







Características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto

Rosemar Barbosa Mendes^I , José Marcos de Jesus Santos^{II} , Daniela Siqueira Prado^{III} ,
Rosana Queiroz Gurgel^{IV} , Felipa Daiana Bezerra^V , Ricardo Queiroz Gurgel^{III} 

^I Universidade Federal de Sergipe. Departamento de Enfermagem. São Cristóvão, SE, Brasil

^{II} Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil

^{III} Universidade Federal de Sergipe. Departamento de Medicina. São Cristóvão, SE, Brasil

^{IV} Universidade Tiradentes. Departamento de Enfermagem. Aracaju, SE, Brasil

^V Faculdade Estácio de Sergipe. Departamento de Enfermagem. Aracaju, SE, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto entre gestantes de um estado do Nordeste brasileiro.

MÉTODOS: Estudo quantitativo e transversal, com abordagens descritiva e analítica, vinculado à pesquisa Nascer em Sergipe, realizada entre junho de 2015 e abril de 2016. Foram avaliadas 768 puérperas proporcionalmente distribuídas entre todas as maternidades do estado (n = 11). Os dados foram coletados por meio de entrevistas e consultas aos cartões de pré-natal. As associações entre a peregrinação no anteparto e as variáveis de exposição foram descritas em frequências absoluta e relativa, razões de chances brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança.

RESULTADOS: A peregrinação no anteparto foi referida por 29,4% (n = 226) das entrevistadas, a maioria das quais procurou atendimento em apenas um serviço antes do atual (87,6%; n = 198). Ressalta-se que a peregrinação no anteparto foi menos frequente entre as mulheres com idade ≥ 20 anos (OR = 0,50; IC95% 0,34–0,71), com alta escolaridade (OR = 0,42; IC95% 0,31–0,59), com trabalho remunerado (OR ajustada = 0,59; IC95% 0,41–0,82), orientadas durante o pré-natal sobre a maternidade de referência para o parto (OR ajustada = 0,88; IC95% 0,42–0,92) e que utilizaram o serviço privado para realização do pré-natal (OR ajustada = 0,44; IC95% 0,18–0,86) ou do parto (OR ajustada = 0,96; IC95% 0,66–0,98). Não foi observada evidência estatística de associação entre as características gestacionais e a ocorrência da peregrinação.

CONCLUSÕES: A peregrinação no anteparto sofre interferência das características socioeconômicas maternas, da assistência pré-natal e do tipo de financiamento para o parto.

DESCRITORES: Gestantes. Tocologia. Serviços de Saúde Materno-Infantil, provisão & distribuição. Acesso aos Serviços de Saúde. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde.

Correspondência:

Rosemar Barbosa Mendes
Av. Marechal Rondon, s/n, Jardim
Rosa Elze
49100-000 São Cristóvão, SE, Brasil
E-mail: rosemarbm@uol.com.br

Recebido: 22 jul 2018

Aprovado: 6 nov 2018

Como citar: Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto. Rev Saude Publica. 2019;53:70.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

A peregrinação no anteparto diz respeito à busca da gestante por internação para o parto em mais de um serviço de saúde, o que aumenta significativamente os riscos de intercorrências ou complicações na parturição e até de morte materna ou fetal^{1,2}. Quanto maior essa busca, maior a distância a ser percorrida pela gestante em trabalho de parto e, comumente, menor a probabilidade de adequação dos serviços encontrados a suas necessidades, sobretudo em casos de pacientes previamente classificadas como de alto risco clínico ou obstétrico durante o pré-natal¹.

No Brasil, embora a Lei 11.634/2007³ assegure que toda gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade de referência na qual será realizado seu parto, um estudo de abrangência nacional mostrou que ela não é cumprida de forma satisfatória no país, já que somente 58,7% das 23.940 mulheres entrevistadas haviam recebido essa orientação. Os autores desse mesmo trabalho também evidenciaram um percentual de peregrinação no anteparto de 16,2%, sendo a pior situação encontrada na região Nordeste, cuja peregrinação foi de 25,1%⁴. Ressalta-se ainda que o relatório mais recente da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a razão de mortalidade materna (RMM) entre os anos de 1990 a 2015 mostrou que o Brasil não alcançou a quinta meta dos objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM), que preconizava uma redução de 75% na RMM nesse mesmo período^{5,6}.

As principais causas da peregrinação no anteparto estão relacionadas às deficiências da assistência pré-natal e ao baixo número de leitos obstétricos disponíveis nas maternidades de risco habitual. Outros motivos são a falta de médicos plantonistas e de insumos e equipamentos nesses serviços. Tais situações reforçam a importância de uma comunicação efetiva entre os profissionais da atenção básica e aqueles que atuam em maternidades de baixa, média e alta complexidade, possibilitando assim um funcionamento adequado do sistema de referência e contra-referência dessas parturientes^{4,7}. Albuquerque et al.⁷ e Souza et al.⁸ consideram que a escassez de publicações nacionais sobre a peregrinação no anteparto é também um dos principais fatores desfavoráveis para minimizar ou mesmo resolver esse problema, sendo motivada sobretudo pela dificuldade em obter informações quantitativas sobre sua frequência entre as mulheres brasileiras, uma vez que não há nenhuma base de dados pública com essa finalidade no país.

Dessa forma, ao considerar que o acolhimento imediato da gestante em trabalho de parto é essencial para reduzir mortes maternas/fetais e que a elucidação dos fatores associados à internação tardia pode contribuir para formular medidas de prevenção da peregrinação, objetivou-se analisar as características maternas, da assistência pré-natal e da assistência ao parto associadas à peregrinação no anteparto entre gestantes de um estado do Nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, com abordagens descritiva e analítica, vinculado à pesquisa Nascir em Sergipe, realizada entre junho de 2015 e abril de 2016. Foram avaliadas 768 puérperas proporcionalmente distribuídas entre todas as maternidades públicas, privadas e mistas do estado de Sergipe (n = 11). Reproduziu-se o método da pesquisa Nascir no Brasil⁹, com treinamento da equipe local por pesquisadoras da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que coordenaram o estudo nacional.

O cálculo amostral, com nível de confiança de 95%, teve um desenho probabilístico em dois estágios. O primeiro correspondeu aos estabelecimentos de saúde e o segundo às puérperas. Foram elegíveis todas as maternidades do estado que registraram no mínimo 500 partos em 2012, resultando em sete instituições no interior e quatro na capital, sendo cinco públicas, quatro mistas e duas privadas. As puérperas foram selecionadas por amostragem aleatória simples a partir de uma listagem de internação diária, sendo consideradas elegíveis todas as mulheres com parto de feto vivo e parto de feto morto com peso ao nascer ≥ 500 g ou idade

gestacional ≥ 22 semanas. Não eram elegíveis ao estudo as mulheres que não falassem ou compreendessem o idioma (português) e que apresentassem transtornos mentais graves. Adotou-se alocação proporcional ao tamanho da instituição para distribuir o número amostral ($n = 768$).

Os entrevistadores permaneceram no mínimo sete dias em cada instituição. Caso o número de puérperas pudesse ser atingido antes desse período, procedia-se a um sorteio aleatório com a limitação do número diário de entrevistadas, para que os sete dias fossem atingidos. Foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas com intervalo mínimo de seis horas após o parto e extraídos dados do prontuário da mulher após a alta. Os cartões de pré-natal foram fotografados e as informações digitadas no banco de dados. Informações mais detalhadas sobre a coleta de dados são também relatadas em Leal et al.¹⁰

Os resultados descritivos são provenientes das respostas às questões relacionadas à peregrinação no anteparto: 1. “Você realizou o pré-natal nesta gravidez?”, 1.1. “Durante o pré-natal você foi orientada sobre a maternidade de referência para o parto?”, 2. “Antes de ser internada nesta instituição, acreditando estar no momento de parir, você procurou alguma outra maternidade para realizar seu parto (‘peregrinação’)?”, 2.1. “Quantas maternidades você procurou antes de ser internada nesta instituição?” e 2.2. “Qual foi a justificativa das outras maternidades para não aceitar sua internação para o parto?”. As variáveis estudadas para análise dos fatores associados à peregrinação no anteparto foram: características sociodemográficas (local de moradia, faixa etária, cor da pele, escolaridade, trabalho remunerado e situação conjugal), características do pré-natal e parto (cobertura do pré-natal, início precoce, número de consultas, tipo de serviço, acompanhamento pelo(s) mesmo(s) profissional(ais), orientação sobre a maternidade de referência para o parto e tipo de financiamento para a parturição) e características do processo gestacional (idade gestacional, número de gestações, número de partos, gravidez planejada, sentimento quanto à gravidez e tentativas de aborto).

Para determinação da faixa etária, foi adotada a convenção da OMS, que delimita a adolescência dos 10 aos 19 anos de idade¹¹. Na avaliação da idade gestacional (IG), as gestantes foram agrupadas em dois grandes grupos: IG adequada e IG inadequada. Considerou-se IG adequada de 37 a 42 semanas de gestação (a termo) e IG inadequada ≤ 36 semanas e seis dias (pré-termo) ou > 42 semanas (pós-termo)¹².

A análise estatística foi realizada no IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* 20.0 Mac (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). Foram utilizadas, inicialmente, as técnicas univariada e bivariada para obter a distribuição dos valores das frequências absoluta e relativa. As associações foram investigadas por meio do teste qui-quadrado entre as variáveis categóricas e o exato de Fisher para as categorias com células de baixa frequência. Estimou-se a razão de chances ou *odds ratio* (OR) como medida de associação e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), com uso do método de Mantel-Haenszel. Em todos os casos, foi adotada significância de 5%.

Realizou-se, por fim, a análise estatística multivariada, tendo como variável dependente (desfecho) a peregrinação no anteparto. Descreveram-se as associações entre a peregrinação no anteparto e as variáveis de exposição (trabalho remunerado da mãe, tipo de serviço no pré-natal, orientação sobre a maternidade de referência para o parto) por meio de razão de chances ajustadas em um modelo linear generalizado com distribuição de Bernoulli (regressão logística) com erros padrão robustos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob o parecer 453.279/2013, com o seguinte CAAE: 22488213.4.0000.5546. Todos os cuidados foram adotados visando garantir o sigilo e confidencialidade das informações, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. As puérperas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido com a garantia de recusa a qualquer momento, sem o sofrimento de danos por parte das instituições.

RESULTADOS

As 768 puérperas elegíveis e aleatoriamente selecionadas para participar deste estudo foram entrevistadas, sem perdas nem desistências durante a pesquisa. Quase todas haviam realizado o pré-natal (99,3%; n = 763), e 61,3% (n = 468) delas foram orientadas sobre a maternidade de referência para o parto. A peregrinação no anteparto foi referida por 29,4% (n = 226). A maioria havia procurado atendimento em um único serviço antes do atual (87,6%; n = 198), e 12,4% (n = 28) haviam passado por duas ou três unidades antes desta internação. Em relação à justificativa dada pelas outras maternidades para não realizar a internação destas gestantes, percebeu-se que a “ausência de médico plantonista” foi a mais frequente (48,7%; n = 110) (Tabela 1).

A análise bivariada das características sociodemográficas maternas, do pré-natal e da parturição estatisticamente associadas à peregrinação no anteparto mostrou que gestantes com idade ≥ 20 anos (OR = 0,50; IC95% 0,34–0,71), com alta escolaridade (OR = 0,42; IC95% 0,31–0,59), com trabalho remunerado (OR = 0,61, IC95% 0,44–0,85), orientadas no pré-natal sobre a maternidade de referência para o parto (OR = 0,53, IC95% 0,39–0,73), que utilizaram o serviço privado para a realização desse acompanhamento (OR = 0,21; IC95% 0,12–0,36) e do parto (OR = 0,80; IC95% 0,76–0,83) foram as que menos peregrinaram no anteparto. Cabe destacar o fato de que todas as que peregrinaram haviam utilizado o serviço público na parturição (Tabelas 2 e 3).

Os resultados descritivos também mostraram que, entre as mulheres com idade gestacional inadequada (13,4%; n = 103), primigestas (43,2%; n = 332), primíparas (4,8%; n = 37), insatisfeitas com a gravidez (35,9%; n = 276) e que referiram tentativas abortivas durante o acompanhamento pré-natal (4,9%; n = 38), a maioria peregrinou na parturição. No entanto, não foi observada evidência estatística de associação entre nenhuma dessas variáveis ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 1. Resultados descritivos das respostas das puérperas sobre questões relacionadas à peregrinação no anteparto (n = 768). Sergipe, Brasil, 2015–2016.

Questões relacionadas à peregrinação no anteparto	n	%	Total n (%)
1. Você realizou o pré-natal nesta gravidez?			768 (100)
Sim	763	99,3	
Não	5	0,7	
1.1. Durante o pré-natal você foi orientada sobre a maternidade de referência para o parto?			763 (99,3)
Sim	468	61,3	
Não	295	38,7	
2. Antes de ser internada nesta instituição, acreditando estar no momento de parir, você procurou alguma outra maternidade para realizar seu parto (“peregrinação”)?			768 (100)
Não	542	70,6	
Sim	226	29,4	
2.1. Quantas maternidades você procurou antes de ser internada nesta instituição?			226 (29,4)
Uma	198	87,6	
Duas	20	8,9	
Três ou mais	8	3,5	
2.2. Qual foi a justificativa das outras maternidades para não aceitar sua internação para o parto?			226 (29,4)
Ausência de médico plantonista	110	48,7	226 (29,4)
Gestante de alto risco obstétrico (referenciada)	35	15,5	226 (29,4)
Gestante ainda não estava em trabalho de parto	21	9,3	226 (29,4)
Não haviam leitos disponíveis na maternidade (ausência de vagas)	14	6,2	226 (29,4)
Não deram justificativa	5	2,2	226 (29,4)

Tabela 2. Associações entre as características sociodemográficas maternas e a peregrinação no anteparto (n = 768). Sergipe, Brasil, 2015–2016.

Variáveis maternas	Peregrinação no anteparto		P	OR (IC95%)	Total
	Sim (n = 226)	Não (n = 542)			n (%)
	n (%)	n (%)			
Local de moradia					
Cidade grande/Capital	136 (30,6)	308 (69,4)	0,392	0,87 (0,63–1,19)	444 (57,8)
Interior/Município	90 (27,8)	234 (72,2)			324 (42,2)
Faixa etária (anos)					
≤ 19	68 (41,5)	96 (58,5)	< 0,001	0,50 (0,34–0,71)	164 (21,4)
≥ 20	158 (26,2)	446 (73,8)			604 (78,6)
Cor da pele					
Parda ou preta	188 (29,6)	447 (70,4)	0,812	1,05 (0,69–1,58)	635 (82,7)
Branca ou amarela	38 (28,6)	95 (71,4)			133 (17,3)
Escolaridade					
Analfabeta ou Fundamental	138 (38,8)	218 (61,2)	< 0,001	0,42 (0,31–0,59)	356 (46,4)
Médio ou Superior	88 (21,4)	324 (78,6)			412 (53,6)
Trabalho remunerado					
Não	144 (33,8)	282 (66,2)	0,003	0,61 (0,44–0,85)	426 (55,5)
Sim	82 (24)	260 (76)			342 (44,5)
Situação conjugal					
Vive com companheiro	151 (31,1)	334 (68,9)	0,174	1,25 (0,90–1,73)	485 (63,2)
Vive sem companheiro	75 (26,5)	208 (73,5)			283 (36,8)

Tabela 3. Associações entre as características do pré-natal e a peregrinação no anteparto (n = 768). Sergipe, Brasil, 2015–2016.

Variáveis do pré-natal	Peregrinação no anteparto		p	OR (IC95%)	Total
	Sim (n = 226)	Não (n = 542)			n (%)
	n (%)	n (%)			
Início precoce do pré-natal					
Sim	133 (30,6)	302 (69,4)	0,449	0,88 (0,64–1,21)	435 (57)
Não	92 (28)	236 (72)			328 (43)
Número de consultas					
6 ou mais consultas	169 (29,6)	401 (70,4)	0,867	1,03 (0,72–1,47)	570 (74,7)
≤ 5 consultas	56 (29)	137 (71)			193 (25,3)
Tipo de serviço no pré-natal					
Público	193 (35,3)	353 (64,7)	< 0,001*	0,21 (0,12–0,36)	546 (71,6)
Privado	16 (10,4)	138 (89,6)			154 (22)
Acompanhamento pelo(s) mesmo(s) profissional(ais)					
Sim	200 (29,8)	472 (70,2)	0,653	1,11 (0,68–1,82)	672 (88,1)
Não	25 (27,5)	66 (72,5)			91 (11,9)
Orientada sobre a maternidade de referência para o parto					
Sim	114 (24,4)	354 (75,6)	< 0,001	0,53 (0,39–0,73)	468 (61,3)
Não	110 (37,4)	185 (62,6)			295 (38,7)
Tipo de financiamento do local do parto					
Público	226 (34,2)	434 (65,8)	< 0,001	0,80 (0,76–0,83)	660 (85,9)
Privado	0 (0)	108 (100)			108 (14,1)

* Teste exato de Fisher.

Na análise multivariada, após ajustes para variáveis de confusão, constatou-se que, de fato, a peregrinação no anteparto foi menos frequente entre as mulheres com trabalho remunerado (OR ajustada = 0,59; IC95% 0,41–0,82), que foram orientadas no pré-natal sobre a maternidade de referência para o parto (OR ajustada = 0,88; IC95% 0,42–0,92) e que utilizaram o serviço privado no pré-natal (OR ajustada = 0,44; IC95% 0,18–0,86) e na parturição (OR ajustada = 0,96; IC95% 0,66–0,98) (Tabela 5).

Tabela 4. Associações entre as características do processo gestacional e a peregrinação no anteparto (n = 768). Sergipe, Brasil, 2015–2016.

Variáveis maternas	Peregrinação no anteparto		p	OR (IC95%)	Total
	Sim (n = 226)	Não (n = 542)			n (%)
	n (%)	n (%)			
Idade gestacional					
Adequada (37 a 42 semanas)	191 (28,7)	474 (71,3)	0,296*	1,27 (0,82–1,98)	665 (86,6)
Inadequada (≤ 36 e ≥ 43 semanas)	35 (34)	68 (66)			103 (13,4)
Número de gestações					
Primigesta	108 (32,5)	224 (67,5)	0,100	0,77 (0,56–1,05)	332 (43,2)
Multigesta	118 (27,1)	318 (72,9)			436 (56,8)
Número de partos					
Primípara	12 (32,4)	25 (67,6)	0,712*	0,86 (0,42–1,74)	37 (4,8)
Multípara	214 (29,3)	517 (70,7)			731 (95,2)
Gravidez planejada					
Sim	93 (29,4)	223 (70,6)	0,999	1,00 (0,72–1,37)	316 (41,1)
Não	133 (29,4)	319 (70,6)			452 (58,9)
Sentimento quanto à gravidez					
Satisfeita	137 (27,8)	355 (72,2)	0,199	1,23 (0,89–1,69)	492 (64,1)
Insatisfeita	89 (32,2)	187 (67,8)			276 (35,9)
Tentativa de aborto					
Sim	16 (42,1)	22 (57,9)	0,099*	1,80 (0,92–3,49)	38 (4,9)
Não	210 (28,8)	520 (71,2)			730 (95,1)

* Teste exato de Fisher.

Tabela 5. Odds ratio ajustada para variáveis determinantes da peregrinação no anteparto (n = 226). Sergipe, Brasil, 2015–2016.

Variáveis independentes	Variável dependente: peregrinação no anteparto
	ORa (IC95%)
Mãe com trabalho remunerado	
Sim	0,59 (0,41–0,82)
Não	1
Tipo de serviço no pré-natal	
Privado	0,44 (0,18–0,86)
Público	1
Orientação sobre a maternidade de referência para o parto	
Sim	0,88 (0,42–0,92)
Não	1
Tipo de financiamento utilizado para o parto	
Privado	0,96 (0,66–0,98)
Público	1

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram uma peregrinação no anteparto de 29,4% entre as mulheres sergipanas, resultado superior ao encontrado no Brasil (16,2%) e na região Nordeste de um modo geral (25,1%)⁴, sendo observada a interferência de fatores socioeconômicos maternos e das características da assistência pré-natal e do tipo de financiamento do parto na ocorrência desse fenômeno.

A assistência pré-natal se mostrou inadequada às recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)¹³, sobretudo no que diz respeito à vinculação das gestantes à maternidade de referência para o parto, já que somente pouco mais da metade das mulheres entrevistadas recebeu tal orientação durante o acompanhamento. Essa falha também foi encontrada em outros estudos nacionais com delineamento semelhante, com percentuais de orientação inferiores a 60%^{4,14,15}.

Autores discutem que um dos objetivos da vinculação precoce à maternidade de referência é a redução da peregrinação no momento do trabalho de parto¹⁴. O presente estudo confirmou a maior frequência de peregrinação quando a mulher não recebeu tal orientação durante o pré-natal.

Identificamos também que a maioria das parturientes que peregrinaram no anteparto procurou atendimento em apenas um serviço antes do atual, semelhante ao achado de outro estudo brasileiro de abrangência estadual, no qual 70,7% das 2.228 pacientes avaliadas conseguiram internação na segunda maternidade visitada¹. A principal justificativa dada pelas outras maternidades para não aceitar a internação das parturientes do presente estudo foi a “ausência de médico plantonista” no momento da procura pelo serviço de saúde. Questiona-se nesse caso sobre a autonomia dos enfermeiros obstetras nas maternidades de Sergipe, uma vez que estes profissionais também têm respaldo legal para dar assistência aos partos vaginais de risco habitual em todo o território nacional. Supõe-se que, na prática assistencial, embora a resolução 516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem assegure aos enfermeiros obstetras e obstetras a emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distocia, bem como o acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido sob seus cuidados da internação até a alta¹⁶, muitas instituições de parto no país ainda deixam tais atribuições apenas sob a responsabilidade médica, com a possível argumentação legal de que é deste profissional a responsabilidade em caso de eventos graves que possam resultar em óbito materno ou fetal.

Ademais, esse resultado difere de outros trabalhos, que identificaram a falta de vagas na instituição^{1,17} e a gestação de alto risco¹⁸ como principais causas da peregrinação no anteparto. Pontua-se que, independentemente do fator etiológico da peregrinação, esse fenômeno contribui para a demasiada demora na assistência ao parto, podendo levar a complicações na parturição que, muitas vezes, evoluem para a morte materna ou fetal^{19,20}.

Nesse contexto, entende-se que o conhecimento das características maternas associadas à peregrinação no anteparto pode contribuir para formular estratégias efetivas para vincular essas gestantes à maternidade de referência para o parto. As parturientes com maior idade, alta escolaridade e trabalho remunerado foram as que apresentaram menor percentual de peregrinação. Acredita-se que os menores índices entre mulheres de maior nível socioeconômico estejam relacionados à possibilidade de acesso a serviços privados para a parturição, nos quais a peregrinação certamente é menor pelo fato de o parto ser pago.

A adolescência e a baixa escolaridade também foram evidenciadas por outros autores como variáveis maternas preditoras desse problema^{1,17,21}. Sabe-se que a gravidez na adolescência aumenta o risco de complicações obstétricas com possibilidade de repercussões negativas para a mãe e o recém-nascido, bem como está associada a problemas psicossociais e econômicos relacionados à constituição precoce da maternidade²². Desse modo, a não vinculação dessas adolescentes à maternidade de referência para o parto durante o pré-natal pode ser considerada um importante agravante que requer atenção emergencial por parte dos profissionais de saúde responsáveis por esse acompanhamento.

Vale ressaltar que a assistência pré-natal inadequada se constitui como uma das principais causas da peregrinação no anteparto^{1,5,7,8}. Muitos estudos têm identificado falhas no pré-natal capazes de interferir na sua qualidade e efetividade, tais como a baixa cobertura²³, o início tardio, a distribuição inadequada das consultas²⁴, a realização incompleta dos procedimentos preconizados²⁵ e, ainda mais relacionada ao problema da peregrinação no anteparto, a carência de informações sobre a maternidade de referência para o parto durante esse processo⁴.

Cita-se ainda a influência das características gestacionais e obstétricas da parturiente no acesso à maternidade de referência para o parto¹⁸. Os resultados descritivos do presente estudo mostraram que a maioria das parturientes que peregrinaram eram mulheres com idade gestacional inadequada, primigestas, primíparas, insatisfeitas com a gravidez e que referiram tentativas de aborto durante a gestação.

A idade gestacional ao nascer é a principal preditora da saúde neonatal²⁶. No Brasil, como em outros países, tem havido uma redução constante dessa IG, com cada vez bebês nascidos nas faixas pré-termo tardio e termo precoce em comparação aos anos anteriores²⁷. Essa situação pode também motivar a não assistência ao parto no primeiro serviço procurado pela gestante, com conseqüente encaminhamento ou peregrinação para maternidades de média e alta complexidade¹⁸.

A peregrinação no anteparto se torna ainda mais conflitante ao se considerar que a maioria das pacientes busca assistência em outro estabelecimento pelos próprios meios e, comumente, em transportes com conforto e segurança inadequados^{1,17}. Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro mostrou que apenas um quinto das mulheres foi transportado por ambulância durante o trabalho de parto¹.

As limitações deste estudo estão relacionadas à confiabilidade dos dados obtidos por meio do relato das puérperas entrevistadas, tais como o recebimento de orientação sobre a maternidade de referência para o parto durante o pré-natal, o número de maternidades visitadas antes da internação para o parto e a justificativa dessas outras maternidades para não aceitar tal internação.

Nesse contexto, destaca-se que foi evidenciada elevada peregrinação no anteparto em Sergipe, com interferência dos fatores socioeconômicos maternos e das características da assistência pré-natal e tipo de financiamento da parturição. A peregrinação no anteparto foi menos frequente entre as mulheres com idade ≥ 20 anos, alta escolaridade e trabalho remunerado, orientadas durante o pré-natal sobre a maternidade de referência para o parto e que utilizaram o serviço privado para realização do pré-natal ou do parto. Não foi observada evidência estatística de associação entre as características gestacionais e a ocorrência da peregrinação.

Percebeu-se a necessidade de um maior comprometimento por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento pré-natal, uma vez que é essencial a vinculação precoce das gestantes à maternidade de referência para o parto, visando, assim, a prevenção da peregrinação e conseqüentemente a diminuição dos riscos maternos e fetais relacionados à parturição. Sugere-se ainda aos gestores municipais, estaduais e federais uma maior atenção ao articular a organização dos serviços de saúde materno-infantil do país, a fim de que as gestantes tenham acesso ao parto oportuno, seguro e humanizado e de que seja garantido o cumprimento adequado dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

REFERÊNCIAS

1. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saude Publica*. 2006;22(3):553-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300010>

2. Silva ALS, Almeida LCG. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. *Rev Eletron Atualiza Saude*. 2015 [citado 24 abr 2018];2(2):7-19. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/article/vivencia-de-mulheres-frente-a-peregrinacao-para-o-parto-v-2-n-2/>
3. Brasil. 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. *Diario Oficial União*. 28 dez 2007; Seção 1:2.
4. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30 Supl 1:85-100. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
5. World Health Organization; UNICEF; UNFPA; World Bank; United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Populatio Division. Geneva: WHO; 2015 [citado 10 abr 2018]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
6. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Brasília, DF: PNUD Brasil; 2015.
7. Albuquerque VN, Oliveira QM, Rafael RMR, Teixeira RFC. Um olhar sobre a peregrinação no anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. 2011 [citado 8 abr 2018];3(2):1935-46. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750888027>
8. Souza DO, Silva AWR, Costa TJG, Rozendo CA. A trajetória da parturiente em busca de um lugar para parir em Maceió, Brasil. *Rev Enferm UFPE*. 2011;5(3):561-8. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v5i3a6760p561-568-2011>
9. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014;30 Supl 1 Nascer no Brasil.
10. Leal MC, Moura AAS, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9:15. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-15>
11. World Health Organization. Problemas de la salud de la adolescência. Informe de un comité de expertos de la OMS. Geneva: WHO; 1965 [citado 15 abr 2018]. (Serie de Informes Técnicos; 308). Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38485/WHO_TRS_308_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Pereira APE, Leal MC, Gama SGN, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Bastos MH. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30 Supl 1:S59-70. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00160313>
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 569/MS de 1º de Junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2000 [citado 15 abr 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
14. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 [citado 2 abr 2018];37(3):140-7. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt/>
15. Dantas DS, Mendes RB, Santos JM, Valença TS, Mahl C, Barreiro MSC. Qualidade da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(5):1365-71. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230531p1365-1371-2018>
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 516, de 23 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais.... e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN; 2016 [citado 24 abr 2018]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RES.-COFEN-516-2016.pdf>
17. Cunha SF, D'Eça Júnior A, Rios CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SDS. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. *Cogitare Enferm*. 2010;15(3):441-7. <https://doi.org/10.5380/ce.v15i3.18885>
18. Monteschio LVC, Sgobero JKGS, Marcon SS, Mathias TAF. Acesso de parturientes para a assistência ao parto em hospitais universitários: caracterização e fatores associados. *Rev Gaucha Enferm*. 2014;35(1):22-30. <https://doi.org/1983-1447.2014.01.39841>

19. Goulart LMHF, Somarriba MG, Xavier CC. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. *Cad Saude Publica*. 2005;21(3):715-23. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300005>
20. Batista CB, Carvalho ML, Vasconcelos AGG. Access to and use of health services as factors associated with neonatal mortality in the North, Northeast, and Vale do Jequitinhonha regions, Brazil. *J Pediatr (RJ)*. 2018;94(3):293-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.06.005>
21. Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OMC. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(4):708-14. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400014>
22. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(8):443-5. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000800001>
23. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica*. 2003;37(4):456-62. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400010>
24. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Supl 2:S220-30. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800017>
25. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):425-37. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>
26. Nassar N, Schiff M, Roberts CL. Trends in the distribution of gestational age and contribution of planned births in New South Wales, Australia. *PLoS One*. 2013;8(2):e56238. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056238>
27. Diniz CSG, Miranda MJ, Reis-Queiroz J, Queiroz MR, Salgado HO. Por que as mulheres no setor privado têm gestações mais curtas no Brasil? Desvio à esquerda da idade gestacional, cesárea e inversão da disparidade esperada. *J Hum Growth Dev*. 2016;26(1):33-40. <https://doi.org/10.7322/jhgd.113712>

Financiamento: Bolsas de estudo do Programa de Apoio à Extensão Universitária (MEC/SESu) da Universidade Federal de Sergipe (PROEXT/UFS-2015).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: RBM, JMJS, RQG. Coleta, análise e interpretação dos dados: RBM, JMJS, RQG. Elaboração ou revisão do manuscrito: RBM, JMJS, DSP, RQG, FDB, RQG. Aprovação da versão final do manuscrito: RBM, JMJS, RQG. Responsabilidade pública pelo seu conteúdo: RBM, JMJS, RQG.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.