

Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA

Factors associated with the involuntary pilgrimage for childbirth care in São Luís (Maranhão State) and Ribeirão Preto (São Paulo State), Brazil: a contribution from the BRISA cohort

Factores asociados a largos desplazamientos para el parto en São Luís (Maranhão) y Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: la contribución de la cohorte BRISA

Lilian Machado Vilarinho de Moraes ¹
Vanda Maria Ferreira Simões ²
Carolina de Abreu Carvalho ²
Rosângela Fernandes Lucena Batista ²
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves ²
Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz ²
Marco Antônio Barbieri ³
Claudia Maria Coelho Alves ²

doi: 10.1590/0102-311X00151217

Resumo

O objetivo deste trabalho foi estimar a peregrinação de gestantes no momento do parto e identificar os fatores associados a essa peregrinação em duas cidades brasileiras. Estudo seccional, aninhado à coorte de nascimento BRISA, cuja amostra foi composta por 10.475 gestantes admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião do parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo). Entrevistas foram realizadas utilizando-se questionários que continham variáveis sociodemográficas e relacionadas ao parto. Utilizou-se modelagem hierarquizada, e calculou-se o risco relativo 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 peregrinação: ser primípara (RR = 1,19; IC95%: 1,08-1,31) e ter escolaridade menor que 12 ou mais anos de estudo. Entretanto, ter 35 anos ou mais (RR = 0,65; IC95%: 0,54-0,84) foi fator associado à menor peregrinação. Em Ribeirão Preto, peregrinaram com maior frequência as gestantes cujos partos foram de alto risco (RR = 2,45; IC95%: 1,81-3,32) e com idade gestacional inferior a 37 semanas (RR = 1,93; IC95%: 1,50-2,50). No entanto, partos com idade gestacional igual ou acima de 42 semanas foi um fator associado à menor peregrinação (RR = 0,57; IC95%: 0,33-0,98). 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.

Disparidades nos Níveis de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto; Maternidades; Tocologia

Correspondência

L. M. V. Moraes
Universidade Federal do Piauí,
BR 343, Km 3,5, Campus Amílcar Ferreira Sobral, Floriano, PI,
64808-605, Brasil.
lilianvilarinho@hotmail.com

¹ Universidade Federal do Piauí, Floriano, Brasil.

² Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.



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 necessária ¹.

No Brasil, vivencia-se um “paradoxo perinatal” com intensa medicalização do parto e nascimento, que pode justificar a manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal ⁵, 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 ao nascimento ⁶.

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 maternidade ⁹ ou as barreiras de acesso aos serviços obstétricos ¹⁰. 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” ^{11,12,13,14}. 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 na busca de cuidados; (2) demora para alcançar o serviço de saúde e (3) demora para receber os cuidados adequados ¹¹. 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 ^{13,15,16,17,18,19}.

No contexto brasileiro, apesar da legislação garantir acesso universal e equitativo, na prática, o acesso ainda é “*seletivo, focalizado e excludente*” ²⁰ (p. 2866). 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 desafio ²¹. 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 ao 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 parto ²⁴. Nesse cenário, muitas gestantes peregrinam para ter acesso a esses serviços, o que pode levar a sérias complicações maternas e perinatais ²⁵.

A palavra peregrinar remete à ideia de sacrifício, e, no caso das gestantes que peregrinam, o trajeto é dificultado pela dor, tornando-se uma saga ²⁶. 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 obstétrico ²⁸. Há, portanto, necessidade de estudos epidemiológicos de base populacional, visto que as pesquisas existentes são com amostras pequenas que utilizaram a abordagem qualitativa ¹. Aqueles que utilizaram abordagem quantitativa são poucos, e esses têm caráter regional ou local ^{1,29,30}. Apenas um trabalho internacional 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 peregrinar ³¹.

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 parto ¹.

Embora haja redução de disparidades de renda, melhoria na educação das mulheres, implementação de programas nacionais como a Rede Cegonha, ainda há lacunas no conhecimento em relação aos fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde de assistência ao parto ⁶. 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 peregrinação ²⁹.

Considerando a lacuna no conhecimento referente ao tema, o presente estudo tem por objetivo estimar a peregrinação de gestantes no momento do parto e identificar fatores associados a essa peregrinação em duas cidades brasileiras: Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, localizada em uma das

regiões mais ricas no Sudeste do país, e São Luís, 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 Ribeirão Preto e 1/3 de todos os ocorridos no mesmo ano em São Luís. A metodologia referente à coorte de nascimentos da cidade de São Luís 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 as 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 São Luís e 5.893 em Ribeirão Preto. Em São Luís, o tamanho da amostra foi calculado com base no número de nascimentos hospitalares ocorridos em 2008, segundo levantamento de dados do Sistema de Informações sobre 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 São Luís. Considerando-se as perdas de 263 (4,8%) por recusa das puérperas de participarem do estudo somadas às altas precoces, permaneceram 5.212 puérperas. Dessas, não foram incluídas 630 (12,1%) mulheres que agendaram cesárea eletiva, totalizando uma amostra de 4.582 puérperas.

Em Ribeirão Preto, 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). Desses, não foram incluídas 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 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2010. Para a coleta de dados, utilizou-se a aplicação de questionários padronizados 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 e profissionais 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. Foram realizadas, ainda, a supervisão para controle de qualidade dos dados diariamente e a 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. Tal variável foi categorizada (em: 2-3 hospitais; 4-5; 6 ou mais hospitais) apenas na análise descritiva. No modelo hierarquizado, utilizou-se a variável numérica. As variáveis independentes selecionadas foram: idade da mãe (< 20 anos; 20-34 anos; ≥ 35 anos), cor da pele (branca; não branca), classe econômica (A/B; C; D/E), situação conjugal (com ou sem companheiro), escolaridade (1-4 anos; 5-8 anos; 9-11 anos; 12 anos ou mais anos), paridade (primípara; múltípara), 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, 37-41 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 Saúde ³³. 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).

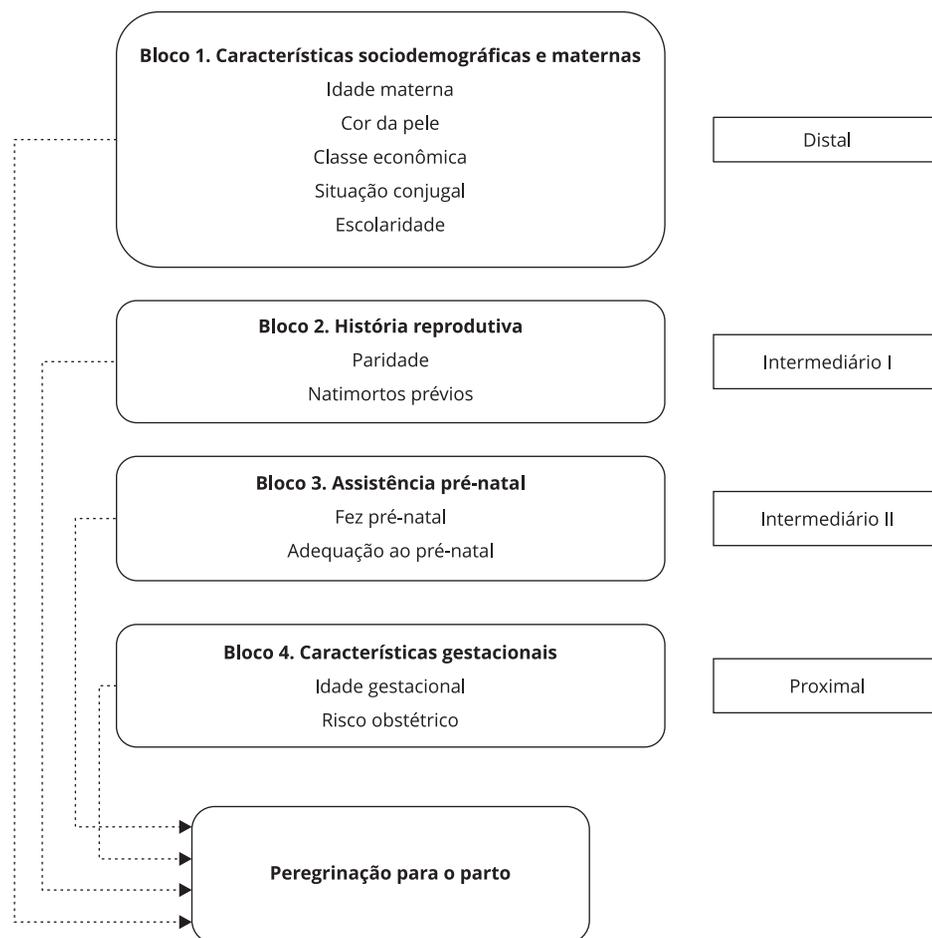
A variável risco obstétrico expressa se a gestação tem risco habitual ou alto risco. A gestação foi considerada de alto risco quando a mulher tinha hipertensão preexistente ou gestacional, diabetes mellitus ou gestacional, era portadora de doenças como toxoplasmose, rubéola, sífilis, herpes durante a gravidez, fazia uso de álcool ou fumava durante a gestação ou quando sua gestação atual era gemelar ³⁴.

A análise estatística foi realizada no software Stata 12.0 (<https://www.stata.com>). As variáveis foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Calculou-se o risco relativo (RR) por meio da regressão de Poisson para as duas cidades (São Luís e Ribeirão Preto).

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. 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 à assistência pré-natal foram intermediárias, e, por último, o bloco das variáveis relativas às características gestacionais foi inserido no nível proximal.

Figura 1

Modelo hierarquizado para a peregrinação para o parto.



Com base nesse modelo, foram realizadas análises bivariadas entre as variáveis de exposição e o desfecho. Inicialmente, foram incluídas, no modelo, somente as variáveis do nível distal e o desfecho, permanecendo, no modelo final, aquelas que apresentaram valor de $p \leq 0,10$. Em seguida, foram incluídas as variáveis do nível intermediário I, permanecendo, no modelo final, as variáveis desse nível que apresentaram valor de $p \leq 0,10$, ajustadas para a variável do nível anterior. O mesmo procedimento foi repetido para os níveis subsequentes (Figura 1). Portanto, na análise multivariada por blocos, permaneceram, no modelo final, 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 nº 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 nº 4116/2008.

Resultados

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

Os dados da Tabela 2 mostram as diferenças socioeconômicas entre São Luís (menos desenvolvida) e Ribeirão Preto (mais desenvolvida). Tanto em São Luís como em Ribeirão Preto, constatou-se que a maioria das puérperas que peregrinaram estava principalmente na faixa etária de 20 a 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 nas cidades de São Luís e Ribeirão Preto, respectivamente. Gestante pertencer à classe econômica mais pobre (D/E) foi fator associado à maior peregrinação tanto em São Luís (RR = 1,39; IC95%: 1,16-1,67) como em Ribeirão Preto (RR = 2,39; IC95%: 1,63-3,52).

Em São Luís, foram fatores associados à maior peregrinação: ser primípara (RR = 1,19; IC95%: 1,08-1,31) e ter escolaridade menor que 12 ou mais anos de estudo. Entretanto, ter 35 anos ou mais (RR = 0,65; IC95%: 0,54-0,84) foi fator associado à menor peregrinação (Tabela 3).

Em Ribeirão Preto, peregrinaram com maior frequência as gestantes cujos partos foram de alto risco (RR = 2,45; IC95%: 1,81-3,32) e com idade gestacional inferior a 37 semanas (RR = 1,93; IC95%: 1,50-2,50). No entanto, partos com idade gestacional igual ou acima de 42 semanas foi um fator associado à menor peregrinação (RR = 0,57; IC95%: 0,33-0,98) (Tabela 4).

Tabela 1

Ocorrência de peregrinação de gestantes em busca de assistência ao parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil, 2010.

Variáveis	São Luís		Ribeirão Preto	
	n (N = 4.582)	% (IC95%)	n (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				
2-3	1.527	33,3 (32,0-34,7)	342	5,8 (5,2-6,4)
4-5	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

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 2

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

Variáveis	São Luís			Ribeirão Preto		
	Peregrinou		n total	Peregrinou		n total
	n	%		n	%	
Idade (anos)						
< 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)						
1-4	78	34,7	225	24	8,2	292
5-8	450	40,1	1.123	116	7,8	1.480
9-11	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	1.602	35,8	4.478	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	8,0	3.368

Tabela 3

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

Variáveis	RR ajustado *	IC95%
Bloco 1		
Idade (anos)		
< 20	1,05	0,94-1,18
20-34	1,00	
≥ 35	0,65	0,54-0,84
Classe econômica		
A/B	1,00	
C	1,31	1,11-1,55
D/E	1,39	1,16-1,67
Escolaridade (anos)		
1-4	1,39	1,04-1,84
5-8	1,53	1,24-1,89
9-11	1,40	1,16-1,84
12 ou mais	1,00	
Bloco 2		
Paridade		
Primípara	1,19	1,08-1,31
Múltipara	1,00	
Bloco 3 **		
Bloco 4		
Idade gestacional no momento do parto (semanas)		
37-41	1,00	
< 37	0,93	0,82-1,06
≥ 42	1,06	0,89-1,27

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RR: risco relativo.

* Ajustados para idade materna, classe econômica, escolaridade, paridade e idade gestacional no momento do parto;

** Nenhuma variável do Bloco 3 permaneceu no modelo final.

Discussão

O estudo identificou maior percentual de peregrinação em São Luís (35,8%) do que em Ribeirão Preto (5,8%). Foi possível verificar que as condições socioeconômicas dos municípios e as características gestacionais influenciaram a peregrinação de gestantes no momento do parto em ambas as cidades com características contrastantes. Tal contraste se observou na diferença do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Ribeirão Preto, que foi de 0,800, em 2010, ocupando a 40ª posição no Brasil, e o de São Luís, no mesmo ano, de 0,768, ocupando a 249ª posição no país ³⁵. A peregrinação para o parto em Ribeirão Preto foi menor que a constatada por Ferreira ¹ (11,3%) em estudo realizado em toda a 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 aos recém-nascidos ³⁶, o que pode justificar a baixa taxa de peregrinação verificada nessa cidade.

Em São Luís, 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 São Luís 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 parto ²⁵. Estudo realizado no Nordeste do Brasil observou a necessidade de efetuar

Tabela 4

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

Variáveis	RR ajustado *	IC95%
Bloco 1		
Raça/Cor		
Branca	1,00	
Não branca	1,24	0,98-1,57
Classe econômica		
A/B	1,00	
C	1,65	1,20-2,27
D/E	2,39	1,63-3,52
Situação conjugal		
Com companheiro	1,00	
Sem companheiro	1,17	0,89-1,54
Escolaridade (anos)		
1-4	1,38	0,72-2,64
5-8	1,68	1,03-2,75
9-11	1,51	0,96-2,37
12 ou mais	1,00	
Bloco 2 **		
Bloco 3 **		
Bloco 4		
Idade gestacional no momento do parto (semanas)		
37-41	1,00	
< 37	1,93	1,50-2,50
≥ 42	0,57	0,33-0,98
Risco obstétrico		
Não	1,00	
Sim	2,45	1,81-3,32

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RR: risco relativo.

* Ajustados para raça/cor, classe econômica, idade, escolaridade, idade gestacional no momento do parto e risco obstétrico;

** Nenhuma variável dos Blocos 2 e 3 permaneceu no modelo final.

reformas na assistência ao parto e garantir a vaga hospitalar por meio de um sistema de regulação de leitos obstétricos eficaz ²⁹.

Dados da pesquisa *Nascer 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 país ⁵. 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 parto ¹.

Nas duas cidades brasileiras estudadas, a análise com abordagem hierarquizada mostrou associação de peregrinação com classes sociais mais baixas (D/E). Além disso, nenhuma das variáveis do nível intermediário II permaneceu associada à peregrinação em ambas as cidades, indicando que a qualidade da assistência ao pré-natal não 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 2007³⁷. Deve ser melhor discutida considerando-se a articulação entre os serviços para que não exista descontinuidade da atenção entre o pré-natal e a assistência ao parto^{5,34}.

Em São Luís, as mulheres primíparas tiveram maior risco de peregrinar do que as múltiparas, e, em Ribeirão Preto, a variável paridade não esteve associada à peregrinação, apesar de ser possível observar que as múltiparas peregrinaram mais que as primíparas. O fato de as 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 “autorreferenciamento” ou a busca por atendimento em serviços com melhor estrutura física e mais recursos disponíveis, devido ao fato de as mulheres considerarem que quanto maior a complexidade do serviço maior é a qualidade³⁸. Com base nessas afirmações, acredita-se que, em Ribeirão Preto, múltiparas 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 São Luís, essa variável apresenta associação com a peregrinação para o parto, sendo que as gestantes com 35 anos ou mais apresentaram menor risco de peregrinarem do que as adultas (RR = 0,65). Apesar de não se observar associação significativa de idade materna e peregrinação para o parto em Ribeirão Preto, observou-se que as adolescentes, tanto em São Luís (41,6%) como em Ribeirão Preto (7,9%), peregrinaram com maior frequência comparadas às adultas e às mulheres com 35 anos ou mais. 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 as adolescentes²⁷. A gestação na adolescência, entretanto, é um evento muito mais prevalente em São Luís do que em Ribeirão Preto³², local mais desenvolvido e com níveis mais elevados de escolaridade. É possível que, por ser um evento raro em Ribeirão Preto, 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. Esses resultados são semelhantes a 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 evidenciaram que peregrinar em busca de atenção médica é mais frequente entre mulheres pretas e pardas seguidas de mulheres brancas ^{26,30,38}. 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 possuíram 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 brancas ³⁹. 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 ^{40,41}. Dessa forma, as pessoas tendem a não se autodeclarar como pretas, mas como pardas ou brancas ⁴², o que pode ter contribuído para a ocorrência de viés em direção à hipótese nula.

O presente estudo não detectou associação entre gestação de alto risco com a peregrinação para o parto em São Luís, mas essa associação foi observada em Ribeirão Preto, onde a peregrinação foi 2,45 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 ^{1,37}.

Em São Luís, 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, 36,9% peregrinaram, apesar de a oferta de leitos para gestação de risco habitual ser maior do que para leitos de alto risco. Portanto, supõe-se que, nessa 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 apenas em Ribeirão Preto. Vale ressaltar que o parto pré-termo foi considerado fator que eleva a risco de peregrinação em Ribeirão Preto, e o parto pós-termo (igual ou maior que 42 semanas) reduz esse risco.

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 parto ²⁸. 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 maior 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 desfecho ⁴³.

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

O estudo ter sido realizado utilizando questionários que não foram elaborados com o objetivo de analisar a peregrinação de gestantes para o parto e que não possuíam 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 esses garantam a execução de ações preconizadas pela Rede Cegonha ², 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.

Colaboradores

L. M. V. Moraes participou na concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. C. A. Carvalho participou da análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual. V. M. F. Simões e C. M. C. Alves participaram na concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. R. F. L. Batista, M. T. S. S. B. Alves e M. A. Barbieri participaram da análise e interpretação dos dados e contribuíram na revisão crítica do conteúdo intelectual. É. B. A. F. Thomaz contribuiu com a análise estatística e interpretação dos dados, assim como com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Agradecimentos

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

Referências

1. Ferreira RVF. Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011; 27 jun.
3. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública 2014; 30 Suppl 1:S85-100.
4. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Pública 2015; 37:140-7.
5. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, 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 Suppl 1:S192-207.
6. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde/Série Informe de Situação e Tendências).
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 Soc 2015; 24:1151-63.

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. http://rhrc.umn.edu/wp-content/files_mf/ob1.pdf (acessado em 17/Jan/2018).
9. Price S, Little K. Research evidence review - impact of distance/travel time to maternity services on birth outcomes. <http://www.ublichealthwales.org/maternityreview> (acessado em 17/Jan/2018).
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. *PLoS One* 2017; 12:e0184432.
11. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994; 38:1091-110.
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* 2009; 9:46.
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 Health* 2010; 15:964-72.
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* 2014; 14:159.
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* 2017; 17:219.
16. Ellis C, Schummers L, Rostoker J-F. Reducing maternal mortality in Uganda: applying the "three delays" framework. *Int J Childbirth* 2011; 1:218-26.
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* 2011; 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. *Science Journal of Public Health* 2017; 5:419-27.
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* 2014; 17 Suppl 1:4.
20. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:2865-75.
21. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc* 2015; 24:100-12.
22. Sousa LMO, Araújo EM, Miranda JGV. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00101616.
23. Leal MC, Bittencourt SDA, Torres RMC, Niquini RP, Souza Jr. PRB. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2017; 51:9.
24. Assunção MF, Soares RC, Serrano I. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. *Serviço Social em Revista* 2014; 16:5-35.
25. Cunha SF, D'Eça Júnior A, Rios CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SDS. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. *Cogitare Enferm* 2010; 15:441-7.
26. 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.
27. Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OMC. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. *Rev Gaúcha Enferm* 2010; 31:708-14.
28. 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 Rev Enferm* 2015; 19:614-20.
29. Furtado ÉZL, Gomes KRO, Gama SGN. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50:10.
30. 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; 35:22-30.
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* 2017; 17:278.
32. Silva AAM, 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 Saúde Pública* 2015; 31:1437-50.

33. Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos/Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno nº 5).
34. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. <http://www.saude.gov.br/saudemulher> (acessado em 17/Jan/2018).
35. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking do HDI dos municípios do Brasil em 2010. <http://www.pnud.orh.br/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx> (acessado em 10/Mai/2018).
36. Nascimento LFC, Almeida MCS, Gomes CMS. Causas evitáveis e mortalidade neonatal nas microrregiões do Estado de São Paulo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014; 36:303-9.
37. 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* 2007; 28 dez.
38. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:553-9.
39. Souza DO, Silva AWR, Costa TJG, Rozendo CA. Parturient's trajectory looking for a institution to delivery in Maceió city, Brazil. *Rev Enferm UFPE On Line* 2011; 5:561-8.
40. Jesus MG. Racismo e decadência: sociedade, cultura e intelectuais em São Luís do Maranhão [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2016.
41. Guimarães AC. Vivências de discriminação racial na escola pública de um grupo de jovens negros [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.
42. Muniz JO. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. *Revista de Sociologia e Política* 2010; 18:277-91.
43. Rocha-Silva CMT. Peregrinação de parturientes nas regiões Nordeste e Sul do Brasil [Tese de Doutorado]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2015.

Abstract

The objectives of this study were to estimate the involuntary pilgrimage by women in labor in search of childbirth care and to identify factors associated with this endeavor in two Brazilian cities. This was a cross-sectional study nested in the BRISA birth cohort, whose sample consisted of 10,475 women admitted to the selected maternity hospitals for delivery in São Luís (Maranhão State) and Ribeirão Preto (São Paulo State). Interviews were held with questionnaires that contained sociodemographic and obstetric variables. Hierarchical modeling was used, and relative risk was calculated with Poisson regression. Involuntary pilgrimage during labor was more frequent in São Luís (35.8%) than in Ribeirão Preto (5.8%). In São Luís, factors associated with pilgrimage were: first pregnancy (RR = 1.19; 95%CI: 1.08-1.31) and schooling less than 12 complete years. However, age 35 years or older (RR = 0.65; 95%CI: 0.54-0.84) was associated with less pilgrimage. In Ribeirão Preto, such trekking for obstetric care was more frequent in women with high-risk pregnancies (RR = 2.45; 95%CI: 1.81-3.32) and those with gestational age less than 37 weeks (RR = 1.93; 95%CI: 1.50-2.50). Meanwhile, delivery with gestational age equal to or greater than 42 weeks was associated with less pilgrimage (RR = 0.57; 95%CI: 0.33-0.98). In both cities, poor women had to trek more in search of childbirth care and had no guarantee of care, even for those who had received prenatal care. The study revealed the lack of guarantee of universal and equitable access and highlighted the unequal access to childbirth care between Brazil's major geographic regions.

Health Status Disparities; Health Services Accessibility; Birthing Centers; Maternity Hospitals; Midwifery

Resumen

El objetivo de este trabajo fue estimar los desplazamientos largos de gestantes en el momento del parto e identificar los factores asociados a estos desplazamientos en dos ciudades brasileñas. Se trata de una investigación seccional, encajada en la cohorte de nacimiento BRISA, cuya muestra estuvo compuesta por 10.475 gestantes, admitidas en las maternidades seleccionadas para dar a luz en São Luís (Maranhão) y Ribeirão Preto (São Paulo). Las entrevistas se realizaron utilizando cuestionarios que contenían variables sociodemográficas y relacionadas con el parto. Se utilizó un modelado jerarquizado, y se calculó el riesgo relativo utilizando la regresión de Poisson. Los desplazamientos fueron más frecuentes en São Luís (35,8%) que en Ribeirão Preto (5,8%). En São Luís, los factores asociados a mayores desplazamientos fueron: ser primípara (RR = 1,19; IC95%: 1,08-1,31) y contar con una escolaridad menor a 12 o más años de estudio. Sin embargo, tener 35 años o más (RR = 0,65; IC95%: 0,54-0,84) fue un factor asociado a menores desplazamientos. En Ribeirão Preto, se desplazaron con mayor frecuencia las gestantes cuyos partos fueron de alto riesgo (RR = 2,45; IC95%: 1,81-3,32) y con una edad gestacional inferior a 37 semanas (RR = 1,93; IC95%: 1,50-2,50). Sin embargo, los partos con una edad gestacional igual o por encima de las 42 semanas fue un factor asociado a un menor desplazamiento (RR = 0,57; IC95%: 0,33-0,98). En las dos ciudades, las gestantes pobres se desplazaron con mayor frecuencia, y sin garantía de que serían atendidas, incluso entre quienes realizaron seguimiento prenatal. El estudio evidenció la inexistencia de garantías de acceso universal y equánime a la salud y reafirmó la desigualdad de acceso en la asistencia al parto entre regiones brasileñas.

Disparidades en el Estado de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Centros de Asistencia al Embarazo y al Parto; Maternidades; Partería

Recebido em 09/Out/2017

Versão final rerepresentada em 07/Jun/2018

Aprovado em 13/Jun/2018