



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE COLETIVA**

NAIARA OLIVEIRA CUNHA

**SENTIDOS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS COORDENADORES DA
ATENÇÃO BÁSICA À DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO AO PRÉ-NATAL
DE ALTO RISCO**

**FEIRA DE SANTANA-BA
MAIO, 2026**

NAIARA OLIVEIRA CUNHA

**SENTIDOS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS COORDENADORES DA
ATENÇÃO BÁSICA À DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO AO PRÉ-NATAL
DE ALTO RISCO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Mariana de Oliveira Araujo

FEIRA DE SANTANA-BA

MAIO, 2026

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Cunha, Naiara Oliveira

C979s Sentidos e significados atribuídos pelos coordenadores da atenção básica à dinâmica organizativa do acesso ao pré-natal de alto risco / Naiara Oliveira Cunha. – 2026.

81f: il.

Orientadora: Mariana de Oliveira Araújo

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, 2026.

1. Gravidez de alto risco. 2. Acesso aos serviços de saúde.
3. Gestor de saúde. I. Araújo, Mariana de Oliveira, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU: 618.3-06

NAIARA OLIVEIRA CUNHA

**SENTIDOS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS COORDENADORES DA
ATENÇÃO BÁSICA À DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO AO PRÉ-NATAL
DE ALTO RISCO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana-BA, 22 de maio de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **MARIANA DE OLIVEIRA ARAUJO**
Data: 16/06/2026 20:36:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Mariana de Oliveira Araujo
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
(Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 **KLEIZE ARAUJO DE OLIVEIRA SOUZA**
Data: 16/06/2026 19:46:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Kleise Araujo de Oliveira Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
(Titular)

Documento assinado digitalmente
 **GILVANIA PATRICIA DO NASCIMENTO PAIXAO**
Data: 15/06/2026 15:07:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão
Universidade do Estado da Bahia-UNEB
(Titular)

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, pela força e por iluminar meus caminhos ao longo desta jornada, concedendo sabedoria e perseverança para superar os desafios e alcançar mais esta conquista.

À minha família, pelo amor e incentivo constantes. Vocês são meu alicerce e minha motivação para o alcance dos meus objetivos e, nesse processo do mestrado, não foi diferente: contribuíram, mais uma vez, para a conquista do meu sonho.

Aos colegas e amigos do mestrado, pela convivência, pelas trocas de experiências, pelo companheirismo e pelo apoio mútuo ao longo dessa trajetória acadêmica. Em especial, a Renata e Alana, pela amizade por dividirem comigo momentos além da sala de aula. Estendo também meu carinho às demais colegas com quem compartilhei a estadia na pousada, tornando essa experiência ainda mais especial.

Aos docentes do Programa de Mestrado, pelos ensinamentos, dedicação e contribuição para a minha formação. Em especial, à professora Mariana, minha orientadora, pela orientação atenta, paciência, incentivo e compromisso durante todo o processo de construção deste trabalho. Sua dedicação fez toda a diferença nesta trajetória e tornou o caminho mais leve.

Às Secretarias Municipais da região Centro-Norte - Jacobina, por autorizarem a realização desta pesquisa, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento deste estudo.

Ao secretário municipal de saúde de São José do Jacuípe-BA, Romualdo da Silva São Pedro, pela compreensão e pela liberação das minhas atividades nos momentos em que foi necessário, possibilitando a continuidade da minha formação acadêmica.

Em especial, aos coordenadores da Atenção Básica que participaram da pesquisa, pela disponibilidade, colaboração e valiosa contribuição, fundamentais para a concretização deste estudo. Minha eterna gratidão a cada um de vocês.

À UEFS e a toda a equipe do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, pelo suporte institucional, pela organização e pelo compromisso com a qualidade da formação acadêmica, fundamentais para a realização deste trabalho.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação, meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEDAW	Comitê da Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COCAB	Colegiado de Coordenadores da Atenção Básica
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
EqSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
ITU	Infecção Trato Urinário
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da
MS	Ministério da Saúde
NRS	Núcleo Regional de Saúde
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
PIB	Produto Interno Bruto
PN	Pré-Natal
PNAB	Política Nacional Atenção Básica

PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAR	Pré-natal Alto Risco
PRI	Planejamento Regional Integrado
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SESAB	Secretária da Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
SRA	Sistema de Regulação Ambulatorial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade Terapia Intensiva

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) baseado na universalidade do acesso. No entanto, a existência das desigualdades, influenciadas por fatores socioeconômicos, geográficos e culturais dificultam o acesso aos serviços essenciais. A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na garantia do acesso, no entanto, em determinadas situações ela não é suficiente para a promoção de uma assistência integral. No contexto do Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), desafios como a falta de fluxos bem definidos, má distribuição dos recursos, infraestrutura precária e dificuldades na regulação, impactam na efetividade da assistência às gestantes. Apesar dos avanços na Rede de Atenção à Saúde (RAS) materno-infantil ainda há entraves no atendimento especializado, principalmente na média e alta complexidade. Este estudo teve como objetivos: Analisar as diferentes dimensões do acesso ao Pré-Natal de Alto Risco a partir da percepção dos coordenadores da Atenção Básica; Identificar elementos que potencializam ou dificultam o acesso ao Pré-Natal de Alto Risco no contexto da rede de atenção à saúde; Compreender como os processos de comunicação, regulação e organização dos fluxos assistenciais influenciam o acesso ao Pré-Natal de Alto Risco; Construir um fluxograma analisador sobre a Rede de Atenção Materno-infantil na região Centro-Norte da Bahia. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado nos municípios da região Centro-Norte da Bahia, com 10 coordenadores de Atenção Básica. A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, sendo estes analisados à luz da Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo. Os resultados evidenciam que o acesso ao PNAR ocorre de forma desigual e fragmentada, marcado por fragilidades na definição de fluxos assistenciais, limitações na regulação e falhas na comunicação entre os serviços. Observou-se que, diante dessas lacunas, coordenadores recorrem a estratégias informais para viabilizar o atendimento, revelando limites na organização e integração da RAS. Apesar disso, identificam-se iniciativas pontuais que indicam potencialidades na organização do cuidado. Como resultado deste estudo, elaborou-se como produto técnico um fluxograma analisador do acesso ao PNAR, que representa os percursos assistenciais das gestantes na rede, evidenciando os principais pontos de acesso, os fluxos de encaminhamento e os nós críticos identificados a partir da percepção dos coordenadores de Atenção Básica. Conclui-se que, embora haja avanços normativos, persistem desafios na operacionalização da rede, sendo necessário fortalecer a gestão, a regulação e a articulação entre os serviços para garantir o acesso e a integralidade do cuidado às gestantes de alto risco.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco; Acesso aos serviços de saúde; Gestor de saúde.

ABSTRACT

The 1988 Federal Constitution established health as a right of all citizens and a duty of the State, instituting the Unified Health System (SUS) based on the principle of universal access. However, the existence of inequalities, influenced by socioeconomic, geographic, and cultural factors, hinders access to essential health services. Primary Health Care (PHC) plays a fundamental role in ensuring access; however, in certain situations, it is not sufficient to promote comprehensive care. In the context of High-Risk Prenatal Care (HRPC), challenges such as the lack of well-defined care pathways, unequal distribution of resources, inadequate infrastructure, and difficulties in regulation affect the effectiveness of care provided to pregnant women. Despite advances in the Maternal and Child Health Care Network (HCN), barriers to specialized care remain, particularly at the secondary and tertiary levels of care. This study aimed to: analyze the different dimensions of access to High-Risk Prenatal Care from the perspective of Primary Health Care coordinators; identify elements that facilitate or hinder access to High-Risk Prenatal Care within the context of the Health Care Network; understand how communication processes, regulation, and the organization of care pathways influence access to High-Risk Prenatal Care; and develop an analytical flowchart of the Maternal and Child Health Care Network in the Central-Northern region of Bahia. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, conducted in municipalities of the Central-Northern region of Bahia, involving 10 Primary Health Care coordinators. Data were produced through semi-structured interviews and analyzed in light of Thematic Content Analysis as proposed by Minayo. The findings reveal that access to HRPC occurs in an unequal and fragmented manner, marked by weaknesses in the definition of care pathways, limitations in regulation, and failures in communication among health services. It was observed that, in the face of these gaps, coordinators resort to informal strategies to enable care delivery, revealing limitations in the organization and integration of the Health Care Network. Nevertheless, specific initiatives were identified, indicating potential strengths in the organization of care. As a result of this study, an analytical flowchart of access to HRPC was developed as a technical product. This flowchart represents the care trajectories of pregnant women within the network, highlighting the main access points, referral pathways, and critical bottlenecks identified from the perspective of Primary Health Care coordinators. It is concluded that, although normative advances have been achieved, challenges persist in the operationalization of the network. Strengthening management, regulation, and coordination among services is necessary to ensure access to and comprehensiveness of care for high-risk pregnant women.

Keywords: High-risk pregnancy; Access to health services; Health manager.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Acesso aos serviços de saúde enquanto categoria de análise	16
2.2 Gestação de Alto Risco: desafios na promoção do cuidado	18
2.3 Fundamentos teóricos da gestão em saúde e seus desafios na garantia do acesso	21
3 METODOLOGIA.....	25
3.1 Tipo de Estudo.....	25
3.2 Campo de estudo	25
3.3 Participantes da pesquisa	26
3.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados	29
3.5 Método de análise de dados.....	29
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	32
3.7 Produto técnico	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO: sentidos e significados na perspectiva dos coordenadores de atenção básica sobre a dinâmica organizativa do acesso ao Pré-Natal de Alto Risco	36
4.1 DIMENSÃO SIMBÓLICA DO ACESSO AO PNAR: o direito universal e a produção do cuidado.....	36
4.2 DIMENSÃO POLÍTICA: processos decisórios e micropolítica na promoção do acesso ao PNAR.....	40
4.3 DIMENSÃO TÉCNICA: sentidos atribuídos às facilidades e dificuldades na promoção do acesso.....	46
4.4 DIMENSÃO ORGANIZATIVA: fluxos assistenciais, comunicação entre serviços e regulação do acesso	51
4.5 Produto técnico: fluxograma analisador do acesso ao PNAR	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada: coordenadores da atenção básica.....	73
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	74
APÊNDICE C – Parecer consubstanciado do CEP	76

1 INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, bem como foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que a partir do princípio da universalidade considera que o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a todos os cidadãos brasileiros.

Dentro de sua amplitude conceitual, o acesso pode ser entendido como o alcance no qual o cuidado adequado e a intervenção apropriada estão à disposição para responder às demandas dos usuários, além de considerar a comunicação entre o sistema de saúde, o indivíduo, a família e a comunidade onde reside (Pordeus, 2022).

No Brasil, ainda é notória a evidente desigualdade que culmina na restrição do acesso aos serviços essenciais de saúde. Dantas et al. (2021) apontam o nível socioeconômico, a escolaridade, a cultura, as características geográficas dos usuários e dos serviços de saúde, o pertencimento a determinado grupo, como fatores que evidenciam e fortalecem a iniquidade no acesso. Na tentativa de minimizar tais problemas é necessário um serviço integrado com todos os agentes envolvidos no processo de trabalho, que compartilhe as responsabilidades e os compromissos por meio de ações voltadas para as necessidades reais da população.

É importante destacar que no Brasil houve um avanço significativo no acesso aos serviços de saúde, no entanto, esse avanço trouxe novos desafios ao sistema, principalmente o de gerenciar distintos serviços, de estabelecer fluxos definidos e contínuos na comunicação e também por desencadear o aumento na demanda por atendimentos especializados em outros níveis de atenção.

Nesse aspecto, mencionamos os desafios vivenciados no acesso ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) por gestantes. Estudo realizado por Fernandes et al. (2020) que buscou avaliar a atenção a gestante de alto risco em quatro metrópoles do Brasil, apontou que a assistência precisa ser melhorada através da implementação de dispositivos de regionalização, formalização e institucionalização de equipes de referência e de apoio matricial ao nível primário e das práticas de comunicação, informação e regulação compartilhada.

É importante destacar as tecnologias em saúde, que são recursos materiais e não materiais usados na produção de serviços de saúde, como meios a serem utilizados para superar as barreiras existentes. Cita-se nesse momento as tecnologias leves, que dizem respeito ao vínculo, a tomada de decisões, o acesso, o acolhimento e a organização do processo de trabalho.

Nesse sentido, o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido de acordo com a demanda apresentada pelo usuário no nível de atenção adequado para resolver a sua necessidade, seja na Atenção Primária a Saúde (APS), na média ou alta complexidade.

Esse aspecto deve ser levado em consideração também na assistência pré-natal, de modo que a gestante receba um cuidado continuado durante seu ciclo gravídico-puerperal, o que exige uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) organizada e preparada para resolver as demandas da assistência materno-infantil (Marinho; Lucena, 2024).

As normativas brasileiras, por meio do Ministério da Saúde (MS), recomendam que a Estratégia Saúde da Família (ESF) seja o principal ponto de atenção à saúde da gestante, o que engloba consultas, orientações, imunização, realização de alguns procedimentos e exames, além da educação em saúde. Quando a assistência é prestada de forma adequada há decréscimo no número de doenças evitáveis, a exemplo das complicações da sífilis na gestação, a hipertensão e diabetes gestacional, infecções do trato urinário (ITU), anemias, dentre outras (Aleluia; Rios; Gomes, 2024).

Os casos em que os serviços ofertados na APS não sejam suficientes para resolver as demandas apresentadas pelo binômio mãe-filho, deverão ser encaminhados ao atendimento especializado por meio da RAS ao PNAR. A gestação de alto risco é descrita no manual do MS como “uma gestação em que a vida ou a saúde da mãe e/ou feto e/ou do recém-nascido tiver maior probabilidade de ser afetada que a média da população considerada” (Brasil, 2012a, p.11).

Apesar das tentativas de descrever o que é gestação de baixo risco e alto risco, não há uma definição e critérios exatos, o que existe é a estratificação de risco gestacional que pode ser insuficiente, pois o que de fato deve ser primordial para essa classificação é a vigilância das equipes de saúde na identificação de possíveis fatores complicadores (Melo et al., 2017).

Embora o acesso ao pré-natal de qualidade tenha melhorado nos últimos anos com a implantação da Rede Cegonha, que posteriormente foi substituída pela Rede Alyne, que representa uma relevante estratégia na busca da garantia dos direitos das mulheres, na promoção da equidade e na redução no número de morte materna e neonatal, algumas gestantes ainda enfrentam empecilhos no acolhimento e acesso aos serviços de saúde (Sanine et al., 2021). Essa problemática fica ainda mais evidente quando a gestante necessita de assistência na média e alta complexidade.

O alto risco representa cerca de 15% das gestações no Brasil, tendo como principais diagnósticos a pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus gestacional ou pré-existente, prematuridade, isoimunização materna pelo fator Rh, hepatites B e C, infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros (Guedes et al., 2022). Diante dessas

condições, é imprescindível que os cuidados sejam prestados por profissionais capacitados e habilitados que estejam atentos às situações de alerta para atender às gestantes com precisão diagnóstica, orientações e apoio psicoemocional, objetivando promover a saúde e prevenir danos e agravos ao binômio mãe-filho (Alves et al., 2021a).

O acompanhamento pré-natal, independentemente do nível da assistência prestada, tem papel ativo no planejamento da assistência para prevenir, diagnosticar e tratar situações indesejadas e com isso, evitar complicações futuras para a gestante e o conceito. No entanto, para o alcance da integralidade da assistência prestada durante o pré-natal, uma série de aspectos devem ser considerados (Medeiros et al., 2022).

Nesse sentido, pode-se citar enquanto esses aspectos a importância do vínculo da gestante com os profissionais que prestam a assistência, a garantia da oferta dos exames necessários para identificação de possíveis fatores complicadores, o início precoce com realização periódica das consultas pré-natal e as condições socioeconômicas, os quais contribuem na redução das complicações (Silva, 2024).

Dessa forma, é importante destacar o papel dos Coordenadores de Atenção Básica no gerenciamento de ações que minimizem as fragilidades assistenciais no PNAR. Deve-se considerar o planejamento como ferramenta de gestão que contribui e interfere diretamente na rede dos serviços prestados, podendo assim, identificar e intervir nos vazios assistenciais, além de cooperar para uma resolução e efetivação das políticas públicas de saúde (Medeiros et al., 2022).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017), a gestão municipal tem como responsabilidades ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS, gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção, além de estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território. Nesse sentido, destaca-se a importância do papel da Coordenação de Atenção Básica, ao direcionar o usuário para um atendimento integral e resolutivo de suas necessidades.

A Coordenação de Atenção Básica pode colaborar para a construção de fluxos dinâmicos. Para tanto, é necessário que os atores envolvidos se integrem nas ações e serviços de saúde, ajustando as necessidades do usuário ao que é ofertado por meio das pactuações. Além disso, a Coordenação da Atenção Básica é responsável por determinar os fluxos de referência, as informações que devem ser enviadas aos distintos serviços e como as competências e responsabilidades serão compartilhadas (Almeida et al., 2018).

Diante do exposto, o interesse pelo tema proposto nesta pesquisa foi motivado pelo fato da autora atuar na Coordenação de Atenção Básica no município de São José do Jacuípe-BA e,

em algumas situações encontrar entraves no encaminhamento das gestantes de alto risco, mesmo havendo, dentro da rede, um fluxograma estabelecido para determinados encaminhamentos. A partir disso, surge o interesse em compreender como ocorre o acesso ao pré-natal de alto risco nos demais municípios que compõem a região de saúde, se os coordenadores enfrentam as mesmas dificuldades e de que forma isso tem afetado a saúde materno-infantil na região Centro-Norte da Bahia.

No sentido de pesquisar o nosso objeto de estudo **SENTIDOS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS COORDENADORES DA ATENÇÃO BÁSICA À DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**, fizemos uma busca online das produções científicas no mês de outubro de 2024, através do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com uso dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português: Gravidez de alto risco, Acesso aos serviços de saúde e Gestor de saúde aplicando-se o recurso de operador booleano AND para aprimorar o refinamento das buscas, sendo agrupados da seguinte forma: Gravidez alto risco AND Acesso aos serviços de saúde AND Gestor de Saúde, não encontrando nenhuma produção científica publicada.

Posteriormente agrupamos os descritores conforme segue: Gravidez de alto risco AND Acesso aos serviços de saúde, quando foram identificadas 39 publicações. Assim utilizamos os seguintes critérios de inclusão: documentos na modalidade de artigos; publicados no período de 2019 a 2024; em português e inglês; disponíveis online, na íntegra; em bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), sendo identificadas 14 publicações.

Por conseguinte, com a finalidade de selecionar os artigos, os mesmos foram avaliados, primeiramente através da leitura do título, posteriormente, por seus resumos e objetivos, analisando se estavam de acordo com os objetivos deste trabalho. A partir disso, foram excluídos nove por não corresponderem aos objetivos e às questões propostas e um por estar repetido, restando quatro artigos que integraram a composição do estado da arte deste estudo, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Síntese dos artigos incluídos no estado da arte, segundo autor, objetivo, local/periódico e ano de publicação.

Autor	Objetivo	Local/Periódico/Ano
Leite et al.	Analisar o acesso de mulheres atendidas na rede pública aos serviços de atenção ao parto, destacando-se as barreiras relacionadas à dimensão “disponibilidade e acomodação” em uma macrorregião de saúde de Pernambuco	Pernambuco, Revista de Saúde Pública; 2023.
Vidal et al.	Verificar a associação entre os indicadores da qualidade do pré-natal e os desfechos neonatais em maternidades no Ceará.	Ceará, Revista Escola Enfermagem USP; 2023.
Gadelha et al.	Avaliar os determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto-risco.	Fortaleza-CE, Revista Rene; 2019.
Sanine et al.	Avaliar a atenção ao pré-natal de gestantes de alto risco e fatores associados no município de São Paulo.	São Paulo-SP, Caderno Saúde Pública; 2019.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Dos artigos selecionados, dois foram publicados em 2023 e dois no ano de 2019. Quanto ao local, três foram publicados na região nordeste (dois no Ceará e um em Pernambuco) e um na região sudeste (São Paulo).

Com relação aos aspectos abordados, o Artigo 1 (Leite et al., 2023) enfatiza o acesso aos serviços de saúde a partir da dimensão de “disponibilidade e acomodação” que aborda a questão da estrutura física e o potencial existente para produção do cuidado em tempo oportuno, ou seja, caracteriza-se no fato de alcançar um serviço de saúde adequado e em tempo oportuno.

Já o Artigo 2 (Vidal et al., 2023) apresenta a caracterização demográfica das mulheres entrevistadas, suas características obstétricas, os desfechos neonatais e as inadequações no cuidado ao Pré-Natal (PN), em um cenário onde a cobertura da assistência é adequada, porém há baixa qualidade no atendimento, especialmente para mulheres de baixa renda, além de enfatizar o início tardio do PN e a peregrinação da gestante na busca por maternidade de referência.

O Artigo 3 (Gadelha et al., 2019) traz a gravidez de alto risco associada a questões individuais, socioeconômicas desfavoráveis, doenças maternas prévias e história reprodutiva anterior como fatores determinantes para o diagnóstico da gravidez de alto risco e, a partir disso, investiga o impacto dos determinantes sociais, do comportamento e estilo de vida, além dos determinantes intermediários para o alcance de uma assistência integral à mulher, na identificação das vulnerabilidades em que as gestantes estão inseridas, para com isso auxiliar gestores de saúde no direcionamento de ações que fortaleçam a integralidade do cuidado.

Já o Artigo 4 (Sanine et al., 2019) abordou a importância da Unidade de Saúde da Família (USF) como elo de ligação com a Atenção Especializada (AE) na garantia do início

precoce do PN e apontou como desfechos negativos o acesso a exames e o desconhecimento quanto a maternidade para a realização do parto.

Destaca-se que nenhuma das produções identificadas abordam sobre o acesso ao PNAR a partir da percepção dos coordenadores da Atenção Básica como gestor da saúde, o que reforça a necessidade de estudos sobre essa perspectiva, uma vez que esses gestores direcionam as ações de saúde que devem ser planejadas a partir de indicadores e do conhecimento da rede.

Logo, a realização deste estudo poderá contribuir para o aprofundamento das discussões acerca do acesso ao PNAR sob a ótica dos coordenadores da Atenção Básica, temática que não se mostrou explorada nas bases consultadas, além de colaborar para a prática, no que diz respeito a organização da rede de assistência materno-infantil através dos resultados encontrados, que poderão influenciar na construção do planejamento local, dando subsídios para o direcionamento de ações que fortaleçam a integralidade do cuidado prestado às gestantes. Assim, os benefícios perpassam o âmbito teórico-prático podendo contribuir para a melhoria da assistência prestada na região com atendimento integral, na redução das complicações gestacionais e da mortalidade materno-infantil.

A partir disso, a pesquisa tem como pergunta norteadora: Como os processos de comunicação, regulação e organização dos fluxos assistenciais influenciam o acesso ao Pré-Natal de Alto Risco?

Assim, este estudo tem como objetivos:

- Analisar as diferentes dimensões do acesso ao Pré-Natal de Alto Risco a partir da percepção dos coordenadores da Atenção Básica.
- Identificar elementos que potencializam ou dificultam o acesso ao Pré-Natal de Alto Risco no contexto da rede de atenção à saúde.
- Compreender como os processos de comunicação, regulação e organização dos fluxos assistenciais influenciam o acesso ao Pré-Natal de Alto Risco.
- Construir um fluxograma analisador sobre a Rede de Atenção Materno-infantil na região Centro-Norte da Bahia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Acesso aos serviços de saúde enquanto categoria de análise

Para compreendermos o acesso aos serviços de saúde é importante avaliar o contexto histórico do direito à saúde no Brasil. Nesse sentido, dentre todo o arcabouço histórico existente, cabe destacar a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que ocorreu no ano de 1963 e trouxe como debate a criação de um sistema de saúde para todos (saúde como direito de todos os cidadãos) e um sistema organizado e descentralizado (município como protagonista). Além disso, é importante citar o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que resultou na realização da 8ª CNS no ano de 1986 (Carvalho, 2013).

A 8ª CNS é considerada um marco histórico que teve como tema central o direito à saúde e como destaque a participação dos diferentes seguimentos da sociedade nas discussões da saúde do país, algo que não aconteceu nas anteriores. Um dos temas discutidos atrelado a universalidade foi o de ampliação do acesso a partir de dois eixos temáticos: primeiro do conceito ampliado de saúde e segundo a garantia na prestação dos serviços (Rosário; Baptista; Matta, 2020).

Com a realização da 8ª CNS, foi possível aprovar o texto-base para criação do SUS. No ano de 1990, foi instituída a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, que através do princípio da universalidade, apontou a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde - processo posteriormente concretizado por meio da APS, com a criação das Equipes de Saúde da Família (eqSF), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), da Atenção Farmacêutica, dentre outros.

Apesar dos avanços elencados, ainda há muitos desafios a serem superados, diante de episódios de retrocessos. São exemplos disso, o subfinanciamento, a ingerência e precarização do trabalho em saúde. No entanto, a busca pela efetivação desse direito constituído não pode ser fragilizada (Oliveira; Nascimento, 2024).

O conceito de acesso aos serviços de saúde pode ser compreendido como a “porta de entrada” do usuário, um espaço acolhedor capaz de atender às suas necessidades e de emitir resposta ao longo do caminho que será percorrido na busca da resolução de suas demandas. Além disso, o acesso é considerado um “dispositivo” transformador da realidade (Abreu-de-Jesus; Assis, 2010).

Ao abordar a temática de acesso aos serviços de saúde de forma superficial já nos deparamos com barreiras no atendimento aos usuários com longas filas, demora na marcação de consultas e agendamentos com datas muito distantes. Um dos desafios é equilibrar a oferta e a demanda. No entanto, o problema vai além, pois o sistema ainda é desigual e excludente, onde os determinantes sociais deveriam nortear as políticas públicas de saúde na busca da equidade e isso não tem acontecido em sua totalidade (Assis; Abreu-de-Jesus, 2012).

Pode-se destacar que a existência dessas desigualdades tem motivos variados e um desses é a falta de financiamento no SUS. Oliveira (2023), reforçam que a distribuição dos recursos financeiros é desigual, já que concentra mais recurso nos centros urbanos se comparado aos rurais.

Não é possível discutir acesso e não abordar a necessidade de uma rede regionalizada e hierarquizada, levar em consideração a acessibilidade geográfica, disponibilidade, viabilidade e aceitabilidade tendo a APS como ordenadora do serviço, pois o acesso diz respeito a condição com que o cuidado e a intervenção adequados estão disponíveis para atender as necessidades dos usuários (Oliveira et al., 2019).

Muitas vezes limita-se avaliar o acesso apenas como um conjunto de ofertas de serviços de saúde, sendo que a quantidade ofertada não significa resolução do problema, uma vez, que as barreiras geográficas, financeiras e culturais podem influenciar diretamente a não utilização da demanda ofertada. É preciso criar RAS integradas, organizadas e preparadas para suprir as necessidades do território (Vicari; Lago; Bulgarelli, 2022).

Para melhor compreensão é importante conceituar que a utilização dos serviços de saúde abrange o contato direto dos usuários às atividades disponíveis, como consultas e hospitalizações, ou pode ser contato indireto através da realização de exames preventivos e diagnósticos. A utilização do serviço pode ser considerada uma forma de acesso, mas não pode ser resumida a isso. A utilização efetiva dos serviços depende de múltiplos fatores como os condicionantes de saúde, a existência de doenças prévias e da sua gravidade. Portanto, a utilização dos serviços será motivada pela demanda do usuário (Malta et al., 2021).

Para além disso, é importante destacar o acesso a saúde através de suas contribuições no planejamento a partir das dimensões analíticas do conceito em saúde. Destaca-se a dimensão econômica que se refere a relação entre a capacidade do consumidor e a competência de oferta do fornecedor (oferta/demanda), dimensão tecnoassistencial que diz respeito a distribuição dos recursos na rede de forma hierarquizada (organização das redes de atenção), dimensão política que é a adequação das práticas de maneira participativa (controle social) e, por fim, a dimensão simbólica que revela a realidade subjetiva e concreta dos sujeitos (Santos, 2013; Abreu-de-Jesus; Assis, 2010).

Para Abreu-de-Jesus e Assis (2010) o alcance total do acesso através das dimensões acima citadas deve ser pautado em alguns princípios e diretrizes do SUS, através da produção de sujeitos individuais e coletivos capazes de transformar os elementos subjetivos que são naturalmente complexos, uma vez que o maior desafio desse sistema na garantia do acesso é equilibrar a oferta e demanda existentes.

Estudo realizado por Farias e colaboradores (2020) para avaliar as causas de absenteísmo dos usuários nos serviços de saúde, o que impacta diretamente no acesso, apontou a necessidade de ações voltadas para melhoria na comunicação, realização de visitas comunitárias ou domiciliares, desempenhadas por profissionais devidamente qualificados e habilitados como sendo facilitadoras no acesso do usuário ao serviço de saúde, o que corrobora com os outros estudos aqui descritos de que a oferta do serviço por si só não significa garantia de acesso. É preciso um matriciamento e construção de relacionamento mais próximo com os usuários nos territórios para identificação das barreiras e consequentemente amortização dos impactos causados (Farias et al., 2020).

Identificar os desafios que afetam diretamente no acesso ao PNAR é de extrema relevância, pois contribui para criação de estratégias que podem reduzir as iniquidades em saúde. Estudo recente realizado por Silva Neto e colaboradores (2024) apontou alguns desafios enfrentados na prestação do serviço de PNAR, sendo o mais significativo a falta de recurso financeiro, o que impacta diretamente na infraestrutura e na aquisição de equipamentos que garantam uma assistência de qualidade. Outro problema crítico identificado foi a escassez de profissionais especializados, além da dificuldade de acesso, onde em muitas regiões as gestantes enfrentam barreiras geográficas e econômicas, citando ainda dificuldade em compreender as orientações médicas, no acesso a informações adequadas, dentre outros.

A prestação de serviço adequado envolve a garantia de acesso às gestantes de alto risco. Sendo assim, a hierarquização da assistência pré-natal, com seus fluxos definidos, referência e contrarreferência planejadas e que assegure um atendimento integral do início ao final da gestação contribuirá para uma assistência à saúde efetiva (Sawara et al., 2024).

2.2 Gestação de Alto Risco: desafios na promoção do cuidado

A assistência pré-natal quando prestada de maneira qualificada pode reduzir significativamente danos a mãe e/ou feto. O acesso ao pré-natal no início da gestação, até a 12^a

semana é determinante para diagnóstico de alteração e consequente intervenção precoce, bem como para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (Brasil, 2016a).

A mortalidade materna é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aquela que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após o parto, por causas relacionadas à gravidez ou por problemas por ela evidenciados, à exceção de acidentes. Em 2003, a razão de mortalidade materna no Brasil, obtida a partir de óbitos declarados, foi de 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. No contexto global, as maiores causas de letalidade eram doenças como hemorragia, hipertensão, aborto inseguro e infecções, que representavam cerca de 82% das mortes maternas (Nielsson, 2025).

Devido aos altos índices apresentados, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu a redução da taxa de mortalidade materna como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A quinta meta visava reduzir essa taxa em até 75% até o ano de 2015. Nesse período, o Brasil conseguiu uma redução de 51%, passando de 103,43 para 56 mortes a cada 100.000 nascidos vivos. Além disso, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), foi definida a meta de reduzir a taxa de mortalidade materna global para 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. A meta brasileira, com o intuito de contribuir para essa redução global, é alcançar 30 mortes a cada 100.000 nascidos vivos até o ano de 2030 (Nielsson, 2025).

O óbito materno não se limita apenas à falta de acesso ao pré-natal adequado, à assistência segura durante o parto ou aos cuidados apropriados no pós-parto, diz respeito também às fragilidades no planejamento familiar, especialmente no que diz respeito ao risco reprodutivo, a existência de áreas desassistidas devido as dimensões geográficas do país e da ineficiência no sistema de referência e contrarreferência para situações graves (Brasil, 2022). Para superar algumas dessas barreiras existentes e para o alcance das metas estabelecidas, o MS tem investido na criação de programas e na disponibilização de recursos para o fortalecimento da Rede Materno-Infantil do país. Posteriormente, apresentaremos de forma mais detalhada a respeito dessas iniciativas e seus objetivos.

A gestação é um período no qual a mulher vivencia intensas mudanças físicas, emocionais, fisiológicas e de aprendizado. É um momento de inúmeras descobertas e os profissionais de saúde devem investir em ações de educação e cuidado em saúde, proporcionando que os membros da família possam ser incluídos e auxiliem na finalização favorável desse momento (Brasil, 2016a).

Desde a implantação da ESF as ações voltadas para saúde da mulher foram priorizadas. Cabe destacar a realização das consultas pré-natais nas unidades básicas que impactaram na redução da mortalidade materna e infantil. Observa-se que houve aumento significativo das

taxas de cobertura desde 1990, alcançando número superior a 90% em todas as regiões do país. Entretanto, a taxa de cobertura isoladamente não significa o acesso integral dessas mulheres aos serviços de assistência pré-natal, pois aquelas indígenas e pretas, com menor escolaridade, múltiparas e das regiões norte e nordeste sofrem com as desigualdades sociais (Domingues et al., 2015).

Na maioria das vezes, a gestação ocorre sem alterações por ser um processo fisiológico. No entanto, algumas gestantes possuem ou desenvolvem ao longo da gestação condições predisponentes que afetam tanto a mãe quanto ao bebê e nesses casos denomina-se “gestante de alto risco”, necessitando de atenção e cuidados específicos de acordo com o problema identificado (Nunes et al., 2024).

A estratificação do risco não pode se limitar a mudança do acompanhamento da gestante de uma unidade de menor suporte para uma de maior densidade tecnológica (tecnologias duras). Mais do que isso, deve ser fundamentada pela ampliação do acesso às diversas tecnologias de cuidado, orientada pela equidade, sem que isso implique na simples transferência ou na isenção da responsabilidade das equipes pelo cuidado prestado (Brasil, 2022).

O PNAR exige cuidado e atenção redobrada dos profissionais, necessitando, para tanto, que o sistema de saúde atue de forma integral, e contribua para o enfrentamento e recuperação das situações adversas identificadas. A assistência prestada deve ser qualificada, humanizada e hierarquizada levando em consideração o risco gestacional na garantia da segurança das gestantes e seu bebê (Silva Neto et al., 2024).

Condições socioeconômicas precárias, história reprodutiva, condições clínicas e obstétricas são aspectos que devem ser considerados ao identificar o risco, seja de forma isolada ou associadas, pois podem contribuir negativamente na gestação. Por isso, a assistência integral, com exame físico, anamnese e exame gineco-obstétrico são imprescindíveis na garantia do cuidado adequado, além do acompanhamento na atenção secundária/especializada simultânea à atenção primária (Alves et al., 2021a).

Para identificação do risco gestacional a atenção primária tem papel fundamental, já que na maioria das vezes a gestante procura a unidade básica para iniciar as consultas. É importante destacar que o risco deve ser avaliado durante todo período gestacional, pois a gestante pode desenvolvê-lo ao longo dos nove meses. Por esse motivo, há necessidade de profissionais capacitados e responsáveis em avaliar, monitorar, identificar e coordenar os cuidados, e encaminhar a gestante para especialistas quando necessário, de modo a contribuir para a redução das complicações potenciais e promover planos de cuidado personalizados (Forster et al., 2024).

Apesar dos avanços na assistência pré-natal os desafios ainda são presentes. Estudo realizado por Sehnem e colaboradores (2020) evidenciou dificuldades no acesso ao atendimento, início tardio das consultas, realização incompleta dos procedimentos prescritos, solicitação de exames desnecessária ou inadequada, e escassez nas informações repassadas sobre os direitos das gestantes como indicadores que fragilizam a prestação do cuidado adequado a esse público, o que pode gerar desfechos desfavoráveis.

Além disso, é interessante destacar outras fragilidades apontadas por Sanine et al. (2019), como a falta de oferta de exames básicos como a ultrassonografia (USG) obstétrica, sendo necessário o pagamento para a sua realização, o que aponta para desigualdade na oferta e acesso a esse serviço. O desconhecimento sobre a maternidade onde o parto ocorre evidencia a fragilidade no vínculo que pode resultar na peregrinação da gestante na busca de acesso ao serviço. Além disso, o estudo apontou o desconhecimento dos motivos de ser encaminhada ao serviço especializado, como fator predisponente em gerar medo e insegurança num momento em que a mulher já está fragilizada.

Portanto, é necessário um conjunto de ações que minimizem os problemas descritos, pois ao conseguir melhorar ou administrar de maneira adequada a assistência pré-natal, consequentemente poderão ser reduzidos os riscos identificados, os quais não são apenas clínicos, como evidenciado pelos estudos citados acima, pois o contexto das desigualdades e dificuldades de acesso a esse serviço de saúde tem impacto negativo na saúde da mãe e do feto.

É preciso conhecer o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil para identificar as fragilidades e poder intervir em tempo oportuno. Faz-se necessário a criação de políticas para melhoria das condições de vida e de trabalho, a definição de fluxos de encaminhamentos, a existência e atuação de profissionais capacitados com o objetivo de prestar uma assistência integral e qualificada.

2.3 Gestão em saúde e os desafios da organização da rede materno-infantil

A gestão em saúde tem sido um desafio no SUS. Para compreender melhor a temática é importante conceituar os termos gestão/administração em saúde que pode ser entendida como aplicação do conhecimento que envolve ações de gerenciamento das redes de atenção e de suas unidades assistenciais, bem como a prestação de cuidados por equipes multiprofissionais que objetivam organizar o serviço e torná-lo efetivo (Pires et al., 2019).

A APS, embora não dependa de recursos tecnológicos caros, enfrenta desafios complexos no desenvolvimento de seus serviços, uma vez que, além de envolver a gestão de pessoas, materiais, processos e recursos financeiros, tem a responsabilidade de ofertar assistência universal, integral e equânime, capaz de atender de forma eficiente as necessidades da população (Pires et al., 2019).

A APS como ordenadora do cuidado deve ter a capacidade de utilizar os recursos de saúde para melhoria da qualidade dos serviços ofertados, reduzindo os obstáculos no acesso e potencializando o cuidado integral especialmente dos usuários que demandam maior atenção. Porém, para a efetivação da oferta do serviço integral, a articulação com a RAS precisa acontecer. E o desafio é exatamente esse, pois é necessário ter fluxos definidos e organizados, que forneçam a continuidade do cuidado e permitam a troca de informações. Contudo, nem sempre isso acontece (Sousa; Shimizu, 2024).

As discussões sobre a regionalização à saúde no Brasil ocorreram tardiamente, e, com isso, impactaram na capacidade resolutiva do sistema. Trata-se de uma ferramenta que deve ser utilizada para ampliar o acesso e reduzir as desigualdades, fomentando os princípios da universalidade e da equidade, que deve se utilizar dos meios existentes, guiada pela racionalidade sistêmica, de modo que abarque as disparidades presentes e possua o poder de articulação intersetorial, de forma a estabelecer elos e redes entre sujeitos e instituições (Santos; Giovanella, 2014).

Quando a discussão acerca da importância sobre a regionalização adentra a rede de cuidado materno-infantil os vazios assistenciais são grandes. Recentemente o Governo Federal publicou através da Portaria GM/MS nº 5.349, de 12 de setembro de 2024 (Brasil, 2024a), que a Rede Alyne deve ser organizada para prover ações voltadas à saúde materna e infantil, com articulação dos pontos da rede integrada ao Plano Regional Integrado (PRI), organização ascendente, que considere as especificidades, o perfil epidemiológico e a capacidade instalada em cada região de saúde.

O nome Rede Alyne foi dado em homenagem a Alyne da Silva Pimental Teixeira, uma mulher negra, pobre, da periferia do Rio de Janeiro que morreu em 2002 por negligência obstétrica, devido ao precário tratamento recebido durante o pré-natal e o parto, que a deixou sangrar até a morte em um corredor de hospital. O Brasil foi então responsabilizado pelo Comitê da Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) em 2011, pela morte de Alyne, sendo a primeira vez que um país foi condenado internacionalmente por morte materna sob a perspectiva dos direitos humanos (ONU, 2011). Sua história passou a simbolizar a luta por equidade e respeito no cuidado obstétrico no Brasil.

Segundo o CEDAW, o Estado brasileiro violou os direitos de Aylene ao não proporcionar acesso adequado à saúde, à justiça e a ter as atividades dos serviços privados de saúde regulados pelo Estado, conjuntamente com o direito a não ser discriminada. A morte de Aylene foi considerada como uma forma de violência de gênero. Além disso, o CEDAW apontou que casos como o de Aylene, de mortes maternas evitáveis, reflete a violência estrutural que afeta principalmente mulheres negras e em situação de vulnerabilidade social (Nielsson, 2025).

Após mais de 20 anos da morte de Aylene o país continua com desafios a serem superados, e a publicação da Portaria GM/MS nº 5.349 que trata do financiamento da Rede Aylene vem na tentativa de minimizar tais desafios, destinando recursos para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos e materiais permanentes destinados para a adequação dos serviços que prestam assistência materna e infantil. Está distribuída em seções e componentes de financiamento do pré-natal, parto e nascimento, puerpério, atenção integral à saúde da criança, qualificação dos complexos reguladores e incentivo financeiro de acordo com os resultados dos indicadores alcançados pelos municípios, estados e Distrito Federal

A Rede Aylene, segundo a Nota Técnica Conjunta nº 220/2024 (Brasil, 2024b), é uma estratégia de reestruturação da antiga Rede Cegonha que tem como objetivo promover um modelo de cuidado humanizado e integral à saúde da gestante, parturiente, puérpera e da criança, levando em consideração as desigualdades étnico-raciais e locais regionais. Dentre os desafios enfrentados estão: a elevada mortalidade materna evitável, o aumento da porcentagem de nascimentos prematuros; as desigualdades entre as unidades da federação; os efeitos do racismo no acesso e qualidade do cuidado, observados na mortalidade mais expressiva na população negra e indígena; as dificuldades para um monitoramento qualificado e a defasagem nos valores de financiamento da Rede Cegonha.

Por se tratar de uma nova estratégia é preciso aguardar a implementação, uma vez que, também foram destinados recursos específicos para execução das ações da Rede Aylene. A partir disso, será necessário realizar estudos avaliativos, na busca dos vazios assistenciais e apontar quais as necessidades existentes, mesmo após a implantação das normativas do programa, já que a criação da estratégia não significa garantia de efetividade. Caso seja necessário, deve-se criar subsídios para potencializar a resolutividade esperada (Genovesi et al., 2020).

É importante destacar que o cuidado materno-infantil vai além dos serviços ofertados no pré-natal, parto e puerpério. Em 2015 quando se criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) esse cuidado foi ampliado, definindo a promoção e proteção da saúde da criança até os nove anos de idade como sendo parte da integralidade da gestação (Genovesi et al., 2020).

Portanto, a organização da rede de saúde materno-infantil se apresenta como estratégia para obtenção da atenção integral com qualidade, que objetiva superar a fragmentação das ações de saúde, ampliar e qualificar a gestão do cuidado (Schiller et al., 2021).

No Estado da Bahia com o objetivo de fortalecer a rede materno-infantil foi apresentado através da Portaria nº 152 de 04 de fevereiro de 2025 (Bahia, 2025) o incentivo financeiro que integra o Programa Mãe Bahia – O futuro da gente, no âmbito do Plano de Atenção Hospitalar do Estado da Bahia. Uma das propostas do programa é a realização do PNAR nas policlínicas regionais, que inicialmente acontecerá em três cidades: Vitória da Conquista, no sudoeste baiano, com expansão prevista para as unidades de Jequié e Ilhéus.

Para além disso, o Programa prevê a construção de novas maternidades e Centros de Parto Normal (CPN); para hospitais de pequeno e médio portes melhoria na infraestrutura; para maternidades de alta complexidade garantia no atendimento especializado a gestantes de risco e aos recém-nascidos prematuros, além da implantação de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatais e de cuidados intermediários. Com todas essas ações previstas, a Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB) visa reduzir a mortalidade materna e infantil, descentralizar a assistência às gestantes de risco, uma vez que elas geralmente percorrem muitos quilômetros para ter acesso ao pré-natal de qualidade e ampliar o acesso ao parto humanizado (ATARDE, 2025).

A gestão em saúde exerce um papel estratégico indispensável para superação dos desafios históricos enfrentados na atenção materno-infantil no Brasil. É por meio de uma gestão qualificada, participativa, orientada por evidências que se torna possível organizar redes de atenção, planejar ações de forma integrada, otimizar recursos e monitorar os resultados alcançados. No contexto do SUS, a gestão deve ir além de administrar recursos, ela precisa ser um instrumento de transformação social, capaz de reduzir as desigualdades existentes.

A implementação desses programas ao longo do tempo representa avanços importantes, porém não garante a superação total dos desafios. A efetivação de uma rede materno-infantil resolutiva e equânime exige uma gestão que articule recursos, pessoas e saberes, comprometida com a garantia do direito à saúde e da efetivação dos seus princípios.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória promove maiores informações concernente ao tema investigado, por meio de métodos e critérios sobre o objeto pesquisado, enquanto a descritiva tem a finalidade de relatar, discorrer e avaliar os fatos sem modificá-los (Prodanov, 2013).

A pesquisa qualitativa é aquela em que é possível compreender a realidade que surge das percepções e das experiências dos pesquisados, responde a questões muito particulares, onde não há preocupação com a quantidade e sim com a significância dos dados coletados. Minayo (2009) afirma que esse tipo de pesquisa vem conquistando um grande espaço devido aos significados que podem ser apresentados nas questões que até então passavam despercebidas e que através desse estudo podem ser exploradas.

Dessa forma, a escolha pelo tipo de estudo se deu pela necessidade de aprofundar o conhecimento acerca do tema abordado, uma vez que, conforme destacado no estado da arte, há pouca informação prévia sobre o assunto e pela necessidade de compreender como ocorre o acesso ao Pré-Natal de Alto Risco pelas gestantes na percepção dos coordenadores de Atenção Básica, na perspectiva daqueles que vivenciam a realidade pesquisada.

3.2 Campo de estudo

O campo de estudo escolhido foram os municípios que compõem o Núcleo Regional de Saúde (NRS) da região Centro-Norte da Bahia.

A seguir, na Tabela 1, apresentamos a caracterização dos demais municípios que compõem a região Centro-Norte da Bahia, quanto a população, extensão territorial (km²) e cobertura da APS:

Tabela 1: Descrição municípios da região de saúde de Jacobina-BA.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	EXTENSÃO TERRITORIAL (km ²)	COBERTURA APS (abril/2024)
Caém	10.384	540,908	99,99%
Caldeirão Grande	13.080	458,311	91,74%
Capim Grosso	33.235	464,776	100%
Jacobina	82.590	2.192,905	91,41%
Mairi	17.674	906,680	100%
Miguel Calmon	24.661	1.599,672	100%
Mirangaba	15.734	1.751,778	100%
Morro do Chapéu	33.594	5.744,969	100%
Ourolândia	19.243	1.544,988	95,67%
Piritiba	17.566	980,328	93,02%
Quixabeira	9.461	366,387	100%
São José do Jacuípe	10.187	362,365	100%
Saúde	10.478	509,098	100%
Serrolândia	13.335	322,022	100%
Tapiramutá	15.818	714,691	89,34%
Umburanas	13.642	1.775,633	100%
Várzea da Roça	13.800	468,407	100%
Várzea do Poço	8.101	206,478	100%
Várzea Nova	13.377	1.225,892	100%

Fonte: Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (Bahia, 2024; IBGE, 2022).

Salienta-se que o município de Jacobina-BA é o local sede de instalação do Núcleo Regional de Saúde (NRS) da Região Centro-Norte da Bahia, que compreende 19 municípios. A cidade fica localizada no interior do estado, no extremo norte da Chapada Diamantina, distante 330 quilômetros da capital do estado, Salvador. Possui 82.590 habitantes, segundo o censo de 2022; e uma área de 2.192,905 quilômetros quadrados (IBGE, 2022).

3.3 Participantes da pesquisa

Foram escolhidos como participantes os coordenadores da Atenção Básica dos municípios da região de saúde Centro-Norte da Bahia, uma vez que eles estavam diretamente

envolvidos nos encaminhamentos e acompanhamento das gestantes de alto risco e puderam colaborar para a compreensão do objeto de estudo. Para tanto, foram delimitados como critérios de inclusão possuir experiência no cargo há pelo menos seis (6) meses. Como critérios de exclusão, delimitou-se os seguintes: estar afastado das atividades em razão de licença, atestado médico ou férias no período da coleta de dados. Além disso, foi excluído o município de São José do Jacuípe no qual a autora da pesquisa atuava como coordenadora de Atenção Básica, com objetivo de garantir a imparcialidade dos dados coletados e preservar a integridade ética da pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não houve preocupação com os critérios numéricos no que diz respeito ao quantitativo de participantes. No entanto, para delimitação da quantidade de participantes foi utilizado o critério de saturação, definido por Minayo (2014) como uma ferramenta empregada quando as informações coletadas são repetitivas e não acrescentam novos elementos para compreensão do objeto de estudo.

Embora a pesquisa qualitativa não se fundamente em critérios numéricos para definição amostral, o estudo foi realizado com 10 participantes. Para a definição desse quantitativo, dos 19 municípios que compõem a região de saúde, em dois houve mudança no cargo de coordenação da Atenção Básica durante o período de coleta de dados, o que inviabilizou a participação desses sujeitos por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos. Nos demais municípios, foram realizadas tentativas de contato com os coordenadores, porém algumas entrevistas não puderam ser efetivadas em razão da ausência de retorno ou da incompatibilidade de disponibilidade dos participantes no período da coleta. Ainda assim, o número de participantes alcançado foi considerado suficiente para os objetivos do estudo, uma vez que se observou a saturação dos dados.

Quadro 2: Caracterização dos participantes. Região de Saúde de Jacobina-BA, fevereiro 2026.

Sexo	Idade	Formação	Pós-graduação	Tempo de formação	Tempo de atuação no cargo
F	35	Enfermeiro(a)	Obstetrícia; Mestrado Profissional em Enfermagem (em curso)	11 anos	5 anos
F	36	Enfermeiro(a)	Gestão em Saúde; Saúde Pública e obstetrícia.	10 anos	1 ano 2 meses
M	37	Enfermeiro(a)	Saúde trabalhador; Urgência e Emergência	10 anos	8 anos
M	47	Enfermeiro (a)	Gestão na APS e Urgência e Emergência	18 anos	9 meses (já foi anteriormente)
F	42	Enfermeiro(a)	Obstetrícia; UTI e Mestre em Enfermagem	18 anos	7 meses
M	45	Enfermeiro(a)	Saúde Pública; Urgência e Emergência e Saúde do Trabalhador	14 anos	2 anos
F	33	Enfermeiro(a)	Ginecologia e Obstetrícia e Urgência e Emergência.	8 anos	3 anos
M	46	Enfermeiro(a)	Urgência e Emergência e Saúde do Trabalhador.	10 anos	10 meses
F	47	Enfermeiro(a)	Saúde Pública e Estética Avançada.	12 anos	1 ano 8 meses (já foi anteriormente)
F	57	Enfermeiro(a)	Auditoria em Saúde.	27 anos	4 anos (já foi anteriormente)

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Conforme apresentado no Quadro 2, participaram do estudo 10 enfermeiros(as), com idades entre 33 e 57 anos, havendo predominância do sexo feminino (6), em relação ao masculino (4). Observa-se que o grupo é composto majoritariamente por profissionais com ampla experiência, o que pode facilitar na condução das ações em gestão e consequentemente na organização do cuidado da APS.

Quanto à qualificação profissional, todos os participantes possuem formação em nível de pós-graduação lato sensu, com ênfase nas áreas de Obstetrícia/Ginecologia, Urgência e Emergência, Saúde Pública, Saúde do Trabalhador e Gestão em Saúde. Destaca-se, ainda, a formação em nível de stricto sensu entre duas participantes (mestrado concluído ou em andamento), demonstrando investimento em qualificação acadêmica e potencial fortalecimento na análise crítica dos processos de trabalho.

No que se refere ao tempo de formação, verificou-se variação entre 8 e 27 anos, evidenciando trajetória profissional consolidada. Esse dado sugere que os participantes possuem ampla vivência na Enfermagem, o que pode influenciar na melhor compreensão dos fatores relacionados ao acesso ao pré-natal de alto risco.

Em relação ao tempo de atuação no cargo, observou-se variação entre 7 meses e 8 anos, sendo que alguns profissionais já haviam exercido anteriormente a mesma função. Isso pode refletir em maior familiaridade com os fluxos assistenciais e regulatórios da rede, especialmente no que se refere ao encaminhamento e acompanhamento de gestantes de alto risco.

De modo geral, a caracterização dos participantes indica experiência profissional consistente, condição que contribui para uma análise qualificada acerca do acesso ao pré-natal de alto risco.

3.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Como técnica de coleta de dados foi escolhida a entrevista semiestruturada, a qual foi realizada a partir de um roteiro semiestruturado (Apêndice A).

Para Minayo (2014) a entrevista semiestruturada é um dos instrumentos de coleta de dados mais utilizados nas pesquisas qualitativas. Trata-se de uma técnica composta por perguntas subjetivas, que permitem ao entrevistador seguir um roteiro pré-estabelecido, com a liberdade para aprofundar as respostas, sem perder o foco do estudo.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi construído contemplando aspectos referentes à caracterização dos sujeitos, ao perfil sociodemográfico e à identificação profissional, como idade, sexo, tempo de atuação, experiência profissional e formação, bem como as questões/temas norteadores relacionados ao acesso ao Pré-Natal de Alto Risco pelas gestantes, às dificuldades, às facilidades e ao fluxo de atendimento.

Para a obtenção das informações por meio das entrevistas, as respostas foram registradas por meio da gravação de áudio com o uso do celular, seguida da transcrição integral do material. As entrevistas tiveram uma duração média de 12 minutos e foram previamente agendadas.

As entrevistas foram realizadas presencialmente nas respectivas secretarias municipais de saúde de cada município, ou em outro ambiente indicado pelo(a) participante, em sala reservada, com objetivo de garantir sigilo e o anonimato das informações. As falas dos(as) entrevistados(as) foram identificadas pela letra C, referente a coordenador(a), seguida do número correspondente à ordem da realização das entrevistas, por exemplo: C1, C2 [...].

3.5 Método de análise de dados

Para análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo Temática proposto por Minayo. Esse método é amplamente empregado em pesquisas qualitativas e é utilizado para

interpretar dados textuais (Minayo, 2009), sendo um deles a entrevista, técnica utilizada para este estudo conforme referido anteriormente.

Através desse tipo de análise podemos caminhar na descoberta do que está por trás do conteúdo exposto e ir além do que está manifesto, permitindo uma compreensão aprofundada dos fenômenos sociais estudados (Minayo, 2009).

Cronologicamente seguimos as fases do Método de Análise de Conteúdo Temática propostas por Minayo (2009) e descritas a seguir:

- **Ordenação dos dados:** Constituiu-se como a etapa inicial da Análise de Conteúdo, caracterizada pela organização sistemática do material e pela aproximação inicial com os dados. Conforme orienta Minayo (2009), essa fase consiste na reunião, organização e leitura exaustiva dos dados para construção inicial do conteúdo obtido. Nessa fase, procedeu-se à organização dos arquivos obtidos nas entrevistas, seguida da transcrição integral dos áudios, garantindo fidelidade às falas dos participantes. Após a transcrição, realizou-se leitura recorrente para familiarização com o conteúdo descrito, com objetivo de identificar as ideias centrais relacionadas ao objeto de estudo. Essa sistematização possibilitou maior aproximação com o conteúdo empírico e a visualização do que foi recorrente, do que se aproximou e das singularidades nos discursos. Essa ordenação foi fundamental para subsidiar a classificação e a posterior construção das categorias analíticas.

- **Classificação dos dados:** Esta etapa de classificação dos dados correspondeu ao aprofundamento analítico do material previamente ordenado. Conforme propõe Minayo (2009), essa fase correspondeu a identificação de estruturas de relevância, ideias centrais e núcleos de sentido presentes nos discursos, permitindo a superação da leitura para uma compreensão interpretativa do conteúdo. A partir da análise das entrevistas identificamos nove núcleos de sentido: significado de acesso aos serviços de saúde; entendimento quanto a necessidade de encaminhamento ao PNAR; pactuação entre as instâncias municipal e estadual; tomada de decisão para promoção do acesso ao PNAR; potencialidades na promoção do acesso; fragilidades na promoção do acesso; estrutura/Fluxo da RAS para o acesso; comunicação – referência/contrarreferência; eficácia do sistema de regulação. A partir da leitura transversal (leitura de cada categoria representada por cada entrevistado) e síntese vertical (ideia global de cada entrevista e do conjunto de entrevistados), procedeu-se à análise comparativa das falas agrupadas em um quadro analítico, avaliando as convergências, as complementariedades e diferenças do objeto de estudo. Esse movimento possibilitou o recorte temático do material e a agregação de trechos com significados semelhantes, dando origem às categorias empíricas. Segue abaixo Quadro 3 utilizado para análise.

Quadro 3: Síntese dos confrontos das entrevistas.

Núcleos de sentido	Ent. 1	Ent. (...)	Ent. 10	Síntese horizontal
Significado de acesso aos serviços de saúde				
Entendimento quanto a necessidade de encaminhamento ao PNAR				
Pactuação entre as instâncias municipal e estadual				
Tomada de decisão para promoção do acesso ao PNAR				
Potencialidades na promoção do acesso				
Fragilidades na promoção do acesso				
Estrutura/Fluxo da RAS para o acesso				
Comunicação – Referência/contrarreferência				
Eficácia do sistema de regulação				
Síntese vertical				

Fonte: Elaborado pelas autoras.

- Análise final dos dados:** Nessa fase final ocorreu a análise aprofundada dos dados que foram categorizados. Posteriormente, a pesquisadora interpretou os resultados a partir da teoria, buscando elucidar os significados das categorias identificadas. O objetivo nessa fase foi responder à questão da pesquisa e contribuir para o avanço do conhecimento acerca do que foi sendo investigado. Assim, realizou-se um movimento analítico de articulação entre os dados empíricos e o referencial teórico adotado, possibilitando compreender os sentidos presentes no material analisado. Conforme destaca Minayo (2014), essa etapa consiste em um processo interpretativo no qual o pesquisador busca ir além da descrição dos dados, relacionando-os ao contexto social e às bases teóricas que sustentam a investigação. Desse modo, a análise final permitiu interpretar criticamente os resultados obtidos, evidenciando convergências, particularidades e elementos relevantes para a compreensão do fenômeno estudado, sendo possível responder aos objetivos propostos e ampliar a compreensão acerca da temática investigada. Para auxiliar na sistematização e organização do quadro comparativo entre a política instituída e a política vivida (Quadro 4), utilizou-se, de forma complementar, ferramenta de inteligência artificial (ChatGPT), empregada como apoio na estruturação e refinamento da apresentação dos dados. Ressalta-se que a construção analítica e a interpretação dos achados foram realizadas integralmente pela pesquisadora, em consonância com o referencial teórico-metodológico adotado.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa que envolveu seres humanos, este estudo seguiu as orientações estabelecidas na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde (Brasil, 2012b) que estabelece as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os princípios éticos fundamentais, com proteção da privacidade e sigilo das informações.

Além disso, obedeceu às determinações da Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024 (Brasil, 2024c) que dispõe sobre princípios, diretrizes e regras para a condução de pesquisas com seres humanos por instituições públicas ou privadas e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Cabe destacar ainda que foi seguida a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 (Brasil, 2016b), que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nessa Resolução.

Salientamos também, que foram atendidos os aspectos recomendados na Resolução 580 de 22 de março de 2018 (Brasil, 2018), que trata de uma resolução complementar que aborda as particularidades éticas das pesquisas de utilidade estratégica para o SUS.

Desse modo, a coleta de dados foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA (UEFS). Obtivemos parecer favorável do CEP – UEFS no dia 21 de agosto de 2025, segundo parecer nº 7.783.914 (CAAE 88729825.6.0000.0053). Os participantes envolvidos na pesquisa foram orientados pela pesquisadora quanto aos objetivos e possíveis consequências do estudo. Após o esclarecimento verbal, aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram assegurado, conforme a legislação vigente, o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízos à pesquisa. O anonimato foi garantido em todas as etapas. Não houve despesas decorrentes da participação na pesquisa, não sendo necessário o ressarcimento aos(as) participantes.

É importante registrar que no TCLE contém as informações acerca da justificativa, dos objetivos, detalhamento dos métodos utilizados, possíveis riscos e os benefícios esperados com a realização e os resultados deste estudo.

Para convidar os Coordenadores da Atenção Básica dos municípios selecionados, foi realizado contato telefônico, com objetivo de agendar a entrevista de forma online ou

presencial, de acordo com a preferência e disponibilidade do(a) participante. As entrevistas foram realizadas de forma presencial e ocorreram em sala reservada, garantindo a privacidade e sigilo das informações.

As entrevistas foram gravadas com o uso de aplicativo de gravação de voz do celular em local e horário determinados de acordo a disponibilidade do(a) participante. Os registros foram armazenados em CD e, após a transcrição, arquivados no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado na UEFS, durante cinco (5) anos, sendo que após esse período serão posteriormente destruídos.

Toda pesquisa envolvendo seres humanos possui seus riscos e benefícios. Para este estudo os possíveis riscos foram: os(as) participantes sentirem desconforto, medo ou desconfiança ao relatar suas experiências; o(a) participante sentir receio em falar por estar sendo gravado e temer alguma represália, por citar falhas no seu processo de trabalho.

Para minimizar ou evitar a ocorrência desses riscos foi construído um laço de confiança e conforto com o pesquisado, através do esclarecimento dos propósitos do estudo, reforçando que a participação é voluntária. Além disso, buscou-se garantir conforto e confiança durante a coleta de dados, através do esclarecimento dos propósitos do estudo e da realização das entrevistas em ambiente reservado, de modo a favorecer a livre expressão dos participantes. Também foi esclarecido que qualquer informação que possibilitasse a identificação dos participantes da pesquisa seria suprimida, e foi explicado o motivo da gravação das entrevistas e, caso algum deles se sentisse desconfortável, foi oferecida a opção de realização do registro das informações por escrito, não sendo necessária tal medida durante a entrevista, pois todos aceitaram que a entrevista fosse gravada.

Foi informado que em caso de alguma complicação ou danos em decorrência deste estudo, a assistência integral à saúde, de forma gratuita seria de total responsabilidade das pesquisadoras, sem nenhum ônus para os participantes, garantindo-se assistência imediata conforme tempo necessário, mas essas medidas não foram necessárias.

Além disso, foi assegurado ao(a) participante o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer ônus. Ressaltou-se, ainda, que, na ocorrência de quaisquer danos ou custos advindos da participação no estudo, as pesquisadoras se responsabilizariam pela busca de indenização por eventuais danos decorrentes na pesquisa, bem como pelo ressarcimento de gastos eventualmente comprovados, conforme as disposições legais vigentes.

Quanto aos benefícios deste estudo, podemos citar: contribuição para o aprimoramento das políticas públicas de saúde; contribuição na garantia do direito ao acesso em saúde; valorização do gestor ao colaborar com a promoção do acesso mediante as barreiras enfrentadas; colaboração para a organização da rede de assistência materno-infantil através dos

resultados encontrados, que poderão influenciar na construção do planejamento local; fortalecimento da integralidade do cuidado prestado às gestantes; melhoria da assistência prestada na região, com atendimento integral e redução das complicações gestacionais e da mortalidade materno-infantil.

Cabe salientar, que este estudo tem fins apenas científicos e não lucrativos, além disso, os resultados serão apresentados nas instituições que participaram da pesquisa com objetivo de apresentar os dados e contribuir de forma positiva na melhoria do acesso ao PNAR.

3.7 Produto técnico

Como produto técnico, foi elaborado um fluxograma analisador do atendimento ao PNAR na região de saúde estudada, diante da análise do conteúdo apresentado nas falas dos participantes. Esse instrumento é uma ferramenta qualitativa que representa graficamente o processo de trabalho na Rede de Atenção à Saúde (RAS), utilizando elipses (entrada/saída), losangos (decisão) e retângulos (ações). Sua construção incorpora os dados empíricos oriundos das entrevistas, funcionando ao mesmo tempo como método e resultado. Ao evidenciar potencialidades e fragilidades no acesso ao PNAR pelas gestantes, segundo Lopes e colaboradores (2025), o fluxograma analisador pode contribuir para a compreensão da micropolítica institucional e apoiar o planejamento e a reorganização das práticas assistenciais.

Nesse sentido, o fluxograma não apenas representa o fluxo formal de encaminhamento, mas evidencia as tensões entre a política instituída e a política vivida, permitindo uma compreensão ampliada da organização da RAS e dos desafios para a efetivação do acesso ao PNAR.

Destaca-se que, embora exista um fluxograma previamente instituído na região, este se restringe às possibilidades formais de encaminhamento para maternidades localizadas em Salvador, não contemplando, de forma efetiva, a dinâmica real de acesso vivenciada pelos municípios. Ademais, observa-se que determinados casos de PNAR, como hipertensão e diabetes gestacional, frequentemente não são acolhidos pelos serviços indicados no fluxograma já existente, gerando entraves no processo de cuidado e exigindo a adoção de estratégias alternativas por parte dos coordenadores.

O material produzido será disponibilizado aos municípios da região e apresentado em Reunião Ordinária do Colegiado de Coordenadores da Atenção Básica (COCAB) ou Fórum Perinatal, como estratégia de devolutiva dos resultados da pesquisa aos profissionais

envolvidos. Essa iniciativa tem como objetivo subsidiar a reflexão sobre a organização da rede, qualificar a comunicação entre os serviços e contribuir para o aprimoramento do acesso ao PNAR, além de apoiar processos de planejamento e tomada de decisão no âmbito da gestão local e regional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO: sentidos e significados na perspectiva dos coordenadores de atenção básica sobre a dinâmica organizativa do acesso ao Pré-Natal de Alto Risco

A análise das diferentes dimensões do acesso possibilita apreender, a partir da perspectiva dos coordenadores da Atenção Básica, as políticas operacionalizadas na gestão da saúde, a forma como os serviços se organiza e o modo como as práticas em saúde são orientadas para a promoção ou não do cuidado. Ademais, permite identificar, sob esse mesmo olhar, em que medida as demandas apresentadas pelas usuárias têm sido consideradas ou atendidas no âmbito do SUS, especificamente do PNAR.

Na perspectiva da construção de uma totalidade concreta, Assis e Abreu-de-Jesus (2012) compreendem que a análise da categoria acesso deve se fundamentar nos princípios da equidade, da universalização da atenção, da regionalização, da hierarquização e da participação popular. Esses princípios orientam a organização e a efetivação das políticas e práticas de saúde, sendo indissociáveis da atuação dos sujeitos individuais e coletivos. Assim, a participação desses sujeitos torna-se elemento central no processo de construção e transformação das realidades sociais, contribuindo para a concretização do acesso enquanto direito.

Na sequência, apresentamos os resultados e a discussão deste estudo, embasados nas entrevistas e sistematizados conforme as dimensões analíticas simbólica, política e organizativa.

4.1 DIMENSÃO SIMBÓLICA DO ACESSO AO PNAR: o direito universal e a produção do cuidado

Tratar da dimensão simbólica do acesso, segundo Giovanella e Fleury (1995), remete à discussão acerca do modelo das representações de cada sujeito. Tal abordagem implica assumir a realidade como mediada pela ordem simbólica, a qual é determinada pela interação entre os sujeitos no conjunto de suas relações e interpretação no âmbito da sociedade. Nessa perspectiva, os sujeitos coletivos dão lugar aos sujeitos históricos que, por sua vez, se constituem como sociais, coletivamente determinados por suas representações.

Cecílio (1997) complementa o conceito e trabalha a dimensão simbólica a partir do que é percebido pelos sujeitos, com o objetivo de identificar contradições e caracterizar novas

formas de organização das práticas em saúde, propondo a passagem do modelo da pirâmide para o do círculo. O autor também aborda o simbólico ao discutir a porta de entrada do sistema como um espaço ambíguo, atravessado pelos interesses dos diversos sujeitos que por ele transitam e nele atuam. Além disso, apresenta um outro olhar sobre essa dimensão ao analisar os vínculos provisórios, compreendidos como um sistema de relações capaz de promover acolhimento e responsabilização.

De acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (Houaiss; Villar; Franco, 2001, p. 38) o acesso é definido como “ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo”. Ao relacionar essa definição ao campo dos serviços de saúde, o acesso pode ser entendido como a “porta de entrada” do sistema, configurando-se como o espaço de acolhimento do usuário no momento da expressão de sua necessidade, bem como os percursos por ele trilhados em busca da resolução dessa demanda no interior do sistema de saúde.

Pustai (2004) aborda o acesso no âmbito dos princípios do SUS, evidenciando tanto suas dimensões legais quanto históricas, bem como a função teleológica da cidadania, entendida como uma ação racional e organizada orientada à produção de serviços de saúde e à concretização de finalidades sociais.

Buscamos a partir das entrevistas identificar os sentidos/ significados de acesso aos serviços de saúde apresentados pelos participantes do estudo a partir da dimensão simbólica. Nessa perspectiva, as falas dos gestores apresentadas a seguir, convergem com tais concepções, ao reconhecerem que o acesso aos serviços de saúde se concretiza a partir de sua garantia em consonância com os princípios do SUS.

Garante que qualquer indivíduo, independente das condições financeiras, etnia, raça, cor [...] tenham acesso ao serviço, ao acolhimento e ao cuidado durante toda a necessidade (Ent. C1).

Deve ser um acesso universal e igualitário, para que todo cidadão busque o seu atendimento na rede de atenção primária e consiga ter os seus problemas de saúde sanado dentro da resolutividade que o programa se propõe (Ent. C4).

As falas dos entrevistados(as) C1 e C4 se complementam ao demonstrar uma compreensão ampliada do acesso aos serviços de saúde. Enquanto um(a) dos(as) gestores(as) enfatiza o acesso como garantia de atendimento a todos os indivíduos, independentemente de condições financeiras, étnicas ou raciais, destacando o acolhimento e a continuidade do cuidado ao longo de toda a necessidade apresentada, o(a) outro(a) reforça essa concepção ao associá-la aos princípios da universalidade e da igualdade no âmbito da APS. Ademais, esta última fala introduz a resolutividade como elemento central do acesso, ao compreender que a efetivação

do cuidado indica a capacidade dos serviços em responder e solucionar os problemas de saúde dos usuários.

Essa compreensão ampliada do acesso se expressa, nas falas dos(as) entrevistados(as) C3, C7 e C9, na centralidade atribuída à APS como porta de entrada preferencial do SUS.

O acesso hoje começa na atenção básica. [...] É a porta de entrada, o primeiro acesso que o paciente vai ter na rede do SUS, no PSF, desde a recepção até o encaminhamento para consulta [...] (Ent.C3).

O acesso de serviço à saúde é a nossa porta de entrada da atenção básica [...] com todo o acolhimento [...] é nessa porta de entrada que esse usuário é direcionado pra o que ele precisa (Ent. C7).

Acesso ao serviço de saúde é basicamente as unidades [...] estarem de portas abertas para receber todos os pacientes [...], prestar o primeiro atendimento, fazer o acolhimento (Ent. C9).

Para esses gestores(as), o acesso inicia-se na APS, entendida como o primeiro contato do usuário com o serviço, envolvendo desde a recepção e o acolhimento até o encaminhamento para outros pontos da rede, conforme as necessidades apresentadas. Assim, o acesso é descrito não apenas como entrada formal no serviço, mas como um processo orientado pelo acolhimento, pela escuta e pelo direcionamento do usuário na rede de cuidados.

A compreensão do acesso expressa nas falas dos gestores, ao destacarem a APS como porta de entrada do sistema, o acolhimento e o direcionamento dos usuários na rede de serviços, encontra respaldo nos princípios e diretrizes do SUS. Conforme destacado por Paim (2009), o acesso constitui elemento central do SUS, articulado aos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, orientando a gestão pública da saúde. Já Merhy (2002) compreende o acolhimento como um dispositivo fundamental na organização dos serviços e na produção do cuidado, especialmente no âmbito da APS.

Nos serviços de saúde, o acesso universal e equitativo orienta-se pelo atendimento às necessidades de saúde da população, fundamentando-se nos princípios da justiça social e da garantia de direitos. Contudo, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde permanecem como um dos principais entraves à consolidação do SUS, desafiando a efetivação de seus princípios doutrinários (Ferreira et al., 2024). Nesse sentido, a garantia do acesso não se esgota na possibilidade de ingresso do usuário no serviço, mas envolve, necessariamente, a capacidade do sistema de responder de forma adequada às demandas apresentadas.

Nessa perspectiva, a resolutividade constitui um elemento central no significado atribuído ao acesso aos serviços de saúde. Conforme destaca Arimizu et al. (2025), a resolutividade da APS diz respeito à sua capacidade de identificar os problemas de saúde no território, oferecer respostas adequadas às demandas apresentadas e promover sua resolução.

Essa compreensão teórica é corroborada pelas falas dos(as) gestores(as) entrevistados(as), que associam o acesso à capacidade do serviço em responder às necessidades dos usuários, seja por meio da resolução dos problemas no próprio nível de atenção, seja pelo encaminhamento oportuno e adequado para outros pontos da rede de atenção à saúde.

Assim, no que se refere ao entendimento acerca da necessidade de encaminhamento ao PNAR, as falas dos coordenadores revelam uma compreensão predominantemente pautada na identificação de riscos clínicos e agravos à saúde materna e fetal. O encaminhamento ao PNAR é entendido como uma medida necessária quando a gestante apresenta condições que ultrapassam a capacidade resolutiva da APS e demandam um acompanhamento especializado e mais complexo.

A gestante precisa ser encaminhada ao pré-natal de alto risco toda vez em que houver [...] alguma condição que venha causar dano à vida dela ou do feto. [...] Quadros de hipertensão, de diabetes [...], que precisam de um serviço que possa dar um suporte maior do que a Atenção Primária à Saúde (Ent. C2).

O acesso ao pré-natal do alto risco [...] já vem com o pré-natal iniciado lá na Atenção Básica [...], assim que detectado algum daqueles fatores [...], obesidade, gestação gemelar, baixo peso, diabetes [...], aí sim se encaminha pro pré-natal de alto risco [...], existem critérios [...] definidos pelo manual do Ministério da Saúde (Ent. C6).

A gestante de alto risco, uma vez que ela é captada, né, pela APS, é... sendo identificado algum diagnóstico, né, de alteração, de necessidade, agravo, né, que ela precisa de um cuidado mais complexo, essa gestante ela é encaminhada pra nossa central de marcação [...] (Ent. C10).

Outro aspecto relevante destacado nas falas diz respeito ao papel da APS na detecção precoce e estratificação do risco. Os coordenadores reconhecem que o acompanhamento inicial da gestante ocorre na APS, sendo responsabilidade das equipes identificar, a partir da observação clínica e da avaliação da usuária, a presença de fatores que indiquem a necessidade de encaminhamento ao PNAR. A identificação do risco aparece, ainda, associada ao uso de critérios técnicos e normativos, definidos em manuais oficiais, que estabelecem parâmetros e diretrizes preconizadas pelo MS.

O cuidado pré-natal estrutura-se a partir de três eixos fundamentais: a avaliação de risco, as ações de promoção e educação em saúde e as intervenções terapêuticas. Quando realizado com qualidade, o pré-natal possibilita a prevenção, a identificação precoce e o manejo oportuno de agravos maternos e fetais, contribuindo para a redução de complicações associadas à gestação e ao parto, que permanecem entre as principais causas de morbimortalidade entre mulheres em idade reprodutiva (Costa; Silva; Cruz, 2025).

Assim, reitera-se as orientações expressas no Manual de Gestação de Alto Risco (2022), ao destacar que a organização dos processos de atenção no pré-natal, incluindo que a estratificação do risco obstétrico, constitui um dos fatores determinantes para a redução da

mortalidade materna. Ainda segundo esse documento, a estratificação de risco tem como finalidade identificar as mulheres com maior probabilidade de apresentar eventos adversos à saúde, possibilitando a utilização dessas evidências para a otimização dos recursos disponíveis, em uma perspectiva de equidade do cuidado, de modo a assegurar a oferta das tecnologias necessárias àquelas que delas necessitam.

Destaca-se que a definição do risco gestacional é complexa, uma vez que os critérios utilizados apresentam divergências na literatura especializada. Embora o pré-natal constitua um processo contínuo de avaliação de risco, algumas condições podem ser identificadas já na primeira consulta, permitindo a classificação da gestante como de alto risco. Características individuais, aspectos sociodemográficos, histórico reprodutivo e condições clínicas prévias podem aumentar a probabilidade de agravos durante a gestação, devendo ser analisadas de forma dinâmica e contextualizada, conforme o perfil epidemiológico das gestantes (Brasil, 2022).

O pré-natal de qualidade requer acesso oportuno às unidades de referência do SUS, especialmente para o acompanhamento das gestantes em situação de alto risco. A identificação precoce da gestação e a adequada estratificação do risco possibilitam o encaminhamento em tempo oportuno aos serviços especializados, favorecendo a integralidade do cuidado (Teodoro; Aquino; Paltronieri, 2022). Nesse contexto, embora a assistência pré-natal não seja capaz de antecipar todas as intercorrências, a exemplo daquelas relacionadas ao parto, as ações de promoção da saúde e a identificação precoce dos riscos ao longo da gestação contribuem significativamente para a melhoria do prognóstico materno (Guedes et al., 2022).

4.2 DIMENSÃO POLÍTICA: processos decisórios e micropolítica na promoção do acesso ao PNAR

A dimensão política do acesso, segundo Giovanella e Fleury (1995), é definida como um processo social e historicamente construído, permeado por relações de poder, disputas de interesses e escolhas institucionais. Nessa perspectiva, o acesso não se limita a uma questão técnica ou organizacional, mas expressa decisões políticas que orientam a formulação e a implementação das políticas de saúde.

Essa descrição permanece atual nas análises sobre o SUS, conforme aprofundado por Fleury e Ouverney (2012), ao evidenciar que o acesso aborda a correlação de forças presente na sociedade e no interior do sistema de saúde, estando relacionada a definição de prioridades,

a organização dos serviços e a distribuição de recursos, bem como sobre a efetivação dos direitos sociais.

Neste estudo, a dimensão política do acesso foi explorada considerando aspectos relacionados à pactuação entre as instâncias estadual e municipal, bem como aos processos de tomada de decisão voltados à promoção do acesso ao PNAR, de modo a compreender como se configuram, no âmbito da gestão, as articulações institucionais e os mecanismos decisórios nesse processo.

Com relação a pactuação entre estado e município como estratégia para a garantia do acesso ao PNAR, as falas dos coordenadores tendem a mudar da dimensão político-institucional para aspectos operacionais dos fluxos assistenciais.

Não está, né, porque é bem complicado. [...] nós não temos um fluxo pré-estabelecido. [...] Sempre foi muito difícil, um gargalo mesmo esses encaminhamentos. [...] A gente tenta com os acordos políticos [...], outros são feitos através de e-mails [...], hoje, a gente está encaminhando para (citou nome do hospital) e também para o (citou nome do hospital) (Ent. C1).

Essa pactuação é algo que a gente tem uma certa dificuldade, porque nosso vínculo ainda é um pouco precário [...], a gente não consegue um direcionamento melhor dessas gestantes [...], não tem uma pactuação assim consolidada [...] que seja um fluxo garantido pra todas essas gestantes (Ent. C7).

Embora a pergunta buscasse compreender como se dão as discussões e pactuações nos espaços formais de gestão, como a Comissão Intergestores Regional (CIR) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a maioria dos entrevistados não citou esse referencial em suas respostas, concentrando-se, em sua maioria, nas dificuldades de encaminhamento e na inoperância de fluxos pactuados.

Apesar das falas dos coordenadores evidenciarem fragilidades na efetivação da pactuação interfederativa, é importante destacar que, no âmbito da gestão estadual e regional, iniciativas institucionais vêm sendo construídas com o objetivo de fortalecer a atenção materno-infantil. Entre essas, destaca-se a elaboração do Plano Regional Materno-Infantil, bem como a apresentação, por parte do Governo do Estado, do programa Mãe Bahia como estratégia de reorganização do cuidado, além dos espaços do COCAB que eventualmente discute a pauta.

Salienta-se que no contexto da federação brasileira, as estratégias de descentralização e regionalização do sistema de saúde assumem papel central na garantia do acesso aos serviços. A Constituição Federal consolidou a reorganização do Estado e a saúde como direito de cidadania e, desde a criação do SUS, os avanços no processo de descentralização têm fortalecido a gestão municipal. Esse movimento possibilitou a ampliação e a redistribuição de recursos, contribuindo para a reorganização dos serviços de saúde nos diferentes territórios e para o aprimoramento da articulação interfederativa (Barbosa et al., 2024).

Como desdobramento desse processo, o PRI configura-se como uma estratégia do SUS voltada à promoção da equidade regional, subsidiando o Plano Estadual de Saúde e resultando nos Planos Regional e Macrorregional. Pactuado e avaliado nas instâncias intergestores, especialmente na CIR, o PRI orienta a organização regional da RAS e os processos de gestão integrada (Pinheiro et al., 2025).

Além desses aspectos, destaca-se que se encontra em construção um hospital com perfil de referência materno-infantil para a região Centro-Norte, o que sinaliza um investimento importante na ampliação da capacidade instalada e na organização da rede regionalizada de atenção. Contudo, a ausência dessa referência no discurso dos coordenadores reforça a percepção de que tais avanços, embora relevantes, ainda não se traduziram em mudanças concretas na experiência cotidiana de acesso ao PNAR na Região Centro-Norte.

Considerando seus significados e as relações estabelecidas entre regiões e redes de atenção, o fortalecimento do processo de regionalização tende a produzir efeitos positivos sobre o acesso à saúde. Esse avanço tende a impactar positivamente ao possibilitar a leitura dos determinantes sociais da saúde no território e o planejamento integrado da rede de atenção. Ao superar os limites municipais, a regionalização favorece a definição de portas de entrada, a hierarquização tecnológica orientada pelas necessidades de saúde e o uso mais racional dos recursos disponíveis. Além disso, contribui para a organização dos fluxos assistenciais, amplia a resolutividade do cuidado e fortalece o compartilhamento de responsabilidades entre os entes federativos (Lima et al., 2012).

Os desafios da prática em saúde muitas vezes envolvem limitações estruturais e orçamentárias que impactam o alcance dos objetivos definidos no planejamento. Diante desse cenário, o planejamento em gestão assume papel estratégico ao orientar a organização dos serviços a partir da realidade local, possibilitando a definição de intervenções mais eficazes e a qualificação das ações em saúde. Ao direcionar prioridades, padronizar processos e favorecer o trabalho articulado entre os atores envolvidos, o planejamento pode contribuir para a melhoria do cuidado ofertado, mesmo em contextos de restrição de recursos, ampliando os benefícios aos usuários e os resultados na área da saúde (Silva et al., 2022).

A fala do(a) entrevistado(a) C10 cita os espaços formais de governança, revelando maior alinhamento com os dispositivos institucionais previstos para a organização da atenção materno-infantil, ainda que reconheça a existência de dificuldades na articulação entre os entes federados.

A nível de CIR, de CIB, o Estado tá aí presente. [...] A rede Alyne já garante muitos direitos a essas gestantes. [...] O município está dando esse apoio, dando suporte. [...] Quando tem dificuldade nessa ponte entre município e estado, sempre se busca a comunicação com as instituições que são referenciadas [...]. Às vezes é dificultado, mas no fim sempre conseguimos essa assistência, esse atendimento (Ent. C10).

Os achados encontrados apontam não para a inexistência de pactuações ou discussões políticas, mas para a baixa incorporação desses processos nas falas dos sujeitos entrevistados, voltadas para repercussões imediatas, como fluxo assistencial, disponibilidade de vagas e estratégias informais de encaminhamento. Assim, fica evidente que, embora existam avanços institucionais em curso, estes ainda não se consolidaram como referências efetivas para a organização do cuidado no território.

No contexto da saúde, cabe às organizações garantir recursos, informações, apoio e oportunidades para que os profissionais realizem um trabalho significativo, desenvolvam competências e compreendam normas e legislações, por meio de condições adequadas, suporte institucional e feedback contínuo (Ramos et al., 2025). Nesse sentido, a ausência ou fragilidade dessas estruturas pode contribuir para que os profissionais priorizem respostas imediatas às demandas assistenciais, em detrimento da incorporação de processos políticos e institucionais no cotidiano do cuidado.

A tomada de decisão no âmbito da gestão dos serviços de saúde, influenciada por essas condições organizacionais, constitui um processo complexo e desafiador. As decisões em saúde frequentemente ocorrem em contextos marcados por incertezas, seja pela insuficiência de conhecimentos disponíveis, pela dificuldade de operacionalizar decisões em tempo oportuno, ou ainda pela necessidade de agir mesmo diante de circunstâncias limitantes. Nessas situações, o gestor é constantemente tensionado a decidir em cenários adversos e dinâmicos, nos quais fatores técnicos, políticos e institucionais se cruzam (Fernandez, 2022).

De acordo com as falas dos(as) entrevistados(as) a tomada de decisão para a promoção do acesso ao PNAR ocorre de forma heterogênea entre os municípios, sendo condicionada principalmente pela capacidade instalada local, pela disponibilidade de profissionais especializados e pelo funcionamento da regulação. Nos diversos contextos, é descrita a presença de médico obstetra contratado pelo município como principal estratégia decisória para garantir algum grau de acesso ao cuidado especializado, ainda que de maneira parcial e limitada.

Profissionais ginecologistas e obstetras que consigam nos dar suporte [...], também fizemos pactuações com hospitais próximos. [...] Há uma obstetra que acompanha gestantes em pré-natal de alto risco e, em alguns casos, nos dá suporte por outras vias de encaminhamento para Salvador [...]. Quando uma gestante precisa ser encaminhada de forma imediata, sai porta aberta tentando as maternidades dos municípios. [...] Não há um fluxo estabelecido (Ent. C2).

A única solução que a gente encontra ainda é bater na porta realmente. A gente tem uma pessoa também lá em Salvador que também nos ajuda. Ajuda quando a gente não consegue pela tela, ela vai pessoalmente lá na maternidade pra ver a possibilidade de tá conseguindo essa vaga, e geralmente consegue (Ent. C8).

Nesse cenário, as falas também destacam vulnerabilidades importantes no processo decisório, especialmente nos municípios que não dispõem de profissionais obstetras ou de serviços estruturados para o acompanhamento do PNAR. Nesses casos, o acesso depende quase exclusivamente da regulação estadual, marcada, muitas vezes, por demora na liberação de vagas e incertezas quanto à efetivação do encaminhamento. Essa dependência reforça a percepção de que a decisão, embora iniciada no município, não se concretiza sem a aceitação do nível estadual.

Os serviços de média complexidade no SUS apresentam limitações estruturais persistentes que se traduzem em oferta insuficiente e acúmulo de demandas, configurando importantes barreiras ao acesso oportuno. A superação desses desafios relacionados à atenção ambulatorial especializada demanda uma análise aprofundada, uma vez que se trata de um problema complexo e multifatorial. Nesse processo, tornam-se centrais aspectos como as relações e os interesses entre o setor público e o mercado, a incorporação de novas tecnologias de informação em saúde e a distribuição desigual de serviços, equipamentos e profissionais especializados entre as diferentes regiões de saúde (Giannotti et al., 2016).

Nesse contexto, observa-se que, embora o SUS assegure legalmente o acesso universal aos serviços de saúde, esse princípio ainda não se traduz plenamente na prática, especialmente no que se refere às ações de média e alta complexidade, pois mesmo diante de mudanças importantes na organização da rede de serviços, como a implementação da ESF, persistem desigualdades no acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS (Araujo; Nascimento; Araujo, 2019).

Diante dessas limitações, observa-se o uso de estratégias informais de tomada de decisão, caracterizadas por contatos pessoais, articulações diretas com profissionais e instituições de referência e tentativas repetidas de “porta aberta” em maternidades de outros municípios. Essas práticas, ainda que viabilizem o acesso em situações críticas, revelam a fragilidade da governança regional e a ausência de fluxos institucionais consolidados para o cuidado materno de alto risco.

Em (cita cidade), pré-natal de alto risco nada. [...] O acompanhamento de alto risco só quando consegue pela regulação. [...] A gente oferta o básico, os exames básicos. [...] Hoje em dia a gente não tem oferta de nada. [...] O encaminhamento é feito pra (cita cidade), que é a referência de (cita cidade em que trabalha) pra parto (Ent. C5).

Essa tomada de decisão dificulta um pouco, porque, às vezes, pra encaminhar pra esse pré-natal, essa cesariana de alto risco, a gente precisa colocar na regulação [...] e acaba deixando a desejar pelo período de liberação, quando a gente encaminha essa gestante pro (cita maternidade e cidade) (Ent. C8).

Nessa direção, gestores de diferentes níveis de governo reconhecem que as dificuldades de acesso aos serviços especializados, especialmente da média complexidade, configuram um entrave estrutural à integralidade da atenção no SUS. Essa limitação impacta a organização e o acesso aos serviços hospitalares, frequentemente buscados de forma direta pelos usuários. Contudo, a atuação hospitalar ainda se concentra na estabilização de condições agudas, com limitações para se afirmar como ponto articulador da RAS, o que fragiliza a continuidade do cuidado e a efetivação de altas responsáveis e integradas entre os níveis de atenção (Belga; Jorge; Silva, 2022).

Nesse sentido, as dificuldades de acesso aos serviços especializados evidenciam os limites do processo de regulação no SUS, especialmente na articulação entre os diferentes níveis de atenção. A regulação desempenha papel central na organização do sistema de saúde, ao direcionar e qualificar o uso dos recursos disponíveis, com o propósito de assegurar à população o acesso oportuno e equitativo às ações e aos serviços (Medeiros Junior et al., 2023).

Quando esses mecanismos regulatórios se mostram frágeis ou insuficientes, seus efeitos tornam-se visíveis na organização da assistência médico-hospitalar, que passa a enfrentar dificuldades estruturais relacionadas à fragmentação da RAS, à baixa resolutividade da Atenção Básica e à oferta insuficiente de serviços de média e alta complexidade, associadas a limitações estruturais e financeiras. Como resultado, o sistema apresenta dificuldades crônicas para responder às demandas de atenção hospitalar da população (Oliveira, 2024).

As falas dos entrevistados evidenciam que a oferta de cuidado no PNAR é praticamente inexistente nos municípios, restringindo-se às ações básicas e dependendo, quase exclusivamente, da regulação para acesso aos serviços especializados. A demora e a incerteza na liberação de vagas tensionam a tomada de decisão local e reforçam a dependência de municípios de referência para o acompanhamento e o parto de alto risco, limitando a efetivação da integralidade do cuidado.

Tais aspectos bem como outras barreiras e potencialidades serão discutidos na próxima categoria, ao abordarmos a dimensão técnica do acesso ao PNAR.

4.3 DIMENSÃO TÉCNICA: sentidos atribuídos às facilidades e dificuldades na promoção do acesso

A dimensão técnica do acesso refere-se à capacidade organizacional e operacional dos serviços e da rede de saúde em responder de forma efetiva às demandas dos usuários, garantindo a integralidade da atenção. Essa dimensão envolve o planejamento e a programação das ações, a organização e articulação da rede assistencial, bem como a definição de responsabilidades entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Pressupõe ainda a estruturação de fluxos assistenciais e a garantia de atendimento nos diferentes níveis de complexidade do sistema, além do desenvolvimento de práticas que favoreçam o acolhimento, o vínculo e o compromisso dos serviços com as necessidades dos usuários (Assis; Abreu-de-Jesus, 2012; Araujo; Nascimento; Araujo, 2019).

Essa perspectiva aproxima-se das discussões sobre a organização das RAS, nas quais se destaca que a efetivação do acesso depende da capacidade do sistema em articular seus diferentes pontos de atenção, garantindo continuidade do cuidado e respostas oportunas às necessidades de saúde da população (Mendes, 2011). Nesse sentido, a dimensão técnica do acesso está diretamente relacionada às condições concretas de funcionamento dos serviços, incluindo a disponibilidade de profissionais, a oferta de procedimentos e exames, bem como a existência de mecanismos de regulação e encaminhamento que orientem os fluxos assistenciais no interior da rede.

Neste estudo, a dimensão técnica do acesso foi analisada a partir das percepções dos gestores acerca das condições que favorecem ou dificultam o acesso das gestantes ao PNAR. Assim, buscou-se identificar, nas falas dos entrevistados, elementos relacionados à organização da rede, aos processos de encaminhamento, à disponibilidade de profissionais e às estratégias institucionais adotadas para garantir a continuidade do cuidado.

No que se refere às potencialidades do acesso ao PNAR, os gestores destacam aspectos relacionados à organização dos fluxos assistenciais, à disponibilidade de profissionais especializados nos municípios e às iniciativas recentes de reorganização da rede de atenção materno-infantil.

A potencialidade [...] é essa reformulação da nova política, a Rede Alyne. [...] Nos dá uma visão de organização de fluxo. [...] Foram feitas pactuações [...] que nos permitiram alcançar um fluxo mais organizado. [...] Agora há um encaminhamento para (citou cidade) [...] e, quando (citou cidade) não pode receber, eles já nos dão uma orientação de quem pode receber. [...] Há uma via de acesso mais acessível que antes a gente não tinha (Ent. C2).

Como serviço é um serviço próprio da nossa rede, nós temos uma comunicação muito íntima com a coordenação do serviço. [...] Os pacientes de maior urgência têm atendimento quase que de imediato [...]. Profissionais não precisam encaminhar o paciente para a central de marcação. [...] A coordenação recebe o relatório de encaminhamento, faz a programação do agendamento e a paciente já sai do serviço com o atendimento ou com o dia de atendimento agendado (Ent. C4)

As falas dos entrevistados C2 e C4 evidenciam que uma das potencialidades relacionadas ao acesso ao PNAR na região está associada à organização dos fluxos assistenciais e à articulação entre os serviços da rede de atenção. No relato de C2, destaca-se a reorganização dos encaminhamentos a partir das pactuações realizadas, que passaram a orientar de forma mais clara os fluxos entre os municípios e os serviços de referência, contribuindo para tornar o acesso mais estruturado. Já na fala de C4, observa-se que essa organização se expressa de maneira mais evidente no âmbito da própria rede municipal, onde a comunicação direta entre os profissionais e a coordenação do serviço permite maior agilidade no agendamento das consultas e no acompanhamento das gestantes. Esse relato indica que, em alguns municípios, a proximidade entre os serviços e a gestão local pode favorecer a organização do cuidado e reduzir etapas intermediárias no processo de encaminhamento.

Nesse sentido, destaca-se a coordenação do cuidado como elemento central para a organização dos sistemas de saúde, a qual depende da existência de mecanismos de comunicação e de dispositivos informacionais capazes de articular os diferentes prestadores de serviços. Para que a APS exerça seu papel de ordenadora da rede assistencial é fundamental que as informações sobre o cuidado estejam disponíveis para profissionais e usuários. Na ausência desse eixo articulador, especialmente em contextos com múltiplos provedores, torna-se difícil definir responsabilidades entre os serviços, o que pode comprometer a integração das ações e a continuidade do cuidado (Silva et al., 2017).

Nessa perspectiva, a atuação da APS como ordenadora do cuidado contribui para maior coerência e eficiência na utilização dos recursos de saúde, favorecendo a organização dos fluxos assistenciais, a redução de barreiras de acesso entre os níveis de atenção e o fortalecimento da oferta de cuidados integrais, especialmente para usuários que demandam acompanhamento contínuo (Sousa; Shimizu, 2024).

A identificação de potencialidades para promoção do acesso mostrou-se um desafio para parte dos entrevistados quando considerada uma perspectiva mais ampliada, envolvendo os níveis nacional, estadual e regional. A maior parte das falas permaneceu centrada na realidade municipal, mesmo quando a questão buscava explorar diferentes escalas de organização da rede. Esse aspecto pode indicar uma percepção sobre o funcionamento da rede ancorada no cotidiano da gestão local e nos arranjos assistenciais do próprio município, evidenciando limites na apropriação da rede como uma estratégia de organização interfederativa do cuidado.

Ainda assim, algumas potencialidades foram destacadas, como a oferta de exames, a existência de município com a Rede Alyne estruturada, a presença de médico obstetra e a realização de espaços de diálogo no âmbito da região de saúde.

Eu consigo ter a facilidade do corpo mesmo de profissionais [...]. A porta de entrada, as facilidades de uma marcação de pré-natal [...] é algo que eu encontro como facilidade [...]. Alguns exames a gente consegue também pelo município [...]. Mas é uma das únicas facilidades, assim, que eu encontro no meu município [...], a gente consegue ainda algumas facilidades, algumas gestantes a gente ainda consegue fazer esse encaminhamento, fazer exames tanto no município quanto na rede (Ent. C7).

Todas as mulheres, quando elas iniciam o pré-natal, a gente já faz esse acompanhamento [...], quando é identificado alguma alteração, as enfermeiras ou os médicos já entram em contato com a coordenadora da Rede Alyne [...], imediatamente, ela já agenda a consulta com o pré-natal de alto risco, com o obstetra [...] e o obstetra informa se aquela gestante vai permanecer sendo acompanhada por ele ou não (Ent. C10).

Esses achados reforçam a relevância de políticas públicas voltadas à ampliação e qualificação da atenção pré-natal, especialmente em contextos marcados por desigualdades regionais e socioeconômicas. A organização do acompanhamento na APS, associada à oferta de exames e à articulação com serviços de referência, configura elementos fundamentais para garantir acesso oportuno e a continuidade do cuidado às gestantes, em consonância com o princípio da equidade que orienta o SUS. Nessa perspectiva, iniciativas direcionadas à ampliação da cobertura e ao fortalecimento da assistência pré-natal, quando efetivamente implementadas, contribuem para a redução das disparidades no acesso e para a ampliação do acompanhamento pré-natal adequado, a exemplo do aumento do número de gestantes que realizam seis ou mais consultas durante a gestação (Goncalves et al., 2025).

Embora algumas potencialidades tenham sido identificadas na organização do cuidado, os gestores também relataram fragilidades importantes que atravessam a promoção do acesso das gestantes ao PNAR. As dificuldades mencionadas concentram-se, principalmente, na ausência ou indefinição de fluxos assistenciais para encaminhamento e realização do parto, na limitação de serviços de referência e na insuficiência de exames e procedimentos diagnósticos. Tais elementos evidenciam desafios persistentes na organização da rede de atenção materno-infantil e na garantia de acesso oportuno e resolutivo ao cuidado especializado.

As fragilidades apontadas pelos gestores dialogam com discussões presentes na literatura sobre a atenção à saúde materna no Brasil. A assistência à mulher durante a gestação e o parto ainda se configura como um desafio, tanto no que se refere à qualidade do cuidado ofertado, quanto aos aspectos relacionados à organização dos serviços. Embora tenha ocorrido ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal nas últimas décadas, persistem inadequações, iniquidades e desigualdades na assistência às gestantes, o que pode comprometer

sua vinculação aos serviços, bem como a humanização e a qualidade do cuidado (Rodrigues; Arrais, 2020).

Nesse contexto, as falas dos entrevistados evidenciam como essas dificuldades se expressam no cotidiano da gestão e na organização da RAS.

A gente é parte em conjunto na pactuação entre município, regional e Estado. [...] Nossa grande dificuldade hoje é a referência. A gente não tem uma referência hoje. [...] A gente constatou que é um pré-natal de alto risco, mas não tem onde dizer: 'já pode encaminhar pra tal lugar'. [...] A gente tenta em uma instituição, tenta em outra, até dar certo (Ent. C3).

A grande fragilidade tá no acesso mesmo, [...] a gente tem uma alta mortalidade materna, alta mortalidade infantil. [...], falta acesso, né, e falta qualidade de assistência também. [...] a gente percebia essa peregrinação da mulher [...]. A mulher saía de (citou a cidade), que são 100 km de (citou a cidade) [...], ela ia e voltava, e podia evoluir pra um óbito fetal. [...] Falta deixar um pouco mais amarrada essa rede, [...] a gestante fica ali, a Deus dará mesmo (Ent. C5).

Além das dificuldades relacionadas à definição de fluxos assistenciais e serviços de referência, os coordenadores também apontaram fragilidades no acesso a exames e procedimentos de apoio diagnóstico. Essas limitações estão frequentemente associadas a desafios mais amplos na RAS, especialmente no que se refere à articulação entre APS e AE.

Uma das fragilidades é a dificuldade no acesso aos exames de apoio diagnóstico, exames laboratoriais e exames de imagem. [...] Após passar pelo especialista, a paciente retorna à Secretaria de Saúde para agendamento e acaba entrando numa fila, porque o município não consegue ofertar de imediato todos esses exames (Ent. C4).

Fragilidade, às vezes, é que a gente não consegue os exames solicitados [...], chega ao pré-natal sem o resultado desses exames [...]. Às vezes demora na realização da ultrassonografia também, e a gente precisa estar fazendo essa avaliação, e tem essa dificuldade (Ent. C8).

[...] A gente trabalha muito a questão dos exames laboratoriais. Às vezes a gente tem dificuldade na realização de alguns exames, por exemplo, a hemoglobina glicada na gestante com diabetes gestacional. [...] Acho que o laboratório, para o município, é uma dificuldade (Ent. C10).

Além disso, fragilidades na comunicação entre os serviços, o desconhecimento acerca da organização da rede e a ausência de retorno das unidades de referência são aspectos que podem comprometer a continuidade do cuidado. Somam-se a esses fatores limitações relacionadas à disponibilidade de recursos humanos e materiais, bem como dificuldades na realização de exames laboratoriais e ultrassonografias em tempo oportuno, o que tende a resultar em um cuidado fragmentado. Nesse contexto, o acompanhamento do PNAR exige maior integração entre os diferentes níveis da RAS, além de investimentos que favoreçam a integralidade da atenção e a melhoria dos indicadores de saúde (Santos et al., 2021a).

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao acesso ao parto. Embora esse tema tenha sido mencionado de forma mais explícita apenas por um dos(as) entrevistados(as), a dificuldade

de garantir a referência para o parto seguro configura-se como um desafio relevante na organização da atenção obstétrica, inclusive na região de saúde analisada. No contexto regional, observa-se que, quando a classificação de PNAR ocorre em fases mais avançadas da gestação, alguns serviços de referência apresentam resistência em assumir o acompanhamento dessas gestantes, o que dificulta sua inserção nos fluxos formais de regulação. Essa situação pode resultar em encaminhamentos tardios ou na necessidade de busca por atendimento em regime de porta aberta, especialmente para municípios que não dispõem de unidades hospitalares próprias.

[...] Entretanto, garantir o parto [...] é o maior gargalo, a maior fragilidade. [...] Quando chega as 36 semanas, ainda ficamos com essa fragilidade. O (citou o hospital) não aceita, as vezes é caso para eles (citou hospital) e devolvem [...] outras unidades não acolham. [...] Muitos retornos de e-mails diziam que não havia profissional suficiente. Então, a maior fragilidade é o acesso ao parto [...] precisamos garantir o acesso ao parto seguro para as mulheres de pré-natal de alto risco (Ent. C1).

No Brasil, a quase totalidade dos partos ocorre em ambiente hospitalar, sendo a maior parte realizada no âmbito do SUS. Nesse contexto, o acesso oportuno à internação para o parto constitui um elemento fundamental para a garantia da segurança e da qualidade da atenção materna. Contudo, persistem importantes desigualdades na distribuição e no acesso aos serviços obstétricos, evidenciando a existência de vazios assistenciais no sistema. Essa configuração faz com que muitas gestantes necessitem se deslocar entre municípios em busca de atendimento, o que pode comprometer a continuidade do cuidado e aumentar a vulnerabilidade materna e fetal (Felipe et al., 2024). Esse cenário torna-se ainda mais crítico no caso das gestantes classificadas como de alto risco, que demandam serviços com maior capacidade tecnológica e suporte especializado, nem sempre disponíveis de forma equitativa no território.

Nesse sentido, a garantia do acesso ao parto seguro está diretamente relacionada à efetivação da vinculação prévia da gestante a um serviço de referência para o nascimento, estratégia fundamental para assegurar a continuidade do cuidado entre o pré-natal e o momento do parto. A ausência ou fragilidade dessa vinculação contribui para a descontinuidade assistencial, favorecendo situações de peregrinação em busca de atendimento, fenômeno ainda frequente no país e associado, entre outros fatores, à insuficiente orientação das gestantes sobre o local de parto e à organização da assistência pré-natal (Mendes et al., 2019).

Apesar dos avanços na ampliação da cobertura da assistência pré-natal, ainda persistem desafios relevantes relacionados à organização dos serviços e à garantia da integralidade do cuidado. Fatores estruturais e organizacionais presentes na oferta e na articulação dos serviços podem comprometer a continuidade da atenção e a resolutividade do cuidado às gestantes, especialmente àquelas classificadas como de alto risco. Nesse contexto, torna-se fundamental

fortalecer políticas públicas e estratégias institucionais voltadas à qualificação da RAS, com investimentos na formação permanente dos profissionais e na organização dos fluxos assistenciais, de modo a enfrentar as barreiras ainda presentes na assistência ao PNAR e na garantia de um cuidado oportuno e de qualidade (Silva Neto et al., 2024).

4.4 DIMENSÃO ORGANIZATIVA: fluxos assistenciais, comunicação entre serviços e regulação do acesso

Para além das dimensões política, técnica e simbólica, a compreensão do acesso aos serviços de saúde envolve também aspectos relacionados à organização dos serviços e da rede assistencial. Nessa perspectiva, a dimensão organizativa do acesso proposta por Giovanella e Fleury (1995) e Assis e Jesus (2010) refere-se aos arranjos institucionais e aos mecanismos operacionais que estruturam o funcionamento dos serviços de saúde, influenciando diretamente as possibilidades de entrada, circulação e continuidade do cuidado dos usuários no sistema.

Assim, essa dimensão envolve elementos como a definição de fluxos assistenciais, os processos de regulação, a comunicação entre os diferentes pontos de atenção e a articulação entre os serviços que compõem a RAS. Assim, a dimensão organizativa do acesso permite analisar de que forma a estrutura e o funcionamento dos serviços podem favorecer ou limitar o acesso das gestantes ao PNAR.

Neste estudo, a dimensão organizativa foi analisada a partir das percepções dos gestores acerca dos fluxos assistenciais, dos processos de referência e contrarreferência, da comunicação entre os serviços e do sistema de regulação na promoção do acesso ao PNAR.

Os fluxos assistenciais correspondem aos percursos que orientam o atendimento dos usuários no interior da RAS, desde a identificação da necessidade de cuidado até a realização do diagnóstico, tratamento e acompanhamento. A organização desses fluxos contribui para a qualidade e a efetividade da atenção, ao mesmo tempo em que favorece a articulação entre os diferentes pontos da rede. Contudo, apesar dos avanços na organização do sistema de saúde, ainda persistem desafios relacionados à regionalização e à definição de arranjos assistenciais capazes de garantir acesso aos serviços de saúde (Klug et al., 2025).

Nesse contexto, mecanismos organizativos como o sistema de referência e contrarreferência e os processos de regulação tornam-se fundamentais para o funcionamento das RAS, os quais possibilitam a comunicação e a articulação entre os diferentes serviços e níveis de atenção, contribuindo para a organização dos fluxos assistenciais e para a continuidade

do cuidado, buscando-se assegurar que as informações produzidas em distintos pontos da rede circulem entre os profissionais e serviços de saúde, favorecendo uma atenção mais integral e coordenada (Oliveira et al., 2021).

No que se refere à estrutura e aos fluxos da RAS para garantia do acesso ao PNAR, as falas dos coordenadores evidenciam uma organização ainda marcada por assimetrias entre os municípios e por limitações na definição de percursos assistenciais claramente estabelecidos. Enquanto alguns entrevistados descrevem a existência de fluxos institucionais, sobretudo mediada pela regulação e por diretrizes recentes associadas à Rede Alyné, outros apontam a inexistência ou fragilidade desses arranjos, destacando a dificuldade em garantir, de forma segura, a referência das gestantes para os serviços especializados.

Não. Parcial, né? Também não posso dizer que é um não completo. É parcial. [...] Hoje a gente só pode mesmo contar com o fluxo do (citou hospital) e, em alguns casos, com o (citou hospital), mas também não é garantido. [...] A gente não tem um fluxo estabelecido, desenhado, que nos dê segurança de dizer: 'Não, aquela mulher eu vou encaminhar e ela será acolhida'. Isso a gente não tem (Ent. C1).

No meu ponto de vista hoje ainda é desorganizada. [...] A gente não tem essa referência e ainda tem que ficar jogando pra um, jogando pra outro. [...] Precisaria passar por uma reestruturação, em parceria com o Núcleo Regional de Saúde. [...] No meu ponto de vista, não é organizada (Ent. C3).

O encaminhamento, a partir da... a gestante chega até a unidade, o enfermeiro, o médico identifica a necessidade, e aí é encaminhado toda a documentação, exames [...] é colocado pela central de regulação do lista única, [...] a nível de secretaria de saúde a gente encaminha pra alguns e-mails de maternidades, e aí a gente aguarda o feedback, o resultado, pra ver se ela vai ser chamada ou não (Ent. C7).

De modo geral, embora existam iniciativas de organização do cuidado e encaminhamento das gestantes, esses fluxos ainda se configuram de forma parcial e, em muitos casos, dependem da disponibilidade dos serviços de referência e da intermediação da regulação, o que evidencia desafios na consolidação de uma rede regional efetivamente estruturada para o acompanhamento do PNAR.

A organização dos sistemas de saúde tem avançado no sentido de superar modelos assistenciais fragmentados e rigidamente hierarquizados entre os níveis de atenção. Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de estruturar o cuidado a partir das necessidades dos usuários, garantindo a oferta de tecnologias e serviços no momento e no local mais adequados. No contexto brasileiro, essa lógica fundamenta a proposta das RAS, concebidas como arranjos organizativos compostos por diferentes pontos de atenção interligados entre si, com o objetivo de reduzir barreiras de acesso, qualificar a comunicação entre os serviços e promover maior integralidade do cuidado (Tofani et al., 2021).

Nessa lógica de organização da rede, a articulação entre os diferentes níveis de atenção torna-se fundamental para garantir a continuidade do cuidado. Um dos elementos centrais para

essa integração é a existência de um sistema de encaminhamento eficiente, capaz de orientar o fluxo dos usuários entre os serviços conforme o grau de complexidade das necessidades de saúde. A organização desses processos, por meio de mecanismos de referência e contrarreferência, busca assegurar que cada usuário seja atendido no serviço mais adequado, favorecendo a coordenação do cuidado e a resolutividade da atenção (Nogueira et al., 2023).

Nessa perspectiva, C2 e C9 relataram a existência de iniciativas voltadas à organização desses fluxos assistenciais, indicando esforços para estruturar o encaminhamento das gestantes ao PNAR e fortalecer a articulação entre os diferentes pontos da rede.

Antes a gente não tinha o fluxo [...] acabava batendo em algumas portas. Hoje a gente tem uma definição de fluxo pautado na Rede Alyne [...] e, se for pré-natal de alto risco que a gente não consiga acompanhar, inserimos via regulação pelo sistema SRA (Sistema de Regulação Ambulatorial). [...] O encaminhamento vai para o (citou hospital) e, caso (citou hospital) não possa acompanhar, eles orientam encaminhar para outras instituições, como o (citou hospital), enviando e-mail com as vias que a gente precisa acessar (Ent. C2).

Ela tá de forma estruturada [...] busca ativa da gestante, a gente abre o cartão, faz o acompanhamento [...], a coordenadora da Rede Alyne já visualiza essa planilha, ela mesma já agenda esses exames [...], avisa as enfermeiras, que passam pros agentes de saúde [...], quando é identificado alguma alteração, já encaminha da mesma forma [...] pro obstetra [...], é assim que a gente funciona lá (Ent. C9).

A organização dos fluxos assistenciais na RAS está diretamente relacionada à qualidade da comunicação entre os diferentes pontos da rede. Nesse sentido, os mecanismos de referência e contrarreferência constituem instrumentos fundamentais para a articulação entre os serviços, permitindo o compartilhamento de informações e favorecendo a continuidade do cuidado das gestantes ao longo do percurso assistencial.

Sob essa lógica, a efetivação dos princípios organizacionais do SUS requer a adoção de estratégias que favoreçam a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, possibilitando a articulação entre serviços de distintas complexidades. A referência e a contrarreferência configuram-se, portanto, como mecanismos essenciais para o compartilhamento de informações sobre o estado de saúde, o diagnóstico e o tratamento dos usuários, permitindo que o cuidado seja conduzido de forma contínua e fundamentado no histórico assistencial de cada indivíduo (Andrade; Francischetti, 2019).

Apesar da reconhecida importância da coordenação dos fluxos assistenciais nas redes de saúde, ainda persistem desafios que dificultam a efetivação desse processo, as quais estão frequentemente relacionadas a fragilidades na gestão e na organização dos serviços, destacando-se a inadequação no preenchimento e uso dos instrumentos de referência e contrarreferência, as falhas na comunicação entre equipes e entre os diferentes pontos da rede, bem como o desconhecimento acerca do funcionamento dos serviços que compõem a RAS, o

que pode comprometer o compartilhamento de informações e a continuidade do cuidado, configurando entraves importantes para a articulação entre os níveis de atenção (Santos et al., 2021b).

Em consonância com essas discussões, tais fragilidades se manifestam de forma expressiva no cotidiano da rede, especialmente no que se refere à ausência de retorno das informações, da contrarreferência e à descontinuidade do cuidado.

Quando a gente consegue encaminhar, a gente não tem retorno da maternidade, do acompanhamento. [...] A gente só sabe quando eles vêm marcar viagem. [...] Pra chegar até a gente e dar esse retorno, não acontece (Ent. C3).

Eu não sei te dizer se elas estão recebendo contrarreferência. [...] é capaz de que não. [...] eu nunca vi nenhuma enfermeira comentar comigo que recebeu algum documento. [...] a gente fica só com a informação do próprio paciente. [...] o documento mesmo, oficial, eu não tenho ouvido falar. [...] eu nunca recebi contrarreferência (Ent. C5).

É muito falho, né? [...] não existe essa comunicação [...], os médicos encaminham, mas não têm um retorno do que foi feito com o paciente [...], às vezes a gente tem pacientes que não conseguem falar realmente o que foi conduzido [...], essa falha é do retorno dessa ficha de referência e contrarreferência [...] isso fica muito solto e isso deixa um pouco a desejar nessas condutas (Ent. C6).

Referência e contrarreferência para pré-natal de alto risco, pra nós, não acontece. [...]. A gente não tem esse retorno dos hospitais. [...]. No município até tem, mas fora, nos hospitais de grande porte, a gente não tem esse retorno, infelizmente (Ent. C10).

A integração entre os diferentes níveis de atenção permanece como um desafio nos sistemas de saúde, mesmo naqueles considerados mais estruturados. Embora exista consenso quanto à necessidade de organização de redes integradas, capazes de reduzir barreiras entre os serviços e garantir a continuidade do cuidado, a concretização de um modelo efetivamente articulado ainda se mostra limitada. A proposta de um sistema capaz de conectar os diversos pontos de atenção, superando fronteiras institucionais e territoriais, enfrenta entraves relacionados à organização e à gestão dos serviços, o que evidencia a complexidade de sua implementação no cotidiano (Ambrósio et al., 2024).

Os achados deste estudo convergem com essa discussão ao evidenciar que a fragilidade na comunicação entre os serviços e a ausência de mecanismos efetivos de contrarreferência comprometem a integração da rede e a continuidade do cuidado. A inexistência de retorno das informações sobre o acompanhamento das gestantes, conforme relatado pelos coordenadores, reforça a fragmentação da assistência e limita a capacidade da APS de coordenar o cuidado de forma adequada. Assim, apesar dos avanços na organização das RAS, persistem desafios importantes na consolidação de práticas que garantam a circulação de informações e a articulação entre os diferentes pontos de atenção.

Apesar da predominância de relatos que evidenciam fragilidades na referência e contrarreferência, algumas falas indicam a existência de experiências pontuais de comunicação entre os serviços.

[...] O profissional especialista vai contrarreferenciar, informando exames, tratamento e condutas, para que a atenção primária siga a linha de cuidado. [...] Ela passa no serviço especializado, mas continua sendo atendida na atenção primária. Uma vez que a paciente tem uma patologia que precisa de atendimento de urgência, ela é encaminhada para o serviço de urgência obstétrica. [...] A equipe faz a avaliação, estadiar o quadro clínico, iniciar o protocolo de tratamento e, havendo necessidade, a paciente vai ser regulada através da Central de Regulação (Ent. C4).

A gente recebe essa puérpera [...], já faz essa cirurgia no (citou hospital) [...], a gente tem esse retorno de lá [...] sim, sim. Acontece de ter essa contrarreferência [...], é um passo fundamental, importante pra gente dar continuidade ao acompanhamento dessa puérpera e até mesmo da puericultura, do crescimento e desenvolvimento da criança (Ent. C8).

Na fala de C4 identifica-se a presença de um fluxo mais estruturado no âmbito da própria rede municipal, no qual o especialista realiza a contrarreferência à APS, informando condutas, exames e orientações terapêuticas, de modo a garantir a continuidade do cuidado. Esse arranjo evidencia que, em contextos em que há maior integração entre os serviços é possível estabelecer mecanismos mais efetivos de compartilhamento de informações. Por outro lado, a fala de C8, ao destacar o recebimento de informações no momento da alta hospitalar da puérpera, sinaliza uma forma de retorno de informações ao município, ainda que não configure, de forma sistemática, um processo estruturado de contrarreferência ao longo do acompanhamento pré-natal. Mesmo assim, tais experiências foram citadas de forma isolada e não representam, de maneira geral, o funcionamento regular da rede, reforçando o caráter ainda incipiente da comunicação entre os diferentes pontos de atenção.

A efetivação dos fluxos assistenciais e dos mecanismos de referência e contrarreferência na RAS está intrinsecamente relacionada ao desempenho do sistema de regulação, responsável por mediar o acesso aos serviços especializados e organizar a distribuição das demandas no interior da rede. Nesse contexto, a regulação assume papel estratégico na garantia do acesso e na coordenação do cuidado, especialmente em situações que demandam maior complexidade assistencial. Contudo, sua eficácia está condicionada à capacidade de resposta dos serviços, à disponibilidade de vagas e à articulação entre os entes envolvidos, configurando-se, frequentemente, como um ponto crítico na organização do cuidado.

A regulação em saúde pode ser compreendida como um conjunto de ações voltadas à organização e ao gerenciamento do acesso dos usuários aos serviços, com o objetivo de promover maior equidade e efetividade na atenção. Constitui-se como um mecanismo responsável por ordenar a demanda, estabelecer prioridades assistenciais e direcionar os fluxos

de pacientes entre os diferentes pontos da rede, além de atuar no monitoramento e na coordenação do uso dos recursos disponíveis no sistema de saúde (Silva et al., 2023).

No Brasil, o processo regulatório em saúde assume papel fundamental, tanto no setor público quanto no privado. A ausência de mecanismos efetivos de regulação pode resultar na desorganização do acesso aos serviços, levando usuários a percorrerem diferentes unidades em busca de atendimento, sem garantia de resolutividade. Nesse sentido, a atuação do poder público na regulação torna-se essencial para assegurar que a organização do acesso e a tomada de decisões estejam alinhadas às necessidades da população e aos princípios que orientam o sistema de saúde (Bastos et al, 2020).

Nessa perspectiva, embora o sistema de regulação apresente capacidade de resposta em determinadas situações, sua efetividade ainda se mostra heterogênea, alternando entre experiências resolutivas e contextos marcados por dificuldades no acesso.

As falas de C1 e C2 convergem ao indicar que, quando o acesso ao serviço especializado é efetivamente garantido, o sistema tende a apresentar boa resolutividade, assegurando o acompanhamento adequado das gestantes. No entanto, no caso relatado por C2, essa experiência positiva está relacionada a um arranjo recente de organização do fluxo, estabelecido no período da entrevista, o que sugere tratar-se de uma situação ainda em consolidação e possivelmente dependente de condições específicas de funcionamento da rede.

Quando dá certo de acolher, está bom. [...]. Nunca tive nenhum caso em que a paciente foi acolhida e retornou sem resolutividade, a não ser que a própria paciente não queira ficar, por conta da distância [...]. Muitas têm outros filhos, não têm rede de apoio [...] e acabam deixando o tratamento. Mas a resolutividade do pré-natal de alto risco, quando é garantida a assistência, não traz problema: ele é efetivo (Ent. C1).

No momento está funcionando. [...] Tivemos duas gestantes e as duas deram certo, inclusive muito melhor do que a gente pensava. [...] Foi extremamente resolutivo. Para o momento, nós estamos satisfeitos e esperamos que assim se siga (Ent. C2).

Embora, em determinadas situações, o sistema de regulação apresente resolutividade, a persistência de fragilidades na organização do acesso ao PNAR pode repercutir diretamente no percurso assistencial das gestantes. Dificuldades na garantia do acompanhamento especializado, associadas à baixa capacidade de resposta dos serviços e à ausência de mecanismos efetivos de contrarreferência, tendem a induzir a busca por alternativas fora dos fluxos formais, como o acesso direto a serviços hospitalares ou a procura reiterada por diferentes unidades na tentativa de obtenção de atendimento. Nessa direção, destaca-se que a limitação no acesso aos serviços e a fragilidade na continuidade do cuidado podem levar as usuárias a recorrerem a outros pontos da rede como porta de entrada, especialmente quando não encontram respostas às suas necessidades (Barbosa; Barbosa; Najberg, 2016).

Os desafios relacionados à regulação do acesso no PNAR devem ser compreendidos à luz de questões mais amplas que atravessam a organização do sistema de saúde brasileiro. A literatura aponta que a rede de atenção ainda apresenta características de fragmentação e desarticulação entre os níveis assistenciais, com limitações na organização e na hierarquização dos serviços. Entre os principais nós críticos, destacam-se a baixa resolutividade da APS, a insuficiência e inadequação da oferta de serviços de média e alta complexidade, a limitada capacidade instalada e fragilidades no financiamento e na gestão. Tais aspectos não se restringem ao cuidado materno, mas repercutem diretamente na capacidade do sistema em responder às demandas de saúde da população, incluindo aquelas relacionadas ao PNAR (Alves et al., 2021b).

Nesse contexto, essas limitações estruturais se materializam no cotidiano da regulação, especialmente por meio da demora no acesso, da incerteza quanto à confirmação das vagas e das dificuldades para garantir o encaminhamento adequado das gestantes.

Eu acho que precisa evoluir muito ainda, né. [...] existe uma demora muito grande [...], a gente tem pouco acesso a tudo. [...] conversando com as enfermeiras, elas falam: ‘tô precisando pra uma gestante, eu pedi ao setor de regulação e já tem tanto tempo, não respondeu’. [...] eu acho que demora muito (Ent. C5).

Com relação ao pré-natal de alto risco, ainda bem precário. [...] A gente fica dependendo dessas instituições, que muitas vezes não têm estrutura, não têm como receber, não é perfil. [...] Alguns obstetras atendem aqui, outros em municípios da região e, quando a gente tá com grande necessidade, consegue através até de amizade uma vaga pra avaliação e encaminhamento. [...] No caso do parto, da cesárea, temos grande dificuldade. [...] Quando a gente consegue essas avaliações, já conseguem até enviar direto. Mas quando isso não acontece, é um Deus nos acuda (Ent. C3).

Hoje, o sistema de regulação, infelizmente, deixa a desejar. Às vezes essa gestante tá com 40 semanas, com um parto programado, a gente manda via relatório pro hospital municipal e não sai a regulação [...], às vezes a gente precisa encaminhar de imediato, via porta aberta, pro (citou hospital e cidade). [...] eu espero que um dia essa parte de regulação seja mais acessível e não tenha tanta demora [...], essas gestantes acabam correndo o risco de ter uma eclâmpsia, de ter uma complicação de morte, por conta da demora da regulação (Ent. C8).

Em síntese, os achados apontam que, embora o sistema de regulação se constitua como um dispositivo fundamental para a organização do acesso no âmbito da RAS, sua efetividade ainda se apresenta limitada no contexto analisado. As dificuldades relacionadas à demora na resposta, à incerteza quanto à confirmação de vagas e à insuficiente articulação entre os serviços comprometem a garantia do acesso e a continuidade do cuidado às gestantes de alto risco. Diante das lacunas do sistema formal, os gestores recorrem a estratégias informais para viabilizar o atendimento, o que revela fragilidades na institucionalização dos fluxos e na governança da rede. Assim, a regulação, embora estruturada como mecanismo ordenador do

cuidado, ainda não se consolida plenamente como instrumento capaz de assegurar, de forma equânime e resolutiva, o acesso aos serviços especializados.

Com o objetivo de sistematizar e sintetizar os achados apresentados ao longo das categorias apresentadas, optou-se pela construção de um quadro analítico que contrapõe a política instituída, expressa nas normativas, diretrizes e fluxos formais previstos para a organização do acesso ao PNAR, à política vivida, evidenciada nas práticas cotidianas e identificadas nas falas dos coordenadores.

Quadro 4: Política instituída e política vivida na organização do acesso ao PNAR na região Centro-Norte da Bahia.

Dimensão	Política instituída (normativa e planejada)	Política vivida (gestão cotidiana e prática relatada)
Referencial político	Implementação da Rede Alyne, com diretrizes voltadas à regionalização, cuidado integral, pactuação interfederativa e garantia de direitos reprodutivos.	Rede Alyne mencionada de forma pontual, sem se consolidar como principal referencial organizador do cuidado nas falas dos gestores.
Espaços de pactuação	Discussões formais em instâncias como CIR, CIB e COCAB, com apresentação de estratégias estaduais e regionais.	Baixa apropriação dos espaços formais; pactuação percebida como distante do cotidiano e pouco resolutiva para os entraves de acesso.
Planejamento regional	Elaboração do Plano Regional Materno-Infantil, com definição de responsabilidades e organização da rede assistencial.	O planejamento regional não emergiu de forma explícita nas falas dos entrevistados, que se concentraram predominantemente em estratégias pontuais e reativas para o enfrentamento das demandas assistenciais.
Estratégias estaduais	Apresentação do programa Mãe Bahia como estratégia estadual de reorganização da atenção materno-infantil.	Estratégias pouco reconhecidas no discurso dos(as) entrevistados(as), com dificuldade de tradução em práticas efetivas no território.
Organização da rede	Regionalização da atenção e definição de serviços de referência materno-infantil.	Rede percebida como fragmentada, com negativas frequentes e desigualdades regionais de acesso.
Capacidade instalada	Construção de hospital de referência materno-infantil para a região Centro-Norte.	Expectativa de melhoria futura; no presente, persistência de gargalos assistenciais.
Gestão do acesso	Regulação interfederativa estruturada, com fluxos pactuados entre estado e municípios.	Predomínio de estratégias informais (contatos diretos, e-mails, relações pessoais) para viabilizar encaminhamentos.
Garantia de direitos	Acesso ao pré-natal de alto risco como direito assegurado pelas políticas públicas.	Direito condicionado à disponibilidade de vagas e à capacidade de articulação local.
Lógica predominante	Planejamento, pactuação e gestão compartilhada do cuidado.	Improvisação, micropolítica do cotidiano e resolução de problemas imediatos.

Fonte: Elaborado pelas autoras com o auxílio do ChatGPT.

O Quadro 4 explicita tensões, distanciamentos e aproximações entre o que está formalmente estabelecido e o que se concretiza na operacionalização da rede, contribuindo para uma análise mais integrada e crítica da organização do acesso no contexto estudado. Dessa forma, não apenas sintetiza os principais achados, mas também evidencia os nós críticos e as potencialidades identificadas, favorecendo a compreensão das dinâmicas que atravessam o acesso ao PNAR na realidade pesquisada.

A análise da dimensão organizativa do acesso ao PNAR evidencia que, apesar dos avanços normativos na estruturação da RAS, persistem desafios importantes relacionados à sua operacionalização no contexto regional. A literatura aponta que a efetividade das redes de saúde está diretamente relacionada à articulação entre os serviços, à integração dos diferentes pontos de atenção e à organização regional do sistema de saúde (Shimizu et al., 2021).

No cenário analisado, as fragilidades identificadas na definição de fluxos, na comunicação entre os serviços e no funcionamento do sistema de regulação revelam limites na consolidação de uma rede efetivamente integrada e resolutive. Ao mesmo tempo, a presença de iniciativas locais e experiências organizativas aponta para potencialidades que podem ser fortalecidas, desde que acompanhadas de investimentos em planejamento, qualificação da gestão e fortalecimento dos mecanismos de coordenação do cuidado, de modo a ampliar o acesso e garantir maior integralidade na atenção às gestantes.

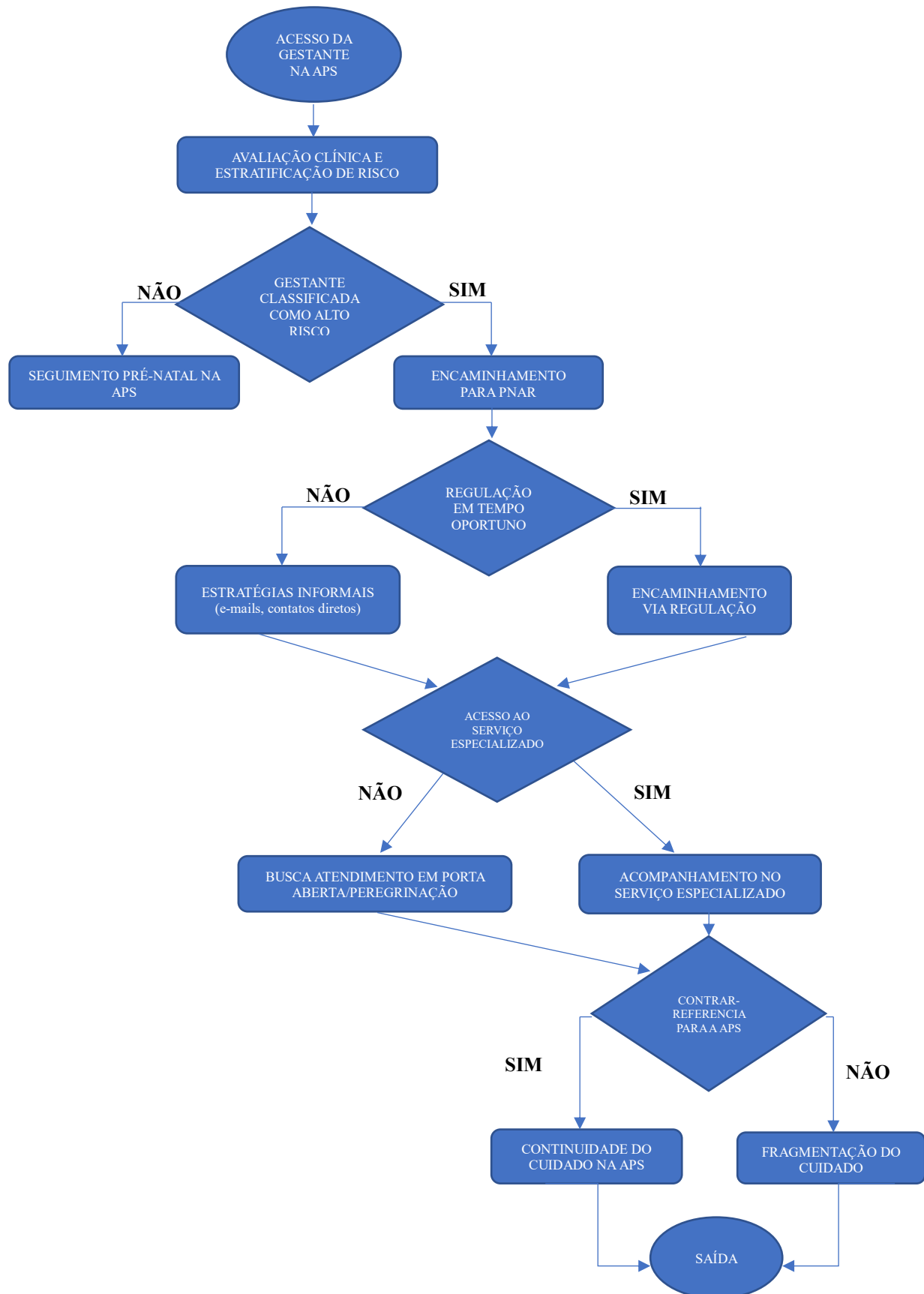
4.5 Produto técnico: fluxograma analisador do acesso ao PNAR

O fluxograma analisador configura-se como um dispositivo capaz de problematizar os processos de trabalho e revelar a forma como o cuidado é organizado e governado nos serviços de saúde. Ao estimular processos de autoanálise e autogestão, essa ferramenta permite identificar entraves e potencialidades presentes no cotidiano dos serviços (Santos; Barcelos; Silva, 2020).

No presente estudo, sua construção possibilitou visualizar os diferentes percursos percorridos pelas gestantes de alto risco na RAS materno-infantil, evidenciando fragilidades relacionadas à definição dos fluxos assistenciais, à comunicação entre os pontos de atenção e à regulação do acesso. Além de favorecer a identificação desses problemas, o fluxograma analisador contribui para a compreensão de suas possíveis causas, subsidiando o planejamento de ações e a implementação de estratégias voltadas ao enfrentamento dos nós críticos identificados (Silva et al., 2018). Dessa forma, mostrou-se um importante instrumento para a qualificação da gestão e do cuidado, contribuindo para o fortalecimento da articulação entre os serviços e para a ampliação do acesso ao PNAR.

Apresentamos a seguir o fluxograma analisador do acesso ao PNAR, construído a partir da análise do conteúdo das falas dos Coordenadores da Atenção Básica que participaram deste estudo.

FLUXOGRAMA ANALISADOR DO ACESSO AO PNAR



O fluxograma analisador do acesso ao PNAR representa o percurso assistencial da gestante desde sua entrada na APS até o acompanhamento especializado. O processo inicia-se com o acolhimento da gestante e a realização da classificação do risco gestacional. Quando não são identificados critérios para alto risco, a gestante permanece em acompanhamento pré-natal habitual na APS. Por outro lado, quando há identificação de fatores que caracterizam gestação de alto risco, ocorre o encaminhamento para a atenção especializada.

Após a identificação da gestação de alto risco, inicia-se o processo de viabilização do acesso ao serviço especializado. Nesse momento, são realizados procedimentos como cadastro nos sistemas de regulação, envio de informações clínicas, contatos institucionais e demais estratégias necessárias para inserção da gestante na rede de atenção especializada. Quando não existem fluxos claramente definidos ou estes não funcionam adequadamente, os profissionais recorrem a estratégias informais para garantir o acesso da usuária ao serviço necessário. Por outro lado, quando os fluxos assistenciais estão organizados, o acesso ocorre de forma mais estruturada, favorecendo o acompanhamento oportuno da gestante no serviço de referência.

Em seguida, analisa-se se o acesso ao serviço especializado foi efetivamente alcançado. Quando não ocorre o acesso, a gestante é encaminhada “porta aberta”, iniciando a peregrinação em busca do acesso. Quando o acesso é garantido, a gestante passa a ser acompanhada pelo serviço especializado garantindo a assistência adequada.

O fluxograma também considera a continuidade da assistência por meio da comunicação entre os diferentes pontos da RAS. Quando existe comunicação entre os serviços, observa-se a continuidade do cuidado. Na ausência dessa articulação, ocorrem fragilidades que comprometem o acompanhamento da gestante e a integralidade da assistência.

Dessa forma, o fluxograma evidencia que o acesso ao PNAR não depende apenas do encaminhamento para o serviço especializado, mas também da existência de fluxos assistenciais organizados, da articulação entre os níveis de atenção e da garantia da continuidade do cuidado ao longo da trajetória da gestante na rede de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a compreensão de como ocorre o acesso ao PNAR na perspectiva dos coordenadores de Atenção Básica e identificação de suas potencialidades e fragilidades, a partir da organização da RAS na região Centro-Norte da Bahia, permitiu analisar tais aspectos a partir das dimensões simbólica, política, técnica e organizativa do acesso, sendo possível perceber a complexidade que envolve a garantia desse direito no SUS.

No que se refere à dimensão simbólica, os achados evidenciam que os coordenadores compreendem o acesso de forma ampliada, associado aos princípios da universalidade, equidade e integralidade, bem como à centralidade da APS como porta de entrada do sistema. O acesso é reconhecido não apenas como a possibilidade de ingresso nos serviços, mas como um processo que envolve acolhimento, escuta qualificada, resolutividade e continuidade do cuidado. No entanto, essa compreensão, ainda que alinhada aos princípios do SUS, nem sempre se concretiza na prática, especialmente diante das limitações estruturais e organizacionais existentes.

Na dimensão política, os resultados apontam que, embora existam avanços institucionais e iniciativas voltadas à organização da atenção materno-infantil, esses processos ainda se mostram pouco inseridos ao cotidiano da gestão local. Notou-se uma predominância de práticas orientadas por ações imediatas e pela necessidade de resolução de casos concretos, frequentemente mediadas por estratégias informais. Esse cenário evidencia fragilidades na governança regional, na efetivação das pactuações e na articulação entre os entes federativos, repercutindo diretamente na organização do acesso ao PNAR.

No âmbito da dimensão técnica, os achados evidenciam que a capacidade de resposta dos serviços ainda é heterogênea e marcada por limitações importantes na organização da rede assistencial. Embora tenham sido identificadas potencialidades relacionadas à existência de fluxos mais organizados em alguns contextos, à presença de profissionais especializados e à ampliação de determinadas ofertas, persistem fragilidades significativas, como a insuficiência de exames diagnósticos, a limitação de serviços de referência e dificuldades na garantia do acesso ao parto. Tais elementos comprometem a integralidade e revelam desafios na estruturação de fluxos assistenciais resolutivos, bem como na efetivação de práticas que assegurem acolhimento, vínculo e continuidade do cuidado.

Na dimensão organizativa, os achados revelam que, apesar da existência de diretrizes normativas que orientam a estruturação da RAS, sua operacionalização ainda ocorre de forma desigual e, por vezes, fragmentada. Destacam-se fragilidades na definição e institucionalização

dos fluxos assistenciais, na comunicação entre os serviços, especialmente no que se refere à referência e contrarreferência, e no funcionamento do sistema de regulação, frequentemente marcado por demora e incertezas. Essas limitações comprometem a continuidade do cuidado e dificultam a atuação da APS, levando, em muitos casos, à adoção de estratégias informais para viabilizar o acesso das gestantes aos serviços especializados.

Por outro lado, o estudo também evidenciou potencialidades importantes, como a existência de experiências locais bem-sucedidas na organização do cuidado, a ampliação do acesso a exames em alguns contextos, a presença de profissionais especializados e as iniciativas recentes de reorganização. Tais elementos indicam que, mesmo em cenários marcados por limitações, há possibilidades concretas de fortalecimento da rede, especialmente quando associadas ao planejamento, à qualificação da gestão e ao fortalecimento da coordenação do cuidado.

Nesse sentido, destaca-se o papel da Rede Alyne como uma importante estratégia para a reorganização da atenção materno-infantil no âmbito do SUS, ao propor a qualificação da assistência, a garantia do acesso e o fortalecimento da articulação entre os diferentes pontos da rede, ao objetivar a redução da mortalidade materno-infantil. Embora ainda pouco perceptível nas falas dos coordenadores participantes, a Rede Alyne se apresenta como uma perspectiva relevante para a superação de fragilidades identificadas neste estudo, especialmente no que se refere à regionalização do cuidado, à definição de fluxos assistenciais mais resolutivos e à garantia da integralidade na atenção às gestantes de alto risco.

De modo geral, os resultados apontam para a existência de uma lacuna entre a política instituída, expressa nas normativas, diretrizes e fluxos formais e a política vivida, materializada nas práticas cotidianas dos serviços dos coordenadores. Esse distanciamento evidencia que a garantia do acesso ao PNAR não depende apenas da existência de políticas e estruturas formais, mas da sua efetiva incorporação no cotidiano da rede, por meio de processos organizativos, técnicos e políticos que assegurem o cuidado.

No que se refere às limitações do estudo, destaca-se que a análise foi construída a partir da perspectiva dos coordenadores de Atenção Básica, não contemplando diretamente a visão de outros atores envolvidos no cuidado, como profissionais da atenção especializada e as próprias gestantes. Ressalta-se, ainda, que a região estudada é composta por municípios com diferentes portes populacionais, níveis de organização dos serviços e capacidades instaladas, o que resulta em configurações distintas das RAS. Essa heterogeneidade pode influenciar tanto as fragilidades quanto as potencialidades identificadas, refletindo dinâmicas específicas de cada contexto local. Por fim, por se tratar de dados autorreferidos, as informações podem expressar

percepções e experiências particulares dos participantes, não abrangendo a totalidade das situações vivenciadas na região de saúde.

Apesar dessas limitações, este estudo oferece contribuições relevantes para o campo da saúde coletiva, ao evidenciar os principais nós críticos e potencialidades relacionados ao acesso ao PNAR na região de saúde analisada. Destaca-se, ainda, a construção do fluxograma da Rede de Atenção Materno-Infantil como ferramenta potencial para apoiar a organização dos fluxos assistenciais e qualificar a comunicação entre os serviços.

Diante disso, ressalta-se a necessidade de investimentos na qualificação da gestão, no fortalecimento da regulação, na ampliação da oferta de serviços especializados e na consolidação de mecanismos efetivos de comunicação entre os diferentes pontos da rede. Tais estratégias são fundamentais para reduzir as desigualdades no acesso, fortalecer a regionalização da saúde e garantir um cuidado oportuno, integral e de qualidade às gestantes de alto risco.

REFERÊNCIAS

- ABREU-DE-JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.
- ALELUIA, Í. R. S.; RIOS, E. R. C.; GOMES, D. R. Atenção pré-natal na estratégia saúde da família em município de referência do nordeste brasileiro. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 36–52, 2024.
- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 244-260, setembro 2018.
- ALVES, T. O. et al. Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura / High risk pregnancy: epidemiology and care, a literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 14860–14872, 9 jul. 2021a.
- ALVES, T. M. K. et al. Desafios da regulação do acesso à assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde em uma metrópole norte brasileira. **REAS**, v. 13, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6491.2021b>.
- AMBRÓSIO, M.C. et al. Referência e contrarreferência em saúde: a percepção de médicos do Distrito Federal. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 10, n. 11, p. 01-15, 2024. DOI:10.34117/bjdv10n11-012.
- ANDRADE, L.S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 10, n. 1/2/3, p. 54-63, 2019.
- ARAUJO, M. O.; NASCIMENTO, M. A. A.; ARAUJO, B. O. Dinâmica organizativa do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade. **Rev. APS.**, v. 22, n. 1, p. 63–75, 2019.
- ARIMIZU, N. T. M. et al. Longitudinalidade do cuidado e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde em pacientes com condições crônicas. **Rev. APS.**, v. 28, e282545884, 2025.
- JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):161-170, 2010
- ASSIS, M. M. A.; ABREU-DE-JESUS, W. L. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865–2875, 2012.
- ATARDE. Bahia cria maior programa de incentivo a maternidades municipais do país. **Atarde**, 2025. Disponível em: <https://atarde.com.br/bahia/bahia-cria-maior-programa-de-incentivo-a-maternidades-municipais-do-pais-1307295>>. Acesso em: 02 de mar. 2025.
- BAHIA. **Portaria nº 152, de 4 de fevereiro de 2025**. Diário Oficial do Estado da Bahia, Salvador, BA, 5 fev. 2025. Disponível em: <https://dool.egba.ba.gov.br/>. Acesso em: 03 mar. 2025.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica - CAMAB**. Salvador: Secretaria de Saúde da Bahia, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>. Acesso em: 3 mar. 2025.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

BARBOSA, F. C. et al. Planejamento em saúde: definição e conceito. **Rev. Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 13, p.01-22, 2024.

BASTOS, L.B.R.; BARBOSA, M. A.; ROSSO, C. F. W.; OLIVEIRA, L. M. A. C.; FERREIRA, I. P.; BASTOS, D. A. S. B.; PAIVA, A. C. J.; SANTOS, A. A. S. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 54, n. 25, p. 1-13, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 551-570, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº5.350, de 12 setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Aline. Diário Oficial da União. Seção 1, Brasília, DF, 13 set. 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 09 fev. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 220/2024-DGCI/SAPS/MS DAHU/SAES/MS**. Brasília, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-220-2024-dgci-saps-ms-e-dahu-saes-ms.pdf>. Acesso em: 15 de junho 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. **Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 maio de 2024c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/14874.htm. Acesso: 03 mar.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.692 p.: il.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2018/resolucao-no-580.pdf/view>. Acesso em: 29 mai 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 de maio 2016b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso: 05 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2012b.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, p. 7–26, 2013.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS, 2025. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 04 mar.2025.

COSTA, A. C. S.; SILVA, L. M.; CRUZ, A. C. N. Cuidados de Enfermagem no Pré-natal de Alto Risco. **Revista foco**, [S. l.], v. 18, n. 12, p. e10838, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n12-014. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/10838>. Acesso em: 28 fev. 2026.

DANTAS, M. N. P.; SOUZA, D. L. B.; SOUZA, A. M. G.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A.; BARBOSA, I. R. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 24, p.1-13, 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B.; TORRES, J. A.; THEME-FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** v. 37, n. 3, p. 140–147, 2015.

FARIAS, C. M. L. et al. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v. 15, n. 42, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2239](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2239).

FELIPE, L. L. et al. Desigualdades regionais no acesso ao parto hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: redes de deslocamento, distância e tempo (2010-2019). **Cad. Saúde Pública**, v. 40, n. 5, e00064423, 2024.

FERNANDES, J. A. et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. e00120519, 2020.

FERNANDEZ, M. Uso de evidências científicas para a tomada de decisão diante da pandemia de COVID-19: uma aproximação à atuação do Ministério da Saúde. In: instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA) (org.). **Políticas públicas e usos de evidências no Brasil: conceitos, métodos, contextos e práticas**. Brasília: Ipea, 2022. cap. 20. DOI: <https://doi.org/10.38116/978-65-5635-032-5/capitulo20>.

FERREIRA, C. S. B.; MATHEUS, F. A. V.; SANTOS, S. D.; FERNANDES, E. T. B. S.; MARQUES, G. C. M.; SILVA, A. F. et al. Acesso aos serviços públicos de saúde por mulheres rurais nordestinas organizadas em movimento social. **Revisa**, v. 13, n. 2, p. 562-77, 2024.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 25-57. ISBN: 978-85-7541-349-4. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0004>

FORSTER, E. C. et al. Desafios, estratégias e oportunidades de melhoria no pré-natal de gestações de alto risco na atenção primária. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 8, p. e9587–e9587, 2024.

GADELHA, I. P.; DINIZ, F. F.; AQUINO, P. S.; SILVA, D. M.; BALSELLS, M. M. D.; PINHEIRO, A. K. B. Social determinants of health of high-risk pregnant women during prenatal follow-up. **Rev Rene**. v. 21, e42198, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142198>.

GENOVESI, F. F. et al. Maternal and child health care: adequacy index in public health services. **Rev Bra. Enferm**. v. 73, Suppl 4, e20170757, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0757>.

GIANNOTTI, E. M. et al. Regulação do acesso aos serviços especializados no SUS: uma revisão de escopo. **Cien Saude Coletiva**, v. 31, n. 1, e07562024, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232026311.07562024

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p.177-198.

GONÇALVES, M. P. et al. Importância do pré-natal na saúde materna e infantil. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 8, n.6, p. 01-18, 2025. DOI:10.34119/bjhrv8n6-037
GUEDES, H. M. et al. Gestação de alto risco: perfil epidemiológico e fatores associados com o encaminhamento para serviço especializado. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 12, n. 0, 2022.

HOUAISS, A; VILLAR, M.S; FRANCO, F.M.M. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Censo 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/jacobina.html>. Acesso em: 04 mar.2025.

KLUNG, D. et al. Análise de fluxos de uso da rede assistencial de serviços de saúde pelos usuários de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre. **Revista Mundi Engenharia, Tecnologia e Gestão**. Paranaguá, PR, v. 10, n. 4, 2025.

LEITE, R. M. B. et al. Acesso aos serviços de atenção ao parto no interior de Pernambuco, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 57, n. 7, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004335>

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881–2892, 2012.

LOPES, F. M. V. M. et al. A utilização do fluxograma analisador para descrever os movimentos de redes vivas de um usuário com demência. **Interface (Botucatu)**, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240061>.

MALTA, D. C. et al. Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210002, 2021.

MARINHO, J. F. S.; LUCENA, F. S. Assistência Pré-Natal em Francisco Morato, São Paulo - Brasil: facilitadores e barreiras. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, p. 324-340, 2024.

MEDEIROS JUNIOR, E. L. C. et al. Sistema de Regulação da Saúde do SUS. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 16, n.7, p. 6849-6863, 2023.

MEDEIROS, F. F. et al. **Planejamento e estratégias na gestão do pré-natal de alto risco: estudo fenomenológico**. Online Brazilian Journal of Nursing, v. 21, 16 dez. 2022.

MELO, L. B. D. et al. Fatores que predisõem para a gestação de alto risco. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, R. B.; SANTOS, J. M. J.; PRADO, D. S.; GURGEL, R. Q.; BEZERRA, F. D.; GURGEL, R. Q. Características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto. **Rev. Saúde Pública**., v. 53, n. 70, 2019.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO. M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

MINAYO. M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NIELSSON, J. G. Direitos humanos, justiça reprodutiva e mortalidade materna no brasil 20 anos depois da morte de Alyne Pimentel. **Rev. Direito e Práx.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1-28, 2025.

- NOGUEIRA, R.S. et al. Mapeamento da organização dos fluxos de acesso aos serviços de saúde: revisão integrativa. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 7, p. 6033-6043, 2023. DOI: 10.55905/revconv.16n.7-105.
- NUNES, M. B. L. et al. Sentimentos da Mulher Frente a Gestação de Alto Risco. **Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 46, 2024.
- OLIVEIRA, C. C. R. B. et al. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310105, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>.
- OLIVEIRA, L. C. F.; NASCIMENTO, M. A. A. **Acesso à Saúde como Direito**: caminhos entre o legal e o real. Feira de Santana: UEFS Editora, 2024.
- OLIVEIRA, L. G. F. **Acesso à saúde**: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na Atenção Primária à Saúde. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 200p.
- OLIVEIRA, L. S. S. V. Gestão e regulamentação das filas de espera das cirurgias eletivas no Brasil: revisão da literatura. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v.17, n.10, p. 01-26, 2024.
- OLIVEIRA, R. A. D. D. et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. e00120718, 2019.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório Alynne da Silva Pimentel Teixeira** (deceased) v. Brazil Tradução de Juliana Fontana Moyses. Comitê CEDAW, 2011.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PINHEIRO, E. P. et al. Planejamento regional integrado e ferramentas de planejamento em saúde: relato de experiência na aprendizagem em serviço. **Revista Saúde em Redes**, v. 11, n. 2, 2025. DOI: 10.18310/2446-4813.2025v11n2.4486.
- PIRES, D. E. P. D. et al. Primary healthcare management: what is discussed in the literature. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. e20160426, 2019.
- PORDEUS, B. K. S. P. **Políticas de acesso aos serviços de saúde pública: estudo de caso no município de Baturité- Ceará. 2022**. 60f. Monografia (Graduação) - Curso de Administração Pública, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, Redenção-Ceará, 2022.
- PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico [recurso eletrônico]. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- PUSTAI O.J. O sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.71.
- RAMOS, O. A. M.; SÁ, J. A. F. T. M.; GOMES, J. M. P. A.; GALVÃO, A. M. N. P.; GOMES, M. J. A. R. Influência do estilo de liderança no empoderamento estrutural de enfermeiros: um

estudo transversal. **Cogitare Enferm.** 2025, v30:e97126.
<https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97126>.

RODRIGUES, L. V. V.; ARRAIS, A. R. Potencialidades e fragilidades da assistência pré-natal na atenção primária, Brasília-DF. **Com. Ciências Saúde**, v. 31, n. 2, p. 129-138, 2020.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 17–31, 2020.

SANINE, P. R. et al. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município da São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 10, e00103118, 2019.

SANINE, P. R. et al. Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil: a ótica dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 11, p. e00286120, 2021.

SANTOS, A. M. D.; GIOVANELLA, L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622–631, ago. 2014.

SANTOS, A.B; SILVA, L.S.O.B; SILVA, R.N. Oficina com a equipe de uma Unidade Básica de Saúde: relato de experiência sobre o processo de trabalho. **Rev. Saúde Digital Tec. Educ.**, Fortaleza, CE, v. 5, n. 1, p.65-76, jan./abr. 2020.

SANTOS, R. C. et al. Referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde: desafios para a integralidade. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, SP, v. 19, n. 69, p. 51-65, 2021a.

SANTOS, F. P. et al. Fragilidades no contexto do atendimento ao pré-natal de alto risco. **Saúde em Redes**, v. 7, supl.2, 2021b.

SANTOS, S. A. Desafios do Planejamento na construção do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2475–2476, ago. 2013.

SAWARA, M. et al. Importância da assistência multiprofissional à gestantes de alto risco: importance of multiprofessional assistance to high-risk pregnant women. **Revista Enfermagem e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 0178–0185, 2024.

SCHILLER, C. D. O. A. et al. Validação de face e construto do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (IARAMI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 2, p. 3657–3670, 2021.

SEHNEM, G. et al. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**, v. Série, n. 1, p. e19050, 31 jan. 2020.

SHIMIZU, H. E. et al. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3385-3396, 2021.

SILVA NETO, B. M. et al. Desafios e potencialidades na assistência pré-natal de alto risco nos serviços de saúde: revisão integrativa. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 8, p. e9191–e9191, 2024.

SILVA, A. B. M. N. et al. A importância da regulação em saúde no Brasil. **Ciências da Saúde**, v. 27, n. 127, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.10072165

SILVA, K. S. et al. Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 11, n. 2, 2017.

SILVA, B.G. et al. Uso do fluxograma analisador com foco na atenção à pessoa idosa em um serviço de saúde de Belo Horizonte - MG. **Sinapse Múltipla**, 7(2), dez., 165-170, 2018.

SILVA NETO, B. M. et al. Desafios e potencialidades na assistência pré-natal de alto risco nos serviços de saúde: revisão integrativa. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 8, p. 01-14, 2024.

SILVA, M. C. D. **Fatores associados ao pré-natal inadequado em uma unidade básica de saúde no município de Foz do Iguaçu, 2022**. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto Latino Americano de Ciências da Vida e da Natureza. Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2024.

SILVA, M. A. K. F. et al. Planejamento em gestão: Desafios e práticas em saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, e262111739020, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.39020>

SOUSA, A. N. A.; SHIMIZU, H. E. Coordenação na Atenção Básica e integração na Rede de Atenção à Saúde: em que avançamos? **Saúde em Debate**, v. 48, n. especial 2, p. e8784-e8784, 2024.

TEODORO, J. A. M.; AQUINO, R. S.; PALTRONIERI, M. R. L. N. Análise de pacientes encaminhados para o pre-natal de alto risco. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, e476111335482, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35482>.

TOFANI, L. F. N. et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4769-4782, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212610.26102020.

VICARI, T.; LAGO, L. M.; BULGARELLI, A. F. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. **Rev. Saúde Debate**, v. 46, n. 132, p. 135-147, 2022.

VIDAL, E. C. F. et al. Prenatal care associated with neonatal outcomes in maternity hospitals: a hospital-based cross-sectional study. **Rev Esc Enferm USP**. v. 57, e20230145, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0145en>



Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Pesquisa: Acesso ao pré-natal de alto risco pelas gestantes: percepção de coordenadores de atenção básica

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: COORDENADORES DA ATENÇÃO BÁSICA

Entrevista (nº):	Código do entrevistado:	Início (hora):	Término (hora):	Data:

1. CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO(A)

1.1 Sexo: F() M()

1.2 Idade: _____ (anos)

1.3 Formação: _____

1.4 Tempo de formação: _____

1.5 Tempo de atuação no cargo: _____

2. TEMAS NORTEADORES: DIMENSÕES DE ACESSO

2.1 Dimensão Simbólica:

2.1.1 Significado de acesso aos serviços de saúde.

2.1.2 Entendimento quanto a necessidade do encaminhamento da gestante ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR).

2.2 Dimensão Política:

2.2.1 Pactuação entre as instâncias (estadual e municipal) na garantia do acesso.

2.2.2 Tomada de decisão para promoção do acesso ao PNAR

2.3 Dimensão Técnica:

2.3.1 Potencialidades/ facilidades na promoção do acesso aos serviços do PNAR.

2.3.2 Fragilidades/ dificuldades na promoção do acesso aos serviços do PNAR.

2.4 Dimensão organizativa:

2.4.1 Estrutura/ Fluxo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para o acesso ao PNAR.

2.4.2 Mecanismos utilizados para garantir a comunicação técnica entre a atenção básica e os serviços especializados (referência/ contrarreferência).

2.4.3 Eficácia do sistema utilizado para regulação/ encaminhamento ao serviço especializado.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos você para participar da pesquisa intitulada **ACESSO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO PELAS GESTANTES: PERCEPÇÃO DE COORDENADORES DE ATENÇÃO BÁSICA** que tem como pesquisadora Naiara Oliveira Cunha (pesquisador colaboradora), estudante do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sob a orientação Prof.^a Dr^a Mariana de Oliveira Araújo (pesquisadora responsável). A pesquisa tem como objetivos: Compreender como ocorre o acesso ao Pré-Natal de Alto Risco pelas gestantes na percepção dos coordenadores de Atenção Básica; Identificar quais as potencialidades e fragilidades no acesso ao Pré-Natal de Alto Risco vivenciadas pelas gestantes na percepção dos coordenadores de Atenção Básica; Investigar a comunicação entre os serviços de saúde da Atenção Primária a Saúde e a Atenção Especializada na promoção do acesso ao Pré-Natal de Alto Risco; Construir um fluxograma sobre a Rede de Atenção Materno-infantil na região Centro-Norte da Bahia. Informamos que sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista semiestruturada com duração média de 30 min, na qual as informações coletadas serão gravadas com o uso do celular, em sala privada para garantir que outras pessoas não ouçam sua fala, sendo permitido ao final você ouvir a gravação e retirar ou acrescentar alguma informação, sem nenhum prejuízo ou desaprovação. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: desconforto, medo ou desconfiança ao relatar suas experiências; sentir receio em falar por estar sendo gravado e temer alguma represália, por citar falhas no seu processo de trabalho. Para minimizar ou evitar a ocorrência desses riscos buscaremos garantir conforto e confiança durante a coleta de dados, através do esclarecimento dos propósitos do estudo e do uso de ambiente reservado. Salientamos que caso ocorra alguma dessas complicações ou danos em função do estudo, a assistência integral à saúde é de total responsabilidade das pesquisadoras, sem nenhum custo, garantindo assistência imediata conforme tempo necessário para você. Além disso, desistir da pesquisa sem nenhum ônus a qualquer momento, bem como ressaltamos que na condição de quaisquer danos ou custos advindos da aplicação da pesquisa, as responsáveis garantem a busca de indenização para eventuais danos decorrentes na pesquisa e, ressarcimento para gastos eventuais decorrentes da pesquisa a partir de constatações legais. Esclarecemos também que qualquer informação que identifique você será removida, e caso você sinta-se desconfortável com a gravação, o registro da entrevista poderá ser feito por escrito. Se você aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para o aprimoramento das políticas públicas de saúde; contribuir na garantia do direito ao acesso em saúde; valorização do gestor ao colaborar com a promoção do acesso mediante as barreiras enfrentadas; colaboração para a organização da rede de assistência materno-infantil através dos resultados encontrados, que poderão influenciar na construção do planejamento local; fortalecimento da integralidade do cuidado prestado às gestantes; melhoria da assistência prestada na região, com atendimento integral e redução das complicações gestacionais e da mortalidade materno-infantil. Se depois de consentir a sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Informamos que você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa.

Participante de Pesquisa

Naiara Oliveira Cunha
Pesquisadora Colaboradora
(Tel. 75 3161-8162)

Prof^a Mariana de Oliveira Araújo
Pesquisadora Responsável/ Orientadora
(Tel. 75 3161-8162)

Caso você deseje, a entrevista poderá ser realizada via remota através do Google Meet®, a mesma será gravada com gravador portátil de acordo com a sua permissão. Especificamente neste caso, enviaremos o TCLE em PDF assinado pelas pesquisadoras para o seu e-mail e você deverá informar o seu aceite em participar da pesquisa no início da gravação. As entrevistas serão transcritas, guardadas em pendrive, arquivadas no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado na UEFS, durante cinco (5) anos e depois serão destruídas. Havendo necessidade de esclarecimento de dúvidas ou desistência da pesquisa, as pesquisadoras responsável e colaboradora poderão ser encontradas no NUPISC, localizado no Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), no Módulo VI da UEFS, Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, Feira de Santana-BA, Tel: (75) 3161-8162. Caso deseje esclarecer dúvidas éticas com relação à pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, instituição que tem por finalidade a apreciação de pesquisas a serem realizadas com seres humanos, na tentativa de manter a integridade, dignidade e os direitos humanos, incluindo a garantia do manejo dos dados coletados de forma ética e segura. O CEP da UEFS funciona de segunda à sexta-feira, no horário das 8h00 às 12h00 e está localizado no Módulo 1, MA 17, Avenida Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, Feira de Santana Bahia, CEP: 44036-900, Tel: (75) 3161-8124/ email: cep@uefs.br. Esclarecemos que os resultados desta pesquisa serão apresentados em congressos, simpósios, seminários e publicado em revistas científicas, livros, artigos, além de serem apresentados para os participantes. Caso concorde em participar desta pesquisa você deverá assinar o termo em duas vias, permanecendo uma cópia com você e a outra com as pesquisadoras. Vale destacar que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, sendo aprovado conforme o parecer número 7.783.914 de 21 de agosto de 2025 (CAAE: 88729825.6.0000.0053).

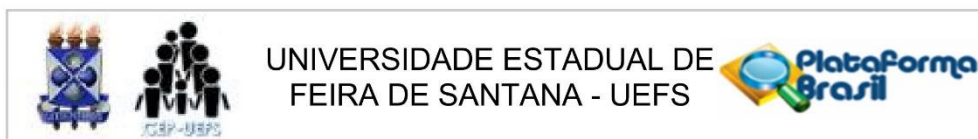
(cidade) BA: ____ / ____ / 20 ____.

Participante de Pesquisa

Naiara Oliveira Cunha
Pesquisadora Colaboradora
(Tel. 75 3161-8162)

Profª Mariana de Oliveira Araújo
Pesquisadora Responsável/ Orientadora
(Tel. 75 3161-8162)

APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO PELAS GESTANTES: PERCEPÇÃO DE COORDENADORES DE ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Mariana de Oliveira Araujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88729825.6.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.783.914

Apresentação do Projeto:

parecer de retorno de pendência da pesquisa ACESSO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO PELAS GESTANTES: PERCEPÇÃO DE COORDENADORES DE ATENÇÃO BÁSICA. Pesquisador Responsável: Mariana de Oliveira Araujo. CAAE: 88729825.6.0000.0053

Objetivo da Pesquisa:

segue como anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

segue como anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ver conclusão

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresentou documentos com alterações das pendências solicitadas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

análise do CEP: apresentou as pendências solicitadas no documento PendenciasCEP_naiara_assinado_assinado.pdf

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro CAU III, Sala: CEP/UEFS

CEP: 44.031-460

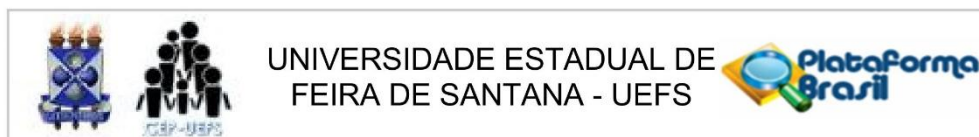
UF: BA

Município

FEIRA DE SANTANA

Telefone (75)9847-7655

E- cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 7.783.914

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2556047.pdf	31/05/2025 18:12:08		Aceito
Outros	PendenciasCEP_naiaraassinado.pdf	31/05/2025 18:11:12	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ajuste_pendencias.pdf	30/05/2025 14:12:01	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_Naiara_ajuste_pendencias.pdf	30/05/2025 14:11:44	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	VARZEA_DO_POCO.pdf	15/05/2025 17:37:14	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	VARZEA_DA_ROCA.pdf	15/05/2025 17:36:45	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UMBURANAS.pdf	15/05/2025 17:36:10	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAPIRAMUTA.pdf	15/05/2025 17:35:47	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de	SERROLANDIA.pdf	15/05/2025	Mariana de	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro CAU III, Sala: CEP/UEFS CEP: 44.031-460
 UF: BA Município FEIRA DE SANTANA
 Telefone (75)9847-7655 E- cep@uefs.br



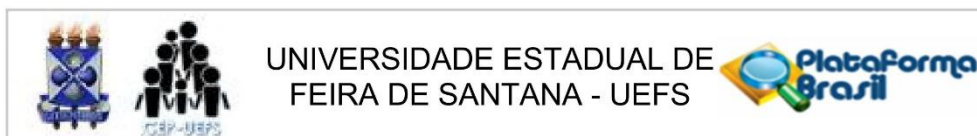
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 7.783.914

Instituição e Infraestrutura	SERROLANDIA.pdf	17:35:33	Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SAUDE.pdf	15/05/2025 17:35:15	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	QUIXABEIRA.pdf	15/05/2025 17:34:48	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PIRITIBA.pdf	15/05/2025 17:34:22	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	OUROLANDIA.pdf	15/05/2025 17:34:03	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	MORRO_DO_CHAPEU.pdf	15/05/2025 17:33:40	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	MIRANGABA.pdf	15/05/2025 17:33:28	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	MIGUEL_CALMON.pdf	15/05/2025 17:33:13	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	MAIRI.pdf	15/05/2025 17:33:02	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	JACOBINA.pdf	15/05/2025 17:32:50	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_VARZEA_NOVA.pdf	15/05/2025 17:32:38	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAPIM_GROSSO.pdf	15/05/2025 17:32:18	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CALDEIRAO_GRANDE.pdf	15/05/2025 17:32:00	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAEM.pdf	15/05/2025 17:31:48	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_Naiara.pdf	15/05/2025 17:31:30	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ACEITE_MODELO.pdf	14/05/2025 14:42:15	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro CAU III, Sala: CEP/UEFS **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município** FEIRA DE SANTANA
Telefone (75)9847-7655 **E-** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 7.783.914

Outros	Roteiro_entrevista.pdf	14/05/2025 14:40:10	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTOASSINADA.pdf	09/05/2025 17:05:17	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Outros	Encaminhamentodoprojetoparaapreciac ao assinado assinado.pdf	09/05/2025 15:30:14	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/05/2025 15:29:17	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	09/05/2025 15:28:56	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_responsavel1_assinado.pdf	09/05/2025 15:27:23	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_comprometimento_respons avel assinado.pdf	09/05/2025 15:27:12	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_comprometimento_colabora dor assinado.pdf	09/05/2025 15:26:57	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_colaboradora1_assinado.pdf	09/05/2025 15:26:46	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/05/2025 15:23:01	Mariana de Oliveira Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 21 de Agosto de 2025

Assinado por:
LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro CAU III, Sala: CEP/UEFS **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município** FEIRA DE SANTANA
Telefone (75)9847-7655 **E-** cep@uefs.br