

LÍLIAN MACHADO VILARINHO DE MORAES

**PEREGRINAÇÃO DE GESTANTES PARA O PARTO:
FATORES ASSOCIADOS E CONSEQUÊNCIAS DESFAVORÁVEIS AO NASCER
EM DUAS COORTES BRASILEIRAS (BRISA)**

**SÃO LUÍS
2018**

LÍLIAN MACHADO VILARINHO DE MORAES

**PEREGRINAÇÃO DE GESTANTES PARA O PARTO:
FATORES ASSOCIADOS E CONSEQUÊNCIAS DESFAVORÁVEIS AO NASCER
EM DUAS COORTES BRASILEIRAS (BRISA)**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cláudia Maria Coelho Alves

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Vanda Maria Ferreira Simões

**SÃO LUÍS
2018**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Moraes, LÍlian Machado Vilarinho de.

Peregrinação de gestantes para o parto : fatores associados e consequências desfavoráveis ao nascer em duas coortes brasileiras BRISA / LÍlian Machado Vilarinho de Moraes. - 2018.
156 p.

Coorientador(a): Vanda Maria Ferreira Simões.

Orientador(a): Claudia Maria Coelho Alves.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Análise Multivariada. 3. Maternidades. 4. Parto. I. Alves, Claudia Maria Coelho. II. Simões, Vanda Maria Ferreira. III. Título.

**PEREGRINAÇÃO DE GESTANTES PARA O PARTO: FATORES ASSOCIADOS E
CONSEQUÊNCIAS DESFAVORÁVEIS AO NASCER EM DUAS COORTES
BRASILEIRAS (BRISA)**

Lílian Machado Vilarinho de Moraes

Tese aprovada em 27 de fevereiro de 2018 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Claudia Maria Coelho Alves
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof.^a. Dr.^a Vanda Maria Ferreira Simões
Coorientadora
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof.^a Dr.^a Keila Rejane Oliveira Gomes
Examinador Externo
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Rita da Graça Carvalhal Frazão Côrrea
Examinador Externo
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof.^a Dr.^a Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof.^a Dr.^a Rosângela Fernandes Lucena Batista
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

À minha filha Letícia, razão da minha felicidade,
luta e motivação para não desistir dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos Especiais

A ti, meu Deus, e à Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, que têm me abençoado imensamente com tantas vitórias. Por ouvirem minhas preces e me proporcionarem cursar esse Doutorado e me tornar mãe durante o curso. Foi difícil trilhar esse caminho, mas eu sabia que era possível conciliar e finalizar mais esta etapa.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Claudia Maria Coelho Alves, que me desafiou a buscar meu objeto de estudo, se dispôs a me ajudar a executar essa pesquisa, sem a pressão que muitos dizem ter durante um Doutorado. Aprendi com você que orientar pode ser algo leve. Que orientando e orientador podem ter uma ótima relação. Aprendi que podemos finalizar antes dos prazos, mesmo com todas as dificuldades. Obrigada por todas as vezes em que busquei orientação e estive sempre com o sorriso no rosto, e com paciência para compreender minhas dúvidas. Obrigada por ter disposição para estudar algo novo, que não tem “associação” com a doença periodontal.

À minha coorientadora, Prof.^a Dr.^a Vanda Maria Ferreira Simões, por toda a disposição para ajudar a construir essa tese. Pelo ser humano incrível que és. Por toda a paciência, compreensão e disponibilidade quando precisei de sua orientação.

À minha família, que sempre me apoiou, incentivando a não desistir dos desafios que a vida nos coloca.

À meu esposo, Rodolfo Luís Araújo de Moraes, por dividir todos os dias ao meu lado, apoiar minhas decisões e me permitir viver sonhos. Obrigada por compreender que o meu desejo era sair da minha zona de conforto e ampliar meus horizontes. Só a Saúde Coletiva me permitiria ter esse olhar mais amplo. Obrigada por aceitar que eu viesse morar por um tempo em outra cidade com a nossa filha, deixando de ver ela dar os primeiros passos e perdendo momentos únicos da vida dela em prol da finalização deste curso. Obrigada por todo o amor, carinho, compreensão e paciência. Sem você eu não teria conseguido.

À minha filha, Letícia Vilarinho de Moraes, por tão pequena já compreender minha ausência. Obrigada por entender que as mamadas precisavam ser intercaladas com a redação dessa tese. Por ser minha motivação para não desistir. Ser essa criança esperta, saudável, ativa, simpática e que me enche de alegria e amor!

À minha querida mãe, Maria Luci Costa Machado Vilarinho. Escolhemos a mesma profissão e se sou professora doutora hoje, é graças aos seus ensinamentos. Espelhei-me em você. Obrigada por todo o esforço que fizeste dedicando a sua vida para que tivéssemos o melhor. Por me incentivar, apoiar e cuidar da minha filha para que eu pudesse chegar até aqui.

A meu pai, Francisco José Vilarinho, por ser meu amigo e companheiro. Obrigada pelo apoio, conselhos e esforço que sempre fez para nos dar educação. Serei sempre grata por reorganizar sua vida e vir morar comigo em São Luís, e ajudar a cuidar da minha pequena Letícia.

Ao meu irmão, Marcos Vinícius Machado Vilarinho, que sempre estive ao meu lado, me ajudando, sempre disposto a me aconselhar, e partilhando de todas as minhas vitórias. Obrigada pela companhia nas viagens de carro para levar malas e mais malas de São Luís para Teresina, e de Teresina para São Luís.

Outros Agradecimentos

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e toda a equipe de professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC), que me acolheram com um calor humano inigualável. Assim me sinto hoje: metade Piauiense, metade Maranhense, pois fui abraçada por essa família que é o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA.

À Prof.^a Dr.^a Alcione Miranda, por toda disponibilidade em repassar seus conhecimentos estatísticos, auxiliando na análise dos dados.

A todos os colegas da turma 2015-2019 dessa pós, em especial às amigas mestres Sinara, Rafaela e Laine, que dividiram comigo angústias, alegrias, dificuldades, trabalhos em grupo e momentos de distração fora de sala de aula. Que se tornaram especiais em minha vida. Sinara, não esquecerei de toda ajuda e acolhimento em seu lar. Serei sempre grata!

À amiga e colega de turma do Doutorado, Carolina Abreu. Sem você eu não teria chegado até aqui. Deus coloca anjos em nossas vidas e agradeço a ele por ter colocado você perto de mim. Serei eternamente grata a toda a ajuda na análise e interpretação dos dados dessa tese.

Aos demais colegas da pós-graduação pelo companheirismo e amizade.

Às secretárias do PGSC, em nome da Sônia e da Leila, que sempre estiveram dispostas a ajudar no que fosse necessário, até mesmo à distância. Grata pela atenção de vocês!

À Universidade Federal do Piauí (UFPI), pela concessão desses anos de afastamento para qualificação, me proporcionando a oportunidade de me dedicar integralmente a essa pesquisa e às disciplinas do Doutorado.

Aos colegas professores da UFPI do Campus Amílcar Ferreira Sobral, em Floriano, Piauí, que compreenderam meu afastamento como oportunidade de crescimento não só pessoal, mas sim institucional.

Às amigas Marília Rosendo e Janaína Moraes, que me acolheram em São Luís, e se tornaram pessoas mais que especiais para mim. Os momentos que vivemos em São Luís ficarão sempre em minha memória.

Aos meus amigos-irmãos Elizabeth Lima Melo, Geyson Igo Medeiros, Ítalo Frota Araújo e Hilton Danilo Nunes, pela torcida para que eu finalizasse esse curso com êxito.

A todas as pessoas que me ajudaram a cuidar da minha filha nos momentos que precisei me ausentar para assistir as aulas e escrever esta tese. Serei sempre grata!

A todos os que foram meus professores, desde a educação infantil até os dessa pós-graduação, por me ensinarem a ir em busca do saber, a desvendar o desconhecido. Aprendi com vocês que é por meio da leitura, do estudo e da pesquisa que podemos descobrir um novo mundo. Tornar-me Doutora em Saúde Coletiva hoje não é mérito somente meu, mas de todos vocês que fizeram parte da minha história.

“Para mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer”

(Michel Odent)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Projeto Temático BRISA	32
Figura 2	Fluxograma da coorte de nascimento BRISA, e critérios de seleção para a amostra do estudo em São Luís (MA)	35
Figura 3	Fluxograma da coorte de nascimento BRISA, e critérios de seleção para a amostra do estudo em Ribeirão Preto (SP).	36
Quadro 1	Causas de cesáreas	38
Figura 4	Modelo hierarquizado para a peregrinação para o parto.	43

Artigo 1

Figura 1	Modelo hierarquizado para a peregrinação para o parto.	64
-----------------	--	----

Artigo 2

Figura 1	Gráfico Acíclico Direcionado (DAG) da relação da peregrinação para o parto nas condições desfavoráveis ao nascer e suas relações com as covariáveis.	80
-----------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1	Ocorrência de peregrinação de gestantes em busca de assistência ao parto em São Luís (MA) e Ribeirão Preto (SP), Brasil, 2010	64
Tabela 2	Características socioeconômicas, obstétricas e relacionadas ao parto segundo a peregrinação das gestantes para o parto em São Luís (MA) e em Ribeirão Preto (SP), Brasil, 2010	65
Tabela 3	Modelo final de fatores associados à peregrinação de gestantes para o parto em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2010	66
Tabela 4	Modelo final de fatores associados à peregrinação de gestantes para o parto em São Luís, Maranhão, Brasil, 2010	67

Artigo 2

Tabela 1	Características das mães que peregrinaram em São Luís, Maranhão, Brasil. 2010.	81-82
Tabela 2	Características dos recém-nascidos segundo a peregrinação para o parto, São Luís, Maranhão 2010.	83
Tabela 3	Problemas de saúde ao nascer entre os RN com apenas um PSN na amostra estudada, São Luís, Maranhão, Brasil, 2010.	83
Tabela 4	Análise não ajustada e ajustada da associação entre a peregrinação para o parto e problemas de saúde ao nascer entre os RN de amostra da coorte BRISA, São Luís, Maranhão, Brasil, 2010.	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACR	Acolhimento e Classificação de Risco
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
ANVISA	Agência de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BPN	Baixo Peso ao Nascer
BRISA	<i>Brazilian Ribeirão Preto and de São Luís Birth Coort Studies</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DND	Desfechos Neonatais Desfavoráveis
DAG	<i>Directed Acyclic Graph</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IdSUS	Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
IG	Idade Gestacional
MBPN	Muito Baixo Peso ao Nascer
MS	Ministério da Saúde
NPSN	Número de Problemas de Saúde ao Nascer
NPT	Nascimento Pré-termo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OR	<i>Odds Ratio</i> (Razão de chances)
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal, Parto e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PPT	Parto Pré-Termo
PN	Pré-Natal
PSN	Problema de Saúde ao Nascer
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RN	Recém Nascidos
RNPT	Recém Nascidos Pré-termo
RNT	Recém Nascidos a Termo
RP	Ribeirão Preto
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SL	São Luís
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMM	Taxa de Mortalidade Materna
TMI	Taxa de Mortalidade na Infância
TTN	Taquipnéia Transitória Neonatal
UTIn	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCIn	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFPI	Universidade Federal do Piauí
USP	Universidade de São Paulo

MORAES, LÍlian Machado Vilarinho de. **Peregrinação de gestantes para o parto:** fatores associados e consequências desfavoráveis ao nascer em duas coortes brasileiras BRISA. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018, 156p.

RESUMO

Introdução: A peregrinação para o parto é considerada fator de risco para a saúde da gestante e do feto, e pode estar associada a maior risco de óbito neonatal apesar do direito garantido à gestante de estar vinculada à maternidade onde seu parto será realizado. Entretanto, ainda há lacunas na literatura acerca dos desfechos neonatais desfavoráveis ao nascer e sua associação com a peregrinação para o parto. **Objetivos:** Analisar a peregrinação de gestantes em busca de assistência ao parto em duas cidades brasileiras. **Métodos:** Estudo seccional, que utilizou amostra da coorte BRISA nascimento. No primeiro artigo foi utilizada modelagem hierarquizada para analisar os fatores associados à peregrinação para o parto nas duas cidades brasileiras, em amostra de 10.475 puérperas admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião do parto em São Luís e Ribeirão Preto em 2010. No segundo artigo, apenas a coorte de nascimento de São Luís foi incluída, com amostra de 4.494 puérperas e seus recém-nascidos. Objetivou-se investigar a associação entre a peregrinação para o parto e problemas de saúde ao nascer utilizando regressão logística multivariada. As variáveis incluídas no modelo multivariado foram selecionadas a partir de gráficos acíclicos direcionados. Para comparação de médias do número de serviços que a gestante percorreu em busca de assistência e o número de problemas de saúde ao nascer apresentados pelos recém-nascidos, utilizou-se o teste de Wilcoxon e o teste Kruskal-Wallis. **Resultados:** A peregrinação para o parto foi mais frequente em São Luís (35,8%) do que em Ribeirão Preto (5,8%). Foram fatores associados à maior peregrinação em São Luís ser adolescente ($p=0,033$; IC=1,00 – 1,22), ser primípara ($p=0,005$; IC=1,04 – 1,24) e ter parto realizado por médico que não acompanhou o pré-natal ($p=0,038$; IC=1,02 – 1,91). Ter 35 anos ou mais ($p<0,001$; IC=0,54 – 0,84) ou parto pré-termo ($p=0,030$; IC=0,76 – 0,98) foram fatores de menor risco para peregrinação nesta cidade. Parto realizado em hospital público, gestantes pobres e com história de aborto prévio foram fatores associados a maior peregrinação nas duas cidades. Em Ribeirão Preto, gestantes sem companheiro ou cujos partos foram pré-termo tiveram mais chances de peregrinar. Em São Luís, verificou-se associação entre a peregrinação de gestantes no momento do parto e problemas de saúde ao nascer (OR= 1,27 ; IC95%: 1,01 – 1,61 ; $p=0,041$). Recém-nascidos com problemas de saúde ao nascer tiveram 39,3% mais de chances de necessitar de cuidados intensivos e maior chance de apresentar Apgar menor que sete no primeiro (OR= 9,5; IC95%: 7,4 – 12,2; $p<0,001$) e no quinto (OR=5,5; IC95%: 3,1 – 9,6; $p<0,001$) minutos de vida. **Conclusão:** Nas duas cidades brasileiras há desigualdades socioeconômicas no acesso ao parto hospitalar. Em São Luís, a peregrinação foi sete vezes maior do que em Ribeirão Preto. As gestantes que peregrinaram em Ribeirão Preto, vivenciaram a peregrinação em situação de maior risco. Em São Luís, quanto maior o número de serviços que a gestante buscou para ter assistência ao parto, maior foi a chance do RN ter algum problema de saúde ao nascer.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Parto; Maternidades; Análise Multivariada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	22
Geral	22
3.2 Específicos	22
4 REVISÃO DA LITERATURA	23
Dificuldade de acesso aos serviços de saúde obstétricos	23
Políticas e programas direcionados à saúde materna e infantil no Brasil	25
Peregrinação no momento do parto: um dilema atual	26
Causas e consequências da peregrinação para o parto	28
Peregrinação para o parto e condições desfavoráveis ao nascer	30
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS	32
Delineamento do estudo	32
Local do estudo	33
População e Amostra do Estudo	34
CrITÉRIOS de inclusão	37
CrITÉRIOS de Não Inclusão	37
5.4 Procedimentos de Coleta de dados	39
5.4.1 Instrumentos de coleta de dados	39
Variáveis do Estudo	40
Modelagem hierarquizada ou modelos multiníveis e Gráficos Acíclicos Direcionados (DAG) ou Diagramas causais	42
5.7. Análise Estatística	44
5.8 Considerações éticas	45
6. RESULTADOS	46

Artigo 1	46
Artigo 2	68
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS	102

1 INTRODUÇÃO

No cenário brasileiro atual, a carência de leitos nas maternidades e serviços públicos de assistência ao parto gera ansiedade nas gestantes que, mesmo realizando o pré-natal, não têm garantia de retaguarda hospitalar para o parto (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014). Muitas gestantes peregrinam para ter acesso a esses serviços, o que pode levar a sérias complicações maternas e perinatais (GOLDMAN, 2004; CUNHA et al., 2010).

Segundo Barbosa (2010), a palavra peregrinar remete à ideia de sacrifício através do qual se deseja chegar a um lugar abençoado. No caso das gestantes que peregrinam, o trajeto é dificultado pela dor, tornando-se uma saga. No entanto, nesse estudo, o conceito de peregrinação é definido como a necessidade da gestante de percorrer mais de um serviço de saúde até conseguir ter acesso ao atendimento para o parto (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010).

Ao abordar peregrinação de gestantes no momento do parto, discute-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, uma variável que interfere de forma direta em um dos princípios que alicerçam o Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade (BARBOSA, 2010). Vale ressaltar que o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde foram estabelecidos pela Constituição de 1988 (BRASIL, 2014).

Apesar de o acesso universal ser considerado um direito desde a Constituição de 1988, nos últimos anos a discussão sobre acesso das gestantes às maternidades no momento do parto vem sendo abordada por alguns autores como importante para bons indicadores da saúde materna e perinatal (MELO et al., 2007, BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010; CUNHA et al., 2010; BARRETO, 2013).

Apesar da ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS), do aumento da cobertura pré-natal (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012) e da taxa de parto hospitalar ser maior que 99% em 2011 (LEAL et al., 2014; PNUD, 2014), ainda persistem elevadas as razões de mortalidade materna e neonatal. Persistem também desigualdades regionais e sociais no acesso de gestantes a um cuidado adequado (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES, et al., 2015).

Segundo Lansky et al. (2014), no Brasil se vivencia um “paradoxo perinatal” com intensa medicalização do parto e nascimento e manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal, possivelmente relacionadas à baixa qualidade da assistência.

A redução da mortalidade materna e infantil está associada à atenção qualificada ao parto (PNUD, 2014; LANSKY et al., 2014) que se configura como foco prioritário para avanços nas políticas públicas voltadas para a saúde materna e neonatal (PNUD, 2014).

O principal componente da mortalidade infantil é a mortalidade neonatal (de 0 a 6 dias de vida) que é elevada, com taxa de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos em 2010 (MARANHÃO et al., 2012). Essa taxa é importante, pois grande parte das mortes infantis acontecem nas primeiras 24 horas (25%), o que indica uma relação estreita com atenção ao parto e nascimento (FRANÇA; LANSKY, 2009).

Um estudo concluiu que a possibilidade de intervenção no perfil da mortalidade infantil e materna desloca-se cada vez mais para a esfera dos serviços de saúde, e que o acesso à assistência de qualidade tem papel fundamental na determinação da mortalidade, sugerindo a necessidade de mais estudos para investigar a existência de desigualdades no acesso a tais serviços (MELO et al., 2007).

Assim, é válido dizer que a redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde materna são Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deveriam ter sido alcançados até o ano de 2015 pelo Brasil e mais 188 países. Avanços foram observados em relação à mortalidade infantil, pois a razão de mortalidade na infância (RMI) caiu 47% em 22 anos no mundo. No Brasil, essa taxa caiu consideravelmente de 53,7 em 1990 para 17,7 mortes por mil nascidos vivos em 2011, alcançando o 4º ODM de reduzir 2/3 da mortalidade de crianças menores de cinco anos (PNUD, 2014). No Maranhão, a TMI reduziu 19,9% entre 1995 e 2013 e em São Paulo a redução dessa taxa foi ainda maior (52,0%) no mesmo período (BRASIL, 2015).

Quanto à saúde materna, observou-se que a mortalidade de mulheres durante a gravidez, parto ou puerpério reduziu de forma acentuada no Brasil (141 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 64 óbitos por mil nascidos vivos em 2011). Contudo, o país ainda não alcançou o 5º ODM estipulado até 2015 (35 óbitos por mil nascidos vivos) (PNUD, 2014).

Em setembro de 2015 houve uma articulação internacional dos países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) para promover o desenvolvimento sustentável e a erradicação da pobreza. Elaborou-se uma agenda de ações a serem desenvolvidas e priorizadas pelas 193 nações que aprovaram o documento intitulado *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Tal documento estabelece um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas a serem alcançadas pelas nações até 2030 (ONU, 2015).

O terceiro objetivo da Agenda 2030 é a saúde e o bem-estar para todos. O texto da agenda explicita a necessidade de alcançar a cobertura universal de saúde e acesso a cuidados de qualidade. Afirmar também um compromisso em acelerar os progressos alcançados até o momento na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, dando um fim a todas essas mortes evitáveis antes de 2030 (ONU, 2015).

Até 2030, a meta é reduzir a RMM global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (ONU, 2015).

Outra meta relacionada à saúde das mulheres é assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais (ONU, 2015).

No Maranhão, a razão de mortalidade materna (MM) reduziu de 101,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1996 para 96,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2013. É válido ressaltar que, em 2013, apenas 4,7% das gestantes estavam sem acompanhamento pré-natal, 31,7% haviam realizado sete ou mais consultas de pré-natal, entretanto a redução de mortes maternas ao longo de 17 anos foi quase insignificante (5,0 óbitos por 100 mil nascidos vivos) (BRASIL, 2015).

Em São Paulo, a RMM reduziu de 43,6 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1996 para 39,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2013. Em 2013, apenas 1,3% das gestantes não tinham acompanhamento pré-natal e 75,9% haviam realizado sete ou mais consultas, evidenciando a ampliação da cobertura no pré-natal, apesar de reduzir apenas 4,3 óbitos por mil nascidos vivos ao longo de 17 anos (BRASIL, 2015).

Apesar desses avanços, dados da pesquisa *Nascer no Brasil* mostraram o panorama nacional da atenção ao parto e nascimento no país. A pesquisa concluiu que a peregrinação de gestantes no momento do parto e o nascimento de crianças que necessitariam de Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIn) em hospitais sem esse recurso são lacunas na organização na rede de atenção perinatal (LANSKY et al., 2014; LEAL et al., 2014).

Esforços têm sido feitos pelo governo brasileiro para aumentar o número de leitos de UTIn em todo território nacional, visto que esse número aumentou de 5,3 por 10 mil nascidos vivos em 1999 para 25,2 em 2010 (VICTORA et al., 2011; BRASIL, 2011). O déficit de leitos em Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIn) e UTIn, a falta de estrutura

física e o risco de nascimento pré-termo são apontados como justificativa para a recusa do atendimento ou necessidade de referenciar as gestantes para outro serviço (MONTESCHIO et al., 2014; ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

Estudos mostram ainda que a preocupação em garantir o acesso das gestantes à maternidade contemplam na maior parte dos casos, apenas aquelas que durante o pré-natal foram classificadas como gestantes de alto risco (LEAL et al., 2004; ALBUQUERQUE et al., 2011; BARRETO, 2013). Tal fato pode ser justificado pela escassez de leitos apontada como a causa do fluxo de gestantes em busca de atendimento no momento do parto (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

Além dessas questões apresentadas, estudos evidenciam a associação entre a dificuldade de acesso à rede de atenção à saúde no momento do parto aos desfechos perinatais desfavoráveis (BARRETO, 2013; LEAL, et al., 2014). A peregrinação para o parto é um dentre os vários fatores que estão associados ao óbito neonatal, tais como muito baixo peso ao nascer, asfixia ao nascer e intercorrências maternas na gestação (LANSKY et al., 2014).

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, apesar dos avanços observados na área da saúde da mulher e da criança, ainda é realidade a peregrinação das gestantes no momento do parto que favorece condições adversas ao nascer e aumento das taxas de mortalidade materna e neonatal (RODRIGUES et al., 2015).

Estudar a peregrinação de gestantes no momento do parto em busca de vaga nos serviços de saúde é importante, pois estudos recentes que investigaram as causas, fatores associados e consequências da peregrinação de gestantes no momento do parto mostram que ainda há inadequação na oferta de leitos obstétricos. Também não há garantia de local apropriado para o parto e as gestantes permanecem recebendo como resposta “não há vaga”, e necessitam percorrer mais de um serviço de saúde em busca de assistência obstétrica no momento do parto (CUNHA et al., 2010; ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012; ARAÚJO, 2012; PINHEIRO, 2014; MONTESCHIO et al., 2014).

Ademais, apenas um inquérito nacional compara as regiões brasileiras considerando a peregrinação para o parto como um dos fatores relacionados à falta de organização na rede de atenção perinatal (LANSKY et al., 2014). Tal estudo afirma que os óbitos neonatais se concentram nas regiões Nordeste (38,3%) e Sudeste (30,5%) do Brasil.

Portanto, este estudo torna-se relevante, pois se propõe a compreender indiretamente o acesso aos serviços de atenção ao parto e nascimento, comparando as duas cidades localizadas em diferentes regiões brasileiras (Nordeste e Sudeste) que têm características contrastantes e concentram os maiores percentuais de óbitos neonatais (LANSKY et al., 2014).

Além disso, verificou-se lacunas na literatura, em relação aos estudos que tenham como objetivo investigar a associação do ato de peregrinar em busca de internação no momento do parto e às condições desfavoráveis ao nascer, o que torna ainda mais relevante o presente estudo.

Assim, emergem as seguintes perguntas de estudo: quais os fatores associados à peregrinação de gestantes no momento do parto? Quem são as mulheres que peregrinam em busca de assistência ao parto? Quais as condições ao nascer dos recém-nascidos de mulheres que peregrinaram em busca de assistência ao parto? Peregrinação para o parto está associada a problemas de saúde ao nascer?

Como hipóteses do presente estudo, assume-se:

1. A peregrinação de gestantes no momento do parto é mais frequente no Nordeste que no Sudeste brasileiro;

2. Mulheres com melhor poder aquisitivo, multíparas, cuja gestação é de risco habitual são menos propensas à peregrinação no momento do parto.

3. A peregrinação de gestantes à maternidade no momento do parto está associada às condições desfavoráveis ao nascer.

Como produto final, foram elaborados dois artigos oriundos dessa pesquisa:

1) Prevalência e fatores associados à peregrinação para o parto em duas coortes de nascimento brasileiras: BRISA (submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública. Qualis: A2 para Saúde Coletiva)

2) Peregrinação para o parto está associada às condições desfavoráveis ao nascer? (será submetido à Revista Pan-Americana de Saúde Pública. Qualis A2 para Saúde Coletiva).

3 OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar a peregrinação de gestantes em busca de assistência ao parto em duas cidades brasileiras.

Específicos

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas das puérperas;
- Estimar a prevalência de peregrinação para o parto em duas cidades brasileiras;
- Identificar os fatores associados à peregrinação de gestantes no momento do parto;
- Comparar dados relacionados à peregrinação de gestantes no momento do parto em duas coortes brasileiras;
- Investigar a associação entre peregrinação das gestantes no momento do parto e as condições desfavoráveis ao nascer.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Dificuldade de acesso aos serviços de saúde obstétricos

Ao estudar peregrinação de gestantes no momento do parto, não se pode deixar de abordar o acesso aos serviços de saúde, visto que as gestantes só peregrinam devido à dificuldade de garantir atendimento nos serviços de saúde obstétricos.

Na literatura internacional, os estudos discutem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde obstétricos da população que reside em zona rural comparada a que reside em zona urbana (KOZHIMANNIL et al., 2013; LANDINI et al., 2015). As pesquisas debatem essa temática da dificuldade de acesso aos serviços obstétricos à luz da “Teoria das Três Demoras” conhecida internacionalmente como *The Three Delays Theory* (THADDEUS; MAINE, 1994). Tal teoria foi criada na década de 1990, e descreve as três demoras na obtenção de atenção qualificada em tempo hábil: (1) demora do indivíduo/família em decidir buscar o serviço de saúde; (2) demora para chegar ao serviço de saúde; e (3) demora para receber os cuidados de saúde adequados (PACAGNELLA et al., 2014).

A primeira demora pode ser relacionada ao baixo status socioeconômico e baixo nível de escolaridade, experiência prévia ruim nos serviços de saúde e até aceitação do óbito materno como algo natural. A segunda demora envolve a grande distância da residência até o serviço de saúde, a baixa disponibilidade e os custos relacionados ao transporte, assim como a infraestrutura viária deficiente, e as barreiras geográficas que dificultam o acesso aos serviços de saúde (THADDEUS; MAINE, 1994; PACAGNELLA et al., 2014). A peregrinação de gestantes em busca de assistência ao parto pode ser compreendida como um dos componentes da segunda demora descrita nessa teoria.

Por fim, a terceira demora está relacionada aos estabelecimentos de saúde mal equipados, ausência de médicos, inadequado treinamento da equipe multiprofissional, assim como demora para encaminhamento adequado aos pacientes que necessitam do atendimento (THADDEUS; MAINE, 1994; PACAGNELLA et al., 2014).

No contexto brasileiro, apesar da legislação garantir acesso universal e equitativo, na prática o acesso ainda é “seletivo, focalizado e excludente” (ASSIS; JESUS, 2012). Mesmo após 20 anos da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a saúde sendo um direito garantido pela Constituição Federal desde 1988, e dos avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços da rede básica de saúde, o acesso aos serviços de saúde ainda se constitui em um desafio (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015; LEAL et al., 2017).

Decretos, leis, portarias e outros documentos normativos garantem a descentralização e regionalização dos serviços de saúde, a constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a regulação do acesso em saúde por meio da Política Nacional de Regulação em Saúde. No entanto, para garantir a Universalidade e Equidade instituídas pelos princípios do SUS e efetivar o direito de gestantes e seus bebês de terem um parto e nascimento seguros, ainda há muito a ser feito.

Há uma diversidade de conceitos que tornam complexo o tema do acesso aos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Segundo Bonello e Correa (2014), o conceito de acesso se relaciona às necessidades de saúde, à demanda, à oferta e ao uso desses serviços. Donabedian utilizou o termo *acessibilidade* em vez de acesso, descrevendo que a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo (atributos sócio-organizacionais), assim como a distância física entre o usuário e o serviço (acessibilidade geográfica) influenciam significativamente o acesso à saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Sanchez e Ciconelli (2012) afirmam que, embora ainda exista considerável debate sobre o conceito de acesso à saúde, há um consenso na literatura de que acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde, mas sim à oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos.

Outra pesquisa evidenciou que nos municípios com menor porte populacional há relevante dificuldade de acesso, expressas na procura por mais de uma maternidade e pelo excessivo número de partos em domicílio, sem assistência de um profissional qualificado (LEAL et al., 2017).

Nos últimos cinco anos, a peregrinação para o parto tem sido objeto de estudos nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste, aumentando a evidência de que o acesso à assistência obstétrica é um problema vivenciado em âmbito nacional (LEAL et al., 2017; PINHEIRO, 2014; FURTADO; GOMES; GAMA, 2016; SILVA, 2015).

Esse fato chama atenção, pois existe no Brasil um arcabouço normativo que garante o direito a um parto e nascimento seguros, por meio da vinculação da gestante à maternidade e ingresso desta aos serviços de saúde no momento do parto em tempo oportuno (ARAÚJO, 2012).

Políticas e programas direcionados à saúde materna e infantil no Brasil

O Brasil já assinou vários acordos internacionais relacionados à questão da maternidade, e assumiu compromissos que podem ser objeto de acompanhamento e cobrança, cujo descumprimento por parte das autoridades públicas implica em crime de responsabilidade (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

As questões ligadas à saúde da mulher ganharam mais espaço na agenda política do país na década de 1980. O Ministério da Saúde criou, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM), que tinha como objetivo atender as necessidades de saúde das mulheres durante todo seu ciclo vital. Em 1985, criou o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Em 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal, Parto e Nascimento (PHPN). Em 2004, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e os Comitês de Mortalidade Materna. E em 2005, a Agenda de Atenção Integral à Saúde da Criança.

Todas essas iniciativas do governo brasileiro em conjunto com amplas transformações sociais nos últimos anos afetaram positivamente os indicadores sexuais e reprodutivos e contribuíram para o empoderamento da mulher. Tais transformações sociais englobam a melhoria na educação das mulheres, urbanização e mudanças no seu papel na sociedade com maior acesso das mulheres ao mercado de trabalho e menor número de filhos. Assim, seus direitos são garantidos e há melhoria das condições de saúde materna e infantil (VICTORA et al., 2011).

Em 2006, o Pacto pela Saúde estabeleceu ações prioritárias para a melhoria da saúde materna e a redução da mortalidade infantil, tornando obrigatória a inclusão dessas ações nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, ao firmar o compromisso dos gestores com o alcance de metas pactuadas (BRASIL, 2006).

No que se refere à atenção a saúde materna, é importante mencionar dois eventos: primeiro, a publicação da lei que estabelece a vinculação do pré-natal ao local de parto, afirmando como direito da gestante conhecer a maternidade onde receberá assistência, no âmbito do SUS (BRASIL, 2007). O segundo é o estabelecimento de parâmetros para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

Outra iniciativa relevante foi o lançamento da Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária, em 2008. Porém, desde o início da década de 1990, já se observava uma curva de aumento das taxas de cesáreas no Brasil, que nenhum

outro país apresentava (FAÚNDES; CECATTI, 1991). Recentemente dados oficiais revelam que as taxas de cesáreas nos serviços privados brasileiros são superiores a 80%. Um número preocupante quando se compara com o recomendado (15%) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (LEAL et al., 2014).

Em 2011, o MS instituiu, por meio da Portaria nº 1.459, a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Assegura à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem os seguintes objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses (BRASIL, 2011).

A regulamentação da Rede Cegonha propõe a qualidade da assistência às mulheres, com investimentos dos Estados e Municípios para a construção ou adequação de maternidades. Segue a Resolução de Diretoria Colegiada nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vigente nos serviços obstétricos, em prol da garantia da vinculação e do acesso das mulheres às maternidades.

Tal rede de atenção propõe estratégias para assegurar o acesso, o direito de um leito e a vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público, além de garantir o transporte seguro até o local em que será realizado o parto (BRASIL, 2011; CARNEIRO, 2013). Porém, ainda está presente no cotidiano das maternidades a peregrinação das gestantes no momento do parto, reduzindo a qualidade dos serviços obstétricos, considerada um importante indicador para a saúde da mulher (RODRIGUES, et al., 2015).

Peregrinação no momento do parto: um dilema atual

O conceito de peregrinação para o parto foi definido como a necessidade de percorrer um ou mais serviços de saúde até conseguir ter acesso ao atendimento em saúde (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010). Nos últimos anos, a discussão sobre o acesso das gestantes às maternidades no momento do parto tem sido abordada por alguns autores (MELO et al., 2007; CUNHA et al., 2010; BARRETO, 2013; FERREIRA, 2015; FURTADO; GOMES; GAMA, 2016; SILVA, 2015). Entre eles estão os que consideram a peregrinação para o parto uma violência obstétrica por estar relacionada ao processo

reprodutivo e à anulação de direitos e afirmam ser este um problema de saúde pública pela carência de leitos obstétricos (RODRIGUES et al., 2015).

A peregrinação para o parto é compreendida também como violência institucional definida pelo MS como aquela exercida pelos próprios serviços públicos por ação ou omissão (PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015).

Tal violência ocorre em decorrência do sucateamento e da precarização da política de saúde que influenciam negativamente sobre as políticas referentes à saúde das mulheres. Se expressam na negação do acesso aos serviços, nas filas de espera, na insuficiência do quadro de profissionais, estrutura inadequada e ausência de insumos no âmbito da atenção às parturientes (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

Nos últimos anos, estudos abordaram os fatores associados ao acesso à assistência ao parto (MONTESCHIO et al., 2014; FERREIRA, 2015), a desigualdade desse acesso (ARAÚJO, 2012), a relação entre a mortalidade infantil e a dificuldade de acesso à maternidade no momento do parto (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012). Outros estudos analisaram o acesso à assistência ao parto de adolescentes na rede SUS (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010; BARBASTEFANO, 2009; FURTADO; GOMES; GAMA, 2016).

Tais estudos apontaram que, apesar de avanços na área da saúde da mulher, a peregrinação ainda é um problema de saúde pública pela carência de leitos obstétricos, o que impede uma assistência qualificada e resolutiva (RODRIGUES et al., 2015).

Apesar de a assistência pré-natal estar sempre no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, permanecem as questões sobre a garantia de acesso da gestante à maternidade na hora do parto. Ademais, discute-se a qualidade da atenção ofertada a essas mulheres nas mais diversas regiões do Brasil, durante o trabalho de parto e parto (BARRETO, 2013).

Após a Lei nº 11.634 de 27 de setembro de 2007, gestores da esfera federal, estadual e municipal devem incluir no seu plano de gestão estratégias para superar as barreiras que dificultam o acesso da gestante à maternidade. Esta lei delega aos serviços de saúde do SUS a responsabilidade da vinculação da gestante à maternidade na qual o parto será realizado (BRASIL, 2007; BARRETO, 2013).

Ao analisar a peregrinação das gestantes no momento do parto na região Nordeste, Barreto (2013) concluiu que mais de 50% das mulheres não foram informadas sobre o local que deveriam realizar o parto. A Paraíba foi o estado que realizou o maior número de indicações do local em que a mulher deveria parir. Também foi observado que 19,2%

procuraram dois ou mais serviços de saúde até serem atendidas. Em Pernambuco 36,4%, e em Sergipe, 28,4% dos partos foram realizados fora do município de residência, proporção significativamente maior que a de outros estados do Nordeste. Apenas 9,4% tiveram os partos realizados em maternidades vinculadas como determina a Lei nº 11.634/ 2007 (BRASIL, 2007).

Estudos demonstraram que são fatores de risco para a mortalidade infantil o deslocamento intermunicipal para a internação no momento do parto associado ao baixo nível socioeconômico e pequeno porte populacional do município. Além desses, a desigualdade de serviços qualificados (mais frequentes nos centros urbanos) e a falta de articulação entre serviços de assistência ao parto e a atenção básica (ARAÚJO, 2012; ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Segundo dados de França e Lansky (2009), as mulheres mais pobres e menos instruídas que vivem em zonas rurais têm menor chance de realizar o parto na presença de um profissional de saúde do que mulheres com maior grau de instrução e que residem em zonas urbanas. Portanto, o modelo de atenção ao parto vigente no Brasil não tem garantido o acesso equânime para as usuárias do SUS e muitas gestantes estão expostas a sequelas decorrente da peregrinação (ARAÚJO, 2012).

Causas e consequências da peregrinação para o parto

Antigamente o parto era um evento feminino realizado por parteiras leigas em ambiente domiciliar. Com os avanços científicos o parto foi institucionalizado e passou a ser um evento medicalizado e “controlado” por médicos em ambiente hospitalar (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Na atualidade, a maioria das mulheres deseja um parto hospitalar por acreditar ser este um ambiente mais seguro. No Brasil, 99% dos partos ocorre em ambiente hospitalar (PNUD, 2014). Entretanto, é comum a peregrinação de gestantes em busca de assistência obstétrica na hora do parto, pois não há leitos obstétricos suficientes e nem estrutura adequada nos serviços de saúde para atender gestantes de alto risco, que necessitam de atendimento em UTI materna ou neonatal (MONTESCHEIO et al., 2014; ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014; RODRIGUES et. al., 2015).

Outra causa da peregrinação no momento do parto é a ausência de uma rede de atenção à saúde materna e perinatal regionalizada. Isto leva a um deslocamento ou peregrinação intermunicipal aumentando o risco de complicações maternas e neonatais.

Recentemente, um estudo evidenciou a associação da peregrinação para o parto com óbitos neonatais evitáveis (LANSKY et al., 2014).

Deve-se considerar a saúde neonatal como área relevante na agenda nacional, já que, segundo Victora et al. (2014), dois terços dos óbitos infantis ocorrem no período neonatal, tendo em vista o aumento do número de recém-nascidos prematuros. O governo tem realizado grandes investimentos públicos para a criação de UTIn em todo o território brasileiro. O número de leitos dessas unidades aumentou de 5,3 por 10.000 nascidos vivos em 1999 para 25,2 em 2010 (VICTORA et al. 2011; BRASIL, 2011).

A mortalidade neonatal precoce reflete em grande parte a qualidade da assistência obstétrica, sendo o componente da mortalidade infantil o que vem apresentando a menor queda nos últimos anos. Globalmente, esta diminuiu de 28% das 32 mortes por mil nascidos vivos em 1990, para 23% em 2010, com média de 1,7% ao ano. No Brasil, em 2010 ocorreram 36 mil mortes neonatais (FRANÇA, LANSKY, 2009).

O principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento (FRANÇA; LANSKY, 2009; BRASIL, 2012).

Estudo de Oliveira et al. (2013) mostra que no período de 2006 a 2010 foram registrados 14.514.533 nascidos vivos de mães residentes no Brasil e 150.496 óbitos neonatais. Quando se observa a distribuição do coeficiente de mortalidade neonatal (CMN) apresentado por esses autores, verifica-se que os maiores coeficientes se concentraram nos estados das regiões Norte e Nordeste.

Alguns estudos mostram que o CMN vem apresentando declínio muito lento no país em virtude da permanência dos elevados níveis de mortalidade por fatores ligados à gestação e ao parto. Essa situação reflete as desigualdades sociais do país e a dificuldade de acesso a serviços de saúde em tempo oportuno, com a qualidade e resolubilidade necessária (BRASIL, 2011; LANSKY et al., 2014).

Apesar do progresso alcançado no Brasil, com mudanças significativas como redução de disparidades de renda, melhoria da educação das mulheres, redução das taxas de fertilidade e implementação de programas nacionais para melhorar a saúde da mulher e das crianças, ainda é um desafio a redução das mortes maternas (VICTORA et al., 2011).

Um requisito fundamental para maiores avanços na redução das mortes maternas é compreender as causas de tais óbitos. Entre 2003 e 2009, hemorragia (27%), distúrbios

hipertensivos (14%) e sepse (11%) foram responsáveis por mais de metade das mortes maternas em todo o mundo (SAY et al., 2014).

Relatório da OMS sobre as causas globais das mortes maternas destaca o impacto que condições médicas preexistentes (diabetes, AIDS, malária e obesidade) têm sobre a saúde durante a gravidez, sendo responsáveis por 28% das mortes deste tipo no mundo. Esta proporção é similar a das mortes por hemorragias graves durante gravidez ou parto que, isoladamente, é a principal causa da morte materna no mundo (SAY et al., 2014).

Segundo Santos Neto et al. (2008), a perpetuação de elevados índices de mortalidade materna ao longo dos anos ressalta a necessidade de se repensar sobre a trajetória percorrida até o presente momento quanto à implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher.

Embora sejam representativos os avanços alcançados pelo SUS, torna-se importante superar a fragmentação das ações e serviços e organizar a atenção à saúde. Deve-se considerar que o cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde divergentes entre as regiões do país (BRASIL, 2014).

No Brasil, a partir do Pacto pela Saúde, ressalta-se a relevância da integração entre os serviços de saúde e a necessidade de aprofundar o processo de regionalização sob a forma de Rede como estratégia essencial para consolidar os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 2014).

Entretanto, é importante se falar da necessidade de um sistema de referência e contra referência de gestantes da APS para serviços de maior complexidade, garantindo também um sistema de regulação dos leitos obstétricos. A ausência de tais leitos tem sido apontada como a principal causa da peregrinação de gestantes no momento do parto (CUNHA et al., 2010).

Peregrinação para o parto e condições desfavoráveis ao nascer

Poucos estudos nacionais têm documentado a associação entre peregrinação para o parto e condições ao nascer desfavoráveis. Estudos recentes têm como objeto de estudo os fatores associados à peregrinação de gestantes em busca de assistência ao parto, porém estes não evidenciam se o ato de peregrinar interfere nas condições ao nascimento. Após busca na base de dados internacional (Pubmed) e nas bases nacionais (Google Acadêmico, Scielo e Lilacs), além de bancos de Dissertações e Teses da USP, no período de agosto de 2017 a janeiro de 2018, encontramos apenas dois estudos, de delineamento transversal, que citam em

seus resultados que não há associação entre a peregrinação para o parto e os desfechos neonatais desfavoráveis (DND) (PINHEIRO, 2017; BARBOSA, 2010).

O primeiro desses estudos foi realizado no Rio de Janeiro e abordou a associação da peregrinação com condições de vida desfavoráveis de forma descritiva. Verificou que 99,2% do binômio mãe-filho tinham boas condições de higiene no momento da internação (BARBOSA, 2010).

O estudo mais recente foi realizado na região Sudeste, com dados do inquérito nacional *Nascer no Brasil* e analisou a associação entre os fatores sociodemográficos, organizacionais, obstétricos e assistenciais e os DND. Os resultados mostraram que a peregrinação não apresentou relevância estatística quanto aos DND ($p=0,235$), apesar de na análise descritiva se observar um percentual de 10,6% de DND dentre as parturientes que peregrinaram em busca de assistência ao parto (PINHEIRO, 2017).

Em uma revisão sistemática não foram encontradas evidências conclusivas para apoiar uma ligação causal entre a distância percorrida pela gestante ou do tempo de deslocamento da sua residência à maternidade e os resultados perinatais adversos (PUBLIC HEALTH WALES NHS TRUST, 2015).

Entretanto, estudos mostram que a peregrinação para o parto é um dentre os vários fatores que estão associados ao óbito infantil, neonatal e a natimortalidade (LEAL et al., 2017; BATISTA et al., 2017; VIEIRA, 2017). Pesquisa mostrou que não há articulação entre os níveis de atenção ambulatorial e hospitalar para a assistência ao parto, sendo a ausência de vinculação da gestante a uma maternidade um importante fator de risco para o óbito infantil (LEAL et al., 2017). Isto ocorre principalmente em cidades de pequeno e médio portes, com grande contingente de população rural. Esse mesmo estudo afirma que devido à desarticulação da rede assistencial, a chance de ocorrência de peregrinação para o parto, quando envolveu mulheres com risco obstétrico, foi quase três vezes maior entre os casos de óbito infantil do que entre os que não foram a óbito.

Visto que os desfechos desfavoráveis ao nascer ainda são pouco investigados (PINHEIRO, 2017) e as condições do bebê ao nascimento também refletem a qualidade da assistência ao parto, é necessário e relevante verificar se peregrinar em busca de assistência ao parto interfere negativamente nas condições ao nascer.

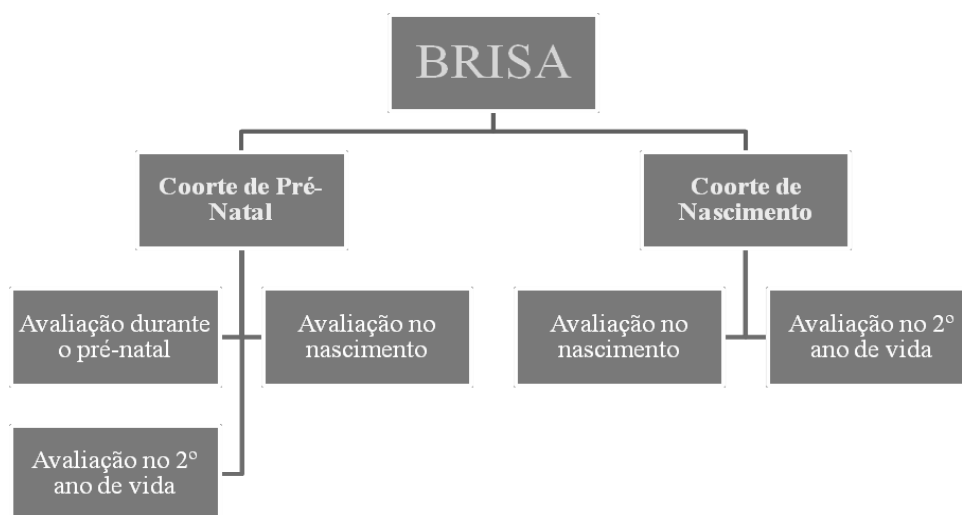
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, de base populacional aninhado a uma coorte denominada “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras” - BRISA (*Brazilian Ribeirão Preto and de São Luís Birth Cohort Studies*).

O objetivo principal do projeto temático BRISA foi avaliar novos fatores de risco para nascimento pré-termo (hipóteses neuroendócrina, imuno-inflamatória e de intervenção médica), indicadores de saúde perinatal e o impacto sobre o crescimento, em duas coortes nas cidades de Ribeirão Preto (São Paulo) e São Luís (Maranhão) avaliadas em três momentos: gestação, nascimento e primeiro ano de vida, e subdivididas em duas coortes: de *pré-natal* e de *nascimento* (Figura 1).

Figura 1. Projeto Temático BRISA



Fonte: autoria própria.

Para este estudo foram utilizados dados da coorte de nascimento da cidade de Ribeirão Preto e de São Luís (BRISA) referentes a todos os partos hospitalares ocorridos em 2010 em Ribeirão Preto e 1/3 dos partos ocorridos em São Luís neste mesmo ano. A coorte BRISA foi desenvolvida pelo Departamento de Saúde Pública/Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (USP).

Local do estudo

A capital São Luís situa-se no litoral norte do Maranhão, em uma das regiões mais pobres do país. Para 2010, sua população foi estimada pelo IBGE em 1.014.837 habitantes, sendo São Luís o município mais populoso do estado. Sua área é de 831,7 km², e desse total 157,5656 km² estão em perímetro urbano. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, segundo dados das Nações Unidas datados do ano 2010, foi de 0,768, alto se comparado ao índice de desenvolvimento humano do Maranhão (que foi de 0,639 no mesmo ano), e acima da média brasileira, sendo a décima quinta capital estadual brasileira com maior IDH e a terceira capital do Nordeste com maior IDH, perdendo apenas para Recife e Aracaju (IBGE, 2014).

Em São Luís a pesquisa foi realizada em dez hospitais, sendo seis públicos e quatro da rede privada, que registraram 100 ou mais partos por ano em 2008. Os hospitais ou maternidades em São Luís que foram campo de coleta foram: Hospital Universitário Materno-Infantil, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Marly Sarney, Santa Casa, Maternidade Maria do Amparo, Hospital Nossa Senhora da Penha, Clínica São Marcos, Clínica Luiza Coelho, Hospital São Domingos e Hospital Aliança.

Tais hospitais foram escolhidos após levantamento de dados registrados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) no ano de 2008, quando foram registrados 18.126 nascimentos de residentes no município de São Luís distribuídos em 16 unidades de saúde. Após esse levantamento, foram excluídos da pesquisa os hospitais com menos de 100 partos por ano (correspondendo a 3.3% de todos os partos hospitalares da cidade de São Luís) (SILVA, et al., 2015).

Ribeirão Preto ocupa uma área de 650,955 km², sendo que 127,309 km² estão em perímetro urbano e os 523,051 km² restantes na zona rural. Para 2010 sua população foi estimada pelo IBGE em 604.682 habitantes. O município foi o que mais cresceu entre as maiores cidades do estado de São Paulo. O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,800, considerado elevado em relação ao país, sendo o vigésimo segundo maior do estado. Na segunda metade do século XX foram incrementados investimentos nas áreas de saúde, biotecnologia, bioenergia e tecnologia da informação, sendo declarada em 2010 como "polo tecnológico". O Ministério da Saúde aponta Ribeirão Preto como a melhor cidade paulista e a terceira do país entre os 29 municípios brasileiros com maior renda e infraestrutura, em acesso e qualidade dos serviços de saúde prestados à população pelo SUS (IBGE, 2014).

A coorte de base populacional para Ribeirão Preto foi formada ao longo do ano de 2010, incluindo todos os nascimentos de mães residentes em Ribeirão Preto, em oito hospitais públicos ou privados e maternidades. As oito maternidades em Ribeirão Preto que foram campo de coleta foram: Hospital e Maternidade Ribeirânea; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP); Hospital São Lucas; Hospital Santa Casa; Hospital Materno Infantil Mater; Hospital Sinhá Junqueira e Hospital São Paulo.

População e Amostra do Estudo

A população deste estudo foi composta por todas puérperas que demandaram atenção hospitalar ao parto, cujos partos ocorreram em 2010, em uma das maternidades selecionadas para a pesquisa, tanto em São Luís como em Ribeirão Preto.

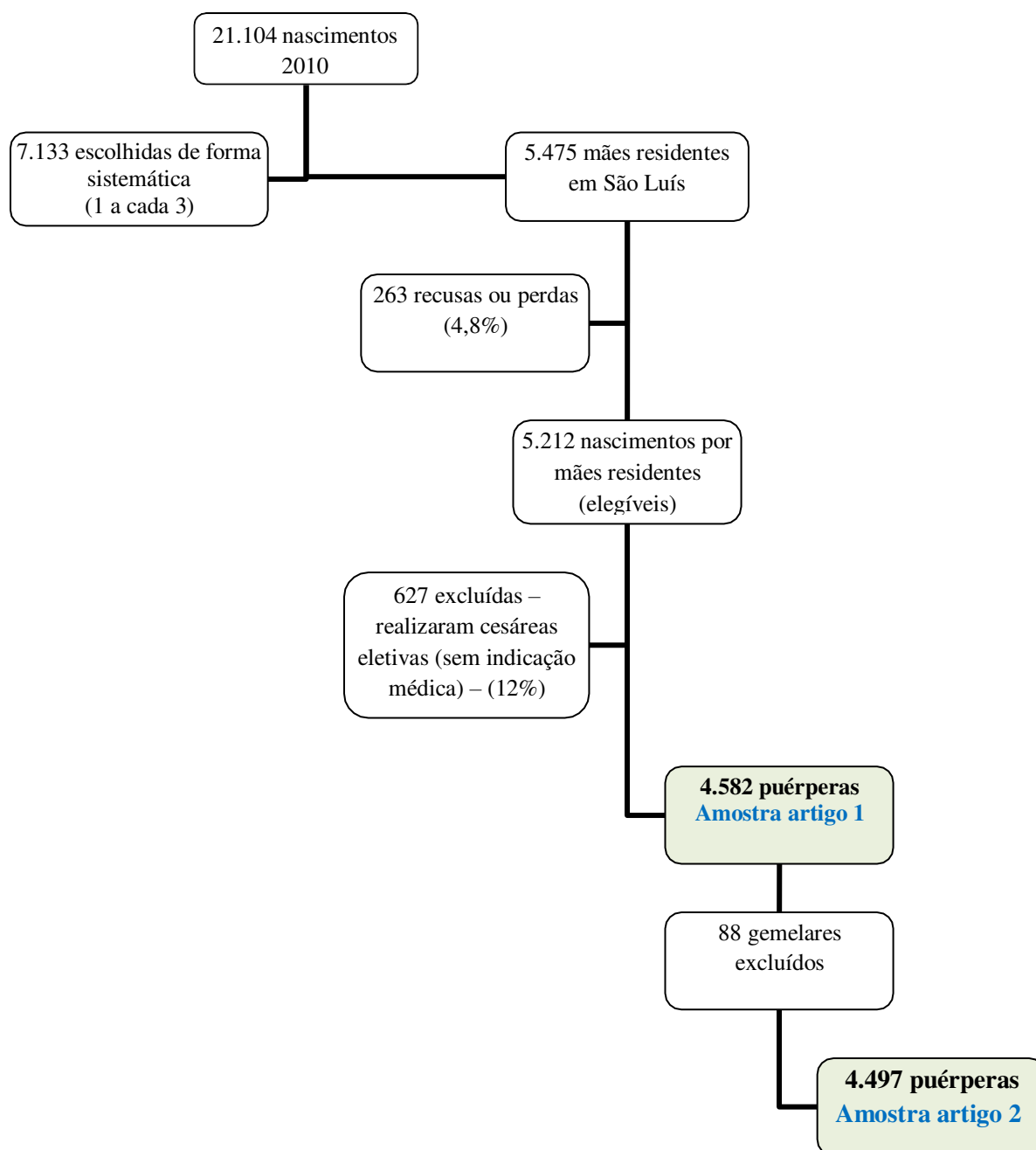
Em São Luís, o tamanho da amostra foi calculado com base no número de nascimentos hospitalares ocorridos no ano de 2008, o que representava 98% de todos os nascimentos ocorridos em São Luís, garantindo uma amostra representativa da população. Para o projeto BRISA, o tamanho mínimo da amostra foi fixado em 5.000 nascimentos, possibilitando uma estimativa de prevalência por volta de 50%, com uma precisão de 2% e nível de confiança de 99% (SILVA et al., 2015).

A amostra do estudo foi estratificada por hospital com quota proporcional ao número de partos e no hospital utilizou-se a técnica de amostragem sistemática. Inicialmente, listaram-se todos os nascimentos ocorridos em cada unidade hospitalar por ordem do nascimento, catalogando todos os nascidos vivos ou mortos utilizando uma ficha de controle de nascimento (SILVA et al., 2015).

No primeiro dia de coleta de dados em cada hospital ou maternidade foi sorteado um início casual entre 1 e 3. O valor do intervalo amostral foi três, visto que o estudo pretendia analisar 1/3 de todos os nascimentos ocorridos em 2010, o que corresponde a aproximadamente 6.000 nascimentos, segundo os dados do levantamento do SINASC em 2008. A partir daí, de forma sucessiva, somava-se o início casual ao intervalo amostral (SILVA et al., 2015).

Ao final, houve uma perda de 263(4,8%) por recusa das puérperas de participarem do estudo, somadas às altas precoces, resultando em uma amostra de 5.212 puérperas que demandaram atenção hospitalar ao parto, nos hospitais selecionados para o estudo (Figura 2).

Figura 2. Fluxograma da coorte de nascimento BRISA, e critérios de seleção para a amostra do estudo em São Luís (MA)



Fonte: autoria própria.

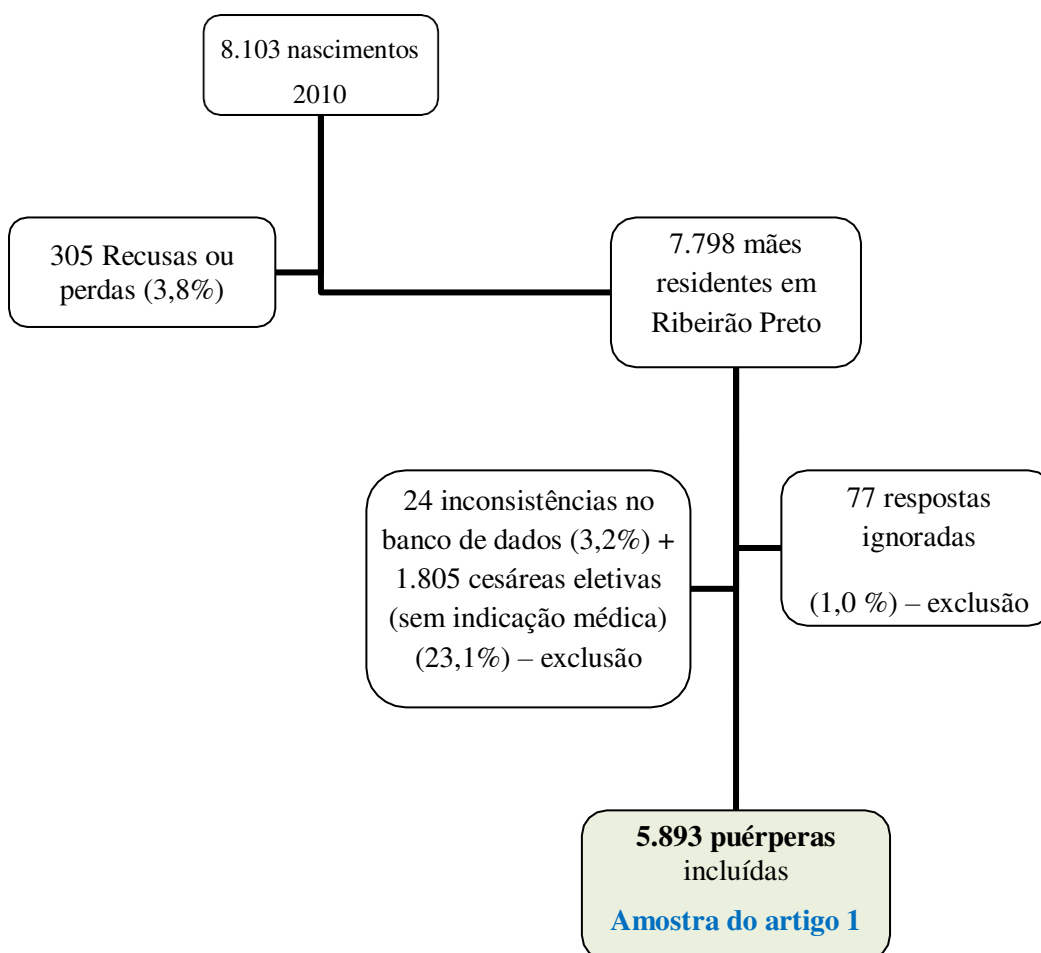
Em São Luís, para o presente estudo, das 5.212 puérperas selecionadas, excluíram-se 627 cesáreas eletivas (sem indicação médica), considerando as causas eletivas estabelecidas por Barbosa (2016). Assim, 4.582 puérperas compuseram a amostra do estudo (Figura 2).

Para estudar a associação entre peregrinação para o parto e as condições desfavoráveis ao nascer, utilizou-se apenas dados referentes à coorte de nascimento da cidade de São Luís,

Maranhão, composta por 4.497 puérperas que responderam questionários mãe e referentes aos dados do RN da coorte de nascimento. Para compor essa amostra, das 5.212 puérperas não foram incluídas as que tiveram parto gemelar (88) e 627 mulheres que agendaram cesárea eletiva, totalizando uma amostra de 4.497 puérperas para o presente estudo (Figura 2).

Em Ribeirão Preto, todos os nascimentos vivos ou mortos foram catalogados, totalizando 8.103 nascimentos. Houve uma perda de 3,8% por recusa das mães em serem entrevistadas, permanecendo 7.798 nascimentos (nascidos únicos, múltiplos e natimortos) na coorte, o que representou 96,2% da população (Figura 3).

Figura 3. Fluxograma da coorte de nascimento BRISA, e critérios de seleção para a amostra do estudo em Ribeirão Preto (SP).



Fonte: autoria própria.

Das 7.798 puérperas, não foram incluídos 1.805 nascimentos cujo tipo de parto foi a cesárea eletiva (sem indicação médica), somadas às 24 inconsistências no banco de dado e 77

informações ignoradas, restando 5.893 puérperas que compuseram a amostra desse estudo (Figura 3).

CrITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Foram incluídas no estudo todas as puérperas que demandaram atenção hospitalar ao parto, cujos partos ocorreram em 2010, em uma das maternidades selecionadas para a pesquisa, residentes nas cidades onde o estudo foi realizado, com filhos nascidos vivos ou mortos, que tiveram partos únicos ou múltiplos.

Para o artigo 2, foram incluídas somente as puérperas residentes em São Luís com filhos nascidos vivos ou mortos, que tiveram partos únicos.

CrITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO:

Nesse estudo não foram incluídas gestantes que já haviam agendado cesárea eletiva (sem indicação médica), pois essas não têm chances de peregrinar, considerando as causas das cesáreas estabelecidas por Barbosa (2016) no seu estudo da coorte de nascimento BRISA em RP.

Barbosa (2016) definiu a variável causa da cesárea com base em informações prestadas pela mãe em resposta à questão “Caso cesárea, qual foi o motivo para fazer a cesárea?”, sendo registradas as seguintes possibilidades de respostas:

1. Sofrimento fetal (batidas do coração do bebê diminuiu/ou o bebê fez cocô dentro da barriga da mãe);
2. Desproporção feto-pélvica (bacia pequena/bebê grande);
3. Distócia de apresentação (bebê sentado/ posição errada);
4. Hemorragia materna (teve sangramento);
5. Parada de progressão (parou trabalho de parto/pararam as dores);
6. Eclâmpsia, pré-eclâmpsia (pressão alta);
7. Pós-maturidade (passou do tempo);
8. Morte fetal (o bebê morreu);
9. Diabetes materna (açúcar no sangue);
10. Cesáreas anteriores (já fez outra cesárea antes);

11. Laqueadura (para ligar trompas);
12. Mãe pediu (cesárea porque a mãe queria);
13. Médico quis (na hora o médico resolveu fazer cesárea);
14. Cesárea programada (médico marcou durante gravidez);
15. Cirurgias ginecológicas anteriores (Miomectomia, plástica perineal);
16. Outro;
17. Não se aplica;
18. Não sabe

As respostas de 10 a 15 foram utilizadas para definir a categorias de cesárea eletiva (sem indicação médica expressa), que será utilizada nesse estudo para a não inclusão (Quadro 1):

Quadro 1 - Causas de cesáreas

Causa terapêutica (com indicação médica)			
Causa Fetal	Causa Materna	Causa Eletiva (sem indicação médica)	Outras Causas
Sofrimento Fetal Desproporção Fetal Distócia de apresentação Pós-Maturidade Outras Causas Fetais	Hemorragia Materna Parada da progressão Eclampsia e pré- eclâmpsia Diabetes Materna Outras Causas Maternas	Cesárea Anterior Laqueadura Mãe Pediu Médico quis Cesárea Programada Cirurgias Ginecológicas Anteriores	Causas que não se enquadrassem em nenhuma das anteriores

Fonte: Barbosa (2016).

Para o artigo 2 não foram incluídas as que realizaram cesárea eletiva de acordo com o critério estabelecido por Barbosa (2016) e que tiveram parto gemelar, visto que essa condição poderia ser um viés. De acordo com a literatura, a gemelaridade está relacionada aos nascimentos pré-termos e desfechos neonatais desfavoráveis em decorrência da condição de risco inerente da gestação múltipla.

5.4 Procedimentos de Coleta de dados

Na coorte nascimento BRISA a coleta de dados foi realizada de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2010 por estudantes e profissionais na área de saúde devidamente treinados, identificados e uniformizados, após a realização de estudo-piloto.

Realizou-se entrevista nas primeiras 24 horas do pós-parto utilizando como instrumento de coleta de dados um questionário padronizado aplicado às puérperas que, após receberem informações sobre os objetivos do estudo, concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando a puérpera recebia alta hospitalar precoce, a entrevista era realizada no domicílio; entretanto, esse fato resultou em algumas perdas no estudo.

A coleta de dados ocorreu por turnos, normalmente das 18 horas às 6 horas da manhã para o primeiro turno, das 6 horas às 18 horas, para o segundo turno. A coleta de dados detalhada foi descrita por Silva et al. (2015). Todos os dias durante um ano, de janeiro a dezembro de 2010, todas as maternidades, exceto aquelas onde ocorreram menos de 100 partos por ano, foram visitadas pelos pesquisadores, e realizadas entrevistas com as puérperas.

Caso a mãe recebesse alta hospitalar antes da entrevista, a entrevista era realizada em domicílio. Cada filho gêmeo teve um questionário preenchido e os dados foram anotados por escrito ou marcados com um "x" e ao final foram codificados pelo entrevistador em quadrados à direita. Um único número identificador foi criado para cada recém-nascido, que foi constituído do primeiro dígito correspondendo ao hospital de nascimento; o segundo, à ordem de nascimento do parto; e os quatros últimos foram gerados sequencialmente para cada nascimento.

5.4.1 Instrumentos de coleta de dados

Dos questionários utilizados pela Coorte, este estudo utilizou dados constantes em dois instrumentos de coleta aplicados no nascimento: Questionário do Nascimento - mãe (Anexo A) e o Questionário do Nascimento - RN (Anexo B).

O questionário do nascimento - mãe é dividido em 11 blocos de perguntas voltadas para a mãe:

- ✓ Bloco A - Dados de identificação
- ✓ Bloco B - Dados de contato
- ✓ Bloco C - Dados socioeconômicos e demográficos

- ✓ Bloco D - Hábitos de vida
- ✓ Bloco E - Dados do companheiro
- ✓ Bloco F - Dados da saúde sexual e reprodutiva
- ✓ Bloco G - Morbidades
- ✓ Bloco H - Características da gestação atual e do pré-natal
- ✓ Bloco I - Características do parto e do nascimento
- ✓ Bloco J - Exposição ao citomegalovírus (CMV)
- ✓ Bloco K - Dados do prontuário

O questionário do nascimento - RN é dividido em 2 blocos de perguntas sobre o RN:

- ✓ Bloco A - dados de identificação
- ✓ Bloco B - dados do prontuário

Variáveis do Estudo

Para este estudo foram utilizadas as seguintes variáveis:

- ✓ ***Peregrinação para o parto***: variável desfecho para o artigo 1 (dependente) que expressa se a mulher procurou outros hospitais (maternidades) antes de conseguir acesso ao serviço onde foi internada para o parto. A puérpera foi questionada com a seguinte pergunta: “A Sra. passou por outros serviços (maternidades) antes de vir para esse hospital?”. Essa variável é dicotômica e foi categorizada em: sim ou não.
- ✓ ***Número de serviços que percorreu (quantidade de peregrinação)***: variável exposição para o artigo 2. Numérica contínua que expressa o número de serviços a que a gestante se dirigiu antes de conseguir internação para o parto. A pergunta dirigida a mulher foi: “Caso sim, por quantos serviços passou?”. Foi categorizada em: não peregrinou, buscou 2 serviços e buscou 3 ou mais serviços.
- ✓ ***Problema de Saúde ao Nascer (PSN)***: variável desfecho para o artigo 2, que expressa se o RN teve algum problema de saúde no nascimento, como resposta à seguinte pergunta: “O RN apresentou algum problema de saúde?” (categorizada em: “sim” ou “não”).

As variáveis classificadas como independentes utilizadas para o artigo 1 foram:

- ✓ ***Idade Materna***: corresponde à idade em anos completos no dia da entrevista, categorizada em: menor que 20 anos, entre 20 a 34 anos e 35 anos ou mais;

- ✓ **Cor da pele:** corresponde a cor da pele da entrevistada, classificada a partir de autoavaliação como: branca, preta, parda, amarela ou outras;
- ✓ **Classe econômica:** definida segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP. Classificação Econômica Brasil 2011. <http://www.abep.org>), dividindo-se em classe econômica A/B, C e D/E.
- ✓ **Situação conjugal:** representa a situação conjugal da entrevistada no ato da entrevista, categorizada como: com companheiro e sem companheiro.
- ✓ **Escolaridade materna:** corresponde ao nível escolar da entrevistada no ato da entrevista categorizada em: menos de 9 anos de estudo, de 9 a 11 anos e 12 anos ou mais.
- ✓ **Paridade:** expressa o número de vezes que a mulher pariu até o ato da entrevista, categorizada em: primípara ou multípara;
- ✓ **Natimortos prévios:** expressa se a mulher teve filhos nascidos mortos até o ato da entrevista, categorizada em sim ou não; (após 22 semanas);
- ✓ **Abortos prévios:** expressa se a mulher sofreu um abortamento até o ato da entrevista, categorizada em: sim ou não; (antes de 22 semanas);
- ✓ **Adequação do Pré-natal:** corresponde a adequação do pré-natal, de acordo com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Categorizada em: sim ou não;
- ✓ **Mesmo médico do pré-natal e parto:** expressa se o parto foi realizado pelo mesmo profissional de saúde que acompanhou o pré-natal categorizada em: sim ou não;
- ✓ **Tipo de hospital:** expressa a forma de financiamento das ações de saúde nos serviços categorizado em: público ou privado.
- ✓ **Idade Gestacional:** categorizada em: pré-termo (< 37 semanas de gestação); a termo (entre 37 e 41 semanas de gestação) e pós-termo ($\geq$ 42 semanas de gestação).
- ✓ **Risco Obstétrico:** expressa se a mulher possui risco obstétrico habitual ou uma gestação de alto risco, categorizada em: risco habitual ou alto risco. Para categorizar essa variável, foram considerados os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para encaminhamento da gestante para um pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012). Estes dados estão disponíveis no banco de dados da Pesquisa BRISA, descritos a seguir: ter hipertensão preexistente ou gestacional, ter diabetes mellitus ou gestacional, durante a gravidez ser portadora de doenças como toxoplasmose, rubéola, sífilis, herpes, fazer uso de álcool, fumar durante a gestação ou ter gestação atual gemelar. Se a gestante tiver alguma dessas condições, ela era considerada de alto risco.

✓ **Tipo de parto:** expressa o tipo de parto realizado categorizado em: vaginal ou cesárea.

Para o artigo 2, as variáveis independentes foram: relacionadas às condições socioeconômicas e demográficas: Idade materna (<20 anos; 20 a 34; ≥ 35), Classe econômica (A/B;C/D/E), mora com companheiro (sim; não); escolaridade materna (1 a 4; 5 a 8; 9 a 11; mais de 12 anos). As relacionadas à história reprodutiva e gestação atual foram: paridade (primípara; múltipara); morbidades na gestação (sim, não); gestação de alto risco (sim; não) e trabalho de parto prematuro (sim, não). As variáveis relacionadas à assistência foram: realização de pré-natal (sim; não), tipo de hospital (público; privado) e cesárea eletiva (sim, não). Em relação às condições de saúde do recém-nascido foram incluídas as seguintes covariáveis: baixo peso ao nascer (BPN) (sim; não); Nascimento pré-termo (NPT) (sim; não); Malformação congênita (sim; não); Apgar < 7 no primeiro minuto de vida; Apgar < 7 no quinto minuto de vida (sim; não); problema de saúde ao nascer (sim; não) e natimorto (sim; não).

Modelagem hierarquizada ou modelos multiníveis e Gráficos Acíclicos Direcionados (DAG) ou Diagramas causais

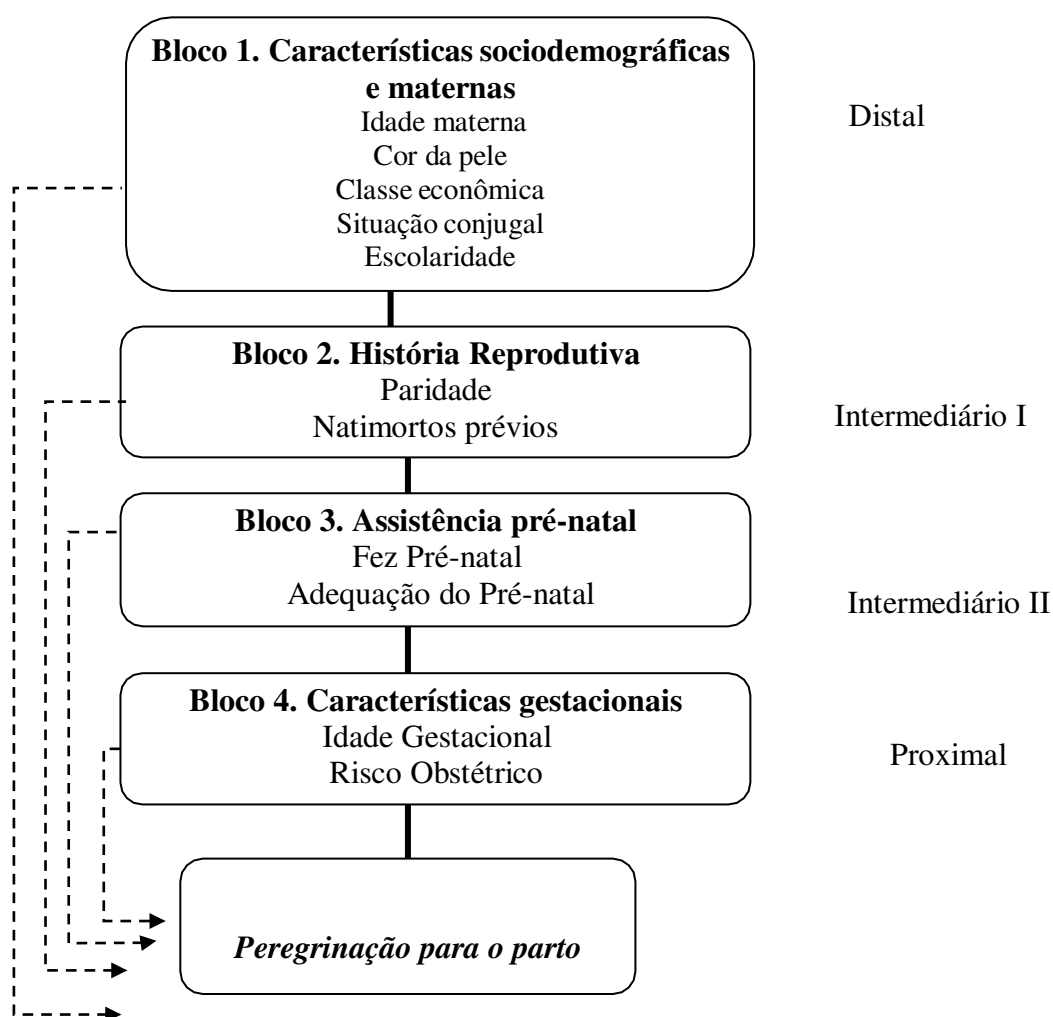
Modelos multiníveis (ou hierárquicos) são extensões dos modelos de regressão, desenvolvidos para lidarem apropriadamente com dados estruturados em diferentes níveis hierárquicos. Em Epidemiologia, a aplicação dos modelos lineares multiníveis permite uma maior flexibilidade na formulação de modelos que refletem melhor a complexidade das associações estudadas, pois possibilitam a separação de efeitos de variáveis individuais e contextuais, bem como a interação entre elas (SANTOS; AMORIM; OLIVEIRA, 2013).

Para o artigo 1, construiu-se um modelo hierarquizado de determinação da peregrinação para o parto (Figura 4). As variáveis de exposição foram divididas nos blocos descritos a seguir. As variáveis inseridas no bloco 1 são mais distais, supondo-se que a associação com o desfecho é menos provável e as variáveis inseridas no bloco 4 são mais proximais, ou seja, estão postas na literatura como fatores que têm maior associação com o desfecho estudado.

Em muitos estudos epidemiológicos, o desfecho de interesse não é uma medida contínua, e sim respostas binárias. Nesses casos, modelos de regressão logísticos ou de Poisson podem ser utilizados para avaliar o impacto de fatores associados à probabilidade de ocorrência da resposta de interesse (SANTOS; AMORIM; OLIVEIRA, 2013). No presente

estudo a variável dependente é dicotômica (peregrinação para o parto: sim ou não) e a modelagem hierarquizada contribuiu para que se pudesse verificar os fatores associados a esse evento.

Figura 4. Modelo hierarquizado para a peregrinação para o parto.



Fonte: autoria própria.

Há apenas um estudo que utilizou a proposta da modelagem hierarquizada considerando a variável peregrinação para o parto como desfecho (SILVA, 2015). Outro estudo que utilizou a proposta metodológica da modelagem hierarquizada inseriu a peregrinação para o parto no nível intermediário do modelo, considerando que o ato de peregrinar para o parto poderia estar associado ao desfecho óbito neonatal (LIMA; CARVALHO; VASCONCELOS, 2008).

Para o artigo 2, o DAG foi utilizado para controle de confundimento e para evitar ajustes desnecessários, visto que o diagrama indica as variáveis mínimas necessárias para um bom ajuste do modelo de regressão.

Os Gráficos Acíclicos Direcionados (*DAG - Directed Acyclic Graph*) são utilizados para estabelecer pressupostos causais entre as variáveis e indicar as covariáveis mínimas necessárias para estimar o efeito da exposição sobre o desfecho, controlando confundimento e evitando ajustes desnecessários (TEXTOR et al. 2011).

Na análise do DAG foi sugerido o ajuste mínimo para o seguinte conjunto de variáveis: classe econômica, escolaridade materna, idade materna, mora com companheiro e morbidades gestacionais.

5.7. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada no programa estatístico STATA 12.0. Para o artigo 1, as variáveis foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas em tabelas.

Na cidade de Ribeirão Preto a prevalência de peregrinação foi menor que 10%, por isso a medida de associação utilizada foi a *odds ratio* (OR), através de regressão logística. Na cidade de São Luís, como a prevalência de peregrinação foi maior que 10% calculou-se razão de prevalência (RP) através da regressão de Poisson com variância robusta (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008).

Com base no modelo hierárquico elaborado, foram realizadas análises bivariadas entre as variáveis de exposição e o desfecho peregrinação. Nessa etapa, as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ foram incluídas na análise multivariada, e aquelas que mesmo não tendo valor de $p < 0,20$, mas forem importantes do ponto de vista do modelo teórico, também foram incluídas na análise multivariada, considerando a hierarquização em blocos (HOSMER; LEMESHOW, 2004).

De acordo com o modelo elaborado, as variáveis relacionadas às características maternas foram analisadas como o nível mais distal, considerando a proximidade com o desfecho. As variáveis referentes à história reprodutiva e a assistência ao parto foram consideradas intermediárias e, por último, o bloco das variáveis relativas ao parto entraram no modelo como o nível proximal (Figura 4).

Na análise multivariada por blocos, permaneceram no modelo, sendo incluídas no bloco subsequente, as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,10$. Finalmente, foram

consideradas associadas ao desfecho as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$ no modelo final.

Para o artigo 2, a análise descritiva das características dos recém-nascidos de mães que peregrinaram foi verificada por meio de tabelas de frequências absolutas e percentual. As variáveis relacionadas às condições ao nascer foram comparadas à peregrinação para o parto, por meio do teste qui-quadrado. Por meio de regressão logística bivariada, verificou-se a associação dos PSN (variável desfecho) com as condições desfavoráveis ao nascer (Apgar < 7 no 1º e 5º minutos de vida; necessidade de admissão do RN em UTIn).

Para verificar a correlação entre o número de problemas ao nascer (NPSN) e a quantidade de serviços que a gestante peregrinou, utilizou-se o teste de correlação de Spearman (PAGANO; GAUVREAU, 2004). Para verificar diferença na quantidade de peregrinação entre o grupo de mães cujas crianças tiveram bebês com problemas de saúde e o grupo sem problemas de saúde ao nascer, usou-se o teste Wilcoxon. Comparou-se a peregrinação entre o grupo que não teve problemas de saúde e aqueles que tiveram algum ou mais de um problema por meio do teste não paramétrico Kruskal-Wallis (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Para avaliar a associação da peregrinação para o parto com a variável desfecho PSN utilizou-se regressão logística bivariada e multivariada. Na análise multivariada foram incluídas para controle de confundimento e viés de seleção as variáveis apontadas pelo DAG. Para todas as análises o nível de significância foi fixado em 5%.

5.8 Considerações éticas

A pesquisa atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo de número 4.771/2008-30 (ANEXO C). Também foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo sob o protocolo de número 4116/2008 (ANEXO D) e atende ao que determina a nova Resolução 466/2012 do CNS.

6. RESULTADOS

Artigo 1

Prevalência e fatores associados à peregrinação de gestantes no momento do parto: BRISA

Foi submetido à Cadernos de Saúde Pública – CSP Qualis: A2 em setembro/2017

Título: Prevalência e fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís e Ribeirão Preto: uma contribuição da coorte BRISA

Título resumido: Peregrinação para o parto: coorte BRISA

Autores:

Lílian Machado Vilarinho de Moraes¹
 Claudia Maria Coelho Alves¹
 Carolina de Abreu Carvalho¹
 Rosângela Fernandes Lucena Batista¹
 Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves¹
 Marco Antônio Barbieri²
 Vanda Maria Ferreira Simões¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

² Departamento de Puericultura e Pediatria. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor para Correspondência:

Vanda Maria Ferreira Simões
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.
 Rua Barão de Itapary, 155 – Centro. São Luís (MA) CEP 65020-070 – Brasil
 Telefone: +55 (98) 3272-9675 - e-mail: vandamfsimoes@gmail.com

Colaboradores

Moraes, L.M.V participou na concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. **Alves, C.M.C e Simões, V.M.F.** participaram na concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual. **Carvalho, C.A.** colaborou na análise e interpretação dos dados. **Barbieri, M.A., Batista, R.F.L., Alves, M.T.S.S.B.** participaram da análise e interpretação dos dados e contribuíram na revisão crítica do conteúdo intelectual.

Agradecimentos

Aos entrevistadores e equipe técnica do estudo, e às mães participantes que tornaram este estudo possível.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (FAPEMA) e pelo Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX).

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi identificar a prevalência e os fatores associados à peregrinação de gestantes para o parto. Estudo seccional, aninhado à coorte de nascimento BRISA, cuja amostra foi composta por 10.475 puérperas admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião do parto em São Luís e Ribeirão Preto. Entrevistas foram realizadas utilizando questionários que continham variáveis sociodemográficas e relacionadas ao parto. Utilizou-se modelagem hierarquizada. Calculou-se odds ratio (OR), através de regressão logística e razão de prevalência, utilizando regressão de Poisson. A peregrinação foi mais frequente em São Luís (35,8%) que em Ribeirão Preto (5,8%). Em São Luís, foram fatores associados à maior prevalência de peregrinação: ter idade inferior a 20 anos no momento do parto (RP=1,11; IC=1,01-1,22), ser primípara (RP=1,14; IC=1,04-1,24) e ter escolaridade menor que 12 ou mais anos de estudo. Em Ribeirão Preto, tiveram mais chance de peregrinar as gestantes cujos partos foram com idade gestacional inferior a 37 semanas (OR = 3,81; IC=2,79-5,20) e que viviam sem companheiro (OR = 1,36; IC = 1,02-1,87). Nas duas cidades, gestantes pobres peregrinaram com maior frequência, e sem garantia de que serão atendidas, mesmo dentre as que realizaram o pré-natal. O estudo evidenciou ausência da garantia de acesso universal e equânime, e reafirmou a desigualdade de acesso à assistência ao parto entre as regiões brasileiras.

DESCRIPTORES: Acesso aos serviços de saúde. Maternidades. Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto. Desigualdades em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the prevalence and factors associated with the pilgrimage of pregnant women to childbirth. Sectional study, nested to the BRISA birth cohort, whose sample consisted of 10,475 puerperae admitted to maternity units selected at the time of delivery in São Luís and Ribeirão Preto. Interviews were conducted using questionnaires that contained sociodemographic and birth-related variables. Hierarchical modeling was used. Odds ratio (OR) was calculated through logistic regression and prevalence ratio using Poisson regression. Pilgrimage was more frequent in São Luís (35.8%) than in Ribeirão Preto (5.8%). In São Luís, factors associated with a higher prevalence of pilgrimage were: age less than 20 years at the time of delivery (PR = 1.11, CI = 1.01-1.22), primiparous (PR = 1.14; CI = 1.04-1.24) and had less than 12 years of schooling. In Ribeirão Preto, women who had less than 37 weeks' gestational age (OR = 3.81, CI = 2.79-5.20) and who had no partner (OR = 1.36; CI = 1.02-1.87). In both cities, poor pregnant women were pilgrims with more frequency, and without guarantee that they will be attended, even among those who performed prenatal care. The study evidenced the lack of universal and equitable access guarantee, and reaffirmed the inequality of access to childbirth care among Brazilian regions.

DESCRIPTORS: Access to health services. Maternities. Centers for Pregnancy and Childbirth Assistance. Inequalities in Health.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue identificar la prevalencia y los factores asociados a la peregrinación de gestantes para el parto. Estudio seccional, anidado a la cohorte de nacimiento BRISA, cuya muestra fue compuesta por 10.475 puérperas admitidas en las maternidades seleccionadas con ocasión del parto en São Luís y Ribeirão Preto. Entrevistas se realizaron utilizando cuestionarios que contenían variables sociodemográficas y relacionadas al parto. Se utilizó modelado jerárquico. Se calculó odds ratio (OR), a través de regresión logística y razón de prevalencia, utilizando regresión de Poisson. La peregrinación fue más frecuente en São Luís (35,8%) que en Ribeirão Preto (5,8%). En São Luís, fueron factores asociados a la mayor prevalencia de peregrinación: tener edad inferior a 20 años en el momento del parto (RP = 1,11; IC = 1,01-1,22), ser primípara (RP = 1,14; IC = 1,04-1,24) y tener escolaridad menor que 12 o más años de estudio. En Ribeirão Preto, tuvieron más posibilidades de peregrinar a las gestantes cuyos partos fueron con edad gestacional inferior a 37 semanas (OR = 3,81, IC = 2,79-5,20) y que vivían sin compañero (OR = 1,36; IC = 1,02-1,87). En las dos ciudades, gestantes pobres peregrinaron con mayor frecuencia, y sin garantía de que serán atendidas, incluso entre las que realizaron el prenatal. El estudio evidenció ausencia de la garantía de acceso universal y equitativo, y reafirmó la desigualdad de acceso a la asistencia al parto entre las regiones brasileñas.

DESCRIPTORES: El acceso a los servicios de salud. Maternidades. Centros para el embarazo y la asistencia al parto. Las desigualdades en salud.

Introdução

Os coeficientes de mortalidade materna e neonatal vêm apresentando declínio muito lento no Brasil, em virtude da permanência de elevadas taxas de mortalidade por fatores ligados à gestação e ao parto^{1,2}. Essa situação reflete-se nas desigualdades regionais e sociais do país e na dificuldade no acesso de gestantes a um cuidado adequado^{3,4} em tempo oportuno, com a qualidade e resolubilidade necessária¹.

No Brasil se vivencia um “paradoxo perinatal” com intensa medicalização do parto e nascimento, que pode justificar a manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal⁵, possivelmente relacionadas à baixa qualidade da assistência. Entretanto, é válido ressaltar que 25% das mortes infantis acontecem nas primeiras 24 horas de vida, o que indica uma relação estreita com o acesso e a qualidade na atenção ao parto e nascimento⁶.

Vários estudos discutem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde obstétricos da população de diversos países, tanto a que reside em zona rural comparada à que reside em zona urbana^{7,8}. Há ainda revisões sistemáticas que abordam a distância percorrida pela gestante ou o tempo de deslocamento de sua residência à maternidade⁹ ou as barreiras de acesso aos serviços obstétricos¹⁰. Outros estudos discutem a demora entre o momento do início do trabalho de parto e o adequado recebimento de tratamento especializado, à luz da teoria das “três demoras”¹¹⁻¹⁴. Tal teoria foi criada na década de 90, e descreve as três demoras na obtenção de atenção qualificada em tempo hábil: (1) demora do indivíduo/família na busca de cuidados; (2) demora para alcançar o serviço de saúde; e (3) demora para receber os cuidados adequados¹¹. A peregrinação de gestantes em busca de assistência ao parto pode ser um dos componentes da segunda demora descrita nessa teoria, que é bastante discutida internacionalmente^{13, 15-19}.

No contexto brasileiro, apesar da legislação garantir acesso universal e equitativo, na prática, o acesso ainda é “seletivo, focalizado e excludente”²⁰. Mesmo após 20 anos da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços da rede básica de saúde, o acesso aos serviços de saúde ainda se constitui um desafio²¹. Para enfrentar esse desafio, estudos recentes reforçam a necessidade de uma gestão integrada das redes de atenção à saúde, potencializando a capacidade dos municípios em atender com qualidade ao parto e nascimento^{22,23}.

A carência de leitos nas maternidades brasileiras e serviços públicos de saúde de assistência ao parto gera ansiedade nas gestantes, que, mesmo realizando o pré-natal, não têm garantia de retaguarda hospitalar para o parto²⁴. Nesse cenário, muitas gestantes peregrinam

para ter acesso a esses serviços, o que pode levar a sérias complicações maternas e perinatais²⁵.

A palavra peregrinar remete à ideia de sacrifício e no caso das gestantes que peregrinam, o trajeto é dificultado pela dor, tornando-se uma saga²⁶. Entende-se por peregrinação “a necessidade de percorrer mais de um serviço de saúde até conseguir acesso para atendimento ao parto”²⁷.

O ato de peregrinar é considerado um problema de saúde pública e uma violência no campo obstétrico²⁸. Há portanto, necessidade de estudos epidemiológicos de base populacional, visto que as pesquisas existentes são com amostras pequenas que utilizaram a abordagem qualitativa¹. Aqueles que utilizaram abordagem quantitativa são poucos e estes têm caráter regional ou local^{1,29,30}. Conseguimos identificar apenas um trabalho internacional que explorou os caminhos percorridos pela gestante no momento do parto, identificando quatro padrões de deslocamento. O terceiro padrão, chamado „múltiplas referências” assemelha-se ao ato de peregrinar³¹.

Estudo realizado no Sudeste brasileiro, com 8.005 puérperas evidenciou que gestantes primíparas, com pré-natal inadequado, que vivem sem companheiro, cujos partos foram pré-termo, têm mais chances de peregrinar em busca de atendimento hospitalar no momento do parto¹.

Embora haja redução de disparidades de renda, melhoria na educação das mulheres, implementação de programas nacionais como a Rede Cegonha (RC), ainda há lacunas no conhecimento em relação aos fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde de assistência ao parto⁶. Há ainda evidências de que o modelo de atenção vigente no país não garante o acesso equânime para as usuárias do SUS e muitas gestantes estão expostas às sequelas decorrentes da peregrinação²⁹.

Considerando a lacuna no conhecimento referente ao tema, o presente estudo tem por objetivo estimar a prevalência de peregrinação de gestantes no momento do parto e identificar fatores associados a essa peregrinação em duas cidades brasileiras: Ribeirão Preto (RP), no estado de São Paulo, localizada em uma das regiões mais ricas no Sudeste do país, e São Luís (SL), no estado do Maranhão, em uma das regiões mais carentes do Nordeste brasileiro.

Métodos

Trata-se de estudo seccional de base populacional, utilizando dados da coorte BRISA (*Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies*)³². Foram utilizados dados de

todos os nascimentos hospitalares ocorridos em 2010 em RP e 1/3 de todos os ocorridos no mesmo ano em SL. A metodologia referente à coorte de nascimento da cidade de SL está detalhada em Silva et. al.³².

Os sujeitos da pesquisa foram as puérperas admitidas nas maternidades selecionadas nas duas cidades por ocasião da realização de parto. Não foram incluídas as gestantes que não residiam nas cidades estudadas ou que agendaram cesárea eletiva (sem indicação médica), descartando o risco de peregrinar em busca de atendimento.

Nas duas cidades estudou-se a amostra de 10.475 puérperas, somando-se 4.582 residentes em SL e 5.893 em RP. Em SL, o tamanho da amostra foi calculado com base no número de nascimentos hospitalares ocorridos em 2008, segundo levantamento de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), que representava 98% de todos os nascimentos. Nessa cidade, a amostra foi estratificada por hospital ou maternidade que registrou 100 ou mais partos por ano. Nas dez instituições estudadas, utilizou-se a amostragem sistemática, sendo sorteado um a cada três nascimentos. A partir daí, de forma sucessiva, somava-se o início casual entre 1 e 3 ao intervalo amostral de 3 selecionando-se todos os nascimentos que seriam incluídos no estudo.

Assim, dos 21.401 nascimentos que ocorreram em 2010, 7.133 foram excluídos do estudo de forma sistemática (1 a cada 3), restando 5.475 nascimentos cujas mães eram residentes em SL. Considerando-se as perdas de 263 (4,8%) por recusa das puérperas de participarem do estudo somadas as altas precoces, permaneceram 5.212 puérperas. Destas, não foram incluídas 630 (12,1%) mulheres que agendaram cesárea eletiva, totalizando uma amostra de 4.582 puérperas.

Em RP, a população correspondeu a todos os nascimentos hospitalares em oito hospitais ou maternidades que registraram 100 ou mais partos por ano (2010), totalizando 8.103 nascimentos. Houve uma perda de 305 (3,8%) por recusa de puérperas em serem entrevistadas, permanecendo 7.798 nascimentos (nascidos únicos, múltiplos e natimortos). Destes não foram incluídos 1.805 puérperas que realizaram cesárea eletiva, assim como 100 informações ignoradas em relação à variável peregrinação, restando 5.893 puérperas.

Em ambas as cidades o período de estudo foi de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2010. Para a coleta de dados utilizou-se aplicação de questionário padronizado que continham perguntas relacionadas à puérpera e aos recém-nascidos e foram aplicados nas primeiras 48 horas do pós-parto, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi realizada por acadêmicos da área da saúde devidamente treinados para aplicação dos questionários. Foi conduzido estudo piloto com simulação de todas as etapas da

pesquisa em todas as unidades hospitalares por 24 horas. Realizou-se, ainda, a supervisão para controle de qualidade dos dados diariamente e repetição da entrevista em uma subamostra do estudo.

Neste estudo, o desfecho foi a peregrinação para o parto, que expressa se a mulher procurou outros hospitais (maternidades) antes de conseguir acesso ao serviço onde foi internada para o parto (categorizada em: sim ou não). As mulheres foram ainda questionadas sobre o número de serviços que buscaram antes de conseguir a internação para o parto, sendo essa uma variável numérica, que foi categorizada em: 2 a 3 hospitais, 4 a 5, 6 ou mais hospitais. As variáveis independentes selecionadas foram: idade da mãe (<20 anos; 20 a 34 anos; ≥ 35 anos), cor da pele (branca; não branca), classe econômica (A/B; C; D/E), situação conjugal (com ou sem companheiro), escolaridade (1 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 a 11 anos; 12 anos ou mais anos), paridade (primípara; múltipara), natimortos prévios (sim; não), abortos prévios (sim; não), adequação do pré-natal (adequado; inadequado), idade gestacional no momento do parto (categorizada em: pré-termo, quando o parto ocorreu com < 37 semanas de gestação; a termo, de 37 a 41 semanas de gestação; e pós-termo, com 42 semanas de gestação ou mais) e risco obstétrico (risco habitual, alto risco).

A assistência pré-natal foi classificada como adequada e inadequada, baseada nos critérios propostos pelo Ministério da Saúde³³. O pré-natal foi considerado adequado quando a gestante iniciou o pré-natal até o quarto mês de gestação; realizou, no mínimo, seis consultas para uma gestação a termo (≥ 37 semanas) ou um menor número de acordo com a idade gestacional ao parto (3 consultas até 29 semanas; 4 consultas de 30 a 33 semanas; 5 consultas de 34 a 36 semanas).

A variável risco obstétrico expressa se a gestação tem risco habitual ou alto risco. A gestação foi considerada de alto risco quando a mulher tinha hipertensão preexistente ou gestacional, diabetes mellitus ou gestacional, era portadora de doenças como toxoplasmose, rubéola, sífilis, herpes durante a gravidez, fazia uso de álcool ou fumava durante a gestação, ou quando sua gestação atual era gemelar³⁴.

A análise estatística foi realizada no *software* STATA 12.0. As variáveis foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Na cidade de RP a prevalência de peregrinação foi menor que 10%, por isso a medida de associação utilizada foi a *odds ratio* (OR), através de regressão logística. Na cidade de SL, como a prevalência de peregrinação foi maior que 10%, calculou-se razão de prevalência (RP) através da regressão de Poisson com variância robusta.

Utilizou-se o modelo com abordagem hierarquizada de determinação da peregrinação para o parto (Figura 1) para selecionar as variáveis que permaneceriam no modelo, dispondo as variáveis de exposição em quatro blocos. Com base nesse modelo, foram realizadas análises bivariadas entre as variáveis de exposição e o desfecho. Nessa etapa, as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ ou que tinham significância do ponto de vista teórico foram incluídas na análise multivariada, considerando a abordagem hierarquizada em blocos.

As variáveis relacionadas às características sociodemográficas maternas foram analisadas no nível distal, considerando a menor proximidade com o desfecho. As variáveis referentes à história reprodutiva e a assistência pré-natal foram intermediárias e, por último, o bloco das variáveis relativas às características gestacionais foram inseridas no nível proximal.

Na análise multivariada por blocos, permaneceram no modelo as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,10$. E no modelo final foram consideradas associadas ao desfecho as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo de número 4.771/2008-30 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo sob o protocolo de número 4116/2008.

Resultados

Das 5.893 puérperas entrevistadas em RP, 5,8% peregrinaram em busca de assistência no momento do parto, enquanto em SL, das 4.582 puérperas entrevistadas, 35,8% peregrinaram (Tabela 1).

Os dados da Tabela 2 mostram as diferenças socioeconômicas entre SL (menos desenvolvida) e RP (mais desenvolvida). Tanto em SL como em RP, constatou-se que a maioria das puérperas que peregrinaram estava principalmente na faixa etária de 20 e 34 anos, pertenciam à classe econômica C, eram não brancas, tinham de 9 a 11 anos de estudo e viviam com companheiro.

Nas Tabelas 3 e 4 foram apresentados o modelo final dos fatores associados à peregrinação de gestantes na hora do parto na cidade de SL e RP, respectivamente. Gestante pertencer à classe econômica mais pobre (D/E) foi fator associado à maior peregrinação tanto em SL (RP=1,46; IC= 1,21-1,76) como em RP (OR= 2,55; IC=1,36-3,86).

Em SL, foram fatores associados à maior prevalência de peregrinação: ter idade inferior a 20 anos no momento do parto (RP=1,11; IC=1,01-1,22), ser primípara (RP=1,14; IC=1,04-1,24) e ter escolaridade menor que 12 ou mais anos de estudo. Entretanto, ter 35 anos ou mais (RP=0,68; IC=0,54-0,84) ou parto com idade gestacional menor que 37 semanas (RP=0,87; IC= 0,76-0,98) foram fatores associados à menor prevalência de peregrinação (Tabela 3).

Em RP, tiveram mais chance de peregrinar, as gestantes cujos partos foram com idade gestacional inferior a 37 semanas (OR = 3,81; IC=2,79-5,20) e que viviam sem companheiro (OR =1,36; IC = 1,02-1,87) (Tabela 4).

Discussão

O estudo identificou maior percentual de peregrinação em SL (35,8%) do que em RP (5,8%). Foi possível verificar que as condições socioeconômicas dos municípios e características gestacionais influenciaram a peregrinação de gestantes no momento do parto em ambas as cidades com características contrastantes. A prevalência de peregrinação para o parto em RP foi menor que a constatada por Ferreira¹ (11,3%) em estudo realizado em toda região Sudeste do Brasil. Outro estudo realizado nas microrregiões do estado de São Paulo afirmou que cidades da região norte, a exemplo de Ribeirão Preto, possuem grandes centros de referência em saúde, e dispõem de uma melhor atenção às gestantes e recém-nascidos³⁵, o que pode justificar a baixa taxa de peregrinação verificada nesta cidade.

Em SL, percentual similar de peregrinação para o parto (40%) foi verificado em estudo realizado por Cunha et al.²⁵ que evidenciou o não encaminhamento formal das gestantes nessa cidade, gerando busca de assistência de forma desordenada e a superlotação em maternidades. Sendo assim, pode-se supor que a peregrinação é alta em SL porque a cidade não possui uma rede de atenção à saúde da mulher articulada, que garanta vaga a todas que necessitam de assistência no momento do parto²⁵. Estudo realizado no Nordeste do Brasil observou a necessidade de efetuar reformas na assistência ao parto e garantir a vaga hospitalar por meio de um sistema de regulação de leitos obstétricos eficaz²⁹.

Dados da Pesquisa Nacer no Brasil atribuem tais desigualdades entre as regiões geográficas, às deficiências na estrutura dos serviços que compõem a rede hospitalar de atenção ao parto nas Regiões Norte e Nordeste, e aos serviços bem estruturados nas Regiões Sul e Sudeste do país⁵. Além dos serviços bem estruturados, acredita-se que programas municipais de acolhimento às gestantes no momento do parto implementados na região

Sudeste, como Cegonha Carioca e Mãe Paulistana, sejam responsáveis pela redução do percentual de mulheres que percorriam mais de um serviço de saúde em busca de atendimento para o parto¹.

Nas duas cidades brasileiras estudadas, a análise com abordagem hierarquizada mostrou associação de peregrinação com classes sociais mais baixas (D/E) e com a idade gestacional no momento do parto. Além disso, nenhuma das variáveis dos blocos 2 e 3 permaneceu associada à peregrinação em ambas as cidades, indicando que, independente das condições socioeconômicas, nem a história prévia reprodutiva nem a qualidade da assistência ao pré-natal foi capaz de alterar a ocorrência de peregrinação.

Apesar dos programas, leis e portarias que garantem as ações possibilitando a integração dos serviços de saúde materno infantil, é importante salientar que parece ainda não haver continuidade da atenção prestada à gestante no pré-natal referenciando-a aos serviços de assistência ao parto. Os resultados do presente estudo apontam para problemas de vinculação das Unidades Básicas de Saúde às maternidades.

A vinculação da gestante a uma maternidade de referência deve ser estabelecida pelo encaminhamento formal do profissional que a acompanha durante o pré-natal para o serviço que irá assisti-la no momento do parto. Assim, gestantes estariam informadas de qual serviço buscar e conheceriam a equipe que atua na maternidade na qual irão parir, deixando-as mais seguras no momento do parto. Nesse sentido, a peregrinação de gestantes para o parto não deveria ser um problema de saúde pública na atualidade. Entretanto, esse fato é vivenciado por muitas gestantes em diferentes regiões do país, conforme demonstram os resultados deste estudo.

A vinculação da gestante à maternidade de referência é garantida em Lei Federal no Brasil desde 2007³⁶. Deve ser melhor discutida considerando-se a articulação entre os serviços para que não exista descontinuidade da atenção entre o pré-natal e assistência ao parto^{5,34}.

Em SL, as mulheres primíparas tiveram mais chances de peregrinar do que as multíparas, e em RP a variável paridade não esteve associada à peregrinação, apesar de ser possível observar que as multíparas peregrinaram mais que as primíparas. O fato das primíparas serem mais propensas à peregrinação pode ser por conta da inexperiência das “mães de primeira viagem” que, muitas vezes, desconhecem os sinais indicativos de trabalho de parto e o momento ideal para sair de casa em busca de atendimento^{1,25}.

Estudo realizado no Rio de Janeiro enfoca dois problemas relacionados ao acesso à assistência obstétrica: a “superutilização” dos serviços de alta complexidade, ou seja, quando as gestantes de risco habitual são internadas em maternidades de referência. Tal fato reduz o

número de leitos para gestantes de alto risco que deveriam ser atendidas nesses serviços. Além disso, é comum ocorrer o “autoreferenciamento” ou a busca por atendimento em serviços com melhor estrutura física e mais recursos disponíveis, devido às mulheres considerarem que quanto maior a complexidade do serviço, maior é a qualidade³⁷. Com base nessas afirmações, acredita-se que em RP múltíparas possam ter experiência de parto anterior em serviços de referência e pelas razões acima citadas, pressupõem que são mais resolutivos, o que as leva a buscarem primeiramente tais serviços.

Uma outra pesquisa, com 310 puérperas, em hospitais universitários do Paraná, afirma que o fato de ser primípara, a falta de estrutura e de recursos nas maternidades para atendimento de gestação de alto risco são motivos para encaminhamento das mulheres para um serviço de referência³⁰. Estudo realizado no Sudeste brasileiro também verificou associação da variável paridade com a peregrinação para o parto, apontando para a vulnerabilidade das primíparas quanto à peregrinação¹.

Quanto à idade materna, os resultados evidenciaram que apenas em SL essa variável apresenta associação com a peregrinação para o parto, sendo que as gestantes adolescentes tiveram maiores chances de peregrinar do que as adultas. Apesar de não se observar associação significativa de idade materna e peregrinação para o parto em RP, um pequeno percentual (5,6%) das adolescentes peregrinaram. Acesso inadequado ao parto foi observado em 32,2% das puérperas adolescentes do Nordeste brasileiro e 33,3% dessas adolescentes receberam orientações sobre o serviço de saúde que deveriam procurar para o parto, entretanto, peregrinaram em busca de assistência²⁹.

É válido ressaltar que gestantes adolescentes são consideradas vulneráveis. De acordo com critérios do Ministério da Saúde³⁴, a gestação nessa faixa etária pode ser considerada de alto risco, em especial quando essa gestante está em trabalho de parto e precisa peregrinar na busca de assistência obstétrica. Tal situação foi evidenciada em estudo realizado no Rio de Janeiro que apresentou percentual de 20,7% de peregrinação entre adolescentes²⁷. A gestação na adolescência, entretanto, é um evento muito mais prevalente em SL do que em RP³², local mais desenvolvido e com níveis mais elevados de escolaridade. É possível que, por ser um evento raro em RP, a gestação em adolescentes seja melhor acompanhada, reduzindo a peregrinação.

Não houve associação estatisticamente significativa entre cor da pele e peregrinação para o parto nas duas cidades estudadas. Estes resultados são semelhantes à outra pesquisa que mostra não haver associação estatisticamente significativa entre a variável raça/cor e a ocorrência de peregrinação no momento do parto¹.

Outros estudos realizados previamente também evidenciaram que peregrinar em busca de atenção médica é mais frequente entre mulheres pretas e pardas seguidas de mulheres brancas^{26,30,37}. Cunha et al.²⁵, em estudo realizado em São Luís, verificaram que as gestantes que mais peregrinaram eram pardas. Estudo recente com análise de abrangência nacional verificou que puérperas de cor preta possuíam maior risco de peregrinar para o parto, constatando-se, portanto, disparidades raciais no processo de atenção ao parto evidenciando um gradiente de pior para melhor cuidado entre mulheres pretas, pardas e brancas³⁸. É possível que o modo de aferição dessa variável – autodeclarada – tenha tido algum efeito na associação estudada, pois ambas as cidades são historicamente marcadas por racismo^{39, 40}. Dessa forma, as pessoas tendem a não se autodeclarar como pretas, mas como pardas ou brancas⁴¹, o que pode ter contribuído para a ocorrência de viés em direção à hipótese nula.

Destaca-se, a associação verificada em RP, da gestante não ter companheiro com maior risco de peregrinar em busca de assistência ao parto. Tal resultado confirma o encontrado por Barbosa²⁶ e Ferreira et al.¹ que afirmaram ser fator de proteção para a ocorrência da peregrinação a gestante ter companheiro. Esta variável tem sido utilizada para verificar o apoio familiar, considerando-o importante para o melhor desfecho da gestação ou na busca por assistência²⁶.

O presente estudo não detectou associação entre gestação de alto risco com a peregrinação para o parto em SL, mas essa associação foi observada em RP, onde a prevalência de peregrinação foi 2,64 vezes maior entre as gestantes de alto risco quando comparadas às de risco habitual. Estudos evidenciaram que gestantes peregrinam não somente em busca de vaga, mas de um serviço com estrutura adequada para atender à gravidez de alto risco, que necessita de cuidados intensivos para a mãe e/ou para o recém-nascido^{1,36}.

Em SL, entretanto, na análise descritiva também se observou um elevado percentual de gestantes de alto risco que peregrinaram (34,6%) e dentre as mulheres de risco habitual, 36,7% peregrinaram, apesar da oferta de leitos para gestação de risco habitual ser maior do que para leitos de alto risco. Portanto, supõe-se que nesta cidade as gestantes, mesmo de risco habitual, tendem a buscar primeiramente as maternidades mais bem equipadas e que dão prioridade à demanda de alto risco e podem ter tido recusa do serviço, resultando em alta peregrinação também nessas mulheres.

A associação do parto com idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação (parto pré-termo) com a peregrinação de gestantes em busca de assistência foi verificada neste estudo tanto em SL como em RP. Vale ressaltar que o parto pré-termo foi considerado fator

que eleva a chance de peregrinação em RP e fator que diminui tal risco em SL. Tal achado pode ser justificado pela facilidade de acesso dessas gestantes às duas maternidades que assistem gestação de alto risco em SL, visto que o parto pré-termo é considerado de risco, tendo essa gestante prioridade de atendimento, evitando assim, o risco de peregrinar.

Outra pesquisa também evidenciou que gestantes que entram em trabalho de parto com idade gestacional menor que 37 semanas apresentaram maior chance de peregrinar para o parto²⁸. O autor ressalta que a ocorrência de trabalho de parto pré-termo exige suportes hospitalares mais complexos. Portanto, é mais difícil garantir assistência ao parto em locais que não possuem estrutura necessária, tais como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) materna e neonatal.

É destaque desse trabalho a inclusão de amostra de base populacional proveniente de duas cidades brasileiras com condições socioeconômicas contrastantes; evidenciando que a peregrinação para o parto é um evento mais frequente em São Luís, nordeste brasileiro, do que em Ribeirão Preto, no sudeste do país. Isso reforça uma das hipóteses do estudo, de que a peregrinação é mais prevalente em locais menos desenvolvidos e com uma rede de serviços de saúde menos organizada. Outro ponto relevante foi a utilização da técnica de modelagem hierarquizada para estudar diferentes fatores associados à peregrinação, reforçando o papel da pobreza como um fator de risco associado à peregrinação. Ressalta-se a importância do método utilizado, visto que apenas um estudo utilizou a proposta da modelagem hierarquizada considerando a variável peregrinação para o parto como desfecho⁴².

São ainda pontos fortes do estudo o alto poder da amostra e a baixa proporção de perdas e não resposta, os cuidados metodológicos para evitar viés de aferição (treinamento e supervisão dos entrevistadores, realização de piloto e reavaliação de sub-amostra do estudo).

O estudo ter sido realizado utilizando questionário que não foi elaborado com objetivo de analisar a peregrinação de gestantes para o parto e que não possuía questões sobre os motivos de recusa dos serviços para não internar as gestantes são limitações desse trabalho. Outra limitação do estudo foi a impossibilidade de calcular o tempo gasto no percurso da residência das gestantes até a maternidade, assim como de verificar se o trabalho de parto estava em curso no momento da busca por assistência ao parto.

Entretanto, os achados reafirmaram a dificuldade de acesso às maternidades no Brasil com forte evidência da necessidade de integralidade entre a atenção primária e a especializada na assistência ao parto. Evidenciaram ainda a importância de estruturar os serviços de saúde no Nordeste para que estes garantam a execução de ações preconizadas pela RC², em especial na atenção ao parto e ao nascimento.

Considerando os princípios do SUS que preconizam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, concluiu-se que as gestantes pobres peregrinam mais em busca de assistência, e sem garantia de que serão atendidas, mesmo dentre as que realizaram o pré-natal. Portanto, o presente estudo evidenciou a ausência da garantia de acesso universal e equânime, e reafirmou a desigualdade de acesso à assistência ao parto entre as regiões brasileiras.

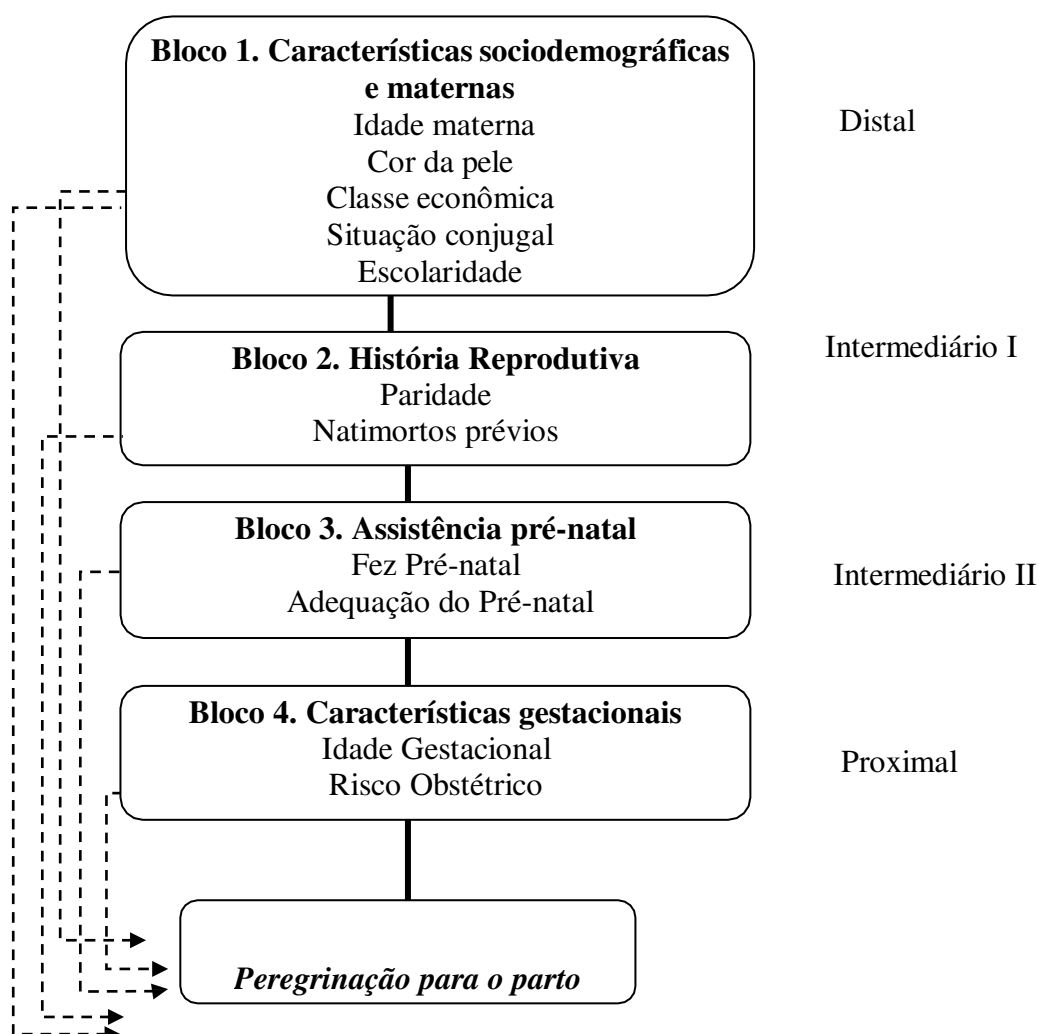
Referências

1. Ferreira RVF. Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil. 2015 [cited 2018 Jan 17];82. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14049/1/81.pdf>
2. Brasil. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 17]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
3. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN da, Theme Filha MM, Costa JV da, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2014 Aug [cited 2018 Jan 17];30(suppl 1):S85–100. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&tlng=pt
4. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN da, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 17];37(3):140–7. Available from: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt/>
5. Lansky S, Friche AA de L, Silva AAM da, Campos D, Bittencourt SD de A, Carvalho ML de, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad Saude Publica [Internet]. 2014 Aug [cited 2018 Jan 17];30(suppl 1):S192–207. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt&tlng=pt
6. RIPSAs. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências [Internet]. Organização Pan-Americana de Saúde. 2009. 144 p. Available from: www.ripsa.org.br/lilddi/docsonline/get.php?id=276
7. Landini F, Cowes VG, Bianqui V, Logiovine S, Vázquez J, Viudes S. Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino. Saúde e Soc [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 Jan 17];24(4):1151–63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401151&lng=es&tlng=es
8. Kozhimannil K, Hung P, McClellan M, Casey M, Prasad S, Moscovice I. Obstetric Services and Quality among Critical Access, Rural, and Urban Hospitals in Nine States. Rural Heal Res Policy Centers [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 17];9. Available from: http://rhrp.umn.edu/wp-content/files_mf/ob1.pdf
9. Price S, Little K. Research evidence review -impact of distance/travel time to maternity services on birth outcomes [Internet]. Public Health Wales NHS Trust . 2015 [cited 2018 Jan 17]. p. 41. Available from: www.publichealthwales.org/maternityreview
10. Wong KLM, Benova L, Campbell OMR. A look back on how far to walk: Systematic review and meta-analysis of physical access to skilled care for childbirth in Sub-

- Saharan Africa. Dangal G, editor. PLoS One [Internet]. 2017 Sep 14 [cited 2018 Jan 30];12(9):e0184432. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28910302>
11. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med [Internet]. 1994 Apr [cited 2018 Jan 30];38(8):1091–110. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8042057>
 12. Ziraba AK, Mills S, Madise N, Saliku T, Fotso J-C. The state of emergency obstetric care services in Nairobi informal settlements and environs: Results from a maternity health facility survey. BMC Health Serv Res [Internet]. 2009 Dec 12 [cited 2018 Jan 30];9(1):46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19284626>
 13. Waiswa P, Kallander K, Peterson S, Tomson G, Pariyo GW. Using the three delays model to understand why newborn babies die in eastern Uganda. Trop Med Int Heal [Internet]. 2010 Jul 14 [cited 2018 Jan 30];15(8):964–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636527>
 14. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML, et al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2014 Dec 5 [cited 2018 Jan 30];14(1):159. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24886330>
 15. Mgawadere F, Unkels R, Kazembe A, van den Broek N. Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the three delays model. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2017 Dec 12 [cited 2018 Jan 30];17(1):219. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28697794>
 16. Ellis C, Schummers L, Rostoker J-F. Reducing Maternal Mortality in Uganda: Applying the “Three Delays” Framework. Int J Childbirth [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2018 Jan 30];1(4):218–26. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/10.1891/2156-5287.1.4.218>
 17. Nahar S, Banu M, Nasreen HE. Women-focused development intervention reduces delays in accessing emergency obstetric care in urban slums in Bangladesh: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2011 Dec 30 [cited 2018 Jan 30];11(1):11. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-11-11>
 18. Lire A, Beyamo A, Tadele D, Facha W. Delays for Utilizing Institutional Delivery and Associated Factors Among Mothers Attending Public Health Facility in Hadiya Zone, Southern Ethiopia. <http://www.sciencepublishinggroup.com> [Internet]. 2017 Sep 28 [cited 2018 Jan 30];5(6):419. Available from: <http://www.sciencepublishinggroup.com/journal/paperinfo?journalid=251&doi=10.11648/j.sjph.20170506.13>
 19. Echoka E, Makokha A, Dubourg D, Kombe Y, Nyandieka L, Byskov J. Barriers to emergency obstetric care services: accounts of survivors of life threatening obstetric complications in Malindi District, Kenya. Pan Afr Med J [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 30];17 Suppl 1(Suppl 1):4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24643142>
 20. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Cien Saude Colet [Internet]. 2012 Nov [cited 2018 Jan 17];17(11):2865–75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=pt&tlng=pt
 21. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde e Soc [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 Jan 17];24(1):100–12. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100100&lng=pt&tlng=pt
22. Sousa LMO, Araújo EM de, Miranda JGV. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 Dec 18 [cited 2018 Jan 30];33(12). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205011&lng=pt&tlng=pt
 23. Leal M do C, Bittencourt SDDA, Torres RMC, Niquini RP, Souza Jr PRB de. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 17];51(12):9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006391.pdf
 24. Assunção MF, Cavalcante R, Soares IS. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde Overcrowding in Pernambuco maternity in the context of current health policy. *Serv Soc Rev* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 19];16(2):31. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/14401/15183>
 25. Cunha SF, D'Eça Júnior A, Rios CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SDS. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2010 Sep 30 [cited 2018 Jan 17];15(3):7. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18885>
 26. Barbosa ATD. Não há vagas: contribuição ao estudo da peregrinação anteparto no município do rio de janeiro [Internet]. UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ; 2010 [cited 2018 Jan 17]. Available from: <http://portal.estacio.br/media/3711/ana-teresa-textual.pdf>
 27. Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OM da C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 Dec [cited 2018 Jan 17];31(4):708–14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400014&lng=pt&tlng=pt
 28. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, da Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery Anna Nery Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 17];19(194):614–20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>
 29. Furtado ÉZL, Gomes KRO, Gama SGN. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 17];50(23):10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005396.pdf
 30. Monteschio LVC, Sgobero JKGS, Marcon SS, Mathias TA de F. Access to care for women during childbirth in university hospitals: characterization and associated factors. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 Mar [cited 2018 Jan 17];35(1):22–30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100022&lng=en&tlng=en
 31. Elmusharaf K, Byrne E, AbuAgla A, AbdelRahim A, Manandhar M, Sondorp E, et al. Patterns and determinants of pathways to reach comprehensive emergency obstetric and neonatal care (CEmONC) in South Sudan: qualitative diagrammatic pathway analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017 Dec 29 [cited 2018 Jan 30];17(1):278. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1463-9>

32. Silva AAM da, Batista RFL, Simões VMF, Thomaz EBAF, Ribeiro CCC, Lamy Filho F, et al. Changes in perinatal health in two birth cohorts (1997/1998 and 2010) in São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 Jul [cited 2018 Jan 17];31(7):1437–50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701437&lng=en&tlng=en
33. Brasil. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico [Internet]. Brasília; 2005 [cited 2018 Jan 17]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
34. Brasil. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2018 Jan 17]. Available from: www.saude.gov.br/saudemulher
35. Nascimento LFC, Almeida MC da S, Gomes C de MS. Causas evitáveis e mortalidade neonatal nas microrregiões do estado de São Paulo. *Rev Bras Ginecol e Obs* [Internet]. 2014 Jul [cited 2018 Jan 17];36(7):303–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000700303&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
36. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 [Internet]. 2007 [cited 2018 Jan 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm
37. Menezes DCS, Leite I da C, Schramm JMA, Leal M do C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006 Mar [cited 2018 Jan 17];22(3):553–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300010&lng=pt&tlng=pt
38. Souza D de O, Silva AWR, Costa T de JG, Rozendo CA. Parturient's trajectory looking for a institution to delivery in Maceió city, Brazil. *J Nurs UFPE line* [Internet]. 2011 Apr 14 [cited 2018 Jan 17];5(3):561–8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6760>
39. Jesus MG de. Racismo e decadência: sociedade, cultura e intelectuais em São Luís do Maranhão [Internet]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo; 2016 [cited 2018 Jan 30]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-11052016-130154/pt-br.php>
40. Guimarães AC. Vivências de discriminação racial na escola pública de um grupo de jovens negros [Internet]. [Ribeirão Preto]: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo; 2010 [cited 2018 Jan 30]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08112013-153732/>
41. Muniz JO. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. *Rev Sociol e Política* [Internet]. 2010 Jun [cited 2018 Jan 30];18(36):277–91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782010000200017&lng=pt&tlng=pt
42. Rocha-Silva CMT. Peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul do Brasil [Internet]. Universidade Federal do Ceará; 2015 [cited 2018 Jan 30]. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21372>

Figura 1. Modelo hierarquizado para a peregrinação para o parto.**Tabela 1.** Ocorrência de peregrinação de gestantes em busca de assistência ao parto em São Luís (MA) e Ribeirão Preto (SP), Brasil, 2010.

Variáveis	São Luís		Ribeirão Preto	
	n (4.582)	% (IC95%)	n (5.893)	% (IC95%)
Peregrinou				
Não	2.941	64,2 (62,8 – 65,6)	5.549	94,2 (93,5 – 94,7)
Sim	1.641	35,8 (34,4 – 37,2)	344	5,8 (5,2 – 6,5)
Quantos hospitais percorreu				
2 a 3	1.527	33,3 (32,0 – 34,7)	342	5,8 (5,2 – 6,4)
4 a 5	108	2,4 (1,9 – 2,8)	2	0,03 (0,004 – 0,1)
6 ou mais	6	0,1 (0,05 – 0,3)	0	0

Tabela 2. Características socioeconômicas, obstétricas e relacionadas ao parto segundo a peregrinação das gestantes para o parto em São Luís (MA) e em Ribeirão Preto (SP), Brasil, 2010.

Variáveis	São Luís			Ribeirão Preto		
	Peregrinou			Peregrinou		
	Sim			Sim		
Idade (anos)	n	%	n total	n	%	n total
< 20	389	41,6	935	72	7,9	912
20 – 34	1.182	35,5	3.331	242	5,6	4.335
≥ 35	70	22,1	316	30	4,6	646
Raça/Cor						
Branca	223	30,2	738	144	4,6	3.143
Não Branca	1.417	36,9	3.840	189	7,0	2.686
Classe Econômica						
A/B	129	21,5	599	65	3,1	2.112
C	883	36,7	2.403	173	6,5	2.666
D/E	510	39,8	1.280	69	10,1	682
Situação conjugal						
Com companheiro	1.302	35,7	3.651	264	5,3	4.964
Sem companheiro	339	36,4	931	80	8,6	926
Escolaridade (anos)						
1 a 4	78	34,7	225	24	8,2	292
5 a 8	450	40,1	1.123	116	7,8	1.480
9 a 11	1.007	37,1	2.715	177	5,8	3.036
12 ou mais	101	19,9	507	27	2,5	1.080
Paridade						
Primípara	844	37,9	2.228	164	5,4	3.017
Múltipara	797	33,9	2.353	180	6,3	2.867
Natimorto prévio						
Não	1.584	36,0	4.404	337	5,8	5.806
Sim	57	32,0	178	7	8,0	87
Fez Pré-natal						
Sim	1602	35,8	4478	319	5,5	5795
Não	39	37,5	104	25	26,0	96
Pré-natal						
Adequado	442	33,7	1.313	134	4,6	2.899
Inadequado	819	36,7	2.234	50	5,0	993
Idade Gestacional no momento do parto (semanas)						
37 – 41	1.329	36,4	3.650	214	4,7	4.569
< 37	211	32,2	656	112	11,9	943
≥ 42	101	36,6	276	18	4,7	381
Risco Obstétrico						
Risco Habitual	876	36,9	2.374	74	2,9	2.525
Alto risco	765	34,6	2.208	270	8,02	3.368

Tabela 3. Modelo final de fatores associados à peregrinação de gestantes para o parto em São Luís, Maranhão, Brasil, 2010.

Variáveis	São Luís		
	RP ajustada ^b	IC 95%	p valor (<0,10)
Bloco 1			
Idade (anos)			<0,001
< 20	1,10	1,01 – 1,21	
20 – 34	1		
≥ 35	0,68	0,54 – 0,84	
Classe Econômica			<0,001
A/B	1		
C	1,42	1,19 – 1,69	
D/E	1,47	1,22 – 1,78	
Escolaridade (anos)			<0,001
1 a 4	1,39	1,06 – 1,84	
5 a 8	1,54	1,25 – 1,91	
9 a 11	1,49	1,22 – 1,82	
12 ou mais	1		
Bloco 2*			
Paridade			0,006
Primípara	1,13	1,04 – 1,24	
Múltipara	1		
Bloco 3*			
Bloco 4			
Idade Gestacional no momento do parto (semanas)			0,047
37 – 41	1		
< 37	0,85	0,75 – 0,97	
≥ 42	1,01	0,86 – 1,19	

*Nenhuma variável dos blocos 2 e 3 permaneceu no modelo final

Tabela 4. Modelo final de fatores associados à peregrinação de gestantes para o parto em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2010.

Variáveis	Ribeirão Preto		
	OR Ajustada	IC 95%	p valor
Bloco 1			
Raça/Cor			0,061
Branca	1		
Não Branca	1,27	0,99 – 1,63	
Classe Econômica			<0,001
A/B	1		
C	1,70	1,22 – 2,37	
D/E	2,56	1,70 – 3,87	
Situação conjugal			0,031
Com companheiro	1		
Sem companheiro	1,38	1,03 – 1,84	
Escolaridade (anos)			0,310
1 a 4	1,41	0,71 – 2,78	
5 a 8	1,62	0,97 – 2,70	
9 a 11	1,47	0,92 – 2,34	
12 ou mais	1		
Bloco 2*			
Bloco 3*			
Bloco 4			
Idade Gestacional no momento do parto (semanas)			<0,001
37 – 41	1		
< 37	2,00	1,51 – 2,64	
≥ 42	0,57	0,33 – 0,98	
Risco Obstétrico			<0,001
Não	1		
Sim	2,64	1,92 – 3,63	

*Nenhuma variável dos blocos 2 e 3 permaneceu no modelo final

Artigo 2

**Associação entre peregrinação para o parto e condições desfavoráveis ao
nascer: contribuição da coorte BRISA**

Será submetido à *Revista Pan-Americana de Saúde Pública* - Qualis: A2

Título: Associação entre peregrinação para o parto e condições desfavoráveis ao nascer: contribuição da coorte BRISA

Título resumido: Acesso ao parto e condições desfavoráveis ao nascer

Autores:

Lílian Machado Vilarinho de Moraes¹

Claudia Maria Coelho Alves¹

Vanda Maria Ferreira Simões¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

Autor para Correspondência:

Vanda Maria Ferreira Simões

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

Rua Barão de Itapary, 155 – Centro. São Luís (MA) CEP 65020-070 - Brasil

Telefone: +55 (98) 3272-9675 - e-mail: vandamfsimoes@gmail.com

Colaboradores

Moraes, L.M.V participou na concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. **Alves, C.M.C e Simões, V.M.F.** participaram na concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual.

Agradecimentos

Às mães participantes, aos entrevistadores e equipe técnica que tornaram este estudo possível.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (FAPEMA) e pelo Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX).

RESUMO

Introdução: Ausência de vinculação da assistência pré-natal aos serviços de atenção ao parto, de leitos obstétricos, de recursos para atender situações de risco são alguns fatores que interferem no acesso das gestantes aos serviços de saúde, favorecendo a peregrinação para o parto. Não há estudo que demonstre a associação entre peregrinação e condições desfavoráveis ao nascer, apesar de já estar bem estabelecido na literatura que peregrinar em busca de assistência ao parto coloca em risco a saúde da mãe e do bebê. **Objetivo:** Investigar a associação entre peregrinação para o parto e as condições desfavoráveis ao nascer. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com 4.494 puérperas e seus recém-nascidos, em São Luís, Brasil. Para comparação de médias, utilizou-se teste de Wilcoxon e teste não paramétrico Kruskal-Wallis. A associação da peregrinação para o parto com problemas de saúde ao nascer foi avaliada por análise de regressão logística. As variáveis incluídas no modelo multivariado foram selecionadas a partir de gráficos acíclicos direcionados. **Resultados:** Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a peregrinação de gestantes no momento do parto e problemas de saúde ao nascer (OR= 1,27 ; IC95%: 1,01 – 1,61 ; p =0,041). Verificou-se ainda que RN com problemas de saúde ao nascer tiveram 39,3% mais de chances de necessitar de cuidados em unidade de terapia intensiva neonatal (OR: 37,5; IC95%: 25,6 – 54,8; p < 0,001) e maior chance de apresentar Apgar < 7 no primeiro (OR= 9,5; IC95%: 7,4 – 12,2; p< 0,001) e no quinto (OR=5,5; IC95%: 3,1 – 9,6; p< 0,001) minutos de vida. **Conclusão:** O estudo evidencia que existe associação entre peregrinação para o parto e problemas de saúde ao nascer, e que quanto maior o número de serviços que a gestante busca para ter assistência no momento do parto, maior a chance do RN ter algum problema de saúde ao nascer.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde; Parto; Maternidades.

ABSTRACT

Introduction: The absence of linking prenatal care to obstetric care services, obstetric beds, and resources to attend risk situations are some factors that interfere in the access of pregnant women to health services, favoring the pilgrimage to childbirth. Few studies have documented the association between pilgrimage and unfavorable conditions at birth, although it is already well established in the literature that pilgrimage in search of childbirth assistance puts the health of the mother and the baby at risk. **Objective:** To investigate the association between childbirth pilgrimage and unfavorable conditions at birth. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with 4,494 postpartum women and their newborns in São Luís, Brazil. For comparison of means, Wilcoxon test and non-parametric Kruskal-Wallis test were used. The association of the pilgrimage to childbirth with health problems at birth was evaluated by logistic regression analysis. The variables included in the multivariate model were selected from directed acyclic graphs. **Results:** There was a statistically significant association between the pilgrimage of pregnant women at birth and health problems at birth (OR = 1.27, 95% CI: 1.01 - 1.61, p = 0.041). It was also verified that neonates with health problems at birth were 39.3% more likely to require care in a neonatal intensive care unit (OR: 37.5; 95% CI: 25.6 - 54.8; p < 0.001) and a higher chance of presenting Apgar <7 in the first (OR = 9.5, 95% CI: 7.4-12.2, p <0.001) and in the fifth (OR = 5.5, 95% CI: 3.1 - 9.6, p <0.001) minutes of life. **Conclusion:** The study shows that there is an association between childbirth and health problems at birth, and that the greater the number of services that the pregnant woman seeks to receive assistance at the time of delivery, the greater the chance that the infant has a health problem at birth.

Keywords: Access to health services; Childbirth; Maternities

Introdução

A necessidade da gestante de percorrer mais de um serviço de saúde até conseguir ter acesso ao atendimento para o parto é definida pelo termo “peregrinação”.(1) Nos últimos cinco anos, estudos evidenciaram que gestantes peregrinam em busca de assistência ao parto, sendo este um problema em todo o Brasil, em especial, no Nordeste.(2-4)

Tal peregrinação tem como principal causa a ausência de leitos (4-5), e é considerada uma violência no campo obstétrico (6) e um fator de risco para a saúde da gestante e do feto.(7-8) É compreendida como um dilema atual que necessita de atenção das autoridades de saúde,(9) mesmo após uma década que entrou em vigor a Lei nº 11.637 de 27 de dezembro de 2007, que garante o direito de vinculação prévia à maternidade na qual seu parto será realizado.(10)

Não somente a ausência de leitos gera a peregrinação para o parto. Outros motivos têm sido descritos na literatura como justificativas para a necessidade de referenciar as gestantes para outro serviço, tais como: o déficit de leitos em Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIn) e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn), a deficiência na estrutura física e o risco de nascimentos pré-termo (NPT).(11-12)

Mulheres primíparas, adolescentes, sem companheiros, pardas e pretas, com menor escolaridade, de classe econômica desfavorável, usuárias dos serviços públicos de saúde e que não realizaram pré-natal são características comuns às que possuem maiores chances de peregrinar no momento do parto no Nordeste brasileiro.(4-5)

Sabe-se que não há sistema de informação em saúde que reúna dados acerca da peregrinação para o parto. Portanto, a pesquisa Nascir no Brasil é o único inquérito nacional que analisou este evento em diversas regiões do país, cujos resultados apontaram a necessidade de organizar a rede de atenção perinatal. Este inquérito evidenciou a associação da peregrinação para o parto com óbitos neonatais evitáveis sendo, portanto, um desafio garantir o acolhimento das gestantes que buscam o parto hospitalar.(13)

Outros estudos recentes apontaram a peregrinação para o parto como um dentre os vários fatores que estão associados ao óbito infantil,(14) neonatal (13,15) e a natimortalidade.(16) Entretanto, estudo de revisão sistemática não encontrou evidências conclusivas para apoiar uma ligação causal entre a distância percorrida pela gestante ou do tempo de deslocamento da sua residência à maternidade e os resultados perinatais adversos.(17)

Existem estudos acerca da demora no atendimento obstétrico ou do tempo de deslocamento para a maternidade e sua associação com desfechos maternos desfavoráveis.(18-19) Há também estudos acerca de desfechos neonatais desfavoráveis (20) e sua associação às morbidades gestacionais, tais como diabetes mellitus (21) e transtornos psiquiátricos.(22) Entretanto, verificou-se uma lacuna na literatura acerca desse tema, visto que há poucos estudos que investigaram a associação da peregrinação para o parto e as condições desfavoráveis ao nascer, apesar de já estar bem estabelecido na literatura que peregrinar em busca de assistência ao parto coloca em risco a saúde da mãe e do bebê.

Portanto, consideram-se ainda pouco investigados os desfechos desfavoráveis ao nascer.(23) Visto que as condições do bebê ao nascimento também refletem a qualidade da assistência ao parto, é relevante verificar se peregrinar em busca de assistência ao parto interfere negativamente nas condições ao nascer. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo investigar a associação entre peregrinação para o parto e as condições desfavoráveis ao nascer.

Métodos

Estudo seccional de base populacional, aninhado à coorte BRISA. O presente estudo utilizou apenas dados referentes à coorte de nascimento da cidade de São Luís, Maranhão, cuja metodologia está detalhada em Ferreira.(13)

A amostra foi estratificada por hospital ou maternidade que registrou 100 ou mais partos por ano, com quota proporcional ao número de partos. Em cada instituição, utilizou-se a amostragem sistemática para a seleção de um em cada três nascimentos. Das 5.475 mulheres eleitas para o estudo, houve 4,8% de recusa das puérperas em participarem do estudo, somadas às altas precoces, permanecendo 5.212 puérperas. Destas, não foram incluídas as que tiveram partos gemelares (88) e 627 mulheres que agendaram cesárea eletiva, totalizando uma amostra de 4.497 puérperas para o presente estudo.

A coleta de dados realizou-se de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2010, na qual aplicou-se questionário padronizado por entrevistador capacitado previamente. Os questionários foram aplicados nas primeiras 24 horas do pós-parto, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e continham perguntas relacionadas à puérpera e aos recém-nascidos.

Nesse estudo, a variável exposição é a peregrinação de gestantes no momento do parto, que corresponde ao número de serviços que a gestante percorreu em busca de

assistência até conseguir vaga hospitalar (variável numérica contínua). O desfecho analisado foi a variável categórica Problema de Saúde ao Nascer (PSN) (categorizada em: sim ou não). Essa variável foi elaborada a partir da seguinte pergunta à mãe: “o recém-nascido apresentou algum problema de saúde?”. Foi possível descrever tais problemas de saúde por meio da resposta da mãe à seguinte pergunta: “Caso tenha apresentado problema, nos diga qual foi.” É válido ressaltar que essa variável foi bem medida, visto que há reduzida possibilidade de viés de memória em decorrência do evento “problema de saúde ao nascer” para o tempo em que foi realizada a entrevista, ainda na maternidade, nas primeiras 24 horas pós-parto. Além do relato da mãe, consideraram-se as anotações nos prontuários acerca de problemas de saúde dos RN.

Considerou-se problemas de saúde ao nascer: a asfixia (apgar <7) no primeiro e quinto minutos de vida, o nascimento pré-termo (<37 semanas) e a necessidade de internação do RN em UTIn. Além desses, todos os problemas de saúde relatados pelas mães foram considerados desfavoráveis ao nascer. Para o presente estudo, o óbito e a natimortalidade não foram considerados problemas de saúde. Assim, em relação às condições de saúde do recém-nascido foram incluídas as seguintes covariáveis: idade gestacional (IG) ao nascimento (37 a 41 semanas; menor que 37 semanas e igual ou maior que 42 semanas), a necessidade internação do RN em UTIn (sim; não) e o Apgar < 7 no primeiro e no quinto minutos de vida (sim; não).

As variáveis relacionadas às condições socioeconômicas e demográficas foram: idade materna (<20 anos; 20 a 34; ≥ 35), classe econômica (A/B;C/D/E), mora com companheiro (sim; não); escolaridade materna (1 a 4; 5 a 8; 9 a 11; mais de 12 anos). As relacionadas à história reprodutiva e gestação atual foram: paridade (primípara; múltípara); morbidades na gestação (sim, não) e gestação de alto risco (sim; não).

Utilizou-se o Gráfico Acíclico Direcionado (DAG) para verificar a possível associação entre peregrinação de gestantes para o parto com e PSN e suas relações as covariáveis acima citadas. O DAG indicou quais variáveis de confundimento deveriam ser inseridas no modelo de regressão, evitando ajustes desnecessários. Os Gráficos Acíclicos Direcionados (*DAG - Directed Acyclic Graph*) são utilizados para estabelecer pressupostos causais entre as variáveis e indicar as covariáveis mínimas necessárias para estimar o efeito da exposição sobre o desfecho.(24) Na análise do DAG foi sugerido o ajuste mínimo para o seguinte conjunto de variáveis: classe econômica, escolaridade materna, idade materna, mora com companheiro e morbidades gestacionais.

Os dados deste estudo foram analisados no programa estatístico Stata® versão 12.0. A análise descritiva das características das puérperas que peregrinaram e de seus recém-nascidos

segundo a peregrinação para o parto foi verificada por meio de tabelas de frequências absolutas e percentual.

Para classificar se a assistência pré-natal foi adequada ou inadequada utilizou-se os critérios propostos pelo Ministério da Saúde.(25) O pré-natal foi considerado adequado quando a gestante iniciou o pré-natal até o quarto mês de gestação; realizou, no mínimo, seis consultas para uma gestação a termo (≥ 37 semanas) ou um menor número de acordo com a idade gestacional ao parto (3 consultas até 29 semanas; 4 consultas de 30 a 33 semanas; 5 consultas de 34 a 36 semanas).

As variáveis relacionadas às condições ao nascer (Apgar <7 no 1º e no 5º minutos de vida, necessidade internação em UTIn e IG ao nascimento) foram comparadas à peregrinação para o parto, por meio do teste qui-quadrado. Por meio de regressão logística bivariada verificou-se a associação dos PSN (variável desfecho) com as condições desfavoráveis ao nascer (Apgar <7 no 1º e 5º minutos de vida; necessidade de admissão do RN em UTIn).

Para verificar a correlação entre a quantidade de serviços que a gestante peregrinou e o número de problemas ao nascer (NPSN), utilizou-se o teste de correlação de Spearman. Para verificar a diferença na quantidade de serviços da peregrinação entre o grupo de mães cujas crianças tiveram bebês com problemas de saúde e o grupo de RN sem problemas de saúde ao nascer, usou-se o teste de Wilcoxon.

Para comparação da quantidade de peregrinação entre os grupos que não tiveram problemas de saúde, e aqueles que tiveram apenas um problema, dois problemas, três ou mais problemas de saúde, utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

Para avaliar a associação da peregrinação para o parto com a variável desfecho PSN, utilizou-se regressão logística bivariada e multivariada. Na análise multivariada foram incluídas para controle de confundimento e viés de seleção as variáveis apontadas pelo DAG. Para todas as análises o nível de significância foi fixado em 5%.

Resultados

Das 1.641 puérperas entrevistadas em São Luís que peregrinaram em busca de assistência no momento do parto, mais da metade delas tinham entre 20 e 34 anos (72,0%), eram não brancas (86,4%), de classe econômica C (58,0%), não possuíam plano de saúde (97,8%) e tinham de 9 a 11 anos de estudo (61,5%). Em relação a história reprodutiva, eram primíparas (51,5%), cuja gestação atual era de risco habitual (87,6%). Quase todas realizaram o pré-natal (97,6%), entretanto 65,0% receberam uma atenção pré-natal classificada como inadequada. Os partos das mulheres que peregrinaram ocorreram em hospitais públicos

(97,4%), por via vaginal (67,2%). A patologia mais frequente durante a gestação foi a hipertensão (15,4%). Dentre as que peregrinaram para o parto 5,1% fumaram e 17,0% consumiram álcool durante a gestação (Tabela 1).

Verificou-se que 8,4% dos RN cujas mães peregrinaram para o parto tiveram algum problema de saúde ao nascer (PSN). Os desfechos neonatais desfavoráveis verificados dentre as gestantes que peregrinaram em busca de assistência foram: 8,6% de RN com baixo peso ao nascer (BPN), 3,2% foram internados em UTI neonatal, 6,6% apresentaram Apgar < 7 no 1º minuto de vida e 1,8% com Apgar < 7 no 5º minuto de vida (Tabela 2).

Não houve diferença estatística nas características dos RN cujas mães peregrinaram em comparação com aqueles cujas mães não peregrinaram, exceto para Apgar no primeiro minuto de vida ($p=0,009$) (Tabela 2).

Quanto ao número de problemas de saúde ao nascer (PSN), observou-se que na amostra estudada a maioria dos RN não apresentaram PSN (90,3%), entretanto, dentre os que apresentaram PSN, 6,8% tinham apenas um problema, 2,2% tinham dois, 1,1% apresentam três ou mais PSN. O número de PSN foi maior nos RN de gestantes que buscaram mais serviços no momento do parto e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p= 0,021$). Verificou-se que há correlação entre o número de serviços (NS) que a gestante procurou para o parto e o número de PSN, pois o valor de rho foi igual a 0,082 ($p=0,001$), portanto, a correlação é positiva, fraca e significativa. Observou-se também que existe diferença estatística ($p = 0,006$) entre a média de peregrinação entre os grupos de RNs que possuíam algum PSN com o grupo que não possuía tais problemas.

Na Tabela 3 foram descritos os PSN mais prevalentes na amostra estudada: 46,3% dos RN apresentaram problemas respiratórios, 16,2% foram NPT e 37,5% foram outros problemas (malformação congênita, hidrocefalia, prolapso de cordão e problemas desconhecidos).

Verificou-se ainda que RN com PSN tiveram 39,3% mais de chances de necessitar de cuidados em UTIn (OR: 37,5; IC95%: 25,6 – 54,8; $p < 0,001$) e maior chance de apresentar Apgar < 7 no primeiro (OR= 9,5; IC95%: 7,4 – 12,2; $p < 0,001$) e no quinto (OR=5,5; IC95%: 3,1 – 9,6; $p < 0,001$) minutos de vida.

A prevalência de problemas de saúde ao nascer (PSN) na amostra estudada foi de 9,7% e a de peregrinação para o parto de 35,8%. Foi verificada a associação estatisticamente significativa entre a peregrinação de gestantes no momento do parto e PSN, na análise bivariada por meio do teste qui-quadrado ($p= 0,003$), na análise não ajustada (OR= 1,35 ; IC95%: 1,09 – 1,67 $p=0,006$) e também na análise multivariada após ajuste para as variáveis

de confundimento sugeridas pelo DAG (OR= 1,27 ; IC95%: 1,01 – 1,61 ; p =0,041) (Tabela 4).

Discussão

Este é o primeiro estudo brasileiro realizado com objetivo de verificar a associação da peregrinação da gestante em busca de assistência ao parto com condições desfavoráveis ao nascer em uma capital do Nordeste na qual o percentual de peregrinação é elevado. Tal estudo demonstrou que quanto mais serviços de saúde a gestante percorrer, maior as chances do recém-nascido apresentar algum PSN.

Tal achado está em consonância com o esperado, visto que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde no momento do parto é descrita por diversos autores como uma condição que aumenta os riscos maternos e fetais.(6,11,26)

Entretanto, os estudos que abordam a peregrinação para o parto não objetivaram analisar essa associação, mas verificar fatores que interferem no acesso à assistência ao parto.(3,4,26,27) Apenas dois estudos, de delineamento transversal, contemplaram essa associação e encontraram resultados divergentes dos achados do presente estudo, visto que não verificaram a associação da peregrinação para o parto e condições desfavoráveis ao nascer.(7,28)

Um desses estudos foi realizado na região Sudeste, com dados da Pesquisa Nascer no Brasil e analisou a associação entre fatores sociodemográficos, organizacionais, obstétricos e assistenciais e as condições desfavoráveis ao nascer. Tal estudo verificou que a peregrinação não apresentou relevância estatística para a ocorrência de condições desfavoráveis ao nascer (p=0,235).(7)

Estudo de Barbosa,(28) realizado no Rio de Janeiro, com delineamento transversal, abordou a associação da peregrinação com condições de vida desfavoráveis de forma descritiva e verificou que 99,2% do binômio mãe-filho tinham boas condições de hígidez no momento da internação, divergindo do verificado no presente estudo.

É válido destacar que aumentou o número de PSN dos RN à medida que as médias de peregrinação aumentaram. Ou seja, o RN que apresentou apenas um PSN, a média de peregrinação da mãe foi de 1,46, enquanto os RNs que tiveram 3 problemas ou mais a média de peregrinação foi igual a 1,62.

Apesar dos estudos não verificarem a associação da peregrinação para o parto com PSN, alguns estudos sobre acesso aos serviços de saúde obstétricos verificaram que a peregrinação é um fator de risco para o óbito neonatal e para a natimortalidade.(13,16,29)

Estudo caso-controle com 803 casos de óbitos em menores de um ano, e 1.969 nascidos vivos, afirmou que o fato da gestante não estar vinculada à maternidade durante o pré-natal estava associado significativamente e positivamente ao óbito infantil.(30) Esses autores reforçaram que a peregrinação para o parto indica falhas na linha de cuidado da gestante e desarticulação entre os níveis de atenção ambulatorial e hospitalar.

No presente estudo, verificou-se que dos RN que apresentaram algum PSN, quase metade delas foram problemas respiratórios, o que indica forte relação com a peregrinação e consequente demora no atendimento à gestante no momento do parto. Tal achado é relevante e expressa a necessidade de acolher a gestante que busca os serviços de saúde obstétricos em tempo oportuno, garantindo vaga ou encaminhamento adequado, permitindo que problemas de saúde, em especial os distúrbios respiratórios sejam evitados nas primeiras horas de vida.

Considerando esses achados, é válido ressaltar que logo após o nascimento, o RN deve respirar de maneira regular e suficiente para manter a frequência cardíaca (FC) acima de 100bpm e que a saturação de oxigênio (O₂) com um minuto de vida situa-se ao redor de 60% a 65%. No quinto minuto de vida é que a saturação de O₂ atinge valores de 87% a 92%.(31)

Nesse estudo, verificou-se a associação da peregrinação para o parto ao Apgar menor que sete no primeiro minuto de vida. O escore de Apgar descreve as condições do RN após o nascimento e avalia cinco parâmetros: FC, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor, e cada um recebe uma pontuação que vai de 0 a 2. A verificação desse escore é realizada no primeiro e quinto minutos de vida e caso tenha pontuação entre 7 e 10 é considerado normal.(32) Quando o índice de Apgar é baixo no primeiro minuto (<7), considerando a Classificação Internacional das Doenças,(33) há asfixia ao nascer.

A asfixia neonatal é uma das principais causas de morbidade hospitalar em RN e de sequelas graves para o indivíduo,(31) visto que ocorre devido à má-oxigenação ou má-perfusão de múltiplos órgãos que pode acarretar danos irreversíveis.(34)

A asfixia ao nascer tem relação causal com a assistência prestada às gestantes.(34) Estudo (35) também verificou que há indícios da relação entre a peregrinação da gestante em busca de vaga hospitalar e as mortes peri e neonatais por asfixia. Tais assertivas mostram que a garantia do acesso em tempo oportuno aos serviços de saúde obstétricos é fundamental na redução de mortes peri e neonatais.

Pesquisa documental que objetivou analisar a temática da violência obstétrica no Brasil verificando os acórdãos do Supremo Tribunal Federal (STF) e Supremo Tribunal de Justiça (STJ) entre os anos de 2007 e 2016 mostrou um número significativo de lesões aos neonatos decorrentes da demora em realizar o parto. Tal demora era associada à recusa no

atendimento por parte dos profissionais de saúde ou ainda indisponibilidade de leito obstétrico ou UTI neonatal, gerando a peregrinação de gestantes no momento do parto, sendo considerada um grave e atual problema na organização da rede de atenção à saúde materna.(36)

No presente estudo, considerou-se a taquipnéia transitória ou desconforto respiratório, a dispnéia, a gemência, a cianose e o sofrimento fetal como problemas respiratórios, que foram os mais prevalentes na amostra estudada. Maior prevalência de distúrbios respiratórios ao nascer pode justificar a maior chance os RN necessitarem de internação em UTIn verificada nesse estudo.

A taquipnéia transitória neonatal (TTN) é um distúrbio pulmonar benigno comum nas primeiras horas de vida que se caracteriza por desconforto respiratório precoce com taquipnéia, gemido expiratório, leve retração subcostal e intercostal, dilatação nasal ou batimento de asa de nariz e cianose.(37) Segundo esses autores não há causa específica para TTN, entretanto sabe-se que as causas maternas, o trabalho de parto e A condição clínica do RN ao nascimento favorecem a ocorrência desse PSN. Todavia, tal patologia tem menos comprometimento da função pulmonar e é de resolução mais rápida.(38)

Quanto ao nascimento pré-termo, evidências mostram que o aumento do número de RN pré-termos (RNPT) se configura como um problema devido a demanda de cuidados específicos para esse grupo considerado de risco.(39) É válido mencionar que o parto pré-termo (IG< 37 semanas) tem sido citado na literatura como uma das causas da peregrinação de gestantes em busca de vaga hospitalar e também de serviços que tenham recursos necessários para atender a demanda de alto risco, tais como UTI materna e neonatal.(13,40,41) Entretanto, a demora no atendimento gerada pela peregrinação das gestantes não interfere na idade gestacional no momento do parto.

Estudos afirmam que complicações decorrentes do NPT podem acarretar mortes neonatais.(13, 42) Maior incidência de TTN com risco seis vezes maior dessa patologia entre RN pré-termos (RNPT) comparados aos RN a termos (RNT) foi o achado de um estudo transversal realizado em Coimbra, Portugal. Tal resultado se justificou pela imaturidade pulmonar dos RNPT, que implicou na dificuldade de reabsorção do fluido alveolar e diminuição das trocas gasosas.(39)

Mesmo diante de um arcabouço normativo que garante o direito a um parto e nascimento seguros, por meio da vinculação da gestante à maternidade e ingresso desta aos serviços de saúde no momento do parto em tempo oportuno,(44) nos últimos cinco anos, a peregrinação para o parto tem sido objeto de estudos nas diversas regiões brasileiras, com

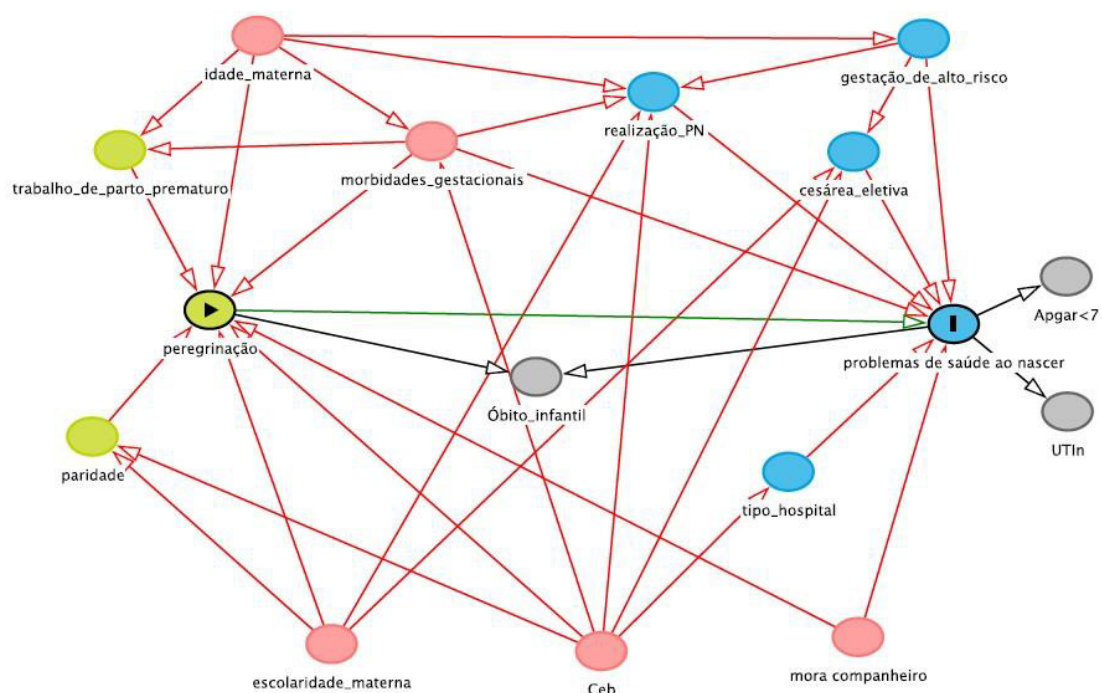
aumento da evidência de que o acesso à assistência obstétrica é um problema vivenciado em âmbito nacional.(4, 5, 14, 44, 45)

O delineamento transversal é uma limitação do presente estudo, tendo em vista que este tipo de estudo dificulta estabelecer relações de causalidade, uma vez que as informações sobre exposição e desfecho foram coletadas simultaneamente.

Entretanto, trata-se do primeiro estudo a evidenciar que à medida que aumenta a peregrinação das gestantes para o parto, mais chances têm os RN de apresentarem algum PSN. A prevalência dos desfechos desfavoráveis ao nascer entre os RN de mães que peregrinaram foi de 9,7%. Esse percentual pode ser considerado alto, visto que a Rede Cegonha preconiza que nenhuma gestante deve peregrinar em busca de vaga, sendo o parto considerado uma urgência prevista, toda gestante deve ser vinculada ao local em que será realizado o parto, e portanto, tem direito a um leito obstétrico e neonatal.(46)

São pontos fortes desse estudo o tamanho da amostra que é representativa e de base populacional, o que oferece robustez aos achados da pesquisa. Foi um diferencial desse estudo, utilizar o DAG para a construção do modelo teórico e o uso do critério da porta de trás para selecionar um conjunto mínimo de covariáveis necessárias para ajuste, evitando confundimento e ajustes desnecessários na análise multivariada.

Figura 1. Gráfico Acíclico Direcionado (DAG) da relação da peregrinação para o parto nas condições desfavoráveis ao nascer e suas relações com as covariáveis.



Fonte: autoria própria.

Tabela 1. Características das mães que peregrinaram em São Luís, Maranhão, Brasil. 2010.

Variáveis	n (1.641)*	%
Idade (anos)		
< 20	389	23,7
20 – 34	1.185	72,1
≥ 35	70	4,3
Raça/ Cor		
Branca	224	13,6
Não Branca	1.419	86,4
Classe Econômica		
A/B	131	8,6
C	884	58,0
D/E	510	33,4
Plano de saúde		
Sim	37	2,2
Não	1.607	97,8
Situação conjugal		
Com companheiro	1.291	78,5
Sem companheiro	353	21,5
Escolaridade (anos)		
1 a 4	78	4,8
5 a 8	450	27,5
9 a 11	1.008	61,5
12 ou mais	103	6,3
Paridade		
Primípara	846	51,5
Múltipara	798	48,5
Aborto prévio		
Não	1.282	78,0
Sim	362	22,0
Natimorto prévio		
Não	1.587	96,5
Sim	57	3,5
Risco Obstétrico		
Risco Habitual	1.440	87,6
Alto risco	204	12,4
Realizou Pré-natal		
Sim	1.605	97,6
Não	39	2,4
Pré-natal		
Adequado	452	35,6
Inadequado	818	64,4
Tipo de Parto		
Cesárea	540	32,8
Vaginal	1.104	67,2
Tipo de hospital		
Privado	43	2,6
Público	1.601	97,4

Continuação...Tabela 1**Tipo de Gestação**

Única	1.630	99,2
Múltipla	14	0,8

Morbidade gestacional

Não	1.326	80,7
Sim	318	19,3

Hipertensão Arterial

Não	1.583	96,3
Sim	60	3,7

Hipertensão gestacional

Não	1.391	84,6
Sim	253	15,4

Diabetes mellitus

Não	1.636	99,6
Sim	6	0,4

DM¹ Gestacional

Não	1.616	98,5
Sim	25	1,5

Fumo na gestação

Não	1.561	94,9
Sim	83	5,1

Uso de álcool na gestação

Não	1.364	83,0
Sim	280	17,0

* valores ignorados não foram considerados. ¹ DM: Diabetes mellitus

Tabela 2. Características dos recém-nascidos segundo a peregrinação para o parto, São Luís, Maranhão 2010.

Variáveis	Peregrinou para o parto		p valor *
	Sim n (%)	Não n (%)	
Admissão do RN em UTIn			
Não	1.539 (96,8)	2.695 (96,1)	0,271
Sim	51 (3,2)	108 (3,8)	
Apgar < 7 (1º min)			
Não	1.484 (93,6)	2.544 (91,4)	0,009
Sim	101 (6,4)	239 (8,6)	
Apgar <7 (5º min)			
Não	1.557 (98,4)	2.748 (98,7)	0,348
Sim	26 (1,6)	36 (1,6)	
Continuação... Tabela 2			
Peso ao nascer			
Adequado	1.495 (91,9)	2.621 (91,4)	0,763
Baixo Peso	108 (6,6)	196 (6,8)	
Muito baixo peso	24 (1,5)	50 (1,7)	
IG ao nascimento			
A termo	1.325 (81,4)	2.292 (81,4)	0,319
Pré-termo	201 (12,3)	400 (13,9)	
Pós-termo	101 (6,2)	175 (6,1)	

* Qui-quadrado

Tabela 3. Problemas de saúde ao nascer entre os RN com apenas um PSN na amostra estudada, São Luís, Maranhão, Brasil, 2010.

Variável	n* (432)	%
Problemas respiratórios	200	46,3
Taquipnéia transitória neonatal	167	38,7
Cianose	11	2,5
Dispneia	9	2,1
Gemência	8	1,8
Sofrimento fetal	5	1,2
Nascimento pré-termo	70	16,2
Outras causas	162	37,5

* n total é 432 que corresponde a 9,7% que apresentaram algum PSN.

Tabela 4. Análise não ajustada e ajustada da associação entre a peregrinação para o parto e problemas de saúde ao nascer entre os RN de amostra da coorte BRISA, São Luís, Maranhão, Brasil, 2010.

	Problema de Saúde ao Nascer					
	Análise não ajustada			Análise ajustada*		
	OR	IC95	p valor	OR	IC95	p valor
Quantidade de serviços que peregrinou	1,35	1,09 – 1,67	0,006	1,27	1,01 – 1,61	0,041

* Considerando as variáveis de ajuste sugeridas pelo DAG

Referências

1. Barbastefano PS, Girianelli VR; Vargens OMC. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. Rev. Gaúcha Enferm. (Online). 2010; 31(4): 708-714. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400014. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
2. Barreto MO. O parto na maternidade vinculada: uma direito ainda não alcançado na região Nordeste [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília. Brasília; 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15223>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
3. Ferreira, RVF. Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste do Nascer no Brasil [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015. 82p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14049?locale=pt_BR. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
4. Furtado EZL, Gomes KR, Gama S. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública 2016; 50(23): 1-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005396.pdf. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
5. Cunha SF, Júnior AD, Rios CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SS Peregrinação no anteparto em São Luís - Maranhão. Cogitare Enferm. 2010; 15(3):441-7. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/18885/12194>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
6. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. Esc Anna Nery. 2015; 19(4): 614-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
7. Pinheiro LR. Uso de manobras de reanimação neonatal e internação em unidade de cuidado intensivo entre recém-nascidos de termo: análise secundária dos dados do estudo Nascer do Brasil [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-875668>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
8. Ferreira RVF. Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste do Nascer no Brasil [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14049?locale=pt_BR. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
9. Xavier FA, Moreira LMS, Costa ICC. O direito de nascer com dignidade no Rio Grande do Norte: um compromisso do Ministério Público Estadual. Revista Ciência Plural. 2016; (2):55-66. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0a_hUKEwiHjNGkjJraAhVCGJAKHQyLDEAQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fperiodicos.ufpr.br%2Frcp%2Farticle%2Fdownload%2F11043%2F7845&usq=AOvVaw3_7coOiscQTgCD_0NoS6ZP. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
10. 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 [Diário Oficial da União]. Brasília, DF; 2007.

- Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
11. Monteschio LVC, Sgobero JKGS, Marcon SS, Mathias TAF. Access to care for women during childbirth in university hospitals: characterization and associated factors. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2014; 35(1): 22-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100022. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 12. Assunção MF, Soares RC, Serrano I. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. *Serv. Soc. Ver.* 2014; 16(2): 05-35. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/14401/15183>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 13. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30 (Supl 1): 192- 207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf> . Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 14. Leal MC, Bittencourt SDA, Torres RMC, Niquini RP, Souza Jr PRBS. Determinants of infant mortality in the Jequitinhonha Valley and in the North and Northeast regions of Brazil. *Rev.Saúde Pública.* 2017; 51(12): 1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100206. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 15. 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 (Rio J)*, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28802823>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 16. Vieira MSM. Natimortalidade no Brasil e Revisão Sistemática sobre os Sistemas de Classificação Utilizados para o Esclarecimento das Causas do Óbito fetal [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/178327>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 17. Public Health Wales NHS Trust. Research evidence review - impact of distance/travel time to maternity services on birth outcomes. Cardiff: Public Health Wales Observatory; 2015. Disponível em: <http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1011/Distance%20to%20maternity%20services%20on%20birth%20outcomes.pdf>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 18. Pacagnella RC, Cecatti JG, Osis MJ, Souza JP et al. The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework. *Reproductive Health Matters.* 2012; 20 (39):155-63. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789093>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 19. Troncon JK, Quadros Netto DL, Rehder PM, Cecatti JG, Surita FG. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2013; 35(9): 388-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032013000900002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 20. Pereira JC. Nascer em Belo Horizonte: desfechos neonatais desfavoráveis. [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. Disponível em:

- <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ANDO-9XTFS8>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
21. Amaral AR, Silva JC, Ferreira BS, Silva MR, Bertini AMA et al. Impacto do diabetes gestacional nos desfechos neonatais: uma coorte retrospectiva. *Scientia Medica*. 2015; 25(1): ID19272. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281761306_Impacto_do_diabetes_gestacional_nos_desfechos_neonatais_uma_coorte_retrospectiva. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 22. Pereira PK, Vieira CL, Santos JFC, Lima LA, Legay LF, Lovisi GM et al. Avaliação de desfechos perinatais/infantis em partos de pacientes com transtornos mentais de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2014; 30(8): 1654-1666. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000801654&script=sci_abstract&lng=pt. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 23. Pinheiro LR. Uso de manobras de reanimação neonatal e internação em unidade de cuidado intensivo entre recém-nascidos de termo: análise secundária dos dados do estudo Nascer do Brasil [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-875668>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 24. Textor J, Hardt J, Knüppel S. DAGitty: a graphical tool for analyzing causal diagrams. *Epidemiology* 2011; 22:745. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21811114>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 25. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 26. Barbastefano OS, Girianelli VR, Vargens OMC. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online). 2010; 31(4):708-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400014. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 27. Almeida WS, Szwarcwald CL Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(1): 68-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100009&script=sci_arttext. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 28. Barbosa ATD. Não há vagas: contribuição ao estudo da peregrinação anteparto no município do Rio de Janeiro [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2010. Disponível em: <http://portal.estacio.br/media/3711/ana-teresa-textual.pdf>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 29. 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* 2017; 16(30). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28802823>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
 30. Leal, MC; Bittencourt, SDA; Torres, RMC; Niquini, RP; Souza Jr, PRBS. Determinants of infant mortality in the Jequitinhonha Valley and in the North and Northeast regions of Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51(12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100206. Acessado em 18 de janeiro de 2018.

31. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
32. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn; American College of Obstetrician and Gynecologists and Committee on Obstetric Practice. The Apgar Score. Pediatrics. 2006;117(4):1444. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/136/4/819>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
33. Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde. 10a rev., 1989, São Paulo, EDUSP, 1993.
34. Campos NG. Prevalência de asfixia perinatal e fatores associados em Fortaleza-Ceará. [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2010. Disponível em: http://www.uece.br/ppsac/dmdocuments/nataly_gurgel.pdf. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
35. Leal MC, Gama SGN, Cavallini LT, Garbato LS, Campos MR, Somberg MDC et al. Estudo da morbi-mortalidade e da atenção peri e neonatal no município do Rio de Janeiro. In: Livro de resumo do 6º Congresso de Saúde Coletiva. Agosto Salvador-Bahia, 2000.
36. Silva ASS, Serra MCM. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. Quaestio Iuris. Rio de Janeiro 2017; 10(4): 2430-2457.
37. Kimura AF, Yoshitake APM, Bueno M, Belli MAJ. Avaliação da função respiratória do recém-nascido no período neonatal imediato. Rev Bras de Enfermagem (online). 2009; 62 (6):850-55. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019596009>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
38. Vasconcelos GAR, Almeida RCA, Bezerra AL. Repercussões da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal. Fisioter. Mov. Curitiba: 2011; 24(1): 65-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n1/v24n1a08.pdf>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
39. Lourenço N, Fernandes M, Gomes C, Resende C. Morbidade neonatal dos recém-nascidos pré-termo tardios comparados aos de termo precoce. Sci. Med. 2017; 27(1): 1-8. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5907015>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
40. Mucha F, Franco SC, Silva GAG. Frequência e características maternas e do recém-nascido associados a internação de neonatos em UTI no município de Joinville, SC, 2012. Rev.Bras. Saúde Matern. Infantil. 2015; 15(2): 201-208. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200201. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
41. Costa ALRR, Araújo Júnior E, Lima JWO, Costa FS. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2014; 36(1): 29-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n1/0100-7203-rbgo-36-01-00029.pdf>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
42. Demitto MO, Gravena AAF, Dell'Agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. Rev Esc Enferm USP.

- 2017;51:e03208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014703208>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03208.pdf. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
43. Araújo FRF. A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco [Tese de doutorado]. Recife; 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10361>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
44. Pinheiro, HDM. Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife- PE. [Dissertação de Mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12956>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
45. Silva CMTR. Peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul do Brasil [Tese de doutorado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21372>. Acessado em 18 de janeiro de 2018.
46. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 1.459/GM, de 24 de junho de 2011. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em 18 de janeiro de 2018.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A peregrinação de gestantes em busca de assistência ao parto é um problema ainda vivenciado por parturientes no Brasil, cujos fatores associados variam de acordo com a região do país. É mais frequente em cidades do Nordeste, do que no Sudeste brasileiro, confirmando a hipótese inicial desse estudo.

Foi uma limitação desse estudo não ter perguntado às mulheres os motivos de recusas dos serviços de saúde para o encaminhamento a outro serviço. Foi possível observar em São Luís a associação entre peregrinação para o parto e condições desfavoráveis ao nascer, com 27% mais de chances do RN ter algum problema de saúde, quanto maior fosse o número de serviços de saúde que a gestante percorresse em busca de assistência ao parto.

Os problemas de saúde mais frequentes entre os RN de mães que peregrinaram foram os problemas respiratórios e o nascimento pré-termo. Tais achados sugerem relação com os altos índices de partos cesárea no Brasil, que pode ser uma das explicações para os NPT e problemas respiratórios ao nascer, devido a imaturidade pulmonar dos RN.

Em São Luís, foram fatores associados à maior prevalência de peregrinação: ter idade inferior a 20 anos no momento do parto, ser primípara e ter escolaridade menor que 12 ou mais anos de estudo. Em Ribeirão Preto, tiveram mais chance de peregrinar as gestantes cujos partos foram com idade gestacional inferior a 37 semanas e que viviam sem companheiro.

Nas duas cidades, gestantes pobres peregrinaram com maior frequência, e sem garantia de que seriam atendidas, mesmo dentre as que realizaram o pré-natal. O estudo evidenciou ausência da garantia de acesso universal e equânime e reafirmou a desigualdade de acesso à assistência ao parto entre as regiões brasileiras.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. N. et al. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. **R. pesq cuid fundam on line**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 2011, p. 1935-1946.
- ALMEIDA, W. S ; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 68-76, fev. 2012 .
- AMARAL, A. R. et al. Impacto do diabetes gestacional nos desfechos neonatais: uma coorte retrospectiva. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, 2015.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn. American College of Obstetrician and Gynecologists and Committee on Obstetric Practice. **The Apgar Score**. Pediatrics, 2006.
- ARAÚJO, F. R. F. **A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto**: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco. 2012. 127 f. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Cien Saude Colet** [Internet], Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-75, 2012.
- ASSUNÇÃO, M.F; SOARES, R.C.; SERRANO, I. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 16, n.2, p. 05-35, 2014.
- BARBASTEFANO OS. **O acesso a assistência ao parto para gestantes adolescentes nas maternidades da rede SUS- RJ**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2009.
- BARBASTEFANO, O. S.; GIRIANELLI, V.R.; VARGENS, O.M.C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v.31, n.4, p.708-14, 2010.
- BARBOSA, A. T. D. **Não há vagas**: Contribuição ao estudo da peregrinação anteparto no município do Rio de Janeiro. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

BARBOSA, D.C.M. Fatores associados com altas taxas de cesáreas na coorte de nascimentos de Ribeirão Preto em 2010: projeto BRISA. 2016. 177f. Tese (Doutorado) –Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

BARRETO, M. O. **O parto na maternidade vinculada**: uma direito ainda não alcançado na região Nordeste. 2013. 66 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BATISTA, C. B.; CARVALHO, M. L.; VASCONCELOS, A. G. G. 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**, Rio de Janeiro, 2017.

BONELLO, A. A. L. M.; CORREA, C. R. S. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4397-4406, nov. 2014 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico [Internet]. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: 2006.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Seção I, p.2.

_____. **Resolução nº 36 de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no1.459/GM, de 24 de junho de 2011. **Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Movimento Nacional pela Cidadania e Solidariedade. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Secretaria Geral da Presidência da República. **Revista Mais Cidadania**. Ano 1, n. 1, maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumprer-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>. Acesso em: 30 jan. 2018.

CAMPOS, N. G. **Prevalência de asfixia perinatal e fatores associados em Fortaleza-Ceará**. 2010. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2010.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde**. São Paulo: EDUSP, 1993.

COSTA, A. L. R. R; ARAÚJO JÚNIOR, E.; LIMA, J. W. O.; COSTA, F. S. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, p. 29-34, 2014.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p. 992-8, 2008.

CUNHA, S. F. et al. Peregrinação no anteparto em São Luís - Maranhão. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 441- 447, 2010.

DEMITTO, M. O. et al. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014703208>.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 140-7, 2015.

ECHOKA, E. et al. Barriers to emergency obstetric care services: accounts of survivors of life threatening obstetric complications in Malindi District, Kenya. **Pan Afr Med J** [Internet].

2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24643142>. Acesso em: 30 jan. 2018.

ELLIS, C.; SCHUMMERS, L.; ROSTOKER, J-F. Reducing Maternal Mortality in Uganda: Applying the “Three Delays” Framework. **Int J Childbirth** [Internet], v.1, n.4, p.218-26, 2011. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/10.1891/2156-5287.1.4.218> Acesso em: 30 jan. 2018.

ELMUSHARAF, K. et al. Patterns and determinants of pathways to reach comprehensive emergency obstetric and neonatal care (CEmONC) in South Sudan: qualitative diagrammatic pathway analysis. **BMC Pregnancy Childbirth** [Internet], Londres, v.17, n.1, 2017 Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1463-9>. Acesso em: 30 jan. 2018.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 150-173, 1991.

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

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial para Saúde (Org.). **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde , 2009 . p.85-112 .

FURTADO, É. Z. L.; GOMES, K. R. O.; GAMA, S. G. N. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública** [Internet], São Paulo, v.50, n. 23, 2016.

GOLDMAN, R.E. Compreendendo o Acesso às Maternidades no Município de São Paulo: os dilemas da saúde coletiva no parto. **Saúde Coletiva**, v.1, n. 2, p. 24-28, 2004.

GUIMARÃES, A. C. **Vivências de discriminação racial na escola pública de um grupo de jovens negros**. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08112013-153732/>. Acesso em: 30 jan. 2018.

HOSMER JUNIOR, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: J.Wiley, 2004. 383 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatística**. 2014.

JESUS, M. G de. **Racismo e decadência**: sociedade, cultura e intelectuais em São Luís do Maranhão. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-11052016-130154/pt-br.php>. Acesso em: 30 jan. 2018.

KIMURA, A. F. et al.. Avaliação da função respiratória do recém-nascido no período neonatal imediato. **Rev Bras de Enfermagem** (online) Brasília, v.62, n.6, p.850-55, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019596009>. Acesso em: 30 jan. 2018.

KOZHIMANNIL, K. et al. Obstetric Services and Quality among Critical Access, Rural, and Urban Hospitals in Nine States. **Rural Heal Res Policy Centers** [Internet], v.9, 2013.

LANDINI, F. et al. Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino. **Saúde e Soc** [Internet].v. 24, n 4, p.1151-63, 2015.

LANSKY, S. et. al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 30 Sup. p. 192 -207, 2014.

LEAL, M. C. et al. Estudo da morbi-mortalidade e da atenção peri e neonatal no município do Rio de Janeiro. **Livro de resumo do 6º Congresso de Saúde Coletiva**. Salvador, 2000.

_____. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad Saúde Pública** 2004; 20 Suppl : S20-33.

_____. Intervenções obstétrica durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 30 Sup. p. 17-47, 2014.

_____. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública** [Internet], São Paulo, v.51,n. 12, 2017.

LIMA, S.L; CARVALHO.M.L; VASCONCELOS, A.G.G. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 , n. 8, p. 1910-1916, 2008.

LIRE, A et al. Delays for Utilizing Institutional Delivery and Associated Factors Among Mothers Attending Public Health Facility in Hadiya Zone, Southern Ethiopia. **Science Journal of Public Health**, Nova York, v. 5, n.6, 2017. Disponível em: <http://www.sciencepublishinggroup.com/journal/paperinfo?journalid=251&doi=10.11648/j.sjph.20170506.13>. Acesso em: 30 jan. 2018.

LOURENÇO, N. et al. Morbidade neonatal dos recém-nascidos pré-termo tardios comparados aos de termo precoce. **Sci. Med**, Porto Alegre, v. 27, n.1, 2017.

MARANHÃO, A. G. K. et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (Org). **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 163-82

MELO, E. C. P. et. al. A peregrinação das gestantes no município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41 (esp), 2007.

MENEZES, D.C.S et. al Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 3, p. 553-559, 2006.

MGAWADERE, F. et al. Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the three delays model. **BMC Pregnancy Childbirth** [Internet], v. 17, n.1, 2017. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28697794>. Acesso em: 30 jan. 2018.

MONTESCHIO, L V C et al. Access to care for women during childbirth in university hospitals: characterization and associated factors. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 22-30, mar. 2014.

MUCHA, F.; FRANCO, S. C.; SILVA, G. A. G. Frequência e características maternas e do recém-nascido associados a internação de neonatos em UTI no município de Joinville, SC, 2012. **Rev.Bras. Saúde Matern. Infantil**, Recife, v.15, n.2, p. 201-208, 2015.

MUNIZ, J. O. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. **Rev Sociol e Política** [Internet], Curitiba, v.18, n.36, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782010000200017&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 jan. 2018.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n 4, p. 415-425, 2011.

NAHAR, S.; BANU, M.; NASREEN, H. E. Women-focused development intervention reduces delays in accessing emergency obstetric care in urban slums in Bangladesh: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth** [Internet], v.11, n.1, 2011. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-11-11>. Acesso em: 30 jan. 2018.

NASCIMENTO, L. F. C; ALMEIDA, M. C. S.; GOMES, C. M. S. Causas evitáveis e mortalidade neonatal nas microrregiões do estado de São Paulo. **Rev Bras Ginecol e Obs** [Internet], v.36, n.7, p.303-9, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000700303&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 30 jan. 2018.

OLIVEIRA, G.S. et.al. Desigualdade espacial da mortalidade neonatal no Brasil: 2006 a 2010. **Ciê n Saú de Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18; n. 8, p.2431-2441, 2013.

ONU. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. Assembleia Geral, out. 2015. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E. Acesso em: 18 jan. 2018.

PACAGNELLA, R. C. et al. The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework. **Reproductive Health Matters**, v.20, n.39, p. 155-63, 2012.

_____. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth** [Internet], v.14, n.1, dez. 2014.

PAGANO, M; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

PEREIRA, P. K. et al. Avaliação de desfechos perinatais/infantis em partos de pacientes com transtornos mentais de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saú de Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.8, p.1654-1666, 2014.

PEREIRA, J. C. **Nascer em Belo Horizonte: desfechos neonatais desfavoráveis**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2015.

PÉREZ, B.A.G.; OLIVEIRA, E.V.; LAGO, M.S. Percepção de puérperas vítimas de violência institucional durante trabalho de parto e parto. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.4, n.1, p.66-77, 2015.

PINHEIRO, H. D. M. **Do domicílio ao parto**: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife - PE. 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós- Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Recife, 2014.

PINHEIRO, L. R. **Uso de manobras de reanimação neonatal e internação em unidade de cuidado intensivo entre recém-nascidos de termo**: análise secundária dos dados do estudo Nascer do Brasil. 2017. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

PNUD.. Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. **Sustentar o Progresso Humano**: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência. Nova York (EUA): Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2014.

PRICE, S.; LITTLE, K. **Research evidence review**: mpact of distance/travel time to maternity services on birth outcomes [Internet]. Cadiff: Public Health Wales NHS Trust, 2015. Disponível em: www.publichealthwales.org/maternityreview. Acesso em: 17 jan. 2018.

REIS, L. G. C; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011.

RIPSA. **Demografia e saúde**: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2009. 144 p. Disponível em: www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/get.php?id=276. Acesso em: 18 jan. 2018.

ROCHA-SILVA, C. M. T. **Peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul do Brasil**. 2015. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21372>. Acesso em: 18 jan. 2018.

RODRIGUES, D. P. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc Anna Nery** [Internet], Rio de Janeiro, v.1919, n.194, p.614-20, 2015.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica.**, v.31, n.3, p.260-8, 2012.

SANTOS, E. P, et al. Mortality among children under the age of one: analysis of cases after discharge from maternity. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.50, n.3, p.390-98, 2016.

SANTOS NETO, E.T. et. al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SANTOS, C. A. S. T.; AMORIM, L. D. A. F.; OLIVEIRA, N. F. Métodos de Análise Multinível em Epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob Health**, v. 2, p. 323-333, jun. 2014.

SILVA, A. A. M. et al. Changes in perinatal health in two birth cohorts (1997/1998 and 2010) in São Luís, Maranhão State, Brazil. **Cad Saude Publica** [Internet], v. 31, n. 7, p.1437-50, 2015.

SILVA, CMTR. Peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul do Brasil. Tese (Doutorado). 2015. 180f. Universidade Federal do Ceará . Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

SILVA, A. S. S.; SERRA, M.C.M. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 2430-2457, 2017.

SOUSA, L. M. O.; ARAÚJO, E. M.; MIRANDA, J. G. V. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad Saude Publica** [Internet], v.33, n.12, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 jan. 2018.

SOUZA, D. O. et al. Parturient's trajectory looking for a institution to delivery in Maceió city, Brazil. **J Nurs UFPE line** [Internet], Recife, v.5, n.3, p. 561-8, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6760>. Acesso em: 17 jan. 2018.

TEXTOR, J.; HARDT, J.; KNÜPPEL, S. DAGitty: a graphical tool for analyzing causal diagrams. **Epidemiology**, v.22, n.5, 2011.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Soc Sci Med** [Internet], v. 38, n.8, p.1091 -110, 1994.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

TRONCON, J. K. et al.. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.35, n.9, p. 388-93, 2013.

VASCONCELOS, G. A. R; ALMEIDA, R. C. A; BEZERRA, A. L. Repercussões da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v.24, n.1, p.65-73, 2011.

VICTORA, C. G. et al. Saúde no Brasil 2- Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, Londres, p.32-46, maio 2011a.

_____. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet.**, v.377, n.9780, p. 1863-76, 2011b. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4). Acesso em: 18 jan. 2018.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Soc** [Internet], v.24, n.1, p.100-12, 2015.

VIEIRA, M.S.M. **Natimortalidade no Brasil e Revisão Sistemática sobre os Sistemas de Classificação Utilizados para o Esclarecimento das Causas do Óbito fetal**. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Florianópolis, 2017.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica**, v.30 (supl 1), p. 85-100, 2014.

WAISWA, P. et al. Using the three delays model to understand why newborn babies die in eastern Uganda. **Trop Med Int Heal** [Internet], v.15, n.8, p.964-72, 2010.

WONG, K. L. M.; BENOVA, L.; CAMPBELL, O. M. R. A look back on how far to walk: Systematic review and meta-analysis of physical access to skilled care for childbirth in Sub-Saharan Africa. Dungal G, editor. **PLoS One** [Internet], v.12, n.9, 2017 . Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28910302>. Acesso em: 30 jan. 2018.

XAVIER, F.A.; MOREIRA, L.M.S.; COSTA, I.C.C. O direito de nascer com dignidade no Rio Grande do Norte: um compromisso do Ministério Público Estadual. **Revista Ciência Plural**, n.2, p. 55-66, 2016.

ZIRABA, A. K. et al. The state of emergency obstetric care services in Nairobi informal settlements and environs: Results from a maternity health facility survey. **BMC Health Serv Res** [Internet], v.9, n.1, 2009.

ANEXOS

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade

2A. Cidade:

1. ☐ Ribeirão Preto

2. ☐ São Luís

3A. Coorte

1. ☐ Iniciada no Pré-natal

2. ☐ Iniciada no Nascimento

NUMERO

CIDADE

COORTE

4A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): ____/____/____

DATAENT

Entrevistador (a) : _____

5A. Hospital de Nascimento:

SÃO LUÍS	RIBEIRÃO PRETO
1. ☐ HU Materno- Infantil	12. ☐ Hospital das Clínicas
2. ☐ Benedito Leite	13. ☐ Hospital Ribeirânia
3. ☐ Marly Sarney	14. ☐ Hospital São Lucas
4. ☐ Santa Casa	15. ☐ Hospital Santa Lydia
5. ☐ Maria do Amparo	16. ☐ Hospital Santa Casa
6. ☐ N Sra. da Penha	17. ☐ Mater
7. ☐ Clínica São Marcos	18. ☐ H. Sinhá Junqueira
8. ☐ Clínica Luiza Coelho	19. ☐ Hospital São Paulo
9. ☐ Hospital S Domingos	
10. ☐ Hospital Aliança	
11. ☐ Clínica São José	

HOSPITAL

6A. Nome completo da mãe do RN (não abreviar):

NOMEMAE

7A. Data de nascimento da mãe do RN (DD/MM/AAAA):

__/__/____

DNMAE

8A. Idade da mãe do RN __

99. ☐ Não sabe

IDADEMAE

9A. Qual a idade do pai do bebê? __

99. ☐ Não sabe

IDADEPAI

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo? _____

Telefone residencial: ____-____ Outro telefone: ____-____ celular: ____-____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____ Telefone comercial: ____-____ celular: ____-____

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____ Telefone comercial: ____-____ celular: ____-____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

Telefone comercial: ____-____ Telefone comercial: ____-____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____ Telefone comercial: ____-____ celular: ____-____

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

LERMAE

☐

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 6C**

9. ☐ Não sabe

ESCOLMAE

☐

3C. A sra. ainda estuda ?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

MAEESTUDA

☐

4C. Qual foi o último curso que a sra frequentou ou frequenta?

1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos

2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau

3. ☐ Ensino médio ou 2o grau

4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6C**

5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 6C**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CURSOMAE

☐

5C. Até que série a sra. frequentou ou ainda frequenta?

1. ☐ Primeira

2. ☐ Segunda

3. ☐ Terceira

4. ☐ Quarta

5. ☐ Quinta

6. ☐ Sexta

7. ☐ Sétima

8. ☐ Oitava

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

SERIEMAE

☐ ☐

6C. Qual a cor da sua pele?

1. ☐ branca

2. ☐ preta/negra

3. ☐ parda/mulata/cabocla/morena

4. ☐ amarelo/oriental

5. ☐ indígena

9. ☐ não sabe

CORMAE

☐

7C. Qual a situação conjugal atual da sra.?

1. ☐ Casada
2. ☐ União consensual (Morajunto)
3. ☐ Solteira
4. ☐ Separada/desquitada/divorciada
5. ☐ Viúva

9. ☐ Não sabe

SITCONMAE

☐

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). __

99. ☐ Não sabe

PESSOAS

☐ ☐

9C. A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

MORACOMP

☐

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 12C**
9. ☐ Não sabe

MORAFILHO

☐

11C. Caso sim, com quantos filhos? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTFILHOS

☐ ☐

12C. A sra. mora atualmente com outros familiares?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 14C**
9. ☐ Não sabe

MORAFAM

☐

13C. Caso sim, com quantos familiares? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTFAM

☐ ☐

14C. A sra. mora atualmente com outras pessoas que não são familiares?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 16C**
9. ☐ Não sabe

MORANFAM

☐

15C. Caso sim, com quantos não familiares? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTNFAM

☐ ☐

16C. A sra. tem alguma religião ou culto?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

TEMRELIG

☐

17C. Caso tenha alguma religião, qual é a sua religião?

1. ☐ Católica
2. ☐ Evangélica. Ex: Batista, Assembléia de Deus, Bethesda, Universal, Adventista, Testemunha de Jeová, Luterana.
3. ☐ Espírita/Kardecista
4. ☐ Umbanda/Candomblé
5. ☐ Judaica
6. ☐ Orientais. Ex: Budista
7. ☐ Outra, Qual? _____
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

RELIGIAO

☐☐

18C. A sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 26C**

9. ☐ Não sabe

ATIVREM

☐

CASO NÃO TENHA ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA OU NÃO SAIBA, PASSE PARA A QUESTÃO 26C

19C. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

OCUPMAE

☐☐

20C. Qual a sua relação de trabalho?

1. ☐ Trabalha por conta própria
2. ☐ Assalariado ou empregado
3. ☐ Dono de empresa-empregador
4. ☐ Faz bico
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

RELACAO

☐

21C. Quantos dias por semana a sra. trabalhava com remuneração durante a gestação? __

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DIATRAB

☐

22C. Nos dias de trabalho remunerado durante a gestação, quantas horas por dia a sra. trabalhava? __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

HORATRAB

☐☐

23C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que ficar em pé a maior parte do tempo?

- 1. ☐ Sim
- 2. ☐ Não
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

TRABPE

☐

24C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que levantar coisas pesadas?

- 1. ☐ Sim
- 2. ☐ Não
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

LEVPESO

☐

25C. Há quantas semanas atrás a sra. parou de trabalhar? __

00. ☐ menos de 1 semana

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

PAROUTRAB

☐ ☐

26C. Na sua casa, quem faz o trabalho de casa para sua família?

- 1. ☐ A sra. faz todo trabalho
- 2. ☐ A sra. faz parte do trabalho
- 3. ☐ Outra pessoa
- 9. ☐ Não sabe

TRABCASA

☐

27C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente? (considerar chefe da família aquele de maior renda)

- 1. ☐ A entrevistada **Passe para a questão 36C**
- 2. ☐ Companheiro
- 3. ☐ Mãe
- 4. ☐ Pai
- 5. ☐ Avó
- 6. ☐ Avô
- 7. ☐ Madrasta
- 8. ☐ Padrasto
- 9. ☐ Tia
- 10. ☐ Tio
- 11. ☐ Irmã
- 12. ☐ Irmão
- 13. ☐ Outro _____
- 99. ☐ Não sabe

CHEFE

☐ ☐

28C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

- 1. ☐ Masculino
- 2. ☐ Feminino
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

SEXOCHEFE

☐

29C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? _ _

- 88. ☐ Não se aplica
- 99. ☐ Não sabe

IDCHEFE

☐☐

30C. Essa pessoa sabe ler e escrever?

- 1. ☐ Sim
- 2. ☐ Não
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

LERCHEFE

☐

31C. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

- 1. ☐ Sim
- 2. ☐ Não **Passe para a questão 34C**
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

ESCCHEFE

☐

32C. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

- 1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos
- 2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau
- 3. ☐ Ensino médio ou 2o grau
- 4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 34C**
- 5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 34C**
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

CURSOCHefe

☐

33C. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

- 1. ☐ Primeira
- 2. ☐ Segunda
- 3. ☐ Terceira
- 4. ☐ Quarta
- 5. ☐ Quinta
- 6. ☐ Sexta
- 7. ☐ Sétima
- 8. ☐ Oitava
- 88. ☐ Não se aplica
- 99. ☐ Não sabe

SERIECHefe

☐☐

34C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

35C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

1. ☐ Trabalha por conta própria

2. ☐ Assalariado ou empregado

3. ☐ Dono de empresa-empregador

4. ☐ Faz bico

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

36C. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ __. __. __.

2ª pessoa R\$ __. __. __.

3ª pessoa R\$ __. __. __.

4ª pessoa R\$ __. __. __.

5ª pessoa R\$ __. __. __.

A família tem outra renda? __. __. __.

Renda total R\$ __. __. __.

99999. ☐ Não sabe

Quantos itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais

37C. Televisão em cores	0	1	2	3	4
-------------------------	---	---	---	---	---

38C. Rádio	0	1	2	3	4
------------	---	---	---	---	---

39C. Banheiro	0	4	5	6	7
---------------	---	---	---	---	---

40C. Automóvel	0	4	7	9	9
----------------	---	---	---	---	---

41C. Empregada mensalista	0	3	4	4	4
---------------------------	---	---	---	---	---

42C. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
-----------------------	---	---	---	---	---

43C. Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2
--------------------------	---	---	---	---	---

44C. Geladeira	0	4	4	4	4
----------------	---	---	---	---	---

45C. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---

OCUPCHEFE

RELCHEFE

RENDAF

TELEVISAO

RADIO

BANHEIRO

AUTOMOVEI

EMPREGADA

MAQLAVAR

DVD

GELADEIRA

FREEZER

46C. Grau de Instrução da pessoa com maior renda

Analfabeto/Primário incompleto/ Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/ Fundamental completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	8

INSTRUCAO☐**BLOCO D – HÁBITOS DE VIDA****Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebida alcoólica.**

1D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja?

1. ☐ Sim2. ☐ Não **Passe para a questão 14D**9. ☐ Não sabe**CERVEJA**☐

2D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja nos três primeiros meses de gravidez?

1. ☐ Sim2. ☐ Não **Passe para a questão 6D**8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe**CERVEJA1T**☐

3D.Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe**DIACERV1T**☐

4D.Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __

88. ☐ Não se aplica99. ☐ Não sabe**QTCERV1T**☐ ☐

5D.Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)2. ☐ Lata (350ml)3. ☐ Garrafa pequena (300ml) – long neck4. ☐ Garrafa (600-720ml)5. ☐ Outro8. ☐ Não se aplica9. ☐ Não sabe**TIPOCERV1T**☐

6D. Durante a gravidez a sra tomou cerveja dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 10D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

7D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CERVEJA2T

☐

DIACERV2T

☐

8D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCERV2T

☐☐

9D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Lata (350ml)

3. ☐ Garrafa pequena (300ml) – long neck

4. ☐ Garrafa (600-720ml)

5. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPOCERV2T

☐

10D. Durante a gravidez a sra. tomou cerveja dos 7 meses ao final da gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 14D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CERVEJA3T

☐

11D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIACERV3T

☐

12D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCERV3T

☐☐

13D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Lata (350ml)

3. ☐ Garrafa pequena (300ml) – long neck

4. ☐ Garrafa (600-720ml)

5. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPOCERV3T

☐

14D. Durante a gravidez a sra tomou vinho?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 27D**

9. ☐ Não sabe

15D. Durante a gravidez a sra tomou vinho nos três primeiros meses de gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 19D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

16D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

17D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

18D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice ou taça (400 ml)

3. ☐ Garrafa pequena (300ml)

4. ☐ Garrafa (600-720ml)

5. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

19D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 23D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

20D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

21D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

VINHO

☐

VINHO1T

☐

DIAVINHO1T

☐

QTVINHO1T

☐ ☐

TIPOVINHO1T

☐

VINHO2T

☐

DIAVINHO2T

☐

QTVINHO2T

☐ ☐

22D. Qual o tipo de vasilha?

- 1. ☐ Copo comum (200ml)
- 2. ☐ Cálice ou taça (400 ml)
- 3. ☐ Garrafa pequena (300ml)
- 4. ☐ Garrafa (600-720ml)
- 5. ☐ Outro
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

23D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 7 meses ao final da gravidez?

- 1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 27D**

8. ☐ Não se aplica

- 9. ☐ Não sabe

24D. Quantos dias por semana? _

- 8. ☐ Não se aplica

- 9. ☐ Não sabe

25D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

- 88. ☐ Não se aplica

- 99. ☐ Não sabe

26D. Qual o tipo de vasilha?

- 1. ☐ Copo comum (200ml)
- 2. ☐ Cálice ou taça (400 ml)
- 3. ☐ Garrafa pequena (300ml)
- 4. ☐ Garrafa (600-720ml)
- 5. ☐ Outro
- 8. ☐ Não se aplica

- 9. ☐ Não sabe

27D. Durante a gravidez a sra. tomou algum outro tipo de bebida como uísque, vodka, gim, rum?

- 1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 40D**

- 9. ☐ Não sabe

28D. Durante a gravidez a sra. Tomou algum outro tipo de bebida como uísque, vodka, gim, rum nos primeiros meses de gravidez?

- 1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 32D**

- 8. ☐ Não se aplica

- 9. ☐ Não sabe

29D. Quantos dias por semana? _

- 8. ☐ Não se aplica

- 9. ☐ Não sabe

TIPOVINHO2T

☐

VINHO3T

☐

DIAVINHO3T

☐

QTVINHO3T

☐

TIPOVINHO3T

☐

DEST

☐

DEST1T

☐

DIADEST1T

☐

30D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTDEST1T

☐☐

31D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice, taça (400 ml)

3. ☐ Martelo, copo de pinga (100ml)

4. ☐ Lata (350ml) retirar

5. ☐ Garrafa pequena (300ml)

6. ☐ Garrafa (600-720ml)

7. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPODEST1T

☐

32D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 36D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DEST2T

☐

33D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIATEST2T

☐

34D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTDEST2T

☐☐

35D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice, taça (400 ml)

3. ☐ Martelo, copo de pinga (100ml)

4. ☐ Lata (350ml)

5. ☐ Garrafa pequena (300ml)

6. ☐ Garrafa (600-720ml)

7. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPODEST2T

☐

36D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum dos 7 meses ao final da gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 40D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DEST3T

☐

37D. Quantos dias por semana? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIATEST3T

☐

38D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTDEST3T

☐ ☐

39D. Qual o tipo de vasilha?

1. ☐ Copo comum (200ml)

2. ☐ Cálice, taça (400 ml)

3. ☐ Martelo, copo de pinga (100ml)

4. ☐ Lata (350ml)

5. ☐ Garrafa pequena (300ml)

6. ☐ Garrafa (600-720ml)

7. ☐ Outro

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPODEST3T

☐

Agora vamos conversar um pouco sobre o hábito de fumar.

40D. A sra. tem ou teve o hábito de fumar cigarros?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 51D**

9. ☐ Não sabe

HABITOFUMO

☐

41D. Com que idade a sra. começou a fumar cigarros? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

IDADEFUMO

☐ ☐

42D. Se a sra. parou de fumar, com que idade parou? _ _

88. ☐ Não se aplica ou ainda fuma

99. ☐ Não sabe

IDADEPAROU

☐ ☐

43D. Se a sra. parou, quantos cigarros por dia em média a sra. costumava fumar? _ _

88. ☐ Não se aplica ou ainda fuma

99. ☐ Não sabe

NCIGPAROU

☐ ☐

44D. No período de 6 meses antes desta gravidez a sra. fumava?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMOANTES

☐

45D. A sra. fumou durante esta gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para questão 51D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMOGRAV

☐

46D. A sra. fumou do 1º ao 3º mês de gestação?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMO1T

☐

47D. A sra. fumou do 4º ao 6º mês de gestação?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMO2T

☐

48D. A sra. fumou do 7º mês de gestação até o final?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMO3T

☐

49D. Durante a gravidez a sra. fumava todos os dias?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMODIA

☐

50D. Quantos cigarros a sra. fumava por dia? _____

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTFUMO

☐ ☐

51D. A sra. convive em casa com outras pessoas que fumam?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 54D**

9. ☐ Não sabe

FUMOCASA

☐

52D. Quantas pessoas que residem com a sra. fumam? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTFUMCASA

☐

53D. Estas pessoas fumam perto da sra. em sua casa?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMOPERTO

☐

54D. E no trabalho, as pessoas fumam perto da sra.?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FUMOTRAB

☐

55D. Caso a sra. tenha ficado próxima a pessoas que fumam, quantas horas por dia fica perto de fumantes?

1. ☐ Menos de 1 hora por dia

HORASFUMO

☐

2. ☐ Mais de 1 hora por dia
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de café.

56D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana durante a gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 1E**
9. ☐ Não sabe

CAFE1T

☐

57D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana nos 3 primeiros meses da gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 61D**
8. ☐ Não se aplica

CAFE1T

☐

9. ☐ Não sabe

58D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIASCAFE1T

☐

59D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

VEZESCAFE1T

☐ ☐

60D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. ☐ xícara de chá
2. ☐ xícara de cafezinho
3. ☐ meia taça
4. ☐ copo comum – 200 ml
5. ☐ outro _____
8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTCAFE1T

☐

61D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 4 aos 6 meses da gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 65D**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CAFE2T

☐

62D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIASCAFE2T

☐

63D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

VEZESCAFE2T

☐ ☐

64D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. ☐ xícara de chá
2. ☐ xícara de cafezinho
3. ☐ meia taça
4. ☐ copo comum - 200 ml
5. ☐ outro _____
8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTCAFE2T

☐

65D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 7 meses ao final da gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 1E**
8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CAFE3T

☐

66D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? __

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIASCAFE3T

☐

67D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

VEZESCAFE3T

☐ ☐

68D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. ☐ xícara de chá
2. ☐ xícara de cafezinho
3. ☐ meia taça
4. ☐ copo comum - 200 ml
5. ☐ outro
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

QTCAFE3T

☐

BLOCO E – DADOS DO COMPANHEIRO

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a mãe do RN, passe para a questão 1F.

1E. Qual a idade do companheiro atual? __

88. ☐ Não se aplica – não tem companheiro atual

99. ☐ Não sabe

IDCOMP

☐ ☐

2E. O seu companheiro sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

LERCOMP

☐

3E. O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 6E**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

ESCCOMP

☐

4E. Qual o último curso que seu companheiro frequentou ou frequenta?

1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos

2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau

3. ☐ Ensino médio ou 2o grau

4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6E**

5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 6E**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CURSOCOMP

☐

5E. Qual a série que seu companheiro frequenta ou até que série estudou?

1. ☐ Primeira

2. ☐ Segunda

3. ☐ Terceira

4. ☐ Quarta

5. ☐ Quinta

6. ☐ Sexta

7. ☐ Sétima

8. ☐ Oitava

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

SERIECOMP

☐ ☐

6E. O seu companheiro está trabalhando no momento?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 1F**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TRABCOMP

☐

7E. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) o seu companheiro atual? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

OCUPCOMP

☐ ☐

8E. Qual a relação de trabalho do seu companheiro?

1. ☐ Trabalha por conta própria

2. ☐ Assalariado ou empregado

3. ☐ Dono de empresa-empregador

4. ☐ Faz bico

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

RELCOMP

☐

BLOCO F – DADOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

1F. Em que mês de gestação a sra. soube que estava grávida?

9. ☐ Não sabe

MESGRAV

☐

2F. Que idade a sra. tinha quando menstruou pela primeira vez? __

99. ☐ Não sabe

IDMENARCA

☐ ☐

3F. Qual era sua idade quando a sra. teve sua primeira relação sexual? __

99. ☐ Não sabe

IDRELSEX

☐ ☐

4F. Que idade a sra. tinha quando engravidou pela primeira vez? __

99. ☐ Não sabe

IDGRAV

☐ ☐

5F. Quantas vezes a sra. engravidou? (incluindo a gravidez atual) Contar todas as gestações até as que não chegaram no final, inclusive abortos. __

99. ☐ Não sabe

GESTA

☐ ☐

6F. A gravidez atual foi planejada?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

PLANGEST

☐

7F. Quantos filhos nasceram vivos (incluindo o atual)? __

99. ☐ Não sabe

NASCVIVO

☐ ☐

8F. Qual a idade da sra. no início da gestação anterior? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

IDULTGEST

☐ ☐

9F. Quantos partos a sra. teve (incluindo o atual)? __

99. ☐ Não sabe

PARTOS

☐ ☐

10F. Quantos partos foram cesáreas (incluindo o atual, caso tenha sido cesárea)? __

9. ☐ Não sabe

PARTOCESA

☐

11F. O parto anterior da sra. foi:

1. ☐ Vaginal/Vaginal com fórceps

2. ☐ Cesárea

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TIPARTOANT

☐

12F. Quantos partos anteriores da sra. foram antes do tempo (premáturos) incluindo o atual? __

9. ☐ não sabe

PARTOANTPT

☐

13F. A sra. teve algum aborto?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para questão 15F**

9. ☐ Não sabe

ABORTO

☐

14F. Caso sim, quantos abortos foram? __

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTABORTO

☐

15F. A sra teve algum filho que nasceu morto (incluir atual)?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 17F**

9. ☐ Não sabe

NASCMORTO

☐

16F. Caso sim, quantos foram (incluir atual)? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTMORTO

☐

17F. Quantos filhos vivos a sra. tem atualmente? _ _

99. ☐ Não sabe

NFILHOS

☐ ☐

BLOCO G - MORBIDADES

Agora vamos conversar com a sra. sobre os problemas que teve durante a gravidez.

1G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) fora da gestação diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

HIPERT

☐

2G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) na gestação atual?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

HIPERTGEST

☐

3G. A sra. teve antes da gestação nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

DIABETES

☐

4G. A sra. teve nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

DIABGEST

☐

5G. A sra. teve herpes durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

HERPESGEST

☐

6G. A sra. teve sarampo durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

SARAMPGEST

☐

7G. A sra. teve catapora durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

CATAPGEST

☐

8G. A sra. teve rubéola durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

RUBGEST

☐

9G. A sra. teve algum episódio de febre alta (temperatura acima de 38º) que durou mais de 24 horas durante esta gestação diagnosticada por médico, enfermeiro ou dentista?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 11G**

9. ☐ Não sabe

FEBREGEST

☐

10G. Caso sim, quantas vezes? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTFEBRE

☐ ☐

11G. A sra. teve anemia antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

ANEMIA

☐

12G. A sra. teve anemia diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

ANEMIAGEST

☐

13G. A sra. teve toxoplasmose antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

TOXO

☐

14G. A sra. teve toxoplasmose diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

TOXOGEST

☐

15G. A sra. teve sífilis antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

SIFILIS

☐

16G. A sra. teve sífilis durante a gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

SIFILISGEST

☐

17G. A sra. teve alguma infecção urinária/ durante a gestação atual diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

INFECURI

☐

18G. A sra. teve algum corrimento vaginal durante a gestação atual?

1. ☐ Sim
2. ☒ Não
9. ☐ Não sabe

CORRIMENTO

☐

19G. A sra. sofreu alguma queda ou acidente durante a gestação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

QUEDA

☐

20G. A sra. teve algum sangramento vaginal nos últimos 3 meses da gestação atual?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

SANGVAGINA

☐

21G. A sra. foi internada alguma vez durante a gestação atual seja por qualquer motivo?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 23G**

HOSP

☐

9. ☐ Não sabe

22G. Qual foi o motivo da internação?

88. ☐ Não se aplica

98. ☐ Não sabe

CAUSAHOSP

☐ ☐

23G. A sra. teve ameaça de aborto na gestação atual?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

AMABORTO

☐

24G. A sra. teve ameaça de parto prematuro (antes do tempo) na gestação atual?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

AMPT

☐

25G. A sra. teve outra doença durante a gestação atual?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 27G**

9. ☐ Não sabe

26G. Qual doença? _____

88. ☐ Não se aplica

OUTRAD

☐

99. ☐ Não sabe

DOENCAGEST

☐ ☐

27G. A sra. usou algum remédio durante a gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para o bloco H**

9. ☐ Não sabe

REMGEST

☐

Caso tenha utilizando, qual o nome do remédio e qual o mês da gestação a sra. Estava quando começou e quando parou (mês da gestação)? Se continua usando, anotar que está em uso?

28G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

NOMEREM1

☐ ☐

29G. Mês de início_

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MESIREM1

☐ ☐

30G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MESTREM1

☐ ☐

31G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

NOMEREM2

☐ ☐

32G. Mês de Início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MESIREM2

☐ ☐

33G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

9.9 ☐ Não sabe

MESTREM2

☐ ☐

34G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

35G. Mês de início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

36G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

NOMEREM3

MESIREM3

MESTREM3

37G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

38G. Mês de início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

39G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

NOMEREM4

MESIREM4

MESTREM4

40G. Remédio

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

41G. Mês de início _

0. ☐ Usa desde antes da gravidez

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

42G. Mês de término _

10. ☐ Ainda usa

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

NOMEREM5

MESIREM5

MESTREM5

BLOCO H – CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO ATUAL E DO PRÉ-NATAL

Pergunte se a puérpera dispõe do cartão da gestante e se está de posse do mesmo. Confirme as respostas no cartão

1H. A sra tem cartão da gestante?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica – não fez pré-natal

9. ☐ Não sabe

CARTAO

☐

2H. Qual a data da sua última menstruação (DD/MM/AA)?

__/__/____

99999999. ☐ Não sabe

DUM

☐☐☐☐☐☐☐☐

3H. Caso não saiba a data, informar o mês/ano: __/____

888888. ☐ Não se aplica

999999. ☐ Não sabe

MESANOUM

☐☐☐☐☐☐

4H. Qual o seu peso antes de engravidar? ____, __ kg

9999. ☐ Não sabe

PESOANTES

☐☐☐☐

5H. Qual a sua altura antes de engravidar? ____, __ cm

9999. ☐ Não sabe

ALTURAANT

☐☐☐☐

6H. A sra fez pré-natal?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para questão 39H**

9. ☐ Não sabe

PN

☐

7H. Qual a data da primeira consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

__/__/____

88888888. ☐ Não se aplica

99999999. ☐ Não sabe

DT1CPN

☐☐☐☐☐☐☐☐

8H. Em que mês de gravidez a sra. iniciou as consultas de pré-natal? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MES1CPN

☐☐

9H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 1º trimestre de a gestação? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCPN1T

☐☐

10H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 2º trimestre de a gestação? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCPN2T

☐☐

11H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 3º trimestre de a gestação? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

QTCPN3T

☐☐

12H. O médico ou enfermeiro encaminhou a senhora para fazer tratamento com o dentista durante esta gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

13H. Quantas consultas médicas a sra. fez no pré-natal? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

14H. Quantas consultas com enfermeira(o) a sra. fez no pré-natal? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

15H. Quantos exames de radiografia (incluindo radiografias dos dentes) foram feitos durante a gestação atual? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

16H. Em que local a sra. fez o pré-natal?

1. ☐ SUS

3. ☐ Plano de saúde/ seguro saúde

4. ☐ Particular

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

17H. Qual a data da última consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

__ / __ / ____

88888888. ☐ Não se aplica

99999999. ☐ Não sabe

18H. Caso não saiba a data, informar o mês de gravidez aproximado: __

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

19H. Quantos exames de ultrassonografia foram feitos durante a gestação atual? __

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

TRATDEN

☐

QTCPNMED

☐ ☐

QTCPNENF

☐ ☐

QTEXRADI

☐ ☐

LOCALNP

☐

DTUCPN

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

MESUCPN

☐

NUSPN

☐

Durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeira alguma vez:

20H. Solicitou exame de sangue?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

EXSANGUE

☐

21H. Solicitou exame de urina?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXURINA

☐

22H. Perguntou a data da última menstruação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

PDUM

☐

23H. Verificou o seu peso?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXPESO

☐

24H. Mediu a sua barriga?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXBARRIGA

☐

25H. Receitou Cálcio?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

RECCALCIO

☐

26H. Mediu a sua pressão?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXPA

☐

27H. Fez exame ginecológico?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXGINEC

☐

28H. Receitou remédio para anemia?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

RECANEMIA

☐

29H. Receitou vitamina?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

RECVIT

☐

30H. Orientou sobre amamentação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

OAMAMENT

☐

31H. O médico perguntou se a sra. estava usando algum medicamento?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

OMEDIC

☐

32H. Orientou sobre o risco do uso de remédios sem orientação médica durante a gravidez?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

OREM

☐

33H. Orientou sobre como evitar toxoplasmose durante a gravidez? (lavar muito bem frutas e verduras, não comer carne mal passada, evitar contato com gatos, não manipular terra, lavar muito bem as mãos antes das refeições).

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

OTOXO

☐

34H. Examinou o seu seio?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXSEIO

☐

35H. Fez exame de prevenção de câncer de colo de útero?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXCOLOUT

☐

36H. Fez exame de sangue para sífilis no pré-natal?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

EXSIFILIS

☐

37H. Fez exame de sangue para saber o tipo de sangue?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

EXTIPOSANG

☐

38H. Ofereceu exame de sangue para HIV no pré-natal?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

EXHIV

☐

39H. Você tomou vacina contra o tétano?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 41H**

3. ☐ Já estava vacinada antes da gravidez. **Passe para a questão 41H**

9. ☐ Não sabe

VACTET

☐

40H. Quantas doses de antitetânica a sra. recebeu? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTDOSSETET

☐

41H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de auxiliar de enfermagem?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

AUXENFPN

☐

42H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu visita do agente de saúde?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

AGSAUDEPN

☐

43H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de parteira leiga?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

PARTPN

☐

44H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento do programa de Saúde da Família (PSF)?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

PSFPN

☐

45H. Qual o seu peso ao final da gravidez? _ _ _ _ , _ kg

9999. ☐ Não sabe

PESOFINAL

46H. A sra. fez algum tratamento para engravidar?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 1I**

9. ☐ Não sabe

TRATGRAV

☐

47H. Tomou algum medicamento para induzir a ovulação?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

OVULA

☐

48H. Fez inseminação artificial?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

INSEMINA

☐

49H. Fez fertilização in vitro (bebê de proveta)?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

FERTILIZA

☐

50H. Fez injeção de espermatozóides?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

INJECAO

☐

BLOCO I - CARACTERÍSTICAS DO PARTO E DO NASCIMENTO

1I. Qual foi o tipo de parto?

1. ☐ Normal

2. ☐ Cesárea **Passe para a questão 4I**

3. ☐ Fórceps **Passe para a questão 4I**

4. ☐ Vácuo extração **Passe para a questão 4I**

9. ☐ Não sabe

TIPARTO

☐

2I. Se normal, a sra. fez episiotomia (corte, pique)?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

EPISIO

☐

3I. Quantas horas decorreram entre a internação e o parto normal? _ _

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

HORASPARTO

☐ ☐

4I. Foi feita anestesia nas costas?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

ANESTESIA

☐

5l. Caso cesárea, qual foi o motivo para fazer a cesárea?

1. ☐ sofrimento fetal (batidas do coração do bebê diminuiu / ou o bebê fez cocô dentro da barriga da mãe)
2. ☐ desproporção feto-pélvica (bacia pequena/bebê grande)
3. ☐ distócia de apresentação (bebê sentado/ posição errada)
4. ☐ hemorragia materna (teve sangramento)
5. ☐ parada de progressão (parou trabalho de parto/ pararam as dores)
6. ☐ eclâmpsia, pré-eclâmpsia (pressão alta)
7. ☐ pós-maturidade (passou do tempo)
8. ☐ morte fetal (o bebê morreu)
9. ☐ diabetes materna (açúcar no sangue)
10. ☐ cesáreas anteriores (já fez outra cesárea antes)
11. ☐ laqueadura (para ligar trompas)
12. ☐ mãe pediu (cesárea porque a mãe queria)
13. ☐ médico quis (na hora o médico resolveu fazer cesárea)
14. ☐ cesárea programada (médico marcou durante gravidez)
15. ☐ cirurgias ginecológicas anteriores (Miomectomia, plástica perineal)
16. ☐ outro _____

88. ☐ não se aplica

99. ☐ não sabe

MOTCESA

☐ ☐

6l. Quantas horas decorreram entre a internação e a cesárea?

--

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

HORASCESA

☐ ☐

7l. A sra. ligou as trompas?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 9l**

9. ☐ Não sabe

LAQUEADURA

☐

8l. Qual o motivo pelo qual a sra. ligou as trompas?

1. ☐ Já fez muita cesárea

2. ☐ Por problemas de saúde. Qual? _____

3. ☐ Questões financeiras

4. ☐ Já tinha o número de filhos que desejava

5. ☐ Outros _____

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

MOTLAQ

☐ ☐

9I. O que a sra. sentiu que a fez vir para o hospital?

1. ☐ Sangramento vaginal
2. ☐ Perdeu líquido (água) vaginal
3. ☐ Sentiu contração ou dor ou cólica/ barriga endurecida
4. ☐ Febre/ infecção/infecção urinária
5. ☐ O bebê parou de mexer/ diminuiram movimentos
6. ☐ A vinda foi agendada para esta data
7. ☐ O médico encaminhou
8. ☐ Outro_____

99. ☐ Não sabe

MOTHOSP

☐ ☐

10I. Caso tenha feito cesárea, quando a sra. internou já sabia que iria fazer cesárea?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

SABIACESA

☐

11I. A sra. passou por outros serviços (maternidades) antes de vir para esse hospital?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 13I**

9. ☐ Não sabe

PEREGRINOU

☐

12I. Caso sim, por quantos serviços passou? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTPEREG

☐

13I. Quando a sra. foi hospitalizada estava sentindo as dores do trabalho de parto?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

DORPARTO

☐

14I. O médico precisou romper a bolsa?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

9. ☐ Não sabe

ROMPBOLSA

☐

15I. Foi preciso colocar soro ou outro remédio para começar o trabalho de parto ou para ajudar o bebê a nascer?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 18I**

9. ☐ Não sabe

SORONASC

☐

16l. Qual a medicação utilizada?

- 1. ☐ Vaginal
- 2. ☐ Soro (endovenosa)
- 8. ☐ Não se aplica
- 9. ☐ Não sabe

TIPO MED

☐

17l. Por que foi necessário ajudar o bebê a nascer?

- 1. ☐ Passou do tempo de nascer
- 2. ☐ Pressão alta
- 3. ☐ Rompeu a bolsa
- 4. ☐ Incompatibilidade sanguínea (sangue não combina)
- 5. ☐ O bebê estava morto
- 6. ☐ O médico indicou
- 7. ☐ O trabalho de parto parou
- 8. ☐ Outra razão. Qual? _____
- 88. ☐ Não se aplica
- 99. ☐ Não sabe

MOTA JUDA

☐ ☐

18l. Quem atendeu ao parto?

- 1. ☐ Médico
- 2. ☐ Enfermeira
- 3. ☐ Auxiliar de enfermagem
- 4. ☐ Parteira leiga
- 5. ☐ Outro
- 9. ☐ Não sabe

QUEM PARTO

☐

19l. O parto foi realizado pelo mesmo médico que fez o pré-natal?

- 1. ☐ Sim
- 2. ☐ Não
- 9. ☐ Não sabe

MEDICO

☐

20l. Qual a categoria de atendimento ao parto?

- 1. ☐ SUS
- 2. ☐ Plano de saúde/ seguro saúde
- 3. ☐ Particular

CATP

☐

- 9. ☐ Não sabe

21I. Na hora do nascimento, quem atendeu o RN na sala de parto?

1. ☐ Médico obstetra
2. ☐ Médico pediatra/neonatologista
3. ☐ Anestesista
2. ☐ Enfermeira
3. ☐ Auxiliar de enfermagem
4. ☐ Parteira leiga
5. ☐ Outro _____
99. ☐ Não sabe

ATENDRN

☐ ☐

22I. O pediatra falou com a sra na sala de parto antes ou depois que o bebê nasceu?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

PEDIATRA

☐

23I. Número de filhos nascidos no parto: _

9. ☐ Não sabe

FETOS

☐

BLOCO J – EXPOSIÇÃO AO CITOMEGALOVÍRUS (CMV)

1J. Na sua casa morou ou está morando alguma criança?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 8J**

9. ☐ Não sabe

2J. Caso sim, ela tem até três anos de idade?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 8J**
8. ☐ Não se aplica

MORACRI

☐

9. ☐ Não sabe

CRIMATE3

☐

3J. Caso tenha até 3 anos de idade, ela morou com a sra. durante a gestação?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

MOROUGEST

☐

4J. Caso a criança não tenha morado com a sra. durante sua gestação, a criança morou com a sra. nos 12 meses anteriores?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

MOROU12M

☐

5J. Essa(s) criança(s) frequentam creches ou escolas?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não **Passe para a questão 8J**

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CRECHE

☐

6J. Quantos dias da semana a(s) criança(s) frequenta(m) a creche ou escola? _

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

DIASCRECHE

☐

7J. Quantas horas por dia da semana a(s) criança(s) frequenta(m) a creche ou escola? __

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

HORACRECHE

☐☐

8J. A sra. realizou algum cuidado direto com crianças de 3 anos ou menores (como trocar as fraldas, dar banhos, alimentar o bebê, etc.)? Incluindo crianças de sua família ou para amigos de seus filhos, ou no seu trabalho durante o ano que antecedeu ou atualmente na sua gravidez?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

CUIDACRI

☐

9J. Caso a sra. tenha realizado algum cuidado direto com crianças de 3 anos ou menores, qual a frequência de cuidados com essa criança?

1. ☐ Menos de 12 vezes no ano

2. ☐ Uma vez por mês

3. ☐ Duas ou mais vezes no mês

4. ☐ Uma vez por semana

5. ☐ Mais de uma vez por semana

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

QTCUIDA

☐

BLOCO K – DADOS DO PRONTUÁRIO

1K. Há registro de administração de ocitocina durante o trabalho de parto?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

OCITOCINA

☐

2K. Horário de início do medicamento (indução): __: __

8888. ☐ Não se aplica 9999. ☐ Não informado

HORAIMED

☐☐☐☐

3K. Horário do término do medicamento (indução): __: __

8888. ☐ Não se aplica 9999. ☐ Não informado

HORATMED

☐☐☐☐

4K. Caso o parto tenha sido cesárea, anotar a indicação da cesárea do prontuário _____

88. ☐ Não se aplica 99. ☐ Não informado

INDICACESA

☐☐

5K. Registro da idade gestacional avaliada pela Ultrassonografia (anotar o primeiro ultrassom) __ semanas

99. ☐ Não informado

IDGESTUS

☐☐

6K. Data da Ultrassonografia __ / __ / ____

99999999. ☐ Não informado

DATAUS

☐☐☐☐☐☐☐☐

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade

2A. Cidade:

1. ☐ Ribeirão Preto

2. ☐ São Luís

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA):

___/___/_____

4A. Entrevistador (a) :

5A. Data do nascimento do RN (DD/MM/AAAA):

___/___/_____

6A. Caso tenha nascido mais de um filho, indique qual a sequência de nascimento desse RN?

1. ☐ 1º

2. ☐ 2º

3. ☐ 3º

4. ☐ 4º

5. ☐ 5º

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

7A. Qual o sexo do recém-nascido?

1. ☐ Masculino

2. ☐ Feminino

9. ☐ Não sabe

8A. Como nasceu o filho da sra.?

1. ☐ Vivo

2. ☐ Morto

9. ☐ Não sabe

NUMERO

CIDADE

DATAENT

DATANASC

ORDEMNASC

SEXO

NASC

9A. Qual foi a apresentação do bebê na hora do parto?

1. ☐ Cefálica
2. ☐ Pélvica
3. ☐ Transversa
9. ☐ Não sabe

APRESENT

☐

Caso o RN tenha nascido morto, passe para o Bloco B

10A. Qual nome a sra. pretende dar ao seu bebê?

NOME

11A. O RN apresentou algum problema de saúde?
(perguntar para a mãe e anotar do prontuário)

1. ☐ Sim
2. ☐ Não Passe para a que está o 17 A
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

PROBLEMA

☐

Caso tenha apresentado problema, nos diga qual foi.

12A.Problema

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

PROB 1

☐☐

13A.Problema

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

PROB 2

☐☐

14A.Problema

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

PROB 3

☐☐

15A.Problema

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

PROB 4

☐☐

16A.Problema

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

PROB 5

☐☐

17A. Após o nascimento, quando saiu da sala de parto, o RN foi para:

1. ☐ Berço ao lado da mãe
2. ☐ Berçário
3. ☐ Cama da mãe
4. ☐ UTI Neonatal
5. ☐ Outro _____
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

LOCAL RN

☐

BLOCO B – DADOS DO PRONTUÁRIO

1B. Horário de nascimento do RN: __:__:__

HORANASC

☐☐☐☐

2B. Apgar 1º minuto: __

99. ☐ Não avaliado

APGAR1

☐☐

3B. Apgar 5º minuto: __

99. ☐ Não avaliado

APGAR5

☐☐

4B. Em caso de nascido morto:

1. ☐ Antes do parto
2. ☐ No momento do parto
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPONASCIM

☐

5B. O RN apresentou algum defeito congênito (malformação)?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não Passe para a questão 7B

9. ☐ Não sabe

DEFCONG

☐

6B. Qual foi o tipo de defeito apresentado pelo RN?

1. ☐ Gastrosquise
2. ☐ Onfalocele
3. ☐ Defeitos do tubo neural - meningocele
4. ☐ Defeitos do tubo neural - encefalocele
5. ☐ Trato genito-urinário - unilateral
5. ☐ Trato genito-urinário - bilateral
6. ☐ Cardíaco. Qual? _____
7. ☐ Outro _____

88. ☐ Não se aplica

TIPODEFCONG

☐☐

99. ☐ Não sabe

ANTROPOMETRIA DO RN

7B.Peso do RN: _ . _ _ _ g

9999. ☐ Não avaliado

PESONASC

8B.Comprimento: _ _ . _ cm

999. ☐ Não avaliado

COMP N ASC

9B.Perímetro cefálico: _ _ . _ cm

999. ☐ Não avaliado

PCNASC

10B.Peso da placenta: _ . _ _ _ g

9999. ☐ Não avaliado

P LACENTA

MATERIAL BIOLÓGICO DO RN

11B.Foi feita coleta de tecido do cordão umbilical?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

CORDA O

12B.Foi feita coleta de saliva?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

S ALIVA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº223/2009

Pesquisador (a) Responsável: Antônio Augusto Moura da Silva

Equipe executora: Antônio Augusto Moura da Silva, Marco Antonio Barbieri, Heloisa Bettiol, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zeni Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecília Cláudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Glória Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Júnior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yulie Yamamoto

Tipo de Pesquisa: Projeto Temático

Registro do CEP: 350/08 Processo 4771/2008-30

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário, Maternidade Marly Sarney, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Coelho.

Grupo: III

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 20.03.08 o processo Nº. 4771/2008-30, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável Antônio Augusto Moura da Silva, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1250

E-mail cep@huufma.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, relatório parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luis, 08 de abril de 2009.

João Inácio L. de Souza
Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est



CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos

ISSN 1678-4464 *versión on-line*

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000

- palavras e 5 ilustrações);
- Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais - **LINK 3**);
 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais - **LINK 4**);
 - Questões Metodológicas (**LINK 5**): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (**LINK 1**) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa (**LINK 2**);
 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);
 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

- CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.
- Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino- Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da

Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR. As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente

em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word),

RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

- A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

- Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos".

Seguindo o passo a passo:

- Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)* e *Termos e Condições*);

- Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

- Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

- As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

- Informações importantes para o envio de correções na prova:

- A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

- Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

- As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 - As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas

Instruções aos autores

2. DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

Critérios gerais para a aceitação de manuscritos

A seleção do material para publicação na RPSP/PAJPH se baseia nos seguintes critérios:

- Adequação quanto ao alcance temático da Revista;
- Validade científica, originalidade, relevância e atualidade da informação;
- Aplicabilidade fora de seu lugar de origem e na Região das Américas como um todo;
- Cumprimento das normas da ética médica que rege a pesquisa conduzida com seres humanos e animais;
- Cumprimento de protocolos específicos para a apresentação de informação de pesquisa;
- Coerência entre o projeto e a metodologia de pesquisa;
- Necessidade de atingir um certo equilíbrio na cobertura temática e geográfica.

Os manuscritos devem cumprir com as especificações delineadas nessas Instruções e Diretrizes para serem aceitos. Os autores devem ler cuidadosamente todas as seções antes de apresentar os documentos no sistema on-line, para assegurar que o documento satisfaça as condições para publicação.

Os manuscritos que não seguem o formato padrão da RPSP/PAJPH serão devolvidos aos autores imediatamente. O periódico pode, também, negar a publicação de qualquer manuscrito cujos autores não respondam satisfatoriamente ao questionamento editorial.

O Editor-Chefe tomará a decisão final de aceite ou não do manuscrito com base nas recomendações decorrentes do processo de avaliação por pares, descrito na seção 1.8.

Especificações para os manuscritos

Os manuscritos devem ser redigidos em software de processamento de texto em espaço duplo, em uma coluna, na fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 pontos.

Para figuras e tabelas, deve-se usar o Microsoft Excel®, Power Point® ou outro software de gráficos. As figuras podem aparecer coloridas ou em preto e branco, e eles devem ser apresentados em um formato editável.

Uma vez que artigos sejam aceitos para publicação, é possível que seja solicitado aos autores que enviem figuras e tabelas em formatos mais claros e legíveis.

Requisitos para formatação

A formatação geral para as diversas seções da RPSP/PAJPH é a seguinte:

Seção	Número máximo de palavras ¹	Número máximo de referências	Número máximo de tabelas, figuras ²
Artigos de pesquisa original	3 500	35	5
Artigos de revisão	3 500	50	5
Relatos especiais	3 500	35	5

Comunicações breves	2 500	10	2
Opiniões e análises	2 500	20	2
Temas atuais	2 000	20	2
Cartas	800	5 caso seja necessário	Nenhuma

¹Excluindo resumo, tabelas, figuras e referências.

²Contagem máxima de palavras para 5 tabelas / figuras é 1000; para 2 tabelas/figuras, 400.

Título

O título do manuscrito deve ser claro, preciso e conciso, e incluir todas as informações necessárias para identificar o alcance do artigo. Um bom título é o primeiro ponto de acesso para o conteúdo do artigo e facilita sua recuperação em bases de dados e motores de busca.

Os títulos não podem exceder 15 palavras. Palavras ambíguas, jargão e abreviações devem ser evitados. Títulos separados por pontos ou divididos em partes também devem ser evitados.

Autoria

A RPSP/PAJPH define autoria de acordo com as [diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas \(ICMJE\)](#) [sigla em inglês], recomendando que a autoria seja baseada nos quatro seguintes critérios:

1. Contribuições substanciais à concepção ou ao projeto do trabalho; ou à aquisição, à análise ou à interpretação de dados para o trabalho; E
2. Redação do trabalho ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante; E
3. Aprovação final da versão a ser publicada; E
4. Manifestar concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo sejam apropriadamente investigadas e resolvidas. Os autores devem declarar, na carta de apresentação, a extensão da contribuição de cada autor.

A inclusão de outras pessoas como autores por motivos de amizade, reconhecimento, ou outra motivação não científica constitui uma violação da ética em pesquisa.

Nos casos em que um grande grupo multicêntrico tenha realizado o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam assumir responsabilidade direta pelo manuscrito. Os nomes de instituições não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficial.

Colaboração refere-se à supervisão geral de um grupo de pesquisa ou apoio geral administrativo; e assistência em redação, revisão técnica, revisão linguística e verificação final.

Página de resumo e palavras-chave

O resumo é o segundo ponto de acesso a um artigo e deve permitir que os leitores determinem a relevância do artigo e decidam se lerão ou não todo o texto.

Os artigos de pesquisa original ou revisões sistemáticas devem ser acompanhados de um resumo estruturado de não mais de 250 palavras, subdividido nas seguintes seções: (a) Objetivos, (b) Métodos, (c) Resultados, e (d) Conclusões.

Os outros tipos de contribuições também devem ser acompanhados por um resumo informativo de não

mais de 250 palavras.

O resumo não deve incluir nenhuma informação ou conclusões que não apareçam no texto principal. Este deve ser escrito na terceira pessoa e não deve conter notas de rodapé, abreviaturas desconhecidas nem citações bibliográficas.

As palavras-chave, extraídas do vocabulário dos [DeCS](#) (Descritores em Ciências da Saúde), da BIREME/OPAS/OMS e/ou, [MeSH](#) (*Medical Subject Headings*), da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM), incluindo traduções em português e espanhol, estão disponíveis para que os autores as selecionem ao apresentar o manuscrito. Seu emprego facilita e torna mais específica a busca e recuperação do artigo em bases de dados e motores de busca.

Corpo do artigo

Artigos de pesquisa original e revisões sistemáticas são, geralmente, organizados segundo o formato [IMRAD](#) (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão).

Embora subtítulos possam ser necessários ao longo do artigo, de maneira geral, o parágrafo que dá início ao manuscrito não precisa ser intitulado “Introdução”, visto que este título é normalmente removido durante o processo de revisão. No entanto, o objetivo do artigo deve ser claramente declarado ao final da seção introdutória.

As seções “Resultados e Discussão” podem requerer subtítulos. No caso das “Conclusões”, as quais devem estar incluídas ao final da seção “Discussão”, também podem ser identificadas mediante um subtítulo.

Os artigos de revisão são frequentemente estruturados de modo semelhante aos artigos de pesquisa original, mas devem incluir uma seção descrevendo os métodos usados para selecionar, extrair e sintetizar os dados.

As comunicações breves seguem a mesma sequência dos artigos originais, porém, normalmente, omitem títulos de subdivisão.

Outros tipos de contribuições não seguem nenhuma estrutura pré-definida e podem utilizar outras subdivisões, em função de seu conteúdo.

Quando são usadas abreviações, estas devem ser definidas utilizando o termo por extenso por ocasião de sua primeira utilização no texto, seguido da abreviatura ou sigla entre parênteses. Na medida do possível, as abreviações devem ser evitadas. Em termos gerais, as abreviações devem refletir a forma extensa no mesmo idioma do manuscrito, com exceção das abreviaturas reconhecidas internacionalmente em outro idioma.

As notas de rodapé são esclarecimentos ou explicações à margem que interromperiam o fluxo natural do texto, portanto, seu uso deve restringir-se ao mínimo. Notas de rodapé são numeradas sequencialmente e aparecem ao final da página na qual são citadas. Links ou referências a documentos citados devem ser incluídos na lista de referências.

As citações são essenciais ao manuscrito e devem ser relevantes e atuais. Servem para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e das técnicas aos quais se referem, decorrentes de pesquisa, estudos e experiências anteriores. Também apoiam fatos e opiniões expressos pelo autor e apresentam ao leitor a informação bibliográfica necessária para consultar as fontes primárias.

A RPSP/PAJPH segue os [Requisitos Uniformes do ICMJE para a Preparação de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas](#) para referências (conhecidos como "Estilo de Vancouver"), que se baseia, em grande parte, no estilo do Instituto Americano de Normas Nacionais adaptado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos para as suas bases de dados. Os formatos recomendados para uma variedade de documentos e exemplos estão disponíveis em [Citing Medicine, segunda edição](#) neste link.

Exemplo:

Rabadán-Diehl C, Safdie M, Rodin R; Trilateral Working Group on Childhood Obesity. Canada-United States-Mexico Trilateral Cooperation on Childhood Obesity Initiative. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(2):80–4.

As referências devem ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto, e identificadas por algarismos arábicos entre parênteses no texto, nas tabelas e legendas.

Exemplos:

“Observou-se (3, 4) que...”

ou:

“Vários estudos (1-5) mostraram que...”

As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida mediante a primeira menção da tabela ou figura em particular, no corpo do texto.

Os títulos dos periódicos referidos devem ser abreviados segundo o estilo usado na [Base de Dados de Revistas](#), criada e atualizada pela [Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos](#).

A lista de referências deve ser numerada sequencialmente e deve ser iniciada em nova folha ao final do manuscrito. Todas as referências eletrônicas devem incluir a data de acesso.

Tabelas e figuras

As tabelas apresentam informação — geralmente numérica — em uma disposição de valores ordenada e sistemática em linhas e colunas. A apresentação deve ser de fácil compreensão para o leitor, complementando sem duplicar a informação do texto. Informações estatísticas em excesso podem ser, também, difíceis de interpretar. As tabelas devem ser transferidas em separado dos arquivos de texto e apresentadas em formato editável (preferencialmente arquivos Excel), e não como objetos extraídos de outros arquivos ou inseridos em documentos Word. Cada tabela deve conter um título breve, porém completo, indicando lugar, data e fonte da informação. Os títulos de colunas, também, devem ser os mais breves possíveis e indicar a unidade de medida ou a base relativa (porcentagem, taxa, índice etc.).

Informação que falta deve ser indicada por uma elipse (...). Se os dados não se aplicam, a célula deverá indicar "NA" (não se aplica). Se algum desses mecanismos, ou ambos, for utilizado, seu significado deve ser indicado com uma nota de rodapé da tabela.

As tabelas não devem ser separadas por linhas verticais, devendo apresentar três linhas completas horizontais no total: uma abaixo do título, uma segunda sob os títulos da coluna, e a terceira, ao final da tabela, acima das notas de rodapé.

As notas de rodapé de uma tabela devem ser indicadas com letras minúsculas sobrescritas, em ordem alfabética: a, b, c, etc. As letras sobrescritas no corpo da tabela deverão seguir uma sequência de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Os autores devem se certificar de incluir “chamadas” — pontos de referência no texto a todas as tabelas do texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicada ou inédita devem ser reconhecidos e os autores devem obter permissão prévia para inclui-los no manuscrito. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais detalhes.

As figuras incluem gráficos, diagramas, desenhos, mapas e fotografias. Devem ser usadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. As figuras devem ser de fácil compreensão e devem adicionar informação, em vez de repetir informação anterior do texto ou tabelas. As legendas devem ser breves, porém completas, devendo incluir lugar, data e fonte da informação.

As figuras devem ser enviadas em arquivo separado, em seu formato original editável, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, Open Office ou arquivos .eps).

Havendo espaço suficiente, a legenda de um gráfico ou mapa deve estar incluída como parte da própria figura. Caso contrário, deve ser incluída em seu título. Em mapas e diagramas deve ser indicada a escala em unidades do SI (veja abaixo).

Se a figura ou tabela procede de outra publicação, a fonte deve ser identificada, e deve ser obtida permissão por escrito para reprodução deve ser obtida do titular dos direitos autorais da publicação original. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais informação.

Quando unidades de medida forem utilizadas, os autores devem usar o [Sistema Internacional de Unidades \(SI\)](#), com base no sistema métrico e organizado pelo Comitê Internacional de Pesos e Medidas (*Bureau International des Poids et Mesures*).

As abreviaturas das unidades não são pluralizadas (por exemplo, usar 5 km, não 5kms), nem são seguidas de um ponto (escrever 10 mL, não 10mL.), exceto ao final de uma oração. Os algarismos devem ser agrupados de três em três à esquerda e à direita da vírgula decimal nos manuscritos em espanhol e português (ponto decimal nos manuscritos em inglês), sendo cada grupo de três algarismos separado por um espaço em branco.

Estilo correto:

12 500 350

1 900,05 (artigos em espanhol e em português)

1 900.05 (artigos em inglês)

Estilo incorreto:

12,500,350

1.900,05

Poderá ser usada uma [calculadora](#) para converter as unidades, os títulos e outras medidas ao Sistema Internacional.

Sumissão do manuscrito

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente por meio do [sistema online de gestão de manuscritos](#) da Revista.

Os autores serão notificados por e-mail do recebimento de seu manuscrito, e poderão ver o status dos seus manuscritos em qualquer momento a partir de sua conta na seção *Author Center*, em qualquer etapa do processo.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma [carta de apresentação](#) que inclua:

- Informação sobre todos os relatos e apresentações anteriores;
- Possíveis conflitos de interesses;
- Permissão para reproduzir material anteriormente publicado;
- Confirmação de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, incluindo a contribuição de cada autor;
- Informação adicional que possa ser útil aos Editores Associados e ao Editor-Chefe.

A carta de apresentação deve ser incluída em um arquivo separado do restante do manuscrito. Nomes e afiliação dos autores não devem ser incluídos em nenhuma parte do documento principal (documento em Word; favor não enviar documentos em PDF), no momento da submissão.

Favor examinar os arquivos e os aspectos mencionados nessas instruções antes do envio de seu manuscrito, certificando-se de que esteja cumprindo todas as Condições para a Publicação, caso seu artigo seja aceito para publicação.

Correção do manuscrito

Os manuscritos são aceitos na condição de que a editora se reserva o direito de efetuar correções necessárias em questão de uniformidade, clareza e conformidade com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão submetidos à correção de estilo e, depois, serão enviados ao autor correspondente para que responda às indagações do editor, e para aprovar quaisquer correções. Se, durante esta etapa, o autor não responder satisfatoriamente às indagações do editor, a Revista se reserva o direito de não publicar o manuscrito. A fim de evitar atraso na publicação do número correspondente, solicita-se aos autores que devolvam o manuscrito corrigido, com sua aprovação, até a data indicada na mensagem que o acompanha.

A versão definitiva em PDF será enviada ao autor correspondente para aprovação antes da publicação online. Os artigos serão publicados nos formatos HTML e PDF.