

FATORES RELACIONADOS À VINCULAÇÃO DE GESTANTES NO PRÉ-NATAL À MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

Resumo: Objetivou-se analisar os fatores associados à vinculação de gestantes à maternidade de referência durante o pré-natal. Estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa, realizado com puérperas em um Hospital Universitário de Recife, Pernambuco. A coleta foi realizada por entrevistas com instrumento estruturado contendo variáveis sociodemográficas, de saúde materna, pré-natal e vinculação. Utilizou-se Epi Info 3.5.4 e SPSS 25 para análise estatística, com testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher ($p < 0,05$). Observou-se que 53,95% das puérperas não foram vinculadas a uma maternidade, 96,16% não tinham essa o nome da maternidade na caderneta, 81,65% não visitaram maternidade e 58,69% peregrinaram até o internamento. Houve associação significativa com escolaridade ($p = 0,0016$), moradia na região metropolitana ($p = 0,001$) e informação direito ao acompanhante ($p = 0,009$). Conclui-se que há deficiência na vinculação durante o pré-natal, e a falta de orientação sobre os serviços de parto dificulta o acesso oportuno, favorecendo a peregrinação e aumentando riscos à saúde materno-fetal. Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde, Cuidado Pré-natal, Enfermagem, Saúde Materno-Infantil.

Factors related to the connection of pregnant women during prenatal care to the reference maternity hospital

Abstract: The objective of this study was to analyze the factors associated with the attachment of pregnant women to the reference maternity hospital during prenatal care. This was an observational, cross-sectional study with a quantitative approach, conducted with postpartum women at a University Hospital in Recife, Pernambuco. Data collection was performed through interviews with a structured instrument containing sociodemographic, maternal health, prenatal and attachment variables. Epi Info 3.5.4 and SPSS 25 were used for statistical analysis, with Pearson's Chi-square and Fisher's exact tests ($p < 0.05$). It was observed that 53.95% of the postpartum women were not linked to a maternity hospital, 96.16% did not have the name of the maternity hospital in their health record booklet, 81.65% did not visit a maternity hospital and 58.69% made pilgrimages to the hospital until admission. There was a significant association with education ($p = 0.0016$), residence in the metropolitan region ($p = 0.001$) and information on the right to a companion ($p = 0.009$). It is concluded that there is a deficiency in bonding during prenatal care, and the lack of guidance on childbirth services hinders timely access, favoring pilgrimage and increasing risks to maternal and fetal health. Descriptors: Access to Health Services, Prenatal Care, Maternal and Child Health, Nursing.

Factores relacionados con la vinculación de la gestante durante el control prenatal a la maternidad de referencia

Resumen: El objetivo fue analizar los factores asociados a la vinculación de las gestantes a la maternidad de referencia durante la atención prenatal. Estudio observacional, transversal, con abordaje cuantitativo, realizado con puérperas de un Hospital Universitario de Recife, Pernambuco. La recolección se realizó mediante entrevistas con un instrumento estructurado que contiene variables sociodemográficas, de salud materna, prenatal y de apego. Para el análisis estadístico se utilizó Epi Info 3.5.4 y SPSS 25, con pruebas de Chi-cuadrado de Pearson y exacta de Fisher ($p < 0,05$). Se observó que el 53,95% de las puérperas no estaban vinculadas a una maternidad, el 96,16% no tenía el nombre de la maternidad en su libreta, el 81,65% no visitaba una maternidad y el 58,69% realizaba peregrinaciones al hospital. Se encontró asociación significativa con el nivel de escolaridad ($p = 0,0016$), residencia en la región metropolitana ($p = 0,001$) e información sobre el derecho a acompañante ($p = 0,009$). Se concluye que existe deficiencia en el vínculo durante la atención prenatal y la falta de orientación sobre los servicios de parto dificulta el acceso oportuno, favoreciendo el peregrinaje y aumentando los riesgos a la salud materna y fetal. Descriptores: Acceso a los Servicios de Salud, Atención Prenatal, Enfermería, Salud Materna e Infantil.

Bárbara Hellen Gouveia Silva de Azevedo

Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher.
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE).
E-mail: barbara.hazevedo@ufpe.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8871-0569>

Sheyla Costa de Oliveira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente do Curso de Enfermagem.
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
E-mail: sheyla.coliveira@ufpe.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0485-1729>

Ana Catarina Torres de Lacerda

Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
E-mail: ana.tlacerda@ufpe.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2161-8670>

Bruna Rafaela Souza de Oliveira

Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher.
Universidade de Pernambuco (UPE).
E-mail: brunaraafaela.souza@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3740-6533>

Inez Maria Tenório

Enfermeira. Doutora em Serviço Social.
Docente do Curso de Enfermagem.
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
E-mail: inez.tenorio@ufpe.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7129-5948>

Submissão: 29/05/2025

Aprovação: 12/08/2025

Publicação: 31/08/2025



Como citar este artigo:

Azevedo BHGS, Oliveira SC, Lacerda ACT, Oliveira BRS, Tenório IM. Fatores relacionados à vinculação de gestantes no pré-natal à maternidade de referência. São Paulo: Rev Recien. 2025; 15(43):388-400. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2025.15.43.388>

Introdução

A vinculação na atenção obstétrica diz respeito a garantia da assistência de toda gestante e/ou puérpera nos diversos pontos da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). A integração entre Atenção Primária (APS), Ambulatórios de Atenção Especialização (AAE), central de regulação de leitos, hospitais, e maternidades de referência, compõem a rede de atenção para acompanhamento das gestantes¹.

Toda gestante tem direito a ser vinculada a uma maternidade de referência, conforme a Lei nº11.634, de 27 de dezembro de 2007². Essa vinculação deve ser realizada durante a primeira consulta de pré-natal (PN) e a maternidade de referência deve ser determinada através da classificação do risco gestacional. O registro com o nome da maternidade deve ser registrado em campo próprio da caderneta da gestante. Essa prática é considerada pelo ministério da saúde como uma boa prática da assistência ao PN^{3,4}.

A ausência da vinculação a maternidade de referência, pode levar à peregrinação da gestante em busca de atendimento de emergência, como também no momento de internação para o parto, aumentando a probabilidade de desfechos obstétricos e neonatais negativos, o que contribui para o aumento da mortalidade materna, ao qual a redução é um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas^{5,6,7}.

A peregrinação no anteparto, demonstra insuficiência das orientações prestadas pelos profissionais às gestantes durante as consultas de pré-natal, bem como a desorganização do acesso as unidades de saúde nas diversas regiões do Brasil.

Estudo nacional com 19.117 mulheres, evidenciou que apenas 56,4% foram vinculadas a uma maternidade de referência, 23,5% tiveram peregrinação anteparto, onde 33,1% ocorreram na região Nordeste⁸. Esse deslocamento durante o trabalho de parto é uma das formas mais frequentes de violência obstétrica no Brasil⁹.

Nesse sentido, o MS lançou, em 2024, a Rede Alyne, que aponta a vinculação entre os serviços como um dos desafios persistentes da assistência obstétrica e destaca a importância da integração entre APS e maternidades de referência, reforçando a continuidade do cuidado e melhorando a organização da assistência materna e infantil no Brasil¹. A enfermagem exerce papel fundamental nessa rede temática, visto que os enfermeiros(as) são atuantes na assistência integral à saúde das pessoas com útero e são peças centrais na longitudinalidade do cuidado¹⁰.

O enfermeiro desempenha papel indispensável nas consultas de PN. Atuando não somente no que diz respeito aos aspectos fisiológicos da gestação e do trabalho de parto, mas também, tendo escuta ativa acerca das dúvidas e questionamentos da pessoa gestante e acompanhante, por todo período gravídico-puerperal. Além disso, cabe não somente ao enfermeiro, mas a todo profissional pré-natalista fornecer orientações sobre os direitos da pessoa gestante e de seu(a) acompanhante, entre eles, o da vinculação à maternidade de referência^{11,12}.

Assim, o presente estudo apresentou como problema de pesquisa: “A consulta de pré-natal contempla a vinculação da gestante à maternidade de referência?”. Desta forma justifica-se pela necessidade de analisar se a vinculação está sendo efetivamente realizada durante a consulta de pré-

natal, uma vez que sua ausência pode contribuir para a peregrinação, que continua sendo um problema persistente no contexto obstétrico brasileiro. Nesse sentido, esta pesquisa objetivou analisar os fatores associados a vinculação de gestantes à maternidade de referência à consulta de pré-natal.

Material e Método

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa ocorreu no alojamento conjunto de um hospital universitário localizado no município de Recife – Pernambuco, Brasil, no período de abril a agosto de 2024. O hospital (caráter público) pertence à Universidade Federal de Pernambuco, conta com 30 leitos de Alojamento Conjunto (AC) para prestação de cuidados assistenciais e multiprofissionais à puérpera e neonato, é referência estadual no atendimento às gestantes com gestações de alto risco.

Para determinação da amostra, foi utilizada a equação de cálculo de amostral para estudo de proporção em população finita, conforme mostra a figura 1. A população do estudo foi composta por 218 puérperas internadas no AC do hospital em questão. Incluiu-se puérperas com pelo menos 12 horas após parto normal ou cirurgia cesariana. Foram excluídas puérperas com deficiência auditiva e/ou fala, que passaram por perda fetal ou óbito de nascido morto/natimorto, que tinham diagnóstico de depressão pós-parto e aquelas que apresentaram condições clínicas que impossibilitavam sua participação, como eclâmpsia ou pré-eclâmpsia em terapia com sulfato de magnésio, ou com quadro de instabilidade hemodinâmica.

Figura 1. Fórmula do cálculo amostral.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

“z”: representa o quantil da normal padrão,
“p”: prevalência esperada de mulheres vinculadas,
“q”: prevalência esperada de mulheres sem vinculação, “d”: erro amostral e “N”: população a ser utilizada no estudo.

As puérperas incluídas no estudo foram convidadas a participar da pesquisa de forma voluntária e sem custos, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) caso fosse menor de 18 anos. Foi aplicado um instrumento estruturado para coleta de dados de autoria própria, contendo variáveis sociodemográficas, de saúde materna, de pré-natal e de vinculação que, ao todo, somaram 50 variáveis a serem preenchidas. As informações coletadas foram colhidas através de informações autodeclaradas e/ou do cartão de pré-natal.

Após a coleta de dados, estes foram organizados em planilha no Excel online, processados e armazenados no software EPI info (versão 3.5.4) e posteriormente analisados estatisticamente no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 25). Para caracterizar o perfil sociodemográfico, de saúde materna, de pré-natal e de vinculação, foram construídas as distribuições de frequência e os fatores avaliados. Para analisar associação entre as variáveis foi aplicado o Teste Qui-quadrado de Pearson, e quando este não era suficiente, o Teste Exato de Fisher foi utilizado. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,005$).

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFPE, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 78505924.9.0000.8807.

Resultados

A análise da relação entre o perfil sociodemográfico e a vinculação das gestantes para as maternidades de referência revelou que 76,5% das puérperas não vinculadas tinha menos que nove anos de estudo, 60,9% declararam receber algum tipo de benefício social e 68,2% moravam no interior do estado de Pernambuco, além disso, a maioria das

puérperas tinha entre 18 e 35 anos, se autodeclararam pardas, evangélicas, solteiras, desempregadas, renda de até 1 salário-mínimo, residiam em casa própria e tinham acesso a TV, rádio e internet. Destaca-se que algumas características apresentaram diferenças significativas quando associadas à vinculação, sendo elas: escolaridade, recebimento de benefício social e região de moradia no interior do estado de Pernambuco (p-valor: 0,0016, 0,035, 0,001) respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Vinculação das gestantes relacionada ao perfil sociodemográfico das puérperas entrevistadas.

VINCULAÇÃO			
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS **	SIM	NÃO	P-VALOR
Idade (anos)			
10 a 17	0(0%)	4(100%)	0,176 ²
18 a 35	80(45,2%)	97(54,8%)	
36 a 45	16(51,6%)	15(48,4%)	
Cor/raça			
Branca	14(37,8%)	23(62,2%)	0,646 ²
Parda	67(46,9%)	76(53,1%)	
Amarela	-	1 (100%)	
Preta	15(48,4%)	16(51,6%)	
Religião			
Católica	30(44,8%)	37(55,2%)	0,371 ²
Espírita	2(100%)	0(0%)	
Evangélica	31(40,8%)	45(59,2%)	
Não tem religião	33(49,3%)	34(50,7%)	
Escolaridade			
< 9 anos de estudo	12(23,5%)	39(76,5%)	0,0016 ¹
9 a 12 anos de estudo	70(52,2%)	64(47,8%)	
> 12 anos de estudo	14(51,8%)	13(48,2%)	
Estado civil			
Casada	29(46,8%)	33(54,2%)	0,615 ²
Solteira	42(48,3%)	45(51,7%)	
Divorciada	1(50%)	1(50%)	
União estável	23(38,3%)	37(61,7%)	
Viúva	1(100%)	0(0%)	

Ocupação			
Empregada	46(54,7%)	38(45,3%)	0,035 ¹
Desempregada	50(39,1%)	78(60,9%)	
Renda mensal			
até 1 SM*	72(44,7%)	89(55,3%)	0,939 ¹
1 a 2 SM	14(48,8%)	15(51,7%)	
> 2 SM	10(45,4%)	12(54,5%)	
Recebe benefício			
Sim	50(39,1%)	78(60,9%)	0,035 ¹
Não	46(54,8%)	38(45,2%)	
Região de moradia			
Pernambuco, interior do estado	28(31,8%)	60(68,2%)	0,001 ¹
Pernambuco, região metropolitana	68(54,8%)	56(45,2%)	
Situação de moradia			
Própria	60(47,6%)	66(52,4%)	0,644 ²
Alugada	25(40,3%)	37(59,7%)	
Cedida	3(33,3%)	6(66,8%)	
De familiares	8(53,3%)	7(46,7%)	
Acesso à TV, Rádio e Internet			
Sim	94(45,9%)	111(54,1%)	0,46 ²
Não	2(28,6%)	5(71,4%)	

*Salário-mínimo – SM.

**Três puérperas não realizaram pré-natal e três não responderam se foram vinculadas.

Seis puérperas foram retiradas da análise.

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência. ²p-valor do teste Exato de Fisher.

A análise da vinculação segundo as questões de saúde materna, revelou que apenas a condição de saúde do recém-nascido apresentou diferença significativa próximo do p-valor (0,029). Puérperas que tiveram 1 a 2 gestações, não tiveram abortos e não tinham comorbidades, apresentaram um percentual de não vinculação de 56,7%, 54,9% e 57,9% respectivamente. 54,9% das puérperas que referiram presença de agravo na última gestação, também não foram vinculadas (Tabela 2).

Tabela 2. Vinculação das gestantes relacionada às características de saúde das puérperas entrevistadas.

VINCULAÇÃO			
VARIÁVEIS DE SAÚDE MATERNA **	SIM	NÃO	P-VALOR
Número de gestações			
1 a 2 gestações	58(43,3%)	76(56,7%)	0,56 ¹
3 a 4 gestações	32(50,8%)	31(49,2%)	
5 ou mais gestações	6(40%)	9(60%)	
Quantos abortos teve?			
Teve aborto	27(45,8%)	32(54,2%)	0,946 ¹
Não teve aborto	69(45,1%)	84(54,9%)	
Presença de comorbidades			
Sim	27(56,2%)	21(43,8%)	0,116 ¹

Não	69(42,1%)	95(57,9%)	
Hipertensão arterial			
Sim	8(50%)	8(50%)	0,757 ¹
Não	19(59,4%)	13(40,6%)	
Diabetes Mellitus			
Sim	6(60%)	4(40%)	1 ²
Não	21(55,3%)	17(44,7%)	
Cardiopatía			
Sim	3(60%)	2(40%)	1 ²
Não	24(55,8%)	19(44,2%)	
Nefropatia			
Sim	1(100%)	0(0%)	1 ²
Não	26(55,3%)	21(44,7%)	
Neoplasia			
Sim	1(100%)	0(0%)	1 ²
Não	26(55,3%)	21(44,7%)	
Pneumopatia			
Sim	4(44,4%)	5(55,6%)	0,477 ²
Não	23(59%)	16(41%)	
Hemopatia			
Sim	1(50%)	1(50%)	
Não	26(56,5%)	20(43,5%)	1 ²
Tireoidiopatia			
Sim	0(0%)	1(100%)	0,437 ²
Não	27(57,4%)	20(42,6%)	
HIV			
Sim	-	-	0,386 ¹
Não	27(56,2%)	21(43,8%)	
Sífilis			
Sim	-	-	0,386 ¹
Não	27(56,2%)	21(43,8%)	
Outras			
Fibromialgia	1(100%)	0(0%)	1 ²
Gastrite	0(0%)	1(100%)	
Hepatopatia	1(100%)	0(0%)	
Lúpus	1(100%)	0(0%)	
Síndrome de ovários policísticos (SOP)	1(100%)	0(0%)	
Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	1(50%)	1(50%)	
Presença de agravos na gravidez			
Sim	78(45,1%)	95(54,9%)	1 ¹
Não	18(46,2%)	21(53,8%)	
Hipertensão gestacional			

Sim	45(47,4%)	50(52,6%)	0,608 ¹
Não	33(42,3%)	45(57,7%)	
Diabetes gestacional			
Sim	24(38,3%)	37(60,7%)	0,336 ¹
Não	54(48,2%)	58(51,8%)	
Infecção do trato urinário			
Sim	41(51,2%)	39(48,8%)	0,17 ¹
Não	37(39,8%)	56(60,2%)	
Anemia			
Sim	22(44%)	28(56%)	0,988 ¹
Não	56(45,5%)	67(54,5%)	
Sífilis			
Sim	2(33,3%)	4(66,7%)	0,691 ²
Não	76(45,5%)	91(54,5%)	
Outra			
Gemelaridade	1(100%)	0(0%)	0,095 ²
Pré eclampsia	0(0%)	2(100%)	
Toxoplasmose	2(100%)	0(0%)	
Violência doméstica	1(100%)	0(0%)	
Vulvovaginite	1(100%)	0(0%)	
Qual foi a via de parto?			
Vaginal	31(43,7%)	40(56,3%)	0,849 ¹
Cesariana	65(46,1%)	76(53,9%)	
Condição de saúde do recém-nascido			
Prematuro <37s	5(21,7%)	18(78,3%)	0,029 ¹
Termo >37s	91(48,1%)	98(51,9%)	

***Três puérperas não realizaram pré-natal e três não responderam se foram vinculadas. Seis puérperas foram retiradas da análise.

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência. ²p-valor do teste Exato de Fisher.

Quanto a vinculação e o perfil da consulta de pré-natal verificaram-se que a idade gestacional, informações sobre o direito ao acompanhante e o local de realização do pré-natal apresentaram diferenças significativas na vinculação próximo do p-valor (0,031; 0,003; 0,002, respectivamente) (Tabela 3).

A maior proporção de gestantes vinculadas ocorreu entre as semanas 12 e 26. A maioria das gestantes que foram informadas sobre a possibilidade de acompanhamento durante o parto não estava vinculada. A ausência de vinculação foi maior nas que realizaram pré-natal no sistema público de saúde (54,8%), >10 consultas (59,8%) e pré-natal realizados conjuntamente por enfermeiros e médicos (52,3%). Em relação ao local de acompanhamento, as puérperas atendidas em unidades de saúde da família (USF) tiveram uma elevada taxa de não vinculação (65,5%), aquelas que foram acompanhadas por USF e hospitais/maternidades do SUS eram em sua maioria vinculadas (60,3%).

Tabela 3. Vinculação das gestantes relacionada a consulta de pré-natal das puérperas entrevistadas.

VINCULAÇÃO			
VARIÁVEIS DE PRÉ-NATAL **	SIM	NÃO	P-VALOR
Sistema onde realizou o pré-natal?			
Privado	4(80%)	1(20%)	0,19 ²
Público	89(45,2%)	108(54,8%)	
Privado + Público	3(30%)	7(70%)	
Idade gestacional (início do pré-natal)			
< que 12 semanas	66(41%)	95(59%)	0,031 ²
12 a 26 semanas	25(65,8%)	13(34,2%)	
27 a 40 semanas	3(33,3%)	6(66,7%)	
Não sabe	2(50%)	2(50%)	
Número de consultas realizadas			
< que 6 consultas	14(46,7%)	16(53,3%)	0,567 ²
7 a 10 consultas	40(50,6%)	39(49,4%)	
> 10 consultas	39(40,2%)	58(59,8%)	
Não sabe	3(50%)	3(50%)	
Profissional que realizou o pré-natal			
Enfermeiro(a)	16(33,3%)	32(66,7%)	0,112 ²
Médico(a)	15(50%)	15(50%)	
Enfermeiro(a) e Médico(a)	63(47,7%)	69(52,3%)	
Não sabe	2(100%)	0(0%)	
Você foi acompanhada pelos mesmos profissionais durante o pré-natal?			
Sim	64(42,1%)	88(57,9%)	0,184 ¹
Não	32(53,3%)	28(46,7%)	
Recebeu o cartão de pré-natal?			
Sim	96(45,3%)	116(54,7%)	0,169 ¹
Não	-	-	
Você teve acompanhante? Se sim, quem foi?			
Companheiro	32(51,6%)	30(48,4%)	0,343 ¹
Familiar	29(46,8%)	33(53,2%)	
Não teve acompanhante	35(39,8%)	53(60,2%)	
Você foi informada durante o pré-natal que tinha direito a um acompanhante na hora do parto?			
Sim	71(53,4%)	62(46,6%)	0,003 ¹
Não	25(31,6%)	54(68,4%)	
Realizou exames no pré-natal?			
Sim	96(45,3%)	116(54,7%)	0,169 ¹
Não	-	-	
Fez ultrassom?			
Sim	96(45,3%)	116(54,7%)	0,169 ¹
Não	-	-	

Fez hemograma completo?			
Sim	93(44,9%)	114(55,1%)	
Não	3(60%)	2(40%)	0,66 ²
Fez TR para HIV?			
Sim	94(45,9%)	111(54,1%)	
Não	2(28,6%)	5(71,4%)	0,46 ²
Fez TR para Sífilis?			
Sim	84(47,2%)	94(52,8%)	
Não	12(35,3%)	22(64,7%)	0,276 ¹
Fez TR para Hepatite B (HBsAg)?			
Sim	93(45,6%)	111(54,4%)	
Não	3(37,5%)	5(62,5%)	0,731 ²
Fez TR para Hepatite C?			
Sim	72(46,5%)	83(53,5%)	
Não	24(42,1%)	33(57,9%)	0,541 ¹
Fez Glicemia de jejum?			
Sim	92(44,9%)	113(55,1%)	
Não	4(57,1%)	3(42,9%)	0,703 ²
Fez VDRL?			
Sim	55(39,3%)	85(60,7%)	
Não	41(56,9%)	31(43,1%)	0,021 ¹
Fez Toxoplasmose?			
Sim	74(45,4%)	89(54,6%)	
Não	22(44,9%)	27(55,1%)	1 ¹
Fez Anti-HBSAG?			
Sim	17(48,6%)	18(51,4%)	
Não	79(44,6%)	98(55,4%)	0,059 ¹
Fez Anti-HCV?			
Sim	13(38,2%)	21(61,8%)	
Não	83(46,6%)	95(53,4%)	0,475 ¹
Fez eletroforese de hemoglobina?			
Sim	6(37,5%)	10(62,5%)	
Não	90(45,9%)	106(54,1%)	0,697 ¹
Fez TOTG (teste de tolerância a glicose, "exame da garapa")?			
Sim	61(50,4%)	60(49,6%)	
Não	35(38,5%)	56(61,5%)	0,111 ¹
Fez ABO/RH (tipagem sanguínea)?			
Sim	76(43,9%)	97(56,1%)	
Não	20(51,3%)	19(48,7%)	0,512 ¹
Fez Coombs indireto?			
Sim	10(38,5%)	16(61,5%)	
Não	86 (46,2%)	100 (53,8%)	0,592 ¹

Fez sumário de urina?	77(45,8%)	91(54,2%)	
Sim	19(43,2%)	25(56,8%)	0,885 ¹
Não	5(21,7%)	18(78,3%)	
Onde foi realizado o pré-natal?			
Unidade de saúde da família do bairro (USF)	41(34,5%)	78(65,5%)	
Hospital/Maternidade em Recife (convênio/privado)	7(70%)	3(30%)	
USF e Hospital/Maternidades em Recife (SUS)	41(60,3%)	27(39,7%)	
Consultório particular (privado/convênio)	4(66,7%)	2(33,3%)	
USF e Consultório particular	3(33,3%)	6(66,7%)	0,002 ²
Classificação de risco gestacional			
Risco habitual	15(40,5%)	22(59,5%)	
Médio risco	0(0%)	4(100%)	
Alto risco	81(47,4%)	90(52,6%)	0,166 ²

***Três puérperas não realizaram pré-natal e três não responderam se foram vinculadas. Seis puérperas foram retiradas da análise.

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência. ²p-valor do teste Exato de Fisher.

Discussão

Análise do perfil sociodemográfico

Características sociodemográficas, como baixa escolaridade, recebimento de benefício social e falta de orientação sobre o direito ao acompanhante no parto, estiveram associadas à não vinculação, com percentuais de 76,5%, 60,9% e 68,4%, respectivamente. O estudo dos autores¹³, corrobora esse achado, mostrando que puérperas com menor escolaridade receberam menos orientação sobre a maternidade de referência (53,5%) e foram as que mais peregrinaram (38,7%). Essas condições refletem vulnerabilidade social e desigualdades no acesso à informação e aos serviços de saúde¹⁴. Estudos recentes^{8,9}, destacam que, quanto maior a escolaridade da puérpera, maior a possibilidade de solicitar seus direitos e acessar informações.

Em relação idade, raça/cor, estado civil e ocupação, 83,49% tinham entre 18 e 35 anos, 67,9% se declararam pardas, 42,6% eram solteiras e 61% estavam desempregadas. Esses achados refletem

fatores de vulnerabilidade destacados pelo MS e por estudos sobre determinantes sociais da mortalidade materna. Esses aspectos reforçam as fragilidades sociais dessas mulheres, considerando que renda, trabalho e educação são elementos determinantes para o acesso a uma assistência obstétrica adequada e para a redução dos riscos maternos¹⁵.

Em relação a região de moradia, o estudo mostrou que, as gestantes que eram provenientes do interior de Pernambuco, foram menos vinculadas a uma maternidade de referência (68,2%). Fato que pode ser explicado pelas dificuldades geográficas de acesso pela escassez de maternidades de alto risco nos locais onde as mulheres residem, e pela falta de profissionais qualificados que não fornecem instrução adequada sobre a maternidade de referência durante as consultas de pré-natal. Problemas estruturais não justificam a falta dessa orientação, já que tais atos são unicamente dependentes das ações dos profissionais^{8,14,16}.

Um estudo que buscou analisar o acesso aos

serviços de atenção ao parto no interior de Pernambuco, Nordeste do Brasil, identificou que gestantes de alto risco (49,1%) precisaram se locomover por mais de 120km, prolongando mais de duas horas de viagem para ter o parto ou a emergência obstétrica assistida¹⁷. Nesse sentido, a criação das Centrais de Regulação de Leitos visa ampliar a disponibilidade de serviços de saúde de maneira mais ágil e em locais apropriados, reduzindo obstáculos no acesso e promovendo maior interação entre os pontos de atenção. No entanto, apenas a implementação dessa central não assegura o funcionamento eficaz do sistema de referência e contrarreferência, nem garante uma melhoria efetiva no acesso aos serviços^{9,14,18}.

Análise da vinculação e suas repercussões na saúde materna e neonatal

De acordo com os resultados analisados, foi observado um percentual de 53,95% de não vinculação a uma maternidade de referência. Um dado semelhante foi encontrado no inquérito nacional, que evidenciou a região Norte com 51,8% de taxa de não vinculação, sendo esta a maior entre as regiões. Neste mesmo inquérito, a região Nordeste ficou em segundo lugar, com uma taxa de 48,7% de mulheres não vinculadas a um serviço de assistência ao parto. Em contrapartida, o Sudeste foi a região com a menor taxa de não vinculação (39,2%), seguido pela região Sul, com 39,7%. Esses dados demonstram as significativas diferenças nos percentuais de vinculação entre as regiões brasileiras⁸.

A ausência da vinculação a uma maternidade de referência implica em grandes deslocamentos das gestantes em busca de locais para o parto e demonstra dificuldade de acesso aos serviços de saúde¹⁷. A falta

de vínculo entre os serviços de pré-natal e os de assistência ao parto adiciona mais risco à saúde da parturiente e do recém-nato, que peregrinam entre os serviços^{6,13}. Estruturar os serviços das redes de atenção à saúde da mulher, adequar o referenciamento vinculando o pré-natal ao parto entre os níveis de atenção e expandir a cobertura dos serviços, podem contribuir para a redução da morbimortalidade materna e neonatal¹⁹.

Vinculação no pré-natal

A análise da frequência da vinculação à maternidade de referência associada à consulta pré-natal evidenciou que, mesmo as mulheres que iniciaram o pré-natal precocemente, que foram acompanhadas pelos mesmos profissionais e que tiveram mais de dez consultas, não foram vinculadas a uma maternidade de referência para o parto. Este achado corrobora com o estudo do autor¹³, onde 57% das mulheres iniciaram o pré-natal precocemente, 88,1% foram acompanhadas pelo mesmo profissional, 74,7% realizaram mais de seis consultas e apenas 61,3% foram informadas sobre a maternidade de referência.

A presente pesquisa evidenciou associação entre as gestantes que realização pré-natal numa USF com a não vinculação (65,5%). Um estudo realizado em Florianópolis, que teve como objetivo compreender as percepções das gestantes acerca do cuidado recebido durante o pré-natal, no âmbito da atenção primária à saúde, revelou que, das 12 pacientes entrevistadas, nenhuma recebeu orientações sobre as maternidades disponíveis, nem foi convidada a conhecê-las. Esse achado demonstra a qualidade de atendimento prestado pelos profissionais dos serviços de atenção ao pré-natal²⁰.

Ainda que haja esforço desempenhado pelo governo, por meio de programas, leis, portarias e dos princípios do SUS que buscam garantir a oferta de ações de integração, acesso universal e igualitário nas unidades de saúde materno infantil, o cenário atual mostra que esse empenho ainda não é suficiente para garantir a continuidade da atenção prestada à gestante, visto que a literatura apresenta altas taxas de não vinculação, o que resulta em alto índice de peregrinação. Cabe ressaltar que a peregrinação é considerada uma violência no campo obstétrico⁹.

A atuação do enfermeiro pode contribuir significativamente para a redução dessas taxas de não vinculação. Além de atuar no pré-natal, oferecendo cuidados de enfermagem de qualidade, ele tem um papel fundamental na implementação da Lei de vinculação, orientando as gestantes sobre seus direitos e promovendo o vínculo com a maternidade de referência. Dessa forma, o enfermeiro pode minimizar a peregrinação entre os serviços e garantir que a gestante tenha acesso a uma assistência contínua e adequada ao longo da gravidez e no parto^{12,21}.

Considerando os pontos abordados neste estudo, a vinculação à maternidade de referência não deveria ser um problema de saúde pública na atualidade. Todavia, continua sendo uma experiência vivenciada por gestantes de diversas regiões do país, conforme mostram os resultados da presente pesquisa e os dados trazidos pela literatura utilizada. Vale ainda salientar que, mesmo após 17 anos de vigência da lei de vinculação, os resultados do presente estudo elucidaram problemas de vinculação entre unidades básicas de saúde que prestam assistência ao pré-natal às maternidades^{14,22,23}.

Conclusão

Os achados evidenciaram significativo percentual de ausência de vínculo das gestantes com as maternidades de referência. Tendo como fatores associados a realização do pré-natal numa unidade de saúde da família (USF) e a região de moradia no interior de Pernambuco.

Fornecer orientação adequada às gestantes sobre os serviços de assistência ao parto retrata uma barreira na garantia do acesso em tempo oportuno a esse tipo de unidade de saúde. Deste modo, a pesquisa enfatiza a necessidade da efetivação da vinculação de gestantes a maternidades de referência nas consultas pré-natal, conforme Lei nº 11.634/2007.

Destaca-se a importância dos profissionais em fornecer orientações às gestantes sobre sua maternidade de referência de acordo com a classificação gestacional, tendo como objetivo prevenir a peregrinação e os riscos trazidos por ela ao binômio e fazendo valer o direito das gestantes quanto a vinculação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gm/Ms Nº 5.350. Rede Alyne. Brasília: Ministério da Saúde. 2024.
2. Brasil. Lei da Vinculação. Presidência da República. Brasília. Constituição Federal. 2007.
3. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretária de Atenção à Saúde: Cadernos de atenção pré-natal de baixo risco, 32. Ministério da Saúde. 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Assembleia Legislativa: Institui a Rede Cegonha. Brasília. Constituição Federal. 2011.
5. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Escola Anna Nery. 2021; 25.

6. Vidal ECF, Oliveira LL, Oliveira CAN, Balsells MMD, Barros MAR, Vidal ECF, et al. Prenatal care associated with neonatal outcomes in maternity hospitals: a hospital-based cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2024; 57:e20230145.
7. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Nações Unidas no Brasil. 2023. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>.
8. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Revista de saude publica*. 2020; 54:08.
9. Nunes GFO, Matos KKC, Melo DEB, Viana LSS, Espínola MMM. Violência obstétrica na visão de mulheres no parto e puerpério. *Biológicas & Saúde*. 2020; 10(35):12-29.
10. Alexandre VN, Borges RS, Santiago JCD, Cabral BTV, Souza FMLC, Soares JP. Assistência de enfermeiros obstetras em partos de risco habitual no Brasil: potencialidades e desafios. *REVISA*. 2025; 14(1):1235-49.
11. Cavalcante AG, Taveira LR, Silva SV, Paes RL, Jacob TN, Pinheiro MB, et al. A inserção do enfermeiro na visita de acolhimento das gestantes em uma maternidade pública. *Enferm Foco*. 2022; 13:e-202237ESP1.
12. Valério PCA, Oliveira VR. Papel do enfermeiro no acompanhamento pré-natal na estratégia de saúde da família. *Cadernos da Escola de Saúde*. 2023; 22(2):12-22.
13. Mendes RB, Santos JM de J, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations prenatal and birth humanization program. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2020 Mar 1;25(3):793-804.
14. Mesquita AL, Rodrigues HBV, Ferreira UR, Domingos MAF, Oliveira BLCA, Cardoso AMR, et al. Factors associated with antepartum pilgrimage at a reference maternity hospital in Ceará. *Rev Escola Enferm USP*. 2024; 58.
15. Paz SVR. Universidade Federal do Ceará centro de ciências agrárias mestrado profissional em avaliação de políticas públicas. Acesso de gestantes ao pré-natal de alto risco em uma maternidade de referência para a rede cegonha: uma investigação avaliativa. Fortaleza, 2021.
16. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Escola Anna Nery*. 2021; 25.
17. Leite RMB, Araújo TVB, Silva MRF, Gouveia Mendes AC, Albuquerque MSV. Access to childbirth care services in the interior of Pernambuco, Northeast region of Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2023; 57.
18. Lagisk AP, Cabral AH, Camargo DRSP, Vanderlei FRA, et al. Qualificar a referência e contrarreferência da linha de cuidados da gestante para a redução da mortalidade materno-infantil na região de saúde de Itapeva-SP. *Rev Qualidade HC*. 2023; 8-11.
19. Shimizu HE, Carvalho ALB, Brêtas Júnior N, Capucci RR. Regional health planning in brazil from the perspective of health managers: advances and challenges. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2021; 26:3385-96.
20. Livramento DVP, Backes MTS, Damiani PR, Castillo LDR, Backes DS, Simão MAS. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019; 40:e20180211.
21. Martins R, Santos EMP. Pré-natal na atenção básica. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2024; 6(11):4131-43.
22. Rodrigues DB, Backes MTS, Delziovio CR, Santos EKA dos, Damiani PR, Vieira VM. Complexidade do cuidado da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2022; 43.
23. Fernandes JA, Venâncio SI, Pasche DF, Silva FLG, Aratani N, Tanaka OY, et al. Assessment of care for high-risk pregnancy in four Brazilian metropolises. *Cadernos Saúde Pública*. 2020; 36.