Região Nordeste do país; e, menor frequência em residentes da região Sul (VIELLAS *et al.*, 2014). Mesmo diante de um arcabouço normativo que define o direito a um parto e nascimento seguros na rede pública de saúde, muitas mulheres necessitam procurar mais de um serviço em busca de assistência ao parto, configurando um quadro de desrespeito às diretrizes e expondo as gestantes a situações de maior risco.

Essa problemática evidencia falha na articulação entre a rede de serviços de assistência pré-natal e ao parto com desigualdades entre as regiões do país. A hipótese desse estudo é de que a peregrinação de parturientes, em situações emergenciais ou não, que antecedem o parto, depende do acesso aos serviços de saúde de qualidade capazes de acolher e assistir a gestante no momento do parto.

Objetivando a busca constante de soluções pertinentes ao declínio das desigualdades, causas diretas e indiretas que levam a peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul do Brasil, essa pesquisa foi desenhada para responder a seguinte pergunta: Quais os determinantes da peregrinação de parturientes, ainda frequentes e desiguais nas regiões Nordeste e Sul do país?

Apesar da peregrinação de parturientes estar associada a desfechos desfavoráveis como a mortalidade materna e neonatal, poucas publicações apresentam resultados sobre o assunto no nível regional. Dessa maneira, o presente estudo configura-se como oportuno e relevante, pois se propõe a analisar sobre a peregrinação de gestantes aos serviços de saúde no momento do parto nas regiões Nordeste e Sul do Brasil. A partir dos resultados da pesquisa, acredita-se poder

contribuir com informações mais precisas e ajudar com subsídios no desempenho de outros estudos. Busca-se, também, contribuir para o fortalecimento das políticas públicas de saúde com vistas a garantir um parto digno, humanizado e de qualidade às gestantes.

Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Acesso aos serviços de saúde

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. Varia entre autores e muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). No entanto, o acesso da população a serviços de saúde é pré-requisito fundamental para uma assistência à saúde eficiente (CARVACHO *et al.*, 2008).

O acesso à saúde engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob abordagens diversas. O sistema institucional de saúde, na prática diária, muitas vezes apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade da população (UNGLERT; ROSENBURG; JUNQUEIRA, 1987), uma vez que envolve aspectos que extrapolam a assistência, como fatores socioeconômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país (UNGLERT, 1990).

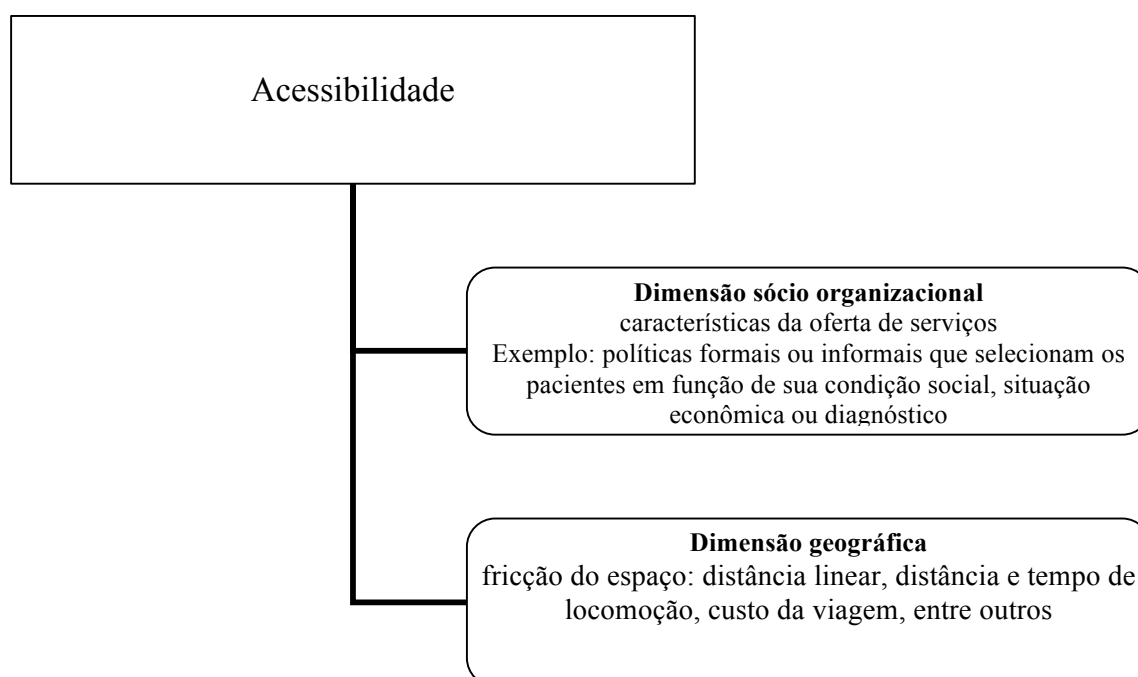
No senso comum, acesso e acessibilidade são conceitos muitas vezes tratados de forma indistinta. Para alguns, a acessibilidade é uma das dimensões do acesso, que se refere à distância geográfica, tempo e custo. Há ainda quem trabalhe com esses conceitos de forma relacional, onde acesso ou acessibilidade diz respeito ao grau de ajuste entre as características da população e da oferta de serviços. Entretanto, a literatura científica aponta uma ampliação do conceito de acesso, cuja ênfase se desloca da ideia anterior de entrada nos serviços para a dos resultados dos cuidados recebidos. Desse modo, reforça-se a necessidade de se manter as distinções entre acesso e uso de serviços; e entre acesso, efetividade e continuidade dos cuidados prestados (VIACAVA *et al.*, 2012).

Donabedian (1973) não aborda o termo acesso e sim acessibilidade. Utiliza o argumento de que o termo “acessibilidade” abrange uma gama maior de significados, pois está mais relacionado à oferta de serviços de um modo que responda às necessidades da população do que a simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço. Acessibilidade não se restringe

apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

O autor descreve dois aspectos para acessibilidade: sócio organizacional e geográfico (Figura 1).

Figura 1: Modelo de acessibilidade descrito por *Donabedian* (1973)



Fonte: Adaptado de *Donabedian* (1973).

Em 1974, *Aday e Andersen* conceituaram o acesso aos serviços de saúde tomando por base as características da população e a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde; por outro lado, já definiam o acesso como uma ideia mais política do que operacional.

Frenk (1985) também desenvolveu o conceito de acessibilidade pela ideia de complementaridade entre características da oferta e da população. Para esse autor, acessibilidade é a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para

procurar e obter cuidados (“resistência”) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos (“poder de utilização”). A resistência inclui aqueles impedimentos que não se referem à mera disponibilidade de serviços. Esses obstáculos são classificados como ecológicos, financeiros e organizacionais.

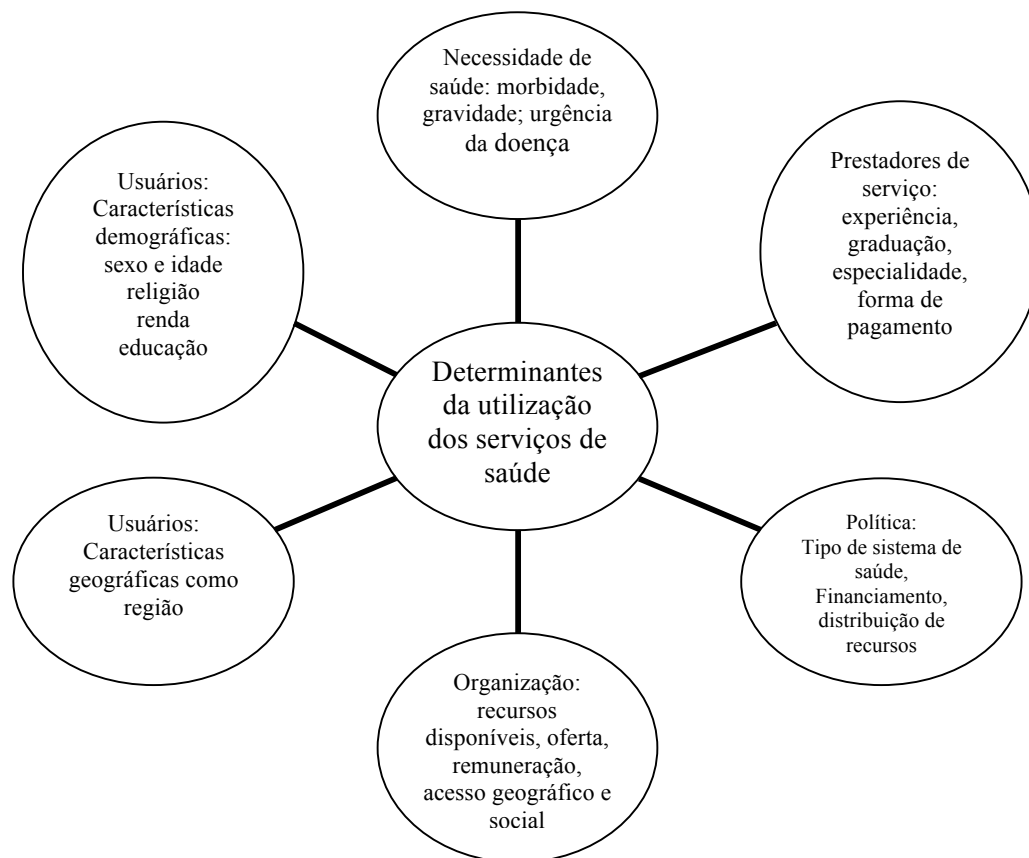
O autor refere ainda que de forma correspondente, o poder da população é discriminado em poder de tempo e transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização. Esse modelo assume que, dados um lugar e um tempo, vários ajustes entre o poder de uso da população e as resistências da oferta são possíveis para um mesmo nível de acessibilidade.

Dentre as contribuições do mesmo autor, estão a sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários (necessidades de saúde ⇒ desejo de obter cuidados de saúde ⇒ procura ⇒ entrada nos serviços ⇒ continuidade dos cuidados) e a explícita limitação do âmbito da acessibilidade às etapas de procura e entrada nos serviços.

De acordo com *Unglert* (1990) a acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

A oferta e o uso de serviços de saúde não dependem de sua simples existência, mas das facilidades ou dificuldades que os usuários vivenciam para o seu acesso. De um lado, as características do serviço, no que diz respeito à oferta de atendimento em horários compatíveis, disponibilidade de profissionais preparados, acolhimento; e do outro, as condições do usuário em relação ao local que reside, sua disponibilidade de tempo, poder aquisitivo, hábitos e costumes, assim como a relação entre eles (*CARVACHO et al.*, 2008).

Pineault e Daveluy (1986) referem que a influência dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço: ambulatório, hospital, assistência domiciliar; e da proposta assistencial: cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação. Em linhas gerais, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos conforme a figura abaixo:

Figura 2: Modelo de utilização do serviço descrito por *Pineault e Daveluy* (1986)

Fonte: Adaptado de *Pineault e Daveluy* (1986).

Assim, as necessidades de saúde, quando percebidas pelo indivíduo ou pelo profissional de saúde, podem dar origem à demanda por serviços de saúde ambulatoriais ou hospitalares. A satisfação dessa demanda depende da existência dos recursos necessários para produzir os serviços desejados. Por sua vez, os aspectos da oferta de serviços de saúde, tais como a disponibilidade de leitos e de profissionais, têm papel importante na explicação da variação da utilização entre diferentes áreas, por meio da chamada demanda induzida pela oferta. A influência das necessidades de saúde sobre o uso de serviços depende, então, de como a oferta de serviços de saúde organiza-se em diferentes áreas (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005).

Portanto, as barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços e sua distribuição

geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso, facilitando ou obstruindo a capacidade de as pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

No Brasil, a oferta de serviços de saúde segue a “*Inverse Care Law*”, ou “Lei dos cuidados inversos” que resume a ideia de que as pessoas que mais precisam ter acesso aos serviços de saúde são as que menos o tem, ou seja, há menos quantidade e qualidade de serviço para aqueles que precisam mais e vice-versa. A Lei dos cuidados inversos sintetiza a ideia de desigualdade quando se afirma que “a disponibilidade de bons médicos e de cuidados tende a variar inversamente a população servida” (HART, 1971; CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005).

Nesse contexto, a forma de organização dos serviços de saúde é a principal barreira para o acesso; com isso, é importante colocar em prática o princípio de integralidade das ações de saúde, que é considerado um dos maiores desafios nas práticas de saúde não só institucional ou política, mas como desafio cultural de romper um modelo assistencial de saúde engessado para um modelo dinâmico que atenda às necessidades da população. Entende-se, portanto, que a acessibilidade resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica (FERREIRA, 2004).

Assim ao longo do tempo, o conceito de acesso à saúde, passou a incorporar dimensões que refletem aspectos menos tangíveis do sistema e da população. Atualmente as principais características do acesso à saúde podem ser resumidas em 4 dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação (THIEDE; MCINTYRE, 2008; SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A dimensão do acesso definida como disponibilidade constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário. Essa dimensão engloba, de forma ampla, a relação geográfica entre as instituições físicas de saúde e o indivíduo que delas necessita, como distância e opções de transporte (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Torna-se importante, pois representa um conceito físico e geográfico que reflete a entrada no

sistema de saúde e possibilita a mensuração de vários indicadores de processos e de resultados (DONABEDIAN, 1973).

A dimensão do acesso capacidade de pagamento compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos e engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Podem ser considerados indicadores do poder de pagamento: a renda e as fontes de renda, a cobertura por seguro saúde (tipo de pagador, extensão da cobertura, forma de pagamento) e características da fonte regular de cuidado (tempo de viagem médio, tempo de espera para atendimento) (ADAY; ANDERSEN, 1974).

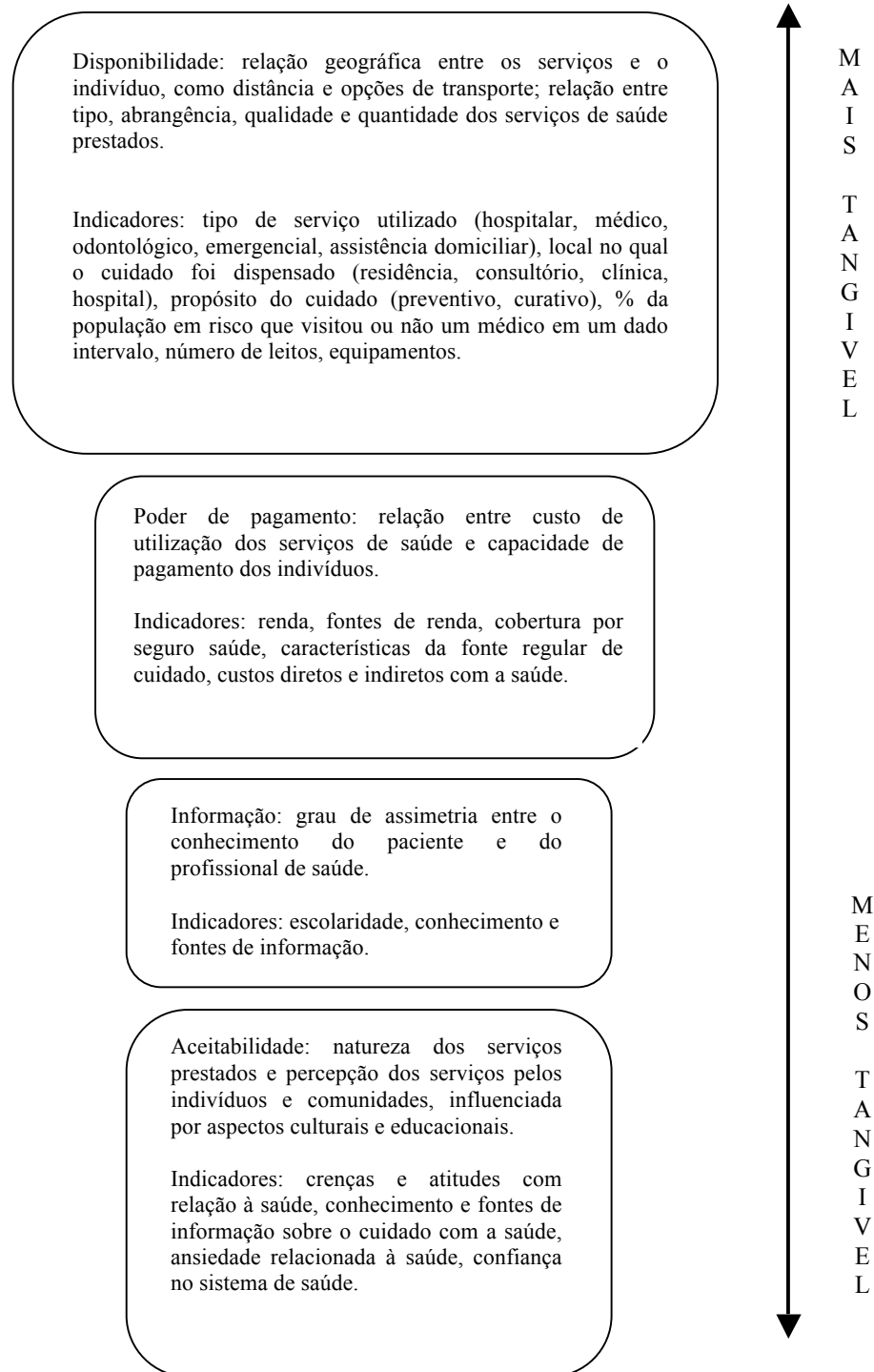
Outra dimensão de grande importância é a informação, essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso. Estar bem informado é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A informação pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde. Alguns autores acreditam que a informação é o cerne do debate da equidade, considerando que o processo de empoderamento das pessoas para que estas façam escolhas em relação ao cuidado com a sua saúde seja um objetivo fundamental das políticas de saúde em uma sociedade democrática (THIEDE; MCINTYRE, 2008; SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A menos tangível das dimensões do acesso é a aceitabilidade por ser considerada a mais difícil de ser quantificada e detectada. Configura-se como a relação entre as atitudes dos profissionais de saúde e a dos indivíduos, influenciadas por idade, sexo, etnia, idioma, crenças culturais, condição socioeconômica (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Um ponto chave no conceito de aceitabilidade é o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, sinalizando a confiança no sistema de saúde e atuando como um elemento essencial para a equidade no acesso. Por outro lado, a falta de confiança no sistema de saúde pode gerar uma barreira ao acesso (TRAVASSOS, 2008).

Todas essas dimensões podem ser avaliadas por indicadores de processos e resultados, que auxiliam na determinação da existência de equidade ou desigualdade no acesso à saúde conforme descrito por *Aday e Andersen* (1974) (Figura 3).

Figura 3: Dimensões de acesso à saúde e indicadores



Fonte: Sanchez e Ciconelli (2012).

Ao final dessa breve revisão sobre acesso/acessibilidade compreende-se que o determinante mais importante na utilização dos serviços é a necessidade; porém as pessoas que deles mais necessitam, e que se concentram nos grupos sociais menos privilegiados, têm menor probabilidade de utilizá-los. Desse modo, para reduzir as iniquidades no acesso é necessário garantir sua distribuição igualitária entre os grupos sociais (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIAVACA, 2006).

No contexto brasileiro, a desigualdade econômica e social se reflete no diferencial de acesso a assistência qualificada no pré-natal, no parto e ao RN (LANSKY, 2010). Alguns estudos sobre o acesso à rede hospitalar de saúde por ocasião do parto utilizam o termo “peregrinação” para representar o caminho percorrido pelas mulheres em busca de assistência no momento do parto (CUNHA *et al.*, 2010; BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010). Ressalta-se que a assistência durante o parto, muitas vezes, depende da disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde, do acesso das mulheres à informação e a redes de apoio, dos profissionais de saúde, e também do entendimento por parte dos serviços do que seria assistência adequada para aquela população específica de mulheres que atendem (CUNHA *et al.*, 2010; DINIZ *et al.*, 2014).

No sentido de qualificar a assistência e garantir o acesso aos serviços de saúde diversas iniciativas, nos vários níveis de gestão, vêm sendo tomadas (ITURRI, 2014). Cita-se como exemplo a Rede Cegonha que foi instituída em 2011 pelo governo federal. É uma rede de cuidados que assegura, às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Fomenta o modelo de atenção à saúde focado no cuidado à gravidez, parto e nascimento e no desenvolvimento infantil até os 24 meses (BRASIL, 2011).

Entretanto, na sua motivação inicial se encontram a persistência e a magnitude de graves problemas de acesso ao cuidado como a peregrinação de gestantes em trabalho de parto, a incerteza sobre o local do parto, inclusive em grávidas com número adequado de controle pré-natal e os inadequados indicadores de qualidade desse controle (ITURRI, 2014).

Além da desigualdade na disponibilidade de serviços e recursos de saúde, os problemas de acesso geográfico ao parto refletem as falhas na integração e articulação entre os setores da saúde. Apesar de o parto se tratar de uma urgência

prevista, a atenção materno-infantil mantém-se desarticulada e fragmentada (COSTA *et al.*, 2009; ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Dados apresentados na pesquisa de Almeida e Szwarcowald (2012) sugerem diferenças na oferta dos serviços de atenção ao parto entre as regiões e os estados da Federação, com distribuição espacial que alterna padrões de escassez em algumas áreas e de excesso em outras. O padrão de desigualdade é ainda mais acentuado quando se considera o atendimento de maior complexidade. A região Nordeste tem o menor número de estabelecimentos com UTI neonatal para cada 1.000 Nascidos Vivos (NV).

O estudo revela ainda que além das desigualdades regionais, ficou clara a relação inversa entre porte populacional do município e deslocamento para assistência ao parto: quanto menor o tamanho populacional, maior o deslocamento da parturiente, provavelmente pela concentração de estabelecimentos com leitos obstétricos nas grandes cidades.

2.2 Atenção à Saúde Materno-infantil no Brasil

No Brasil, a atenção à saúde materna e infantil historicamente, tem sido uma prioridade dentre as políticas de saúde, com destaque aos cuidados durante a gestação. A partir da década de 90, tais políticas tiveram um incremento substancial, devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil, com ampliação da atenção ao pré-natal, face ao reconhecido impacto e transcendência que esta produz para o binômio mãe/filho (XIMENES NETO *et al.*, 2008).

O MS, em 1983 criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi implantado em 1984, cuja maior preocupação versava sobre a redução da morbimortalidade feminina e a melhoria da atenção à saúde reprodutiva, utilizando medidas de ação direcionadas a esta população (GOLDMAN, 2004; FONSECA *et al.*, 2014). Pela primeira vez, o governo propôs e implantou, de forma parcial, um programa que contemplava a regulação da fecundidade. O PAISM foi pioneiro, até mesmo no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar (SANTOS, 2005).

Ainda em 1984, começaram a ser distribuídos às Secretarias Estaduais documentos técnicos que iriam nortear as chamadas "ações básicas de assistência integral à saúde da mulher", englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis e a assistência ao parto e puerpério (SANTOS, 2005).

Nesse mesmo período, iniciou-se um processo de reforma do setor saúde, com a aprovação da nova Carta Constitucional de 1988 e o estabelecimento do SUS. A universalidade e a equidade de acesso, a descentralização da gestão administrativa e a integração dos serviços de saúde passaram a ser metas políticas a serem alcançadas (SANTOS *et al.*, 2000a).

Entretanto, sabe-se que para uma atenção qualificada e humanizada no ciclo grávido-puerperal é necessário o fácil acesso aos serviços de saúde, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência à gestante e ao RN, desde o atendimento ambulatorial básico até, se necessário, o atendimento hospitalar para alto risco, aliados as condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias (CUNHA *et al.*, 2010).

Buscando melhorar este cenário e, conseqüentemente, os indicadores de morbidade e mortalidade relacionados à gestação, parto e puerpério, o Ministério da Saúde, através da Portaria/GM N^o. 569, de 1/6/2000, institucionalizou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). O objetivo primordial desse programa foi assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao RN, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002; XIMENES NETO *et al.*, 2008).

A fundamentação da medida ministerial, na instituição das portarias do PHPN, pretendia ser um marcador de águas anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Desse modo, na cartilha de apresentação do PHPN, a humanização da assistência é ratificada como a principal estratégia (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Para tanto, o PHPN teve como base os seguintes princípios:

“toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de

acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo RN tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura” (BRASIL, 2002, p. 6).

Em 2005, com o intuito de fortalecer o processo de humanização da assistência ao parto, foi decretada a Lei Nacional nº. 11.108 que visa garantir a todas as mulheres nos serviços públicos e conveniados o direito de terem um acompanhante de sua escolha durante todas as fases de internação para o parto, incluindo os períodos do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). A vivência do parto é considerada uma experiência única na vida do homem e da mulher, um acontecimento intenso para o qual ambos podem vivenciar múltiplos sentimentos com a chegada do novo integrante da família (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

Desse modo, a presença do acompanhante pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e também um indicador da incorporação de vários dos princípios do SUS, como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização (DINIZ *et al.*, 2014).

Entretanto, mesmo com direito ao acompanhante, muitas gestantes que utilizam os serviços públicos de saúde, demonstram grande insegurança e ansiedade, dentre outros motivos, devido à carência de leitos nas maternidades e, conseqüentemente, a peregrinação para acesso ao atendimento no momento do trabalho de parto (CUNHA *et al.*, 2010).

No Brasil, ainda existem falhas em relação ao vínculo pré-natal e parto, deixando muitas gestantes sem referenciamento para uma maternidade de fácil acesso e adequada para as suas necessidades clínicas no momento do parto (LEAL *et al.*, 2015). O PHPN preconiza que as mulheres visitem e conheçam o local do parto, ao longo de sua gestação (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005), pois sabe-se que a tranquilidade adquirida por meio da garantia de atendimento no momento do parto é fundamental para a humanização da atenção às gestantes.

Visando o acesso das gestantes às maternidades para a ocasião do parto em tempo oportuno, foi decretada em 2007 a Lei nº 11.634, que passa a garantir às gestantes atendidas pelo SUS o direito de vincular-se à maternidade onde receberá assistência ao parto, bem como ser atendida nos casos de intercorrência pré-natal (BRASIL, 2007).

Entende-se, portanto, que mulheres e recém-nascidos (RNs) não podem ser recusados nos serviços e tampouco “peregrinar” em busca de assistência. Caso a unidade não seja adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deverá ser acolhida até que sejam garantidos o transporte seguro e a transferência para outra unidade de maior complexidade, capaz de atender suas necessidades (COUTO, 2012).

Em 2008, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) da Região Nordeste era aproximadamente o dobro da Região Sul. Em 2009, embora a mortalidade infantil estivesse diminuindo gradualmente no Brasil, regiões e Unidades Federadas, as taxas ainda se encontravam muito elevadas nas regiões Nordeste e Norte. Em 2009 foi criado o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009–2010 que teve como um de seus eixos qualificar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao RN com reforço das ações de vigilância em saúde da gestante e do RN, a partir do acolhimento com classificação de risco e de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2010a).

Vale ressaltar que uma das prioridades do pacto foi o aprimoramento de ações como: captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e intercorrências, incluindo a manutenção do acompanhamento de gestantes em pré-natal de alto risco, até a internação para o parto e após a alta hospitalar. A vinculação da gestante para o parto desde o pré-natal é também parte integrante do projeto, propiciando acolhimento na hora do parto e nas urgências durante a gravidez (BRASIL, 2010a).

Ainda em 2009, foi elaborado o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal que teve como proposta qualificar a assistência obstétrica e neonatal nas principais maternidades da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro, a partir das seguintes orientações gerais ou eixos: vinculação da gestante à equipe de referência da Atenção Básica, assegurando o local para o parto, acolhimento da gestante, puérpera e RN na atenção básica e maternidades, o acolhimento com classificação de risco nas maternidades e a garantia de acompanhante para a gestante e RN durante a internação, com adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados (ANDRADE *et al.*, 2014).

Atualmente, a agenda do MS, para a saúde da mulher, inclui um conjunto de portarias que definem as diretrizes da Rede Temática de Atenção Materno

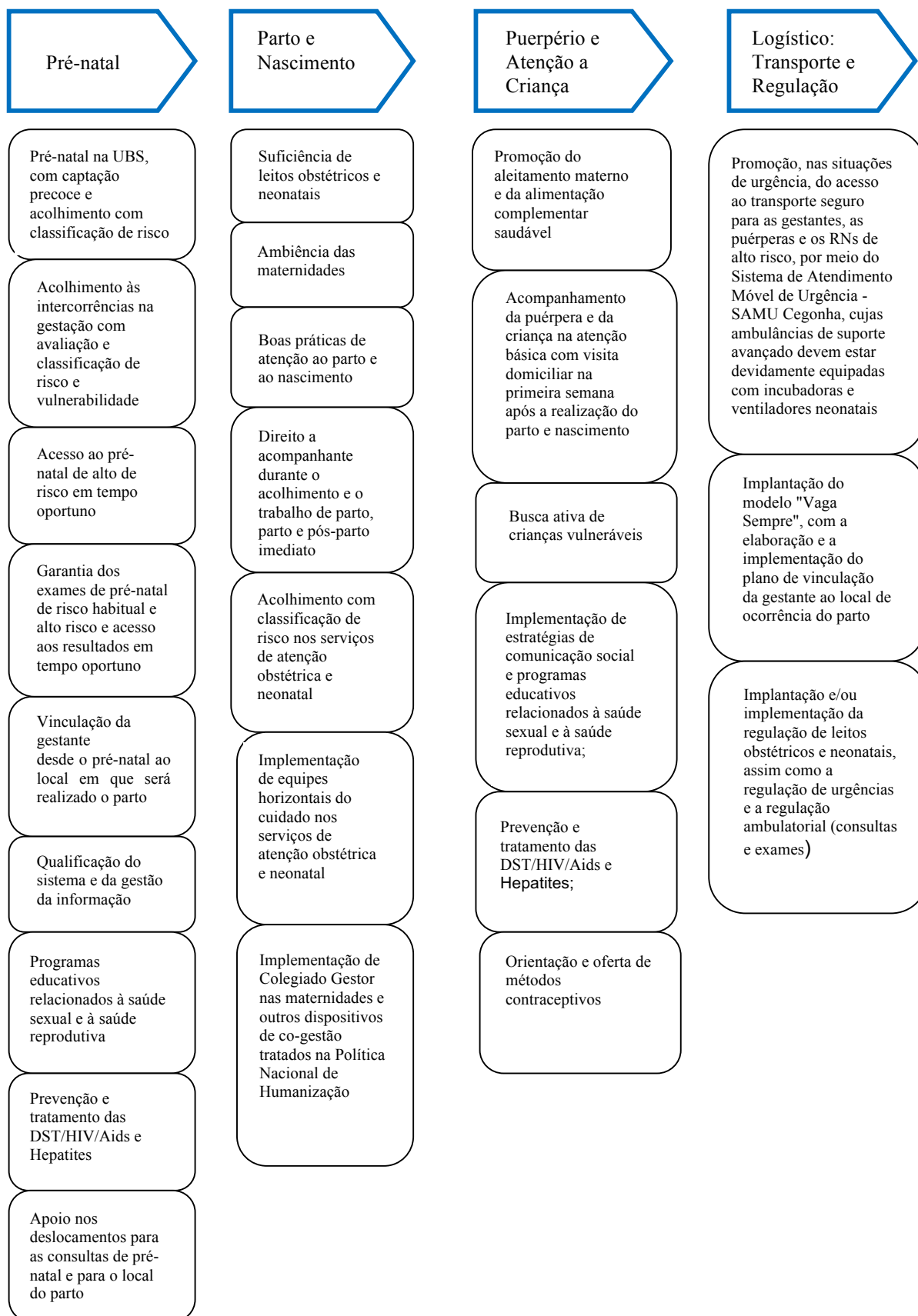
Infantil, denominada Rede Cegonha (RC) - Portaria N°1.459/2011 (BRASIL, 2011; GOTTEMS *et al.*, 2015). A RC incorpora os atributos necessários à estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como dispositivos fundamentais para o acesso oportuno das mulheres ao cuidado ampliado (GOTTEMS *et al.*, 2015). E tem por objetivos fomentar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses; no intuito de garantir acesso, acolhimento e resolutividade (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Aloca importante parcela dos recursos na priorização da atenção ao período reprodutivo e os avanços embutidos nessa proposta dizem respeito tanto à gestão do cuidado, incorporando os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), como também visa estruturar a gestão do sistema, com a organização da rede de atenção à saúde perinatal em níveis de assistência regionalizados e hierarquizados, com garantia de vaga a partir do início do pré-natal, diversidade de pontos de atenção (centros de parto normal; casa de gestante de alto risco; alojamento para mães de bebês que ficaram internados), efetividade da regulação e ordenamento do sistema (Quadro 1) (RATTNER, 2014).

Em 2013, 5.488 municípios brasileiros aderiram à RC, beneficiando 2,5 milhões de gestantes. No mesmo ano, foram criados 439 novos leitos neonatais (192 de terapia intensiva e 247 de cuidados intensivos) e 861 receberam custeio para qualificação do cuidado neonatal. Atualmente, o Brasil conta com 4.384 leitos de terapia intensiva neonatal e 2.305 leitos de terapia intensiva pediátrica. Adicionalmente, o MS apoiou a elaboração e a pactuação de planos da RC em 203 regiões de saúde. Os Planos de Ação Regionais têm o objetivo de reorganizar o cuidado de gestantes e crianças, a partir da lógica de suficiência e qualidade da atenção básica e hospitalar, regulação e controle (BRASIL, 2014).

Dessa maneira, a RC representa o avanço no sentido de proteção integral ao processo de gestação-parto-nascimento-puerpério e início da vida tanto em termos da gestão do cuidado, como da gestão do sistema, fazendo parte de uma política nacional ampliada de atenção integral à saúde das mulheres e das crianças (RATTNER, 2014).

Quadro 1: Componentes e interfaces da Rede Cegonha



Fonte: Adaptado - Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Pode-se dizer que no campo da assistência materna, o Brasil mudou muito nas últimas décadas. Importantes iniciativas foram tomadas pelo MS, em conjunto com gestores municipais e estaduais, instituições de ensino e pesquisa, profissionais de saúde, movimentos sociais e de humanização ao parto, no sentido de promover à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e garantir o acesso em tempo oportuno aos serviços de saúde. O quadro abaixo resume as principais iniciativas (Quadro 2):

Quadro 2: Marcos importantes das políticas de assistência materno-infantil.

Ano	Políticas de saúde
1984	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)
2000	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) Portaria/GM No.569 - 1/6/2000
2005	Direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério no âmbito do SUS - Lei Federal nº 11.108.
2007	Direito a gestante de conhecer e ser vinculada a uma maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS - Lei Federal nº 11.634.
2009	Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal - Portaria MS/GM nº 364, de 19 de fevereiro de 2009. Projeto de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal, MS
2011	Rede Cegonha em âmbito nacional - Portarias GM/MS nº 1459 e nº 2351.

Fonte: Adaptação dos marcos importantes das políticas de assistência materno-infantil.

Embora iniciativas venham sendo tomadas assegurando a melhoria do acesso das gestantes e dos RNs, ainda há um grande desafio no que se refere à atenção à saúde da mulher na gestação e parto quanto à qualidade dos serviços propriamente dita (GOTTEMS *et al.*, 2015). Estudos apontam falhas na assistência e no vínculo entre os serviços de saúde envolvidos no pré-natal e parto submetendo mulheres e recém-nascidos a situações de risco, como peregrinar em busca de

atendimento no momento do parto (MONTESCHIO *et al.*, 2014; VIELLAS *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2015).

2.3 Peregrinação de Parturientes

A ideia de peregrinação está relacionada à necessidade das parturientes passarem por mais de uma maternidade, em busca de atendimento obstétrico sem referenciamento entre as unidades de saúde. Tal situação diminui a probabilidade de adequação dos serviços já que nem todas as unidades dispõem de infraestrutura para atendimento de alto risco (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010). Neste caso, são necessários leitos obstétricos especializados, além de UTIN, encontrados apenas em maternidades de maior complexidade (MENEZES *et al.*, 2006).

Vale ressaltar a importância do acesso oportuno das gestantes à maternidade. Na realidade brasileira, se considera a possível relação entre as mortes peri e neonatais por asfixia e a peregrinação da gestante em busca de vaga hospitalar durante o trabalho de parto, sendo, portanto, difícil a determinação do risco de uma gestante se a chegada à maternidade de referência não ocorre a tempo, pois diminuem as chances de intervenções clínicas eficazes (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002a).

Desde 1995 Tanaka já chamava a atenção para o fato de que a dificuldade de acesso às maternidades no momento do parto é um dos fatores responsáveis por muitas mortes maternas. Considera a “inoportunidade” da atenção, fator causal para a “peregrinação” hospitalar, contribuindo para que a assistência às gestantes seja prestada tardiamente e culmine no óbito. A falta crônica de vagas e o fenômeno da peregrinação hospitalar são bastante conhecidos e representam fontes de ansiedade e angústia para as gestantes.

Por isso, muitas mulheres recusam a assistência pré-natal em unidades de baixa complexidade, buscando as unidades de referência como uma forma de “garantir leito na hora do parto” e, também por considerarem que, quanto maior a complexidade do serviço, maior a qualidade (CUNHA *et al.*, 2010).

Outras mulheres, apesar de realizarem o pré-natal em unidades de atenção básica, muitas vezes próximas aos seus locais de residência, no momento do parto buscam unidades de alta complexidade, causando a “superutilização” desses serviços, ou seja, quando pacientes de baixo risco são internadas em maternidades de maior complexidade. Tal condição está associada ao “auto-referenciamento”, que ocorre quando a gestante ou os familiares determinam o serviço em virtude de esse abrigar mais recursos ou simplesmente por serem próximos do seu domicílio (MENEZES *et al.*, 2006; CUNHA *et al.*, 2010).

Entretanto, mesmo comprovado que a assistência pré-natal, sem dúvida, é um fator de proteção para a saúde da mãe por incluir procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção da saúde, é válido ressaltar que apesar da cobertura quase universal de consultas pré-natais no Brasil, as avaliações sobre a qualidade dessa assistência têm se revelado baixa e com falhas (CARVALHO; ARAÚJO, 2007). Deixando as gestantes sem referenciamento para uma maternidade de fácil acesso e adequada para as suas necessidades clínicas no momento do parto (ANDREUCCI; CECATTI 2011; VICTORA *et al.*, 2011; LEAL *et al.*, 2015).

Lansky, França e Leal, (2002b) e Lansky (2010) alertam para a existência de práticas indesejadas como a chamada “alta do pré-natal”, sem provisão de continuidade da assistência à gestante até o momento do parto e sem a definição de uma maternidade de referência para este atendimento. Esta situação de (des)assistência tem se mostrado ainda uma ocorrência bastante frequente no nosso meio e determinante para a sobrevivência da criança e da mãe.

O sistema de saúde no país, apesar de ressaltar a necessidade de integração entre os três períodos de assistência (pré-natal, parto e puerpério), ainda não viabilizou essa integração na prática (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012). Esse fato faz com que a assistência no período pré-natal seja feita sem nenhuma garantia hospitalar para o parto. Além disto, a falta de orientação no pré-natal, leva a parturiente a procurar o atendimento de emergência em momentos inadequados, superlotando a porta de entrada da rede de serviços, com problemas ou queixas passíveis de esclarecimento durante a consulta de pré-natal (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010).

Tanaka (1995) já referia que a impossibilidade de acesso às informações, de forma contínua e integral, em qualquer um destes períodos, fragiliza a

assistência, expondo a puérpera e o recém-nato a riscos de vida e obrigando a gestante a conseguir por conta própria o local onde será realizado seu parto. Estudo mais recente refere que o fato de gestantes precisarem por conta própria buscar atendimento em mais de uma unidade mostra que a central de regulação de vagas não funciona de maneira efetiva. Por conseguinte, não garante o acesso satisfatório desta gestante à rede (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010).

Ressalta-se que uma grande parte dos partos de “baixo risco” e com menor custo, oferecidos pelo SUS ocorrem nos serviços privados contratados. Ocasionalmente uma distorção entre oferta e demanda de leitos obstétricos, criando uma sobrecarga aos serviços públicos que não recusam as gestantes, caso haja vagas hospitalares. Esses fatos originaram uma verdadeira peregrinação de gestantes em busca de assistência adequada no momento do parto (GOLDMAN, 2004). Estudo realizado na região metropolitana de São Paulo evidenciou que a rede SUS tem maior proporção de hospitais de alta complexidade na atenção ao parto e ao RN, disponibilizando um maior número de leitos de UTIN. Essa diferenciação mostrou que os hospitais da rede não-SUS atendem mães e RNs de menor risco do que o SUS (SILVA *et al.*, 2010).

Um dos problemas enfrentados por mulheres usuárias do SUS no anteparto é a dúvida de quando se dirigir ao hospital para assegurar acesso a um leito. Isso se deve a falta de consenso sobre quando o trabalho de parto começa, pois alguns hospitais aceitam a gestante logo no início do processo, o que tende a produzir mais intervenções. Outros locais só as aceitam quando estão prestes a dar à luz, o que dá a elas pouquíssimo tempo para procurar um leito (DINIZ; CHACHAM, 2006). Somam-se a esses aspectos a educação da gestante e sua família durante o pré-natal, que geralmente não são orientadas acerca dos sinais e sintomas do início do trabalho de parto, no sentido de permitir à mulher reconhecê-los, evitar a ida precoce às maternidades e a não-internação (CUNHA *et al.*, 2010).

No estudo de Dias e Deslandes (2006) mulheres relatam que a estratégia para driblar a possibilidade da falta de vagas é ficar em casa “enquanto aguentar”, no intuito de chegarem à maternidade com dilatação avançada e não haver tempo hábil para a transferência para outra unidade de saúde.

Nesses casos a maternidade deverá ser responsável por acolhê-la imediatamente evitando a sua peregrinação em busca de assistência no momento do parto, devendo avaliá-la e iniciar assistência imediata. Se não for possível

proceder à internação definitiva, a maternidade deve se responsabilizar pela transferência da gestante em transporte adequado para outro local identificado pela central de internação (LANSKY, 2010).

Estudo realizado na região Nordeste, mostrou um alto índice de gestantes, oriundas do interior de Alagoas que tiveram seus partos em Maceió. Esse fato revela que os serviços de atenção à saúde materna nessas cidades, não possuem resolubilidade. Tal fato resulta em aumento da demanda de gestantes para Maceió, quando deveriam ser essencialmente as parturientes com maior risco gestacional. Nesse caso ocorre a superutilização e superlotação das maternidades de alta complexidade, bem como a má distribuição dos leitos obstétricos e a falta de leitos neonatais determinando a peregrinação dessas parturientes. Os serviços de saúde mostraram-se desestruturados e desarticulados em Maceió, e principalmente no interior as ações estão fragmentadas provavelmente desde a atenção pré-natal (SOUZA *et al.*, 2011).

De maneira geral, existe um *déficit* de unidades de saúde que disponibilizem assistência ao pré-natal e também ao parto ocorrendo, desse modo, a descentralização do pré-natal e aumentando as possibilidades do evento da peregrinação das mulheres para o parto (CUNHA *et al.*, 2010). A falta de uma regionalização coerente, faz com que ocorra um fluxo desordenado de gestantes em busca de atendimento nas unidades de referência. O que poderia ser amenizado, com uma melhor distribuição dos serviços de saúde na localidade e um sistema de referência e contra referência mais eficiente (MENEZES *et al.*, 2006).

A relação entre as atividades da atenção básica e as hospitalares deveria ser de continuidade e complementaridade. Entretanto, nas instituições públicas, dificilmente se estabelece um vínculo entre a gestante e o sistema de saúde, o que leva ao desconhecimento da história da gestação e à falta de planejamento da internação para o parto (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012). Embora, desde 1988 o MS tenha instituído o Cartão da Gestante, com o propósito de armazenar informações, facilitando a comunicação entre os profissionais que realizavam a assistência pré-natal e os que realizavam o parto nas maternidades, o cartão está sujeito à incompletude de registros pelos profissionais que assistem ao pré-natal e às perdas ou extravios pela gestante (SANTOS NETO *et al.*, 2012).

Apesar de o parto se tratar de uma urgência prevista, pouco se avançou na organização da sua assistência, convivendo-se ainda com uma atenção

desarticulada e fragmentada entre o pré-natal e o parto para a maioria da população (FRANÇA; LANSKY, 2008). Na última década foram desenvolvidas estratégias importantes para a melhoria da qualidade e do acesso ao atendimento às gestantes, porém as ações parecem ser insuficientes para garantir o acesso igualitário à assistência ao parto (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Estudo realizado no município de Fortaleza na região Nordeste mostrou uma associação do tempo ≥ 30 minutos gasto durante o deslocamento da gestante em trabalho de parto de casa para o hospital, com o óbito neonatal. Os autores referiram que esse determinante pode indicar a possibilidade de peregrinação das gestantes em busca de atendimento obstétrico no momento do parto, apontando a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, bem como fator decisivo dos desfechos negativos maternos e do RN. Enfatizaram que a situação pode tornar-se mais grave ainda, quando a gestante e/ou o feto são considerados de risco, pois o acesso a maternidades de maior complexidade com leitos obstétricos especializados e disponibilidade de UTIN são fatores que retardam o atendimento à gestante no momento do parto (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Em relação aos leitos especializados para RNs, sabe-se que de uma forma geral, o número de leitos de UTIN e berçário intermediário é bem menor que o necessário em todo o Brasil. Portanto, a desigualdade na distribuição de leitos obstétricos deve ser considerada para a ocorrência de peregrinação no momento do parto, uma vez que persiste uma maior concentração de serviços de saúde nos grandes centros urbanos, ficando as periferias e as cidades do interior desprovidas de assistência qualificada, aumentando a demanda para as maternidades da capital (MENEZES *et al.*, 2006).

A maior parte dos óbitos que ocorre entre o período intraparto e nas 48 horas seguintes demonstra a estreita relação com a assistência de saúde dispensada a gestante e ao RN podendo apresentar desfechos negativos. Contudo, esse período não recebeu a devida atenção do sistema de saúde, que ainda opera de forma desarticulada com frequente descontinuidade da atenção pré-natal até o final da gestação e o parto, se desdobrando assim na ocorrência de peregrinação das parturientes em busca de vaga hospitalar e o seu atendimento em condições inadequadas, seja pela não regionalização da assistência, pela inexistência de transporte apropriado ou pela baixa qualidade dos serviços disponíveis (LANSKY, 2010).

Na capital do Estado do Maranhão-Brasil, foi verificado que muitas mulheres percorrem mais de um serviço de saúde e passam por, pelo menos, duas maternidades na tentativa de assistência ao parto, sendo a falta de leitos o principal motivo para o não atendimento (CUNHA *et al.*, 2010). No estudo de Nascimento *et al.* (2012) realizado em Fortaleza-Ceará-Brasil foi referido a possível associação entre o tempo ≥ 30 minutos gasto durante o deslocamento da gestante em trabalho de parto de casa para o hospital, e, a peregrinação.

Resultados da Pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2011-2012, apontam elevado percentual de peregrinação pela busca de assistência ao parto, sendo encontrada principalmente em residentes na Região Nordeste, mostrando que existem importantes desigualdades regionais. O achado reflete a deficiência no sistema de referência hospitalar para o atendimento ao parto, acarretando riscos para a saúde da mulher e do bebê (VIELLAS *et al.*, 2014). Outro estudo da mesma pesquisa refere forte associação da peregrinação para o parto com o óbito neonatal (LANSKY *et al.*, 2014).

Achados de Leal *et al.* (2015) revelam que os benefícios de uma assistência de qualidade ao parto, que inclui os direitos reprodutivos da mulher de ter uma vaga assegurada em maternidade de fácil acesso, atendimento digno (sem espera longa) e acompanhante de sua livre escolha pode estar associado a escolaridade materna. Indicando que o sistema de saúde brasileiro não tem conseguido funcionar como um instrumento na atenuação das iniquidades sociais, ao contrário, as reproduz tanto na atenção ao pré-natal como ao parto. No Brasil a alta cobertura do atendimento hospitalar na assistência ao parto ainda convive com obstáculos no acesso à maternidade estando a peregrinação como determinante associado aos desfechos negativos para o binômio mãe/filho.

Entretanto, de acordo com o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) a busca do hospital pela gestante para o parto e a assistência no primeiro hospital procurado tem diminuído no país, e a região Sul possui melhores índices de acesso, visto ter sido identificado que 96% das mulheres tiveram o parto realizado no primeiro hospital procurado (BRASIL, 2010b). Na região Nordeste, segundo pesquisa realizada em 2010, foi observado, muitas vezes, um fluxo desordenado de gestantes procurando por assistência nas unidades de referência, sendo frequentemente as unidades de maior complexidade (CUNHA *et al.*, 2010).

Mesmo referindo melhora da peregrinação anteparto o relatório ODM revela que o mundo não alcançará o quinto objetivo que é melhorar a saúde materna. O Brasil ainda enfrenta grandes desafios para alcançar a redução da mortalidade materna na magnitude preconizada pela meta A do quinto objetivo. De 1990 a 2011, a taxa de mortalidade materna brasileira caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2014).

Ainda de acordo com o relatório ODM, as mortes maternas diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. O alcance da meta proposta no âmbito deste ODM dependerá, assim, da implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a qualificação da atenção pré-natal; o encaminhamento oportuno das gestantes de risco a serviços especializados; a atenção adequada durante o trabalho de parto e no pós-parto e o tratamento de urgências e emergências dentre outras (BRASIL, 2014).

No entanto, a despeito da existência de lei e normas reguladoras a assistência ao pré-natal ainda precisa universalizar a prática de definição prévia de local para atendimento hospitalar ao parto, de encaminhamento e vinculação à maternidade onde a gestante receberá assistência no âmbito do SUS e com isso evitar a cadeia causal da peregrinação anteparto que culmina inúmeras vezes em desfechos negativos para a mãe e RN (BRASIL, 2014).

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar os determinantes da peregrinação de parturientes atendidas em maternidades públicas e privadas das regiões Nordeste e Sul do Brasil.

3.2 Específicos

- ✓ Descrever o perfil demográfico, socioeconômico e obstétrico das parturientes das regiões Nordeste e Sul do Brasil.
- ✓ Identificar a associação das variáveis maternas: demográficas e socioeconômicas; história obstétrica; assistência pré-natal e antecedentes do parto com a peregrinação das parturientes.
- ✓ Analisar os resultados diferenciais entre as regiões Nordeste e Sul que estiverem associados a peregrinação.

Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e Natureza do Estudo

Estudo de base hospitalar, integrante da pesquisa 'Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento' que foi coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), da cidade do Rio de Janeiro.

A pesquisa Nascer no Brasil teve como sujeitos as puérperas e seus RNs e foi realizada com os objetivos de descrever a incidência excessiva de cesariana e suas consequências para a saúde das mulheres e dos RNs; investigar a relação entre cesariana excessiva e parto prematuro, bem como investigar a relação entre cesariana excessiva e a utilização de procedimentos tecnológicos após o nascimento (LEAL *et al.*, 2012).

4.2 Local e Período do Estudo

Os dados da pesquisa Nascer no Brasil foram coletados no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, em 266 estabelecimentos de saúde das cinco macrorregiões brasileiras, localizados nas capitais e interiores dos estados e classificados nas categorias pública, mista (hospitais privados com leitos contratados pelo SUS) e privada. O presente estudo analisará as informações das parturientes das regiões Nordeste e Sul do Brasil, disponíveis no banco de dados da pesquisa Nascer no Brasil, cedido pela coordenação do estudo (ANEXO A).

Para fins desta pesquisa foram selecionados 116 estabelecimentos, destes 68 da região Nordeste (Quadro 3) e 48 da região Sul (Quadro 4).

Quadro 3: Distribuição dos estabelecimentos de saúde da região Nordeste.

Região Nordeste		Localização		Categoria do serviço de saúde		
Estado	N	Capital	Interior	SUS	Misto	Privado
Maranhão	5	1	4	4	1	0
Piauí	5	1	4	4	1	0
Ceará	9	4	5	3	4	2
Rio Grande do Norte	3	1	2	3	0	0
Paraíba	6	2	4	3	2	1
Pernambuco	13	4	9	4	5	4
Alagoas	3	1	2	1	2	0
Sergipe	4	2	2	0	4	0
Bahia	20	2	18	10	7	3
Total	68	18	50	32	26	10

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil (2011 – 2012).

Quadro 4: Distribuição dos estabelecimentos de saúde da região Sul.

Região Sul		Localização		Categoria do serviço de saúde		
Estado	N	Capital	Interior	SUS	Misto	Privado
Paraná	19	8	11	3	8	8
Rio Grande do Sul	16	6	10	5	9	2
Santa Catarina	13	2	11	3	7	3
Total	48	16	32	11	24	13

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil (2011 – 2012).

4.3 População e Amostra do Estudo

Para construção da amostra do estudo de referência Nascer no Brasil fez-se necessário o cálculo do peso amostral. O peso amostral de cada parturiente, foi calculado como sendo o inverso da probabilidade de seleção da respectiva parturiente. Mais detalhes do cálculo amostral encontram-se em Vasconcellos *et al.* (2014).

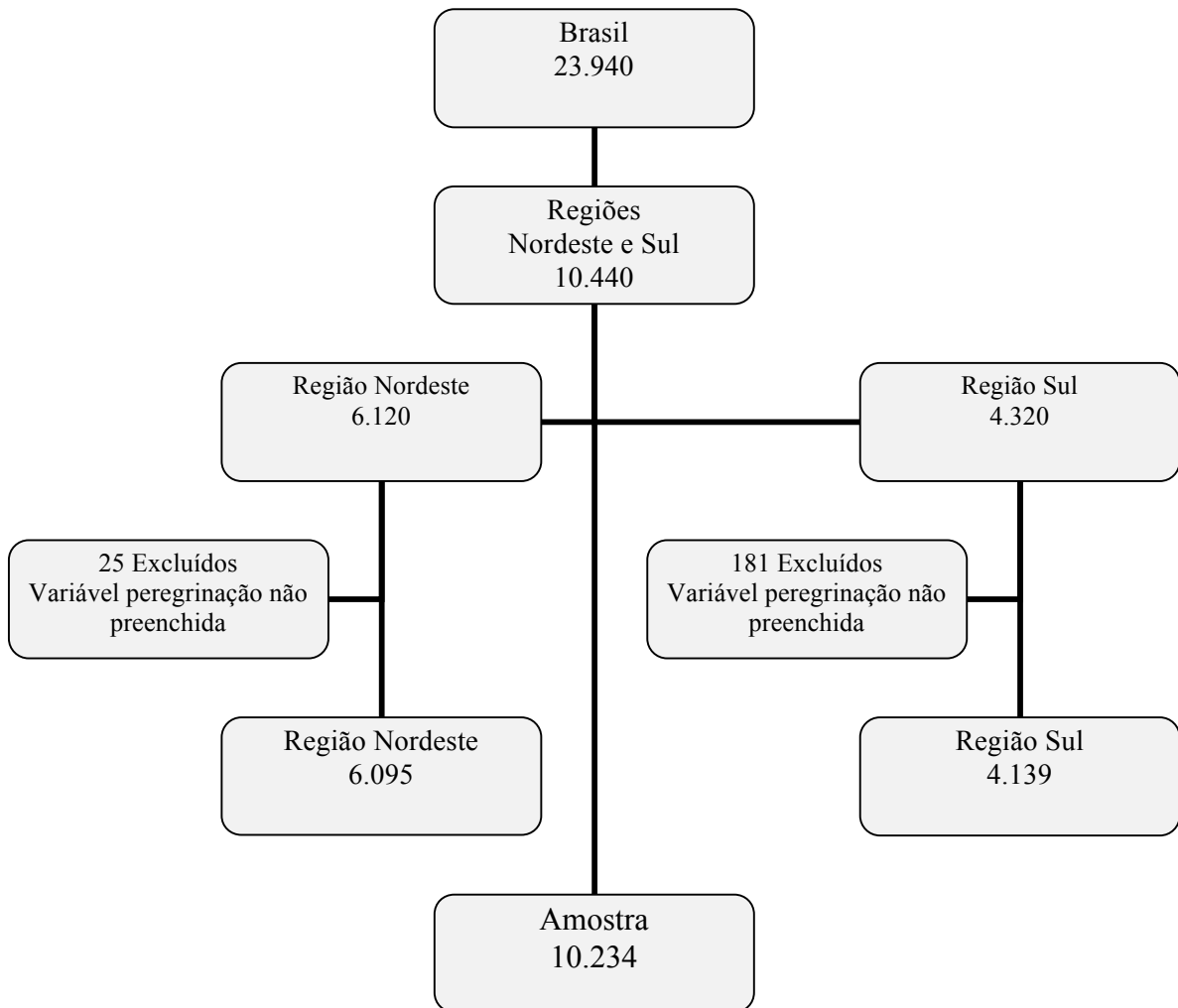
Desse modo, a amostra foi selecionada em três etapas. A primeira, composta por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificados pelas cinco macrorregiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste), localização (capital ou interior), e tipo de serviço (privado, público e misto). A segunda foi composta por dias (mínimo de sete dias em cada hospital) e a terceira composta pelas puérperas. Em suma, uma amostra aleatória de parturientes foi selecionada através de um processo probabilístico de dois estágios, sendo o primeiro a seleção do hospital (Unidade Primária de Amostragem), e o segundo, o dia ou dias nas quais as parturientes foram avaliadas. Em cada um dos 266 hospitais amostrados foram entrevistadas 90 puérperas, totalizando 23.940 pares de puérperas e seus conceptos. Em Leal *et al.* (2012) encontram-se informações mais detalhadas.

No presente estudo, a população correspondeu a todas as puérperas que tiveram seus partos nas instituições hospitalares das cinco macrorregiões do Brasil participantes da pesquisa. A amostra compreendeu as 10.234 parturientes das regiões Nordeste e Sul (Figura 4).

4.3.1 Critério de exclusão

Foram excluídas 206 parturientes em que a informação sobre a variável desfecho peregrinação não estava devidamente preenchida.

Figura 4: Descrição da população e constituição da amostra do estudo.



Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

4. 4 Coleta de dados

Na primeira fase do estudo de referência foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas durante a internação hospitalar e extraídos dados do prontuário da puérpera e do recém-nato. Os cartões de pré-natal e o laudo de exames de ultrassonografia foram fotografados, quando disponíveis. Entrevistas telefônicas foram realizadas antes dos seis meses e aos 12 meses após o parto

para a coleta de dados sobre desfechos maternos e neonatais. Adicionalmente, gestores dos hospitais foram entrevistados pelos supervisores que utilizaram um questionário impresso, contendo questões relativas à estrutura da maternidade. Informações detalhadas sobre a coleta de dados estão disponíveis em Leal *et al.* (2012).

4.4.1 Fonte de dados

Para alcançar os objetivos do presente estudo foram analisados os dados relacionados à amostra das regiões Nordeste e Sul do Brasil, capitais e municípios do interior, que incluem as entrevistas hospitalares com as puérperas no pós-parto imediato, além dos dados maternos nos prontuários das maternidades selecionadas.

No banco de dados da pesquisa Nascir no Brasil foi identificada a variável dependente e as variáveis independentes para compor o estudo atual.

4.5 Variáveis do Estudo

4.5.1. Variável dependente

Foi adotada como variável dependente, ou variável desfecho da pesquisa, a peregrinação das parturientes, definida como a necessidade de buscar mais de um serviço hospitalar no momento da internação para o parto sem referência do serviço para maternidade seguinte.

Essa variável foi coletada durante a entrevista com a puérpera e selecionada para o estudo por apresentar inúmeras evidências científicas de desfechos negativos para a gestante e seu RN, e assim influenciar no alcance do quarto e do quinto ODM que se referem respectivamente a: Reduzir a Mortalidade na Infância e Melhorar a Saúde Materna (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2014).

4.5.2 Variáveis independentes

Dessa forma, para as variáveis independentes foi estabelecido um modelo teórico-conceitual com três níveis de hierarquia (distal, intermediário e proximal) adaptado a partir da proposta de modelo hierarquizado para investigação do óbito infantil neonatal de Lima, Carvalho e Vasconcelos (2008) e ajustado, neste estudo, para a variável desfecho peregrinação de parturientes. As variáveis foram assim compostas:

Bloco I (variáveis do nível distal): características demográficas e socioeconômicas.

❖ Variáveis demográficas

- Região: variável categórica nominal (Nordeste; Sul).
- Localização do hospital: variável categórica nominal (capital; interior).
- Idade materna: variável quantitativa contínua (12 a 19; 20 a 34; 35 ou mais).
- Cor da pele: variável categórica nominal (branca; outras).
- Situação conjugal: variável categórica nominal (com companheiro; sem companheiro).

A variável cor da pele foi categorizada em branca e outras, devido à pequena proporção das populações preta, parda, amarela e indígena que foram agrupadas na categoria 'outras'.

❖ Variáveis socioeconômicas

- Escolaridade materna: variável categórica nominal (ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio completo e ensino superior completo).

- Classificação econômica: variável categórica nominal (classe D e E; classe C; classe A e B). De acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).
- Trabalho remunerado da mãe: variável dicotômica (sim; não).
- Chefe da família sendo a mãe: variável dicotômica (sim; não).
- Fonte de pagamento do parto: variável categórica nominal (pública; privada).

O critério de classificação econômica adotado foi o preconizado pela ABEP, que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, baseado na posse de bens e no grau de instrução do chefe da família (ABEP, 2015). As classes são divididas em 5 categorias, variando de A (classe mais elevada) a E (classe mais baixa). Em função do pequeno número de mulheres nas classes A e E, as classes econômicas foram agrupadas em 3 categorias (A e B; C; D e E).

Destaca-se que a variável fonte de pagamento para o parto foi classificada da seguinte maneira: gestantes com parto em unidades públicas e gestantes com parto em unidades mistas que não foram pagos por plano de saúde foram classificadas como tendo “fonte de pagamento pública”. Gestantes com parto pago por plano de saúde, tendo parto em unidades mistas ou privadas, e gestantes com parto em unidades privada, independente do parto ter sido pago ou não por plano de saúde, foram classificadas como tendo “fonte de pagamento privada”.

Bloco II (variáveis do nível intermediário I): características maternas.

❖ Desfechos prévios de risco

- Natimorto anterior: variável dicotômica (sim; não).
- Neomorto anterior: variável dicotômica (sim; não).
- Prematuro anterior: variável dicotômica (sim; não).
- Cesárea anterior: variável categórica nominal (não, 1 cesárea, 2 cesáreas).

Variáveis relacionadas a história reprodutiva anterior da mãe e que estão no Manual Técnico da Gestação de Alto Risco do MS (BRASIL, 2010c), foram nesse estudo denominadas de desfechos prévios de risco: natimorto anterior; neomorto

anterior; prematuro anterior e cesárea anterior; por indicarem situação de alerta durante a avaliação pré-natal da gestação atual.

❖ Gestação atual

- Tipo de gestação: variável categórica nominal (gemelar; única).
- Gravidez de alto risco: variável dicotômica (sim; não).

Para a construção da variável gravidez de alto risco foram considerados dados do prontuário. A gravidez foi classificada de alto risco se a mãe da criança apresentou pelo menos uma das alterações ou complicações definidas nos critérios do Manual Técnico para Gestação de Alto Risco do MS (BRASIL, 2010c):

I - Doenças clínicas pré-existentes como: asma; tuberculose; hipertensão crônica; diabetes (gestacional ou não); infecção pelo HIV; doença renal crônica; doença hepática crônica; câncer; lúpus eritematoso sistêmico.

II – Doença obstétrica e/ou Intercorrências clínicas na gestação atual: amniorrexe prematura; crescimento intrauterino restrito (CIUR); oligodramnia; polidramnia; placenta prévia; descolamento prematuro de placenta (DPP); sofrimento fetal; trabalho de parto prematuro; pós-maturidade; sífilis; Infecção do Trato Urinário (ITU); pré-eclâmpsia; eclâmpsia; síndrome HELLP (H = *hemolysis*; EL = *elevated liver enzymes*; LP = *low platelets*); hepatite; tireoideopatias; anemia; cardiopatias; transtornos psiquiátricos.

Bloco II (variáveis do nível intermediário II): características da assistência pré-natal

❖ Características da assistência pré-natal

- Pré-natal: variável categórica nominal (público; privado; não fez pré-natal).
- Orientações sobre trabalho de parto: variável categórica nominal (não; sim; não fez pré-natal).

- Orientações sobre sinais de risco na gravidez: variável categórica nominal (não; sim; não fez pré-natal).
- Orientação sobre qual hospital procurar: variável dicotômica (não; sim).
- Profissional que acompanhou o pré-natal: variável categórica nominal (médico; enfermeiro; outros; não fez o pré-natal).

Foi considerado o 'profissional que acompanhou o pré-natal' a categoria profissional que acompanhou mais de 50% do número de consultas da gestante; foi considerado 'outros' – outras categorias de profissionais como a parteira, sem mais especificações contidas no banco.

❖ Bloco III (variáveis do nível proximal): antecedentes do momento do parto.

❖ Antecedentes do momento do parto e acompanhante na internação

- Trabalho de parto prematuro: variável dicotômica (sim; não).
- Amniorrexe prematura: variável dicotômica (sim; não).
- Gestação prolongada: variável dicotômica (sim; não).
- Sofrimento fetal: variável dicotômica (sim; não).
- Descolamento prematuro da placenta: variável dicotômica (sim; não).
- Hemorragia vaginal: variável dicotômica (sim; não).
- Síndrome hipertensiva: variável dicotômica (sim; não).
- Óbito fetal: variável dicotômica (sim; não).
- Idade gestacional no parto: variável categórica nominal (prematuro; a termo; pós-termo).
- Acompanhante na internação: variável dicotômica (sim; não).

Foram considerados como 'antecedentes do momento do parto' as variáveis capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal (BRASIL, 2010c).

A variável síndrome hipertensiva foi composta pela ocorrência de pelo menos uma das alterações a seguir: hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP.

Para a variável idade gestacional no parto foi utilizada a referência do MS que classifica o RN em prematuro considerando a idade gestacional inferior a 37 semanas; a termo com idade gestacional entre 37 e 41 semanas e seis dias e pós-termo com idade gestacional igual ou maior a 42 semanas (BRASIL, 1994).

4.6 Análise dos dados

4.6.1 Modelo Hierarquizado: variável desfecho peregrinação de parturientes

Modelos teórico-conceituais visam a integrar fatores sociais, biológicos, de comportamento, entre outros, e ainda elucidar as relações que se estabelecem entre eles na determinação de desfechos de saúde (LIMA; CARVALHO; VASCONCELOS, 2008).

O processo de análise estatística dos dados e interpretação dos resultados deste estudo seguiu a coerência do modelo hierarquizado. Nessa estratégia de análise, a introdução das variáveis se dá em etapas, iniciando com as variáveis dos níveis mais distais e introduzindo-se simultaneamente apenas variáveis de um mesmo nível (VICTORA *et al.*, 1997; OLINTO, 1998).

O efeito de cada variável sobre o desfecho é interpretado como ajustado para as variáveis pertencentes aos níveis hierarquicamente anteriores (mais distais) e para os efeitos das variáveis que se encontram no mesmo nível. Assim, considerando-se um modelo com três níveis hierárquicos (distal, intermediário e proximal), o modelo de análise com variáveis dos três níveis apresenta estimativas dos efeitos das variáveis do nível distal no desfecho, não mediados por variáveis dos níveis seguintes; estimativas dos efeitos das variáveis do nível intermediário no desfecho, ajustadas por variáveis do nível distal e não mediados por variáveis do nível proximal, e estimativas dos efeitos das variáveis do nível proximal no desfecho

ajustadas para variáveis dos níveis distal e intermediário (LIMA; CARVALHO; VASCONCELOS, 2008).

Desse modo, para a modelagem hierarquizada de determinantes da peregrinação de parturientes deste estudo, as variáveis independentes foram divididas em três blocos:

No Bloco I (nível distal) do modelo foram inseridas as características socioeconômicas e demográficas maternas. No Bloco II, dois níveis intermediários foram considerados, com as variáveis referentes as características maternas e aspectos referentes à assistência pré-natal. No Bloco III, nível proximal, foram incluídos os fatores que antecedem o parto, caracterizados nessa pesquisa como os antecedentes do momento do parto, e que estão relacionados a peregrinação das parturientes. A Figura 5 descreve esquematicamente as inter-relações entre as dimensões que compõem os níveis do modelo hierarquizado.

No nível intermediário I os desfechos prévios caracterizados de risco (natimorto anterior, neomorto anterior, prematuridade anterior e cesárea anterior) podem influenciar parcialmente a história da gestação atual como o desenvolvimento de gravidez de alto risco. O tipo de gestação (única, gemelar) também pode expor a gestante a situações de risco. Por este motivo, a história reprodutiva e características da gravidez atual estão dispostas mais próximas ao desfecho, pois podem ou não ser possíveis determinantes da peregrinação das parturientes.

Considerando-se ainda a possibilidade de a mulher não apresentar história reprodutiva anterior, por estar em sua primeira gravidez, os demais fatores como tipo de gestação e gravidez de alto risco podem influenciar a ocorrência de complicações obstétricas.

O nível intermediário II aponta a influência que características da assistência pré-natal podem exercer no momento do parto. Um pré-natal de boa qualidade deverá ser capaz de garantir o acesso ao parto em unidade apropriada às necessidades identificadas nas consultas de pré-natal da parturiente, orientando a tomada de decisão durante o trabalho de parto e demais condutas a serem adotadas em situações de risco para o binômio mãe-filho.

Foi então considerado no nível intermediário II, que certas características da atenção ao pré-natal poderiam configurar-se em risco para o desfecho, como o fato da gestante receber ou não orientações sobre trabalho de parto, orientações

sobre situações de risco na gravidez, orientações sobre qual hospital procurar no momento do parto.

Os efeitos diretos no desfecho, exercidos por fatores situados no nível proximal, estão representados por seta unidirecional que conecta este nível ao desfecho. Entretanto, é possível que os fatores que compõem este nível sejam mediadores de apenas parte dos efeitos indiretos dos fatores situados nos níveis distal e intermediários. Ou seja, fatores situados nos níveis mais distais deste modelo podem ainda apresentar efeitos diretos (Figura 5) sobre o desfecho, não mediados pelas variáveis consideradas nos níveis intermediários e proximal.

No nível proximal, a hipótese norteadora é a de que situações que antecedem o parto, muitas vezes consideradas situações emergenciais obstétricas dificultem o acesso ao serviço de saúde adequado para as necessidades obstétricas. É possível que essas situações emergenciais exerçam efeitos diretos sobre a chance de peregrinar no momento do parto, sendo, além disso, expressões de efeitos indiretos exercidos pelas condições de vida, saúde e de assistência anteriores à sua ocorrência, como a assistência pré-natal.

Os fatores presentes nos distintos níveis representam componentes determinantes, podendo cada um participar de um ou mais mecanismos causais. Nesse contexto, as inter-relações existentes entre os níveis de determinação podem ser uma causa suficiente para a ocorrência do desfecho. Esta modelagem identifica a variabilidade atribuída a cada nível na determinação do evento estudado (OLINTO, 1998; LIMA; CARVALHO; VASCONCELOS, 2008).

4.6.2 Análise estatística dos dados

Nesse estudo, a estatística descritiva compreendeu a apresentação de frequências absolutas e relativas e medidas de síntese numérica de variáveis selecionadas segundo as regiões Nordeste e Sul do Brasil. A análise inicial consistiu em avaliar a associação entre variáveis através da comparação de proporções, pelo Teste do Qui-quadrado de *Pearson*.

Foram realizadas análises bivariadas entre as variáveis independentes e a variável desfecho peregrinação de parturientes, obtendo-se *Odds Ratio (OR)*

ajustado para a região como medida da magnitude da associação, apropriada ao modelo de regressão logística. As variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram consideradas para a construção do modelo multivariado por meio da regressão logística múltipla, considerando-se a hierarquização em blocos.

De acordo com o modelo conceitual, as variáveis das características demográficas e socioeconômicas da mãe foram analisadas como o nível mais distal, considerando a proximidade com o desfecho. As variáveis referentes as características maternas e características da assistência pré-natal foram consideradas intermediárias e, por último, as variáveis relativas aos antecedentes do momento do parto e acompanhante na internação entraram no modelo como o nível proximal.

Desse modo foram inseridas primeiramente as variáveis do nível distal do modelo e as variáveis de cada bloco com $p \leq 0,10$ foram mantidas no modelo hierarquizado para o controle de confundimento residual das variáveis. O mesmo procedimento foi empregado até que as variáveis proximais fossem ajustadas para as distais e intermediárias. As variáveis selecionadas pelo nível de significância estatística em um determinado nível permaneceram nos modelos subsequentes, mesmo que a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores modificasse sua significância. Para análise e discussão dos resultados foram consideradas associadas a peregrinação de parturientes, as variáveis independentes com nível de significância de 5% sendo construídos intervalos de confiança (IC) de 95%. Em caso de variáveis colineares foi utilizada a avaliação pelo fator de inflação da variância, e aquela com o menor valor de p foi selecionada.

Para a composição do modelo hierarquizado final foram seguidas algumas etapas. Como anteriormente já citado, as variáveis independentes foram agrupadas em três níveis de hierarquia: Bloco I - nível distal; Bloco II - nível intermediário I e nível intermediário II; Bloco III - nível proximal.

A análise multivariada, considerando os referidos níveis, foi realizada observando-se as seguintes etapas:

1. Em cada nível, foi estudada a relação entre cada uma das variáveis independentes e a peregrinação, ajustando para região;

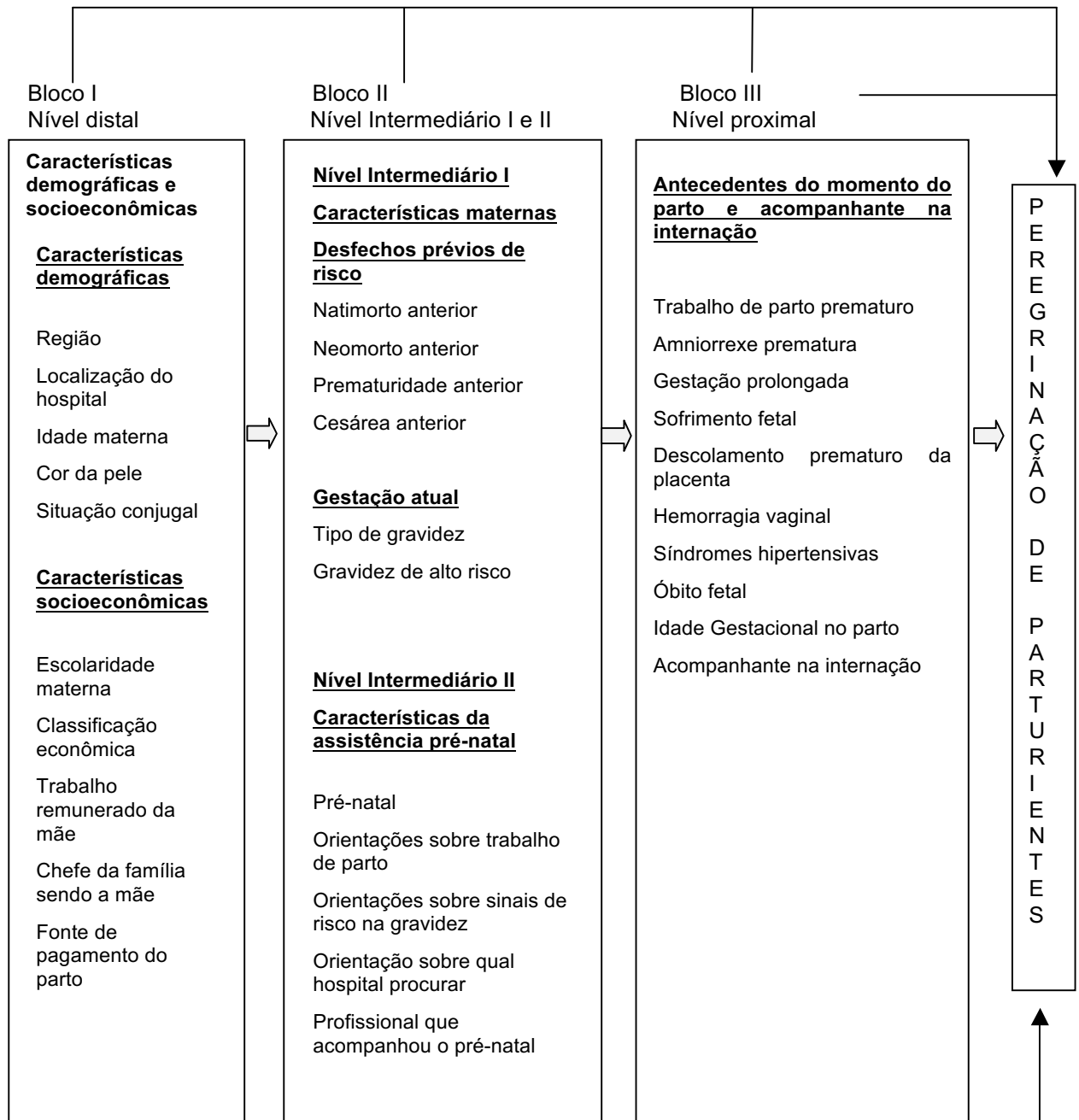
2. As variáveis independentes que na análise bivariada apresentaram um valor- $p \leq 0,2$ foram incluídas respectivamente num modelo multivariado distal inicial, intermediário I inicial, intermediário II inicial e proximal inicial;

3. De cada um dos três níveis multivariados iniciais, foram excluídas variáveis independentes, uma de cada vez. Em cada ciclo de eliminação era excluída a variável com valor- $p > 0,10$ e com o *OR* mais próximo do valor um. Desta etapa, resultaram quatro modelos multivariados que foram chamados respectivamente MODELO I (variáveis finais do Bloco I nível distal e variáveis finais do Bloco II nível intermediário I); MODELO II (variáveis finais do Bloco II nível intermediário II e variáveis do MODELO I); MODELO III (Variáveis do Bloco III ajustadas para o MODELO I e MODELO II) e quarto modelo foi o MODELO FINAL (variáveis que após regressão logística hierarquizada dos MODELOS I, II e III estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,05$).

4. Para a composição dos modelos, inicialmente, foram agregadas as variáveis finais do Bloco I nível distal e variáveis finais do Bloco II nível intermediário I, e após um ou mais ciclos de eliminação de variáveis com valor $p > 0,10$ resultou no MODELO I. A este modelo foram adicionadas as variáveis finais do Bloco II nível intermediário II, que após um ou mais ciclos de eliminação de variáveis com valor $p > 0,10$ resultou no MODELO II. Ao MODELO II foram incorporadas as variáveis finais do Bloco III nível proximal, que após um ou mais ciclos de eliminação de variáveis com valor $p > 0,10$ obteve-se o MODELO III. As variáveis dos três modelos após regressão logística multivariada resultaram no MODELO FINAL composto pelas variáveis que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,05$. Cálculos complementares encontram-se dispostos no APÊNDICE A.

Na análise estatística, o delineamento complexo de amostragem foi levado em conta por meio dos comandos *svy* no programa STATA *Release 14* (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos*). Todas as estimativas foram ponderadas, pois as probabilidades de seleção foram desiguais.

Figura 5: Modelo Hierarquizado para peregrinação de parturientes.



Fonte: Modelo Hierarquizado adaptado de Lima; Carvalho e Vasconcelos (2008).

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa Nascir no Brasil foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, parecer nº 92/2010. Todos os cuidados foram adotados visando garantir o sigilo e confidencialidade das informações. Antes da realização de cada entrevista, foi obtido consentimento após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a presente pesquisa foi cedido o Termo de Fiel Depositário pela coordenação geral da pesquisa Nascir no Brasil (ANEXO A).

Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram dispostos caracterizando as variáveis independentes de cada bloco, seguido das análises bivariada e multivariada de acordo com os níveis distal, intermediário I e II, e proximal da estrutura hierárquica de determinantes da peregrinação de parturientes que compõem esta casuística.

Do total de 10.234 mulheres, entrevistadas nos 116 hospitais elegíveis para o estudo e integrantes da pesquisa Nascer no Brasil, foram identificadas 1.473 (25,1%) parturientes da região Nordeste e 261 (6,5%) da região Sul que peregrinaram em busca de atendimento no momento do parto.

5.1 Resultados da distribuição das variáveis independentes que compõem os níveis do modelo hierarquizado e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul.

5.1.1 Distribuição das variáveis: demográficas e socioeconômicas das parturientes das regiões Nordeste e Sul - Bloco I – Variáveis do nível distal.

Os hospitais da pesquisa, tanto na região Sul (2.699 / 74,1%) como na região Nordeste (4.568 / 62%), tiveram predomínio de localização no interior dos estados ($p < 0,0001$).

Em ambas as regiões, a maior concentração de parturientes estava na faixa etária entre 20 e 34 anos, entretanto a região Nordeste apresentou percentual de parturientes adolescentes mais elevado (21,3%) do que a região Sul para a mesma faixa etária (16,5%), mostrando significância estatística $p = 0,0003$ (Tabela 1).

Na região Sul 2.671 parturientes (63,6%) referiram ter cor da pele branca enquanto no Nordeste esse percentual alcançou 21,3% referente a 1.231 parturientes.

Quanto à situação conjugal, em ambas as regiões, mais de 80% das parturientes relataram a presença de companheiro, com maior proporção (87%) na região Sul, sendo significativamente inferior na região Nordeste $p < 0,0001$.

Em relação a escolaridade materna a distribuição da amostra revelou que na região Nordeste 2.224 (36,2%) parturientes possuíam o ensino fundamental incompleto, enquanto na região Sul essa proporção foi inferior (907 / 24%). Já a proporção para o ensino superior completo foi maior (554 / 11,1%) na região Sul. Esses resultados foram estatisticamente significativos $p < 0,0001$.

Foi observado que na região Nordeste existe uma concentração de mulheres na classe social menos favorecida D e E (40,5%) chegando a ser mais de quatro vezes o percentual da região Sul para a mesma classificação econômica (9,2%). Houve associação estatisticamente significativa $p < 0,0001$. Mais da metade das mulheres da região Nordeste (66,9%) referem não exercer trabalho remunerado e quase a totalidade destas (90,2%) disseram não representar financeiramente a família.

Das 6.095 mulheres da região Nordeste, 5.190 (82,4%) tiveram seus partos financiados pelo setor público, enquanto na região Sul esse percentual decresce para 75% o que corresponde a 2.824 mulheres ($p < 0,0001$).

Tabela 1: Distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas das parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Boco I nível distal.

Variáveis socioeconômicas	Total	Nordeste		Sul		Valor-p
		n	%	n	%	
Localização do hospital (n=10.234)						
Interior	7.267	4.568	62	2.699	74,1	
Capital	2.967	1.527	38	1.440	25,9	<0,0001
Idade materna (n=10.232)						
12 a 19 anos	1.963	1.320	21,3	643	16,5	
20 a 34 anos	7.095	4.146	68,2	2.949	71	
35 anos ou mais	1.174	627	10,5	547	12,5	0,0003
Cor da pele (n=10.234)						
Branca	3.902	1.231	21,3	2.671	63,6	
Outras	6.332	4.864	78,7	1.468	36,4	<0,0001
Situação conjugal (n=10.230)						
Sem companheiro	1.549	1.035	16,7	514	13	
Com companheiro	8.681	5.056	83,3	3.635	87	0,0001
Escolaridade materna (n=10.192)						
EF incompleto	3.131	2.224	36,2	907	24	
EF completo	2.421	1.370	22	1.051	27,3	
EM completo	3.573	1.956	33	1.617	37,6	
ES completo	1.067	513	8,8	554	11,1	<0,0001
Classificação econômica (n=10.159)						
Classe D e E	2.925	2.589	40,5	336	9,2	
Classe C	4.652	2.604	44	2.048	52,6	
Classe A e B	2.582	847	15,5	1.735	38,2	<0,0001
Trabalho remunerado da mãe (n=10.233)						
Não	6.124	4.182	66,9	1.942	49,2	
Sim	4.109	1.912	33,1	2.197	50,8	<0,0001
Chefe da família sendo a mãe (n=10.001)						
Não	8.911	5.473	90,2	3.438	87,4	
Sim	1.090	572	9,8	518	12,6	0,0916
Fonte de pagamento do parto (n=10.234)						
Publica	8.014	5.190	82,4	2.824	75	
Privada	2.220	905	17,6	1.315	25	<0,0001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

EF = Ensino Fundamental / EM = Ensino Médio / ES = Ensino Superior.

Nota: os n totais podem variar segundo a presença de valores ignorados.

5.1.2 Distribuição das variáveis: desfechos prévios de risco e gravidez atual das parturientes das regiões Nordeste e Sul - Bloco II - Variáveis do nível intermediário I.

A proporção de mulheres com desfechos obstétricos anteriores negativos, como filhos natimorto e neomorto, foi discretamente maior na região Nordeste e não apresentou significância estatística. Já a proporção de partos prematuros e cesáreas anteriores foi mais elevada na região Sul sendo estatisticamente significante $p < 0,0001$ para cesárea anterior (Tabela 2).

Em ambas as regiões, os percentuais de gestação única e gemelar se equivalem. Na região Sul 48% das parturientes (1.194) tiveram gravidez de alto risco, apresentando significância estatística $p = 0,0002$.

Tabela 2: Distribuição das variáveis das características maternas: desfechos prévios de risco e gravidez atual das parturientes nas regiões Nordeste e Sul – Bloco II nível intermediário I.

Características Maternas	Total	Nordeste		Sul		Valor-p
		n	%	n	%	
Desfecho prévio de risco						
Natimorto anterior (n=10.234)						
Não	9.988	5.934	97,2	4.054	97,9	
Sim	246	161	2,8	85	2,1	0,1025
Neomorto anterior (n=10.234)						
Não	10.017	5.946	97,8	4.071	98,4	
Sim	217	149	2,2	68	1,6	0,1598
Prematuro anterior (n=10.234)						
Não	9.572	5.741	94,1	3.831	92,3	
Sim	662	354	5,9	308	7,7	0,0501
Cesárea anterior (n=10.234)						
Não	8.142	5.060	82,1	3.082	75,5	
1 cesárea	1.627	825	14,3	802	18,7	
2 cesáreas	465	210	3,6	255	5,8	<0,0001
Gravidez atual						
Tipo de gestação (n=10.234)						
Única	10.121	6.029	98,5	4.092	98,8	
Gemelar	113	66	1,5	47	1,2	0,3184
Gravidez de alto risco (n=10.234)						
Não	6.190	3.992	61,4	2.192	52	
Sim	4.044	2.103	38,6	1.914	48	0,0002

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: os n totais podem variar segundo a presença de valores ignorados.

5.1.3 Distribuição das variáveis: características da assistência pré-natal das parturientes das regiões Nordeste e Sul - Bloco II - Variáveis do nível intermediário II.

A distribuição da amostra de parturientes que fizeram parte desta pesquisa, em relação a variável pré-natal, evidenciou que em ambas as regiões houve o predomínio de consultas do pré-natal pelo sistema público de saúde, entretanto os dados da região Sul apontaram que 1.749 (36,7%) parturientes da amostra estudada desta região, utilizaram o serviço privado sendo estatisticamente significante $p < 0,0001$. A Tabela 3 apresenta ainda dados referindo que menos de 1% da amostra das duas regiões não fizeram pré-natal.

As parturientes da região Sul apresentaram maiores proporções para as orientações recebidas durante o acompanhamento pré-natal. As orientações sobre trabalho de parto e sinais de risco na gravidez apresentaram significância estatística $p = 0,0001$ e $p < 0,0001$ respectivamente.

Quanto ao profissional que realizou a maioria das consultas de pré-natal, há uma disparidade entre os resultados das regiões, mostrando que a maior parte (50,5%) dos atendimentos de pré-natal da região Nordeste foi realizada por enfermeiros, enquanto na região Sul 3.886 parturientes, ou seja 93,8% da amostra estudada, foram atendidas por um profissional médico durante o pré-natal. Esse resultado foi estatisticamente significativo ($p < 0,0001$).

Tabela 3: Distribuição das variáveis características da assistência pré-natal das parturientes nas regiões Nordeste e Sul – Bloco II nível intermediário II.

Características da assistência pré-natal	Total	Nordeste		Sul		Valor-p
		n	%	n	%	
Pré-natal (n=10.212)						
Público	6.873	4.508	73,2	2.365	62,8	
Privado	3.233	1.484	25,4	1.749	36,7	
Não fez pré-natal	106	86	1,4	20	0,5	<0,0001
Orientação sobre trabalho de parto (n=10.154)						
Não	4.573	2.870	48,4	1.703	42,2	
Sim	5.475	3.080	50,1	2.395	57,2	
Não fez pré-natal	106	86	1,5	20	0,4	0,0001
Orientação sobre sinais de risco na gravidez (n=10.165)						
Não	3.433	2.286	38,5	1.147	28,7	
Sim	6.626	3.674	60	2.952	70,7	
Não fez pré-natal	106	86	1,5	20	0,4	<0,0001
Orientação sobre qual hospital procurar (n=10.214)						
Não	4.167	2.808	45,3	1.359	36	
Sim	6.047	3.271	54,7	2.776	64	0,0311
Profissional que fez o pré-natal (n=10.174)						
Médico	6.434	2.548	47,4	3.886	93,8	
Enfermeiro	3.581	3.398	50,5	183	4,7	
Outros	55	22	0,7	33	1	
Não fez pré-natal	106	86	1,4	20	0,5	<0,0001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: os n totais podem variar segundo a presença de valores ignorados.

5.1.4 Distribuição das variáveis: antecedentes do momento do parto e acompanhante na internação das parturientes das regiões Nordeste e Sul - Bloco III - Variáveis do nível proximal.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das variáveis do nível proximal do modelo hierarquizado. A região Nordeste apresentou uma proporção similar a região Sul para as variáveis: trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematura, sofrimento fetal, descolamento prematuro de placenta, hemorragia vaginal, síndrome hipertensiva e óbito fetal; não apresentando significância estatística.

A variável idade gestacional foi dividida, de acordo com o MS, em três categorias. A prematuridade se mostra discretamente elevada para a região Nordeste (671 / 12,3%) $p=0,0123$.

A região Sul apresentou uma proporção (5%) discretamente mais elevada para a gestação prolongada que a região Nordeste (3,5%); bem como para a presença de acompanhante na internação (71,6%). Em ambas as situações não houve significância estatística.

Tabela 4: Distribuição das variáveis antecedentes do momento do parto e acompanhante na internação das parturientes nas regiões Nordeste e Sul – Bloco III – nível proximal.

Antecedentes do momento do parto e Acompanhante na internação	Total	Nordeste		Sul		Valor-p
		n	%	n	%	
Trabalho de parto prematuro (n=10.234)						
Não	9.883	5.877	95,9	4.006	96,9	
Sim	351	218	4,1	133	3,1	0,2987
Amniorrexe prematura (n=10.234)						
Não	8.167	4.886	78,4	3.281	78,9	
Sim	2.067	1.209	21,6	858	21,1	0,7647
Gestação prolongada (n=10.324)						
Não	9.980	5.913	96,5	3.977	95	
Sim	344	182	3,5	162	5	0,5843
Sofrimento fetal (n=10.234)						
Não	9.900	5.876	96,3	4.024	97,3	
Sim	334	219	3,7	115	2,7	0,1444
Descolamento prematuro de placenta (n=10.234)						
Não	10.132	6.046	98,9	4.086	98,5	
Sim	102	49	1,1	53	1,5	0,3620
Hemorragia vaginal (n=10.234)						
Não	10.188	6.067	99,5	4.121	99,7	
Sim	46	28	0,5	18	0,3	0,3452
Síndrome hipertensiva (n=10.234)						
Não	9.219	5.535	89,5	560	88,3	
Sim	1.015	560	10,5	455	11,7	0,4789
Óbito fetal (n=10.234)						
Não	10.197	6.069	99,6	4.128	99,7	
Sim	37	26	0,4	11	0,3	0,3444
Idade gestacional no parto (n=10.229)						
Prematuro	1.106	671	12,3	435	10,5	
a Termo	8.837	5.196	84,3	3.641	87,9	
Pós termo	286	223	3,4	63	1,6	0,0123
Acompanhante na internação (n=10.228)						
Não	3.158	2.063	30,8	1.095	28,4	
Sim	7.070	4.028	69,2	3.042	71,6	0,6514

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: os n totais podem variar segundo a presença de valores ignorados.

5.2 Resultados da associação entre as variáveis independentes que compõem os níveis do modelo hierarquizado e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul.

5.2.1 Associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco I – Variáveis do nível distal.

A Tabela 5 apresenta a relação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas com a peregrinação para conseguir internação no momento do parto. É grande a disparidade da peregrinação entre as regiões Nordeste (1.473 / 25,1%) e Sul (261 / 6,5%) do Brasil chegando a ser quatro vezes maior na região Nordeste, e estatisticamente significativo $p < 0,0001$. Embora, a localização dos hospitais tenha predominado no interior, o fenômeno da peregrinação na capital revelou percentual mais elevado com 24,6% e estatisticamente significativa $p = 0,0225$.

Parturientes adolescentes (470 / 25,6%), de cor da pele não branca (1.309 / 22,9%) e sem companheiro (1.548 / 20%) apresentaram maior proporção de peregrinação quando comparadas as demais. Esse fator pode se agravar ao ser observado o grau de escolaridade, levando em consideração que as parturientes com menor grau de instrução, ou seja, ensino fundamental incompleto revelaram um percentual maior (704 / 25%) e significativo $p < 0,0001$ para a peregrinação.

Ao apresentarem menor classificação econômica D e E (800 / 29,1%), as parturientes chegam a ter uma proporção de quase cinco vezes a mais para a peregrinação, quando comparadas às parturientes das classes A e B (147 / 6,8%) da pesquisa. Observa-se que a peregrinação é inversamente proporcional a classificação econômica e confere significância estatística $p < 0,0001$.

O fato de não ter um trabalho remunerado e não representar financeiramente a família (ser chefe da família) parece expor mais as parturientes (1.305 / 23,9%), fazendo-as peregrinar ($p < 0,0001$). De forma semelhante, aquelas que tiveram seus partos financiados pelo setor público apresentaram proporção de peregrinação (1.646 / 23,2%) muito superior quando comparadas ao financiamento privado (4,5%).

Tabela 5: Associação entre as variáveis: demográficas e socioeconômicas e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco I – Variáveis do nível distal.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Total	Peregrinação				Valor-p
		Não		Sim		
		n	%	n	%	
Região (n=10.230)						
Nordeste	6.091	4.563	74,9	1.528	25,1	
Sul	4.139	3.870	93,5	269	6,5	<0,0001
Localização do hospital (n=10.234)						
Interior	7.267	6.015	83,2	1.249	16,8	
Capital	2.967	2.481	75,4	485	24,6	0,0225
Idade materna (n=10.228)						
12 a 19 anos	1.959	1.489	74,4	470	25,6	
20 a 34 anos	7.095	5.977	81,5	1.118	18,5	
35 anos ou mais	1.174	1.029	85,2	145	14,8	<0,0001
Cor da pele (n=10.230)						
Branca	3.901	3.476	87	425	13	
Outras	6.329	5.020	77,1	1.309	22,9	<0,0001
Situação conjugal (n=10.227)						
Sem companheiro	1.548	1.257	80	291	20	
Com companheiro	8.679	7.237	80,6	1.442	19,4	0,7493
Escolaridade materna (n=10.189)						
EF incompleto	3.128	2.424	75	704	25	
EF completo	2.421	1.956	78,3	465	21,7	
EM completo	3.573	3.063	83,5	510	16,5	
ES completo	1.067	1.019	93,9	48	6,1	<0,0001
Classificação econômica (n=10.157)						
Classe D e E	2.924	2.124	70,9	800	29,1	
Classe C	4.651	3.880	80,9	771	19,1	
Classe A e B	2.582	2.435	93,2	147	6,8	<0,0001
Trabalho remunerado da mãe (n=10.230)						
Não	6.121	4.816	76,1	1.305	23,9	
Sim	4.109	3.680	87,5	429	12,5	<0,0001
Chefe da família sendo a mãe (n=9.998)						
Não	8.908	7.314	79,3	1.594	20,7	
Sim	1.090	962	87,6	128	12,4	<0,0001
Fonte de pagamento do parto (n=10.230)						
Pública	8.010	6.364	76,8	1.646	23,2	
Privada	2.220	2.132	95,5	88	4,5	<0,0001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

EF = Ensino Fundamental / EM = Ensino Médio / ES = Ensino Superior.

Nota: os n totais podem variar segundo a presença de valores ignorados.

5.2.2 Associação entre as variáveis das características maternas: desfechos prévios de risco e gestação atual e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco II – Variáveis do nível intermediário I.

Das variáveis que compuseram o nível intermediário I do modelo hierarquizado proposto, 246 parturientes tinham história de uma criança natimorta e 55 (25,3%) destas peregrinaram, entretanto não houve significância estatística.

As parturientes que não tiveram antecedentes de cesariana apresentaram maiores proporções de peregrinação (20,6%) e $p=0,0012$. A peregrinação foi também mais elevada para gestação gemelar (21,5%), e de alto risco (20,5%) (Tabela 6).

As variáveis neomorto e parto prematuro em gestações anteriores; tipo de gestação (única e gemelar) e gravidez de alto risco durante a gestação atual não apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável desfecho.

Tabela 6: Associação entre as variáveis das características maternas: desfechos prévios de risco e gravidez atual e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco II – Variáveis do nível intermediário I.

Características maternas	Total	Peregrinação				Valor-p
		Não		Sim		
		n	%	n	%	
Desfechos prévios de risco						
Natimorto anterior (n=10.230)						
Não	9.984	8.301	80,6	1.683	19,4	
Sim	246	195	74,7	51	25,3	0,0990
Neomorto anterior (n=10.234)						
Não	10.017	8.315	80,5	1.698	19,5	
Sim	217	181	80,5	36	19,5	0,9884
Prematuro anterior (n=10.230)						
Não	9.568	7.936	80,4	1.632	19,6	
Sim	662	560	82,2	102	17,8	0,4133
Cesárea anterior (n=10.230)						
Não	8.138	6.661	79,4	1.477	20,6	
1 cesárea	1.627	1.411	84,1	205	15,9	
2 cesáreas	465	413	88,6	52	11,4	0,0012
Gravidez atual						
Tipo de gravidez (n=10.230)						
Única	10.117	8.407	80,5	1.710	19,5	
Gemelar	113	89	78,5	24	21,5	0,7315
Gravidez de alto risco (n=10.230)						
Não	6.187	5.192	81,2	995	18,8	
Sim	4.043	3.304	79,5	739	20,5	0,3432

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil (2011 – 2012).

Nota: os n totais podem variar segundo a presença de valores ignorados.

5.2.3 Associação entre as variáveis das características da assistência pré-natal e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco II – Variáveis do nível intermediário II.

A variável pré-natal foi analisada em três categorias, duas relacionadas ao setor de saúde, se público ou privado, e a terceira referente as parturientes que relataram não ter feito o pré-natal. O pré-natal apresenta-se como efeito protetor, pois das 106 parturientes que não fizeram o pré-natal 29,7% peregrinaram e apresentaram a maior proporção em relação as parturientes que realizaram pré-natal no serviço público ou privado. Esse resultado foi estatisticamente significativo $p < 0,0001$ (Tabela 7).

Em relação as variáveis orientação sobre trabalho de parto e orientação sobre sinais de risco na gravidez foi identificado que as parturientes que relataram não ter recebido estas informações ficaram mais expostas a peregrinação e os resultados apresentam significância estatística $p=0,0039$ e $p=0,0029$ respectivamente. Não ter recebido orientação sobre qual hospital procurar também apontou para maior proporção de peregrinação (22,6%).

Aproximadamente mais que dobro da proporção de parturientes (29,4%) atendidas por enfermeiros no pré-natal peregrinaram quando comparado ao percentual das mulheres que foram atendidas por médicos e que também peregrinaram (13,2%). Essa relação mostrou-se significativa ($p < 0,0001$).

Tabela 7: Associação entre as variáveis das características da assistência pré-natal e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco II – Variáveis do nível intermediário II.

Características da assistência pré-natal	Total	Peregrinação				Valor-p
		Não		Sim		
	n	n	%	n	%	
Pré-natal (n=10.210)						
Público	6.872	5.388	76,1	1.484	23,9	
Privado	3.232	3.004	92	228	8	
Não fez pré-natal	106	88	70,3	18	29,7	<0,0001
Orientação sobre trabalho de parto (n=10.152)						
Não	4.573	3.730	78,8	843	21,2	
Sim	5.473	4.619	82,4	854	17,6	
Não fez pré-natal	106	88	70,2	18	29,8	0,0039
Orientação sobre sinais de risco na gravidez (n=10.163)						
Não	3.433	2.782	78,1	651	21,9	
Sim	6.624	5.576	82,1	1.048	17,9	
Não fez pré-natal	106	88	70,2	18	29,8	0,0029
Orientação sobre qual hospital procurar (n=10.212)						
Não	4.167	3.334	77,4	833	22,6	
Sim	6.045	5.149	82,9	896	17,1	0,0068
Profissional que fez o pré-natal (n=10.174)						
Médico	6.433	5.716	86,8	717	13,2	
Enfermeiro	3.580	2.600	70,6	980	29,4	
Outros	55	49	67,5	6	32,5	
Não fez pré-natal	106	88	70,2	18	29,8	<0,0001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: os n totais podem variar segundo a presença de valores ignorados.

5.2.4 Associação entre as variáveis antecedentes no momento do parto e acompanhante na internação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco III – Variáveis do nível proximal.

A análise da amostra de parturientes que apresentaram alguma intercorrência antes do momento do parto evidenciou que 116 (36,8%) das 351 mulheres que entraram em trabalho de parto prematuro peregrinaram, chegando a ser, em percentual, aproximadamente, o dobro das mulheres que não entraram em trabalho de parto prematuro e que também peregrinaram (1.618 / 18,8%). Resultado estatisticamente significativo $p < 0,0001$ (Tabela 8).

As 2.065 parturientes que apresentaram Amniorrexe prematura (461 / 25,9%) tiveram maior proporção de peregrinar, sendo estatisticamente significativa $p < 0,0001$. Com relação as variáveis gestação prolongada, sofrimento fetal, descolamento prematuro da placenta, síndrome hipertensiva e óbito fetal não foram estatisticamente significativas quando associadas ao desfecho peregrinação de parturientes.

Ao analisar a variável hemorragia vaginal percebeu-se que 48,9% das parturientes que apresentaram esse quadro clínico peregrinaram ($p = 0,0001$), ficando assim, com proporção superior as parturientes que não apresentaram hemorragia vaginal e que também peregrinaram (1.715 / 19,3%).

A variável idade gestacional no parto foi analisada em três categorias e de acordo com a classificação do MS: Prematuro, a termo, pós termo; revelando que as maiores proporções da peregrinação foram encontradas na prematuridade (29,3%) e na pós maturidade (22,5%) com significância estatística $p < 0,0001$.

Não ter um acompanhante durante a internação pode predispor a peregrinação. Foi encontrado no estudo que 609 (22,4%) parturientes sem acompanhante durante a internação, peregrinaram. Não houve significância estatística quando associada ao desfecho peregrinação de parturientes.

Tabela 8: Associação entre as variáveis antecedentes do momento do parto e acompanhante na internação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul - Bloco III – Variáveis do nível proximal.

Antecedentes do momento do parto e Acompanhante na internação	Total	Peregrinação				Valor-p
		Não		Sim		
		n	%	n	%	
Trabalho de parto prematuro (n=10.230)						
Não	9.879	8.261	81,2	1.618	18,8	
Sim	351	235	63,2	116	36,8	<0,0001
Amniorrexe prematura (n=10.230)						
Não	8.165	6.892	82,3	1.273	17,7	
Sim	2.065	1.604	74,1	461	25,9	<0,0001
Gestação prolongada (n=10.230)						
Não	9.886	8.203	80,4	1.683	19,6	
Sim	344	293	81,9	51	18,1	0,6026
Sofrimento fetal (n=10.230)						
Não	9.896	8.225	80,4	1.671	19,6	
Sim	334	271	82,9	63	17,1	0,3135
Descolamento prematuro da placenta (n=10.230)						
Não	10.128	8.424	80,6	1.704	19,4	
Sim	102	72	74,7	30	25,3	0,1741
Hemorragia Vaginal (n=10.230)						
Não	10.184	8.469	80,7	1.715	19,3	
Sim	46	27	51,1	19	48,9	0,0001
Síndrome hipertensiva (n=10.230)						
Não	9.216	7.694	81	1.522	19	
Sim	1.014	802	76,5	212	23,5	0,1856
Óbito fetal (n=10.230)						
Não	10.193	8.468	80,5	1.725	19,5	
Sim	37	28	77,3	9	22,7	0,6773
Idade Gestacional no Parto (n=10.229)						
Prematuro	1.106	821	70,7	286	29,3	
a Termo	8.837	7.451	81,9	1.383	18,1	
Pós termo	286	221	77,5	65	22,5	<0,0001
Acompanhante na internação (n=10.224)						
Não	3.156	2.547	77,6	609	22,4	
Sim	7.068	5.943	81,7	1.125	18,3	0,0928

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: os n totais podem variar segundo a presença de valores ignorados.

5.3 Resultados da Odds Ratio, ajustado para região, das variáveis independentes que compõem os níveis do modelo hierarquizado e o desfecho peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul.

5.3.1 Odds Ratio, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco I - nível distal e a peregrinação de parturientes.

Os resultados da análise bivariada de regressão logística desse estudo estão apresentados em quatro tabelas (Tabela 9, Tabela 10, Tabela 11, Tabela 12) de acordo com os níveis distal, intermediário I, intermediário II e proximal que compõem o modelo hierarquizado proposto. Essa análise foi realizada após exclusão dos valores ignorados das variáveis dos diferentes níveis hierárquicos.

Das variáveis que compuseram o Bloco I nível distal do modelo hierárquico mostraram significância estatística as seguintes variáveis independentes: região categoria Nordeste ($OR=4,59$; $IC_{95\%}$ 3,25 – 6,48; $p<0,001$); idade materna na categoria de 12 a 19 anos ($OR=1,82$; $IC_{95\%}$ 1,36 – 2,45; $p<0,001$); cor da pele ($OR=1,24$; $IC_{95\%}$ 1,03 – 1,48; $p=0,018$); escolaridade materna alcançou significância estatística nas três categorias: EF incompleto ($OR=4,63$; $IC_{95\%}$ 2,55 – 8,4; $p<0,001$); EF completo ($OR=4,49$; $IC_{95\%}$ 2,4 – 8,4; $p<0,001$) e EM completo ($OR=3,08$; $IC_{95\%}$ 1,72 – 2,55; $p<0,001$); classificação econômica na categoria D e E ($OR=3,71$; $IC_{95\%}$ 2,69 – 5,12; $p<0,001$) e na categoria C ($OR=2,74$; $IC_{95\%}$ 2 – 3,76; $p<0,001$); variável trabalho remunerado da mãe ($OR=1,87$; $IC_{95\%}$ 1,6 – 2,18; $p<0,001$); chefe da família sendo a mãe ($OR=1,75$; $IC_{95\%}$ 1,38 – 2,22; $p<0,001$); fonte de pagamento do parto na categoria 'pública' ($OR=6,1$; $IC_{95\%}$ 3,8 – 9,82; $p<0,001$) (Tabela 9).

A localização do hospital na categoria 'capital' ($OR=1,43$ e $IC_{95\%}$ 0,93 – 2,20; $p=0,098$); e, a idade materna na categoria de '20 a 34 anos' ($OR=1,27$ e $IC_{95\%}$ 0,97 – 1,65; $p=0,080$) não apresentaram significância estatística com o desfecho nessa casuística, no entanto foram incluídas na análise multivariada por apresentarem o valor $p\leq 0,20$.

A situação conjugal 'sem companheiro', nesse estudo, apresentou ($OR=0,96$ e $IC_{95\%}$ 0,77 – 1,2) não evidenciando associação com o desfecho $p=0,756$ e não foi inserida na análise multivariada devido valor $p>0,20$.

Tabela 9: *Odds Ratio*, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco I - nível distal e a peregrinação de parturientes.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	<i>Odds Ratio</i>			
	<i>OR</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>I.C. 95%</i>	<i>Valor-p</i>
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,59	0,8	3,25 - 6,48	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,43	0,31	0,93 - 2,20	0,098
Idade materna (Referência: 35 anos ou mais)				
12 a 19 anos	1,82	0,27	1,36 - 2,45	<0,001
20 a 34 anos	1,27	0,17	0,97 - 1,65	0,080
Cor da pele (Referência: Branca)				
Outras	1,24	0,11	1,03 - 1,48	0,018
Situação conjugal (Referência: Com companheiro)				
Sem companheiro	0,96	0,10	0,77 - 1,2	0,756
Escolaridade materna (Referência: Superior completo)				
EF incompleto	4,63	1,39	2,55 - 8,4	<0,001
EF completo	4,49	1,41	2,4 - 8,4	<0,001
EM completo	3,08	0,89	1,72 - 5,5	<0,001
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	3,71	0,6	2,69 - 5,12	<0,001
Classe C	2,74	0,43	2 - 3,76	<0,001
Trabalho remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,87	0,14	1,6 - 2,18	<0,001
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,75	0,2	1,38 - 2,22	<0,001
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	6,10	1,47	3,8 - 9,82	<0,001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95% .

5.3.2 Odds Ratio, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco II - nível intermediário I e a peregrinação de parturientes.

O Bloco II composto por variáveis do nível intermediário I inclui as variáveis referentes as características maternas. Dentre as variáveis da análise bivariada, ajustado para a região, a variável independente cesárea anterior para a categoria 'não' mostrou significância estatística ($OR=1,7$; $IC_{95\%}$ 1,21 – 2,57; $p=0,003$) (Tabela 10).

As variáveis natimorto anterior ($OR=1,3$; $IC_{95\%}$ 0,86 – 2,07; $p=0,189$); cesárea anterior categoria '1 cesárea' ($OR=1,3$; $IC_{95\%}$ 0,97 – 2,02; $p=0,073$); e gravidez de alto risco ($OR=1,24$; $IC_{95\%}$ 0,98 – 1,57; $p=0,062$) não apresentaram significância estatística, no entanto, como o valor de p foi inferior ou igual a 20% ($p \leq 0,20$) foram selecionadas para compor o modelo de regressão logística múltipla.

As demais variáveis que compuseram esse nível e não apresentaram valor p igual ou inferior a 20% foram excluídas do modelo hierárquico.

Tabela 10: *Odds Ratio*, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco II – nível intermediário I e a peregrinação de parturientes.

Características maternas	<i>Odds Ratio</i>			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Desfechos prévios de risco				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,7	0,84	3,36 - 6,78	<0,001
Natimorto anterior (Referência: Não)				
Sim	1,3	0,3	0,86 - 2,07	0,189
Neomorto anterior (Referência: Não)				
Sim	0,93	0,15	0,67 - 1,30	0,690
Prematuro anterior (Referência: Não)				
Sim	0,94	0,14	0,7 - 1,28	0,734
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,7	0,33	1,21 - 2,57	0,003
1 cesárea	1,3	0,26	0,97 - 2,02	0,073
Gravidez atual				
Tipo de gravidez (Referência: Única)				
Gemelar	1,07	0,43	0,49 - 2,39	0,851
Gravidez de alto risco (Referência: Não)				
Sim	1,24	0,14	0,98 - 1,57	0,062

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95% .

5.3.3 *Odds Ratio*, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco II - nível intermediário II e a peregrinação de parturientes.

Dentre as variáveis que compuseram o Bloco II nível intermediário II que foram submetidas a análise bivariada de regressão logística e selecionadas para a análise multivariada por apresentarem valor $p \leq 0,20$ estão as seguintes variáveis: pré-natal categoria 'público' ($OR=3,14$; $IC_{95\%} 2,4 - 4$; $p < 0,001$) e categoria 'não fez pré-natal' ($OR=3,66$; $IC_{95\%} 2,07 - 6,4$; $p < 0,001$); orientação sobre trabalho de parto categoria 'não' ($OR=1,18$; $IC_{95\%} 1 - 1,4$; $p=0,054$) e a categoria 'não fez pré-natal' ($OR=1,61$; $IC_{95\%} 0,94 - 2,7$; $p=0,081$); orientações sobre sinais de risco na gravidez categoria 'não' ($OR=1,16$; $IC_{95\%} 0,96 - 1,4$; $p=0,104$) e categoria 'não fez pré-natal' ($OR=1,54$; $IC_{95\%} 0,93 - 2,63$; $p=0,086$); orientação sobre qual hospital procurar ($OR=1,3$; $IC_{95\%} 1,02 - 1,65$; $p=0,029$); profissional que fez o pré-natal categoria 'enfermeiro' ($OR=2,73$; $IC_{95\%} 2,15 - 3,48$; $p < 0,001$), categoria 'outros' ($OR=3,15$; $IC_{95\%} 0,66 - 15$; $p=0,148$) e categoria 'não fez pré-natal' ($OR=2,78$; $IC_{95\%} 1,61 - 4,8$; $p < 0,001$).

Tabela 11: *Odds Ratio*, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco II – nível intermediário II e a peregrinação de parturientes.

Características da assistência pré-natal	<i>Odds Ratio</i>			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,7	0,84	3,35 - 6,76	<0,001
Pré-natal (Referência: Privado)				
Público	3,14	0,41	2,4 - 4	<0,001
Não fez pré-natal	3,66	1,05	2,07 - 6,4	<0,001
Orientação sobre trabalho de parto (Referência: Sim)				
Não	1,18	0,1	1 - 1,4	0,054
Não fez pré-natal	1,61	0,43	0,94 - 2,7	0,081
Orientação sobre sinais de risco na gravidez (Referência: Sim)				
Não	1,16	0,1	0,96 - 1,4	0,104
Não fez pré-natal	1,57	0,41	0,93 - 2,63	0,086
Orientação sobre qual hospital procurar (Referência: Sim)				
Não	1,3	0,15	1,02 - 1,65	0,029
Profissional que fez o pré-natal (Referência – Médico)				
Enfermagem	2,73	0,33	2,15 - 3,48	<0,001
Outros	3,15	2,4	0,66 - 15	0,148
Não fez pré-natal	2,78	0,76	1,61 - 4,8	<0,001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95% .

5.3.4 *Odds Ratio*, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco III - nível proximal e a peregrinação de parturientes.

O Bloco III composto pelas variáveis proximais referentes aos antecedentes no momento do parto e acompanhante na internação mostrou que houve significância estatística com o desfecho peregrinação de parturientes as seguintes variáveis: trabalho de parto prematuro ($OR=2,4$; $IC_{95\%}$ 1,74 – 3,49; $p<0,001$); amniorrexe prematura ($OR=1,6$; $IC_{95\%}$ 1,35 – 2,02; $p<0,001$); hemorragia vaginal ($OR=4,0$; $IC_{95\%}$ 1,84 – 8,8; $p=0,001$); idade gestacional no parto categoria ‘prematuro’ ($OR=1,86$; $IC_{95\%}$ 1,39 – 2,5; $p<0,001$).

As variáveis sofrimento fetal ($OR=0,8$; $IC_{95\%}$ 0,57 – 1,06; $p=0,121$); descolamento prematuro da placenta ($OR=1,6$; $IC_{95\%}$ 0,9 – 2,82; $p=0,108$); síndrome hipertensiva ($OR=1,37$; $IC_{95\%}$ 1 – 1,98; $p=0,090$) e acompanhante no momento da internação ($OR=0,8$; $IC_{95\%}$ 0,6 – 1,0; $p=0,081$) por apresentar $p\leq 0,20$ foram incluída na análise multivariada do modelo hierárquico.

As variáveis gestação prolongada, óbito fetal e a categoria pós termo da idade gestacional no parto não foram selecionadas para a análise multivariada por apresentarem valor $p>0,20$.

Tabela 12 *Odds Ratio*, ajustado para região, da relação entre variáveis independentes do Bloco III - nível proximal e a peregrinação de parturientes.

Antecedentes do momento do parto e Acompanhante na internação	<i>Odds Ratio</i>			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,7	0,82	3,38 – 6,72	<0,001
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	2,4	0,43	1,74 -3,49	<0,001
Amniorrexe prematura (Referência: Não)				
Sim	1,6	0,16	1,35 – 2,02	<0,001
Gestação prolongada (Referência: Não)				
Sim	0,9	0,17	0,64 – 1,34	0,708
Sofrimento fetal (Referência: Não)				
Sim	0,8	0,12	0,57 – 1,06	0,121
Descolamento prematuro da placenta (Referência: Não)				
Sim	1,6	0,45	0,9 – 2,82	0,108
Hemorragia vaginal (Referência: Não)				
Sim	4,0	1,6	1,84 – 8,8	0,001
Síndrome hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,37	0,25	1 – 1,98	0,090
Óbito fetal (Referência: Não)				
Sim	1,16	0,58	0,43 – 3,1	0,767
Idade gestacional no parto (Referência: a termo)				
Prematuro	1,86	0,27	1,39 - 2,5	<0,001
Pós-termo	1,11	0,19	0,78 - 1,57	0,542
Acompanhante na internação (Referência: Não)				
Sim	0,8	0,10	0,6 – 1,03	0,081

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95% .

5.4 Resultados da análise de regressão logística múltipla da peregrinação de parturientes segundo modelo hierarquizado.

Os resultados do modelo hierarquizado dessa casuística foram contemplados em etapas. A análise multivariada foi ponderada pela variável região. Inicialmente foi realizada a análise multivariada de cada bloco e as variáveis com $p \leq 0,10$ foram mantidas no modelo hierarquizado.

A regressão logística múltipla das variáveis do Bloco I nível distal, foi realizada com as variáveis cujo os valores de p foram inferiores ou iguais a 0,20 na análise bivariada de regressão logística, ajustado para a região. Desta forma, permaneceram no modelo as variáveis: localização do hospital ($OR=1,6$; $IC_{95\%}$ 1,02 – 2,47; $p=0,037$); classificação econômica categoria 'classe D e E' ($OR=1,8$; $IC_{95\%}$ 1,43 – 2,3; $p<0,001$) e 'classe C' ($OR=1,5$; $IC_{95\%}$ 1,22 – 1,8; $p<0,001$); trabalho remunerado da mãe ($OR=1,17$; $IC_{95\%}$ 0,98 – 1,39; $p=0,071$); chefe da família sendo a mãe ($OR=1,5$; $IC_{95\%}$ 1,14 – 1,97; $p=0,004$); fonte de pagamento do parto categoria 'pública' ($OR=4,4$; $IC_{95\%}$ 2,8 – 6,83; $p<0,001$) (Tabela 13).

Foram excluídas do modelo as variáveis idade materna; cor da pele e escolaridade materna por não permanecerem associadas ($p>0,10$) a variável desfecho.

Tabela 13: Modelo final do Bloco I – variáveis do nível distal que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,6	0,62	2,56 – 5,1	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,6	0,35	1,02 – 2,47	0,037
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,22	1,43 – 2,3	<0,001
Classe C	1,5	0,15	1,22 – 1,8	<0,001
Trabalho remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,17	0,1	0,98 – 1,39	0,071
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,5	0,2	1,14 – 1,97	0,004
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,4	0,98	2,8 – 6,83	<0,001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascir no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95%.

Odds ratio ajustada por todas as variáveis do Bloco I nível distal com $p \leq 0,20$ na análise bivariada, permanecendo no modelo as variáveis com $p \leq 0,10$.

Da mesma maneira a regressão logística múltipla das variáveis do Bloco II nível intermediário I foi realizada com as variáveis cujo os valores de p foram inferiores ou iguais a 0,20 na análise bivariada de regressão logística, ajustado para a região.

Permaneceram com valor $p \leq 0,10$ as seguintes variáveis dos nível intermediário I: natimorto anterior ($OR=1,4$; $IC_{95\%}$ 0,95 – 2,24; $p=0,078$); cesárea anterior categoria ‘não’ ($OR=1,8$; $IC_{95\%}$ 1,30 – 2,64; $p<0,001$) e categoria ‘1 cesárea’ ($OR=1,4$; $IC_{95\%}$ 1,01 – 2,04; $p=0,042$) e gravidez de alto risco ($OR=1,25$; $IC_{95\%}$ 0,99 – 1,58; $p=0,055$) (Tabela 14).

Tabela 14: Modelo final do Bloco II – variáveis do nível intermediário I que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Características maternas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,8	0,85	3,36 – 6,83	<0,001
Desfechos prévios de risco				
Natimorto anterior (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,3	0,95 – 2,24	0,078
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,8	0,33	1,30 – 2,64	0,001
1 cesárea	1,4	0,25	1,01 – 2,04	0,042
Gravidez de alto risco (Referência: Não)				
Sim	1,25	0,14	0,99 – 1,58	0,055

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95%.

Odds ratio ajustada por todas as variáveis do Bloco II nível intermediário I com $p \leq 0,20$ na análise bivariada, permanecendo no modelo as variáveis com $p \leq 0,10$.

Nessa etapa as variáveis finais do Bloco II nível intermediário I foram acrescentadas às variáveis finais do Bloco I nível distal (MODELO I) que continuaram no modelo por ter $p \leq 0,10$. Após realizado ajuste entre as variáveis do Bloco II – nível intermediário I e Bloco I – nível distal através da regressão logística, o resultado indicou que a variável natimorto anterior não permaneceu no modelo hierárquico por ter perdido o efeito com o desfecho estudado (Tabela 15).

As variáveis a seguir foram estatisticamente significativas ao se relacionar com o desfecho da peregrinação de parturientes: localização do hospital categoria ‘capital’ ($OR=1,5$; $IC_{95\%}$ 1 – 2,39; $p=0,045$); classificação econômica categoria ‘classe D e E’ ($OR=1,8$; $IC_{95\%}$ 1,45 – 2,3; $p<0,001$) e ‘classe C’ ($OR=1,5$; $IC_{95\%}$ 1,23 – 1,8; $p<0,001$); chefe da família sendo a mãe ($OR=1,4$; $IC_{95\%}$ 1,11 – 1,92; $p=0,006$); fonte de pagamento do parto categoria ‘pública’ ($OR=4,3$; $IC_{95\%}$ 2,8 – 6,9; $p<0,001$); cesárea anterior categoria ‘não’ ($OR=1,6$; $IC_{95\%}$ 1,08 – 2,36; $p=0,017$) e categoria ‘1 cesárea’ ($OR=1,65$; $IC_{95\%}$ 1,11 – 2,36; $p=0,012$).

As variáveis trabalho remunerado da mãe ($OR=1,1$; $IC_{95\%}$ 0,99 – 1,4; $p=0,060$) e gravidez de alto risco ($OR=1,22$; $IC_{95\%}$ 0,98 – 1,54; $p=0,075$) também permaneceram no modelo por apresentarem valor $p \leq 0,10$.

Ao serem ajustadas as variáveis do Bloco I nível distal e do Bloco II nível intermediário I foi observado que a variável região ($OR=3,6$) diminuiu a força de associação com o desfecho da peregrinação de parturientes.

Tabela 15: MODELO I - Variáveis finais do Bloco I nível distal e variáveis finais do Bloco II nível intermediário I que após a regressão logística hierarquizada estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Bloco I (nível distal)				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,6	0,64	2,59 – 5,1	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,5	0,33	1 – 2,39	0,045
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,22	1,45 – 2,3	<0,001
Classe C	1,5	0,15	1,23 – 1,8	<0,001
Trabalho remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,1	0,1	0,99– 1,4	0,060
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,4	0,2	1,11 – 1,92	0,006
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,3	0,94	2,8 – 6,9	<0,001
Bloco II (nível intermediário I)				
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,6	0,3	1,08 – 2,36	0,017
1 cesárea	1,65	0,3	1,11 – 2,36	0,012
Gravidez de alto risco (Referência: Não)				
Sim	1,22	0,1	0,98 – 1,54	0,075

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95%.

Odds ratio ajustada pelas variáveis do Bloco I e pelas variáveis do Bloco II nível intermediário I.

As variáveis do Bloco II nível intermediário II cujos os valores de p foram inferiores ou iguais a 0,20 na análise bivariada foram submetidas a regressão logística e apenas a variável pré-natal nas categorias 'público' ($OR=2,82$; $IC_{95\%}$ 2,43 – 4,07) e 'não fez o pré-natal' ($OR=3,74$; $IC_{95\%}$ 2,07 – 6,47) permaneceu no modelo hierarquizado e mostrou-se estatisticamente significativa $p<0,001$ em ambas as categorias (Tabela 16).

Tabela 16: Modelo final do Bloco II – variáveis do nível intermediário II que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p\leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Características da assistência pré-natal	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,4	0,78	3,12 - 6,28	<0,001
Pré-natal (Referência: Privado)				
Público	2,82	0,41	2,43 – 4,07	<0,001
Não fez pré-natal	3,74	1,05	2,07 – 6,47	<0,001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95%.

Odds ratio ajustada por todas as variáveis do Bloco II nível intermediário II com $p\leq 0,20$ na análise bivariada, permanecendo no modelo as variáveis com $p\leq 0,10$.

No MODELO II, a variável pré-natal categoria 'público' do Bloco II nível intermediário II perdeu seu efeito com o desfecho da peregrinação ao ser ajustada às variáveis finais resultantes do ajuste do Bloco I nível distal e do Bloco II nível intermediário I (MODELO I). (Tabela 17).

Permaneceram estatisticamente significativas as variáveis: localização do hospital categoria 'capital' ($OR=1,5$; $IC_{95\%}$ 1 – 2,4; $p=0,045$); classificação econômica categoria 'classe D e E' ($OR=1,8$; $IC_{95\%}$ 1,45 – 2,33; $p<0,001$) e 'classe C' ($OR=1,5$; $IC_{95\%}$ 1,23 – 1,81; $p<0,001$); chefe da família sendo a mãe ($OR=1,5$; $IC_{95\%}$ 1,11 – 1,92; $p=0,006$); fonte de pagamento do parto ($OR=4,3$; $IC_{95\%}$ 2,8 – 6,6; $p<0,001$) e cesárea anterior nas categorias 'não' ($OR=1,6$; $IC_{95\%}$ 1,08 – 2,36; $p=0,017$) e '1 cesárea' ($OR=1,6$; $IC_{95\%}$ 1,12 – 2,36; $p=0,012$).

As variáveis trabalho remunerado da mãe e gestação de alto risco continuaram no modelo por apresentarem valor $p\leq 0,10$.

Tabela 17: MODELO II - Variáveis do MODELO I (Bloco I nível distal e variáveis do Bloco II nível intermediário I) e nível intermediário II que após a regressão logística hierarquizada estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Bloco I - Nível distal				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,6	0,64	2,59 – 5,2	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,5	0,33	1 – 2,4	0,045
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,2	1,45 – 2,33	<0,001
Classe C	1,5	0,14	1,23 – 1,81	<0,001
Trabalho remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,1	0,1	1 – 1,4	0,060
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,5	0,2	1,11 – 1,92	0,006
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,3	0,9	2,8 – 6,6	<0,001
Bloco II - Nível intermediário I				
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,6	0,3	1,08 – 2,36	0,017
1 cesárea	1,6	0,3	1,12 – 2,36	0,012
Gestação de alto risco (Referência: Não)				
Sim	1,2	0,1	0,98 – 1,54	0,075

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95%.

Odds ratio ajustada pelas variáveis do Bloco I e pelas variáveis do Bloco II nível intermediário I e II.

Variável pré-natal do Bloco II nível intermediário II perdeu efeito de associação.

As variáveis do Bloco III nível proximal cujos os valores de p foram inferiores ou iguais a 0,20 na análise bivariada foram submetidas a regressão logística e as variáveis descolamento prematuro da placenta; idade gestacional no parto categoria 'prematuro' e acompanhante na internação saíram do modelo por perderem força de associação com a variável desfecho estudada ($p > 0,10$).

As variáveis trabalho de parto prematuro ($OR=2,2$; $IC_{95\%}$ 1,62 – 3,16; $p < 0,001$); amniorrexe prematura ($OR=1,6$; $IC_{95\%}$ 1,33 – 2,02; $p < 0,001$) sofrimento fetal ($OR=0,7$; $IC_{95\%}$ 0,52 – 1; $p=0,053$) e hemorragia vaginal ($OR=3,6$; $IC_{95\%}$ 1,5 – 8,3; $p=0,003$) mostraram significância estatística com a variável peregrinação de parturientes.

E a variável síndrome hipertensiva permaneceu no modelo por apresentar $p \leq 0,10$ (Tabela 18).

Tabela 18: Modelo final do Bloco III – variáveis do nível proximal que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Variáveis Independentes	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,8	0,85	3,41 – 6,88	<0,001
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	2,2	0,38	1,62 – 3,16	<0,001
Amniorrexe prematura (Referência: Não)				
Sim	1,6	0,17	1,33 – 2,02	<0,001
Sufrimento fetal (Referência: Não)				
Sim	0,7	0,12	0,52 – 1	0,053
Hemorragia vaginal (Referência: Não)				
Sim	3,6	1,5	1,5 – 8,3	0,003
Síndrome hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,27	0,97 – 2,06	0,067

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95%.

Odds ratio ajustada por todas as variáveis do Bloco III nível proximal com $p \leq 0,20$ na análise bivariada, permanecendo no modelo as variáveis com $p \leq 0,10$.

Na última etapa foram incluídas as variáveis do Bloco III nível proximal ao modelo. Após ajustes das variáveis para os três componentes hierárquicos do modelo de peregrinação de parturientes perderam efeito para o desfecho as seguintes variáveis: gestação de alto risco e sofrimento fetal (Tabela 19).

Neste MODELO III, percebeu-se que a variável hemorragia vaginal aumentou a força de associação com o desfecho ($OR=4$) após ajustes entre as variáveis.

Entretanto o modelo passou por nova análise de regressão para que continuassem no estudo somente variáveis estatisticamente associadas ao desfecho peregrinação de parturientes, ou seja valor $p \leq 0,05$ para efeito de resultados finais e discussão do estudo.

A variável localização do hospital categoria 'capital' não apresentou significância estatística com a variável desfecho $p=0,076$ após ajustes hierárquico. E a variável síndrome hipertensiva por se manter limítrofe ($p=0,057$) permaneceu no modelo dada a sua importância para a análise final.

Tabela 19: MODELO III - Variáveis do Bloco III ajustadas para o MODELO I e MODELO II que após a regressão logística hierarquizada estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Bloco I - Nível distal				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,6	0,63	2,61 – 5,1	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,4	0,31	0,96 – 2,25	0,076
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,2	1,4 – 2,34	<0,001
Classe C	1,4	0,15	1,21 – 1,82	<0,001
Trabalho remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,2	0,1	1 – 1,41	0,048
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,4	0,2	1,1 – 1,9	0,007
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,2	0,9	2,7 – 6,4	<0,001
Bloco II - Nível intermediário II				
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,5	0,3	1,07 – 2,24	0,019
1 cesárea	1,6	0,3	1,13 – 2,32	0,009
Bloco III – Nível proximal				
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	2	0,39	1,32 – 2,9	0,001
Amniorrexe prematura (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,15	1,19 – 1,8	<0,001
Hemorragia vaginal (Referência: Não)				
Sim	4	1,8	1,6 – 10,1	0,003
Síndrome hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,24	1 – 1,99	0,057

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95%.

Odds ratio ajustada pelas variáveis do Modelo I, II e III, permanecendo no modelo as variáveis com $p \leq 0,10$.

A variável localização do hospital não apresentou significância estatística e foi excluída do modelo. Para compor o MODELO FINAL, após ajuste hierarquizado e considerando valor $p \leq 0,05$ permaneceram associadas ao desfecho as seguintes variáveis:

1. **Bloco I:** região ($OR=3,9$; $IC_{95\%}$ 2,76 – 5,6; $p < 0,001$); classificação econômica categorias ‘classe D e E’ ($OR=1,8$; $IC_{95\%}$ 1,33 – 2,22; $p < 0,001$) e ‘classe C’ ($OR=1,4$; $IC_{95\%}$ 1,19 – 1,8; $p < 0,001$); trabalho remunerado da mãe ($OR=1,1$; $IC_{95\%}$ 1 – 1,4; $p=0,050$); chefe da família sendo a mãe ($OR=1,4$; $IC_{95\%}$ 1,7 – 1,82; $p=0,013$); fonte de pagamento do parto ($OR=4,9$; $IC_{95\%}$ 2,8 – 6,5; $p < 0,001$);
2. **Bloco II:** cesárea anterior categoria ‘não’ ($OR=1,5$; $IC_{95\%}$ 1,07 – 2,17; $p=0,018$) e categoria ‘1 cesárea’ ($OR=1,6$; $IC_{95\%}$ 1,13 – 2,3; $p=0,008$);
3. **Bloco III:** trabalho de parto prematuro ($OR=2$; $IC_{95\%}$ 1,52 – 3; $p < 0,001$); amniorrexe prematura ($OR=1,5$; $IC_{95\%}$ 1,22 – 1,9; $p < 0,001$); hemorragia vaginal ($OR=4$; $IC_{95\%}$ 1,6 – 10,1; $p=0,004$) e síndrome hipertensiva ($OR=1,4$; $IC_{95\%}$ 1 – 1,99; $p=0,038$).

O modelo de análise hierarquizado utilizado neste estudo evidenciou as variáveis com forte associação estatística com a peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul do Brasil nos três Blocos (distal, intermediário e proximal) estudados. O programa de classificação multivariada foi rodado diversas vezes, alterando variáveis e parâmetros de convergência num processo iterativo a fim de classificar de forma consistente a associação das variáveis independentes com o desfecho da peregrinação.

Tabela 20: MODELO FINAL – Variáveis que após regressão logística hierarquizada dos MODELOS I, II e III estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,05$.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Bloco I - Nível distal				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,9	0,69	2,76 – 5,6	<0,001
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,2	1,33 – 2,22	<0,001
Classe C	1,4	0,15	1,19 – 1,8	<0,001
Trabalho remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,1	0,1	1 – 1,4	0,050
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,4	0,2	1,7 – 1,82	0,013
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,3	0,9	2,8 – 6,5	<0,001
Bloco II - Nível intermediário I				
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,5	0,3	1,07 – 2,17	0,018
1 cesárea	1,6	0,3	1,13 – 2,3	0,008
Bloco III - Nível proximal				
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	2	0,37	1,52 – 3	<0,001
Amniorrexe prematura (Referência: Não)				
Sim	1,5	0,16	1,22 – 1,9	<0,001
Hemorragia vaginal (Referência: Não)				
Sim	4	1,8	1,6 – 10,1	0,004
Síndrome hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,28	1 – 1,99	0,038

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil.

Nota: Nível de Confiança de 95%.

Odds ratio ajustada pelas variáveis dos Modelos I, II e III, permanecendo no modelo final as variáveis com $p \leq 0,05$.

Discussão

6 DISCUSSÃO

Para a realização desta pesquisa, pioneira em trabalhar a variável peregrinação de parturientes como variável desfecho nas regiões Nordeste e Sul, foi adaptado o modelo hierarquizado de óbito infantil neonatal proposto por Lima; Carvalho e Vasconcelos (2008). Esse modelo de análise aponta a necessidade de se estudarem e conhecerem as inter-relações e efeitos de mediação entre os diferentes determinantes dispostos no modelo, lacuna ainda pouco investigada.

Durante a realização do estudo pode-se destacar alguns pontos fortes que incluem: sua originalidade em pesquisar a variável desfecho peregrinação de parturientes nas duas macrorregiões brasileiras mais díspares entre si, utilizando tamanho de amostra representativo destas regiões e portanto com poder estatístico capaz de contemplar a análise da variável desfecho, e, por ser um estudo regional caracteriza-se como multicêntrico.

Outro ponto forte foi trabalhar com o banco de dados de uma pesquisa com nível nacional, a qual foi realizada com instrumentos e medidas de controle de qualidade confiáveis capazes de contribuir para a minimização de vieses e ampliar as possibilidades de comparações com resultados em nível nacional.

E como limitações do estudo relacionam-se sobretudo ao banco de dados com variáveis já criadas e com exclusão de algumas variáveis iniciais da pesquisa original *Nascer no Brasil*, o que limitou a possibilidade de identificar estimativas confiáveis de efeito mais direcionado para a variável desfecho em questão. Outro fator limitante da pesquisa foi a inviabilidade de comparação dos dados desta pesquisa com dados de publicações internacionais, pelo fato de não terem sido encontradas publicações contendo informações sobre peregrinação de parturientes.

O desenho metodológico desse estudo revelou que a peregrinação de parturientes, caracterizada como a necessidade de buscar cuidados obstétricos em mais de uma maternidade sem ter sido referenciada entre as unidades hospitalares, apresentou um padrão de distanciamento entre as proporções evidenciadas em cada região estudada. A região Nordeste, na modelagem final, apresentou uma razão de chances de quase quatro vezes a mais para a peregrinação quando comparada com a região Sul.

Segundo a literatura muitos desfechos negativos vem sendo ao longo dos anos relacionados com o fato da parturiente peregrinar, principalmente se for considerado que muitas vezes a situação de urgência para o parto pode se complicar e diminuir a probabilidade de adequação dos serviços já que nem todas as unidades hospitalares dispõem de infraestrutura para atendimento de alto risco (TANAKA, 1995; LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002b; CUNHA *et al.*, 2010; BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010).

Não foi objetivo da presente pesquisa analisar desfechos negativos resultantes da peregrinação das parturientes, entretanto torna-se necessário associar de acordo com outros estudos a importância de se estudar a peregrinação, uma vez que há exposição tanto da mãe quanto de seu RN a riscos de complicações clínicas e muitas vezes à morte, como mostra o estudo de Oliveira; Gama e Silva (2010) que refere a peregrinação da gestante em busca de internação para parto fortemente associada ao óbito neonatal. Tais gestantes apresentaram risco quase duas vezes maior de óbito para os seus RNs do que as mães que conseguiram atendimento na primeira maternidade procurada.

Brito e Souza (2014) referiram que a falta de orientação do sistema de referência e contrarreferência, a falta do funcionamento do serviço de saúde em rede, acrescidas à dificuldade de acesso resultou, em sua pesquisa, em maior peregrinação da gestante no período periparto e conseqüentemente aumentaram os riscos para os agravos maternos e perinatais. Lansky *et al.* (2014) apontaram que a peregrinação esteve fortemente associada ao óbito neonatal refletindo problemas relativos à organização do sistema de atenção perinatal. Os autores ainda afirmaram que gestantes em trabalho de parto se configuram como uma urgência e devem receber atendimento imediato no serviço de saúde.

Nesse sentido vale a pena ressaltar a importância do acesso oportuno das gestantes à maternidade. Na realidade brasileira, deve-se considerar a possível relação entre as mortes peri e neonatais por asfixia e a peregrinação da gestante em busca de vaga hospitalar durante o trabalho de parto, ocorrência ainda frequente em diferentes regiões do país (LANSKY; FRANÇA; LEAL 2002a; ANDRADE *et al.*, 2009; LANSKY *et al.*, 2014). Em 2006 Menezes *et al.* revelaram que a peregrinação anteparto ocorre independentemente do risco obstétrico, levando a parturiente de baixo risco peregrinar apenas em busca de vagas, e a de alto risco peregrinar tanto

em busca de vagas quanto de recursos disponíveis adequados às suas necessidades (UTIN).

Nas regiões Nordeste e Sul, participantes desta pesquisa, a frequência média de parturientes que peregrinaram foi de 17,56% (1.797). Entretanto existiu uma grande variação da peregrinação entre as regiões Nordeste (1.528 / 25,1%) e Sul (269 / 6,5%), tendo a região Nordeste apresentado valor superior à média nacional (16,2%) referida no estudo de Viellas *et al.* (2014). Conforme esperado, o perfil das parturientes foi bastante diferenciado entre as regiões pesquisadas. Esses números podem expressar a heterogeneidade da rede de atenção obstétrica, dentre outras características relacionadas aos fatores socioeconômicos, ou fatores que antecederam o momento do parto como mostra o resultado final da modelagem hierarquizada desta casuística.

Em estudo realizado na região Nordeste, estado do Maranhão, por Cunha *et al.* (2010) observou-se uma elevada proporção de peregrinação em busca de assistência na hora do parto, entre as mulheres entrevistadas em duas maternidades, respectivamente 41,8% (51) e 38,2% (94). Embora a frequência da peregrinação tenha se apresentado também elevada, os dados diferem da presente pesquisa quando se leva em consideração a magnitude do n total e a representatividade regional da pesquisa em questão.

Quando comparada a faixa etária das parturientes entre as regiões, percebe-se que na região Nordeste há uma proporção de parturientes adolescentes mais elevada que na região Sul com 1,82 vezes mais chances de peregrinar. De acordo com o Relatório do ODM (BRASIL, 2014), a gravidez entre adolescentes vem diminuindo em todo o País, sendo historicamente menor na região Sul e essa redução pode ser explicada pela expansão do acesso à educação sexual e a serviços adequados de saúde. Fato que pode justificar em parte os achados desta pesquisa, quando se refere ao maior número de adolescentes grávidas na região Nordeste.

Os resultados de Barbastefano, Girianelli e Vargens (2010), em pesquisa realizada em maternidades da rede SUS do Rio de Janeiro, constataram entre as adolescentes estudadas que 20,7% peregrinaram à procura de uma maternidade para terem seus filhos. Embora a pesquisa não tenha sido realizada no Nordeste fica evidente que o acesso da gestante adolescente aos serviços de assistência ao parto ainda encontra-se muito aquém do preconizado.

Na análise bivariada realizada nesta pesquisa e ajustada para a região, pode-se comprovar inúmeras desigualdades sociais inter-regionais ao se observar que o alto percentual de peregrinação ocorrido na região Nordeste encontra-se fortemente associado a cor da pele não branca, ao menor grau de escolaridade, a classificação econômica mais baixa (D e E, C), a mãe não ter trabalho remunerado, não ser o chefe da família e a fonte de pagamento do parto ser pública (Tabela 9). Vale ressaltar que em ambas as regiões predominou a fonte pública de pagamento do parto, ou seja o SUS foi o responsável pela maior demanda de partos, entretanto com diferenças regionais estatisticamente significantes ($p < 0,001$). Segundo Viana; Fausto e Lima (2003) é bem verdade que o grau de desigualdade, seus determinantes e efeitos diferem entre as sociedades e internamente nos próprios países.

Contudo, outras características se apresentaram como fatores que levam à peregrinação. Ter histórico de natimorto anterior caracterizado nessa pesquisa como desfecho prévio de risco e não ter história de cesárea anterior apresentaram maior chance de peregrinar, respectivamente 1,3 e 1,7 vezes mais chances. O fato da parturiente peregrinar mais, frente a possibilidade do parto vaginal, pode se apoiar na ideia de “imprevisibilidade” do parto vaginal, ao passo que o parto cesáreo é predominantemente associado à ideia de segurança (TEDESCO *et al.*, 2004). Entretanto, estudo aponta que as taxas de cesárea voltaram a crescer, devido ao aumento da frequência do procedimento em mulheres sem cesárea anterior (cesárea primária) e redução de parto vaginal em mulheres com cesárea prévia (PATAH; MALIK, 2011).

As variáveis neomorto anterior e prematuro anterior, por sua vez, conferiram efeito de proteção para a peregrinação das parturientes ($OR=0,93$ e $OR=0,94$ respectivamente).

Na região Nordeste, aproximadamente 73,2% das parturientes fizeram o pré-natal pelo sistema público. Já a região Sul apresentou uma frequência maior que a região Nordeste para o pré-natal no serviço privado, bem como uma maior frequência quanto as orientações sobre trabalho de parto; sinais de risco na gravidez e sobre qual hospital procurar no momento do parto. Estas orientações atingiram um percentual sempre superior a 57% na região Sul. Desse modo foi verificado que as chances de peregrinar na região Nordeste aumentam quando se leva em consideração a menor proporção de orientações recebidas durante o pré-natal. E

para o pré-natal público as chances de peregrinar são de 3,14 bem próximas das chances ($OR=3,66$) de peregrinar de quem não fez o pré-natal.

É consenso que a parturiente melhor preparada durante o pré-natal, por meio de informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério, enfrentará estes períodos com maior segurança, pois a falta de informação pode gerar preocupações desnecessárias e expectativas frustradas (FRANCISQUINI *et al.*, 2010).

Contudo receber orientações e indicação do local de parto muitas vezes não garante o leito de internação no momento do parto. Na prática, é necessário mais que orientações. O ideal seria a integração do pré-natal com os demais serviços da rede de atenção à saúde, por intermédio de estabelecimento de uma rede integrada de referência e contrarreferência, com garantia de leitos de internação por meio de uma central de regulação de vagas, essencial para a assistência oportuna às gestantes de risco, que apresentam riscos aumentados de desfechos negativos (VIELLAS *et al.*, 2014). Em pesquisa realizada em Curitiba, onde a vinculação para uma maternidade de referência é um dos componentes do *Programa Mãe Curitibana*, a orientação sobre qual hospital procurar no momento do parto foi relatada por 98,3% das gestantes (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Embora essa vinculação das gestantes a maternidades de referência para atenção ao parto já esteja regulamentada desde 2007 através da *Lei nº 11.634* de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007) e seja, mais recentemente, uma recomendação da RC (BRASIL, 2011) para integração dos serviços de atenção pré-natal e ao parto, visando ao acolhimento das parturientes e à garantia de leito para internação, melhorias ainda são necessárias objetivando evitar a peregrinação das gestantes, ainda frequente em muitos locais do país (MENEZES *et al.*, 2006; VIELLAS *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2015).

Menezes *et al.* (2006) em seu estudo não encontraram associação entre o índice de *Kotelchuck*, que avalia a adequação do pré-natal, e a peregrinação anteparto, mais uma vez reforçando a falta de uma assistência ao parto articulada com o pré-natal. Ou seja, apesar de apresentar elevada cobertura pré-natal, como no estudo em questão, tal fato não diminui as chances da paciente peregrinar no momento do parto, demonstrando a falta de organização do sistema de saúde. No estudo de Ferreira (2015), que considerou a adequação do pré-natal, preconizado

pelo Ministério da Saúde, foi observado que as gestantes que realizaram o pré-natal de maneira adequada tiveram menor chance de peregrinar.

Em relação ao profissional que realizou o maior número de consultas pré-natal foi averiguado, neste estudo, que 3.886 (93,8%) parturientes da região Sul tiveram consultas com um profissional médico e 183 (4,7%) parturientes realizaram o pré-natal com um profissional enfermeiro. Em contrapartida, na região Nordeste, 3.398 (50,5%) parturientes fizeram o pré-natal com um profissional enfermeiro com 3,73 vezes mais chances de peregrinar mostrando uma grande diferença em relação a região Sul. De acordo com Viellas *et al.* (2014) a assistência pré-natal realizada por profissionais enfermeiros ainda é considerada restrita no país, com maior concentração, na região Nordeste e Norte, provavelmente pela menor disponibilidade de médicos, particularmente nas cidades do interior.

O *Decreto no 94.406/1987* (BRASIL, 1987) sobre a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, declara que o pré-natal de baixo risco na gravidez pode ser acompanhado pelo enfermeiro (BRASIL, 2006). Ao passo que a atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas (PEREIRA; BACHION, 2005).

Ainda na análise bivariada deste estudo, em relação aos antecedentes do momento do parto, pode-se destacar que estar em trabalho de parto prematuro ($OR=2,4$), apresentar amniorrexe prematura ($OR=1,6$), descolamento prematuro da placenta ($OR=1,6$), hemorragia vaginal ($OR=4,0$), síndrome hipertensiva ($OR=1,37$) e prematuridade ($OR=1,86$) aumentam as chances da parturiente peregrinar em busca de assistência para o parto na região Nordeste quando comparada a região Sul.

Os resultados do estudo de Andrade *et al.* (2009), realizado no Serviço de Obstetrícia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Recife quando analisadas as complicações maternas, complementam os achados desta pesquisa ao passo que detectaram uma importante associação entre óbito fetal e a presença de síndromes hemorrágicas durante a gestação (placenta prévia e descolamento prematuro de placenta), com probabilidade das parturientes terem peregrinado. Uma vez que as autoras referem que embora funcione uma central de regulação de leitos, que tem por finalidade evitar as peregrinações de mulheres em

busca de vagas hospitalares, e agilizar os encaminhamentos; ainda ocorrem atrasos no atendimento destas parturientes, mostrando forte associação com a natimortalidade.

No estudo de Nascimento *et al.* (2012), realizado em Fortaleza, o tempo < 1 hora e \geq 10 horas decorrido entre a internação hospitalar e o parto manteve-se associada ao óbito neonatal e os resultados, segundo os autores, expressam a qualidade da assistência ao parto prestada às gestantes, bem como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Menezes *et al.* (2006) complementam referindo que a desigualdade na distribuição de leitos obstétricos (acesso aos serviços de saúde) deve ser considerada para a ocorrência de peregrinação no momento do parto, uma vez que persiste uma maior concentração de serviços de saúde nos grandes centros urbanos, ficando as periferias e as cidades do interior desprovidas de assistência qualificada, aumentando a demanda para as maternidades da capital.

Além da desigualdade na disponibilidade de serviços e recursos de saúde, os problemas de acesso geográfico ao parto refletem também as falhas na integração e articulação entre os setores da saúde. E se, por um lado, as condições de saúde da população são fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais, por outro, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Segundo Viana; Fausto e Lima (2003) as dimensões da desigualdade em saúde são atribuídas a diferentes determinantes que podem corresponder a um conjunto de fatores interligados às condições de saúde e adoecimento, que definem o padrão de morbimortalidade dos diferentes grupos sociais, e/ou as diferenças na distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde.

Foi visto na presente pesquisa que as complicações clínicas maternas estão associadas a maior chance de peregrinação das parturientes em busca de atendimento qualificado para o momento do parto. Dessa maneira, pode-se inferir que a gestação é o momento que inspira cuidados, principalmente se for levado em consideração que uma das principais causas de morte materna se dá por conta de complicações ocasionadas pela hipertensão durante a gestação e no momento do parto, bem como de desordens provenientes de transtornos hemorrágicos que caracteriza o quadro de morbidade (SOUSA *et al.*, 2014). Na Região Sul, pesquisa aponta que a mortalidade materna geral, incluiu como principais causas as síndromes hipertensivas e hemorrágicas, referindo que 43,4% dos óbitos

investigados aconteceram na gravidez, no momento do parto e no período puerperal (SOMBRIO *et al.*, 2011).

Desse modo, considerando o parto um evento que pode expor a gestante e seu RN a risco de morte os serviços de saúde da rede pública que presta atendimento às gestantes, embora com níveis variados de complexidade, deveriam ser equipados, do ponto de vista profissional e tecnológico, para dar suporte às intercorrências deste período, que podem ocorrer em 10 a 15% dos casos, mesmo em gestantes de baixo risco (ANDRADE *et al.*, 2009).

Na análise bivariada, as variáveis gestação prolongada, sofrimento fetal e acompanhante na internação se apresentaram como fator de proteção. Cunha *et al.* (2010) evidenciaram em seu estudo que pelo menos 3,2% das gestações eram pós-termo. Na pesquisa de Monteschio *et al.* (2014) das mulheres entrevistadas, 70,3% tinham idade gestacional superior a 37 semanas e o parto ocorreu no primeiro hospital procurado. A ocorrência de gestação pós-termo está associada a um risco aumentado de morbidade e mortalidade perinatal. A taxa de mortalidade perinatal, em gestações de 42 semanas é duas vezes maior que nas gestações de termo, por isso exigem suporte hospitalar mais complexo e devem ser devidamente encaminhadas quando o atendimento não for possível, de forma a evitar para esses casos o agravamento dos riscos, ao terem que peregrinar para serem atendidas (BRASIL, 2010).

A variável acompanhante no momento do parto foi analisada no estudo realizado por Diniz *et al.* (2014), referindo que no Brasil, as mulheres foram mais frequentemente acompanhadas durante a internação (70,1%) do que em outros momentos do parto. Alguns autores complementam com a ideia de que a presença de um acompanhante pode contribuir para o melhor desfecho na busca por assistência ao parto, uma vez que a gestante se sente mais segura e parece aumentar a sua capacidade para se expressar, o que pode ser especialmente valioso em casos de complicações graves (DINIZ *et al.*, 2014; FERREIRA, 2015).

Na análise multivariada baseada no modelo hierarquizado adaptado de Lima; Carvalho e Vasconcelos (2008) e utilizado nesta casuística, observou-se que houve uma predominância de associação entre a variável desfecho peregrinação de parturientes e as variáveis independentes dos níveis distal (região; classificação econômica; trabalho remunerado da mãe; chefe da família sendo a mãe e fonte de pagamento do parto); proximal (trabalho de parto prematuro; amniorrexe prematura;

hemorragia vaginal e síndrome hipertensiva) e por último o nível intermediário I (cesárea anterior).

É provável que a heterogeneidade das populações de parturientes das regiões Nordeste e Sul, principalmente relacionadas as condições demográficas, socioeconômicas e 'emergenciais' definidas aqui como os acontecimentos ou características clínicas que antecedem o momento do parto, tenham contribuído para o estabelecimento de relações entre as variáveis dos níveis distal e proximal do modelo utilizado e a peregrinação de parturientes. Sobre estes aspectos Rodrigues; Domingues e Nascimento (2011) apontam que o perfil das mulheres usuárias de serviços públicos de pré-natal e parto em Salvador, região Nordeste, em sua maioria possui baixos indicadores socioeconômicos e exerce atividade sem remuneração.

Enquanto as complicações clínicas, desde 1995, Tanaka já referia em seus estudos que a peregrinação em busca de vaga para internação para o parto pode retardar o cuidado necessário no tempo oportuno, levando, muitas vezes, a gestante a complicações e até mesmo a morte, o que corrobora com os achados desta casuística no que diz respeito às complicações clínicas das parturientes que peregrinaram.

Vale ressaltar que em algumas regiões do Brasil, como refere a presente pesquisa para a região Nordeste, o acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno ainda é um problema, sendo frequente a peregrinação das gestantes até a sua internação definitiva (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002a; CUNHA *et al.*, 2010). Embora exista uma alta cobertura do atendimento hospitalar, percebe-se que a assistência ao parto ainda convive com obstáculos no acesso à maternidade (LEAL *et al.*, 2015). Dessa maneira, as desigualdades sociais regionais no Brasil se colocam como uma barreira de acesso aos serviços.

Entre variáveis independentes que compuseram o Bloco I nível distal do modelo hierarquizado permaneceram no modelo, por apresentar $p \leq 0,10$, as variáveis localização do hospital; classificação econômica categoria 'classe D e E' e 'classe C'; trabalho remunerado da mãe; chefe da família sendo a mãe; fonte de pagamento do parto categoria 'pública'. No presente estudo as desigualdades regionais ficaram evidentes ao apresentarem uma maior chance de ocorrência quando se leva em consideração a região Nordeste. Entretanto, assim como no estudo de Pinheiro (2014) realizado no estado do Pernambuco, região Nordeste, sobre o acesso do

cenário do parto na cidade de Recife, a escolaridade materna não apresentou significância estatística ($p=0.0639$) com a peregrinação.

A relação entre condições de vida e estado de saúde, bem como a associação entre acesso a serviços de saúde e o nível socioeconômico das populações estão presentes em diversos estudos; mostrando que no Brasil, é muito diferenciado o uso de serviços de saúde quando se relaciona renda e área geográfica de residência, sendo mais elevado entre os de melhor condição social como a região Sul nesta casuística (LEAL *et al.*, 2004; COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005).

As variáveis natimorto anterior; cesárea anterior categoria 'não' e categoria '1 cesárea' e gravidez de alto risco permaneceram no Bloco II nível intermediário I por apresentarem $p \leq 0,10$. Entretanto, mesmo sem efeito nesta amostra a variável natimorto caracteriza um desfecho prévio de risco e portanto um fator de risco gestacional que deve ser prontamente identificado no decorrer da assistência pré-natal e, se necessário, encaminhado para ambulatórios e maternidades de referência (BRASIL, 2010c).

Neste sentido, não se submeter ao acompanhamento do pré-natal, para a região Nordeste, teve uma chance de quase quatro vezes mais, de peregrinar em busca de local adequado para parto do que na região Sul. A assistência pré-natal é um fator de proteção para a saúde da mãe por incluir procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção da saúde (LEAL *et al.*, 2015).

O cuidado pré-natal possibilita identificar fatores de risco, para posterior controle ao longo de toda a gestação, bem como diagnosticar precocemente complicações da gravidez. Uma assistência pré-natal adequada e sua interação com os serviços de assistência ao parto são fundamentais para a obtenção de bons resultados da gestação (SANTOS *et al.*, 2000b).

As variáveis orientação sobre trabalho de parto categoria 'não' e a categoria 'não fez pré-natal'; orientações sobre sinais de risco na gravidez categoria 'não' e categoria 'não fez pré-natal' e orientação sobre qual hospital procurar estiveram associadas ao desfecho, contudo a elevada cobertura de consultas do pré-natal, muitas vezes não vem acompanhada do repasse de informações adequadas sobre o parto e puerpério durante o atendimento prestado (LEAL *et al.*, 2004). Viellas *et al.* (2014) afirmam que orientações sobre sinais de início do trabalho de parto e sobre sinais de risco na gravidez foram mais referidas por

mulheres residentes na região Sul o que corrobora com a presente casuística (2.952 / 70,7%).

Na última etapa da análise hierarquizada, as variáveis proximais foram incorporadas àquelas selecionadas nas etapas anteriores. Ressalta-se que o efeito mais forte de associação com a peregrinação, se mostrou mais evidente para as variáveis independentes: fonte pública de pagamento do parto com 4,3 vezes mais chances de peregrinar; trabalho de parto prematuro duas vezes mais chances de peregrinar e hemorragia vaginal com quatro vezes mais chances de peregrinar quando considerado o maior risco para a região Nordeste.

Desta maneira, a variável peregrinação de parturientes apresentou 3,9 vezes mais chances de ocorrência para a região Nordeste do que para a região Sul, mesmo depois de ajustada para variáveis socioeconômicas como posse de bens (classificação econômica baseada no critério ABEP); presença de trabalho remunerado e pagamento de serviços de saúde; características da gestante como não ser chefe da família, ter ou não experiência anterior com parto cesáreo; bem como complicações clínicas que ocorreram durante a gestação tornando-a de alto risco; outras complicações 'emergenciais' que antecederam o momento do parto como trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematura; hemorragia vaginal e síndrome hipertensiva. Ficando evidente que são relevantes os diferenciais entre os determinantes da peregrinação para as regiões aqui estudadas.

Outros estudos sobre a peregrinação também evidenciaram que o acesso de gestantes para assistência ao parto hospitalar pode ser influenciado por aspectos demográficos, socioeconômicos e por características obstétricas da parturiente (MONTESCHIO *et al.*, 2014) Assim, as mulheres, que são usuárias dos serviços públicos de saúde, podem ter o acesso limitado, uma vez que ainda não se conseguiu implantar no Brasil um sistema de saúde realmente universalizado e equitativo (LANSKY 2002a; SILVA; ALMEIDA, 2015). Nesse sentido, é possível que as mulheres que usam o SUS durante o pré-natal frequentemente não conseguem reservar um lugar para o parto (DINIZ; CHACHAM, 2006).

O principal motivo para a peregrinação de parturientes apresentado em alguns estudos é a falta de vagas (HOTIMSKY *et al.*, 2002; GOLDMAN; BARROS 2003; MENEZES *et al.*, 2006; DIAS; DESLANDES, 2006). Devido a isso, muitas gestantes têm que percorrer longas distâncias de uma maternidade à outra até conseguir atendimento, fato este de extrema gravidade visto que é no período

próximo ao parto que as situações clínicas complicam e ocorrem a maior parte dos desfechos negativos incluindo a morte materna ou fetal (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011). Neste caso, são necessários leitos obstétricos especializados, além de UTI neonatal, encontrados apenas em maternidades de maior complexidade (MENEZES *et al.*, 2006). Destaca-se que não foi objetivo desta pesquisa inserir na análise multivariada os motivos da peregrinação, embora sejam importantes para entender os determinantes da mesma.

Nesta casuística encontram-se inseridos, no modelo hierarquizado final, os determinantes que estiveram fortemente associados com a peregrinação das parturientes, como a hemorragia vaginal ($OR=4$) e as síndromes hipertensivas ($OR=1,4$) apontadas no estudo de Andrade *et al.*, (2009) como precedentes de desfecho perinatal negativo (morte fetal). Desse modo entende-se que a peregrinação pode 'caminhar' junto com a ocorrência de complicações maternas que findam em desfechos desfavoráveis para o binômio mãe/filho. A peregrinação das parturientes em busca do local para o parto é um fator importante para a morbimortalidade materna e neonatal (NOBRE; FIGUEREDO, 2010).

Embora a gravidez seja considerada fisiológica, algumas vezes pode levar a mulher a sérias complicações, como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e diabetes gestacional, vistas como os principais agravos do momento gravídico. A hipertensão arterial, por exemplo, complica cerca de 7 a 10% de todas as gestações. A eclâmpsia tem incidência de 1,3 para cada 1.000 partos, variando de 0,6, nos países desenvolvidos, até 4,5, nos países em desenvolvimento (CABRITA *et al.*, 2015).

As síndromes hipertensivas podem provocar várias complicações, como encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, grave comprometimento da função renal, hemorragia retiniana, coagulopatias e associação com pré-eclâmpsia. O feto também fica em situação de risco e sujeito a restrição de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, morte intra útero, baixo peso e prematuridade (VETTORE *et al.*, 2011).

Portanto, é necessária uma atenção especial a essa mulher, de forma integral, impedindo que ela peregrine pelos serviços de saúde em busca de assistência (VETTORE *et al.*, 2011; CABRITA *et al.*, 2015).

Atualmente, ainda são escassos os estudos que visam à análise da integração das redes de atenção no país. Os estudos, em sua maioria, no tocante à assistência materno-infantil, ainda se limitam a uma abordagem descritiva dos

serviços prestados e das características da assistência à saúde. Assim, destaca-se a importância da integralidade da atenção como princípio norteador do acompanhamento da gestante de alto risco (CABRITA *et al.*, 2015).

Embora haja escassez de estudos sobre a temática integralidade da atenção em saúde, melhorias vem sendo implementadas tanto com abrangência nacional como o Rede Cegonha (BRASIL, 2011); como a nível municipal: Programa Mãe Curitibana, em Curitiba na região Sul, implantado em 1999 (Programa Mãe Curitibana, 2015) e o Programa Mãe Coruja Pernambucana criado em 2007 no estado de Pernambuco, região Nordeste (Programa Mãe Coruja Pernambucana, 2015). Todos os programas citados tem como objetivo magno garantir atenção integral às gestantes do sistema público de saúde, mais precisamente melhorando a qualidade do pré-natal e garantindo o acesso ao parto em tempo oportuno.

De modo geral, as condições de saúde e de acesso aos serviços de saúde, especialmente nesta pesquisa, os cuidados dispensados no momento do parto, são preponderantemente influenciados por fatores que afetam diretamente os grupos sociais, tais como pobreza, exclusão social, desemprego, condições de moradia e de trabalho. Desse modo, a análise dos determinantes da peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul, configura-se por se fazer compreender que as desigualdades sociais e de acesso entre estas duas regiões são capazes de reproduzir, em parte, os relevantes diferenciais da peregrinação das parturientes aqui estudadas. Porém, embora tenha-se utilizado um vasto número de variáveis para a realização deste estudo, ainda incita-se a curiosidade científica diante dos diferenciais encontrados entre as regiões estudadas, ou seja, que outros contextos? que outras variáveis? seriam capazes de trazer mais informações no intuito de se entender o fato da peregrinação de parturientes chegar a ter quase quatro vezes mais chances de acontecer na região Nordeste do que na região Sul. Este estudo ainda permite esta lacuna.

Entretanto, apesar das limitações encontradas, os resultados desta pesquisa sugerem a viabilidade da metodologia baseada na modelagem hierarquizada de análise, porquê esta permitiu a criação de uma linha de raciocínio epidemiológico que além de revelar informações anteriormente conhecidas, permitiu a identificação de outras deficiências importantes no processo de acesso de cuidados de saúde para a população das parturientes, de ambas as regiões. Sobretudo, trouxe a margem as dificuldades das parturientes em encontrar

maternidades capazes de atendê-las em situações de risco, como as complicações hipertensivas e hemorrágicas que estiveram nesta pesquisa fortemente associadas a peregrinação.

Ressalta-se que neste estudo, foi respeitado o processo da amostragem realizado pela Pesquisa Nascido no Brasil, assim como seus estratos de representatividade das regiões Nordeste e Sul, ampliando a literatura sobre a peregrinação de parturientes no Brasil, que ainda é muito escassa. Autores como Souza *et al.* (2011) inferem em seu estudo sobre peregrinação em Maceió, que os dados sobre peregrinação no Brasil se limitam a Rio de Janeiro e São Paulo.

Outros estudos também apontam a escassez de publicações nacionais sobre a peregrinação no anteparto, referindo que a dificuldade em obter informações sobre a ocorrência da peregrinação tornam raros os estudos quantitativos sobre o tema (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2011). Recentemente foi realizado um estudo com abrangência regional sobre a peregrinação anteparto na região Sudeste, assim como o presente estudo utilizou dados da pesquisa Nacional Nascido no Brasil (FERREIRA, 2015). Portanto, entendendo que há uma carência de pesquisas nessa perspectiva, principalmente nas regiões Nordeste e Sul do Brasil, este estudo buscou preencher uma parte da lacuna deste conhecimento, considerando a importância da temática para a saúde da mulher.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

Este estudo se propôs avaliar os determinantes da peregrinação de parturientes atendidas em maternidades públicas e privadas das regiões Nordeste e Sul do Brasil e desta maneira identificar um contexto diversificado e desigual em relação as possibilidades de peregrinação no momento do parto enfrentado pelas regiões estudadas.

O estudo da peregrinação de parturientes apresentou em seus resultados finais, uma predominância dos determinantes distais e proximais, e um determinante intermediário, indicando que as populações socialmente desfavorecidas apresentaram riscos de peregrinar mais elevados, principalmente se levar em consideração o contexto da região Nordeste.

Segundo os objetivos propostos e a metodologia adotada, a realização deste estudo permitiu inferir que $\frac{1}{4}$ das parturientes da região Nordeste e 6,5% da região Sul, tiveram que ir a mais de uma maternidade para ser internada o que pode caracterizar a descontinuidade da assistência no ciclo gravídico-puerperal principalmente na região Nordeste. Os serviços de saúde que prestam assistência durante o pré-natal e aqueles que disponibilizam assistência ao parto parecem não estar integrados oferecendo referência e segurança às suas pacientes.

As variáveis do nível distal do modelo que permaneceram associadas a peregrinação na análise final: região, classificação econômica, trabalho remunerado da mãe, chefe da família sendo a mãe e fonte de pagamento do parto; comprovaram que o perfil demográfico e socioeconômico, bem como a localização geográfica da parturiente no momento do parto interferem na busca e na concretização do acesso em saúde.

No modelo final, o nível intermediário caracterizado pelas características maternas e de assistência ao pré-natal finalizou somente com a variável cesárea anterior mostrando associação com a peregrinação. As demais variáveis sobre as orientações recebidas durante o pré-natal não permaneceram no modelo, constatando que apesar da maioria das mulheres terem sido informadas sobre qual maternidade procurar, esse fato não evitou que ocorresse à peregrinação em muitos casos.

Permaneceram no nível proximal do modelo, as variáveis que caracterizaram as situações 'emergenciais' que antecederam o momento do parto como: trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematura, hemorragia vaginal e síndrome hipertensiva. Estas complicações estão citadas em larga escala pela literatura como situações graves que expõem a parturiente e o feto a sérios riscos, podendo culminar em mortalidade materna ou fetal. Neste estudo, a hemorragia vaginal apresentou quatro vezes mais chances da parturiente peregrinar na região Nordeste do que na região Sul, e duas vezes mais chances de ocorrer o trabalho de parto prematuro.

Diferenciais importantes para a literatura da peregrinação de parturientes foram revelados nesta pesquisa de abrangência regional e pioneira para as regiões Nordeste e Sul do Brasil. Os resultados instigam que os determinantes socioeconômicos e as complicações que antecedem o momento do parto, estão permeados pela falta de integração entre os serviços de saúde, e em parte caracterizam as diferenças regionais.

Considerações Finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto da peregrinação de parturientes, são muitos os desafios inter-regionais, principalmente se levar em consideração os determinantes sociais que fazem parte dos resultados para a população estudada. Entretanto, alguns elementos da assistência do pré-natal ao parto podem favorecer a melhoria do cuidado prestado, tais como:

1. Ampliar a implantação de programas municipais que garantam a ordenação racional dos fluxos de referência e contrarreferência entre serviços existentes no município e na qualificação técnica dos profissionais envolvidos, cita-se como exemplo o Programa Mãe Curitibana.

2. Realizar a captação precoce de gestantes para acompanhamento do pré-natal. Identificar as gestantes de alto risco e garantir assistência especializada e de qualidade até o momento do parto evitando a alta do pré-natal. Conscientizar a gestante da importância do acompanhamento do pré-natal pelo cartão da gestante o que

3. Estabelecer o vínculo entre a gestante e a equipe que a acompanha durante o pré-natal. Realizar atendimento de pré-natal centrado na pessoa levando em consideração o contexto social no qual está inserida. Manutenção de um canal de comunicação que viabilize a escuta ativa, o acolhimento e o acesso principalmente nos momentos de intercorrências.

4. Manter as maternidades em parceria com as unidades de assistência ao pré-natal. Vincular desde o 2º trimestre, a gestante a maternidade que irá ter seu filho. Proporcionar a visita antecipada da gestante à maternidade que estiver vinculada para a ocasião do parto.

5. Aumentar o número de leitos para gestantes e RNs incluindo leitos de UTIN. Equipar tecnologicamente as maternidades. Ampliar e qualificar o quadro de

profissionais para garantir o acesso das gestantes em tempo oportuno e de qualidade.

Por fim, recomenda-se que estudos regionais e nacionais sobre a peregrinação de parturientes continuem sendo realizados, no intuito de fortalecer as evidências científicas e ampliar as possibilidades de identificação das possíveis falhas na integração das redes de atenção materno-infantil do país.

Ressalta-se que é atribuição dos gestores de saúde prover para a população uma rede de assistência na área obstétrica e neonatal, que atenda de maneira não só qualificada, mas articulada em níveis hierárquicos. Portanto, é relevante o desenvolvimento de estudos que possam propiciar a análise da peregrinação de parturientes a fim de melhorar a compreensão sobre a sua ocorrência.

Referências

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org> (Acesso em 30 de maio de 2015).

ADAY, L.A., ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Serv. Res.**, Fall; 9(3): 208–220. 1974.

Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>

(Acesso em 10 de junho de 2015).

ALMEIDA W.S., SZWARCOWALD C.L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista Saúde Pública**, 46(1):68-76, 2012.

ALBUQUERQUE, V.N. de; OLIVEIRA, Q.M. de; RAFAEL, R.M.R.; TEIXEIRA, R.F.C. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. **Revista Pesquisa: Cuidados é Fundamental**. [online], 3(2):1935-46, abr/jun., 2011.

Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/659/pdf_397

(Acesso em 10 de junho de 2015).

ANDRADE, L. G.; AMORIM, M.M.R.; CUNHA, A.S.C.; LEITE, S.R.F.; VITAL, S.A. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. [online], vol.31, n.6, pp. 285-292, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n6/04.pdf>

(Acesso em 15 de junho de 2015)

ANDRADE, M.A.C., BARROS, S.M.M., MACIEL, N.P., SODRÉ, F., LIMA, R.C.D. Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, v.18, suppl.1, pp. 833-844, 2014.

ANDREUCCI C.B., CECATTI J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, 27(6):1053-1064, 2011.

BARBASTEFANO P.S., GIRIANELLI V.R., VARGENS O.M.C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 31(4):708-14, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35.ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. **Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5).

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Assistência ao Recém-nascido.** Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, 1994.

_____. Decreto no 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 9 jun., 1987.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Portaria consolidada da Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 27 jun. 2011, p. 109. Correção na portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, publicada no DOU de 1º jul. 2011, Seção 1, p. 61. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html (Acesso em 15 de junho de 2015).

_____. Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, 8 abr., 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm (Acesso em 15 de junho de 2015).

_____. Lei no 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm (Acesso em 10 de junho de 2015).

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009 – 2010.** Brasília, DF. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento** – Brasília: Ipea, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Gestaçã de Alto Risco.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília – DF. 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento** – Brasília: Ipea, 2014.

BRITO, P.P.; SOUZA, L.M. Fatores relacionados aos principais agravos perinatais evitáveis em um hospital público do Distrito Federal. **Tempus, Actas de saúde colet.**, Brasília, 8(4), 239-255, dez., 2014.

CABRITA, B.A.C.; ABRAHÃO, A.L.; ROSA, A.P., ROSA, F.S.F. A busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação integralidade em saúde. **Ciências Cuidado e Saúde**, 14(2):1139-1148, Abr/Jun., 2015.

CARVACHO, I.E.; MELLO, M.B.; MORAIS, S.S., SILVA, J.L.P. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, pp. 886-894., 2008.

CARVALHO, D.S. de; NOVAES, H.M.D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Caderno de Saúde Pública** [online], vol.20, suppl.2, pp. S220-S230, 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/17.pdf>
(Acesso em 15 de setembro de 2015).

CASTRO, M.S.M.; TRAVASSOS, C., CARVALHO, M.S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, vol.39, n.2, pp. 277-284, 2005.

COSTA, A.M., GUILHEM, D., WALTER, M.I.M.T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol.39, n.5, pp. 768-774, 2005.

COSTA, G.D., COTTA, R.M.M, REIS, J.R., SIQUEIRA-BATISTA, R., GOMES, A.P., FRANCESCHINI, S.C.C. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.14, suppl.1, pp. 1347-1357, 2009.

COUTO, R.A. Roteiro para atuação ministerial: atenção perinatal. 2012.

Disponível em

http://www.mpba.mp.br/atuacao/saude/acoesinterativas/roteiro_de_atuacao_atencao_perinatal_2012.pdf

(Acesso em 05 de junho de 2015).

CUNHA S.F., D'EÇA JÚNIOR A., RIOS C.T.F., PESTANA A.L., MOCHEL E.G., PAIVA S.S. Peregrinação no anteparto em São Luis – Maranhão. **Cogitare Enfermagem**, 15(3):441-7, 2010.

DIAS, M.A.B., DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Caderno de Saúde Pública**, vol.22, n.12, pp. 2647-2655, 2006.

DINIZ, C.S.G., d'ORSI, E., DOMINGUES, R.M.S.M., TORRES, J.A., DIAS, M.A.B, SCHNECK, C.A., LANSKY, S., TEIXEIRA, N.Z.F., RANCE, S., SANDALL, J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o

parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol.30, suppl.1, pp. S140-S153, 2014.

DINIZ, S.G., CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, I(1):80-91, 2006.

DONABEDIAN A. Aspects of medical care administration. **Boston: Harvard University Press**, 1973.

FONSECA, S.C., MONTEIRO, D.S.A., PEREIRA, C.M.S.C., SCORALICK, A.C.D., JORGE, M.G., ROZARIO, S. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(7):1991-1998, 2014.

FRANÇA, E; LANSKY, S. Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas. Texto elaborado por solicitação da RIPSA para o Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde, 2008 (Textos de Apoio, Texto 3).

Disponível em

http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf

(Acesso em 10 de julho de 2015).

FRENK J. Conceptand measurement of accessibility. **Salud Publica Mex.**, 27:438-53, 1985.

FERREIRA A.S. Competências gerencias para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.9, n.1, pp. 69-76, 2004.

FERREIRA, R.V.F. **Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil**. 82 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

FRANCISQUINI, A.R.; HIGARASHI, I.H.; SERAFIM, D.; BERCINI, L.O. Orientações recebidas durante a gestação, parto e Pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciência Cuidado e Saúde**, 9(4):743-751, Out/Dez., 2010.

GOLDMAN R.E. Compreendendo o Acesso às Maternidades no Município de São Paulo: os dilemas da saúde coletiva no parto. **Saúde Coletiva**, 01(2):24-28, 2004.

GOTTEMS, L.B.D., MORAIS, T.C.P., GONÇALVES, A.C., RIBEIRO, D., SILVA, C.R., RODRIGUES, D.S., PIRES, M.R.G.M., CARVALHO, E.M.P. Acesso à rede de atenção a gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v.6, n.1, 2015.

Disponível em

<http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1141>

(Acesso em 10 de junho de 2015).

HART, J.T. The Inverse Care Law. **Lancet**, v.297, n.7696, Feb.27.,1971.

HOTIMSKY, S.N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S.I.; BOGUS, C.M.; MIRANDA, M.M. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Caderno de Saúde Pública** [online], vol.18, n.5, pp. 1303-1311, 2002.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>

(Acesso em: 17 de outubro de 2015).

ITURRI, J.A. Acesso e integralidade da Atenção. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.8, n.1, 2014.

Disponível em:

<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1457/1301>

(Acesso em 10 de junho de 2015).

LANSKY S, FRICHE A.A.L., SILVA A.A.M., BITTENCOURT S.D.A., CARVALHO M.L., FRIAS P.G., CAVALCANTE R.S., CUNHA A.J.A.C. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, 30 (Supl.): S192-207, 2014.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4. 2010.

Disponível em <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/846/809>

(Acesso em 10 de junho de 2015).

LANSKY, S., FRANÇA, E., LEAL, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, 36(6):759-72 759, 2002a.

LANSKY, S., FRANÇA, E., LEAL, M.C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(5): 1389-1400, set-out., 2002b.

LEAL M.C., SILVA A. A. M., DIAS M. A. B., GAMA S. G. N., RATTNER D., MOREIRA M. E., THEME FILHA M. M., DOMINGUES R. M. S. M., PEREIRA A. P. E., TORRES J. A., BITTENCOURT S. D. A., D'orsi E., CUNHA A.JLA, LEITE A. J. M., CAVALCANTE R.J., LANSKY S., DINIZ C.S.G., SZWARCOWALD C.L. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprodução Health**. 9:15, 2012.

Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15>

(Acesso em 20 de maio de 2015).

LEAL, M.C., THEME-FILHA, M.M., MOURA E.C., CECATTI J.G., SANTOS L.M.P. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 15 (1): 91-104 jan. / mar., 2015.

LIMA, S., CARVALHO, M.L., VASCONCELOS, A.G.G. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. **Caderno de Saúde Pública**, vol.24, n.8, pp. 1910-1916, 2008.

MARTINELLI, K.G., SANTOS NETO, E. T., GAMA, S.G.N., OLIVEIRA, A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do

Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.36, n.2, pp. 56-64, 2014.

MELO, E.C.P., KNUPP, V.M.A.O.; OLIVEIRA, R.B., TONINI, T. A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. **Revista Escola Enfermagem USP**, 41(Esp):804-9, 2007.

MENEZES D.C., LEITE I.C., SCHRAMM JMA, LEAL M.C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Caderno de Saúde Pública**, 22(3):553-9, 2006.

MONTESCHIO, L.V.C.; SGOBERO, J.K.G.S.; MARCON, S.S., MATHIAS, T.A.F. Acesso de parturientes para a assistência ao parto em hospitais universitários: caracterização e fatores associados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol.35, n.1, pp. 22-30, 2014.

NASCIMENTO R.M., LEITE A.J., ALMEIDA N.M., ALMEIDA P.C., SILVA C.F. Determinants of neonatal mortality: a case-control study in Fortaleza, Ceará State, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, 28:559-72; 2012.

NOBRE, J.L.L., FIGUEREDO, M.B. Maternidade na adolescência: alguns fatores de risco para a mortalidade fetal e infantil em uma maternidade pública de São Luís, Maranhão. **Revista Pesquisa em Saúde**, 11(2): 39-43, maio-ago., 2010.

OLINTO M.T.A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Revista Brasileira Epidemiológica**, 1:161-9; 1998.

OLIVEIRA, E.F.V. de; GAMA, S.G.N. da; SILVA, C.M.F.P.da. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** [online], vol.26, n.3, pp. 567-578, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/14.pdf> (Acesso em 25 de outubro de 2015).

PATAH, L.E.M.; MALIK, A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública** [online], vol.45, n.1, pp. 185-194, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1759.pdf> (Acesso em 25 de outubro de 2015).

PERDOMINI, F.R.I., BONILHA, A.L.L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto – Enfermagem**, vol.20, n.3, pp. 445-452, 2011.

PEREIRA, S.V.M.; BACHION, M.M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 58(6):659-64, nov-dez., 2005.

PINEAULT R, DAVELUY C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In: Pineault R, Daveluy C, editors. La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies. Montréal: **Agence d'Arc**, p. 191-202, 1986.

PINHEIRO, H.D.M. **Do Domicílio ao Parto**: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do RECIFE – PE. 80 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

Disponível em

<http://repositorio.ufpe.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/12956/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20H%C3%A9rika%20Dantas%20Modesto%20Pinheiro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(Acesso em 08 de junho de 2015).

Programa Mãe Curitibana. Disponível em:

<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana>.

(Acesso em 02 de dezembro de 2015).

Programa Mãe Coruja Pernambucana. Disponível em:

<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/programa-mae-coruja-pernambucana>. Acesso em 02 de dezembro de 2015.

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

Disponível em <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1460>
(Acesso em 10 de junho de 2015).

RODRIGUES, Q.P.; DOMINGUES, P.M.L.; NASCIMENTO, E.R. Perfil Sociodemográfico de Puérperas Usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro. abr/jun; 19(2):242-8, 2011.

SANCHEZ R.M., CICONELLI R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 31(3):260–8, 2012.

SANTOS, S.R, CUNHA A.J.LA., GAMBA, C.M., MACHADO, F.G., LEAL FILHO, J.M.M., MOREIRA, N.L.M. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Revista Saúde Pública** [online], vol.34, n.3, pp. 266-271, 2000a.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2228.pdf>

(Acesso em 15 de junho de 2015).

SANTOS, I.S; BARONI, R.C.; MINOTTO, I.; KLUMB, A.G.. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública** [online]. vol.34, n.6, pp. 603-609, 2000b.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3574.pdf>

(Acesso em 15 de junho de 2015).

SANTOS NETO E.T., LEAL M.C., OLIVEIRA A.E., ZENDONADE E., GAMA S.G.N. Concordância entre informações do cartão da gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Caderno de Saúde Pública**. 28:256-66, 2012.

SANTOS, J. Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social. *In: Il Jornada Internacional de Políticas Públicas*, Universidade Federal do Maranhão, São Luís – MA, 23 a 26 de agosto 2005.

Disponível em:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Joselito_Santos236.pdf

(Acesso em 10 de junho de 2015).

SERRUYA S.J.; LAGO T.G.; CECATTI J.G.. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 26 (7): 517-25, 2004.

SILVA, Z.P, ALMEIDA M.F., ORTIZ, L.P., ALENCAR, G.P., ALENCAR A.P., SCHOEPS, D., MINUCI E.G., NOVAES, H.M.D. Morte neonatal precoce segundo complexidade hospitalar e rede SUS e não-SUS na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol.26, n.1, pp. 123-134, 2010.

SILVA, A.L.S.; ALMEIDA, L.C.G. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. **Revista Atualiza Saúde**, Salvador, v. 2, n. 2, jul./dez. 2015.

SOMBRIO SN, SIMÕES PW, MEDEIROS LR, SILVA FR, SILVA BR, ROSA MI, FARIAS BF. Razão de mortalidade materna na região sul do Brasil no período de 1996 a 2005. **Arquivos Catarinense de Medicina**, 40(3):56-62. 2011.

SOUSA, D.M.N.; MENDES, I.C.; OLIVEIRA, E.T.; CHAGAS, **A.C.M.A.**; CATUNDA, H.L.O.; ORIÁ, M.O.B. Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 22(4):500-6, jul/ago., 2014.

SOUZA, D.O.; SILVA, A.W.R., COSTA, T.J.G., ROZENDO, C.A. A Trajetória da parturiente em busca de um lugar para parir em Maceió, Brasil. **Revista de Enfermagem UFPE**, 5(3):561-68, maio., 2011.

TANAKA A.C.A. **Maternidade dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec; 1995. 107p.

THIEDE M, MCINTYRE D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Caderno de Saúde Pública**, 24(5):1168–73, 2008.

TRAVASSOS C. Fórum: equidade no acesso aos serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 24(5):1159–61, 2008.

TRAVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, suppl.2, pp. S190-S198. 2004.

TRAVASSOS, C., OLIVEIRA, E.X.G., VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, pp. 975-986, 2006.

TEDESCO RP, PARPINELLI MA, AMARAL E, SURITA FGC, CECATTI JG. Hipertensão arterial crônica na gestação: consenso e controvérsias. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, 13:161-71, 2004.

UNGLERT, C.V.S.; ROSENBURG, C.P., JUNQUEIRA, C.B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v.21, n.5, pp. 439-446, 1987.

UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 24(6):445-52, 1990.

VASCONCELLOS M.T.L., SILVA P.L.N., PEREIRA A.P.E., SCHIL-ITZH A.O.C., SOUZA JUNIOR P.R.B., SZWARCOWALD C.L. Desenho de amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Caderno de Saúde Pública** [online], 30 Supl: S49-58, 2014.
Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0049.pdf> (Acesso em 15 de maio de 2015).

VETTORE, M. V., DIAS, M., DOMINGUES, R..M.S.M., VETTORE, M.V., LEAL, M.C. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** [online]. vol.27, n.5, pp. 1021-1034, 2011.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/19.pdf> (Acesso em 15 de outubro de 2015).

VIACAVA, F., UGÁ, M.A.D, PORTO, S., LAGUARDIA, J., MOREIRA, R.S. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.17, n.4, pp. 921-934. 2012.

VIANA, A.L.D'ÁVILA; FAUSTO, M.C.R.; L.L.D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, 17(1) 2003.

VICTORA C.G., HUTTLY S.R., FUCHS S.C., OLINTO M.T.A. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal Epidemiology**, 26:224-7; 1997.

VICTORA C.G., AQUINO E.M., LEAL M.C., MONTEIRO C.A., BARROS F.C., SZWARCOWALD CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, 377(9780):1863-1876; 2011.

VIELLAS E.F., DOMINGUES R.M.S.M., DIAS M.A.B., GAMA S.G.N., THEME-FILHA M.M., COSTA J.V., BASTOS M.H., LEAL M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 30 (Supl.): S85-S100, 2014.

XIMENES NETO, F.R.G., LEITE, J.L., FULLY, P.S.C., CUNHA, I.C.K.O, CLEMENTE, A.S, DIAS, M.S.A., PONTES, M.A.C. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.61, n.5, pp. 595-602. 2008.

APÊNDICE A

DADOS COMPLEMENTARES DA ANÁLISE HIERARQUIZADA**Bloco I – Nível distal**

Regressão logística múltipla hierarquizada da peregrinação de parturientes por todas as variáveis independentes distais que estavam associadas ($p \leq 0,20$) na análise bivariada.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,8	0,7	2,63 – 5,43	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,61	0,35	1,04 – 2,48	0,031
Idade materna (Referência: 35 anos ou mais)				
12 a 19 anos	1,14	0,19	0,81 – 1,60	0,446*
20 a 34 anos	1,03	0,14	0,77 – 1,37	0,824*
Cor da pele (Referência: Branca)				
Outras	0,9	0,08	0,75 – 1,09	0,304*
Escolaridade materna (Referência: Superior completo)				
EF incompleto	1,2	0,32	0,69 – 2,06	0,524*
EF completo	1,3	0,32	0,78 – 2,12	0,304*
EM completo	1,2	0,27	0,78 – 1,9	0,371*
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,75	0,24	1,34 – 2,3	<0,001
Classe C	1,41	0,14	1,16 – 1,7	0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,13	0,09	0,95 – 1,33	0,138*
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,5	0,21	1,12 – 1,99	0,006
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,4	0,82	3,03 – 6,38	<0,001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: *as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável idade materna foi excluída do modelo.

Bloco I – Nível distal

Regressão logística múltipla hierarquizada da peregrinação de parturientes por todas as variáveis independentes distais que estavam associadas ($p \leq 0,10$).

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,8	0,7	2,64 – 5,44	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,6	0,35	1,04 – 2,48	0,033
Cor da pele (Referência: Branca)				
Outras	0,9	0,08	0,75 – 1,09	0,316*
Escolaridade materna (Referência: Superior completo)				
EF incompleto	1,2	0,33	0,71 – 2,08	0,462*
EF completo	1,3	0,32	0,81 – 2,16	0,247*
EM completo	1,2	0,27	0,8 – 1,9	0,345*
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,75	0,24	1,34 – 2,3	<0,001
Classe C	1,42	0,14	1,16 – 1,7	0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,14	0,09	0,96 – 1,35	0,109*
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,5	0,21	1,14 – 1,99	0,004
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,4	0,83	3,06 – 6,42	<0,001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: EF- ensino Fundamental / EM - ensino médio.

*as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável cor da pele foi excluída do modelo.

Bloco I – Nível distal

Regressão logística múltipla hierarquizada da peregrinação de parturientes por todas as variáveis independentes distais que estavam associadas ($p \leq 0,10$).

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,6	0,64	2,58 – 5,18	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,6	0,35	1,03 – 2,47	0,034
Escolaridade materna (Referência: Superior completo)				
EF incompleto	1,2	0,32	0,71 – 2,05	0,489*
EF completo	1,31	0,32	0,81 – 2,14	0,263*
EM completo	1,22	0,27	0,8 – 1,9	0,366*
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,74	0,24	1,32 – 2,3	<0,001
Classe C	1,41	0,14	1,15 – 1,7	0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,14	0,09	0,97 – 1,35	0,106*
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,5	0,2	1,14 – 1,97	0,004
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,4	0,81	3,03 – 6,34	<0,001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil (2011 – 2012).

Nota: *as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável escolaridade materna foi excluída do modelo.

Bloco I – Nível distal (Página: 95).**Tabela 13:** MODELO FINAL do Bloco I – variáveis do nível distal que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,6	0,62	2,56 – 5,1	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,6	0,35	1,02 – 2,47	0,037
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,22	1,43 – 2,3	<0,001
Classe C	1,5	0,15	1,22 – 1,8	<0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,17	0,1	0,98 – 1,39	0,071
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,5	0,2	1,14 – 1,97	0,004
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,4	0,98	2,8 – 6,83	<0,001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Bloco II – Nível intermediário I (Página: 96).**Tabela 14:** MODELO FINAL do Bloco II – variáveis do nível intermediário I que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Características maternas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Desfechos prévios de risco				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,8	0,85	3,36 - 6,83	<0,001
Natimorto anterior (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,3	0,95 - 2,24	0,078
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,8	0,33	1,30 - 2,64	0,001
1 cesárea	1,4	0,25	1,01 - 2,04	0,042
Gravidez de alto risco (Referência: Não)				
Sim	1,25	0,14	0,99 - 1,58	0,055

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: Regressão logística múltipla hierarquizada da peregrinação de parturientes por todas as variáveis independentes do nível intermediário I que estavam associadas ($p \leq 0,20$) na análise bivariada e que permaneceram no modelo por apresentarem $p \leq 0,10$.

Bloco I e Bloco II – nível intermediário I

Regressão logística hierarquizada das variáveis do modelo final do Bloco I nível distal e variáveis do modelo final do Bloco II nível intermediário I.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Bloco I – Nível distal				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,6	0,64	2,56 – 5,1	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,5	0,33	1 – 2,38	0,046
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,22	1,43 – 2,3	<0,001
Classe C	1,5	0,15	1,22 – 1,8	<0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,1	0,1	0,99– 1,41	0,057
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,4	0,2	1,12 – 1,93	0,005
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,3	0,94	2,8 – 6,9	<0,001
Bloco II – Nível intermediário I				
Natimorto anterior (Referência: Não)				
Sim	1,31	0,28	0,85 – 2,02	0,215*
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,64	0,3	1,38 – 2,38	0,008
1 cesárea	1,65	0,3	1,14 – 2,37	0,007
Gravidez de alto risco (Referência: Não)				
Sim	1,22	0,1	0,98 – 1,54	0,073

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil (2011 – 2012).

Nota: *as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável natimorto anterior foi excluída do modelo.

Bloco I e Bloco II - Nível intermediário I - (Página: 98).**Tabela 15: MODELO I** - Variáveis finais do Bloco I nível distal e variáveis finais do Bloco II nível intermediário I que após a regressão logística hierarquizada estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Bloco I – Nível distal				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,6	0,64	2,59 – 5,1	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,5	0,33	1 – 2,39	0,045
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,22	1,45 – 2,3	<0,001
Classe C	1,5	0,15	1,23 – 1,8	<0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,1	0,1	0,99– 1,4	0,060
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,4	0,2	1,11 – 1,92	0,006
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,3	0,94	2,8 – 6,9	<0,001
Bloco II – Nível intermediário I				
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,6	0,3	1,08 – 2,36	0,017
1 cesárea	1,65	0,3	1,11 – 2,36	0,012
Gravidez de alto risco (Referência: Não)				
Sim	1,22	0,1	0,98 – 1,54	0,075

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Bloco II – Nível intermediário II

Regressão logística múltipla hierarquizada da peregrinação de parturientes por todas as variáveis independentes intermediárias II que estavam associadas ($p \leq 0,20$) na análise bivariada.

Características da assistência pré-natal	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,9	0,83	2,62 - 6,02	<0,001
Pré-natal (Referência: Privado)				
Público	2,75	0,45	1,98 - 3,8	<0,001
Não fez pré-natal	3,72	1,04	2,13 - 6,4	<0,001
Orientação sobre trabalho de parto (Referência: Sim)				
Não	1,08	0,08	0,93 - 1,25	0,261**
Não fez pré-natal*	1			
Orientação sobre sinais de risco na gravidez (Referência: Sim)				
Não	0,98	0,1	0,83 - 1,16	0,885**
Não fez pré-natal*	1			
Orientação sobre qual hospital procurar (Referência: Sim)				
Não	1,1	0,13	0,9 - 1,45	0,261**
Profissional que fez o pré-natal (Referência – Médico)				
Enfermagem	1,19	0,21	0,83 - 1,7	0,322**
Outros	2,26	1,5	0,6 - 8,62	0,229**
Não fez pré-natal*	1			

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil (2011 – 2012).

Nota: * para variáveis colineares foi utilizada a avaliação pelo fator de inflação da variância, e aquela com o menor valor de p foi selecionada.

**as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável orientação sobre trabalho de parto foi excluída do modelo.

Bloco II – Nível intermediário II

Regressão logística múltipla hierarquizada da peregrinação de parturientes por todas as variáveis independentes intermediárias II que estavam associadas ($p \leq 0,10$).

Características da assistência pré-natal	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,9	0,83	2,64 - 6,05	<0,001
Pré-natal (Referência: Privado)				
Público	2,79	0,46	2,01 - 3,8	<0,001
Não fez pré-natal	3,67	1	2,13 - 6,3	<0,001
Orientação sobre sinais de risco na gravidez (Referência: Sim)				
Não	1,03	0,08	0,88 - 1,21	0,636**
Não fez pré-natal*	1			
Orientação sobre qual hospital procurar (Referência: Sim)				
Não	1,1	0,13	0,9 - 1,44	0,278**
Profissional que fez o pré-natal (Referência – Médico)				
Enfermagem	1,19	0,21	0,83 - 1,7	0,330**
Outros	2,26	1,5	0,6 - 8,53	0,230**
Não fez pré-natal*	1			

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil (2011 – 2012).

Nota: * para variáveis colineares foi utilizada a avaliação pelo fator de inflação da variância, e aquela com o menor valor de p foi selecionada.

**as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável orientação sobre sinais de risco na gravidez foi excluída do modelo.

Bloco II – Nível intermediário II

Regressão logística múltipla hierarquizada da peregrinação de parturientes por todas as variáveis independentes intermediárias II que estavam associadas ($p \leq 0,10$).

Características da assistência pré-natal	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,9	0,84	2,63 - 6,05	<0,001
Pré-natal (Referência: Privado)				
Público	2,76	0,45	1,99 - 3,82	<0,001
Não fez pré-natal	3,59	0,98	2,08 - 6,19	<0,001
Orientação sobre qual hospital procurar (Referência: Sim)				
Não	1,1	0,13	0,9 - 1,45	0,252**
Profissional que fez o pré-natal (Referência – Médico)				
Enfermagem	1,21	0,21	0,84 - 1,7	0,228**
Outros	2,24	1,5	0,58 - 8,56	0,234**
Não fez pré-natal*	1			

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil (2011 – 2012).

Nota: * para variáveis colineares foi utilizada a avaliação pelo fator de inflação da variância, e aquela com o menor valor de p foi selecionada.

**as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável orientação sobre qual hospital procurar foi excluída do modelo.

Bloco II – Nível intermediário II

Regressão logística múltipla hierarquizada da peregrinação de parturientes por todas as variáveis independentes intermediárias II que estavam associadas ($p \leq 0,10$).

Características da assistência pré-natal	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4	0,85	2,65 - 6,1	<0,001
Pré-natal (Referência: Privado)				
Público	2,82	0,48	2 - 3,9	<0,001
Não fez pré-natal	3,74	1,07	2,1 - 6,6	<0,001
Profissional que fez o pré-natal (Referência – Médico)				
Enfermagem	1,2	0,21	0,86 - 1,7	0,260**
Outros	2,26	1,5	0,57 - 8,9	0,239**
Não fez pré-natal*	1			

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascir no Brasil (2011 – 2012).

Nota: * para variáveis colineares foi utilizada a avaliação pelo fator de inflação da variância, e aquela com o menor valor de p foi selecionada.

**as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável profissional que fez o pré-natal foi excluída do modelo.

Bloco II – Nível intermediário II (Página: 99).

Tabela 16: MODELO FINAL do Bloco II – variáveis do nível intermediário II que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Características da assistência pré-natal	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,4	0,78	3,12 - 6,28	<0,001
Pré-natal (Referência: Privado)				
Público	2,82	0,41	2,43 - 4,07	<0,001
Não fez pré-natal	3,74	1,05	2,07 - 6,47	<0,001

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascir no Brasil (2011 – 2012).

Bloco I e Bloco II

Regressão logística hierarquizada das variáveis finais do Bloco II – intermediárias II com variáveis do MODELO I

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Bloco I – Nível distal				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,6	0,64	2,59 – 5,2	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,5	0,33	1 – 2,37	0,045
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,7	0,2	1,4 – 2,24	<0,001
Classe C	1,4	0,14	1,19 – 1,76	<0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,1	0,1	0,97 – 1,38	0,085
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,4	0,2	1,12 – 1,93	0,006
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	3,9	0,87	2,5 – 6,1	<0,001
Bloco II – Nível intermediário I				
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,6	0,3	1,08 – 2,36	0,017
1 cesárea	1,6	0,3	1,12 – 2,36	0,011
Gravidez de alto risco (Referência: Não)				
Sim	1,2	0,1	0,98 – 1,54	0,076
Bloco II – Nível intermediário II				
Pré-natal (Referência: Privado)				
Público	1,1	0,1	0,92 – 1,4	0,223*
Não fez pré-natal	1,2	0,3	0,75 – 2,2	0,347*

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: *as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável pré-natal foi excluída do modelo.

Obs.: Não permaneceram no modelo variáveis do Bloco II nível intermediário II.

Bloco I e Bloco II (página: 101).**Tabela 17: MODELO II -** Variáveis do MODELO I (Bloco I nível distal e variáveis do Bloco II nível intermediário I) e nível intermediário II que após a regressão logística hierarquizada estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			Valor-p
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	
Bloco I – Nível distal				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,6	0,64	2,59 – 5,2	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,5	0,33	1 – 2,4	0,045
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,2	1,45 – 2,33	<0,001
Classe C	1,5	0,14	1,23 – 1,81	<0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,1	0,1	1 – 1,4	0,060
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,5	0,2	1,11 – 1,92	0,006
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,3	0,9	2,8 – 6,6	<0,001
Bloco II – Nível intermediário I				
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,6	0,3	1,08 – 2,36	0,017
1 cesárea	1,6	0,3	1,12 – 2,36	0,012
Gravidez de alto risco (Referência: Não)				
Sim	1,2	0,1	0,98 – 1,54	0,075

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: Após ajustes entre as variáveis, não permaneceu no modelo variáveis do nível intermediário II.

Bloco III – Nível proximal

Regressão logística múltipla hierarquizada da peregrinação de parturientes por todas as variáveis independentes proximais que estavam associadas ($p \leq 0,20$) na análise bivariada.

Variáveis Independentes	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,8	0,85	3,41 – 6,87	<0,001
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	1,7	0,31	1,17 – 2,44	0,005
Amniorrexe Prematura (Referência: Não)				
Sim	1,6	0,16	1,31 – 1,97	<0,001
Sufrimento fetal (Referência: Não)				
Sim	0,6	0,11	0,49 – 0,94	0,020
Descolamento prematuro da placenta (Referência: Não)				
Sim	1,2	0,35	0,74 – 2,2	0,366*
Hemorragia Vaginal (Referência: Não)				
Sim	3,1	1,3	1,4 – 7,3	0,006
Síndrome Hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,37	0,25	0,95 – 1,98	0,087
Idade gestacional no parto (Referência: a termo)				
Prematuro	1,3	0,28	0,83 – 2,01	0,240*
Acompanhante na internação (Referência: Não)				
Sim	0,8	0,11	0,6 – 1,07	0,158*

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: *as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável descolamento prematuro da placenta foi excluída do modelo.

Bloco III – Nível proximal

Regressão logística múltipla hierarquizada da peregrinação de parturientes por todas as variáveis independentes proximais que estavam associadas ($p \leq 0,10$).

Variáveis Independentes	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,8	0,85	3,41 – 6,85	<0,001
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	1,7	0,31	1,17 – 2,45	0,005
Amniorrexe Prematura (Referência: Não)				
Sim	1,6	0,16	1,31 – 1,97	<0,001
Sufrimento fetal (Referência: Não)				
Sim	0,6	0,11	0,49 – 0,95	0,026
Hemorragia Vaginal (Referência: Não)				
Sim	3,2	1,3	1,4 – 7,4	0,005
Síndrome Hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,37	0,25	0,95 – 1,98	0,088
Idade gestacional no parto (Referência: a termo)				
Prematuro	1,3	0,29	0,84 – 2,03	0,232*
Acompanhante na internação (Referência: Não)				
Sim	0,8	0,11	0,6 – 1,07	0,159*

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil (2011 – 2012).

Nota: *as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável idade gestacional no parto foi excluída do modelo.

Bloco III – Nível proximal

Regressão logística múltipla hierarquizada da peregrinação de parturientes por todas as variáveis independentes proximais que estavam associadas ($p \leq 0,10$).

Variáveis Independentes	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,8	0,85	3,42 – 6,87	<0,001
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	2,2	0,37	1,58 – 3,08	<0,001
Amniorrexe Prematura (Referência: Não)				
Sim	1,6	0,17	1,33 – 2,01	<0,001
Sofrimento fetal (Referência: Não)				
Sim	0,7	0,12	0,52 – 1,01	0,057
Hemorragia Vaginal (Referência: Não)				
Sim	3,6	1,5	1,5 – 8,3	0,003
Síndrome Hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,27	1 – 2,09	0,061
Acompanhante na internação (Referência: Não)				
Sim	0,8	0,11	0,6 – 1,07	0,143*

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: *as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável acompanhante na internação foi excluída do modelo.

Bloco III – Nível proximal (Página: 102).**Tabela 18:** MODELO FINAL do Bloco III – variáveis do nível proximal que estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Variáveis Independentes	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	4,8	0,85	3,41 – 6,88	<0,001
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	2,2	0,38	1,62 – 3,16	<0,001
Amniorrexe Prematura (Referência: Não)				
Sim	1,6	0,17	1,33 – 2,02	<0,001
Sufrimento fetal (Referência: Não)				
Sim	0,7	0,12	0,52 – 1	0,053
Hemorragia Vaginal (Referência: Não)				
Sim	3,6	1,5	1,5 – 8,3	0,003
Síndrome Hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,27	0,97 – 2,06	0,067

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

BLOCO I, BLOCO II e BLOCO III

Regressão logística hierarquizada das variáveis do MODELO I e MODELO II com variáveis finais do Bloco III nível proximal.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Bloco I – Nível distal				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,7	0,64	2,62 – 5,2	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,5	0,31	0,95 – 2,23	0,080
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,2	1,43 – 2,34	<0,001
Classe C	1,5	0,15	1,21 – 1,82	<0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,2	0,1	1 – 1,41	0,048
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,4	0,2	1,1 – 1,9	0,007
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,2	0,9	2,7– 6,4	<0,001
Bloco II – Nível intermediário I				
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,6	0,3	1,08 – 2,25	0,018
1 cesárea	1,6	0,3	1,13 – 2,34	0,008
Gravidez de alto risco (Referência: Não)				
Sim	1,1	0,1	0,87 – 1,3	0,555*
Bloco III – Nível proximal				
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	1,9	0,4	1,31 – 2,87	0,001
Amniorrexe Prematura (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,15	1,17 – 1,8	0,001
Sofrimento fetal (Referência: Não)				
Sim	0,8	0,15	0,55 – 1,15	0,234*
Hemorragia Vaginal (Referência: Não)				
Sim	4	1,85	1,61 – 9,9	0,003
Síndrome Hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,22	0,98 – 1,9	0,062

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: *as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável gravidez de alto risco foi excluída do modelo.

BLOCO I, BLOCO II e BLOCO III

Regressão logística hierarquizada das variáveis do Bloco III ajustadas para o MODELO I e MODELO II

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			Valor-p
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	
Bloco I – Nível distal				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,7	0,63	2,63 – 5,1	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,5	0,31	0,96 – 2,23	0,077
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,23	1,3 – 2,24	<0,001
Classe C	1,5	0,15	1,17 – 1,78	<0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,2	0,1	0,98 – 1,39	0,048
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,4	0,2	1,1 – 1,9	0,007
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,2	0,9	2,4 – 5,9	<0,001
Bloco II – Nível intermediário I				
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,5	0,3	1,07 – 2,26	0,019
1 cesárea	1,6	0,3	1,14 – 2,33	0,009
Bloco III – Nível proximal				
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	2	0,4	1,38 – 2,89	0,001
Amniorrexe Prematura (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,15	1,18 – 1,8	<0,001
Sofrimento fetal (Referência: Não)				
Sim	0,82	0,15	0,55 – 1,16	0,279*
Hemorragia Vaginal (Referência: Não)				
Sim	4	1,8	2,36 – 11,9	0,003
Síndrome Hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,24	0,99 – 1,98	0,050

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil (2011 – 2012).

Nota: *as variáveis com $p > 0,10$ saíram gradativamente do modelo. A variável sofrimento fetal foi excluída do modelo.

BLOCO I, BLOCO II E BLOCO III (Página: 104).**Tabela 19:** MODELO III - Variáveis do Bloco III ajustadas para o MODELO I E MODELO II que após a regressão logística hierarquizada estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,10$ e que permaneceram no modelo.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Bloco I – Nível distal				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,6	0,63	2,61 – 5,1	<0,001
Localização do hospital (Referência: Interior)				
Capital	1,4	0,31	0,96 – 2,25	0,076*
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,2	1,4 – 2,34	<0,001
Classe C	1,4	0,15	1,21 – 1,82	<0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,2	0,1	1 – 1,41	0,048
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,4	0,2	1,1 – 1,9	0,007
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,2	0,9	2,7 – 6,4	<0,001
Bloco II – Nível intermediário I				
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,5	0,3	1,07 – 2,24	0,019
1 cesárea	1,6	0,3	1,13 – 2,32	0,009
Bloco III – Nível proximal				
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	2	0,39	1,32 – 2,9	0,001
Amniorrexe Prematura (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,15	1,19 – 1,8	<0,001
Hemorragia Vaginal (Referência: Não)				
Sim	4	1,8	1,6 – 10,1	0,003
Síndrome Hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,24	1 – 1,99	0,057

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascer no Brasil (2011 – 2012).

Nota: Foi considerado nível de significância $p \leq 0,05$ para a modelagem hierarquizada final.

BLOCO I, BLOCO II E BLOCO III (Página: 106).**Tabela 20:** MODELO FINAL – Variáveis que após regressão logística hierarquizada dos MODELOS I, II e III estavam associadas a peregrinação de parturientes com nível de significância $p \leq 0,05$.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Odds Ratio			
	OR	Erro Padrão	I.C. 95%	Valor-p
Bloco I – Nível distal				
Região (Referência: Sul)				
Nordeste	3,9	0,69	2,76 – 5,6	<0,001
Classificação econômica (Referência: Classe A e B)				
Classe D e E	1,8	0,2	1,33 – 2,22	<0,001
Classe C	1,4	0,15	1,19 – 1,8	<0,001
Trabalho Remunerado da mãe (Referência: Sim)				
Não	1,1	0,1	1 – 1,4	0,051
Chefe da família sendo a mãe (Referência: Sim)				
Não	1,4	0,2	1,7 – 1,82	0,013
Fonte de pagamento do parto (Referência: Privada)				
Pública	4,3	0,9	2,8 – 6,5	<0,001
Bloco II – Nível intermediário I				
Cesárea anterior (Referência: 2 cesáreas)				
Não	1,5	0,3	1,07 – 2,17	0,018
1 cesárea	1,6	0,3	1,13 – 2,3	0,008
Bloco III – Nível proximal				
Trabalho de parto prematuro (Referência: Não)				
Sim	2	0,37	1,52 – 3	<0,001
Amniorrexe Prematura (Referência: Não)				
Sim	1,5	0,16	1,22 – 1,9	<0,001
Hemorragia Vaginal (Referência: Não)				
Sim	4	1,8	1,6 – 10,1	0,004
Síndrome Hipertensiva (Referência: Não)				
Sim	1,4	0,28	1 – 1,99	0,038

Fonte: Dados obtidos da Pesquisa Nascido no Brasil (2011 – 2012).

APÊNDICE B

ARQUIVO	Capítulo de Livro Coletânea: “Promoção de Saúde na Adolescência e Concepções de Cuidado”
ORGANIZADORES	Raimunda Magalhães da Silva e Ana Maria Fontenelle Catrib
EDITORA	Universidade Estadual do Ceará
DATA DE ACEITE	05 de Dezembro de 2013
TITULO	Egressos de uma coorte prospectiva de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: o retrato de filhos de mães adolescentes
AUTORES	<p>Cintia Maria Torres Rocha Silva. Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Centro Universitário Christus – Unichristus.</p> <p>Álvaro Jorge Madeiro Leite. Médico pediatra. Doutor em Pediatria pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.</p> <p>Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida. Médica pediatra. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Docente da Escola de Saúde Pública do Ceará. Pesquisadora do Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa da Infância César Victora da Universidade Federal do Ceará.</p> <p>Cristiana Ferreira da Silva. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO). Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa da Infância César Victora da Universidade Federal do Ceará.</p>

**EGRESSOS DE UMA COORTE
PROSPECTIVA DE RECÉM-NASCIDOS
INTERNADOS EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:
O RETRATO DE FILHOS DE MÃES
ADOLESCENTES**

Cintia Maria Torres Rocha Silva
Álvaro Jorge Madeiro Leite
Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida
Keylla Marcia Menezes de Souza
Cristiana Ferreira da Silva

Introdução

A gravidez na adolescência se configura, atualmente, como um importante tema de investigações na área de saúde pública e foco de políticas públicas em todo o mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diversas ações para enfrentamento desse problema, citando-se como exemplo, dentre outras: Política em relação ao planejamento familiar incluindo adolescentes e jovens; Elaboração das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos e de Enfermidades na Assistência; Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas em parceria com o Ministério da Educação, UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e UNESCO, articulado com as secretarias estaduais e municipais; Produção de materiais educativos e cursos a distância para os profissionais de saúde e educação sobre sexualidade de adolescentes; Capacitação de profissionais de saúde e educação e jovens nas temáticas de saúde sexual e saúde reprodutiva. Em 2011, do total de 2.913.160 nascimentos vivos no país, 560.889 (19,3%) foram de crianças de mães de 10 a 19 anos; no Ceará e em Fortaleza ocorreram 128.592 e 48.901 nascimentos respectivamente, sendo 26.542 (20,6%) e 8.792 (18,0%) de filhos de mães adolescentes. Embora venha ocorrendo um decréscimo na proporção de gravidez em adolescentes no Brasil, no Ceará e em Fortaleza, esses percentuais ainda se mantêm elevados, conforme se evidencia na Tabela 1:

Tabela 1. Evolução do percentual de gestações em adolescentes no Brasil, Ceará e Fortaleza, 2000 e 2011.

	2000	2011	%de redução (2000 – 2011)
Brasil	23,4	19,3	- 17,5
Ceará	23,5	20,6	- 12,3
Fortaleza	21,8	18,0	- 17,4

Fontes: <http://tabnet.sms.fortaleza.ce.gov.br>
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

Os estudos acerca da repercussão da gravidez na adolescência sobre a saúde do binômio mãe-filho são controversos, havendo autores que consideram ser difícil atribuir os eventos adversos apenas a idade, tendo em vista que vários fatores associados a gravidez na adolescência são determinantes de risco como pobreza, baixo nível educacional, pré-natal de baixa qualidade (MIRANDA, 2000; CHEN *et al.*, 2007). Diversas pesquisas, entretanto, evidenciam associações significativas entre idade materna e complicações perinatais como eclampsia, hipertensão, infecções, partos cirúrgicos, lesões perineais, ruptura prematura das membranas, desproporção cefalo-pélvica, aborto, placenta previa, sofrimento fetal agudo, prematuridade, baixo peso e mortalidade neonatal precoce (GOLDANI *et al.*, 2000; RIBEIRO *et al.*, 2000; PAVLOVA-GREENFIELD, 2000; COSTA *et al.*, 2002; WAISSMAN, 2006; SANTOS *et al.*, 2008).

Nos últimos anos observou-se um avanço tecnológico na área da atenção neonatal associada a maior disponibilidade de unidades neonatais de médio e alto risco, possibilitando maiores taxas de sobrevivência de um grande número de recém-nascidos (BRASIL, 2012) que, entretanto, muitas vezes, passam a conviver com condições biológicas que os tornam mais vulneráveis a inúmeros agravos, ou ainda, com sequelas que podem limitar o seu potencial de desenvolvimento. São crianças que necessitarão de cuidados mais especializados e diferenciados (DUARTE, 2007; ARAUJO *et al.*, 2005). Para Fracolli e Ângelo (2006), Moreira e Goldani (2010), essas crianças são denominadas dependentes de tecnologia/fármacos, internacionalmente conhecidas como *Children With Special Healthcare Needs* (CABRAL *et al.*, 2004). Também, são consideradas de alto risco, pois apresentam condições de saúde que requerem cuidados contínuos, muitas vezes temporários ou

permanentes. O seguimento desse grupo tem sido recomendado na literatura, considerando seu início na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e tendo continuidade após a alta hospitalar em um ambulatório especializado, com avaliações sistemáticas do crescimento e desenvolvimento, prevenção de riscos e danos, entre outros aspectos (VIERA *et al.*, 2008). Em se tratando de mães adolescentes, a situação é mais complexa, pois necessitam desenvolver a capacidade para cuidar do filho frágil, dependente de cuidados especiais (FOLLE; GEIB, 2004).

Para isso, precisam de uma rede social de apoio, visto que nessa condição se encontram diante de uma série de restrições de oportunidades como educação de qualidade, trabalho e perspectivas futuras (SILVA *et al.*, 2009).

Na região Nordeste do Brasil, ainda são escassos os estudos sobre crianças egressas de UTIN, nascidas de mães adolescentes. Dessa forma, a presente pesquisa busca preencher essa lacuna ao ter por objetivo descrever aspectos relacionados a saúde (morbidade, hospitalização, acesso ao ambulatório de seguimento, óbito) de crianças filhas de mães adolescentes, egressas de UTIN, no município de Fortaleza, Ceará.

Metodologia

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A população foi constituída por todas as crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal pública ou conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que nasceram no município de Fortaleza, no período de 01 de julho a 31 de dezembro de 2007, correspondendo a 1.143 recém-nascidos; destes 221 faleceram e 924 receberam alta. Dos que receberam alta, 474 residiam em Fortaleza e 430 eram do interior do estado do Ceará.

Essas crianças fazem parte de um estudo de coorte de recém-nascidos acompanhados por todo o período de tempo em que estiveram hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal dos seguintes hospitais: Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Hospital Geral Cesar Cals (HGCC), Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Cura D'ARS, Hospital Angeline, Hospital Geral

Dr. Waldemar Al cantara e Hospital Infantil Albert Sabin. O referido estudo de coorte teve como título “Diagnostico da qualidade da atenção perinatal prestada em instituicoes de saude participantes da Rede Norte-Nordeste de Saude Perinatal” e foi conduzido por pesquisadores membros da Rede Norte-Nordeste de Saude Perinatal (RENOSPE).

A partir dos dados da coorte, os pesquisadores da RENOSPE elaboraram um projeto intitulado “Acessibilidade, Utilização e Qualidade da Atenção a Saúde Ofertada a Crianças Egressas de Cuidados Intensivos Neonatais no Município de Fortaleza-Ceara”, aprovado para financiamento no edital Universal MCT/CNPq N o 14/2009, e que teve por objetivo avaliar o acesso e a utilização da assistência a saúde de crianças egressas de unidades de terapia intensiva no município de Fortaleza, Ceará.

Foi feita a revisão do banco de dados da coorte para selecionar os egressos residentes em Fortaleza e identificar o endereço e telefone da família, e apos o contato telefônico, agendou-se a visita domiciliar. Com o intuito de minimizar a perda dos egressos, foram implementadas varias estratégias: revisão do banco do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do ano de 2007, para comparar os endereços com os do banco da RENOSPE; revisão dos prontuários eletrônicos das Unidades de Saude da Secretaria de Saude do Município de Fortaleza; visita aos ambulatórios de seguimento (follow-up) de recém-nascidos de alto risco existentes em Fortaleza.

Os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2010, por meio de uma entrevista com as mães ou responsáveis pela criança, realizada no domicilio por pesquisadoras de campo que utilizaram um formulário com as seguintes questões: variáveis socioeconômicas da família; características maternas; praticas de assistência apos a alta hospitalar da criança: acesso a serviços de seguimento na atenção básica e secundaria, consulta com profissionais especializados, uso de medicamentos; padrão de morbidade e intercorrências clinicas das crianças (hospitalizações) e óbito.

Foi considerada a idade da mãe quando ela teve a criança e por ocasião da data da visita domiciliar. Quanto as variáveis ter companheiro, escolaridade, ocupação remunerada, situação trabalhista e renda, foram analisadas considerando as respostas no momento da entrevista domiciliar.

As crianças foram classificadas como de alto risco (CARDOSO; FALCAO, 2004), e, portanto preenchiam os critérios para acompanhamento em ambulatório de follow-up, se apresentassem uma das seguintes condições: Asfixia perinatal grave (Apgar no 5o minuto inferior a 7); Infecções congênitas (rubéola, toxoplasmose, citomegalovirose, herpes, sífilis, doença de Chagas, parvovirose); Infecções adquiridas (sepse, meningite, osteomielite, enterocolite necrosante com ressecções); Cromossomopatias; Síndromes genéticas; Malformações graves; Hidropsia fetal imune e não imune; RN submetidos a exame sanguíneo transfusão; Filhos de mães diabéticas; RN de muito baixo peso ao nascer (peso de nascimento inferior a 1.500g).

Dos 474 egressos residentes em Fortaleza, foram localizados 207, desses 37 eram filhos de mães adolescentes (idade de 10 a 19 anos) e constituem o objeto de estudo do presente artigo.

Resultados e Discussão

A amostra foi constituída por 35 mães e 37 crianças (havendo dois partos gemelares). Quanto ao perfil sociodemográfico, a idade quando teve a criança variou de 13 a 19 anos. No momento da entrevista a maioria (77,1%) possuía companheiro, mas seis não conviviam com o pai da criança; as que se declararam pardas e pretas corresponderam a maior proporção da amostra (62,9%); verificou-se que 37,1% concluíram o ensino médio e apenas 45,7% exerciam ocupação remunerada, porem dessas somente 7 (43,7%) possuíam carteira assinada (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas das mães de crianças egressas de UTIN. Fortaleza, março de 2010 a junho de 2011.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Situação conjugal		
Com companheiro	27	77,1
Sem companheiro	8	22,9
Cor/raça		
Parda	19	54,3
Branca	11	31,4
Preta	3	8,6
Indígena	2	5,7
Escolaridade		
Analfabeta	2	5,7
Ensino fundamental incompleto	8	22,9
Ensino fundamental completo	4	11,4
Ensino médio incompleto	8	22,9
Ensino médio completo	13	37,1
Ocupação remunerada		
Sim	16	45,7
Não	19	54,3
Situação trabalhista (n=16)		
Trabalho informal sem carteira assinada	9	56,3
Trabalho formal com carteira assinada	7	43,7
Renda familiar (SM)		
< 1	2	5,7
1 - 2	20	57,1
2,1 - 3	9	25,7
>3	4	11,4
Benefícios sociais		
Bolsa família	13	37,1
Não	22	62,9

A situação conjugal apresentou-se como positiva, visto que a presença do companheiro contribui para minimizar a insegurança de cuidar sozinha da criança (SILVA *et al.*, 2009).

Identificou-se baixa escolaridade no momento da entrevista, pois 40,0% das mães tinham oito ou menos anos de estudo e 37,3% haviam concluído o ensino médio, quando o esperado era que apenas uma ainda estivesse cursando por ter 16 anos, o que talvez possa ser explicado pela gravidez precoce que as levou a abandonar a escola, conforme relatam autores como Menezes *et al.*, 2004; Barnett *et al.*, 2004; Kassar *et al.*, 2006. No entanto, para Dias e Teixeira (2010) a experiência de gestação na adolescência não é necessariamente um fator limitador das oportunidades de escolarização e da busca por um futuro melhor. Pantoja (2003), estudando adolescentes paraenses, observou que a maternidade adolescente fortaleceu a permanência na escola, uma vez que, na concepção dessas jovens, a escolaridade esteve associada as noções de mobilidade social e ao projeto de “ser alguém na vida”, possibilitando a oportunidade de oferecer uma vida melhor ao filho.

Observou-se que a maioria possuía renda familiar até 2 salários mínimos e mais da metade (54,3%) não exercia atividade remunerada, fatos que podem estar associadas a baixa escolaridade, que reduz as possibilidades de entrar no mercado de trabalho e representam um impacto negativo no seu potencial de ascensão econômica (PERSONA *et al.*, 2004; MICHELAZZO *et al.*, 2004; CHALEM *et al.*, 2007).

Quanto as variáveis obstétricas analisadas, verificou-se que a maioria (97,1%) fez pré-natal, porém 40,0% realizaram o número de consultas inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Predominaram os partos vaginais (60,0%) e 88,6% das crianças nasceram em hospitais públicos. Com relação ao planejamento da gestação, 11 mães (31,4%) desejaram engravidar, as outras planejavam a gravidez para outro momento ou não queriam engravidar, mas dessas apenas uma fez uso de abortivo (Tabela 3).

Tabela 3. Variáveis obstétricas das mães de crianças egressas de UTIN. Fortaleza, março de 2010 a junho de 2011.

Variáveis obstétricas	N	%
Pré-natal		
Sim	34	97,1
Não	1	2,9
Número de consultas		
<6	14	40,0
≥ 6	21	60,0
Tipo de parto		
Vaginal	21	60,0
Cesárea	14	40,0
Hospital de nascimento		
Público	31	88,6
Privado conveniado ao SUS	4	11,4
Gravidez desejada		
Sim, quis engravidar naquele momento	11	31,4
Queria ter engravidado em outro momento, mas ficou feliz	20	57,1
Não queria ter engravidado e ficou triste quando soube da gravidez	4	11,4

Um elevado percentual de adolescentes (40,0%) não realizou o número mínimo de seis consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, considerado com pré-natal adequado (BRASIL, 2000). Gama *et al.* (2001), Goldenberg *et al.* (2005) e Pinto *et al.* (2005) ressaltam que as adolescentes iniciam mais tardiamente o acompanhamento pré-natal e realizam um menor número de consultas. Estudos apontam que o acompanhamento pré-natal inadequado confere uma maior chance de ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer (Gama *et al.*, 2001; Simões *et al.*, 2003; Goldenberg *et al.*, 2005). Embora a presente pesquisa não permita mensurar o risco de parto prematuro nos casos de pré-natal inadequado, ressalta-se a proporção 46,7% de número de consultas inferior a seis entre os prematuros enquanto todos os não prematuros realizaram seis ou mais consultas, podendo-se atribuir o efeito de causalidade reversa.

Em relação ao desejo de engravidar na adolescência apenas 11,% referiram tristeza com a gravidez, chamando a atenção o fato de 31,4% terem desejado a gestação. Alguns estudos mostram que esse evento é muitas vezes almejado pelas

adolescentes, existindo diferentes vivências da maternidade e para algumas jovens e uma experiência de vida plena de significados positivos (SILVA *et al.* 2009; SANTOS; SCHOR, 2003).

Quanto ao perfil das 37 crianças filhas de mães adolescentes (dois partos gemelares), a faixa etária variou de 29 a 41 meses, sendo a maioria do sexo masculino (64,9%). Verificou-se elevado percentual (83,8%) de baixo peso ao nascer (<2500g) e de prematuridade (81,1%). Foram classificadas como alto risco 19 crianças (51,3%), que preenchiam os critérios para acompanhamento em ambulatório de *follow-up*. Dessas, apenas três (15,8%) nunca foram acompanhadas. Constatou-se elevada proporção de hospitalizações após a alta da UTIN, com predomínio das doenças respiratórias (57,7%) e cinco óbitos (13,5%), tendo como causa básica pneumonia (3 casos), meningite (1 caso) e parada respiratória (1 caso). No momento da visita domiciliar, segundo a opinião das mães, 22 crianças estavam saudáveis e 10 apresentavam problemas de saúde (Tabela 4).

Tabela 4. Perfil das crianças egressas de UTIN, filhas de mães adolescentes. Fortaleza, março de 2010 a junho de 2011.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	24	64,9
Feminino	13	35,1
Peso ao nascer (g)		
< 2500	31	83,8
≥2500	6	16,2
Prematuridade		
Sim	30	81,1
Não	7	18,9
Alto risco		
Sim	19	51,4
Não	18	48,6
Realizaram follow-up		
Foram acompanhadas, mas tiveram alta	20	54,1
Ainda em acompanhamento	5	13,5
Nunca foram acompanhadas	12	32,4
Situação da criança de alto risco no follow-up (n=19)		
Foram acompanhadas, mas tiveram alta	12	63,2
Ainda em acompanhamento	4	21,0
Nunca foram acompanhadas	3	15,8
Hospitalização após alta da UTIN		
Sim	26	70,3
Não	11	29,3
Óbito		
Sim	5	13,5
Não	32	86,5
Problemas de saúde atual (n=32)		
Saudáveis	22	68,8
Deficiência auditiva	4	12,5
Problema neurológico	1	3,1
Deficiência visual e motora	1	3,1
Deficiência visual e Problema neurológico	1	3,1
Deficiência motora e Problema neurológico	1	3,1
Problema cardíaco e neurológico	1	3,1
Problema neurológico	1	3,1

O elevado percentual de crianças com baixo peso ao nascer e prematuridade esta de acordo com os achados de Goldenberg *et al.* (2005) e Gama *et al.* (2002). As crianças classificadas como de alto de risco e que precisavam ser acompanhadas no ambulatório de *follow-up*, na sua maioria, tiveram acesso a esse serviço. Ressalta-se que o acompanhamento clinico nos primeiros anos de vida e

primordial para a detecção precoce de alterações no desenvolvimento e as intervenções necessárias em tempo oportuno, como também a identificação das necessidades da família e a orientação aos pais frente ao tratamento de seus filhos. (FERRAZ *et al.*, 2010).

Chamou a atenção o elevado percentual de hospitalizações após alta (70,3%), o percentual de internações entre os prematuros foi de 73,3% (22/30) e entre os não prematuros foi de 57,1% (4/7). As internações tiveram como principal causa as doenças do aparelho respiratório, resultados semelhantes aos descritos na literatura. A prematuridade por si só pode ser um fator de risco independente para a alteração da função pulmonar posterior. Essa alteração já em idade precoce estaria relacionada a alta morbimortalidade por doenças respiratórias nesta população durante o primeiro ano de vida (FRIEDRICH, 2005).

As crianças que faleceram eram todas prematuras e apresentavam história de hospitalizações anteriores por doenças respiratórias. Quanto a idade do óbito, duas faleceram no primeiro ano de vida e três antes de completar dois anos de idade.

Considerações Finais

O retrato de filhos de mães adolescentes egressos da coorte prospectiva de recém-nascidos internados em UTIN na cidade de Fortaleza trata-se de uma caracterização pioneira, cujos resultados revelam a necessidade de aprimorar o acesso ao acompanhamento em ambulatórios de seguimento, tendo em vista o alto percentual de crianças prematuras, de baixo peso ao nascer, elevados percentuais de problemas de saúde e a grande maioria com história de internação posterior.

E oportuno destacar a necessidade de investigações de base populacional, bem como de avaliação dos serviços de seguimento de recém-nascidos de alto risco, inclusive de mães adolescentes, para orientar as políticas públicas favorecendo o aumento da oferta desses serviços, a integralidade da assistência prestada, na perspectiva da ampliação do espectro de qualidade das linhas de cuidado ofertadas a díade mãe-filho.

Referências

- ARAUJO B. F. DE, TANAKA A. C. D. A, MADI J. M, ZATTI H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 5, n. 4, p. 463-469, 2005.
- BARNET B., ARROYO C., DEVOE M., DUGGAN A. K. Reduced school dropout rates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care. **Arch Pediatr Adolesc Med**. v. 8, p. 158-262, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana de Saúde. – 3a. ed. – Brasília: Ministério da Saude, p.228, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Assistência Pré-Natal**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. estar dependente de tecnologia: aspectos fundamentais para o cuidado de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 2, jun. 2013.
- CABRAL I. E. SILVA J. J, ZILLMANN D. O, MORAES J. R. M. M. RODRIGUES E.C. A criança egressa da terapia intensiva pediátrica na luta pela sobrevivência. **Rev Bras Enferm**, v. 57,n. 1, p. 9-35 Jan-Fev. 2004.
- CARDOSO, L. E. B., FALCAO, M. C. Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN) / organizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. In: **Seguimento Ambulatorial do Recém nascido de Risco**. Porto Alegre: Ed.Artmed/Panamericana, p. 201, 2004.
- CHALEM, E. *et. al.* Gravidez na adolescência: perfil socio-demografico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, jan. 2007.
- CHEN, X. K., WEN, S. W., FLEMING, N., DEMISSIE, K., RHOADS, G. G., WALKER, M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int. J. Epidemiol.*, v. 36, n. 2, p. 368-373, 2007.
- COSTA M.C, SANTOS C.A.T, NASCIMENTO SOBRINHO C.L., FREITAS J.O., FERREIRA K.A.S.L., SILVA M.A, *et al.* Childbirth and live newborns of adolescent and young adult mothers in the municipality of Feira de Santana, Bahia State, Brazil, 1998.
- DUARTE C.M.R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1511-1528, 2007.

FERRAZ S.T *et.al*, Programa de *Follow-up* de Recém-nascidos de Alto Risco: Relato da Experiência de uma Equipe Interdisciplinar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 133-139, jan./mar. 2010

FRACOLLI R.A., ANGELO M.A. experiência da família que possui uma criança dependente de tecnologia. **Rev Min Enferm.** v.10, n.2,p 31-125, Abr-Jun. 2006.

FRIEDRICH L., CORSO AL., JONES MH. Prognóstico pulmonar em prematuros. **JPediatr.** V. 8, s.1, 77-88, 2005.

FOLLE E., GEIB L.T.C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Rev Latino-am Enfermagem.** V.12, n.2, p. p.90-183, Mar-Abr. 2004.

GAMA, S.G.N; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad Saúde Pública.** v. 18, n 1, p.153- 61. 2002.

GAMA S.G.N., SZWACOWALD C.L., LEAL M.D.C., THEME FILHA M.M. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Ver Saúde Pública.** v. 35,p.74-80, 2001.

GOLDANI, M. Z., BETTIOL., H., BARBIERI, M. A., TOMKINS, A. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. **Cad Saúde Pública.** v. 16, n. 4, p. 1041-1047, 2000.

GOLDENBERG P., FIGUEIREDO M.C.T., SILVA R.S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1077-1086, jul-ago, 2005.

KASSAR, S. B. *et al* . Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades publicas de Maceió, Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant.** Recife, v. 6, n. 4, p. 397-403, out/dez. 2006.

MICHELAZZO, D., YAZLLE M.E.H.D., MENDES M.C., PATTA M.C., ROCHA J.S.Y; MOURA M.D. Indicadores sociais de gravidas adolescentes: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 633-639, set. 2004.

MENEZES, I. H.C.; FRANCESCANTONIO, D., SILVA, M.H.M. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Rev. Nutr, Campinas**, v. 17, n. 2, p. 185-194, abr-jun. 2004.

MIRANDA, L. E. V.; LOPES, J. M. A. **Manual de perinatologia.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2000.

- MOREIRA M. E. L., GOLDANI M.Z. A criança e o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.15, n.2, P. 7-321, Mar. 2010.
- PAVLOVA-GREENFIELD, T.; SUTIJA, V. G.; GUDAVALLI, M. Adolescent pregnancy: positive outcome at a community hospital. **J. Perinat. Med.**, v. 28, n. 6, p. 443-446, 2000.
- PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": Uma análise sócio-antropológica da Gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Para, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 19,s. 2, p. 335-343, 2003.
- PERSONA, L. I. A; SHIMO, A. K. K.; TARALLO, M. C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Rev Latino-Am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 745-750, set./out. 2004.
- PINTO L. F, MALAFAIA M. F, BORGES J. A, BACCARO A., SORANZ D.R. Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.10, p.13-205, 2005.
- RIBEIRO E. R. O, BARBIERI M. A, BETTIOL H., SILVA A. A. M. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 34, n.2, p. 42-136, 2000.
- SILVA, L. A. DA *et al.* Significados atribuídos por puérperas adolescentes a maternidade: autocuidado e cuidado com o bebe. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, mar. 2009.
- SIMÕES V. M. F., SILVA A. A. M., BETTIOL H., LAMY-FILHO F., TONIAL S. R, MOCHEL E. G. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev Saúde Pública**. v.3, n. 37, p. 65-559, 2003.
- SANTOS, G. H.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S. *Teenage pregnancy and factors associated with low birth weight*. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 5, p. 224-231, 2008.
- SANTOS, S. R DOS, SCHOR N. Vivências da maternidade na adolescência precoce **Rev Saúde Pública**. v. 37, n.1, p.15-23, 2003.
- TEIXEIRA M.A.P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, V. 20, n. 45, p.123-131, jan.-abr. 2010.
- VIERA, C. S., MELLO. D. F DE., OLIVEIRA, B. R. G de. O seguimento do prematuro e baixo peso ao nascer egresso da terapia intensiva neonatal na família: uma revisão de literatura. **Online braz. j. nurs.**V.7, n. 3, 2008.
- WAISSMAN, A. L. Análise dos fatores associados a recorrência de gravidez na adolescência. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ANEXO A



TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Maria do Carmo Leal, coordenadora geral da Pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento, fiel depositária da base de dados desta Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz declaro que o Professor Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite e sua orientanda Cintia Maria Torres Rocha Silva estão autorizados a utilizar os dados referentes às regiões Nordeste e Sul do Brasil para a realização da pesquisa: "Peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul do Brasil", sob a responsabilidade do mesmo, cujo objetivo geral é Analisar os determinantes da peregrinação de parturientes atendidas em maternidades públicas e privadas das regiões Nordeste e Sul do Brasil.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos participantes.
2. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Fortaleza, 22/01/2015.


Maria do Carmo Leal
Coordenadora Geral

