



REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

ARTIGO

ACESSIBILIDADE DE GESTANTES AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO *ACCESSIBILITY OF PREGNANT WOMEN TO HIGH RISK PRENATAL CARE*

TAYARA DE OLIVEIRA VITÓRIA¹; RITA DE CÁSSIA ROCHA MOREIRA²

1 - Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

2 - Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

RESUMO

No atendimento em pré-natal, a acessibilidade às unidades de referência deve ser eficiente para atender as singularidades de mulheres que desenvolvem gestação de alto risco. O objetivo deste estudo foi compreender a acessibilidade de mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco, atendidas em unidade de referência especializada em um município da Bahia. Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo, exploratório e descritivo. Participaram 24 mulheres, com idade igual ou acima de 18 anos, com diagnóstico de gestação de alto risco registrado no prontuário e acompanhadas em unidades de referência especializada. Os resultados apontaram que a acessibilidade se apresenta fragmentada devido ao desencontro de informações, desconhecimento da rotina de encaminhamentos pelos profissionais de saúde, falta de estrutura física e localização adequada, burocracia para iniciar o acompanhamento no pré-natal de alto risco e fragilidade no sistema de referência e contra-referência das gestantes de alto risco. Portanto, há de se enfrentar o desafio de reconhecer a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência para o pré-natal de alto risco socializando e divulgando pesquisas em defesa da garantia da acessibilidade e qualidade no atendimento em pré-natal.

Palavras-chave: Acessibilidade; Gestação de alto risco; Pré-natal.

ABSTRACT

In prenatal care, accessibility to referral units should be efficient to meet the singularities of women who develop high-risk pregnancies. The objective of this study was to understand the accessibility of women diagnosed with high risk gestation, attended at a specialized referral unit in a municipality in Bahia. It is a qualitative, exploratory and descriptive study. The participants were twenty-four women, aged 18 years or older, diagnosed with high-risk gestation enrolled in the medical record and accompanied in specialized referral units. The results showed that accessibility is fragmented due to lack of information, ignorance of the routine of referrals by health professionals, lack of physical structure and adequate location, bureaucracy to initiate high-risk prenatal follow-up, and fragility in the health care reference and counter-referral of high-risk pregnant women system. Therefore, the challenge of recognizing the fragility of the referral and counter-referral system for high-risk prenatal care should be faced by socializing and disseminating research in support of ensuring accessibility and quality in prenatal care.

Keywords: Accessibility; High-risk pregnancy; Prenatal.

INTRODUÇÃO

Na gravidez, o corpo da mulher sofre modificações e a qualidade do pré-natal tem significância para uma assistência que preze pela valorização da singularidade feminina com resolutividade para as demandas no ciclo gravídico-puerperal. Castro, Moura e Silva¹ referem-se à qualidade como uma propriedade da atenção em saúde que pode ser abordada em três dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica remete à prática dos conhecimentos científicos e

técnicos na solução do problema de saúde; a interpessoal faz menção à relação entre o profissional/prestador de serviço e o cliente; e a ambiental diz respeito às comodidades oferecidas à clientela na perspectiva de propiciar conforto e bem-estar.

A gestação, o parto e o nascimento são ciclos evolutivos que envolvem a família numa perspectiva de mudanças e formação de vínculos. O diálogo aberto, a sensibilidade e a capacidade de percepção do profissional que realiza o pré-natal são essenciais para que o conhecimento em saúde possa ser compartilhado com a paciente e sua família, além de propiciar



esclarecimento e adesão às consultas e recomendações para que a gestação seja uma vivência singular².

No atendimento de qualidade em pré-natal, a acessibilidade às unidades especializadas de referência vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser eficiente para atender as necessidades e particularidades das mulheres que desenvolvem gestação de alto risco. Neste estudo, acessibilidade refere-se à porta de entrada aos serviços de saúde, como a usuária será acolhida na unidade e quais aspectos são necessários para se atingir a atenção nesse primeiro contato³.

Desse modo, a garantia da atenção e o direito à saúde somente poderão ser alcançados se a população tiver condições de acessibilidade aos serviços. No Brasil, a partir dos movimentos sociais na década de 80, as políticas públicas foram incorporando a discussão e a efetivação da acessibilidade e outros direitos que foram ao longo do tempo sendo consolidados, culminando com a construção do SUS.

Compreender questões referentes à acessibilidade aos serviços de saúde tem importância para a garantia da universalidade da atenção; há de inter-relacionar características do sistema de prestação de serviços e da utilização desses pelos usuários, no qual deve ser avaliada a satisfação das necessidades dos mesmos como um componente da execução das políticas de saúde⁴. Assim, Starfield^{3:226} conceitua acessibilidade como:

[...] o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema.

Desta forma, ao se vislumbrar o desenvolvimento de uma pesquisa que estabelece relações entre gestação de risco e acessibilidade aos serviços especializados, é importante mencionar que risco se associa às possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado. Já o conceito de risco gravídico surge para identificar situações de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano⁵.

Na assistência pré-natal, a gestação de alto risco diz respeito às alterações relacionadas tanto à mãe como ao feto, decorrentes de fatores de risco que podem repercutir em uma evolução gestacional desfavorável⁶. Desse modo, a assistência pré-natal objetiva prevenir, identificar e/ou retificar as intercorrências maternas ou fetais que podem desfavorecer a gravidez, sem desconsiderar os fatores socioeconômicos, emocionais e obstétricos⁷.

Portanto, esta produção poderá apresentar como contribuição o estímulo à construção de um novo conhecimento, que possibilite aos profissionais de saúde reflexões sobre um atendimento que leve a mulher a vivenciar uma gestação saudável, a partir da identificação e controle precoce de riscos associados à gravidez.

Para a Enfermagem, o artigo acrescenta à literatura uma

construção científica de como vem ocorrendo a acessibilidade das gestantes de alto risco em um município da Bahia e, para os serviços, um estímulo para que os profissionais de saúde conheçam o fluxo de atendimento dessas gestantes, favorecendo, desta forma, o acolhimento e acessibilidade a essas mulheres.

O objetivo do estudo foi compreender a acessibilidade de mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco atendidas em unidade de referência especializada de um município da Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo original, com abordagem qualitativa e quantitativa, do tipo exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa auxilia a identificar questões e entender a sua importância. Possui caráter indutivo e, conseqüentemente, é conduzida pelos dados para obtenção de resultados e conclusões⁸.

Foi realizado em um município da Bahia que, de acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), no ano de 2015, havia 8.677 gestantes cadastradas e acompanhadas na rede SUS na cidade de Feira de Santana (FSA-BA)⁹. Portanto, vislumbrando conhecer a acessibilidade das gestantes ao pré-natal de alto risco seria de suma relevância identificar as unidades de atendimento especializado nesta cidade.

Em contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), foi verificado que existiam quatro unidades de referência para atendimento às gestantes de alto risco. Essas unidades representaram o *locus* do estudo e foram classificadas pelas letras A, B, C e D para preservar o anonimato das mesmas.

As gestantes, após serem acolhidas na Rede da Atenção Básica e diagnosticado o risco gestacional, eram encaminhadas para a SMS portando o formulário de referência e contra referência. A SMS tem a função de realizar a regulação para o atendimento nas unidades de referência. Para que as mesmas sejam atendidas, era necessário apresentar a carteira de identidade e o cartão SUS. Nas referidas unidades, eram realizados os procedimentos de aferição de pressão arterial e mensuração do peso corpóreo. Após esse atendimento preliminar, as gestantes aguardavam para o atendimento médico especializado.

Participaram do estudo, 24 mulheres com idade igual ou acima de 18 anos com o diagnóstico de gestação de alto risco registrado no prontuário e que eram acompanhadas em unidades de referência especializada, vinculada ao SUS no município de FSA-BA. Foram excluídas as mulheres menores de 18 anos, que não possuíam o diagnóstico de gestação de alto risco.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a de entrevista, na modalidade semiestruturada realizada nas unidades *locus* do estudo. O instrumento de coleta foi um roteiro composto por itens relacionados à caracterização das depoentes, informações sociais e econômicas, informações ginecológicas-obstétricas e questões norteadoras.

Para adentrar a fase de análise, foi utilizado o critério de saturação de dados que se caracteriza por repetição

de informações. Estruturou-se no método de Análise de Conteúdo, composto pelas três fases distintas e cronológicas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.¹⁰

A pesquisa foi conduzida por um processo ético, tendo como respaldo o parecer favorável do CEP da UEFS sob o protocolo de nº 912.906 (CAAE nº 35664814.6.0000.0053). O anonimato das participantes foi garantido sendo atribuídos nomes de flores em razão da manutenção do sigilo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção dos resultados se deu a partir das categorias de análise que foram estabelecidas seguindo os momentos metódicos da leitura e releitura dos depoimentos, dos registros de atendimento em prontuários, do recorte das falas de cada entrevista e da interpretação analítica.

Emergiram quatro categorias, a saber: transição do atendimento à gestante com risco habitual para o de alto risco; compreensão do diagnóstico de pré-natal de alto risco pela gestante; acolhimento na unidade de referência especializada de pré-natal de alto risco e acessibilidade ao pré-natal de alto risco na voz de gestantes.

Elegemos a categoria “acessibilidade ao pré-natal de alto risco na voz de gestantes” para ser apresentada considerando a importância dessa temática. A caracterização das depoentes foi descrita nas Tabelas 1 e 2, sendo que todas eram procedentes do distrito de Feira de Santana.

De acordo com o Quadro 1, participaram do estudo 24 mulheres que compareceram às unidades de referência de pré-natal de alto risco para acompanhamento de sua gestação. A faixa etária variou de 18 a 40 anos, sendo que quatro gestantes possuíam idade entre 18 a 23 anos, cinco gestantes possuíam idade entre 24 a 29 anos, dez gestantes apresentaram idade entre 30 a 35 anos e cinco gestantes apresentaram idade acima de 35 anos.

Considerando que a adolescência varia entre as idades de 10 a 19 anos e que estudos apontam o aumento de gestação nessa faixa etária, caracterizando como gravidez na adolescência, neste estudo, essa afirmativa foi negada, haja vista que o maior número de gestações ocorreu na faixa entre 30 e 35 anos o que significa que, dado a dimensão territorial do Brasil, podem haver vários retratos epidemiológicos divergentes de uma mesma situação de saúde pública¹¹.

Quanto à cor referida, nove gestantes se declararam negra, uma branca, treze sendo parda, uma amarela e nenhuma como indígena. Em relação ao estado civil ou situação conjugal, cinco declararam-se solteiras, dez com união estável, oito como casadas e uma divorciada. Quanto à religião, dez disseram ser católicas, doze protestantes e duas declarou não ter religião.

No que se refere ao grau de escolaridade, treze possuíam o ensino médio completo e duas, ensino médio incompleto, uma cursou o ensino fundamental completo e

Tabela 1. Características sociodemográficas de mulheres atendidas em unidades de referência de pré-natal de alto risco. Feira de Santana-BA, março/maio 2015.

Caracterização das depoentes	Número
Faixa Etária	
18-23	4
24-29	5
30-35	10
>35	5
Raça/cor	
Negra	9
Branca	1
Parda	13
Amarela	1
Indígena	0
Estado Civil/Situação Conjugal	
Solteira	5
União Estável	10
Casada	8
Divorciada	1
Religião	
Católica	10
Protestante	12
Deísta	2
Grau de escolaridade	
Não alfabetizada	1
Fundamental incompleto	4
Fundamental completo	1
Ensino médio incompleto	2
Ensino médio completo	13
Ensino superior incompleto	2
Ensino superior completo	1
Profissão/ocupação	
Trabalho informal*	14
Trabalho formal**	5
Autônoma***	1
Outros****	4
Renda familiar	
< 1 salário mínimo	1
1-3 salários mínimo	22
Desconhece	1

Fonte: Coleta de dados, Feira de Santana/Bahia, março/maio 2015.

*Trabalho informal: doméstica, diarista, costureira e lavradora

**Trabalho formal: pedagoga, técnica de enfermagem e auxiliar de produção

***Autônomo: Empresária

****Outros: estudante e desempregada

quatro incompleto. Uma gestante declarou ensino superior completo, duas, incompleto e apenas uma, não ser alfabetizada.

Sousa¹² aponta que o nível de escolaridade é um fator que influencia diretamente na tomada de decisão sobre uma gravidez ser planejada ou não. Logo, a falta de esclarecimentos e conhecimentos a respeito da sexualidade e reprodução, uso adequado de métodos contraceptivos e baixa participação do homem na contracepção devem ser levados em consideração para que o sistema de saúde atue através de estratégias eficazes para alterar esse panorama social existente.

Em relação à profissão ou ocupação, catorze realizam trabalho informal, sendo eles: doméstica, diarista, costureira e lavradora; cinco realizam trabalho formal que são: pedagoga, técnica de enfermagem e auxiliar de produção; uma empresária, uma estudante e três estão desempregadas.

No que diz respeito à renda total mensal, ou seja, as somas da renda pessoal e familiar, uma gestante possui renda inferior a um salário mínimo, vinte e duas entre 1 a 3 salários mínimos, três possuem três salários mínimos e uma não sabe informar.

Tabela 2. Distribuição das características ginecológico-obstétricas, de mulheres atendidas em unidades de referência de pré-natal de alto risco. Feira de Santana-BA, março/maio 2015.

Caracterização das depoentes	Número
Gestações	
0-5	19
6-10	5
Parto	
1-4	17
>4	1
Nenhum	6
Aborto	
Nenhum	14
Espontâneo	4
Provocado	6
Filhos vivos	
1-5	16
>5	1
Nenhum	7
Companheiros	
Apenas 1	5
2-6	16
>6	3
Último preventivo realizado (ano)	
2012-2013	6
2014-2015	15
Não soube informar	3
Alteração no último preventivo realizado	
Sim	11
Não	9
Não soube informar	4

Fonte: Coleta de dados, Feira de Santana/Bahia, marc./maio 2015.

De acordo com Coelho¹³, a baixa condição socioeconômica interfere na autonomia feminina, evidenciando conflito perante a gravidez devido ausência de estabilidade financeira e até mesmo dificuldade no acesso a informações e aos meios que permitem a tomada de decisões.

O Quadro 2 fornece informações gineco-obstétricas. Quanto ao número de gestações: quatro eram primigestas; nove secundigestas; quatro tercigestas e seis multigestas. Quanto ao grau de paridade: nove eram primíparas; cinco, secundíparas; três eram tercióparas e uma múltipara. Quanto ao histórico de aborto: quatro tiveram aborto espontâneo; 6 abortos foram provocados e 14 não realizaram ou sofreram aborto espontâneo. Quanto ao número de filhos: 16 possuíam entre 1 a 5 filhos; 1 possuía acima de 5 filhos e 7 não possuíam filhos. Quanto ao número de companheiros: 5 tiveram apenas 1, 16 entre 1 a 6 em sua vida e 3 acima de 6 companheiros.

Em relação ao último preventivo realizado: 6 realizaram entre o ano de 2012 a 2013; 15 entre 2014 a 2015 e 3 não souberam informar. Quanto à alteração no último preventivo realizado: 11 apresentaram alteração; sendo do tipo processo inflamatório; 9 não apresentaram alteração e 4 não souberam informar.

Sobre a acessibilidade das gestantes ao pré-natal de alto risco ficou evidente que esta varia de acordo com o funcionamento dos serviços, o que interfere na relação usuário/serviço considerando: horários de funcionamento das unidades; o tempo de espera; e a marcação de retorno para o atendimento.

Na voz de gestantes, a fala de Hortência delinea a dificuldade no que diz respeito a sua acessibilidade geográfica, que era prejudicada pela deficiência do transporte público para a unidade de referência especializada em que está sendo acompanhada. Seu atendimento estava ocorrendo na unidade B, unidade de difícil acesso, o que implicava em dificuldade de locomoção a cada consulta apressada. Ela relatou que a sua preferência seria pela Unidade D, reafirmando:

É a unidade D com certeza! [...] Principalmente que lá a gente pode o que... pegar um carro pequeno, uma pessoa para ir levar a gente. Aqui não. Aqui tem que pegar, descer no transbordo ali, pega um motoboy ou subir andando que nem hoje eu vim, subi andando cá pra cima.

Bromélia, que também fazia uso do transporte público, disse que a unidade C, na qual realizava acompanhamento não era a mais próxima da sua moradia, como descreve na sua fala a seguir:

No caso, seria a da unidade A que é a mais próxima.

Nas falas, é perceptível que a regulação das consultas pela SMS para as unidades de referência especializada de pré-natal de alto risco não avaliava a localização de moradia das gestantes. A acessibilidade geográfica “deve ser medida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde”. Não é possível fixar uma única medida ideal dessa acessibilidade, pois o tempo apropriado para sua análise depende também, do tipo

de necessidade. Assim, há distintos níveis de acessibilidade para diferentes necessidades, as quais devem ser avaliadas no serviço de saúde.^{14:117}

O relato de dificuldade que impede esta acessibilidade é intensificado na fala de Lírio que também foi questionada sobre qual a melhor unidade para realizar seu acompanhamento em relação ao transporte e moradia. Ao se perguntar se teve a opção de ser acompanhada na Policlínica do seu bairro, a mesma respondeu:

Opção não teve não! O que pegar tá pegado! Oh, tá marcado pra tal lugar, então a gente tem que ir. Fazer o quê?

Na percepção das gestantes, a avaliação negativa da indicação das unidades de referência especializada está intrinsecamente ligada à sua condição socioeconômica e meio de transporte que utiliza para locomoção. Dessa forma, há de se reconhecer que uma das dificuldades mais evidentes para as gestantes se locomoverem para as unidades de referência especializada é a acessibilidade geográfica que não está sendo observada nem valorizada na regulação das consultas.

Além da barreira geográfica enfrentada pelas gestantes na acessibilidade ao pré-natal de alto risco, há outro dilema relacionado à organização do serviço prestado, no que se refere ao tempo de espera e a marcação de retorno para o atendimento. As gestantes relataram que nas quatro unidades de referência especializada, um aspecto positivo era o horário de funcionamento. No entanto, o tempo de espera para atendimento e a marcação de retorno estava gerando insatisfações.

Sobre o tempo de espera para o atendimento, as gestantes o consideram longo, pois tinham que chegar muito cedo e ficar aguardando por horas. Entretanto, mostraram-se compreensivas ao terem, como retorno, um atendimento acolhedor. Falas como a de Dente de Leão e Margarida descrevem:

É só a demora, mas por a gente saber que é um hospital de porte a gente tem que esperar mesmo.

[...] a gente chega não sabe se vai ser na frente, quem vai ser a primeira, quem não vai ser. Porque cada um tem seu problema. Só a questão do horário assim: a gente tem que chegar antes de 7h, aí a médica só chega de 9h30min para 10 horas. [...] Pra gente que é gestante, um dia tá enjoada, outro dia tá com fome, um dia tá com corpo mole [...] é chato entendeu? Mas, quando você entra numa sala já estressada, sendo tratada com amor você já sai outra pessoa. O importante é como a pessoa tá te tratando.

O atendimento na rede hospitalar leva em consideração o diagnóstico e quadro clínico da gestante, desse modo não se observa a ordem de chegada. Com isso, o que mais incomodava as gestantes era a necessidade de chegar cedo conforme orientação da SMS e enfrentar a demora até o início do atendimento. No final de cada consulta da unidade D, para garantir o processo de acompanhamento da gestante há o agendamento de retorno. As gestantes relatam:

Ela marca já o retorno. Já dá o papelzinho, a guia, pra no dia que a gente chegar aqui já entregar à ela lá no balcão

(Girassol).

Quando sai daqui, já sai marcado. A médica já deixa agendado (Íris).

As informações fornecidas pelas gestantes quanto o agendamento de retorno, na unidade A foram divergentes. Para Flor de Lótus, o médico ao finalizar o atendimento, informava a data e a mesma agendava com a secretária após sair do consultório.

Ele dá um retorno pra gente e a gente volta. A gente só vem cá confirmar.

Já Dália, que também é atendida na unidade A, informa que é preciso levar a guia no posto para posteriormente ser informada da data de retorno para a consulta de pré-natal de alto risco.

[...] pra ter o retorno, eu tenho que levar pra cota do posto. Do posto, marcar na secretaria, depois de uns quinze dias ou vinte dias ele volta com a consulta do obstetra.

Nas unidades B e C, a gestante tinha que retornar ao posto com a guia para que a enfermeira fizesse o encaminhamento à SMS e, posteriormente, deveria voltar ao posto para buscá-la com a data agendada. Isto dificulta o acesso como explicita, respectivamente, Flor de Lis e Pingo de Leite:

[...] a médica daqui que me deu a guia pra eu levar pro posto, pro posto encaminhar novamente. Vai encaminhar pelo posto do bairro. É pra vim pra cá, não marca diretamente por aqui.

Aí eu pego a guia daqui, aí ela me dá a guia e eu levo lá para o posto onde eu sou atendida e eles marcam pra cá de novo [...] na data que tá disponível.

Assim, pelos relatos das gestantes a organização de fluxo no agendamento de retorno para o atendimento ao pré-natal de alto risco, não atendia de forma satisfatória a demanda. Apesar das dificuldades expressadas pelas participantes em relação à acessibilidade ao atendimento de pré-natal de alto risco, as mesmas buscavam individualmente meios para alcançar o seu atendimento independente da localidade, horário de atendimento, tempo de espera e agendamento de retorno.

Nesse sentido, atendendo aos preceitos do SUS, cabe ao sistema de assistência à saúde local considerar esses elementos que dificultam, em alguns momentos, o atendimento de referência em pré-natal de alto risco e reestruturar o processo de regulação.

Para Oliveira, Mattos e Souza¹⁵, apesar do usuário ser sujeito intencional no sistema público de saúde e portador de direitos, observamos nesse estudo, que não houve um modelo de atenção adequado às realidades divergentes. Assim, carece de ajustes nos serviços ofertados levando-se em consideração as particularidades dos usuários no qual perpassam por experiências diversas ao se dirigir às unidades de atendimento em pré-natal de alto risco.

Logo, é preciso que o modelo adequado ao sistema seja aquele que avalia a realidade do usuário de modo crítico

e reflexivo, visando assisti-lo através de uma assistência integral e de acordo com suas necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa pesquisa, foi possível compreender que a acessibilidade das gestantes ao pré-natal de alto risco apresenta-se de forma fragmentada representada por desencontro de informações, desconhecimento da rotina de encaminhamentos pelos profissionais de saúde, falta de estrutura física adequada e localização geográfica da unidade de difícil acesso, da burocracia para iniciar o acompanhamento no pré-natal de alto risco e da fragilidade de referência e contra referência das gestantes.

Nessa perspectiva, o sistema de regulação do município estudado, a integração entre os serviços de saúde da unidade básica com os serviços de média e alta complexidade encontravam-se desarticulados e não eram organizados de acordo com as demandas das gestantes e com o diagnóstico de gestação de alto risco.

Nas falas, foi expresso que os locais de atendimento ao pré-natal de alto risco eram distantes da sua residência, sendo que esse atendimento também era ofertado no seu bairro. Logo, percebe-se que o encaminhamento para esse serviço não observava o aspecto geográfico para regulação das consultas.

Além da barreira geográfica enfrentada pelas gestantes, elas queixavam-se da organização do serviço prestado referente ao tempo de espera e a marcação de retorno para o atendimento. Desta forma, a estruturação e atendimento do serviço pode ser repensada a fim de facilitar e amenizar a angústia vivenciada por essas gestantes e propiciar um atendimento humanizado e acolhedor.

Este estudo permitiu a reflexão sobre a acessibilidade de gestantes ao pré-natal de alto risco, vislumbrando perceber como o sistema de saúde público municipal carece de melhorias no que se refere à capacitação profissional, estrutura física e delimitação geográfica adequadas, bem como a um fluxo de atendimento organizado que atenda a essa demanda.

Portanto, é preciso repensar todos esses aspectos para que se possa defender a garantia e a qualidade no atendimento prestado. A parceira dos serviços de saúde com a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) se mostra promissora no sentido de colaborar com a reorganização da rede de regulação de consultas de pré-natal de alto risco.

REFERÊNCIAS

1. Castro ME, Moura MAV, Silva, LMS. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Rev. RENE** 2010; 11 (n. esp.): 72-81. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicoespecial/a08v11esp_n4.pdf>. [2016 out 01].
2. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>>. [2016 out 01].
3. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. [2016 out 05].
4. Lora AP. **Acessibilidade aos serviços de saúde: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no Município de Pedreira – SP; 2004**. [Mestrado Dissertação - Universidade Estadual de Campinas]. São Paulo, 2004.
5. Gomes R, Cavalcanti LF, Marinho ASN, Silva LGP. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2001; 9 (4): 62-67. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11485.pdf>>. [2016 out 05].
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** [online]. 5ª ed. Brasília (DF); 2010. Série A. Disponível em: <https://www3.fmb.unesp.br/emv/pluginfile.php/1614/mod_resource/content/4/manual%20-%20ar.pdf>. [2016 out 10].
7. Lacava RMVB. Consulta de enfermagem no pré-natal. In: Barros SMO. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Editora Manole; 2006. p. 51-64.
8. Moresi E. **Metodologia da Pesquisa**. Brasília; 2003. Disponível em: <http://www.academia.edu/8532251/Metodologia_da_Pesquisa_PR%C3%93-REITORIA_DE_P%C3%93S-GRADUA%C3%87%C3%83O_P_R_P_G_P_P_R_O_G_R_A_M_A_DE_P%C3%93S-GRADUA%C3%87%C3%83O_STRICTO_SENSU_EM_GEST%C3%83O>. [2016 out 10].
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de informação de Atenção Básica (SIAB)**[online]; 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSBA.def>>. [2016 nov 1].
10. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.
11. Melo CH, Santos JAM, Malcomes A, Aerts DRGC, Alves G. O que leva as adolescentes a engravidar: a percepção dos meninos. **Revista de Iniciação Científica da ULBRA** 2011; p. 107-115. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/viewFile/297/275>. [2016 nov 01].
12. Sousa JJ. **Circunstâncias da ocorrência de gravidez não planejada em mulheres adultas**. [Mestrado Dissertação – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia]. Salvador; 2011.
13. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN, Nascimento ER, Almeida MS.

Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** 2012; 25 (3): 415-422. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a15.pdf>>. [2016 nov 05].

14. Fekete MC. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde.** In: **Ministério da Saúde, organizador. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde no distrito sanitário.** Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-americana de Saúde; 1995. p. 177-184.

15. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a

prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva** 2009; 14 (5): 1929-1938. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/35.pdf>>. [2016 nov 05].

Endereço para correspondência

Tayara de Oliveira Vitória
Bairro 35 BI, rua Politeama, s/nº, Condomínio Fonte das Águas, bloco 12, Apt. 303
CEP: 44094-444 - Feira de Santana-BA.
E-mail: tayaravitoria@gmail.com