

ARTIGO

ÁREA: SAÚDE DA MULHER

VISITA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE AO LOCAL DO PARTO: PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS¹.

Guilherme Bernardo Meira²
Lanna Marília Lisboa Costa Almeida³
Lorena Santos Cardoso⁴
Raíssa Morgana Santos Fuza⁴
Thaís Emanuelle Bomfim Aragão⁴
Amália Nascimento do Sacramento Santos⁵

RESUMO

Objetivou-se identificar a percepção de usuários e profissionais sobre a visita de vinculação da gestante ao local do parto em uma maternidade do Recôncavo da Bahia. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, realizada em uma maternidade de um município do Recôncavo da Bahia, no primeiro semestre do ano 2019. A população foi constituída por mulheres no período puerperal e por profissionais relacionados a equipe multiprofissional da assistência obstétrica. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturada. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa. A visita de vinculação é importante e positiva na percepção de profissionais e puérperas que revelam sua ocorrência e evidenciam alguns dos procedimentos como os dias que ocorrem; a sua condução por um profissional da equipe multiprofissional da maternidade; apresentação dos ambientes e tecnologias disponíveis; atividade educativa sobre temas relacionados à gestação e parto; registros da visita no cartão do pré natal e em documentos da instituição; recebimento de gestantes de Unidades de Saúde da Família locais e de municípios circunvizinhos relacionados com a Região de Saúde, demonstrando a lógica sistematizada da vinculação da maternidade com o pré natal. Contudo, há vulnerabilidades individuais das mulheres por não compreenderem esse serviço e vulnerabilidades programáticas/políticas por posicionamentos equivocados de alguns profissionais sobre essa estratégia. Apesar da visita de vinculação ser sistemática e percebida como excelente ferramenta para minorar a distância entre o pré natal e o parto, favorecendo a humanização do atendimento à gestante, há lacunas que precisam ser enfrentadas pela gestão do serviço no que tange a vulnerabilidade política no atendimento às mulheres.

Palavras Chaves: Vinculação. Acolhimento. Parto Humanizado.

¹ Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso - TCC de autoria de Lanna Marília Lisboa Costa Almeida, intitulado: “Boas práticas no cuidado ao parto em uma maternidade pública do Recôncavo da Bahia” que foi recorte de resultado de pesquisa mais ampla intitulada “Caracterização do cuidado obstétrico na perspectiva da rede cegonha em uma maternidade do Recôncavo da Bahia”.

² Bacharel em Saúde e Graduando do curso de medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB;

³ Enfermeira, egressa da UFRB;

⁴ Graduandas do Bacharelado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRB;

⁵ Enfermeira obstétrica, doutora em enfermagem, docente do Centro de Ciências da Saúde – UFRB.

INTRODUÇÃO

No Brasil a assistência obstétrica ainda é marcada pela peregrinação da mulher e complicações preveníveis no momento do parto, nesse contexto, surgem políticas de saúde que garantem às gestantes assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o direito à vinculação ao local de parto, buscando possibilitar maior segurança e tranquilidade à mulher por favorecer o conhecimento dos espaços e tecnologias do serviço no qual será assistida (RODRIGUES et al, 2015).

Há mais de dez anos, a Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, tem sido o aparato legal para garantir esse direito às mulheres. Nesse dispositivo, encontra-se que:

Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: maternidade na qual será realizado seu parto e a maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal” (BRASIL, 2007, p.1).

Esse processo é de grande relevância, pois, o acolhimento e atenção às demandas de saúde da gestante, bem como a garantia à mulher do leito obstétrico no momento de seu processo parturitivo, a educação em saúde sobre a rotina e os procedimentos que poderão ser realizados são fatores que podem minimizar a violência nos cuidados obstétricos. Segundo Lansky (2014), o vínculo entre os serviços que realizam o pré-natal e o parto e o estabelecimento de referências e contrarreferências no cuidado à mulher e ao bebê permitem a integração entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado.

Contudo, apesar desse dispositivo legal, no Brasil, na região Nordeste, verificou-se que mais de 50% das mulheres, ao realizarem o pré-natal, não foram informadas sobre onde deveriam realizar o parto, fato que faz com que as mulheres peregrinem na hora do parto. Essa peregrinação contribui para aumentar a mortalidade materna e a mortalidade infantil no período Peri e Neonatal (BARRETO, 2013).

Essa problemática também foi elucidada nos trabalhos de Pereira Rodrigues et al (2015), e de Silva e Almeida (2015), quando revelam que a peregrinação das mulheres no momento do parto tem continuado como problema recorrente, refletido pela lógica do descumprimento de ações que assegurem os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, além do despreparo das instituições em oferecer uma assistência de qualidade.

Finalmente, conclui-se que a vinculação da mulher, durante o pré-natal, ao serviço de saúde onde será realizado o parto ainda não foi alcançada. É urgente fazer cumprir a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito de vinculação da gestante desde o início do pré-natal (BARRETO, 2013).

A regulação assistencial, por meio da Central de Consulta Especializada e de Internação ou outros mecanismos regulatórios, propicia o acesso e priorização das demandas, promovendo equidade. Assim, o estudo da capacidade instalada e ao mesmo tempo, a análise dos dados e discussões buscando identificar os vazios assistenciais onde a cobertura pode ser ampliada, tanto em relação às novas unidades como em relação ao estudo das áreas de abrangência para garantia de cobertura são necessários para a construção do mapa de vinculação (LANSKY, 2014).

O funcionamento efetivo da Central de Regulação de Leitos e a implementação da Lei Maternidade Certa a partir de dispositivos legais e da Rede Cegonha se constituem forças para

garantir o direito das gestantes de serem atendidas, encaminhadas e orientadas em suas necessidades (SILVA, ALMEIDA, 2015).

Vê-se, assim que a vinculação da gestação ao local de parto é uma estratégia que está contemplada como componente integrante da política da rede cegonha que é modelo de atenção ao parto e nascimento, instituída através da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 e tem seu foco no acolhimento e no fortalecimento do vínculo dos usuários com os serviços de saúde, na atenção ao parto e ao nascimento baseado em saberes e práticas de uma equipe multiprofissional, que e assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e também às crianças o direito ao nascimento seguro com garantias do crescimento e desenvolvimento saudáveis e redução das mortalidades maternas e infantis (BRASIL, 2011).

Entende-se que a mulher, ao conhecer e estabelecer vínculo antecipado com a maternidade na qual ela receberá assistência no âmbito do SUS, possivelmente se sentirá mais segura e mais preparada para o momento do parto. Sendo essa uma oportunidade de um acolhimento por uma equipe multiprofissional, para receber orientações de como funciona o acolhimento, a classificação de risco, trabalho de parto e as práticas alternativas que ajudam no controle da dor oferecida pela maternidade durante o trabalho de parto (POSSATI, 2017), e portanto, possibilita o empoderamento da mulher para enfrentamento do momento parturitivo.

Vê-se então, benefícios dessa estratégia. De acordo com Popoli e outros autores (2018), a visita de vinculação pode influenciar diretamente a gestante na escolha do tipo de parto, sendo, preferencialmente, o parto normal o mais escolhido, além de proporcionar conhecimento, segurança e conforto a gestante. Tamém Neto (2015), enfatiza que as visitas a maternidade possibilitam uma redução da ansiedade e desmascara os mitos relacionados aos parto normal e aleitamento materno, e contribui para participação do acompanhante em todo trabalho de parto, junto com a antecedência do conhecimento das normas da instituição, a estimulação a cidadania das usuárias e a vinculação delas à maternidade, pois são medidas importantes da humanização.

Nesse sentido, as barreiras encontradas no processo de vinculação da gestante devem ser derrubadas e enfrentadas de acordo com a Lei nº 11.634/2007, que foi decretada para salvaguardar o direito da gestante de vinculação, no âmbito do SUS, à maternidade que receberá atendimento em qualquer intercorrência durante o pré-natal, parto e pós-parto, para que evite, assim, a peregrinação dessa mulher (BRASIL, 2007).

Diante do contexto apresentado, o objetivo geral do estudo foi identificar a percepção de usuários e profissionais sobre a visita de vinculação da gestante ao local do parto em uma maternidade do Recôncavo da Bahia.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

A pesquisa é do tipo exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. O autor afirma ainda que dentre todos os tipos de pesquisa ela apresenta menos rigidez em seu planejamento. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. A abordagem qualitativa valoriza

o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada, onde o pesquisador deve aprender a usar sua própria pessoa como o instrumento mais confiável de observação, seleção, análise e interpretação dos dados (MINAYO, 2012).

Lócus da pesquisa

A pesquisa foi realizada numa maternidade de um município do Recôncavo da Bahia para realização do estudo. No contexto atual, paralelo à nova gestão, a Maternidade do campo de estudo passou por sérias reformas internas, com incentivos do Governo Federal, via Rede Cegonha, onde ampliou-se a quantidade de leitos obstétricos, UTI adulto, Uti Neonatal, Berçário, leitos PPP's, qualificação do pessoal e reformas estruturais e administrativas.

Participantes do estudo

Participaram do estudo 10 mulheres puérperas e 8 profissionais.

De acordo com o quadro 1, a maior parte das mulheres são adultas jovens, com idade variando entre 25 a 35 anos. Contudo, participaram duas mulheres com idade de 18 e 19 anos, consideradas adolescentes, segundo as definições do Ministério da Saúde. Seis delas tem ensino médio completo, existindo três com ensino fundamental incompleto e uma com ensino superior incompleto. Todas se autodeclararam negra (negra, preta ou parda).

Quadro 1. Caracterização sócio econômica das mulheres puérperas participantes da pesquisa

Nº Ordem	Idade	Escolaridade	Cor	Nº de filhos	Renda familiar	Ocupação	Estado civil	Tipo de domicílio
M1	26	Superior incompleto	Parda	02	3,000,00	Adm. empresa	Casada	Próprio
M2	27	Ensino médio completo	Negra	01	01SM	Dona de casa	Casada	Próprio
M3	25	--	--	--	---	---	--	--
M4	34	Ensino médio completo	Parda	03	Renda pessoal 300,00	---	União estável	Próprio
M5	35	Ensino médio completo	Parda	01	3.500,00	Auxiliar adm.	Casada	Próprio
M6	18	Ensino fundamental incompleto	Preta	01	Não sabe informar	Lavadora	Solteira	Próprio
M7	26	Ensino médio completo	Parda	02	1 e ½ SM	Dona de casa	Solteira	Próprio
M8	34	Ensino fundamental incompleto	Parda	03	Não sabe informar	Dona de casa	União estável	Não informa
M9	19	Ensino médio completo	--	--	---	--	--	---
M10	28	Ensino médio completo	Preta	02	1 SM	Dona de casa	Casada	Alugada

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre as ocupações das mulheres, duas relataram trabalhar com área administrativa,

uma como lavradora, e a maioria se revelam como “donas de casa”. Seis mulheres têm companheiro que moram no domicílio, sendo quatro casadas e duas em união estável; duas são solteiras e duas não informaram o estado civil. Seis mulheres moram em domicílio próprio, três não informaram e uma mora em domicílio alugado.

Dos participantes profissionais de saúde, 6 foram do sexo feminino e 2 masculinos; a idade variou entre 30 e 64 anos; 5 tinham ensino superior completo e 3 possuíam o ensino médio completo. Houve participação de 3 enfermeiros, 1 médico e 4 técnicos de enfermagem. Sobre o estado cível, 4 eram solteiros e 4 casados, conforme apresenta o quadro 2:

Quadro 2. Caracterização sócio econômica dos profissionais participantes da pesquisa

N ordem	Idade	Sexo	Escolaridade	Cor Autodeclarada	Nº de Filhos	Renda Familiar	Ocupação	Estado civil
P1	51	F	Ensino médio completo	Parda	02	---	Técnica de enf.	Casada
P2	37	F	Ensino médio completo	Parda	02	1 SM	Técnica de enf.	Casada
P3	56	F	Ensino médio completo	Preta	02	1 SM	Técnica de enf.	Casada
P4	48	F	Superior completo	Negra	04	1.400,00	Técnica de enf.	Solteira
P5	64	M	Superior completo	Pardo	04	20.000,00	Médico	Casado
P6	33	F	Superior completo	Parda	00	2 SM	Enfermeira	Solteira
P7	30	M	Superior completo	Parda	01	5.000,00	Enfermeiro	Solteiro
P8	32	F	Superior completo	Parda	00	Não informou	Enfermeira	Solteira

Fonte: Dados da pesquisa.

A população de estudo foi constituída por mulheres no período puerperal e por profissionais relacionados a equipe multiprofissional da assistência obstétrica: enfermeiras (os), médicas (os), técnicos de enfermagem, assistente social. Critérios de inclusão Profissionais de qualquer idade, sem limitação de tempo de serviço, que se relacionem com as mulheres no processo de parturição e puerpério e que tenham interesse de participação na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mulheres puérperas, com 24 horas ou mais de parto, a partir de 18 anos, que tinham parido na instituição do estudo, que não estivessem em restrições de visitas ou com alguma intercorrência no pós parto e que tinham interesse de participação na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Os critérios de exclusão foram: mulheres ou profissionais menores de idade, que apresentassem alguma descompensação psicológica ou psiquiátrica, com surdez e/ou mudez.

Participaram do estudo 10 mulheres puérperas e 8 profissionais. A maior parte das mulheres foram adultas jovens, com idade variando entre 25 a 35 anos. Contudo, participaram duas mulheres com idade de 18 e 19 anos, consideradas adolescentes, segundo as definições do Ministério da Saúde. Seis delas tem ensino médio completo, existindo três com ensino fundamental incompleto e uma com ensino superior incompleto. Todas se autodeclararam negra (negra, preta ou parda). Dentre as ocupações, duas relataram trabalhar com área administrativa, uma como lavradora, e a maioria se revelam como “donas de casa”. Seis mulheres têm companheiro que moram no domicílio, sendo quatro casadas e duas em união estável; duas são solteiras e duas não informaram o estado civil. Seis mulheres moram em domicílio próprio, três não informaram e uma mora em domicílio alugado.

Dos participantes profissionais de saúde, 6 foram do sexo feminino e 2 masculinos; a idade variou entre 30 e 64 anos; 5 tinham ensino superior completo e 3 possuíam o ensino médio completo. Houve participação de 3 enfermeiros, 1 médico e 4 técnicos de enfermagem. Sobre o estado civil, 4 eram solteiros e 4 casados. Nos resultados do estudo, para preservar o sigilo da identidade, as mulheres usuárias estão indicadas com a letra M, seguida de um numeral que indica a ordem das entrevistas e os profissionais, indicados com a letra P, também seguidos de numeral ordinário.

Tratando-se de um estudo envolvendo a participação de seres humanos, esta pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, CAAE 95102318.6.0000.0056, respeitando a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012). Além disso, têm a devida autorização dos gestores dos serviços, campos do estudo, para a coleta de dados.

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, utilizando formulários distintos para profissionais e para usuárias. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, a qual nos permite “caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” Minayo (2012, p. 84). A intenção dessa análise é destacar o conteúdo exposto na mensagem e suas representações, deixando de lado a preocupação com as quantificações (BARDIN, 2010). De acordo com Bardin (2010), a análise de conteúdo tem três momentos, os quais foram desenvolvidos nesse estudo, a saber: O primeiro momento, denominado pré-análise, nele organiza-se o material, escolhendo as informações mais relevantes, fazendo uma leitura repetida dos textos, ou seja uma leitura flutuante que tem como objetivo ajudar na escolha de informações dos documentos que permita a descrição do tema da forma mais coerente possível; serão reunidas informações da observação e da entrevista para constituir um único corpus de análise.

O segundo momento, denomina-se “exploração do material”, que proporcionará a codificação e classificação dos temas que surgirem em resposta à pesquisa. De acordo com Bardin (2010, p.20): A análise do material exige sua codificação, ou seja, sua transformação de dados brutos dos textos por recortes, agregação ou enumeração, até que sua codificação atinja a representação do conteúdo ou sua expressão. Para codificação, pode-se usar palavras, temas, contextos, relações, personagens, etc., até se chegar à categorização dos mesmos. E o terceiro momento, fez-se o “tratamento dos resultados”, ou seja, a interpretação. Nesse sentido, busca-se compreender o significado das falas vinculado ao contexto em que estão inseridas, buscando a articulação com os referenciais teóricos (BARDIN, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A visita de vinculação é importante e valorizada na percepção de alguns profissionais, que referem o conhecimento do ambiente e a boa comunicação como uma avaliação positiva. O serviço social é mencionado como envolvido com essa atividade hospitalar.

Tá tendo sempre com a gestante [...] importante pra ela conhecer todo ambiente e tudo que vai acontecer no parto. O serviço social sempre comenta tudo antes do parto e pós-parto. Elas chegam aqui leigas (P1).

São excelentes, pois existe uma boa comunicação na transição da gestação, onde a gestante é bem acompanhada (P3).

A percepção positiva da visita de vinculação é realizada também em outro estudo no Recôncavo da Bahia, contudo, com análise na ótica das mulheres que realizaram a visita. O estudo refere que a visita de vinculação vem sendo realizada de forma bem positiva na concepção das mulheres entrevistadas, de modo a garantir os princípios da humanização propostos pela Rede Cegonha (SAMPAIO et al, 2018).

A gestante pode perceber se o ambiente é favorável ou não através da visita de vinculação, o que denota um aspecto positivo para a visita.

A visita de vinculação foi vivenciada por apenas uma participante do estudo. Nesse contexto, há insatisfação de uma mulher puérpera quanto ao processo das relações entre o parto e o pré-natal, denotando falha do serviço. Contudo, relaciona a vinculação com o pré-natal de alto risco. Vê-se nos depoimentos a seguir:

Agora não teve vinculação nenhuma, porque eu tive um pré-natal de alto risco, onde minha médica nem me encaminhou para cesárea, sendo que ela podia saber que poderia ser outra cesárea..., mas ela não fez. E aí em relação ao pré-natal para o parto, não teve nada, ela fez o pré-natal certo, o parto foi separadamente, certo também, mas ligação nenhuma (M1).

A informação de apenas uma mulher do estudo ter realizado a visita de vinculação correlaciona com as discussões de Barreto (2013), quando afirma que apesar do dispositivo legal da lei de vinculação da gestante à maternidade para o parto, no Brasil, na região Nordeste, verificou-se que mais de 50% das mulheres, ao realizarem o pré-natal, não foram informadas sobre onde deveriam realizar o parto, fato que faz com que as mulheres peregrinem na hora do parto. Essa peregrinação contribui para aumentar a mortalidade materna e a mortalidade infantil no período Peri e Neonatal.

Na fala de M1, verifica-se a fragilidade na comunicação e como a falta de informação pode gerar angústia para a gestante. Dessa forma é necessário pensar em ações para reduzir essa insegurança e angústia para as mulheres no cuidado obstétrico.

Apesar da visita de vinculação ser uma das orientações encorajadas para os serviços na política da Rede cegonha, observa-se profissionais que desconhecem o processo, possuindo ideias equivocadas, evidenciando a visita de vinculação como consulta para o pré-natal de alto risco. Há também mulheres que não compreendem bem a proposta, mesmo tendo passado pelo pré-natal, denotando que não teve visita de vinculação, pois seu pré-natal foi de outro

município ou entendendo a visita de vinculação com as consultas mensais do pré-natal. Observa-se nas falas a seguir:

São consultas agendadas no momento que começa a fazer o pré-natal de alto risco, consultas agendadas, exames agendados..., então cria um vínculo da santa casa. Médico e a paciente, médico do dia do parto..., se o médico é plantonista ele está presente, mas se ele não é, ele está ausente, então fica aquela brecha (P5).

Não fiz pré-natal aqui não, fiz na minha cidade. (M4)

Eu ia de 30 em 30, nem lembro mais. Passava com a enfermeira e com o médico. Ai depois mudou pra semanal. [...] teve visita da minha irmã (M8).

Percebe-se nessas falas o despreparo dos profissionais e comunicação fragilizada na atenção básica quando se refere a visita de vinculação, sendo que essas informações devem ser discutidas durante o pré-natal sobre o que é e para que serve essa visita a maternidade de referência. Essa fragilidade na comunicação resulta em falta de informação e gestantes despreparadas para a visita e para o parto, o que fragiliza, conseqüentemente, o vínculo entre a gestante e a maternidade.

Esse cenário possibilita afirmar também aqui a existência de vulnerabilidade política, tendo em vista que a formação profissional para um adequado atendimento e orientação à mulher e ao serviço se configuram como inerentes a responsabilidade das gestões no cuidado à saúde (AYRES et al, 1999).

Do outro lado, o processo da visita de vinculação também é contextualizado por alguns participantes profissionais e puérperas, revelando a sua ocorrência e evidenciando alguns dos procedimentos da rotina, quais sejam: os dias que ocorrem as visitas de vinculação, profissional da maternidade conduzindo a visita, apresentação da estrutura física, materiais disponíveis na instituição visitada e descrição da visita no cartão do pré-natal, encaminhamento da gestante pela Unidade Básica de Saúde.

Ela faz o Pré-natal no PSF. Tem aqui que é terça e quinta a visita. Apresentar o hospital todo, médico, equipe, enfermeiro, técnico, higienização, tudo, pra ela já ficar ciente. Mostramos a sala de parto como é. Mostramos não, tem uma pessoa já instruída pra isso que mostra pra ela como ela quer parir. Se ela quiser no banheiro, ela pare, tomando banho, ela vai. Se ela quiser na banheira, no gancho, de cócoras. Tem também os exercícios que ela vai, tem o cavalinho, tem escadinha, tem tudo pra ela, tem a bola. Ela fica à vontade. Mostramos tudo pra ela. Já vem ciente de tudo. E passa tudo aqui. No cartão dela do pré-natal já se coloca, unidade de referência [...] (P4).

Mas o que eu vejo hoje em dia é algumas vinculações, tipo profissionais daqui da unidade trazendo gestante do posto de saúde para fazer visita técnica, para ver como é feito a assistência de enfermagem e em relação a estrutura física (P7).

Era acompanhada por uma enfermeira obstetra na USF, a qual me referenciou para esta maternidade. Quando vim para a visita de vinculação nesta maternidade, no período estava completando o sétimo mês de gestação (1 visita só) (M5).

O Ministério da Saúde preconiza pela Rede Cegonha, no componente Pré-Natal, que a gestante deve fazer a vinculação desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico (BRASIL, 2011). Nesse sentido, observa-se que o hospital contribui com o acolhimento das mulheres a partir da visita de vinculação e atende ao preconizado pelo Ministério da Saúde, confirmando sua atuação como participante de uma rede de atenção. A equipe que prioriza princípios como integralidade e equidade consequentemente vão gerar a criação de vínculos e participação ativa dessas mulheres.

Concordando com Pereira (2019), vê-se a importância das boas práticas de atenção ao parto, incluindo a visita de vinculação, como uma possibilidade de repensar do modelo obstétrico e contribuir para organizar a rede de atenção à saúde materna infantil no sentido de garantir acesso, acolhimento e resolutividade, além de estimularem o protagonismo da mulher em suas múltiplas dimensões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita de vinculação é importante e positiva na percepção de profissionais e puérperas que revelam sua ocorrência e evidenciam alguns dos procedimentos da rotina como os dias que ocorrem; a sua condução por um profissional da equipe multiprofissional da maternidade; apresentação dos ambientes e tecnologias disponíveis; atividade educativa sobre temas relacionados à gestação e parto, principalmente sobre o aleitamento materno; registros da visita no cartão do pré natal e em documentos da instituição; recebimento de gestantes de Unidades de Saúde da Família locais e de municípios circunvizinhos relacionados com a Região de Saúde, demonstrando a lógica sistematizada da vinculação da maternidade com o pré natal.

Contudo, há vulnerabilidades individuais das mulheres por não compreenderem esse serviço mesmo tendo passado pelo pré natal e vulnerabilidades programáticas/políticas por posicionamentos equivocados de alguns profissionais sobre essa estratégia. Apesar da visita de vinculação ser sistemática e percebida como excelente ferramenta para minorar a distância entre o pré natal e o parto, favorecendo a humanização do atendimento à gestante, há lacunas que precisam ser enfrentadas pela gestão do serviço no que tange a vulnerabilidade política no atendimento às mulheres.

Dessa forma a pesquisa mostra a importância da Política da Rede Cegonha, que deve ser discutida na formação e capacitação dos profissionais de saúde, para ampliação do conhecimento e melhoria do processo de trabalho para melhores resultados das boas práticas a atenção ao parto.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, editores. **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro:IMS/UERJ; 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5ª ed. Lisboa/Portugal: Edições 70; 2010.

BARRETO, Marta Oliveira. **O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região nordeste**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BRASIL. **Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007** (BR). 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 [periódico na internet], Brasília (DF): 27 dez 2007 [citado 19 nov 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm.

_____. Ministério da saúde. **Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha**. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 03 jul. 2013.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LANSKY, S; FIGUEIREDO, V.O.N. *Acolhimento e Vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. **Cadernos HumanizaSus**. Brasília (DF), v. 4, p. 155-70, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, **et. al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

NETO MC. Pré-natal: aspectos importantes da humanização. **Revista Sogesp**, 2015.

PEREIRA RODRIGUES, et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127743547013>>

PEREIRA, Simone Barbosa et al . Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 3, p. 1313-1319, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>.

POPOLLI, Elisandra de Cássia. Vinculação da gestante com a maternidade: a influência no tipo de parto. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 13, n. 17, 2018. Disponível em:

<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2404/3738>.

Acesso em: 18 dez. 2019.

POSSATI et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20160366, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf.

RODRIGUES, Alves V. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc Anna Nery Rev Enferm** v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015. Disponível em: doi: 10.5935/1414-8145.20150082.

SAMPAIO, Maiana Rodrigues de Almeida. **Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica recebida numa maternidade do recôncavo baiano**. Trabalho de Conclusão de curso de Enfermagem. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, Santo Antônio de Jesus, 2014.

SILVA, A.L.S.; ALMEIDA, L.C.G. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**. Salvador, v. 2, n. 2, jul./dez. 2015.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.