











Fatores associados à peregrinação anteparto em maternidade de referência no Ceará

Factors associated with antepartum pilgrimage at a reference maternity hospital in Ceará

Factores asociados a la peregrinación anteparto en una maternidad de referencia en Ceará

Como citar este artigo:

Mesquita AL, Rodrigues HBV, Ferreira UR, Domingos MAF, Oliveira BLCA, Cardoso AMR, Biazus-Dalcin C, Aquino PS. Factors associated with antepartum pilgrimage at a reference maternity hospital in Ceará. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58:e20230012. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0012en>

-  Annita de Lima Mesquita¹
-  Hillary Bastos Vasconcelos Rodrigues¹
-  Uly Reis Ferreira¹
-  Maria Aparecida Ferreira Domingos¹
-  Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira²
-  Alexandrina Maria Ramos Cardoso³
-  Camila Biazus-Dalcin⁴
-  Priscila de Souza Aquino¹

¹ Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Medicina I, São Luís, MA, Brasil.

³ Universidade do Porto, Escola de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

⁴ University of Dundee, School of Health Sciences, Dundee, Scotland.

ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with antepartum pilgrimage in pregnant women in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Method:** A cross-sectional study with 300 postpartum women from a state reference maternity hospital, carried out from March 2020 to January 2021. The frequency of pilgrimage was estimated according to socioeconomic characteristics and prenatal care. Analysis with Pearson's chi-square test selected variables for adjusted Poisson regression. **Results:** The frequency of antepartum pilgrimage to more than one health service was 34.3%. Not knowing the reference maternity hospital (1.16; 95%CI: 1.04–1.30) and not living close to the reference maternity hospital (1.16; 95%CI: 1.03–1.31) were associated with the occurrence of pilgrimage among women. Personal characteristics and prenatal care were not associated. **Conclusion:** There was an association between antepartum pilgrimage and lack of knowledge of the reference maternity hospital and residence far from that maternity hospital, which requires better team communication and the guarantee of easier access to obstetric care services, through effective implementation of regionalization of maternal care.

DESCRIPTORS

Health Services Accessibility; Birthing Centers; Parturition; Barriers to Access of Health Services; Women's Health.

Autor correspondente:

Priscila de Souza Aquino
Rua General Silva Júnior, 640,
apto 2102, bloco 2, Fátima
60411-200 – Fortaleza, CE, Brasil
priscilapetenf@gmail.com

Recebido: 03/05/2023
Aprovado: 14/02/2024

INTRODUÇÃO

A assistência à gestante é o principal modulador dos desfechos referentes à saúde materno-infantil. A longitudinalidade do cuidado é garantida por meio das consultas de pré-natal que proporcionam vínculo, promoção da saúde, prevenção de agravos e satisfação das usuárias⁽¹⁾. Contudo, a assistência pré-natal é realizada em Unidades de Atenção Primária à Saúde e serviços ambulatoriais que nem sempre estão adequadamente articulados às maternidades de referência para emergências obstétricas e parto⁽²⁾.

Logo, a peregrinação no anteparto, que consiste na busca empreendida pela gestante por múltiplos estabelecimentos de saúde em busca de assistência ao parto, quando esses locais não dispõem de vagas para sua internação, pode decorrer da ausência de vínculo prévio com a maternidade de referência^(3,4). Isso reflete em riscos potenciais à saúde do binômio mãe/bebê, destacando-se a mortalidade materna e neonatal, a qual a redução é um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas^(3,5).

A atenção obstétrica é permeada por múltiplas barreiras que afetam o acesso e o uso dessa atenção. A ampla extensão territorial do Brasil favorece a desigualdade organizacional das unidades de saúde, repercutindo em acesso inadequado, estampando cenários geográficos distintos⁽⁶⁾. Apesar de a Lei nº. 11.634/2007 assegurar o conhecimento prévio da mulher acerca da maternidade onde dará à luz, ainda ocorre peregrinação. Estudo com 768 mulheres de Sergipe evidenciou que 29,4% tiveram peregrinação anteparto⁽⁴⁾. Ademais, a Estratégia Rede Cegonha ressalta a necessidade de fortalecimento a partir das diretrizes da Rede de Atenção à Saúde e do planejamento regional integrado, a fim de garantir o acesso aos serviços de saúde⁽⁷⁾.

Essa peregrinação durante o trabalho de parto constitui uma das violências obstétricas mais comuns em nosso país. Segundo estudo realizado em maternidades públicas do Nordeste, a maioria das mulheres entrevistadas definiu a busca por uma maternidade como um evento traumático. Entre os motivos da peregrinação, estão, principalmente, as limitações de recursos materiais e a superlotação, demonstrando que o sistema de regulação de leitos é falho e, por vezes, não consegue fazer o referenciamento adequado⁽⁸⁾.

Diante do exposto, é primordial a compreensão de fatores que influenciam a peregrinação anteparto, a fim de identificar as vulnerabilidades existentes na população de mulheres. Ademais, esses fatores ainda não se encontram tão esclarecidos devido aos poucos estudos abordando a temática. Esse conhecimento poderá embasar políticas públicas específicas e orientar práticas profissionais. Tendo em vista tal problemática, este artigo tem por objetivo identificar os fatores associados à peregrinação anteparto em gestantes de Fortaleza, Ceará, Brasil.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo avaliativo, seccional. A escrita do artigo seguiu as indicações do protocolo *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE)⁽⁹⁾.

LOCAL

Estudo realizado no Alojamento Conjunto de uma maternidade de referência do estado do Ceará, localizada em Fortaleza, que recebe pacientes de todo estado, realizando parto de risco habitual e alto risco.

POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A população estudada foi de puérperas internadas no Alojamento Conjunto. Como critérios de inclusão, adotou-se estar no puerpério imediato com recém-nascido vivo, ter apresentado gestação de risco habitual e ter realizado acompanhamento na atenção primária. Já os critérios de exclusão foram ter passado por um período de internação durante a gestação, comprometendo o acesso à assistência pré-natal habitual.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Para o cálculo de amostra finita, considerou-se o nível de confiança de 95%, número de partos anuais de 4.000 e erro amostral de 5%. A amostra foi composta por 300 mulheres, selecionadas conforme o ingresso na unidade.

COLETA DE DADOS

A coleta dos dados iniciou-se no mês de março de 2020, sendo finalizada em janeiro de 2021. Utilizou-se formulário estruturado com dados sociodemográficos, obstétricos e de acesso aos serviços de saúde, criado pelos autores do estudo. O desfecho foi a peregrinação, definida como a procura por mais de um serviço de saúde para assistência ao trabalho de parto. Já as variáveis preditoras foram idade, procedência, raça, morar com o parceiro, escolaridade, renda (em salários mínimos), idade gestacional de início pré-natal (semanas), número de consultas de pré-natal, acompanhante nas consultas, demora no agendamento de consultas, pré-natal realizado por enfermeiros, conhecimento da maternidade de referência, residência próxima à maternidade de referência, tempo de deslocamento até a maternidade de referência e dificuldade de deslocamento para a maternidade de referência.

As entrevistas foram realizadas diretamente com a mulher, no período da manhã ou tarde, no próprio leito, registradas em formulário de papel, com duração média de 15 minutos. Dados da caderneta da gestante foram colhidos para as informações de acesso pré-natal.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados do presente estudo foram tabulados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Foi estimada a frequência de peregrinação segundo as características sociodemográficas e de assistência pré-natal. Diferenças estatísticas foram identificadas pelo Teste Qui-Quadrado de Pearson, com nível de significância de 5% (erro tipo I). Em seguida, as variáveis que mostraram associação foram incluídas no modelo de regressão de Poisson bruta e ajustada (uma variável pela outra) para se estimar a Razão de Prevalência (RP) e o Intervalo de Confiança de 95% (IC95%).

Tabela 1 – Associação das variáveis sociodemográficas com a peregrinação anteparto de puérperas – Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Variáveis	Peregrinação anteparto				Valor de p*
	Sim		Não		
	n	(%)	n	(%)	
Idade (anos)					0,101
Até 19	29	(42,6)	39	(57,4)	
≥20	74	(31,9)	158	(68,1)	
Procedência					0,018
Capital	70	(30,7)	158	(69,3)	
Outros	33	(45,7)	39	(54,3)	
Raça preta					0,363
Sim	5	(25,0)	15	(75,0)	
Não	98	(35,0)	182	(65,0)	
Morar com parceiro					0,560
Sim	78	(33,5)	155	(66,5)	
Não	25	(37,3)	42	(62,7)	
Escolaridade (anos)					0,259
Até 9 anos	44	(38,3)	71	(61,7)	
Acima de 9 anos	59	(31,9)	126	(68,1)	
Renda (salário)					0,274
Até 1 salário	56	(37,3)	94	(62,7)	
Acima de 1 salário	47	(31,3)	103	(68,7)	

Nota: *Teste Qui-Quadrado de Pearson.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), sob Protocolo nº. 3.673.810.

Para a aplicação do instrumento escolhido, as puérperas foram informadas sobre a pesquisa, e as que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já as parturientes menores de idade que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Assentimento, e seus responsáveis assinaram o TCLE.

RESULTADOS

Participaram do estudo 300 puérperas. Dessas, 34,3% (n = 103) procuraram mais de um serviço de saúde para a realização do parto. Na Tabela 1, foram dispostos os dados referentes à frequência da peregrinação anteparto de puérperas segundo variáveis sociodemográficas.

A variável procedência mostrou valor de p significativo (p = 0,018) com o desfecho investigado. As variáveis idade, raça preta, escolaridade, morar com parceiro, escolaridade e renda não apresentaram significância estatística.

A Tabela 2 apresenta a frequência da peregrinação anteparto de puérperas segundo variáveis da assistência pré-natal.

Tabela 2 – Associação das características da assistência pré-natal e acesso com a peregrinação anteparto de puérperas – Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Variável	Peregrinação		Valor de p*
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
Início do pré-natal (semanas)			
Menos de 12	57 (19,0)	89 (29,7)	0,095
Acima de 12	46 (15,3)	108 (36,0)	
Nº de consultas pré-natal			
Menos de 7	35 (33,3)	70 (66,7)	0,789
7 ou mais	68 (34,9)	127 (65,1)	
Acompanhante nas consultas pré-natal			
Sim	61 (33,7)	120 (66,3)	0,776
Não	42 (35,3)	77 (64,7)	
Demora no agendamento de consultas			
Sim	22 (37,9)	36 (62,1)	0,521
Não	81 (33,5)	161 (66,5)	
Pré-natal realizado por enfermeiro(a)			
Sim	101 (34,2)	194 (65,8)	0,788
Não	2 (40,0)	3 (60,0)	
Conhecimento da MR¹			
Sim	52 (27,7)	136 (72,3)	0,001
Não	50 (46,7)	57 (53,3)	
Residência próxima à MR¹			
Sim	22 (19,5)	91 (80,5)	<0,001
Não	81 (43,3)	106 (56,7)	
Tempo de deslocamento até a MR¹			
Até 30 minutos	40 (24)	127 (76,4)	<0,001
Acima de 30 minutos	39 (41,1)	56 (58,9)	
Dificuldade de deslocamento para a MR¹			
Sim	28 (80,0)	7 (20,0)	<0,001
Não	75 (28,4)	189 (71,6)	

Nota: *Teste Qui-Quadrado de Pearson; ¹Maternidade de referência.

Em relação às características da assistência pré-natal e do acesso, evidenciou-se associação das seguintes variáveis: conhecimento da maternidade de referência (p = 0,001); residência próxima à maternidade de referência (p < 0,001); e tempo de deslocamento de até 30 minutos.

A Tabela 3 apresenta o Modelo de Regressão de Poisson com variância robusta.

Conforme observado na Tabela 3, permaneceu a associação entre não conhecer a maternidade de referência e não residir próximo a ela, com chance 16% maior para essas predictoras.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados apresentados, foi observado um percentual de 34,3% de peregrinação anteparto na população estudada, corroborando o inquérito nacional recente que evidenciou a região Nordeste com 33,1% de taxa de

Tabela 3 – Regressão de Poisson com variância robusta bruta e ajustada – Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Variáveis	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP	IC95%	RP	IC95%
Procedência				
Fora da capital	1,49	1,08–2,05	1,06	0,92–1,21
Capital	1	–	1	–
Conhecimento da maternidade de referência				
Não	1,68	1,24–2,29	1,16	1,04–1,30
Sim	1	–	1	–
Residência próxima à maternidade de referência				
Não	2,22	1,47–3,35	1,16	1,03–1,31
Sim	1	–	1	–
Tempo de deslocamento superior a 30 minutos				
Sim	1,97	1,43–2,73	1,10	0,97–1,26
Não	1	–	1	–
Dificuldade de deslocamento até a maternidade				
Sim	2,81	2,18–3,62	1,09	0,94–1,26
Não	1	–	1	–

Nota: RP – Razão de Prevalência; IC – Intervalo de Confiança.

peregrinação no parto, maior taxa, bem como maior região com peregrinação em dois hospitais (5,1%)⁽¹⁰⁾. De modo semelhante, outro estudo, realizado em duas cidades brasileiras, São Luís (Nordeste) e Ribeirão Preto (Sudeste), evidenciou taxas de peregrinação anteparto discrepantes nas regiões: 35,8% e 5,8%, respectivamente⁽¹¹⁾. Atenta-se, portanto, para as significativas diferenças de percentuais de peregrinação anteparto entre as regiões brasileiras.

A estruturação da rede de assistência obstétrica é condição indispensável para a adequada assistência e parte dos princípios de regionalização e descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. Os municípios do interior precisam ter capacidade resolutive dos partos de risco habitual, a fim de não sobrecarregar a rede das maternidades de referência⁽¹²⁾. Nos EUA, hospitais de alto nível localizam-se em áreas mais densamente povoadas, e ressalta-se que esse tipo de serviço precisa ter atendimentos compatíveis com o nível de complexidade. Para avançar na pesquisa de regionalização perinatal, conhecimento dos resultados associados aos pacientes e otimizar a prestação de cuidados adequados ao risco, são necessárias abordagens alternativas para determinar o nível de atendimento materno fornecido nos hospitais⁽¹³⁾.

No presente estudo, o não conhecimento da maternidade de referência aumentou em 16% a ocorrência de peregrinação anteparto. No Brasil, desde 2007, a Lei n.º 11.634 garante à gestante o conhecimento e a vinculação à maternidade de referência para atendimentos de emergência e de assistência ao parto⁽¹⁴⁾, e a política de saúde materno-infantil vigente também ressalta a importância dessa vinculação⁽⁷⁾. Estudo realizado com 319 puérperas evidenciou que a não orientação para procura do hospital de referência determinou 25% de ineficiência na qualidade do pré-natal, evidenciando o não atendimento à legislação vigente⁽¹⁵⁾.

Essa problemática é recorrente e, acerca da realização da orientação da gestante ainda no pré-natal sobre a maternidade de vinculação e a possibilidade de visita prévia, estudo realizado no Sul do Brasil observou que 44,9% daquelas atendidas por médico e enfermeiro conjuntamente receberam essa orientação. Enquanto isso, naquelas atendidas somente pelo médico, a frequência foi de apenas 35,6%, o que evidencia a importância da enfermagem no fornecimento dessa informação, apesar de no presente estudo esse atendimento não ter sido associado à ocorrência de peregrinação⁽¹⁶⁾.

Em estudo realizado com 12 gestantes no sul do Brasil, identificou-se que nenhuma delas foi informada a respeito da maternidade ou referenciada; tal fato pode favorecer a peregrinação pelos serviços, assim como contribuir com desfechos desfavoráveis ao binômio mãe-feto⁽¹⁷⁾. Pesquisa realizada em Sergipe, estado do nordeste brasileiro, com 768 puérperas, verificou que o pré-natal se apresentou como fator protetor para a peregrinação, visto que as mulheres que foram orientadas durante o pré-natal sobre a sua maternidade de referência peregrinaram menos⁽²⁾.

Salienta-se, então, a importância dessa orientação nas consultas de pré-natal para favorecer o conhecimento prévio da maternidade de referência. Além disso, reforça-se a relevância de manter uma rede assistencial organizada e integrada, com a finalidade de diminuir a peregrinação das gestantes em suas respectivas maternidades de referência.

Essas ações podem favorecer a vivência de uma experiência positiva de gestação e parto, definida como uma normalidade física e sociocultural, uma transição eficaz para o trabalho de parto e o parto e uma maternidade positiva, que tem sido elencada como uma prioridade, incluída em agendas mundiais de assistência à saúde obstétrica, com alta evidência de recomendação⁽¹⁸⁾.

Estudo realizado a partir de dados de nascimento de Recife, Brasil, evidenciou que, na capital do estado, ocorreram 1,5 vezes o número de partos esperados para o ano, sendo 56% de mães não residentes. Em contrapartida, nenhuma maternidade do interior respondeu ao volume esperado de partos de risco habitual, ocasionando superlotação das maternidades do Recife⁽¹²⁾. Essa condição pode gerar peregrinação de mulheres referenciadas para essa unidade de saúde, evidenciando lacunas no conhecimento das mulheres do interior sobre a maternidade de referência ou mesmo falhas nas pactuações da rede de assistência.

Estudos internacionais têm evidenciado a associação entre barreiras físicas de acesso e uso dos equipamentos de atenção à saúde obstétrica^(19,20). Estudo com 6.655 mulheres africanas (Burkina Faso) evidenciou que as que viviam mais longe eram significativamente menos propensas a parir em unidade de saúde⁽¹⁹⁾. Esses dados coadunam com os achados do presente estudo, uma vez que não residir próximo à maternidade de referência aumentou em 16% a chance de peregrinação anteparto.

Revisão sistemática realizada com 31 estudos evidenciou que ter acesso a instalações de atendimento obstétrico em um raio de cinco quilômetros foi significativamente associado a partos institucionais (OR agrupado = 2,27; IC95% = 1,82, 2,82). Da mesma forma, um tempo de viagem de 60 minutos ou menos foi significativamente associado a maiores chances de parto em unidade de saúde (OR agrupado = 3,30; IC95% = 1,97, 5,53). Por outro lado, o aumento de uma hora no tempo de viagem

e de um quilômetro na distância associou-se negativamente ao uso de assistência institucional ao parto⁽²¹⁾.

Assim, a distância dos serviços e o tempo de deslocamento são importantes fatores associados à adequada assistência obstétrica e podem estar relacionados. A distância pode resultar em maior tempo de deslocamento. Porém, barreiras geográficas, como áreas de deltas, também podem interferir. O tempo de deslocamento até a maternidade é um fator citado na literatura como importante para realizar o manejo adequado da assistência em tempo hábil, reduzindo os maus prognósticos⁽²²⁾. Maiores distâncias e tempo de deslocamento podem ter associação com nascimentos ocorridos ainda no percurso da maternidade⁽²³⁾, bem como desfechos adversos no parto, como necessidade de admissão em Unidades de Terapia Intensiva, transfusão pós-parto, histerectomia pós-cesariana, entre outros⁽²⁴⁾. Nos EUA, estudo de coorte realizado com um total de 662.245 registros de nascimento evidenciou que maiores distâncias até o hospital de parto foram associadas a maior risco de desfechos maternos adversos e internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal⁽²⁵⁾.

Outros estudos têm relacionado o tempo de viagem e a distância até a maternidade com os resultados perinatais^(26,27). Embora nenhuma associação significativa com a distância tenha sido encontrada, as chances de natimortos foram significativamente maiores para viagens de 10 a 29 minutos (OR 2,25, IC 95% 1,40 a 3,63), 30 a 59 minutos (OR 2,30, IC95% 1,22 a 4,34) e 60 a 119 minutos (OR 2,35, IC 95% 1,05 a 5,25)⁽²⁸⁾. Metanálise acerca da relação entre distância e utilização do serviço de saúde na África Subsaariana identificou que o aumento da distância até a maternidade teve uma associação inversa com a utilização. A distância de um hospital para mulheres rurais mostrou um efeito ainda mais pronunciado na utilização, evidenciando que a dificuldade de acesso geográfico impede o uso⁽²⁹⁾.

Em estudo realizado na fronteira entre Tailândia e Mianmar, a distância percorrida até a clínica previu fortemente a perda de acompanhamento (essas percorreram distância 50% maior), aborto espontâneo (essas percorreram distância 20% maior), infecções por malária na gravidez (percorreram distância 60%

maior) e apresentação para atendimento pré-natal após o primeiro trimestre (essas percorreram distância 50% maior). Essa análise forneceu a primeira evidência do complexo impacto da geografia no acesso a serviços pré-natais e nos resultados da gravidez na região rural, remota e politicamente complexa da fronteira Tailândia-Mianmar⁽³⁰⁾.

Dessa forma, residir próximo à maternidade realmente configura-se benéfico para a assistência materno-infantil. Percebe-se que a acessibilidade aos serviços de atenção obstétrica envolve a proximidade da maternidade de referência, bem como o conhecimento dessa, o que requer execução das políticas de saúde que já contemplam esses aspectos como diretrizes.

Como limitações do presente estudo, tem-se o viés de memória pela autodeclaração das participantes e a coleta ocorrer em momento de internação na maternidade, com puérperas em constante atenção ao recém-nascido, o que acarretou alguns momentos de interrupção da entrevista.

CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou significativo percentual de peregrinação na população estudada, tendo como fatores associados o não conhecimento da maternidade de referência e a não residência próxima a ela.

A orientação apropriada às gestantes sobre a rede de assistência obstétrica ainda representa um desafio na garantia do acesso rápido a esse serviço. Assim, o estudo reforça a importância da execução das políticas de saúde vigentes em um contexto em que a organização dos serviços ainda apresenta fragilidades. O maior comprometimento dos profissionais de saúde na orientação de gestantes sobre sua maternidade de referência é importante com vistas a prevenir a peregrinação e sua consequência ao binômio.

Dessa forma, para minimizar a peregrinação, as políticas de saúde precisam garantir efetivamente o acesso aos serviços de atenção obstétrica, com parto oportuno, por meio da implementação eficaz da regionalização dos cuidados maternos, com uma articulação de organização da rede de assistência.

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores associados à peregrinação anteparto em gestantes de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Método:** Estudo transversal com 300 puérperas de uma maternidade de referência estadual, realizado de março de 2020 a janeiro de 2021. Foi estimada a frequência da peregrinação segundo características socioeconômicas e de assistência pré-natal. Análises com o Teste Qui-Quadrado de Pearson selecionaram variáveis para a regressão de Poisson ajustada. **Resultados:** A frequência de peregrinação anteparto por mais de um serviço de saúde foi de 34,3%. Não conhecer a maternidade de referência (1,16; IC95% 1,04–1,30) e não residir próximo à maternidade de referência (1,16; IC95%: 1,03–1,31) estiveram associados à ocorrência de peregrinação entre as mulheres. Características pessoais e de assistência pré-natal não se mostraram associadas. **Conclusão:** Verificou-se associação da peregrinação anteparto com o desconhecimento da maternidade de referência e com a residência distante dessa maternidade, o que requer melhor comunicação da equipe e a garantia de acesso facilitado aos serviços de assistência obstétrica por meio da implementação eficaz da regionalização dos cuidados maternos.

DESCRITORES

Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto; Parto; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde; Saúde da Mulher.

RESUMEN

Objetivo: Identificar factores asociados a la peregrinación anteparto en mujeres embarazadas en Fortaleza, Ceará, Brasil. **Método:** Estudio transversal con 300 puérperas de una maternidad de referencia estatal, realizado de marzo de 2020 a enero de 2021. Se estimó la frecuencia de peregrinación según características socioeconómicas y de atención prenatal. Análisis con Prueba de Chi-Cuadrado de Pearson variables seleccionadas para regresión de Poisson ajustada. **Resultados:** La frecuencia de peregrinación anteparto a más de un servicio de salud fue del 34,3%. Desconocer la maternidad de referencia (1,16; IC95%: 1,04–1,30) y no vivir cerca de la maternidad de referencia (1,16; IC95%: 1,03–1,31) se asociaron con la ocurrencia de peregrinación entre las mujeres. Las características personales y la atención prenatal no se asociaron. **Conclusión:** Hubo asociación entre la peregrinación anteparto y el desconocimiento de la maternidad de referencia y vivir lejos de

esa maternidad, lo que requiere una mejor comunicación del equipo y garantizar un acceso más fácil a los servicios de atención obstétrica a través de la implementación efectiva de la regionalización de la atención materna.

DESCRIPTORES

Accesibilidad a los Servicios de Salud; Centros de Asistencia al Embarazo y al Parto; Parto; Barreras de Acceso a los Servicios de Salud; Salud de la Mujer.

REFERÊNCIAS

1. Baratieri T, Lentsck MH, Falavina LP, Soares LG, Prezotto KH, Pitilin EB. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. *Cad Saude Publica*. 2022;38(3):e00103221. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00103221>. PubMed PMID: 35293537.
2. Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Cien Saude Colet*. 2020;25(3):793–804. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>. PubMed PMID: 32159650.
3. Canto YE. Desigualdades na cobertura e na qualidade da assistência pré-natal no Peru, 2009-2019. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e47. doi: <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2022.47>. PubMed PMID: 35702717.
4. Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto. *Rev Saude Publica*. 2019;53:70. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001087>.
5. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Nações Unidas no Brasil; 2023 [citado em 2022 Jul 2]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.
6. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Access to prenatal care and quality of care in the Family Health Strategy: infrastructure, care, and management. *Cad Saude Publica*. 2018;34(5):e00110417. PubMed PMID: 29768587.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [Internet]; Brasília; 2011 [citado em 2023 Dez 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
8. Nunes GFO, Matos KKC, Melo DEB, Viana LSS, Espínola MMM. Violência obstétrica na visão de mulheres no parto e puerpério. *Biológicas & Saúde*. 2020;10(35):12–29. doi: <http://dx.doi.org/10.25242/8868103520202086>.
9. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth*. 2019;13(5, Suppl 1):S31–4. doi: http://dx.doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18. PubMed PMID: 30930717.
10. Leal MDC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGND. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saude Publica*. 2020;54:8. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. PubMed PMID: 31967277.
11. Moraes LMV, Simões VMF, Carvalho C, Batista RFL, Alves MTSS, Thomaz EBAF, et al. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. *Cad Saude Publica*. 2018;34(11):e00151217. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00151217>. PubMed PMID: 30427413.
12. Rohr LK, Valongueiro S, Araújo TVB. Delivery care and the inadequacy of the obstetric care network in Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2016;16(4):447–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000400006>.
13. Handley SC, Passarella M, Srinivas SK, Lorch SA. Identifying individual hospital levels of maternal care using administrative data. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):538. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-021-06516-y>. PubMed PMID: 34074286.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.º 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 [Internet]; Brasília; 2007 [citado em 2023 Nov 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/11634.htm.
15. Medeiros FF, Santos IDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Supl 3):204–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>. PubMed PMID: 31851255.
16. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc Anna Nery*. 2021;25(1):e20200098. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098>.
17. Livramento DVP, Backes MTS, Damiani PR, Castillo LDR, Backes DS, Simão AMS. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180211. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>. PubMed PMID: 31188972.
18. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado em 2023 Dez 20]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.
19. Mwase T, Brenner S, Mazalale J, Lohmann J, Hamadou S, Somda SMA, et al. Inequities and their determinants in coverage of maternal health services in Burkina Faso. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):58. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-018-0770-8>. PubMed PMID: 29751836.
20. Acevedo P, Martinez S, Pinzon L, Sanchez-Monin E, Winters S. Distance as a barrier to obstetric care among indigenous women in Panama: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(3):e034763. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034763>. PubMed PMID: 32139491.
21. Tegegne TK, Chojenta C, Loxton D, Smith R, Kibret KT. The impact of geographic access on institutional delivery care use in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(8):e0203130. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0203130>. PubMed PMID: 30161201.
22. Rodrigues IR, Sales LBF, Oriá MOB, Gomes MLS, Moura NS. Impact on pregnant/parturient women's health resulting from displacement between residence and health service. *Rev Rene*. 2021;22:e61115. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20212261115>.
23. Malouf RS, Tomlinson C, Henderson J, Opondo C, Brocklehurst P, Alderdice F, et al. Impact of obstetric unit closures, travel time and distance to obstetric services on maternal and neonatal outcomes in high-income countries: a systematic review. *BMJ Open*. 2020;10(12):e036852. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036852>. PubMed PMID: 33318106.

24. Kwak MY, Lee SM, Kim HJ, Eun SJ, Jang WM, Jung H, et al. How far is too far? A nationwide cross-sectional study for establishing optimal hospital access time for Korean pregnant women. *BMJ Open*. 2019;9(9):e031882. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031882>. PubMed PMID: 31542767.
25. Minion SC, Krans EE, Brooks MM, Mendez DD, Haggerty CL. Association of driving distance to maternity hospitals and maternal and perinatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2022;140(5):812–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000004960>. PubMed PMID: 36201778.
26. Banke-Thomas A, Balogun M, Wright O, Ajayi B, Abejirinde I-OO, Olaniran A, et al. Reaching health facilities in situations of emergency: qualitative study capturing experiences of pregnant women in Africa's largest megacity. *Reprod Health*. 2020;17(1):145. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-020-00996-7>. PubMed PMID: 32977812.
27. Wariri O, Onuwabuchi E, Alhassan JAK, Dase E, Jalo I, Laima CH, et al. The influence of travel time to health facilities on stillbirths: a geospatial case-control analysis of facility-based data in Gombe, Nigeria. *PLoS One*. 2021;16(1):e0245297. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0245297>. PubMed PMID: 33411850.
28. Banke-Thomas A, Avoka CKO, Gwacham-Anisiobi U, Benova L. Influence of travel time and distance to the hospital of care on stillbirths: a retrospective facility-based cross-sectional study in Lagos, Nigeria. *BMJ Glob Health*. 2021;6(10):e007052. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007052>. PubMed PMID: 34615663.
29. 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. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184432. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0184432>. PubMed PMID: 28910302.
30. Steinbrook E, Min MC, Kajeechiwa L, Wiladphaingern J, Paw MK, Pimanpanarak MPJ, et al. Distance matters: barriers to antenatal care and safe childbirth in a migrant population on the Thailand-Myanmar border from 2007 to 2015, a pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):802. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-04276-5>. PubMed PMID: 34856954.

EDITOR ASSOCIADO

Elizabeth Fujimori

Apoio financeiro

CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Financiamento pelo edital Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia nº 21/2018- Procad Amazônia, projeto intitulado "Rede de Cooperação Acadêmico-Científica entre os PPGs em Enfermagem UFMA/UFC/UFPE"; Número do projeto: 88881.200531/2018-01; Coordenador-Geral do projeto: Arlene de Jesus Mendes Caldas.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.