

Artigo Original

Conhecimentos e percepções de enfermeiros(as) e médicos(as) acerca da vinculação da gestante à maternidade

Nurses' and physicians' knowledge and perceptions regarding pregnant women's referral to maternity care

Conocimientos y percepciones de enfermeras y médicos sobre el apego de las embarazadas a la maternidad

Melissa Hartmann^I, Letícia Becker Vieira^{II},
Fernanda Peixoto Cordova^{II}, Junia Aparecida Laia da Mata^{II},
Laura Leismann de Oliveira^{II}, Fernanda Klein de Menezes^I

^I Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

^{II} Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Resumo

Objetivo: compreender os conhecimentos e percepções de enfermeiros(as) e médicos(as) que atuam na obstetrícia sobre a estratégia de vinculação da gestante à maternidade referencial.

Método: estudo qualitativo com 17 profissionais de um hospital do Sul do Brasil. Aplicação do questionário ocorreu em 2022 e, após, submetidos à análise temática. **Resultados:** os participantes percebem a vinculação da gestante à maternidade como um meio que promove redução da ansiedade e do medo relacionado ao processo parturitivo. Mencionam dificuldades na sua efetivação, associados às mudanças recentes na política pública e problemas de acesso à maternidade por questões de vulnerabilidade social. **Conclusão:** existem implicações na efetivação da vinculação à maternidade relacionadas ao dimensionamento de profissionais, sendo fundamental a realização de ações de forma integrada na rede de atenção à saúde.

Descritores: Obstetrícia; Saúde Materno-Infantil; Maternidades; Gravidez; Parto

Abstract

Objective: To understand the knowledge and perceptions of nurses and physicians working in obstetrics regarding the strategy of referring pregnant women to a designated maternity care facility. **Method:** A qualitative study was conducted with 17 professionals from a hospital in southern Brazil. Data collection took place in 2022 through a questionnaire followed by thematic analysis. **Results:** Participants perceive the referral of pregnant women to a maternity facility as a strategy that helps reduce anxiety and fear related to the childbirth process. They noted challenges in implementing this strategy, particularly due to recent changes in public policy and

access barriers to maternity care caused by social vulnerability. **Conclusion:** There are challenges in effectively implementing maternity referrals related to staffing issues. Integrated actions within the Brazilian health care network are essential to ensure proper maternal care.

Descriptors: Obstetrics; Maternal and Child Health; Hospitals, Maternity; Pregnancy; Parturition

Resumen

Objetivo: comprender el conocimiento y las percepciones de enfermeros y médicos que trabajan en obstetricia sobre la estrategia de vinculación de gestantes al centro de referencia de maternidad. **Método:** estudio cualitativo con 17 profesionales de un hospital del sur de Brasil. El cuestionario fue administrado en 2022 y después sometido a análisis temático. **Resultados:** los participantes perciben el vínculo entre la gestante y la maternidad como un medio para reducir la ansiedad y el miedo relacionados con el proceso de parto. Mencionaron dificultades para hacerlo realidad, asociadas a los cambios recientes en las políticas públicas y a los problemas de acceso a la maternidad debido a la vulnerabilidad social. **Conclusión:** Existen implicaciones para la implementación de la maternidad relacionadas al número de profesionales, siendo fundamental realizar acciones de forma integrada en la red de atención a la salud.

Descriptor: Obstetricia; Salud Materno-Infantil; Maternidades; Embarazo; Parto

Introdução

A gestação envolve transformações físicas, psicológicas e sociais. É uma fase do ciclo vital em que a ambivalência impera, sendo permeada por dúvidas, medo e ansiedade, principalmente quando vivenciada pela primeira vez.¹

Gestar traça um marco de alteração de identidade da pessoa que gesta, que passa a reconhecer a ideia de materno, além de mudanças nas relações estabelecidas com a família e/ou parceria. O parto é marcado como o momento de encontro desse período de transição, de reconhecimento e concretização das identidades.²

A institucionalização do trabalho de parto e nascimento fez com que estes eventos se concentrassem no ambiente hospitalar, frequentemente peculiar para as pessoas que gestam/famílias. Deste modo, com predominância de tecnologias e intervenções somando-se ao atendimento por pessoas desconhecidas em um momento de intimidade.²

Em 2023, 98,37% dos nascimentos ocorridos no Brasil foram em hospitais. Embora a migração para o ambiente hospitalar tenha impactado nas taxas de mortalidade materna e neonatal, ao longo do tempo, outras problemáticas se acentuaram. Dentre elas, o fato das famílias enfrentarem desafios organizacionais, tais como deslocamento para os hospitais em busca de atendimento, peregrinação e demora em busca por assistência, bem como o uso indiscriminado de alta tecnologia e intervenções na parturição executados pelos profissionais da saúde.³ Toda gestante

assistida no Sistema Único de Saúde (SUS) tem direito ao conhecimento prévio e à vinculação à maternidade na qual será atendido o seu parto e/ou serviço de saúde onde ela será atendida em casos de intercorrência no pré-natal, que visa a prevenção da peregrinação e, conseqüentemente, a diminuição dos riscos maternos e fetais relacionados ao nascimento.⁴

A vinculação nos diferentes níveis de complexidade na rede de atenção à saúde (RAS) busca fortalecer a articulação entre os serviços, facilitando e identificando os centros de saúde e as maternidades de referência. A RAS procura promover segurança e tranquilidade na gestação, no trabalho de parto, nascimento e puerpério no âmbito do SUS. Além disso, pode contribuir para a construção de experiências positivas na maternidade ou hospital, apoiando-se nos profissionais da saúde com uma visão humanizada do nascimento e a garantia de informação e recursos para reduzir a insegurança materna e familiar.²

A Rede Cegonha, política pública que transformou a atenção obstétrica no Brasil, reforça o incentivo e a necessidade da vinculação como mecanismo para a humanização, garantia da segurança e da qualidade da atenção à saúde materno-infantil.⁵ No entanto, a peregrinação em busca de assistência em maternidades permanece como realidade em algumas regiões do país.⁵

Um estudo seccional, aninhado à coorte de nascimento BRISA realizado com gestantes de São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo) revelou que a peregrinação ocorre com maior frequência em gestantes que apresentam vulnerabilidade social e de forma desigual entre as regiões do Brasil. Evidenciando a ausência da garantia do acesso universal e equânime, preconizados pelo SUS.⁶

A maioria das pessoas que gestam, por apresentarem risco habitual, terá o seu primeiro contato com a maternidade no momento em que estiverem em trabalho de parto, vivenciando este processo em um local desconhecido.² A visita à maternidade auxilia na redução da ansiedade e na desmistificação de crenças equivocadas. Ainda, facilita a participação do/da acompanhante, o conhecimento de normas/rotinas institucionais e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde.¹

A atenção às pessoas que gestam precisa do desenvolvimento de todos os níveis de complexidade do cuidado, com foco na promoção e manutenção da saúde materna

e infantil, bem como a prevenção de agravos, reconhecendo os valores, as crenças, as necessidades e expectativas do núcleo familiar e individualizando o cuidado.³⁻⁵

O desconhecimento sobre a estratégia de vinculação à maternidade de referência, tanto por parte das pessoas que gestam/famílias quanto pelos profissionais da saúde envolvidos na assistência representam aspectos limitadores para a sua efetividade. Diante disso, definiu-se como questão de pesquisa: o que enfermeiras (os) e médicas (os) que atuam em um Centro Obstétrico de um hospital escola referência para gestações de alto risco, conhecem e percebem acerca da vinculação das pessoas que gestam à maternidade?

Objetivou-se, neste estudo, compreender os conhecimentos e as percepções de enfermeiros(as) e médicos(as) que atuam na obstetrícia sobre a estratégia de vinculação da gestante à maternidade referência.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. O desenvolvimento foi guiado pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).⁷

A definição do grupo a ser estudado ocorreu por conveniência e o fechamento do tamanho amostral, por saturação de dados, ou seja, quando estes se repetem e não há nenhum novo elemento ou nova informação a partir da coleta.⁸ O recrutamento dos (as) participantes se deu por e-mail enviado pela pesquisadora principal, esses foram disponibilizados pelo hospital, sendo os mesmos e-mails institucionais. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: médicos e enfermeiros atuantes na assistência à saúde materno-infantil, por no mínimo dois anos, em um hospital universitário do Rio Grande do Sul (RS). Foram excluídos (as) profissionais que estavam afastados do trabalho por motivo de licença saúde, licença maternidade ou estivessem em período de férias.

O hospital universitário localiza-se na região metropolitana, mais precisamente na capital do RS, fazendo parte da rede de saúde quaternária e sendo referência a gestações de alto risco do SUS. A coleta dos dados se deu entre os meses agosto e setembro de 2022. Foi aplicado questionário com apoio de roteiro guia digital, disponibilizado no *Google Forms*[®], no qual constavam duas partes: caracterização dos (as)

participantes e perguntas abertas que buscaram investigar os conhecimentos e as percepções sobre a vinculação da pessoa que gesta à maternidade de referência.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente à coleta. A fim de garantir o anonimato delas, os questionários foram codificados com a letra P, seguida pela sequência de participação no estudo (P1, P2, P3...P17).

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temático buscando encontrar padrões repetidos de significado, por meio de seis etapas, a saber: a familiarização com os dados; a elaboração de códigos iniciais; a aproximação dos códigos iniciais e formação de grupos temáticos relevantes; a revisão dos temas elaborados; a definição final dos grupos temáticos; e a construção da síntese interpretativa.⁹⁻¹⁰

A partir da análise temática emergiram duas categorias: Potencialidades da vinculação da pessoa que gesta à maternidade de referência; e Dificuldades da vinculação da pessoa que gesta à maternidade de referência.

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob parecer número 5.512.740 e respeitou as resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Foram convidados(as), via e-mail encaminhado pela pesquisadora principal, 15 médicos(as) e 18 enfermeiras(os). Destes, 17 (51,5%) aceitaram participar, sendo todas do sexo feminino. Ao todo, 16 convidados não responderam ao convite.

As participantes da pesquisa se autodeclararam de cor branca, sendo 15 delas (88,2%) enfermeiras obstetras e duas (11,8%), médicas obstetras. Quatro tinham entre 29 e 35 anos, sete entre 36 e 45 anos, três entre 46 e 55 anos e, três tinham 56 anos ou mais.

Potencialidades da vinculação da pessoa que gesta à maternidade de referência

As participantes refletem que a vinculação da pessoa que gesta a maternidade de referência promove sentimentos de segurança e diminuição da ansiedade materna e familiar, bem como, auxilia na garantia de seus direitos. Além disso, demonstraram

conhecer nuances da vinculação da gestante, referindo questões relacionadas ao conhecimento dos/das profissionais que atuam na área, bem como sua conjuntura quanto à política pública e direitos. Apontando aspectos da regionalização e geolocalização como projetores dos pontos de referência das maternidades.

Cada região/distrito é responsável pelo seu território e possui um hospital como referência. Ela é orientada e procura a referência, com base no georreferenciamento da unidade básica de saúde em que ela faz o pré-natal. (P2)

Toda paciente que faz pré-natal em uma unidade básica de saúde será vinculada a seu hospital de referência. (P5)

A gestante deve ser vinculada à maternidade de referência no início do pré-natal, [...], obedecendo ao fluxo municipal traçado e pactuado. (P11)

As enfermeiras obstetras e médicas obstetras reconheceram que a vinculação à maternidade, previamente ao nascimento, é potente na promoção dos sentimentos de confiança e segurança nas usuárias e, também, influenciadora no nível de satisfação de quem gesta. As participantes reconheceram a importância de garantir o direito da pessoa que gesta à vinculação a uma maternidade de referência, o que promove sentimentos de segurança e diminui a ansiedade, além de beneficiar o cumprimento das boas práticas na assistência ao trabalho de parto e nascimento.

Segurança confiança vínculo nas equipes que irão atender a gestantes no processo de parturição. (P4)

Faz muita diferença, [...] ficam mais tranquilas e menos ansiosas, pois conhecem o ambiente e as rotinas com antecedência e "sabem o que esperar" [...]. (P6)

Se a paciente fez alguma visita na maternidade e conhece o serviço isso gera mais segurança a ela na hora da internação. (P7)

Toda gestante tem direito de conhecer o lugar que escolheu para ganhar seu bebê assim como ter autonomia para guiar seu parto. (P10)

As gestantes chegam mais seguras. Verbalizando o que sabem sobre a unidade. (P14)

A inter-relação entre os níveis de assistência à saúde, de forma a garantir a continuidade do cuidado em diversos pontos da RAS de maneira articulada, foi mencionada por algumas participantes. Além disso, foram referidos possíveis caminhos para a sua viabilização, como: uso de materiais educativos – folder, vídeos; aplicação de estratégias de educação perinatal (grupos e educação individualizada em consultas); e visitas à maternidade.

Melhor atendimento no pré-natal. Divulgação do atendimento da enfermagem obstétrica na assistência ao parto folders [...] Visita das gestantes as unidades para conhecimento. (P4)

Reabrir as visitas a maternidade. Estreitar as relações com as unidades básicas que referenciam suas pacientes ao serviço, [...] pensar em capacitações aos profissionais que realizam o pré-natal de risco habitual das unidades básicas e formar um serviço de referência de contrarreferência robusta. (P6)

Grupos de gestantes; Material informativo nos serviços de pré-natal; Orientação nas consultas do centro obstétrico. (P7)

Divulgação, qualificação dos profissionais, ambiente acolhedor que atenda suas necessidades. Falar no pré-natal e explicar às gestantes, esclarecendo dúvidas.

Visitas na maternidade [...] talvez um filme mostrando o trajeto e as rotinas. (P11)

Motivação dos profissionais para qualificarem e auxiliarem nessa vinculação. Estratégias políticas para facilitar esse acesso. (P15)

A vinculação da pessoa que gesta à maternidade de referência, antes do nascimento do bebê, como direito, estratégia de promoção da saúde e diretriz de política pública é de conhecimento das participantes e sua potencialidade para promover melhores desfechos na parturição ou no nascimento são reconhecidos por elas.

Dificuldades da vinculação da pessoa que gesta à maternidade de referência

Nas adversidades citadas, destacam-se: mudanças recentes na política pública de atenção à saúde materno-infantil, a culpabilização da pessoa que gesta pela não adesão à referência para o nascimento do bebê; a dificuldade de acessar a maternidade por questões relacionadas à vulnerabilidade social; e a livre escolha pelo local onde deseja ter o bebê.

As participantes relataram que algumas conjecturas causam limitações à garantia de vinculação da pessoa que gesta à maternidade. Dentre elas, a pandemia da Covid-19.

Má adesão ao pré-natal, poucas consultas, pacientes com medo, doentes, perda de familiares, todo contexto da COVID. (P5)

As visitas a maternidades foram descontinuadas, deixando uma lacuna importante neste processo. (P6)

Impediu a realização de grupos de gestantes que faziam visitas no serviço. (P7)

Gestantes não tem um bom vínculo com a maternidade e durante a pandemia nem aconteceu esse vínculo. Por vários motivos, entre eles restrições, medo. (P10)

Os depoimentos elucidam que as enfermeiras obstetras e médicas reconhecem o impacto que a crise sanitária gerou na atenção obstétrica, dificultando a garantia do

direito de visita à maternidade de referência e a assistência continuada no ciclo gestatório. Destaca-se também a dificuldade de implementação das políticas públicas, que recomendam a vinculação da pessoa que gesta à maternidade de referência.

Identificou-se a culpabilização da pessoa que gesta por não aderir e se relacionar de forma contínua ao pré-natal, a não se vincular à maternidade de referência. Algumas participantes mencionaram a responsabilidade profissional em vincular a pessoa que gesta à maternidade.

Muitas gestantes mudam a referência da maternidade na hora do parto porque não querem ganhar na sua referência. Acredito que são orientadas no pré-natal. (P4)

As unidades básicas de saúde encaminham para hospital de referência, o que acontece é a gestante não seguir a orientação. (P5)

Infelizmente são poucas gestantes que procuram ou tem conhecimento que podem fazer visitas e ter esse vínculo. (P9)

Na prática não funciona muito bem, são poucos hospitais SUS para atender a demanda da classe mais vulnerável e só piora ainda mais com o "retrocesso da Rede Cegonha" reformulação das políticas públicas. Mais uma vez as mulheres e principalmente gestantes, puérperas ficam mais expostas, vulnerável a violência obstétrica e entre outras questões. (P10)

Acerca das adversidades elencadas nessa pesquisa, observou-se que há uma dificuldade das maternidades de garantirem o direito da pessoa que gesta a referência. Ao mesmo tempo, a culpabilização do usuário pela não adesão a referência, por questões de vulnerabilidade social e políticas públicas.

Discussão

O acesso ao pré-natal qualificado e uma rede de saúde articulada foram reconhecidos, neste estudo, como potencialidades para garantir a vinculação adequada à referência para o nascimento. Uma assistência de qualidade inclui a articulação entre diferentes pontos da RAS, em que múltiplos atores movem-se em prol de um cuidado humanizado, qualificado e seguro. Deste modo, a assistência à gestação é vivenciada e operacionalizada por meio das consultas de pré-natal e serviços especializados, conforme a necessidade.¹¹⁻¹²

O incentivo da vinculação à maternidade desde as consultas de pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se em uma importante estratégia de cuidado. Também, o investimento na educação em saúde pode oportunizar às

peessoas que gestam informações que guiarão suas escolhas e protagonismo no processo parturitivo.¹³

Contudo, no período dessa pesquisa, a rede de saúde materno-infantil se apresentava frágil, com mudanças recentes e desarticuladas, favorecendo a exposição das/dos usuárias(os) a uma descontinuidade do cuidado. Um estudo, que objetivou descrever os indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil, realizado no RS, sugere que entre os elementos apontados pelos profissionais como obstáculos para alcance dos indicadores de qualidade da assistência, estão: irresponsabilidade das entidades governamentais, a desorganização das políticas e redes de saúde, a falta de compromisso dos trabalhadores que atuam na atenção primária, secundária e terciária.¹³

Ações de promoção e prevenção da saúde são daqueles profissionais que atuam na APS. Práticas educativas no pré-natal fortalecem a promoção de saúde, que repercute em menos doenças e complicações associadas à saúde das mulheres e das crianças. Nessa vertente, o/a profissional deve assumir o seu protagonismo na sua atuação e responsabilizar-se conjuntamente pela saúde coletiva e individual.¹²

Uma pesquisa acerca do conhecimento de puérperas sobre a orientação recebida no pré-natal, desenvolvida no estado de Santa Catarina, aponta que 38,2% das participantes reconheceram ter recebido orientação sobre a visita guiada à maternidade durante as consultas. Ainda, revela que pessoas que gestam atendidas por médico(as) e enfermeiros(as) têm 41% a mais de chance de receber orientações adequadas no pré-natal, quando comparadas ao atendimento somente por médicos(as).¹⁴

Durante a gestação, a pessoa que gesta passa por diversas modificações físicas, sociais e psicológicas, causando estados de ansiedade e insegurança. Tais sentimentos estão vinculados às experiências pessoais. As pessoas que gestam que conheceram a maternidade previamente ao nascimento do bebê tiveram experiências positivas no trabalho de parto e nascimento, e vivenciaram menos medo, ansiedade e insegurança. Isso está associado ao processo psicossomático, na qual o ambiente físico tem influência. Por isso, conhecer o local do nascimento com antecedência pode desmistificar cenários abstratos projetados e envolver o/a acompanhante da parturição, dando apoio ao protagonismo de quem porem.¹⁵

A possibilidade de visualizar o local do parto, o entendimento das etapas do trabalho de parto até o pós-parto e o acolhimento da pessoa que pessoa/família é de responsabilidade das instituições e dos profissionais de saúde. Enfatiza-se a importância da visita à maternidade de referência durante o pré-natal, visto que, há comprovação da contribuição para a humanização, promovendo a possibilidade de sanar dúvidas, entender a logística organizacional dos serviços e a familiarização com o ambiente que a/o usuária(o) e o/a acompanhante irão permanecer por um determinado período.^{2,16} Um estudo comparativo de coorte Nascer no Brasil, desenvolvido entre 2013 e 2017, evidenciou que, em 2013, 15,2% das mulheres haviam realizado visita à maternidade antes do parto e, em 2017, passou para 27%.¹⁵

Em 2011, foi criada a Rede Cegonha;¹⁷ com ela, foi incentivada a abertura de Centros de Parto Normal (CPN), a formação e inserção de enfermeiras (os) obstetras no SUS e a adoção de práticas baseadas em evidências científicas na atenção pré-natal, no parto, pós-parto e na saúde da criança até os 24 meses de vida. Essa iniciativa que fortaleceu a saúde das mães e bebês, se contrapondo ao modelo obstétrico tecnocrático predominante no país.

Uma pesquisa realizada em uma maternidade referência para partos de risco habitual e intermediário, com objetivo de comparar a assistência ao trabalho de parto e nascimento em duas coortes de uma maternidade pública apontou que 60% das gestantes foram orientadas durante as consultas de pré-natal sobre a maternidade de referência para a assistência ao parto. Destas, 84,5% tiveram o parto na maternidade indicada; 15% sofreram dificuldade para acessar a maternidade e entre as razões estavam: ausência de condições de atendimento, falta de profissionais, insumos ou equipamentos e superlotação.¹⁸

A peregrinação em busca de assistência demonstra fragilidades da RAS e oferece riscos ao binômio mãe-bebê, os estabelecimentos precisam trabalhar de forma articulada, integrando a referência e contrarreferência, garantindo leito e condições de internação das/dos usuárias(os) por meio de uma central de regulação de vagas, oportunizando assistência em tempo adequado, principalmente nas situações de alto risco materno e fetal. A oferta de atendimento em tempo oportuno é proporcional ao risco de desfechos.¹⁹

A corresponsabilização pela continuidade do cuidado entre os diferentes pontos de atenção da RAS é fundamental para que a vinculação à maternidade alcance o seu objetivo maior, que é garantir a segurança, qualidade e promover experiências positivas no trabalho de parto, nascimento e no pós-parto.

A melhoria na qualidade de atenção à saúde das mulheres e das crianças inclui a organização da RAS materno-infantil. Algumas ações nesse sentido foram elaboradas de forma articulada entre o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, dentre elas destaca-se: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000); o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS); a Rede Cegonha; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e o Projeto ApiceOn – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia.²⁰

Entretanto, algumas interferências no ciclo destas políticas/estratégias, afetaram a sua implementação, por exemplo: gestão desordenada da saúde pública; o sucateamento do SUS; e o fortalecimento do modelo tecnocrático predominante no país. Desse modo, estabelece-se conflito entre as expectativas de quem gesta (de sua família) e a realidade da atenção obstétrica.

Uma pesquisa que objetivou compreender o significado da gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na visão de enfermeiras da APS, revelou dificuldades em garantir a continuidade do cuidado ao binômio mãe-bebê e na inserção das usuárias na maternidade. Os planos de parto elaborados por elas com auxílio profissional na atenção básica, comumente, não eram respeitados nos serviços de referência. Ainda, as informações sobre o trabalho de parto e nascimento são conhecidas pelos profissionais por meio do relato das mulheres e a falha de comunicação entre as referências é apontada como fragilidades da assistência, tendo como principais motivações a sobrecarga de atividades e a execução concomitante de gerência da unidade e assistência.²⁰⁻²¹

É fundamental a articulação dos pontos da RAS no campo materno-infantil, oportunizando atendimento universal, de forma individualizada e multidimensional.

Portanto, estratégias precisam ser desenvolvidas para ampliar e facilitar a comunicação entre os/as profissionais nos diferentes níveis de complexidade, de forma a compartilhar a responsabilidade pelo cuidado e favorecer a criação de experiências maternas/familiares positiva, bem como auxiliar na qualidade da assistência oferecida.¹⁹

A pandemia causada pela Covid-19 repercutiu na assistência materna e infantil e os impactos gerados estão associados à descontinuidade do acompanhamento pré-natal, o retrocesso em direitos adquiridos amplamente, a peregrinação entre maternidades no momento da assistência ao trabalho de parto e nascimento, o aumento nos indicadores de morte materna e barreiras na vinculação da gestante com a maternidade de referência.²²

Um estudo identificou que durante a pandemia houve redução de consultas e exames durante o pré-natal, o que poderia potencializar riscos à mãe e ao bebê. Também, medidas restritivas e redução do convívio social durante a gestação exacerbaram o sentimento de ansiedade e medo entre as pessoas que gestam.²²

Por mais que a situação sanitária tenha melhorado nos últimos meses, os reflexos da pandemia permanecem maculando a atenção obstétrica e, neste momento, a saúde pública vivencia o resgate de direitos e estratégias políticas para melhorar o cuidado à população. É a janela de oportunidade para fortalecer o que deu certo, principalmente a Rede Cegonha, e abandonar aquilo que perpetua péssimos indicadores de saúde materno-infantil, como o modelo obstétrico tecnocrático predominante, a centralidade da assistência ao parto na figura médica, a falta de investimento em ações de educação perinatal, no planejamento reprodutivo e na formação e inserção de enfermeiras(os) obstetras para atuar no SUS.

Visto que a coleta de dados foi remota, a pesquisadora principal não pôde estar junto às participantes observando o dito e o não dito nos questionários, o que poderia elucidar mais aspectos do objeto estudado. Além disso, houve pouca adesão da categoria médica à pesquisa, o que impossibilitou conhecer de forma aprofundada as percepções e os conhecimentos dessa categoria profissional.

Mesmo diante de tais limitações, reconhece-se a importância que este estudo pode trazer para a área materno-infantil, principalmente no campo onde se deu a investigação científica. Foi possível observar a importância da referência a maternidade

como potencialidade de cuidado em saúde, já as dificuldades apontadas pelos profissionais sinalizam a necessidade de ampliação do olhar de gestores locais e federais a esse cenário e população.

Conclusão

A partir desta pesquisa, foi possível compreender que as enfermeiras obstetras e médicas obstetras, possuem conhecimentos sobre a vinculação de quem gesta à maternidade de referência; reconhecem suas potencialidades na promoção da saúde materno-infantil e do sentimento de segurança nas/nos usuárias(os) dos serviços, potencializando experiências parturitivas positivas.

Além disso, as participantes demonstraram reconhecer que existem dificuldades na operacionalização da vinculação à maternidade de referência, identificando a necessidade de corresponsabilização entre os diferentes pontos de atenção da RAS e de investimento em educação permanente para os profissionais e em saúde no período perinatal. Ainda, esse trabalho elucidou a importância da realização das ações de saúde de forma integrada entre as diferentes categorias profissionais e todos os níveis de complexidade de cuidado, para promover uma vinculação resolutiva.

Além disso, a comunicação efetiva e referência e contrarreferência bem estruturadas são caminhos para garantir o direito à vinculação precoce à maternidade. Outro aspecto é a necessidade da retomada de investimento em políticas públicas que fomentem a vinculação da pessoa que gesta à maternidade, antes do nascimento do bebê.

Recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos sobre a temática que apresentem a perspectiva da usuária sobre a vinculação à maternidade, bem como observar as associações culturais de outras regiões e de outros profissionais da saúde envolvidos na assistência.

Referências

1. Costa JBO, Alcântara MR, Santos DV, Souza DC. Para uma vinda bem-vinda: a visita à maternidade como uma prática humanizada no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Alves GSB, Oliveira E. Tópicos em Ciências da Saúde. Belo Horizonte: Poisson; 2021. Vol. 22; p. 15-8. doi: 10.36229/978-65-5866-061-3.CAP.02.

2. Medeiros SNO, Caetano AA, Santos DS, Lima LNF, Alves JPC, Fonseca SCT, et al. Acolher: Visita guiada de gestantes à maternidade da região do bico do papagaio. *Rev Extensão* [Internet]. 2023 set 04 [acesso em 2023 set 20];7(3):61-6. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/8763>.
3. DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do do Brasil [Internet]. 2023 [acesso em 2024 ago 24]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
4. BRASIL. Presidência da República. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 20 set. 2023.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022 [acesso em 2022 set 01]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>.
6. Moraes LMV, Simões VMF, Carvalho CA, Batista RFL, Britto e Alves MTSS, Thomaz EBAF, et al. Factors associated with the involuntary pilgrimage for childbirth care in São Luís (Maranhão State) and Ribeirão Preto (São Paulo State), Brazil: a contribution from the BRISA cohort. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(11):e00151217. doi: 10.1590/0102-311X00151217.
7. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. doi: 10.37689/acta-ape/2021AO02631.
8. Ribeiro J, Souza FN, Lobão C. Editorial: saturação da Análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados? *Rev Pesqui Qual* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 set 20];6(10):iii-vii. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/213>.
9. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(3):621-6. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007.
10. Rosa LS, Mackedanz LF. A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. *Rev Atos Pesqui Educ*. 2021;16:e8574. doi: 10.7867/1809-0354202116e8574.
11. Livramento DVP, Backes MTS, Damiani PR, Castillo LDR, Backes DS, Simão AMS. Perceptions of pregnant women about prenatal care in primary health care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180211. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180211.
12. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00195815. doi: 10.1590/0102-311X00195815.
13. 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. *Esc Anna Nery*. 2021;25(1):e20200098. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098.
14. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:S85-100. doi: 10.1590/0102-311X00126013.

15. Soa AC, Moreno MCC, González IM. Teoría de los sistemas de enfermería en la prevención del bajo peso al nacer, roles y funciones de enfermería en atención primaria de salud. *Int J Med Surg Sci.* 2021;8(1):1-10. doi: 10.32457/ijmss.v8i1.631.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351, 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html. Acesso em: 20 set. 2023.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
18. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2020;54:8. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001458.
19. Amorim TS, Backes MTS, Carvalho KM, Santos EKA, Dorosz PAE, Backes DS. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery.* 2022;26. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0300.
20. Amorim TS, Backes MTS, Santos EKA, Cunha KS, Collaço VS. Obstetric/neonatal care: expansion of nurses' clinical practice in Primary Care. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(4):358-64. doi: 10.1590/1982-0194201900050.
21. Sanfelice CFO, Mata JAL, Baraldi NG. Planned home birth and the COVID-19 pandemic: a necessary reflection. *Online Braz J Nurs.* 2022;21(Suppl 2). doi: 10.17665/1676-4285.20226556.
22. Joaquim RHVT, Dittz ES, Leão A, Madalena CM, Costa PR, Azevedo L, et al. Maternidade em tempos de pandemia de Covid-19: o que nos revelam as mães atendidas em um hospital de referência. *Interface (Botucatu).* 2022;26:e210785. doi: 10.1590/interface.210785.

Contribuições de autoria

1 – Melissa Hartmann

Autor Correspondente

Enfermeira – hmelissahartmann@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

2 – Letícia Becker Vieira

Enfermeira, Doutora – lebvieira@hotmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

3 – Fernanda Peixoto Cordova

Enfermeira, Doutora – fcordova@hcpa.edu.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

4 – Junia Aparecida Laia da Mata

Enfermeira, Doutora – jmata@hcpa.edu.br

Revisão e aprovação da versão final

5 – Laura Leismann de Oliveira

Enfermeira, Doutora – lloliveira@hcpa.edu.br

Revisão e aprovação da versão final

6 – Fernanda Klein de Menezes

Enfermeira, Residente – fkmenezes@hcpa.edu.br

Revisão e aprovação da versão final

Editor-Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor Associado: Graciela Dutra Sehnem

Como citar este artigo

Hartmann M, Vieira LB, Cordova FP, Mata JAL, Oliveira LL, Menezes FK. Nurses' and physicians' knowledge and perceptions regarding pregnant women's referral to maternity care. Rev. Enferm. UFSM. 2024 [Access at: Year Month Day]; vol.14, e24:1-16. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769286641>