

REVISTA
DESAFIOS

ISSN: 2359-3652

V.12, n.5, julho/2025 – DOI: http://dx.doi.org/10.20873/2025_jul_18967

**AVALIAÇÃO DA VINCULAÇÃO DE GESTANTES À
MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA**

*EVALUATION OF THE ATTACHMENT OF PREGNANT WOMEN TO THE
PUBLIC REFERENCE MATERNITY*

*EVALUACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS A
LA MATERNIDAD DE REFERENCIA PÚBLICA*

Adriana Moreno de Lima

Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica (Ebserh/UFC). E-mail: adrimoredelima@gmail.com | Orcid.org/0000-0002-8943-0773

Tatiane da Silva Coelho

Doutor em Enfermagem pelo Programa em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira Obstetra da Ebserh/MEAC. E-mail: tatiane25coelho@gmail.com | Orcid.org/0000-0002-9810-6107

Ana Kelve de Castro Damasceno

Professora titular do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: anakelve@hotmail.com | Orcid.org/0000-0003-4690-9327

Mylena Oliveira Pititinga Lima

Graduanda em Enfermagem. Bolsista PIBIC. Universidade Federal do Ceará (UFC) E-mail: mylena.pititinga@hotmail.com | Orcid.org/0000-0002-5463-1823

Regina Claudia Correia Benício

Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira Obstetra da Ebserh/MEAC. E-mail: reginabenicio4@gmail.com | Orcid.org/0000-0003-0706-9177

Maria Eliana Peixoto Bessa

Professor Adjunto do curso de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: elianapbessa@gmail.com | Orcid.org/0000-0002-3943-6069

ABSTRACT:

The study aims to evaluate the implementation of linking pregnant women to the reference maternity hospital for childbirth and obstetric care in cases of complications during pregnancy. Descriptive, cross-sectional and quantitative research, developed with 200 pregnant women who sought care in the emergency department of a tertiary-level public maternity hospital from July to December 2020. The association between knowledge about attachment and the topic having been explained during prenatal care ($p=0.001$). Women who obtained information about attachment during prenatal care were almost 7 times more likely to know what attachment is compared to those who did not have the same information ($OR=6.95$). Pregnant women linked to a maternity hospital tend not to seek care in other maternity hospitals ($p=0.001$). An association was observed between attachment and the region to which the pregnant woman belongs ($p=0.001$). Patients at usual risk have less need for obstetric care during pregnancy. Patients classified as medium risk have a greater need for obstetric care ($p=0.004$). Thus, the lack of guidance on attachment during prenatal care can affect women's knowledge and increase the chances of making a pilgrimage in search of care both for childbirth and in cases of complications during pregnancy.

KEYWORDS: Access to Health Services. Maternity wards. Prenatal care. Humanization of Assistance

RESUMO:

O estudo visa avaliar a implementação da vinculação das gestantes à maternidade de referência para o parto e atendimento obstétrico em casos de intercorrências na gravidez. Pesquisa descritiva, transversal e quantitativa, desenvolvida com 200 gestantes que buscaram atendimento na emergência de uma maternidade pública de nível terciário no período de julho a dezembro de 2020. Evidenciou-se a associação entre o conhecimento acerca da vinculação e a temática ter sido explanada durante o pré-natal ($p=0,001$). Mulheres que obtiveram informação acerca da vinculação durante o pré-natal tiveram quase 7 vezes mais chances de saberem o que é vinculação comparadas àquelas que não tiveram a mesma informação ($OR=6,95$). As gestantes vinculadas a uma maternidade tendem a não buscar atendimento em outras maternidades ($p=0,001$). Observou-se associação entre a vinculação e a regional à qual pertence a gestante ($p=0,001$). Pacientes com risco habitual têm menos necessidade de atendimento obstétrico durante a gestação. Já pacientes classificadas como médio risco têm maior necessidade de atendimento obstétrico ($p=0,004$). Assim, a falta de orientação sobre vinculação durante o pré-natal pode afetar o conhecimento das mulheres e aumentar as chances de peregrinação em busca de atendimento tanto para o parto quanto em casos de intercorrências durante a gravidez.

PALAVRAS CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde. Maternidades. Cuidado Pré-Natal. Humanização da Assistência

RESUMEN:

The study aims to evaluate the implementation of linking pregnant women to the reference maternity hospital for childbirth and obstetric care in cases of complications during pregnancy. Descriptive, cross-sectional and quantitative research, developed with 200 pregnant women who sought care in the emergency department of a tertiary-level public maternity hospital from July to December 2020. The association between knowledge about attachment and the topic having been explained during prenatal care ($p=0.001$). Women who obtained information about attachment during prenatal care were almost 7 times more likely to know what attachment is compared to those who did not have the same information ($OR=6.95$). Pregnant women linked to a maternity hospital tend not to seek care in other maternity hospitals ($p=0.001$). An association was observed between attachment and the region to which the pregnant woman belongs ($p=0.001$). Patients at usual risk have less need for obstetric care during pregnancy. Patients classified as medium risk have a greater need for obstetric care ($p=0.004$). Thus, the lack of guidance on attachment during prenatal care can affect women's knowledge and increase the chances of making a pilgrimage in search of care both for childbirth and in cases of complications during pregnancy.

Palabras clave: *Acceso a Servicios de Salud Salas de Maternidad. Cuidado prenatal. Humanización de la asistencia*

INTRODUÇÃO

Mais de 800 mulheres morrem todos os dias em decorrência de causas obstétricas evitáveis no mundo. Quase que a totalidade dessas mortes ocorre em países em desenvolvimento, principalmente em regiões desprovidas de recursos humanos e tecnológicos adequados (World Health Organization, 2023).

Como tentativa de sanar as falhas na assistência à saúde materna, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou, no ano 2015 os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, sendo o terceiro objetivo sobre saúde e bem-estar, que engloba a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (United Nations, 2023).

No Brasil, os índices de morte materna estão muito acima dos preconizados pelos padrões mundiais e, portanto, é de suma importância a implementação de políticas globais e nacionais que possam reverter esse quadro, proporcionando um melhor cenário para essas mães e filhos. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes 2016–2030, visando, dentre outras metas, a redução da taxa de mortalidade materna por causas evitáveis como uma resposta mundial a esse problema. O plano propõe como lema sobreviver, prosperar (promoção de saúde) e transformar, ou seja, ampliar ambientes propícios, de forma que os mais vulneráveis recebam atenção especial (WHO, 2022). Entende-se que a maioria das mortes maternas ocorre por razões que são definidas por causas não relacionadas ao HIV e causas relacionadas ao HIV. No primeiro grupo, ocorrem as causas obstétricas diretas, que resultam de complicações no parto e pós-parto até 42 dias e que são decorrentes de intervenções, omissão, tratamento incorreto ou por uma cascata de eventos; e as causas obstétricas indiretas, que são por doenças agravadas pela gestação. No segundo grupo, estão as mortes maternas relacionadas à infecção por HIV agravada pela gestação, que pode ser em até 42 dias do parto ou, se tardia, em até 1 ano do parto (WHO, 2024).

O clássico Modelo das Três Demoras Obstétricas traz as principais causas pelas quais uma mulher não recebe atendimento obstétrico de qualidade em tempo oportuno, sendo elas: 1. Demora em procurar assistência por parte do indivíduo e/ou da família; 2. Demora em chegar até o local de assistência de saúde; 3. Demora em receber a assistência adequada ao chegar na instituição de saúde (Thaddeus; Maine, 1994).

Uma das políticas públicas criadas no âmbito nacional com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à gestante foi a Portaria nº. 569, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema

Único de Saúde (SUS). Essa política discorre sobre medidas que assegurem os direitos de cidadania do binômio mãe-filho no ciclo gravídico puerperal, dentre elas, a melhoria do acesso e da cobertura do pré-natal, com foco na qualidade do cuidado ao parto, puerpério e atendimento neonatal. Além disso, trata sobre o aumento nos investimentos na assistência à gestante de alto risco, capacitação de profissionais nessa área e investimentos em instituições participantes dessa política (Brasil, 2000).

É por meio do pré-natal, conforme Portaria GM/MS nº 5.350/2024, que a gestante poderá estabelecer vínculo com a maternidade onde ocorrerá o parto, considerando seu risco gestacional, localização geográfica e outros fatores definidos pelo município (Brasil, 2024). Dessa forma, é imprescindível que a mulher seja captada precocemente, preferencialmente na avaliação pré-concepcional ou tão logo inicie a gestação, sendo o enfermeiro um profissional essencial para orientar e prestar assistência nesse período. A captação precoce deve estar aliada à estratificação do risco gestacional, que classifica as gestantes em risco habitual, intermediário e alto risco, determinando o nível de atenção necessário para cada caso (Ceará, 2024). A atuação do enfermeiro inicia-se na principal porta de entrada do SUS, que é a atenção básica.

Ao iniciar o pré-natal, as gestantes devem ser acolhidas e devem ser investigados, minuciosamente, todos os fatores que possam levar essa mulher a necessitar de uma assistência com maior densidade tecnológica. Uma vez que a gestante alcance o serviço de saúde, se não tiver sido corretamente encaminhada com base em uma triagem e acolhimento adequado e levando-se em consideração a classificação de seu risco, ela poderá encontrar um serviço de saúde aquém de suas necessidades, o que contribuirá para uma assistência falha e um desfecho negativo (Brasil, 2012b).

A mortalidade materna no Brasil foi de 57,9 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2019, segundo dados do Ministério da Saúde. No Ceará, conforme o Boletim Epidemiológico de 2023, foram registradas 85 mortes maternas em 2022, e o estado pactuou como meta reduzir a razão de mortalidade materna de 61,1 para 50 óbitos por 100 mil nascidos vivos entre os anos de 2018 e 2023. As principais causas obstétricas diretas continuam sendo hemorragias, hipertensão e complicações no parto (Brasil, 2022; Ceará, 2023).

Apesar das políticas públicas vigentes, os indicadores de morbimortalidade materna no Brasil permaneceram elevados em comparação aos padrões internacionais. Em resposta, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Alyne por meio da Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Essa iniciativa visou fortalecer a atenção integral à saúde materna e infantil, com foco na redução da mortalidade materna, especialmente

entre mulheres negras, e na promoção de cuidados humanizados e equitativos durante o planejamento reprodutivo, gestação, parto, puerpério e nos primeiros anos de vida da criança. As diretrizes da Rede Alyne incluem o acolhimento e a classificação de risco da gestante, a vinculação à maternidade para o parto com transporte seguro, a atenção à saúde das crianças até os dois anos de idade e o direito ao planejamento reprodutivo (Brasil, 2024).

Dada a necessidade de assegurar uma assistência de qualidade ao parto, aproximando e estabelecendo um elo entre mulher e maternidade, foi criada a Lei nº. 11.634 de 2007, que versa sobre a vinculação à maternidade de assistência ao parto vinculada ao SUS. Vinculação da gestante ao serviço de parto é o processo de designar, ainda durante o pré-natal, a maternidade onde a gestante será atendida para o parto e possíveis intercorrências. A todas as gestantes assistidas pelo SUS, portanto, é garantido o direito ao conhecimento de sua vinculação, seja para o parto ou para atendimentos obstétricos durante o pré-natal. As maternidades deverão comprovar aptidão para o tipo de assistência oferecida conforme a classificação de risco. Será garantido à mulher o direito a um transporte seguro quando necessária transferência, sendo destinados recursos na União, dos estados e dos municípios para a implementação dessa lei (Brasil, 2007).

Em Fortaleza, município do estado do Ceará, a secretaria municipal de saúde (SMS) implantou a Portaria nº. 261, que discorre sobre a vinculação da gestante dos Centros de Saúde para as maternidades do município. Deste modo, há a formalização do sistema de referência e contrarreferência na assistência à mulher durante o período gravídico-puerperal. Faz parte da política de vinculação discutir e analisar os fluxos de acordo com a procedência para construir o mapeamento da rede de assistência. Além disso, deverá analisar as condições de transporte seguro e pactuar com as maternidades conforme perfil assistencial, hierarquização e regionalização. Para as 6 regionais de saúde do município, 10 hospitais vinculados ao SUS são elegíveis como referência para o parto (SMS, 2012).

Às instituições referência são destinados os agendamentos de visitas antecipadas da gestante ao local de parto em integração com a rede. A visita é importante para desmistificar o processo de nascimento, gerar maior confiança da mãe e da família quanto aos profissionais da maternidade e maior ciência dos seus direitos e deveres. Conforme consta nas Portarias nº. 1459, nº. 650 e nº. 2351, a vinculação das gestantes é monitorada por meio dos indicadores: Proporção de gestantes com vinculação a um serviço de parto durante o acompanhamento pré-natal e Proporção de gestantes com

parto realizado no serviço em que foi vinculada (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b; Brasil, 2011c).

Há uma lacuna na literatura nacional quanto a estudos que avaliem a implementação da vinculação da gestante à sua maternidade referência. Com a pesquisa, será possível compreender possíveis empecilhos para a implementação da vinculação para gestantes atendidas na maternidade estudada e os possíveis fatores relacionados.

A temática é relevante, pois a vinculação da gestante à maternidade é uma estratégia que possibilita diminuir a peregrinação da paciente, aumentar a garantia do acesso à vaga para a mãe e para o bebê, melhorar a satisfação da gestante com o parto e melhorar o sistema de referência e contrarreferência do SUS. Com isso, surgiram os seguintes questionamentos: a vinculação das gestantes às maternidades de referência está sendo efetivada e quais fatores interferem na implementação dessa política?

Para responder a essas questões, objetivou-se avaliar a implementação da vinculação das gestantes à maternidade de referência para o parto e atendimentos obstétricos em casos de intercorrências na gravidez. E como objetivos específicos: verificar se as gestantes atendidas na maternidade pesquisada estavam vinculadas a alguma maternidade e identificar os fatores que interferem na implementação da política de vinculação das gestantes à maternidade de referência para o parto e atendimento obstétrico em casos de intercorrências na gravidez.

METODOLOGIA

Estudo do tipo transversal, descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa. O estudo descritivo possibilita traçar o perfil de uma determinada população com o intuito de se aprimorarem ações de promoção da saúde. Os delineamentos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo, e a abordagem quantitativa consiste em uma série lógica de passos em que se analisam os dados obtidos por meio de números (Hulley, 2015).

A pesquisa foi desenvolvida durante o período de julho a dezembro de 2020, no setor de emergência de uma maternidade pública, de nível terciário, localizada no município de Fortaleza, Ceará, vinculada a rede EBSEH/UFC, sendo referência para todo o estado em termos de alta e média complexidade.

Essa instituição conta, atualmente, com uma capacidade instalada de 176 leitos, sendo 85 leitos da Clínica Obstétrica, possuindo cerca de 450 partos e 1.000 internações mensais e realizando acompanhamento de pré-natal de alto risco. A maternidade foi escolhida em 2013 para ser Centro de Apoio às Boas Práticas na atenção obstétrica e

neonatal da Rede Cegonha, além de ser apoiadora do Ministério da Saúde (MS), realizando mais de 1000 partos/ano. O Serviço de Medicina Materno-Fetal (SMMF) é responsável por prestar o atendimento diário de pré-natal de alto risco. No ano de 2019, foram realizados 22532 atendimentos obstétricos na emergência, com uma média mensal de 1877,7 atendimentos desse tipo (MEAC, 2023).

O serviço estudado foi classificado pelo Ministério da Saúde como Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais da Rede Cegonha, tendo a responsabilidade de perpetuar essas práticas. Além disso, a maternidade foi reconhecida, em 2017, como um Centro de Parto Normal (CPN) intra-hospitalar do tipo II, sendo composto por três quartos reservados ao CPN dentro do Centro Obstétrico (MEAC, 2023).

A população do estudo foi composta por gestantes que buscaram atendimento na emergência da referida instituição, no período de julho a dezembro de 2020.

Os critérios de inclusão foram: estar recebendo atendimento na emergência da maternidade durante a realização da pesquisa, ter iniciado o pré-natal e estar com a caderneta da gestante disponível para análise. Os critérios de exclusão foram: apresentar estado de saúde mental comprometido de modo a inviabilizar a resposta consciente e adequada dos instrumentos dessa pesquisa e possuir comprometimento em relação ao nível de instrução que inviabilize a análise dos questionamentos realizados por meio dos instrumentos e a indicação de respostas reais/fidedignas.

A amostra foi do tipo não probabilística, consecutiva, conforme demanda de atendimentos e resultou em um total de 200 pacientes

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de instrumento estruturado, elaborado pela pesquisadora, com perguntas fechadas. Após a obtenção dos dados, eles foram tabulados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-IBM) versão 22, e os dados descritivos foram apresentados por meio de tabelas. Foi realizada avaliação da normalidade da amostra com o intuito de se identificar o teste estatístico mais pertinente de acordo com os dados adquiridos.

Foram realizados testes de *Exato de Fisher* e *Qui-quadrado*, além de análise descritiva com *Odds ratio* (OR) e risco relativo (RR), considerando o índice de confiança (IC) de 95% e *p*-valor <0,05.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE nº 35389520.9.0000.5050) via Plataforma Brasil com termo de anuência da instituição pesquisada. Foi garantido o sigilo sobre todas as informações coletadas e foi assegurado o anonimato dos participantes, segundo as normas da Resolução nº466/12 do Conselho

Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012a).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

As variáveis sociodemográficas revelaram que, nas 200 gestantes pesquisadas, a média de idade foi de 24 anos, sendo 168 mulheres com idade entre 19 e 34 anos (84%), 13 mulheres com idade 35 anos ou mais (6,5%) e 19 mulheres com idade entre 12 e 18 anos (9,5%). Um total de 162 mulheres (81%) eram provenientes da capital e 38 mulheres (19%) do interior.

Quanto ao nível de escolaridade, um total de 121 mulheres (60,5%) tiveram 11 anos ou mais de estudo, 70 mulheres (35%) tiveram entre 6 e 10 anos de estudo e 9 mulheres (4,5%) tiveram menos que 6 anos de estudo, sendo a média total de 10 anos de estudo. Quanto à renda mensal, 170 (85%) mulheres disseram ter renda entre 1 e 2 salários-mínimos, 18 mulheres (9%) declaram ter renda inferior ao salário-mínimo e 12 (6%) mulheres disseram ganhar acima de dois salários, sendo a média de renda de aproximadamente 1274 reais. 161 mulheres (80,5%) relataram ser “do lar”, estudantes ou desempregadas, enquanto 39 mulheres (19,5%) declararam desenvolver algum tipo de atividade remunerada. Com relação ao estado civil, 167 mulheres (83,5%) referiram estar casadas ou em união estável e 33 (16,5%) mulheres alegaram estar sem companheiro.

Quanto à raça, 165 mulheres se autodeclararam pardas (82,5%), 16 mulheres (8%) brancas, 14 mulheres negras (7%), 4 mulheres (2%) amarelas e 1 mulher (0,5%) indígena. Quanto ao convênio de saúde, 192 mulheres (96%) declararam não possuir plano de saúde e 8 mulheres (4%) disseram possuir plano.

No que concerne às variáveis obstétricas, 82 mulheres (41%) eram primigestas, 62 mulheres (31%) eram secundigestas, 29 (14,5%) mulheres eram multigestas e 27 (13,5%) mulheres eram tercigestas. Com relação ao número total de partos, 106 pacientes eram nulíparas (54%), 52 mulheres eram primíparas (26%), 26 (13%) pacientes eram secundíparas, 10 mulheres (5%) eram tercíparas e 6 mulheres (3%) eram múltiparas.

Com relação ao número de abortos, 155 mulheres (77,5%) nunca abortaram, 39 mulheres (19,5%) tiveram entre 1 e 2 abortos e 6 mulheres (3%) tiveram mais de dois abortos. Do número total de mulheres, 148 (74%) nunca foram submetidas a uma

cesárea, 46 tiveram entre uma e 2 cesáreas (23%) e 6 mulheres (3%) tiveram mais de duas cesáreas. Já com relação ao quantitativo de partos normais, 145 (72,5%) mulheres nunca pariram via vaginal, 43 mulheres (21,5%) tiveram entre um e dois partos vaginais e 12 mulheres (6%) tiveram mais de dois partos vaginais.

Quanto ao número de consultas de pré-natal, 101 (50,5%) mulheres tiveram menos de 6 consultas de pré-natal na gestação atual, e 99 mulheres (49,5%) tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal. Quanto ao início do pré-natal, 121 mulheres (60,5%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, 67 mulheres (33,5%) iniciaram o pré-natal no segundo trimestre gestacional, 9 mulheres (4,5%) ainda não haviam iniciado o pré-natal e 3 mulheres (1,5%) iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre.

Quanto ao tipo de risco gestacional, 115 mulheres (57,5%) foram classificadas como risco habitual, 63 mulheres (31,5%) foram classificadas como alto risco e 22 mulheres (11%) foram classificadas como médio risco. Dentre as causas de alto risco, a maior foi por síndromes hipertensivas (40%), seguido de diabetes gestacional (30,8%) sendo as outras demais causas divididas entre gemelaridade, lúpus, toxoplasmose, sífilis e pielonefrite (29,2%).

Quanto às variáveis de vinculação, 185 pacientes (92,5%) relataram não saber o que é vinculação, enquanto apenas 15 (7,5%) souberam o significado do termo. 25 pacientes (12,5%) disseram que foi conversado sobre vinculação durante o pré-natal, ao passo que 175 pacientes (87,5%) disseram que o assunto não foi explanado durante o pré-natal. Das que relataram que houve a conversa sobre vinculação, 19 disseram que foi no 1º trimestre, 2 referiram ter sido no 2º trimestre e 4 referiram ter sido no 3º trimestre.

Quanto ao local de atendimento durante o pré-natal, 153 (76,5%) pacientes foram atendidas na unidade básica de saúde, 38 (19%) foram atendidas no hospital e 9 (4,5%) não iniciaram atendimento. 148 mulheres (74%) apresentaram adesivo ou carimbo de vinculação na caderneta, 43 (21,5%) não apresentavam vinculação aparente na caderneta e 9 (4,5%) não iniciaram o pré-natal. Do total de mulheres, 99 (49,5%) eram vinculadas a instituição em estudo, 92 não tinham vinculação ou eram vinculadas a outros serviços (46%) e 9 não iniciaram pré-natal (4,5%).

Dentre os motivos da vinculação à maternidade em estudo, 53 mulheres foram vinculadas por regional (53,5%), 40 por alto risco (40,4) e 6 (6,1%) por serem atendidas no ambulatório de adolescentes. Do total de mulheres, 43 (21,5%) tentaram atendimento em outro hospital antes de irem para a MEAC e 157 mulheres (78,5%) tiveram a instituição em estudo como primeira escolha. 88 mulheres (44%) necessitaram de

atendimento hospitalar obstétrico durante a gestação e 112 (56%) relataram não terem necessitado.

Quanto à regional, 32 mulheres (16%) não pertenciam a nenhuma regional (provenientes do interior ou outros estados), 2 mulheres (1%) eram provenientes da Regional I, 2 (1%) mulheres da Regional II, 75 mulheres da Regional III (37,5%), 25 mulheres (12,5%) da Regional IV, 47 (23,5%) mulheres da Regional V e 17 mulheres (8,5%) da Regional VI.

Foram analisadas as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de vinculação para verificar a ocorrência de associação entre elas. Para a análise das variáveis “Anos de estudos” *versus* “Conhecimento sobre vinculação”, observou-se não existir associação significativa. Assim, o conhecimento sobre o significado de vinculação à maternidade de referência para parto e intercorrências mostrou-se independente dos anos de estudo, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Análise de associação entre os anos de estudo da gestante e o conhecimento sobre vinculação. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2021.

		Conhecimento sobre vinculação			p-valor
		Sim	Não	Total	
Anos de estudo	<6 anos	0	9	9	0,656*
	6 a 10 anos	5	65	70	
	> 10 anos	10	111	121	
	total	15	185	200	

Fonte: autoria própria. *Teste de Fisher

De acordo com a Tabela 2, as variáveis “Foi conversado sobre vinculação durante o pré-natal?” e “Conhecimento sobre vinculação” revelou que o profissional de saúde ter conversado sobre vinculação durante o pré-natal apresentou risco relativo de 109% maior para as mulheres com as quais foi conversado sobre vinculação saber o que é a temática quando comparado às mulheres com as quais não foi conversado sobre a vinculação. Apresentaram razão de chance quase 7 vezes maior de saber o que é vínculo do que as mulheres com as quais não foi abordada a temática no pré-natal.

Tabela 2 - Análise de associação entre conversa sobre vinculação no pré-natal e o conhecimento sobre vinculação. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2021.

		Conhecimento sobre vinculação			<i>p</i> -valor	<i>RR</i>	<i>OR</i>
		sim	não	total			
Foi conversado sobre vinculação no pré-natal?	sim	9	16	25	0,001*	10,5	6,95
	Não	6	169	175			
	total	15	185	200			

Fonte: autoria própria. *Teste de Qui-quadrado

Após a análise das variáveis “Local do pré-natal” versus “Conhecimento sobre vinculação” observou-se que não há evidências para rejeitar a hipótese de independência, logo não há associação significativa entre essas variáveis, conforme a tabela 3

Tabela 3- Análise de associação entre o local do pré-natal e o conhecimento sobre vinculação relatado. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2021.

		Conhecimento sobre vinculação			<i>p</i> -valor
		Sim	Não	Total	
Local de realização do pré-natal	UBS	12	133	145	0,67*
	Hospital	3	45	48	
	Não iniciou o pré-natal	0	7	7	
	total	15	185	200	

Fonte: autoria própria. *Teste de Qui-quadrado

De acordo com a Tabela 4, para as variáveis “Paciente vinculada?” versus “Buscou atendimento em outra maternidade?” foi observada associação estatística ($p=0,001$). Mulheres que são vinculadas a uma maternidade tendem a não buscar atendimento em outras maternidades. Das 43 pacientes que buscaram atendimento em outra maternidade, 9 eram vinculadas, equivalente a uma proporção de 20%.

Das 157 que não buscaram atendimento, 90 (57%) eram vinculadas, e o número de mulheres vinculadas que não buscaram atendimento em outra unidade foi maior que o esperado.

Tabela 4- Análise de associação entre a vinculação da paciente e a busca por atendimento em outra maternidade. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2021.

		Conhecimento sobre vinculação				p-valor
		sim	não	Não iniciou PN	Total	
Buscou atendimento em outra maternidade?	sim	9	30	4	43	0,001*
	Não	90	63	4	157	
	total	99	93	8	200	

Fonte: autoria própria. *Teste de Qui-quadrado

Quanto às variáveis “Regional” versus “Paciente vinculada?”, apresentadas em tabela contingência, houve associação significativa ($p=0,001$). Observou-se, também, que as gestantes provenientes do interior do estado apresentam menor quantidade de adesivos ou carimbos que identificam que as pacientes são vinculadas, quando comparadas às demais regionais da capital. Não houve diferenças entre as demais regionais.

Tabela 5- Análise de associação entre a regional da paciente e a sua vinculação. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2021.

		Gestante vinculada?				p-valor
		sim	não	Não iniciou PN	Total	
Regional de saúde	Interior	5	25	2	32	0,001*
	I	2	0	0	2	
	II	2	0	0	2	
	III	66	10	2	78	
	IV	20	2	2	24	
	V	41	3	2	46	
	VI	12	4	0	16	
	Total	148	44	8	200	

Fonte: autoria própria. *Teste de Qui-quadrado

Para a análise do “Risco gestacional” versus “Necessidade de atendimento obstétrico durante o pré-natal em serviço hospitalar” foi observada associação entre as

variáveis ($p=0,004$). Logo, a necessidade de atendimento depende do tipo de risco. As pacientes de risco habitual têm menos necessidade de atendimento. Já pacientes de médio risco apresentaram necessidade de atendimento acima da média esperada. Não foi encontrada associação entre pacientes de alto risco e necessidade de atendimento obstétrico, conforme a Tabela 6.

Tabela 6- Análise de associação entre o risco gestacional e a necessidade de atendimento obstétrico durante o pré-natal em serviço hospitalar. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2021.

Risco gestacional	Necessidade de atendimento obstétrico durante o pré-natal			<i>p</i> -valor
	Sim	Não	Total	
Habitual	40	75	115	0,004*
Médio	15	7	22	
Alto	33	30	63	
total	88	112	200	

Fonte: autoria própria. *Teste de Qui-quadrado

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos das gestantes em estudo revelaram que a maioria das mulheres pertence à faixa etária de 19 a 34 anos, é proveniente da capital, com pelo menos 11 anos de estudo, com renda de 1 a 2 salários-mínimos, sem atividade remunerada, vive com companheiro e é autodeclarada parda. Os achados corroboram com os dados encontrados em um estudo realizado em uma maternidade pública de Fortaleza, no qual foi avaliado o perfil de gestantes atendidas no serviço com síndromes hipertensivas, e se encontrou que a média de idade das pacientes foi de 30,9 anos, a maioria das mulheres se autodeclarou parda, com pelo menos 12 anos de estudos, com média de 5 consultas de pré-natal, duas gestações, um parto e nenhum aborto (Jacob et al., 2020).

Com relação aos dados obstétricos observou-se que a maioria era primigesta, de risco habitual, com 6 ou menos consultas de pré-natal, que iniciou o pré-natal no primeiro trimestre. Entre as mulheres com alto risco, as causas mais comuns para necessidade de atendimento foram as síndromes hipertensivas e diabetes mellitus gestacional. Os dados corroboram com o cenário atual brasileiro, em que as principais complicações gestacionais estão associadas às síndromes hipertensivas, conforme

mostra estudo desenvolvido em Minas Gerais sobre o perfil epidemiológico de mortalidade materna (Fialho et al., 2021).

Quanto às variáveis de vinculação, observou-se que a expressiva maioria das mulheres não sabia o que era vinculação e referiu que o assunto não foi abordado durante o pré-natal, sendo que as que referiram terem tido essa conversa, disseram ter ocorrido no 1º trimestre. Além disso, a maioria das pacientes teve como local de pré-natal a unidade básica de saúde, apresentando carimbo ou adesivo de vinculação em sua caderneta. Das mulheres vinculadas, a maioria pertencia à instituição de estudo, sendo o principal motivo a vinculação pela regional de origem.

A expressiva maioria teve a maternidade estudada como primeira escolha, não referindo peregrinação entre hospitais. A maioria das mulheres referiu não ter necessitado de atendimento hospitalar obstétrico durante a gestação, o que corrobora com o fato de a maioria das mulheres entrevistadas terem sido de risco habitual. As regionais III e V foram as mais atendidas no estudo.

A instituição estudada é referência de risco habitual para as Regionais III e IV e referência de alto risco para as Regionais III, IV e V. Sendo assim, mais estudos de vinculação são necessários para compreender o motivo de ter havido mais atendimentos provenientes da Regional V do que da Regional IV, que vincula risco habitual e alto.

Os resultados apontaram que as pacientes têm sete vezes mais chances de saber o que é vinculação se isso lhes for explicado por profissional adequado durante o pré-natal. Entende-se então a importância da Enfermagem como agentes educadores de saúde, que orientam adequadamente as gestantes com captação precoce para o pré-natal. Já quando se analisa o conhecimento sobre vinculação com o local em que foi realizado o pré-natal, não se evidenciam associações. Em estudo desenvolvido em Santa Catarina sobre a vinculação de mulheres durante o pré-natal, foi visto que as pacientes referem grande satisfação relacionada à visita de vinculação à maternidade para o parto, demonstrando mais segurança e conforto (Zanlourensi et al., 2024).

O Enfermeiro pode atuar como um educador em saúde ao realizar as orientações cabíveis sobre os sinais de alerta, caso ocorra alguma complicação, e as características do trabalho de parto, preparando a mulher para as situações que requerem a procura pelo atendimento em uma maternidade. Essas ações são fundamentais no estabelecimento de uma relação significativa entre as mulheres e os profissionais para garantir a continuidade do cuidado e possibilitar intervenções oportunas, para desfechos maternos e neonatais positivos (Santana et al., 2023).

Uma associação importante foi encontrada entre o fato de a paciente ser vinculada e se ela peregrinou em busca de atendimento. Foi evidenciado que mulheres que são vinculadas a uma maternidade tendem a não buscar atendimento em outras maternidades. Esse achado é imprescindível para se utilizar a estratégia de vinculação como forma de diminuir a peregrinação da gestante e, com isso, diminuir os riscos e vulnerabilidades gestacionais, aumentando a satisfação dessa paciente com o atendimento e melhorando o seu acesso à vaga.

Esses dados revelam que as insuficiências na atenção obstétrica brasileira dizem respeito, além do acesso, à má distribuição dos leitos, que resultam em peregrinação das gestantes na procura por vagas para o parto, expondo-as a riscos e agravamento de sua situação. Podem-se destacar as questões envolvidas na peregrinação, como o retardo da mulher para chegar à instituição de saúde por problemas estruturais de transporte e de referência, e os problemas na disponibilidade e qualidade da atenção recebida ou não nos serviços de saúde (Brilhante, 2024).

As mulheres provenientes do interior são menos vinculadas às maternidades. Já a vinculação entre as regionais de Fortaleza, não houve diferença entre elas. Sabe-se que a vinculação em Fortaleza está inserida em uma política municipal que contribui para a vinculação da mulher. Em um estudo de revisão integrativa, as principais barreiras enfrentadas por gestantes adolescentes quanto à vinculação e ao acesso ao local de parto incluem: desinformação sobre sinais de alerta e momento adequado de buscar a maternidade; deficiência nas orientações prestadas pelos profissionais de saúde; demora no atendimento; e desconforto ao serem atendidas por profissionais diferentes dos que acompanharam o pré-natal. Essas falhas comprometem o vínculo e geram insegurança e ansiedade nas adolescentes (Muondo et al., 2023).

Os resultados obtidos sinalizam que o acesso da gestante aos serviços de assistência ainda se encontra muito aquém do preconizado. Desde que seja garantido às gestantes o acesso aos serviços de saúde, com acolhimento diferenciado e acompanhamento por uma equipe de saúde responsável iniciando o pré-natal, é possível tornar esse momento satisfatório, confortável e seguro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o estudo, observou-se que as mulheres atendidas na maternidade estudada estavam vinculadas a algum serviço de referência para parto e atendimentos obstétricos. Além disso, identificou-se que fatores, como falta de orientação sobre vinculação durante o pré-natal por parte dos profissionais de saúde, afetam o conhecimento das

mulheres e aumentam as chances de peregrinação em busca de atendimento tanto para o parto quanto em casos de intercorrências durante a gravidez e interferem na implementação da política de vinculação instituída no município.

Nesse contexto, entende-se que o Enfermeiro pode contribuir para a redução das lacunas existentes na vinculação das gestantes seja para o parto ou em caso de intercorrências, uma vez que efetivamente acolhe e identifica as necessidades destas mulheres desde o pré-natal, podendo promover a captação precoce para o adequado acompanhamento em todo o ciclo gravídico-puerperal.

Mais estudos abrangendo outros serviços obstétricos de referência devem ser realizados para se ter melhores evidências quanto à temática.

Agradecimentos

À maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica (MEAC/EBSERH/UFC). Ao Ministério da Saúde pelo apoio financeiro.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, Distrito Federal; 27 dez. 2007. Seção 1, p. 2. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2007/lei-11634-27-dezembro-2007-567635-publicacaooriginal-90929-pl.html>>. Acesso em 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012a. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013-pg-59>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Saúde 2020–2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc_tec/04.04.2022%20_%20PRT%20GM%20715.2022.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em 17 jan 2020.

BRASIL. Portaria nº569/GM de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, Distrito Federal; 01 jun. 2000. Seção 1, p. 4. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Institui a Rede de Atenção Materna e Infantil – Rede Alyne. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 set. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe>. Acesso em: 24 abr. 2025.

BRASIL. Portaria nº 2351 de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, Distrito Federal; 5 out. 2011c. Seção 1, p. 58. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 5.350/ GM, de 12 de setembro de 2024. Dispõe sobre a vinculação da gestante à maternidade de referência. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 set. 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 24 abr. 2025. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Dispõe sobre a vinculação da gestante à maternidade de referência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 set. 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 24 abr. 2025.

BRILHANTE, Aline et al. Entre a busca por assistência e sua efetivação: peregrinação de gestantes e puérperas com quadro de Near Miss Materno. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 33, n. 1, 2024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2024.v33n1/e220633pt/pt/>. Acesso em: 22 abr. 2025.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. *Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna*. Fortaleza: SESA, 2023. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim_de_Mortalidade_Materna.pdf.pdf. Acesso em: 24 abr. 2025.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Nota Técnica: estratificação do risco gestacional. Fortaleza: SESA, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/estratificacao-de-Risco-Gestacional.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2025.

FIALHO, L. A.; FERREIRA, B. A. S.; GALVANI, F. B.; QUEIROZ, G. R. S.; DE ALMEIDA, G. C.; VASCONCELOS, Ítalo T. T.; AMÂNCIO, N. de F. G.; D'AVILA, A. M. F. C. Identificação do perfil epidemiológico e dos fatores de risco pré-gestacionais e gestacionais relacionados ao desenvolvimento da síndrome hellp / identification of the epidemiological profile and pre-gestational and gestational risk factors related to the development of hellp syndrome. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 7965–7977, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n2-330. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28019>. Acesso em: 19 abr. 2025.

JACOB, L. M. S.; SANTOS, A. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHLMO, A. K. K. Socioeconomic, demographic and obstetric profile of pregnant women with Hypertensive Syndrome in a public maternity. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, p. 1- 7, 2020. Acesso em 01 de fev. 2020.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. *Plano de Dados Abertos 2023–2025*. Fortaleza: MEAC/UFC, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/dados-abertos-1/PLANODEDADOSABERTOS20232025MEAC.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2025.

MUONDO, A. A. et al. Dificuldades vivenciadas por gestantes adolescentes e assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 12, e15121243921, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/43921>. Acesso em: 24 abr. 2025.

HULLEY, S. B; CUMMINGS, S. R; BROWNER, W. S; GRADY, D. G. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 400 p.

SANTANA, F. M. et al. A atuação do enfermeiro na educação em saúde no pré-natal: uma revisão integrativa. *Revista APS, Juiz de Fora*, v. 26, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262340521>. Acesso em: 24 abr. 2025.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Protocolo de Vinculação da Gestante**. Espírito Santo, 2017a. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Protocolo%20Vinculacao%20da%20Gestante.pdf>>. Acesso em 16 jan. 2020.

SESA. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, Infantil e Neonatal**. Ceará, 2017b. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_mortalidade_06_04_2017.pdf>. Acesso em 18 jan. 2020.

SK, M. I. K. et al. A. Praying until death: revisiting three delays model to contextualize the socio-cultural factors associated with maternal deaths in a region with high prevalence of eclampsia in India. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, n. 314, p. 2-11, 2019. Disponível em:

<<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-019-2458-5>>. Acesso em 14 jan. 2020.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Portaria nº 261 de 19 de outubro de 2012. Implanta a vinculação da gestante dos Centros de Saúde para as Maternidades de Fortaleza. **Diário Oficial do Município**, Fortaleza; 19 out. 2012. P. 11. Disponível em: <<https://diariooficial.fortaleza.ce.gov.br/download-diario.php?objectId=workspace://SpacesStore/fc94a10d-e6b7-495e-9ade-1b8ad42a3ebe;1.1&numero=14900>>. Acesso em 16 jan. 2020.

THADDEUS, S; MAINE, D. Too Far to Walk: Maternal Mortality. **Soc. Sci. Med**, Great Britain, v. 38, n. 8, p. 1091-110, 1994. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953694902267>>. Acesso em 14 jan. 2020.

UNITED NATIONS. **The Sustainable Development Goals Report 2023**: Special Edition. New York: United Nations, 2023. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/>. Acesso em: 24 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2022 Progress Report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030). Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.alignmnh.org/resource/2022-progress-report-on-the-every-woman-every-child-global-strategy-for-womens-childrens-and-adolescents-health-2016-2030/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division**. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>. Acesso em: 24 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/maternal-health/trends-in-maternal-mortality-2000-to-2023.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2025.

ZANLOURENSI, C. B. et al. Desigualdades socioeconômicas na satisfação de puérperas com o pré-natal: análise de gestantes usuárias exclusivas do Sistema Único de Saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 32, n. 4, p. e32040187, 2024.