



AVALIAÇÃO DA VINCULAÇÃO DE GESTANTES DURANTE O PRÉ-NATAL À MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA

TATIANE DA SILVA COELHO; ADRIANA MORENO DE LIMA; ANA KELVE DE CASTRO DAMASCENO; MARIA SALETE BARBOSA MONTEIRO; LUCIANE NUNES BATISTA

RESUMO

Introdução: É por meio do pré-natal, garantido pela Portaria nº. 569, que a gestante poderá estabelecer vínculo com a maternidade para o parto, baseado em seu risco, localização geográfica e outros fatores a serem considerados pelo município. Dessa forma, é imprescindível que essa mulher seja captada, se não na avaliação pré-concepcional, mas tão logo inicie a gestação, sendo o enfermeiro um profissional ímpar para orientar e prestar assistência nesse período. A captação precoce deve estar aliada à estratificação do risco gestacional, de forma que essa paciente seja acompanhada por um pré-natal de risco habitual ou de alto risco. A atuação do enfermeiro inicia na principal porta de entrada do SUS, que é a atenção básica. **Objetivos:** Avaliar a implementação da vinculação das gestantes à maternidade de referência para o parto e atendimento obstétrico em casos de intercorrências na gravidez. **Método:** Pesquisa descritiva, transversal e quantitativa, desenvolvida no período de julho a dezembro de 2020, na emergência de uma maternidade pública de nível terciário. A amostra foi composta por 200 gestantes que buscaram atendimento na emergência desse serviço. **Resultados:** Houve 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 ($OR=6,95$). O estudo apontou que 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 ($p=0,004$). **Conclusão:** 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; Segurança do paciente.

1 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 (UNFPA, 2019). Como tentativa de sanar as falhas na assistência à saúde materna que permeiam esses locais, 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, 2015).

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 de Saúde (OMS) lançou a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos 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, 2015).

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; SK et al., 2019).

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 asseguram 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, garantido pela Portaria nº. 569, que a gestante poderá estabelecer vínculo com a maternidade para o parto, baseado em seu risco, localização geográfica e outros fatores a serem considerados pelo município. Dessa forma, é imprescindível que essa mulher seja captada, se não na avaliação pré-concepcional, mas tão logo inicie a gestação, sendo o enfermeiro um profissional ímpar para orientar e prestar assistência nesse período. A captação precoce deve estar aliada à estratificação do risco gestacional, de forma que essa paciente seja acompanhada por um pré-natal de risco habitual ou de alto risco. A atuação do enfermeiro inicia na principal porta de entrada do SUS, que é a atenção básica (SESA, 2017a).

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).

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.

2 MATERIAL E MÉTODOS

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 (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, sendo referência para todo o estado em termos de alta e média complexidade.

A população do estudo foi composta por 200 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 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).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

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.

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).

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%) declararam 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, enquanto 33 (16,5%) mulheres alegaram estar sem companheiro.

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 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 à síndromes hipertensivas, conforme mostra estudo desenvolvido em Minas Gerais sobre o perfil epidemiológico de mortalidade materna (MARTINS; SILVA, 2018).

Quanto ao número de consultas de pré-natal, 101 (50,5%) mulheres tiveram menos de 6 consultas de pré-natal na gestação atual, enquanto 99 mulheres (49,5%) tiveram 7 ou mais consulta 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 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, enquanto 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.

De acordo com a Tabela 1, 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 1- Análise de associação entre conversa sobre vinculação no pré-natal e o conhecimento sobre vinculação. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2021.

Conhecimento sobre vinculação					p-valor	RR	OR
		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			

*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 2:

Tabela 2- Análise de associação entre o local do pré-natal e o conhecimento sobre vinculação relatado. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2021.

		Conhecimento sobre vinculação		Total	p-valor
		Sim	Não		
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	

*Teste de *Qui-quadrado*

4 CONCLUSÃO

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.

REFERÊNCIAS

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 17/01/2020.

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 15/01/2020.

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.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Rev Bras Enferm**, v. 71, supl1, p. 725-31, 2018.

MELO, A. L. L.; VASCONCELOS, L. D. P. G. Vinculação da Gestante à Maternidade de Referência para o Parto - A Experiência do Município de Fortaleza. 2019. 27 slides.

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

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 18/01/2020.

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 14/01/2020.

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 14/01/2020.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York: United Nations, 2015. 35p. Disponível em:

<https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E>. Acesso em 14/01/2020

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Situação da População Mundial 2019**.

Brasília: UNFPA, 2019. 179p. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_final.pdf>. Acesso em 14/01/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)**. Geneva: World Health Organization, 2015. 108p.

Disponível em:

<<https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>>. Acesso em 14/01/2020.