



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**CATARINA ROCHA FREITAS CAMPOS**

**A VIA CRUCIS DA GESTANTE AO PARTO NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE**

**ARACAJU**

**2018**

CATARINA ROCHA FREITAS CAMPOS

A *VIA CRUCIS* DA GESTANTE AO PARTO NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Siqueira Prado

ARACAJU

2018

CATARINA ROCHA FREITAS CAMPOS

A *VIA CRUCIS* DA GESTANTE AO PARTO NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

---

Autora: Catarina Rocha Freitas Campos

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Siqueira Prado

CATARINA ROCHA FREITAS CAMPOS

A VIA CRUCIS DA GESTANTE AO PARTO NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

## AGRADECIMENTOS

A toda a equipe do Nascer em Sergipe, em especial às minhas orientadoras Daniela e Rosemar, pela paciência e disponibilidade de responder minhas mensagens desesperadas;

A Adeline, Mariana e Osmar, por me ajudarem na luta contra a procrastinação;

A meus pais, pelo apoio e amor de todos os dias.

## Sumário

1	Revisão de Literatura .....	7
1.1	Acesso à saúde reprodutiva: um objetivo do milênio .....	7
1.2	Brasil e ações estratégicas .....	7
1.2.1	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento .....	7
1.2.2	Lei 11.634/2007 .....	8
1.2.3	Rede Cegonha.....	9
1.3	Peregrinação anteparto.....	10
1.3.1	A peregrinação no Brasil.....	11
1.3.2	A peregrinação no estado de Sergipe .....	11
1.4	Peregrinação como violência .....	12
1.5	Locais de assistência ao parto em Aracaju-SE .....	13
1.6	Referências .....	14
2	Normas de publicação – Revista de Saúde Pública .....	16
2.1	Regras para submissão de artigos.....	16
2.2	Artigos originais.....	16
2.3	Dados de Identificação do Manuscrito .....	18
2.4	Conflito de Interesses .....	19
2.5	Preparo do manuscrito.....	20
3	Artigo Original.....	23
	A <i>via crucis</i> da gestante ao parto no município de Aracaju-SE .....	23
3.1	Introdução .....	25
3.2	Metodologia.....	26
3.3	Resultados .....	27
3.4	Discussão.....	28
3.5	Referências.....	31
3.6	Tabelas .....	33



## **1 Revisão de Literatura**

A *Via Crucis*, do latim "Caminho da Cruz", também chamada de Via Sacra, remete ao árduo trajeto percorrido por Jesus entre a condenação à morte e seu sepultamento. O termo é aqui usado como referência à ideia de sacrifício, saga (ABL, 2008).

### **1.1 Acesso à saúde reprodutiva: um objetivo do milênio**

Em setembro de 2000, a Organização das Nações Unidas reuniu chefes de Estado e de Governo, totalizando representantes de 189 países, para discutir quais seriam as “bases indispensáveis para um mundo mais pacífico, mais próspero e mais justo” (Organização das Nações Unidas, 2000). Da reunião foi elaborada a Declaração do Milênio, um documento que definiu oito objetivos-chave de importância indiscutível, com destaque para a criação de condições propícias à erradicação da pobreza, a nível mundial. No contexto da saúde materno-infantil, tomou-se como meta reduzir até o ano de 2015 a mortalidade materna a três quartos e a mortalidade infantil a dois terços, em relação às taxas da época. No Brasil, a meta significou reduzir a 35 os óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, até 2015 (BRASIL, 2012). Um dos pilares para tal seria garantir o acesso universal à saúde reprodutiva.

### **1.2 Brasil e ações estratégicas**

Para melhorar a saúde materno-infantil o governo brasileiro desenvolveu uma série de estratégias. Apesar de a precariedade da assistência ao parto até hoje ser uma realidade (Rodrigues *et al.*, 2015), essas foram algumas das tentativas empreendidas no sentido de garantir cada vez mais o direito e acesso da gestante a um parto de qualidade:

#### **1.2.1 Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**

Instituído em junho de 2000 pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN) define como prioridades reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país e adotar medidas para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2000).

O programa destaca a humanização como condição primordial para atingir seus objetivos e a define em dois pontos principais: o primeiro seria receber a gestante com dignidade, criar um ambiente acolhedor e instituir rotinas hospitalares que rompessem com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo seria adotar medidas baseadas em evidências científicas que comprovassem benefício à mulher e ao recém nascido, evitando, assim, práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2013).

Dividindo-se entre três componentes – assistência pré natal, obstétrica e ao parto – o PHPN cursa sobre organização, regulação, forma de pagamento e formas de avaliar seu próprio sucesso. Estabelece os incentivos financeiros baseados no número de gestantes acolhidas pelo programa e as responsabilidades das esferas municipal, estadual e federal em todo o seu processo de implantação e execução (BRASIL, 2013).

Em relação à assistência pré natal, define alguns aspectos para que fosse considerada adequada, como a realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação; a realização de no mínimo seis consultas ao longo da gestação, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre; realização de exames laboratoriais, vacinação e atividades educativas para a gestante; e o encaminhamento ao pré natal de alto risco, quando necessário (BRASIL, 2013).

Apesar de não fazer referência à peregrinação anteparto, o documento atribui à esfera municipal o dever de vincular o acompanhamento pré-natal – ou seja, a Unidade Básica de Saúde – ao parto, seja ele realizado em hospitais, maternidades ou casas de parto (BRASIL, 2013).

### **1.2.2 Lei 11.634/2007**

A lei 11.634, vigente desde 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde ela deve receber assistência perinatal (BRASIL, 2007). Segundo a lei, a gestante deve receber orientação durante o pré natal sobre em qual maternidade será realizado o parto e para onde deve ir no caso de intercorrências durante a gestação, de forma a evitar a peregrinação materna. É de responsabilidade do Sistema Único de Saúde fazer a orientação de vínculo e analisar a necessidade de transferência caso os serviços em questão não estejam aptos a receber a gestante, seja no momento do parto ou durante o puerpério.

### 1.2.3 Rede Cegonha

Com a justificativa de o Brasil ter melhorado significativamente os índices de mortalidade materno-infantil, no entanto ainda em velocidade inferior à desejada, é implementada em junho de 2011 a Rede Cegonha (RC), por meio da portaria nº 1.459. Principalmente pelo fato de essas mortes serem evitáveis, a Rede vem para reforçar alguns pontos de estratégias anteriores e dar prioridade a pontos que, até então, não haviam tido o merecido destaque, entre eles: a contraditória elevada incidência da sífilis congênita e da hipertensão arterial sistêmica materna, apesar da ampliação de cobertura no acompanhamento pré-natal; e a perspectiva fisiológica do parto e sua realização fora do hospital – inclusive por parteiras tradicionais. Atualmente a Rede Cegonha é vista como o programa mais completo em relação a cuidados perinatais no Sistema Único de Saúde (Cassiano *et al.*, 2014).

O tema peregrinação da gestante pela primeira vez tem destaque entre as estratégias governamentais e é trazido no componente logístico da RC. Com o modelo e *slogan* “Vaga sempre para gestantes e bebês”, a RC implementa a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto, a regulação de leitos obstétricos e neonatais – assim como a regulação de urgências, de consultas ambulatoriais e de exames da gestação –, e a promoção de transporte seguro para gestante, puérpera e recém nascido, por meio do serviço SAMU Cegonha, equipado com incubadoras e ventiladores neonatais (BRASIL, 2012).

### 1.3 Peregrinação anteparto

A peregrinação anteparto é definida pela busca da gestante por serviços de saúde no momento do parto (Menezes *et al.*, 2006). Ela envolve uma série de fatores, desde o vínculo da mulher com a maternidade na qual realizará seu parto durante o acompanhamento pré-natal, já preconizado em diversos programas, como citado no tópico anterior, até a disponibilidade de leitos em hospitais e número suficiente de profissionais da saúde para realizar os atendimentos.

Num país no qual 95% dos partos são hospitalares (Furtado, Gomes e Gama, 2016), a discussão sobre acesso torna-se imprescindível. Sabe-se que quanto maior a distância entre a gestante e o local de parto, mais difícil o acesso (Menezes *et al.*, 2006). Maiores deslocamentos intermunicipais estão relacionados a maiores coeficientes de mortalidade infantil (Almeida e Szwarcwald, 2012), e quanto mais difícil e longa a trajetória da gestante, maiores são as chances de um parto complicado. Os piores cenários são encontrados ao analisar a trajetória de pacientes de alto risco em municípios do interior e do Nordeste brasileiro (Furtado, Gomes e Gama, 2016).

Menezes *et al.*, (2006) ressaltam que a classificação de risco durante o acompanhamento pré-natal de nada vale se a gestante não consegue chegar na maternidade em tempo adequado. Segundo os autores, as longas distâncias a serem percorridas, a falta de um sistema de transporte eficaz (idealmente a gestante deve ser transportada em veículo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) entre os serviços de saúde, quando necessário) (BRASIL, 2012) e a falta de um sistema de comunicação e referenciamento adequados são os principais fatores impeditivos ao acesso.

O acesso à saúde, definido pela liberdade de usar serviços, abrange três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade (Assis e Jesus, 2012). Apesar de o Sistema Único de Saúde ter como um de seus princípios doutrinários a equidade, historicamente o acesso é excludente (Assis e Jesus, 2012). Mulheres residentes na periferia, solteiras, menores de 17 anos e negras peregrinam mais, segundo estudo no município do Rio de Janeiro (Menezes *et al.*, 2006). Já em estudo na região Nordeste, peregrinaram mais as adolescentes e jovens com laços conjugais, que não possuíam plano de saúde e procedentes do interior (Furtado, Gomes e Gama, 2016).

A peregrinação é um problema cuja solução envolve diversas esferas e se constitui em um desafio para a saúde pública. É necessário aumentar o número de leitos obstétricos e realizar a regulação eficiente desses leitos, referenciar cuidados, vincular a gestante à maternidade durante o acompanhamento pré-natal e criar formas de articular níveis diferentes de complexidade e respeitar os direitos da mulher (Furtado, Gomes e Gama, 2016). A responsabilização do cuidado também é imprescindível, no sentido de providenciar vaga e transporte seguro para a gestante, caso não haja vaga no estabelecimento que ela inicialmente procure (Rodrigues *et al.*, 2015).

### **1.3.1 A peregrinação no Brasil**

Dados da pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada entre 2011 e 2012, provavelmente o maior estudo já realizado no país sobre pré-natal, parto e puerpério, mostram que o Nordeste é a região com maior índice de peregrinação do país, demonstrando que 25,1% das mulheres passam por pelo menos dois serviços de saúde até realizarem o parto. A pesquisa evidencia também que os índices são maiores entre mulheres menores de 19 anos, primigestas e de cor preta e amarela (Viellas *et al.*, 2014).

Em 2010 foi realizado um estudo que compara a peregrinação entre as cidades de São Luís (SL) do Maranhão e Ribeirão Preto (RP), em São Paulo e evidencia uma grande diferença entre as duas cidades. Em SL, no Nordeste brasileiro, 35,8% das gestantes referiram ter passado por mais de uma maternidade até realizar o parto (Moraes, 2018), já em RP, somente 5,8% das mulheres relataram o mesmo. A discrepância é atribuída à presença de grandes centros de referência em saúde em RP, o que forneceria uma atenção melhor às gestantes e neonatos (Nascimento, Almeida e Gomes, 2014).

### **1.3.2 A peregrinação no estado de Sergipe**

A pesquisa *Nascer em Sergipe*, realizada entre 2015 e 2016, entre outros fatores analisados, pôde caracterizar a peregrinação no estado. A passagem por

mais de uma maternidade antes de realizar o parto foi referida por 29,4% das mulheres. As gestantes de baixa escolaridade, adolescentes, desempregadas e que realizaram acompanhamento pré-natal no serviço público peregrinaram mais, quando comparadas à população geral. Taxas menores de peregrinação estiveram ligadas à idade maior que vinte anos, à alta escolaridade e à presença de trabalho remunerado (Mendes, 2018).

Quanto à vinculação da gestante durante o acompanhamento pré-natal, 61,3% delas relataram terem recebido orientações sobre onde deveriam realizar o parto. A maioria (87,6%) das mulheres passou por apenas um serviço antes de chegar a seu destino final, e o motivo principal de recusa do primeiro serviço foi a falta de médico plantonista (Mendes, 2018).

#### **1.4 Peregrinação como violência**

A violência obstétrica é caracterizada por todos os “atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva”. Pode ter caráter físico, psicológico, sexual, material, midiático ou institucional, no último se encaixa a peregrinação anteparto, por causar impedimento, atraso ou dificuldade de acesso ao serviço de saúde e representar a anulação de direitos (Rodrigues *et al.*, 2015).

Além da violência institucional, é notável o componente de violência psicológica a que as mulheres são submetidas no processo de chegar ao local de realização do parto. Algumas questões são destacadas por elas no percurso, como a recusa de atendimento por motivos não previstos por lei (por exemplo, residir em município diferente do serviço de saúde); a condição de pobreza como estigma social; o fato de os serviços do SUS serem tidos como “favor”, e não direito; a falta de cuidado e respeito por parte dos profissionais de saúde; as relações de desigualdade de poder entre usuárias e profissionais, agravadas por insultos, humilhações, ofensas, discriminação e culpabilização; e o sentimento de abandono vivenciado (Rodrigues *et al.*, 2015).

Segundo pesquisa de opinião realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo e SESC, 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de violência durante o acompanhamento pré-natal ou parto (VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, 2010).

A peregrinação favorece desfechos negativos para o parto e aumenta os índices de mortalidade materna e neonatal. Sabe-se também que sentimentos negativos tais como medo, raiva, angústia, apreensão e estresse, a que a gestante é exposta durante sua trajetória incerta pelos serviços de saúde, desencadeiam uma liberação elevada de adrenalina. A ação adrenérgica inibe a liberação de ocitocina, hormônio responsável pela contratilidade uterina, alterando assim a fisiologia do parto (Rodrigues *et al.*, 2015).

## **1.5 Locais de assistência ao parto em Aracaju-SE**

Aracaju é a capital de Sergipe, menor estado da federação brasileira. Ocupa um território de 181,8km<sup>2</sup> que abriga 650.106 habitantes, ou 938.550 habitantes, quando se somam as populações da chamada “Grande Aracaju” – os municípios de Barra dos Coqueiros, Nossa Senhora do Socorro e São Cristóvão. (IBGE, 2018). Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,770 ocupando a primeira colocação no estado e 227<sup>a</sup> posição no país (PNUD, 2010). Apresenta PIB per capita de R\$24.769, 38 (IBGE, 2015).

Dispõe de quatro maternidades, entre elas: uma que realiza atendimentos de alto risco pública, única do estado de Sergipe e as demais de risco habitual, sendo duas do serviço particular e uma de financiamento misto. Apesar da progressiva descentralização dos serviços de saúde materno-infantis no estado, que hoje já conta com mais sete maternidades distribuídas fora da capital, a migração do interior para realização de partos em Aracaju continua intensa (GURGEL, FRANÇA; MATOS, 2003).

## 1.6 Referências

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. 2ª edição. São Paulo. Companhia Editora Nacional. 2008. p. 1287

ALMEIDA, W. D. S. DE; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 68–76, 2012.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise TT - Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. [s.l: s.n.].

BRASIL. Programa Humanização do parto Humanização no Pré-Natal e Nascimento. v. 11, n. 4, p. 29–34, 2013.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. DE S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p. 227–244, 2014.

FURTADO, É. Z. L.; GOMES, K. R. O.; GAMA, S. G. N. DA. Access to childbirth care by adolescents and young people in the Northeastern region of Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 0, p. 1–10, 2016.

GURGEL, R. Q.; FRANÇA, V. L. A.; MATOS, D. M. Evolução da migração de partos para Aracaju, Sergipe, Brasil, 1970-1996. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 217–225, 2003.

MENDES, R. B. Assistência pré-natal e fatores associados à peregrinação no anteparto e à preferência das mulheres pela cesariana em Sergipe, Brasil. 2018. 146 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe,

São Cristóvão, SE, 2018.

MENEZES, D. C. S.; LEITE, I. DA C.; SCHRAMM, J. M. A.; LEAL, M. DO C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad de Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 553–559, 2006.

MORAES, L. M. V. DE. PEREGRINAÇÃO DE GESTANTES PARA O PARTO: FATORES ASSOCIADOS E CONSEQUÊNCIAS DESFAVORÁVEIS AO NASCER EM DUAS COORTES BRASILEIRAS (BRISA). 2018.

NASCIMENTO, L. F. C.; ALMEIDA, M. C. DA S.; GOMES, C. DE M. S. Causas evitáveis e mortalidade neonatal nas microrregiões do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 7, p. 303–309, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração do Milênio. 2000.

RODRIGUES, D. P.; ALVES, V. H.; PENNA, L. H. G.; PEREIRA, A. V.; BRANCO, M. B. L. R.; SILVA, L. A. DA. The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 614–620, 2015.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e Privado. **Opinião Pública**, p. 301, 2010.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N. DA; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V. DA; BASTOS, M. H.; LEAL, M. DO C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S85–S100, 2014.

## **2 Normas de publicação – Revista de Saúde Pública**

### **2.1 Regras para submissão de artigos**

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- STROBE checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS checklist para estudos qualitativos

### **2.2 Artigos originais**

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

### **Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais**

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre adaptação transcultural de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das recomendações citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

### **Formatação**

Devem conter até 3500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número de tabelas/figuras: até 5 no total.

Número de referências: até 30 no total.

Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

## **2.3 Dados de Identificação do Manuscrito**

### **Autoria**

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

### **Dados de identificação dos autores (cadastro)**

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

## **2.4 Conflito de Interesses**

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que

poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

## **2.5 Preparo do manuscrito**

### **Título no idioma original do manuscrito e em inglês**

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

### **Título resumido**

Deve conter até 45 caracteres.

### **Descritores**

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou key words) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

### **Figuras e Tabelas**

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

### **Resumo**

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

### **Estrutura do texto**

**Introdução** – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

**Métodos** – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

**Resultados** – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material

extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

### **Referências**

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado.

### 3 Artigo Original

#### **A *via crucis* da gestante ao parto no município de Aracaju-SE**

Catarina Rocha Freitas Campos<sup>1</sup>

Daniela Siqueira Prado<sup>2</sup>

Rosemar Barbosa Mendes<sup>3</sup>

Ricardo Queiroz Gurgel<sup>2</sup>

1. Graduada de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – UFS, Aracaju – SE, Brasil. (email de contato: catarinarfcampos@hotmail.com)

2. Professor do Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe – UFS, Aracaju – SE, Brasil.

3. Professora Titular do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe – UFS, Aracaju – SE, Brasil

#### **Título resumido: A *via crucis* da gestante ao parto em Aracaju-SE**

#### **Resumo:**

**OBJETIVO:** Analisar a trajetória da gestante até seu local de realização de parto no município de Aracaju-SE. **MÉTODOS:** Estudo transversal realizado entre 2015 e 2016, que entrevistou 444 gestantes selecionadas nas quatro maternidades da capital sergipana, reproduzindo a metodologia do inquérito *Nascer no Brasil*. Comparou os resultados quanto ao risco gestacional (alto ou baixo) e quanto ao serviço do qual a gestante era usuária (privado ou público). **RESULTADOS:** De um total de 444 gestantes selecionadas, a maioria do serviço público (75,7%) e de baixo risco gestacional (60,8%), 66,6% receberam orientação quanto ao local de parto durante o pré-natal. A peregrinação foi referida por 30,6% das gestantes. O principal motivo de recusa de atendimento por parte dos serviços foi a falta de médico plantonista ou hospital sem condições de atendimento (38,5%). Ao comparar o tipo de serviço no qual foi realizado o parto, o público obteve índices substancialmente maiores de peregrinação que o privado (40,5% x 0%), com média de tempo total de

deslocamento duas vezes maior. Quanto à classificação de risco, não foram observadas diferenças significativas entre a peregrinação de gestantes alto e baixo risco. **CONCLUSÃO:** A peregrinação ao parto foi muito frequente entre as gestantes de Aracaju, particularmente do serviço público.

**Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde; Tocologia; Parto humanizado; Violência contra a Mulher

**Abstract:**

**OBJECTIVE:** To analyse the pregnant women's trajectory to their place of delivery in the city of Aracaju-SE. **METHODS:** A cross-sectional study was conducted between 2015 and 2016, which interviewed 444 expectants selected from the four maternity hospitals in Sergipe capital, replicating the methodology used from *Nascer no Brasil* inquiry. A comparison was made regarding gestational risk (high or low) and health service (private or public) used by the selected pregnant women. **RESULTS:** From the 444 selected pregnant women – most of them were users of the public health system (60.7%) and had low gestational risk (60.8%) – and 66,6% were given previous information about their delivery place during prenatal care. Pilgrimage was performed by 30.6% expectants. The main reason for denial of care by the referred institutions was the lack of a doctor on call or a hospital without minimum care conditions (38.5%). When comparing the type of institution where the parturition was performed, the public service obtained substantially higher pilgrimage rates (40.5% vs 0%), with an average of twice the total displacement time. Regarding risk classification, there were no significant noticed distinctions between high and low risk expectant pilgrimages. **CONCLUSION:** The pilgrimage phenomena obtained high rates among the pregnant women of Aracaju, especially in the public service.

**Key words:** Health Services Accessibility; Midwifery; Humanizing Delivery; Violence Against Women

### 3.1 Introdução

Garantir o acesso da gestante ao sistema de saúde durante o pré-natal, parto ou puerpério, é um obstáculo a ser superado a nível mundial. A redução da mortalidade materno-infantil foi definida, pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, como uma das condições para erradicar a pobreza<sup>1</sup>. Desde então, o governo brasileiro tem elaborado diversas estratégias na tentativa de ofertar acompanhamento de qualidade às gestantes dentro do Sistema Único de Saúde<sup>2</sup>.

Os principais programas governamentais, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)<sup>3</sup>, de 2000 e a Rede Cegonha (RC)<sup>4</sup>, de 2011, têm em comum a definição de parâmetros básicos para que o acompanhamento da gestante seja classificado como adequado. O primeiro considera que a base da qualidade do acolhimento é a humanização<sup>3</sup>; o segundo traz, entre outros pontos, a peregrinação como um problema a ser combatido<sup>4</sup>.

A peregrinação anteparto é a busca da gestante por serviços de saúde no momento que precede o parto, definida pela passagem por ao menos um estabelecimento antes de chegar à maternidade na qual o parto será realizado<sup>5</sup>. A RC objetiva reduzir a peregrinação por meio da vinculação, durante o acompanhamento pré-natal, à maternidade de realização do parto, da promoção de transporte seguro à gestante e da regulação de leitos obstétricos e neonatais<sup>4</sup>.

Aracaju, capital do estado de Sergipe, abriga cerca de 650mil habitantes num território de 181km<sup>2</sup> <sup>6</sup> e conta com quatro maternidades, duas do serviço privado, uma de financiamento misto e uma exclusivamente pública, sendo a última a única do estado capaz de atender gestantes de risco elevado. Apesar da progressiva descentralização dos serviços de saúde materno-infantis de Sergipe, que hoje já conta com mais sete maternidades distribuídas fora da capital, ainda é intensa a migração do interior para realização de partos em Aracaju<sup>7</sup>.

O estudo em questão se propõe a analisar a trajetória das gestantes, desde o momento em que deixam suas casas até quando têm seu parto realizado em algum dos serviços de saúde da capital sergipana. Dispõe-se também a comparar a jornada das usuárias do sistema público e privado, e das mulheres classificadas em alto e baixo risco gestacional.

Dados da pesquisa *Nascer em Sergipe*, realizada entre 2015 e 2016, entre outros fatores, caracterizam a peregrinação no estado. A passagem por mais de uma maternidade antes de realizar o parto foi referida por 29,4% das mulheres. As gestantes de baixa escolaridade, adolescentes, desempregadas e que realizaram acompanhamento pré-natal no serviço público peregrinaram mais, quando comparadas à população geral<sup>8</sup>.

### 3.2 Metodologia

Foi realizado um estudo transversal conduzido entre junho de 2015 e abril de 2016, extraído da pesquisa tipo coorte *Nascer em Sergipe*<sup>8</sup>. Nele, foram incluídas as maternidades que tiveram mais que 500 partos/ano, totalizando 4 maternidades em Aracaju/SE – duas delas vinculadas ao serviço privado, uma ao público e uma de financiamento misto. Reproduziu-se a metodologia do estudo *Nascer no Brasil*, detalhada em Leal et al.<sup>9</sup>, com treinamento da equipe local por pesquisadoras da Fiocruz.

Em cada instituição, os entrevistadores permaneceram no mínimo 7 dias. Caso o número de puérperas pudesse ser atingido antes deste período, procedia-se a um sorteio aleatório, com a limitação do número diário de entrevistadas, para que os 7 dias fossem atingidos. Foram incluídas todas as mulheres admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização do parto e seus conceptos, vivos ou mortos, com peso ao nascer  $\geq 500\text{g}$  e/ou idade gestacional  $\geq 22$  semanas de gestação que aceitaram participar do estudo, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas do estudo gestantes que deram a luz fora do ambiente do hospital selecionado (em trânsito) e estrangeiras que não entendem português<sup>9</sup>. Não houve recusa em participar do estudo pelas puérperas elegíveis. As entrevistas foram realizadas com intervalo mínimo de 6h após o parto.

As variáveis de exposição (independentes) analisadas foram: tipo de serviço: público ou privado e risco da gestação: alto ou baixo (definido pela assistência pré-natal).

Os desfechos avaliados (variáveis dependentes) foram: orientação sobre qual serviço de saúde o parto deveria ser realizado; partos realizados no serviço

indicado; número de serviços de saúde pela qual a gestante passou antes de realizar o parto; razão pela qual o parto não foi realizado no primeiro serviço de saúde; meio de transporte utilizado para chegar à maternidade/hospital; e tempo entre sair de casa e chegar ao serviço de saúde onde o parto foi realizado.

Os dados foram descritos por meio de frequências simples e percentual, quando categóricas, ou média e desvio padrão, quando contínuas. Para avaliar diferenças de média foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para avaliar associação foi utilizado o teste Exato de Fisher. O software utilizado foi o R Core Team 2017 com nível de significância adotado de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob parecer no 453.279/2013. Todos os cuidados foram adotados visando garantir o sigilo e confidencialidade das informações, conforme Resolução no 466/2012, que atualiza a resolução no 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Brasília, DF. As puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a garantia de recusa a qualquer momento, sem sofrer danos por parte das instituições.

### **3.3 Resultados**

O estudo *Nascer em Sergipe* entrevistou 444 puérperas procedentes de Aracaju. A maioria era usuária do serviço público (75,7%) e teve sua gestação classificada como de baixo risco durante o acompanhamento pré-natal (60,8%).

Em relação à vinculação da gestante à maternidade, 66,6% (n=295) das mulheres relataram ter recebido orientação durante o acompanhamento pré-natal sobre qual hospital ou maternidade deveriam procurar para ter o parto. Entre as que receberam orientação, 81% (n=239) afirmaram tê-lo realizado, de fato, no local indicado.

A peregrinação foi referida por 30,6% (n=136) das mulheres. Destas, 83% (n=112) passaram por dois, 12,6% (n=17) por três e 4,4% (n=6) por quatro serviços de saúde até a realização do parto. O principal motivo de recusa de atendimento por parte dos serviços foi a falta de médico plantonista ou hospital sem condições de atendimento (38,5%). Em segundo lugar veio a referência para outro hospital por conta de situação de risco (23%).

O carro particular foi o meio de transporte mais comum para se chegar à maternidade (57,2%), seguido da ambulância (21,6%) e do taxi (14,6%). O tempo de deslocamento total, entre sair de casa e chegar ao hospital onde realizou-se o parto, teve uma média de 60,23 minutos (média obtida por Desvio Padrão de 86,19).

Ao comparar os serviços público e privado, houve diferença significativa em todas as variáveis analisadas, sempre evidenciando melhores índices provenientes do serviço privado. O índice de peregrinação entre as mulheres deste serviço foi de 0%, enquanto que no serviço público foi de 40,5%. O tempo total observado entre sair de casa e chegar ao hospital do parto no serviço público foi mais de duas vezes maior do que no serviço privado (Tabela 1).

Em relação à avaliação segundo risco obstétrico, as variáveis que apresentaram diferença significativa foram o motivo da peregrinação, que nas gestantes de alto risco o motivo principal foi encaminhamento para maternidade alto risco e o tempo entre sair de casa e chegar ao hospital final, com tempo maior para a gestante de alto risco (média de 65,69 minutos) em relação à de baixo risco (56,67 minutos) (Tabela 2).

### **3.4 Discussão**

O estudo *Nascer no Brasil*<sup>9</sup>, realizado entre 2011 e 2012, além de definir o perfil da mulher mais suscetível à peregrinação, que seria menor de 19 anos, primigesta, de cor negra ou amarela, evidenciou na região Nordeste seu índice mais alto, de 25,1%<sup>10</sup>. A taxa de peregrinação de 30,6% observada em Aracaju é, portanto, compatível com os municípios nordestinos de forma geral e com Sergipe, onde 29,4% das mulheres referem ter passado por ao menos duas maternidades antes de realizar o parto<sup>8</sup>. No entanto, estudo realizado em Ribeirão Preto (RP), cidade de território e população semelhantes a Aracaju, evidenciou que somente 5,8% das gestantes peregrinaram<sup>11</sup>. A presença de grandes centros de referência em saúde, como ocorre em RP, parece proporcionar um acesso à saúde melhor na região<sup>12</sup>.

A criação de programas governamentais e leis com o intuito de melhorar o acesso da gestante ao acompanhamento pré-natal, ao parto e ao puerpério já levaram a grandes avanços no acesso à saúde<sup>4</sup>. A garantia da vinculação entre maternidade e puérpera é prioridade desde 2007 com a lei 11.634<sup>14</sup> e reforçada com

a criação, pelo Ministério da Saúde, do programa Rede Cegonha<sup>4</sup>. Contudo, quando destacamos a população usuária de serviço público, cujo índice de peregrinação é ainda maior (40,5%) do que o da população geral, e o comparamos com os 0% observados no serviço privado, é evidente que o acompanhamento pré-natal de qualidade no SUS permanece um desafio.

O fato de não haver diferença entre a trajetória das gestantes classificadas como alto e baixo risco é problemático, já que a classificação de risco durante o acompanhamento pré-natal de nada vale se a gestante não consegue chegar na maternidade em tempo adequado<sup>5</sup>. O município de Aracaju comporta a única maternidade de atendimento de alto risco do estado de Sergipe, no entanto, somente 69% das gestantes de risco elevado são vinculadas a ela. Além disso, seu tempo de chegada na maternidade é superior ao das gestantes de risco habitual, o que pode ser explicado pela falta de encaminhamento, vinculação e pela falta de um sistema de transporte adequado<sup>15</sup>. A parturiente de risco elevado precisa ter acesso seguro, rápido e eficiente até a maternidade de referência, diferente do que foi observado.

Os dois principais motivos de recusa de atendimento ao parto refletem mais uma vez a falha de encaminhamento e vinculação das gestantes. A falta de médicos ou de condições de acolhimento em 38,5% das recusas é alarmante, demonstrando problemas com gestão de leitos e escalas<sup>15</sup>. A situação de risco da parturiente foi responsável por mais de 1/5 das recusas, o que sugere um atraso na identificação dos fatores geradores de risco no início ou no decorrer da gestação.

Sabe-se que a peregrinação está ligada a maiores índices de mortalidade materno-infantil<sup>13</sup>, mas esta não é sua única consequência. Os sentimentos negativos, tais como medo, angústia, raiva e apreensão, vivenciados durante o trabalho de parto liberam uma descarga adrenérgica capaz de inibir a liberação de ocitocina, hormônio responsável pela contração uterina. Além de prolongar o período expulsivo, essa inibição altera o limiar de dor, levando a um sofrimento materno maior<sup>16</sup>.

É importante enxergar a peregrinação anteparto como uma forma de violência contra a mulher, por seu caráter psicológico e institucional (Rodrigues *et al.*, 2015) e por representar a anulação de um direito previsto em leis e programas há anos<sup>3 4 14</sup>.

Embora o acesso<sup>17</sup> à saúde tenha avançado, os resultados desse estudo evidenciam que o caminho para superar as dificuldades ainda é longo.

Como limitação do presente estudo, identifica-se a representatividade populacional, já que foi feito um recorte de um espaço amostral calculado para representar a população do estado de Sergipe.

### 3.5 Referências

1. Organização Das Nações Unidas. *Declaração do Milênio*. 2000
2. Santos, H; Araujo, M. Políticas de Humanização ao Pré-Natal e Parto: Uma Revisão de Literatura. *Revista Científica FacMais*, v. VI, n. 2, p. 55–64, 2016.
3. Brasil. Programa Humanização do parto Humanização no Pré-Natal e Nascimento. v. 11, n. 4, p. 29–34, 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. *Cadernos de Atenção Básica*, 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. Menezes, D. C. S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad de Saúde Pública*, v. 22, n. 3, p. 553–559, 2006.6.
6. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Sergipe. Site. 2018
7. Gurgel, R. Q.; França, V. L. A.; Matos, D. M. Evolução da migração de partos para Aracaju, Sergipe, Brasil, 1970-1996. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 217–225, 2003.
8. Mendes, R. B. Assistência pré-natal e fatores associados à peregrinação no anteparto e à preferência das mulheres pela cesariana em Sergipe, Brasil. 2018. 146 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2018.
9. Leal, M. C.; Gama, S. G. N. Nascer no Brasil. Editorial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, 2014;
10. Viellas, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. suppl 1, p. S85–S100, 2014.
11. Moraes, L. M. V. DE. Peregrinação de gestantes para o parto: fatores associados e consequências desfavoráveis ao nascer em duas coortes brasileiras (BRISA). 2018.
12. Nascimento, L. F. C.; Almeida, M. C. Da S.; Gomes, C. DE M. S. Causas evitáveis e mortalidade neonatal nas microrregiões do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 36, n. 7, p. 303–309, 2014.

13. Almeida, W. D. S. De; Szwarcwald, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 1, p. 68–76, 2012.
14. Brasil, Presidência da República Federativa. *Lei n. 11.634, de 27.12.2007 - Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 21 set. 2008.
15. Furtado, É. Z. L.; Gomes, K. R. O.; Gama, S. G. N. DA. Access to childbirth care by adolescents and young people in the Northeastern region of Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. 0, p. 1–10, 2016.
16. Rodrigues, D. P. et al. The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 614–620, 2015.
17. Assis, M. M. A.; Jesus, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise TT - Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.

### 3.6 Tabelas

Tabela 1: **Associações entre as características da peregrinação anteparto e o tipo de financiamento do serviço do qual a gestante é usuária (Privado x Público). Aracaju, Sergipe, Brasil. 2015/2016**

	Tipo de Serviço		p-valor
	Privado N (%)	Público N (%)	
<b>Durante a gestação do (a) (nome do bebê), você foi orientada sobre qual hospital/ maternidade/casa de parto procurar para ter o parto?</b>	91 (84,3)	204 (60,9)	<0,001
<b>Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?</b>	91 (100)	149 (73,0)	<0,001
<b>Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em outro hospital/maternidade?</b>	0 (0)	136 (40,5)	<0,001
<b>Se sim, quantos?</b>			
1	0 (0)	112 (83)	-
2	0 (0)	17 (12,6)	-
3	0 (0)	6 (4,4)	-
<b>Por que não foi internada no outro hospital/maternidade?</b>			-
<i>Não havia vaga</i>	0 (0)	13 (9,6)	-
<i>Não estava em trabalho de parto</i>	0 (0)	13 (9,6)	-
<i>Foi referenciada para outro hospital por situação de risco</i>	0 (0)	31 (23,0)	-
<i>Hospital sem médico plantonista/hospital sem condição de atender</i>	0 (0)	52 (38,5)	-
<i>Não foi informada</i>	0 (0)	3 (2,2)	-
<i>Outro</i>	0 (0)	36 (26,5)	-
<b>Como você veio para esta maternidade</b>	0 (0)	5 (2,2)	-
A pé	1 (0,9)	4 (1,2)	<0,001
Carro particular	94 (87)	160 (47,6)	
Ônibus/trem/van	1 (0,9)	10 (3,0)	
Taxi	10 (9,3)	55 (16,4)	
Ambulância	2 (1,9)	94 (28,0)	
Outros	0 (0)	13 (3,9)	
<b>Tempo entre sair de casa chegar no hospital Média (DP)</b>	32,65 (32,86)	69,55 (96,12)	<0,001*

Legenda: N – Frequência Absoluta; % – Frequência relativa percentual; Teste Exato de Fisher; \* Teste de Mann-Whitney; DP – Desvio Padrão;

**Tabela 2- Associações entre as características da peregrinação anteparto e a estratificação de risco da gestação (Baixo risco x Alto risco). Aracaju, Sergipe, Brasil. 2015/2016**

	RISCO		p-valor
	Baixo Risco N (%)	Alto Risco N (%)	
<b>Durante a gestação do (a) (nome do bebê), você foi orientada sobre qual hospital/ maternidade/casa de parto procurar para ter o parto?</b>	175 (65,1)	120 (69,0)	0,394
<b>Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?</b>	143 (81,7)	96 (80,0)	0,712
<b>Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em outro hospital/maternidade?</b>	77 (28,5)	59 (33,9)	0,229
<b>Se sim, quantos?</b>			
1	62 (81,6)	50 (84,7)	0,841
2	10 (13,2)	7 (11,9)	
3	4 (5,3)	2 (3,4)	
10			
<b>Por que não foi internada no outro hospital/maternidade?</b>			
<i>Não havia vaga</i>	11 (14,3)	2 (3,4)	0,032
<i>Não estava em trabalho de parto</i>	8 (10,5)	5 (8,5)	0,689
<i>Foi referenciada para outro hospital por situação de risco</i>	9 (11,8)	22 (37,3)	<0,001
<i>Hospital sem médico plantonista/hospital sem condição de atender</i>	33 (43,4)	19 (32,2)	0,184
<i>Não foi informada</i>	0 (0,0)	3 (5,1)	0,047
<i>Outro</i>	23 (29,9)	13 (22,0)	0,305
<b>Como você veio para esta maternidade</b>			
A pé	4 (1,5)	1 (0,6)	0,300
Carro particular	159 (58,9)	95 (54,6)	
Ônibus/trem/van	6 (2,2)	5 (2,9)	
Taxi	43 (15,9)	22 (12,6)	
Ambulância	53 (19,6)	43 (24,7)	
Outros	5 (1,9)	8 (4,6)	
<b>Tempo entre sair de casa chegar no hospital Média (DP)</b>	56,67 (79,47)	65,69 (95,57)	0,007

Legenda: N – Frequência Absoluta; % – Frequência relativa percentual; Teste Exato de Fisher; \* Teste de Mann-Whitney; DP – Desvio Padrão;