

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

HOST WITH RISK CLASSIFICATION IN OBSTETRICS: A REVIEW OF LITERATURE

Mayane de Uzêda Andrade¹
Rita de Cássia Vellozo da Silva²

RESUMO

O Ministério da Saúde lançou o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em maternidade como estratégia de mudanças na organização do processo de trabalho em saúde para garantir o acesso e a integralidade da assistência. Estudo de revisão bibliográfica que objetivou discutir o ACCR realizado em maternidade. Os resultados apontaram que a opinião das mulheres variou em relação ao atendimento recebido na maternidade, enquanto que os/as enfermeiros/as que realizam o ACCR necessitam de rever sua postura durante o acolhimento, no sentido de contemplar a assistência requerida. Concluiu-se que são necessários maiores investimentos, com vistas a implementação do ACCR, assim como compreensão dos profissionais sobre o processo de acolhimento nas maternidades.

Palavras-chave: Classificação de risco. Acolhimento. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

The Ministry of Health launched the Home With Risk Rating (ACCR) in Maternity as a change strategy in the organization of the work process in health access and to ensure completeness. The study aimed to analyze the ACCR in view of professionals who do, and the opinion of women who have gone through strategy, through a literature review. The results show that the women interviewed felt welcomed upon their arrival, however the review shows that health professionals, usually nurses (as), serving women, need change in your posture during the reception. It was concluded that greater investments are needed, with a view to implementing the ACCR as well as understanding of the professionals on the host process in maternity.

Keywords: Risk . Host . Obstetric Nursing

¹Pós-Graduandas em Enfermagem Obstétrica pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

²Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Docente de Metodologia da Pesquisa na Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento fisiológico que culmina com alterações no organismo materno que se iniciam na fecundação e continuam durante todo o período gestacional, parto, pós-parto e lactação. Esse período traz grandes alterações físicas e emocionais para a mulher, que culminam com necessidades especiais de assistência e de cuidado à saúde. Essas alterações geram sentimentos como medo, ansiedade, angústia, dúvidas, dentre outros, o que exige uma série de adaptações para a mulher e sua família (FERREIRA; NAKANO, 2001; MALDONADO, 2002).

O surgimento de alterações fisiológicas durante a gestação decorre de fatores hormonais e mecânicos que agem no corpo da mulher e conduzem a diversas adaptações. Apesar de a gestação ser um fenômeno fisiológico, sabemos que existem gestantes que desenvolvem patologias associadas à gestação, caracterizando-a como gravidez de alto risco, já que há risco de morte para a mãe e/ou feto. Dessa forma, a gestação por si mesma é considerada um risco para mãe e filho (REZENDE, 2002; JUNQUEIRA, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, dentre as intercorrências mais comuns do ciclo gravídico-puerperal têm destaque a hiperemese gravídica, a anemia, a hipovitaminose A, as síndromes hipertensivas, a pré-eclâmpsia, a gravidez ectópica, o descolamento prematuro da placenta (DPP) e o abortamento. Como consequência, a ocorrência da morbimortalidade materna e perinatal é elevada no Brasil, incompatível com o atual nível de desenvolvimento econômico do país (BRASIL, 2009; 2010).

Para atender às necessidades de saúde e diminuir os riscos de morte materna e fetal, a classificação de risco atua como um processo dinâmico de identificação das mulheres que precisam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento apresentado. Nessa perspectiva, no ano de 2004, como estratégia governamental, o Ministério da Saúde deu início à implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em maternidades, numa estratégia que visa acolher as mulheres, guiado pela classificação de risco, dando prioridade ao atendimento àquelas em situações mais grave (BRASIL, 2006).

A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, e o ACCR), são

os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

A vivência em maternidades públicas motivou o interesse por este estudo, especialmente ao verificar a concepção das mulheres que se encontravam no período gravídico-puerperal em relação ao atendimento na emergência da maternidade, realizado com base no ACCR, onde essas mulheres não sabiam qual a importância da estratégia, nem entendiam seu funcionamento.

Nessa perspectiva, considerando a inserção da/o enfermeira/o no ACCR nas maternidades, considerou-se a importância de discutir sobre o ACCR realizado nas maternidades. Surgiu como questionamento: Qual o conhecimento produzido sobre o ACCR realizado em maternidades? Para responder a essa questão, traçou-se como objetivo discutir o conhecimento produzido sobre o ACCR realizado em maternidades.

Acredita-se na relevância deste estudo por fornecer informações sobre o ACCR em maternidade, mostrando benefícios e fragilidades, por meio de dados obtidos na revisão de literatura, possibilitando vislumbrar estratégias que potencializem o ACCR.

METODOLOGIA

Para discutir sobre o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) realizado nas maternidades, foi realizada uma revisão bibliográfica, nas bases de dados eletrônicas como Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS), Revista Baiana de Enfermagem e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Foram utilizados como descritores: risco, complicações na gravidez, acolhimento, enfermagem obstétrica. É recente o ACCR em maternidade, tendo sido encontrado poucos artigos com esse tema.

Os critérios de inclusão para a seleção de artigos para a revisão foram os seguintes: terem o ACCR em maternidades como discussão, estarem na língua portuguesa, disponíveis na íntegra, terem acesso gratuito e serem publicados no período entre 2009 e 2014, dessa forma foram encontrados 4 artigos que satisfizeram tais critérios. Para enriquecer a discussão, foram utilizados, ainda, alguns manuais disponíveis online relacionados com o tema, bem como legislação vigente no município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS

A maior parte das modificações gestacionais ocorre no 1º trimestre, em que o rendimento cardíaco e a frequência cardíaca materna ficam aumentados durante o repouso. A pressão arterial sofre uma ligeira queda, porém aumenta a pressão venosa nos membros inferiores. Há, portanto, tendência à hipotensão, à lipotimia ortostática, a edemas dos membros inferiores, a varicosidades e hemorroidas. O sistema urinário das grávidas tem dilatação de ambos os ureteres e pelvis renais, o que contribui para que o fluxo da urina fique retardado, o que pode causar maior predisposição à infecção urinária. Já no sistema respiratório, as alterações do volume sanguíneo e a vasodilatação presentes resultam em hiperemia e edema da mucosa das vias aéreas superiores, distúrbios esses que podem ocasionar congestão nasal e epistaxe (REZENDE, 2002).

Existem muitas situações que levam as gestantes a procurarem as maternidades com frequência. Segundo Brittar e Zugaib (2009), existem dificuldades para o reconhecimento do início do trabalho de parto verdadeiro. A atividade contrátil apresentada pelo útero durante toda a gestação é de dois tipos: de baixa e de grande amplitude. Estas vão se tornando mais frequentes no último semestre da gestação e podem ser confundidas com as contrações do trabalho de parto. Tal situação é responsável pelas internações desnecessárias em cerca de metade das gestantes, supostamente em trabalho de parto prematuro.

No período gestacional, dentre as morbidades, tem destaque a síndrome hipertensiva, que pode resultar em altos índices de prematuridade e retardo do crescimento fetal. A pré-eclampsia é indicativa de urgência, pois, se não for controlada, pode evoluir para a eclampsia, caracterizada pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas, podendo causar morte materna e fetal. Outra intercorrência que tem destaque durante a gravidez é a anemia, caracterizada quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11g/dl (BRASIL, 2009).

Dentre as intercorrências mais comuns no ciclo gravídico-puerperal está a hiperemese gravídica, caracterizada por vômitos contínuos e com intensidade, o que dificulta a alimentação da gestante, ocasionando desde a desidratação e oligúria até a perda de peso e transtornos metabólicos. A infecção do trato urinário também é comum durante a gestação e ocorre em 17 a 20% das gestações, e está associada a complicações, como rotura prematura de

membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepsse materna e infecção neonatal (BRASIL, 2009).

As hemorragias, na segunda metade da gestação, constituem-se em frequentes diagnósticos em obstetrícia. Destacam-se como uma das principais causas de internação de gestantes no período anteparto, com importante aumento da morbimortalidade materna e perinatal, assim como de partos operatórios. De causas variadas, entre as causas obstétricas mais frequentes têm-se o descolamento prematuro de placenta e a placenta prévia (BRASIL, 2010).

O descolamento prematuro da placenta (DPP) é a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto e ocorre em cerca de 0 a 1% de todas as gestações, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna. Já a rotura prematura de membranas ovulares ou amniorrexe prematura é o quadro caracterizado pela rotura espontânea da bolsa de água, antes do começo do trabalho de parto (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

Também a gravidez ectópica é outra intercorrência que corresponde à nidação do ovo fora da cavidade uterina e está associada à história de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sanguínea uterina e dores no baixo ventre. De modo semelhante, a interrupção da gravidez por abortamento, considerada a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500g, é classificada como precoce quando ocorre até a 13ª semana e tardio entre a 13ª e 22ª semanas, ambos diagnosticados clinicamente e por meio de ultrassonografia (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde entende que, sendo a gestação um fenômeno fisiológico, deve ser vista por todos como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças no âmbito físico, social e emocional. Assim, a atenção obstétrica e neonatal tem como premissa essencial o atendimento humanizado, que garanta a qualidade da assistência (BRASIL, 2006).

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM MATERNIDADE

A implantação do ACCR em maternidade teve como objetivos substituir a triagem realizada por recepcionistas e porteiros e garantir a ampliação do acesso ao serviço de urgência; qualificar a escuta dos(as) acolhedores, permitindo maior grau de responsabilização e satisfação do usuário (as); ampliar o trabalho em equipe, reconhecendo todos os “saberes” e trabalhando os conflitos; atender prioritariamente e com metas definidas os (as) pacientes classificados (as) com maior grau de risco e sofrimento, para a redução gradativa do tempo de espera (BRASIL, 2011). O atendimento às mulheres na maternidade sem o ACCR era

baseado na ordem de chegada, situação que aumentava o tempo de espera, agravando os riscos para a mulher e o feto.

Pelo fato de haver muitas dificuldades no sistema de regulação para encaminhamento de gestantes, estas ficam sem referência que lhes assegurem a vaga de leito obstétrico, o que as obriga a vivenciarem o fenômeno da peregrinação, em busca da atenção obstétrica na rede hospitalar, ocorrência mais comum nos finais de semana, feriados e no período noturno (MARQUES, 2011).

Mediante a Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, que sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento e garante às mulheres e às gestantes uma assistência humanizada e de qualidade.

Nessa perspectiva, em Salvador, foi regulamentada a Lei Municipal n. 7.851, de 25 de maio de 2010, que garante a toda gestante do município o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto ou atendimento em caso de intercorrência durante o pré-natal. Para efeito deste decreto, considera-se, portanto, a Unidade de Referência do Parto – serviço de assistência ao parto de referência do pré-natal; a vinculação da gestante; a visita de vinculação e o contrato organizativo de ação pública da saúde.

Um dos estudos encontrados (MARQUES, *et al*) teve como tema **“O Relacionamento entre Profissionais de Saúde e Parturientes: um Estudo com Desenhos”**, e buscou analisar o relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes no centro obstétrico de uma maternidade pública do interior da Bahia. O relacionamento com os profissionais de saúde foi considerado como um encontro onde predominou a ausência de estabelecimento de vínculos solidários e de corresponsabilidade, o afastamento das necessidades de cada uma das parturientes, além da frieza e impessoalidade. Isso pode ser visto em um dos depoimentos:

[...] O médico chegou e falou assim: calma, calma! Com muita ignorância, aí eu falei: ó moço, tenha paciência comigo, não é assim não. (E10)

Este trabalho demonstrou que as mulheres caracterizaram a assistência recebida como ruim, pois os profissionais de saúde estabeleceram uma relação hierárquica e a mulher considerou a atenção recebida como desqualificada. O acolhimento é um aspecto importante e essencial para a humanização, e implica em uma recepção humana e atenta, na qual as queixas, preocupações, angústias e dúvidas das mulheres são ouvidas e lhes é garantida a responsabilidade por parte da equipe na resolubilidade dos problemas identificados

(MARQUES, 2011).

A pesquisa de Marques *et al.*, (2011) aponta que a atenção humanizada idealizada pelas mulheres e preconizada pelo Ministério da Saúde será factível, apenas, quando os diversos atores envolvidos na parturição se dispuserem a repensar sua prática diária, redimensionando-a, quando necessário se fizer. Isso implicará, inevitavelmente, na reorganização do serviço e no abandono de técnicas padronizadas e atitudes estereotipadas que priorizam a rotina, a tecnologia e a comodidade da equipe em detrimento do bem estar da mulher.

Outro artigo encontrado foi uma pesquisa de Porciúncula (2009) sobre o “**ACCR em um Centro Obstétrico: a Ótica dos Profissionais**”, realizada em um centro obstétrico do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, e apontou que, a partir da análise dos relatos dos profissionais, o ACCR realizado na referida unidade não foi entendido em sua totalidade no que tange ao que a Política do Ministério da Saúde propõe como acolhimento.

O trabalho citado aponta que a classificação de risco rotineiramente é realizada como triagem, afastando-se do pressuposto da humanização no atendimento. Segue o relato de um dos profissionais, que consegue perceber essa diferença:

[...] mas a ideia era essa, [...] que tivesse uma enfermeira fazendo o acolhimento ali na frente, e não simplesmente a classificação de risco, que é uma coisa que a técnica hoje faz. O acolhimento envolve muito mais coisas do que isso (Informante 6)

A pesquisa mostra também sobre os papéis da equipe que acolhe, existindo discussões sobre qual profissional deve realizar o acolhimento, diferindo do preconizado pelo MS (BRASIL, 2004), que designa que o acolhimento deve ser feito por toda a equipe, a qual deve compartilhar saberes em prol da resolutividade dos problemas do usuário. Segue um trecho:

[...] tu acolhes a chegada dela, tu recebes ela bem, mas depois tu não dás, tu não fazes o fechamento, que é o encaminhamento, entendeu?

A rotina operacional do ACCR define que a mulher ao chegar à maternidade deve ser submetida a uma pré-consulta para avaliação do risco e vulnerabilidade. No momento do atendimento a/o enfermeira/o classificará a mulher obedecendo a critérios didaticamente diferenciados por cores que lhe garante a avaliação clínica e de enfermagem após o atendimento das prioridades (OLIVEIRA, 2012).

O ACCR é, pois, diferenciado por cores: 1º - vermelho: indica atendimento preferencial de emergência; 2º - o amarelo: indica encaminhamento o mais rápido possível; e 3º - verde: indica que não apresenta risco e que tem possibilidade de aguardar. Sendo assim, quem chega primeiro poderá dar lugar àquela gestante/parturiente que chegou depois, caso essa se enquadre no risco, ou em situação de vulnerabilidade para ela ou para o feto (BRASIL, 2011).

Tendo em vista os motivos que levam as gestantes a buscarem o atendimento nas maternidades, considerou-se pertinente apresentar um estudo que trouxesse as falas das mulheres sobre o tema, e que vem reforçar o que foi apontado por alguns autores anteriormente, mas que sinaliza também para aspectos como a dificuldade de acesso aos serviços, violência institucional e falta de acolhimento nos serviços.

O artigo **“Acolhimento com Classificação de Risco: A Voz das Mulheres”** (SOUZA, 2013), apresenta, através da pesquisa realizada em uma maternidade pública de Salvador, os depoimentos das puérperas que passaram pelo ACCR, e através destes foi possível identificar algumas inferências destacadas nos parágrafos a seguir:

O termo humanizar significa qualificar a atenção em saúde, ao aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. Assim, a atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos, conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2004). Nessa perspectiva, sabe-se que o significado do processo de acolhimento vai além do ato de receber a mulher em local predeterminado.

Os motivos que levaram as mulheres participantes do estudo a procurarem a maternidade do estudo acima vão além das intercorrências comuns dessa fase. Destacam-se, entre os principais motivos, a certeza de vaga para o internamento e a referência de ter o atendimento qualificado e humanizado, satisfazendo, desse modo, as suas expectativas em relação ao período de internamento, parto e puerpério, conforme relato a seguir:

O bom atendimento, desde o meu primeiro filho, a atenção que você recebe aqui, a preocupação [...] eu estava sentindo dor e perdendo líquido (Cristal).

A humanização é hoje um tema frequente nos serviços públicos de saúde, nos textos oficiais e nas publicações da área da Saúde Coletiva, por se fundamentar no respeito e na valorização da pessoa humana e constituir-se em um processo que visa à transformação da

cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços (RIOS, 2009).

Também no estudo de Souza (2013) a falta de leitos obstétricos ainda tem gerado a peregrinação de muitas mulheres em busca de vagas nas maternidades públicas, dificuldade relatada por quatro mulheres. Outras 15 afirmaram ter a certeza de que seriam atendidas. Algumas delas, contudo, além de não conseguirem vaga para o parto em outra maternidade, referiram que foram mal recebidas na recepção:

Fui em duas [maternidades], em uma disseram que não tinha vaga e na outra que não tinha médico e também não estava com dilatação (Água Marinha).

No Brasil, são recentes e ainda incipientes as iniciativas de regionalização da assistência perinatal, configurando disparidades entre as coberturas dessa assistência pré-natal, em contraposição a uma rede de assistência ao parto insuficiente para a distribuição e demanda populacional. Tal fato gera uma verdadeira peregrinação de mulheres à procura desse atendimento, a qual poderia ser amenizada com uma melhor distribuição dos serviços de saúde e em maternidades, incluindo um sistema de referência e contra-referência mais eficiente (CUNHA *et al.*, 2010).

Apesar do incentivo à humanização existente em diversos espaços assistenciais, convive-se ainda com uma oferta limitada de leitos obstétricos, o que muitas vezes impõe à mulher idas e vindas a diversos serviços para ver sua demanda atendida. Saliente-se, inclusive, que muitas dessas demandas talvez pudessem ser sanadas sem ocupar efetivamente um leito hospitalar caso houvesse uma classificação de risco adequada. Essa peregrinação acaba por criar ansiedade na mulher e sua família e pode caracterizar o atendimento como desumanizado.

A portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde coloca que o ACCR “[...] deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”. A classificação de risco deve ser um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (CPAMGO, 2009).

Os protocolos classificatórios ou sistemas de triagem utilizados nos países desenvolvidos e no Brasil são executados por enfermeiros nos setores de emergência, através

da clínica orientada para os sinais e os sintomas e não para os diagnósticos, bem como para a priorização das tecnologias de relações, de subjetividades em detrimento à tecnologia e aos equipamentos de saúde (PEREIRA, 2014).

Assim que a mulher chega à maternidade, imediatamente deve ser encaminhada para a sala de ACCR, dispositivo primordial que possibilita classificá-la nas cores preconizadas que indicam emergências ou não, e, dessa forma, minimizar os riscos de morte e agravos materno-fetais (SOUZA, 2014).

Esse dispositivo, ao dar mais celeridade e segurança no atendimento às mulheres, torna-o mais humanizado e seguro, fato observado pela usuária, como pode ser percebido no seguinte relato:

Um bom tempo, porque foi menos de um minuto. Fui chegando e logo entrando. Ela me levou logo, pois ela achou que era de risco, pois eu estava perdendo líquido (Cristal).

No entanto, por ser uma estratégia recentemente implantada na maternidade, as mulheres que chegam à emergência, em sua maioria, não conhecem a dinâmica de atendimento do ACCR, como mostra o depoimento de Água Marinha:

Não, ninguém nunca me informou não. Eu acho que é por ordem de chegada. Das três vezes que eu vim, da última vez eu passei por lá e as outras vezes eu já entrei logo na outra sala.

Para mudar esse quadro, é importante a divulgação do ACCR entre as gestantes, na atenção pré-natal e por parte das enfermeiras que realizam o primeiro atendimento na emergência obstétrica, explicando-lhes a proposta de avaliar o risco de cada mulher e, então, poder priorizar o atendimento dos casos mais graves.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão bibliográfica mostrou que o ACCR começou lentamente, com dificuldades de aceitação por parte dos profissionais, e que ainda hoje, em parte, apresenta entraves no que diz respeito a implantação correta da estratégia, onde o acolhimento deve ser realizado por toda a equipe.

Os artigos mostram que existem dúvidas por parte de alguns profissionais sobre qual profissional deve fazer o Acolhimento com Classificação de Risco, e muitos pensam que somente a/o enfermeira/o tem a capacitação.

A portaria 2.048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, coloca que o ACCR “... deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes colocando-os em ordem de prioridade para atendimento. A classificação de risco deve ser um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento” (BRASIL, 2002).

O ACCR em maternidade deve seguir um protocolo interno, onde geralmente a classificação do risco é realizada por enfermeiras (os).

Os trabalhos apontam que a triagem ainda é comparada com a estratégia do ACCR, culminando em um atendimento técnico, sem foco na humanização e resolutividade. O artigo que trata sobre a concepção das mulheres sobre o ACCR mostra que a maioria gostou do atendimento da enfermeira durante a admissão na emergência da maternidade em estudo, com base no ACCR, porém desconhecia o método da estratégia.

Pode-se perceber também através da pesquisa realizada em uma maternidade pública de Salvador, que a certeza de vaga para o internamento e a expectativa de um atendimento humanizado foram os principais motivos que levaram as mulheres a procurarem a referida maternidade. É necessário que haja melhoria nos mecanismos de informações às gestantes sobre o ACCR nas maternidades, bem como investimentos nas maternidades para efetivar de forma concreta o ACCR, associado a outras pesquisas sobre a estratégia que contemplem outros aspectos importantes envolvidos nessa estratégia.

A revisão de literatura mostra que ainda hoje existem problemas a serem resolvidos para a efetiva implantação e eficácia do ACCR no atendimento de mulheres em maternidades. Dentre estes estão: carências estruturais, de recursos humanos, de capacitação, de conscientização e responsabilização dos profissionais como principais atores para impulsionar a estratégia, que é tão necessária para as mulheres protagonistas das ações desenvolvidas para um melhor atendimento.

REFERÊNCIA

1. BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 4. ed. Portugal: Edições 70, 2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. (Resolução CNS 196/96 e outros). Brasília, DF, 1996.

- 3._____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.
- 4._____. Ministério da Saúde. Portaria 2048 de 02 de novembro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência**. Brasília, DF, 2002.
- 5._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**; Brasília, DF, 2004.
- 6._____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2005.
- 7._____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. (Série B. Textos básicos em Saúde). Brasília, DF. 2006.
- 8._____. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase em mortalidade materna: relatório final**. Brasília, DF, 2006.
- 9._____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF, 2009.
- 10._____. Secretaria Executiva. **Gestação de alto risco**. Brasília, DF, 2010.
- 11._____. Primeiro a gestante que precisa mais: acolhimento com classificação de risco nas maternidades é um importante desafio a ser implantado. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/11552-primeiro-a-gestante-que-precisamais>. Brasília, DF, 2010
- 12._____. Gabinete do Ministro. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011.
- 13._____. Atenção hospitalar. **Cadernos Humaniza SUS**; v. 3; Brasília, DF. 2011.
- 14._____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2012.
15. BRITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. **Tratamento do trabalho de parto prematuro**. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da USP. São Paulo, 2009.
16. CPAMGO. Comissão Perinatal Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. **Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia**. Secretaria Municipal de Saúde. SUS- Belo Horizonte, 2009.
17. CUNHA, S. F. et al. Peregrinação no ante parto em São Luís - Maranhão. **Cogitare Enferm. Maranhão**, v. 15, n. 3, p. 441-447, jul./set. 2010.

- 18.FERREIRA, C. H.J.; NAKANO, A. M. S. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. **Rev. Latino-am. Enferm.**;V 9 (3):95-100; 2001.
- 19.JUNQUEIRA, Virginia O. Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz e a escuridão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Rene)**, jan/mar; 12 (1) :49-56, Fortaleza, 2011.
- 20.MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16 ed. São Paulo. Saraiva, 2002.
- 21.MARQUES, L. S.; SOUZA, S. C. P; PEREIRA, V. E. S; CASTELO, R. B S; PIMENTEL, M, C. M. Relacionamento entre profissionais de saúde parturientes: um estudo com desenhos. **Revista de Enfermagem UFSM**, Mai/Ago;1(2):225-237, 2011.
- 22.PEREIRA, A., LIMA, A. Acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem UFPE (online)**. Recife, 2014. Disponível em:<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5420>. Acesso em: 06 Nov. 2014.
- 23.PORCIUNCULA, M. Bello. ACCR em um Centro Obstétrico: A ótica dos profissionais. Porto Alegre, 2009.
- 24.REZENDE, Jorge. Obstetrícia. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 1514p, 2002.
- RIOS, C. I. **Caminhos na humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo, 2009.
- 25.SALVADOR. **Lei 7.851, de 25 de maio de 2010**. Institui que toda gestante no Município de Salvador tem direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto, e em caso de intercorrência pré-natal. Salvador, 2010. Disponível em: <<http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=178900>>. Acesso em: junho, 2012
- 26.SOUSA, T. et al. Acolhimento com classificação de risco: A voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, América do Sul, 27, jul. 2014. Disponível em:<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8347>. Acesso em: 13 Out. 2014.