

# ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: A VOZ DAS MULHERES

## WELCOME WITH RISK CLASSIFICATION: WOMEN'S VOICE

## ACOGIMIENTO CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO: LA VOZ DE LAS MUJERES

Taíze Santos Sousa<sup>1</sup>  
Mayane de Uzêda Andrade<sup>2</sup>  
Mariza Silva Almeida<sup>3</sup>  
Isa Maria Nunes<sup>4</sup>  
Marinalva Moreira Carvalho<sup>5</sup>

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. O estudo objetivou analisar a concepção de puérperas sobre o ACCR. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, com a participação de 19 mulheres, por meio de entrevista semiestruturada. Os resultados apontam que as mulheres sentiram-se acolhidas no momento de sua chegada. Concluiu-se que são necessários maiores investimentos, com vistas à ampliação da estrutura física e do processo de atendimento nas maternidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Risco. Acolhimento. Enfermagem.

*The Health Ministry launched the Welcome with Risk Classification (ACCR) in Maternities as a strategy for changes in the organization of the working process in health, in order to ensure access and integrality. The study had the purpose of analyzing the notion of women who recently gave birth in relation to the ACCR. An exploratory study with a qualitative approach, performed in a public maternity ward in Salvador, Bahia, with the participation of 19 women, by means of semi-structured interviews. The results pointed out that the women felt welcomed at the moment of their arrival. It was concluded that further investment is necessary with the aim of expanding the physical structure and the attendance process at the maternities.*

**KEY WORDS:** Risk. Welcome. Nursing.

*El Ministerio de la Salud lanza el Acogimiento con Calificación de Riesgo (ACCR) en Maternidad como una estrategia de cambios en la organización del proceso de trabajo en la salud con el fin de garantizar el acceso y la integridad. El estudio tuvo como objetivo analizar la concepción que tienen las puérperas sobre el ACCR. Se trata de un enfoque cualitativo exploratorio realizado en una maternidad pública en la ciudad de Salvador-Bahía, con la participación de 19 mujeres a través de entrevistas semiestructuradas. Los resultados apuntan que las mujeres se sintieron acogidas en el momento de su llegada. Se concluyó que son necesarias mayores inversiones, con vistas a la ampliación de la estructura física y del proceso de atención en las maternidades.*

**PALABRAS-CLAVE:** Riesgo. Acogimiento. Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente do Centro de Formação em Técnico de Enfermagem Irmã Dulce. taize\_sousa@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem (EE/UFBA). Pós-Graduada de Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Bahiana de Medicina. mayuzeda@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Docente do Departamento de Enfermagem Comunitária e Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher, Escola de Enfermagem (EE/UFBA). marizaa@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente do Departamento de Enfermagem Comunitária e Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher, Escola de Enfermagem (EE/UFBA). isamaria.nunes@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Especialista em Administração e Qualidade Hospitalar. Chefe da Divisão de Enfermagem da Maternidade Clímério de Oliveira, UFBA. marinalvamco@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O período gravídico-puerperal 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 (MALDONADO, 2002). De acordo com Rezende (2002), o surgimento das alterações fisiológicas, durante a gestação, decorre de fatores hormonais e mecânicos que agem no corpo da mulher e conduzem a adaptações.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL 2009), dentre as intercorrências mais comuns do ciclo gravídico-puerperal têm destaque a hipermese 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 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 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 (BRASIL, 2006b).

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, priorizando o atendimento àquelas em situações mais graves (BRASIL, 2006b).

A vivência em maternidades públicas motivou o interesse em identificar a concepção das mulheres que se encontravam no período gravídico-puerperal, em relação ao atendimento na emergência da maternidade, o qual é realizado com base no ACCR.

Desse modo, tem-se como objeto deste estudo a concepção de puérperas em relação ao atendimento de enfermagem com base no ACCR, e o seguinte questionamento: Qual a concepção das puérperas em relação ao ACCR?

Para responder a essa questão, tem-se como objetivo identificar a concepção das puérperas sobre o ACCR.

Acredita-se na relevância deste estudo por fornecer elementos contributivos, por meio da opinião das mulheres para aprimorar o ACCR na instituição em apreço, assim como identificar as fragilidades no desenvolvimento dessa atividade e traçar estratégias para correção, manutenção e ampliações das ações, mediante informações fornecidas pelas mulheres protagonistas do ACCR.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Seguem pontos importantes para melhor entendimento dos eventos fisiológicos normais da gestação, assim como as intercorrências obstétricas mais comuns e que podem culminar em risco de agravos à saúde da gestante como também do recém-nascido (RN).

### Ciclo gravídico-puerperal

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 (FERREIRA; NAKANO, 2001). Dentre as alterações básicas do organismo materno, o circulatório e o metabólico-nutricional repercutem sobre os vários órgãos e sistemas, constituindo-se em modificação gravídica subdividida em geral ou sistêmica e local (REZENDE, 2002).

As modificações sistêmicas, como a postura e a deambulação, precedem a expansão de volume do útero e, junto com as mamas dilatadas que pesam no tórax, o centro de gravidade se desvia para diante. É no 1º trimestre que ocorre a maior parte das modificações gestacionais, em que o rendimento cardíaco e a frequência

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

### **Intercorrências obstétricas**

Existem muitas situações que levam as mulheres a procurarem as maternidades. Segundo Brittar e Zugaib (2009), existem dificuldades para o reconhecimento do início do trabalho de parto (TP) 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 (TPP).

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 pé-eclâmpsia é indicativa de urgência, pois, se não for controlada, pode evoluir para a eclâmpsia, caracterizada pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas, podendo causar morte materna e fetal (BRASIL, 2009).

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 hiperêmese

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 (BRASIL, 2009).

A infecção do trato urinário é comum durante a gestação e ocorre em 17 a 20% das gestações. Associa-se 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 (BRASIL, 2006a). A rotura prematura de membranas ovulares (RPM) ou amniorrexe prematura é o quadro caracterizado pela rotura espontânea da bolsa de água antes do começo do trabalho de parto (BRASIL, 2009).

Ademais, 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 (BRASIL, 2009).

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 500 g, 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, 2010).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) 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 premissas essenciais o atendimento humanizado, que garanta a qualidade da assistência.

### **Estratégia ACCR**

A implantação do ACR 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(a); 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, 2011a). 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, 2010).

Mediante a Portaria n. 1.459/11 (BRASIL, 2011b) 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 à vinculação à

maternidade na qual será realizado seu parto ou atendimento em caso de intercorrência durante o pré-natal. Para efeito desse 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.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Estudos exploratórios são aqueles que permitem ao investigador aumentar a sua experiência, aprofundando seu estudo e adquirindo maior conhecimento a respeito de um problema, ou levantar possíveis problemas de pesquisa (BARDIN, 2009).

Participou deste estudo um total de 19 mulheres que se encontravam no período puerperal, foram atendidas no setor de emergência da Maternidade Climério de Oliveira (MCO) e submetidas ao ACCR, e ainda se encontravam internadas na maternidade no período da coleta. Para manter o anonimato e preservar sua identidade, substituíram-se os nomes próprios por nomes de pedras preciosas, já que a beleza das pedras assemelha-se ao momento em que se encontravam.

O local escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi a Maternidade Climério de Oliveira (MCO), maternidade docente-assistencial em Obstetrícia, Neonatologia e Saúde Perinatal pertencente à Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Diante da importância da estratégia do ACCR, em março de 2011, a MCO, por meio do serviço de enfermagem e seguindo os princípios da Política Nacional de Humanização, adotou oficialmente essa estratégia na Unidade de Emergência, com o objetivo de garantir que as mulheres com maiores riscos tivessem prioridade de atendimento (MATERNIDADE CLIMÉRIO OLIVEIRA, 2011).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Maternidade Climério de Oliveira sob o n. 104.140, de 24/9/12, legitimado pelo

cumprimento das diretrizes da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo norteada por Bardin (2009). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, guiada pelas seguintes questões norteadoras: Por qual motivo a senhora procurou essa Maternidade? A senhora procurou atendimento em outra Maternidade antes de chegar aqui? Se positivo, em quantas Maternidades? Como a senhora se sentiu ao ser atendida pela enfermeira na recepção? A senhora sabe que a prioridade do atendimento da enfermeira é de acordo com a necessidade de cada mulher? O que a senhora achou do tempo de espera para ser atendida pela enfermeira? Como a senhora avalia o atendimento realizado pela Enfermeira quando a senhora chegou na maternidade? O atendimento na Maternidade satisfaz suas expectativas? A senhora sugere alguma mudança no atendimento da enfermeira no ACCR? A senhora tem alguma sugestão, ou dúvida?

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados coletados durante as entrevistas com as puérperas possibilitou a identificação de algumas informações sobre seu perfil socioeconômico, assim como perceber o que era mais importante em suas falas sobre a percepção do atendimento com base no ACCR.

### **Características sociodemográficas das participantes do estudo**

As 19 mulheres que se encontravam no ciclo gravídico-puerperal e participaram desta pesquisa tinham entre 17 e 43 anos de idade. Dessas, apenas uma tinha 17 anos e duas tinham 18, uma com idade acima de 40 anos, a maioria encontrando-se na faixa etária dos 30 aos 40 anos. Das 20 entrevistadas, 11 tinham filhos únicos e somente uma possuía cinco filhos.

No concernente à escolaridade das 19 mulheres entrevistadas, 9 declararam não ter concluído o ensino médio, 9 referiram tê-lo concluído,

e apenas 1 afirmou estar concluindo o ensino superior. Vale destacar que, do total de mulheres que tiveram mais tempo de estudo, mais da metade tem idade igual ou superior a 30 anos e possui apenas um filho.

Com relação à cor referida, 10 mulheres declararam-se pretas, 6 pardas e 3 morenas; apenas 1 referiu-se amarela.

Dentre as participantes, 16 afirmaram viver em união consensual, consideradas neste estudo como casadas, duas solteiras e uma viúva.

Com base nas questões aplicadas sobre religião, 6 mulheres declararam-se evangélicas, 12 católicas e 1 afirmou não possuir religião.

Em relação à profissão/ocupação, 10 afirmaram ser donas de casa e não possuir renda individual; a outra metade trabalha como autônoma/sem vínculo empregatício, com renda individual entre R\$ 350,00 e R\$ 1.500,00 e uma renda média de R\$ 600,00. A maioria das mulheres reside com o companheiro e filho(a). Dentre essas, 11 possuem mais de três pessoas como dependentes da renda familiar; 14 mulheres referiram possuir renda maior que um salário-mínimo; 3 mantêm-se com um salário-mínimo; 2 contam com menos de um salário; e 5 recebiam benefício do Bolsa Família.

No que concerne ao *status*/condições da moradia, 10 disseram possuir moradia própria e 9 moravam em casa alugada. Sobre as condições de moradia, 12 consideraram que estão em bom estado; 5 consideraram como regular, e apenas 2 entrevistadas consideraram-na em estado precário.

Entre as participantes, 9 estavam sendo mães pela primeira vez; 5 encontravam-se na segunda gestação; 2 na terceira e 4 na quarta gestação. Dentre elas, apenas 3 mulheres afirmaram já ter abortado, tendo uma dessas afirmado ter sofrido mais de um aborto, com um caso de gravidez ectópica e três casos de hipertensão gestacional.

Dentre as patologias clínicas, foi relatado apenas um caso de trombose venosa profunda (TVP), não tendo, as demais, referido nenhuma patologia durante o ciclo gravídico-puerperal.



Das participantes do estudo, somente 3 mulheres já tiveram partos anteriores em maternidades privadas.

A técnica da análise de conteúdo, modalidade temática, permitiu emergirem quatro categorias a saber: Indicação de acolhimento e humanização; Vislumbrando a equidade no atendimento; Sentindo-se acolhida; O ACCR cumprindo seu papel.

### **Indicação de acolhimento e humanização**

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. Na sua essência, a atenção humanizada deve se dar durante todo o percurso da mulher, desde a sua chegada à recepção até o último atendimento.

Os motivos que levaram as mulheres participantes do estudo a procurarem a maternidade em questão 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 relatos 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). “Vejo falar bem, e as amigas me indicaram e meu parto já estava programado, devido à posição do bebê que estava [posição] pélvica.” (Diamante).

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).

### **Vislumbrando a equidade no atendimento**

Ao longo da história, ao buscarem atendimento de saúde, as mulheres relatam discriminação, frustrações e violações dos seus direitos, o que representa uma fonte de tensão e mal-estar psíquico e físico. Sendo assim, a humanização e a qualidade da atenção são primordiais na promoção, no reconhecimento e respeito aos direitos humanos guiados por um marco ético que garanta a saúde integral e o bem-estar (BRASIL, 2004).

A falta de leitos obstétricos tem gerado a peregrinação de muitas mulheres em busca de vagas nas maternidades públicas. Muitas tentam atendimento em mais de duas maternidades, muitas vezes. Mesmo com sinais e/ou sintomas compatíveis com o trabalho de parto, a mulher tem de caminhar longas distâncias, por não ter dinheiro para o transporte, o que aumenta o desconforto e os riscos inerentes a esse momento. Nesta pesquisa, somente um total de quatro mulheres referiu essa dificuldade; as demais (15) afirmaram ter a certeza de que seriam atendidas. Algumas, além de não conseguirem vaga para o parto em outra maternidade, referiram que foram recebidas na recepção com desrespeito: “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). “Eu procurei outra maternidade e foi horrível [...] sem ninguém pra me atender, aí fui pra casa.” (Pérola).

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.

Dessa forma, não havendo uma regionalização coerente, ocorre um fluxo desordenado de gestantes em busca de atendimento em unidades de referência para o atendimento. 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 contrarreferência mais eficiente (CUNHA et al., 2010).

Em busca da humanização do atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, a Rede Cegonha, lançada em março de 2011, visa garantir o atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo SUS, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2011b).

### Sentindo-se acolhida

As participantes afirmaram sentir-se acolhidas ao ser-lhes oportunizada a expressão de seus desejos, medos e ansiedades permeados pela escuta qualificada, orientações e informações adequadas compatíveis com suas demandas. Tal atendimento constitui atitude primordial no processo de humanização nas práticas de saúde.

Na relação entre o(a) profissional e a mulher que busca atendimento em saúde, a escuta não é um ato generoso e de boa vontade, mas um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico e a adesão terapêutica. Assim, na relação entre profissionais, esses espaços são a base para o exercício da gestão participativa e da transdisciplinaridade (RIOS, 2009).

Os relatos a seguir expressam celeridade, atenção e educação:

“Eu fiquei ‘besta’. É, porque você chegar no SUS e ser atendida desse jeito, é difícil né? Tem lugares que as pessoas chegam com ‘sete pedras na mão’. Tinha uma mulher mesmo que estava parindo e chegava a enfermeira de junto, conversava: – Você consegue! Se todo mundo consegue, você também consegue. Os enfermeiros pegavam nas mãos sujas

de parto e dizia pra apertar a mão deles. Eu gostei dessa maternidade.” (Dolmita).

“Excelente o atendimento. Ela me tratou muito bem, perguntou se eu tinha feito todos os exames e se eu tinha algum problema de saúde e verificou minha pressão.” (Pérola).

Os(as) profissionais de saúde são coadjuvantes da fase gravídica e puerperal e desempenham importante papel, tendo a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e de seu(sua) recém-nascido(a), reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos (BRASIL, 2001).

### O ACCR cumprindo seu papel

Assim que a mulher chega à maternidade, imediatamente é 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.

Considerando a magnitude da mortalidade materna, o que justifica a importância de iniciativas para sua redução, vale destacar que, entre 1990 e 2010, esse indicador caiu pela metade: de 141 para 68 óbitos, para cada 100 mil nascidos vivos. Nesse período, houve diminuição em todas as causas diretas de mortalidade materna: hipertensão arterial (66,1%); hemorragia (69,2%); infecções pós-parto (60,3%); aborto (81,9%); e 42,7% das doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou pós-parto (BRASIL, 2012).

Esse dispositivo, ao dar mais celeridade e segurança no atendimento às mulheres, torna-o mais humanizado e seguro, como pode ser percebido nos seguintes relatos: “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 tava perdendo líquido.” (Cristal). “Não demorou não, porque eu estava passando mal. Eu cheguei passando mal e ela me atendeu logo.” (Ônix).

Por ser uma estratégia recentemente implantada na maternidade, as mulheres que chegam à emergência, na sua maioria, não conhecem o método de atendimento do ACCR, como mostram os depoimentos a seguir: “Não, ninguém nunca me informou não. Eu acho que é por ordem de chegada. Das três vezes que eu vir, da última vez eu passei por lá e as outras vezes eu já entrei logo na outra sala.” (Água Marinha). “Ela estava chamando por ordem. Todas as três vezes que eu fui ela estava atendendo por ordem de chegada.” (Quartzo).

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

Apesar de o SUS ser uma conquista da população, devido a diversos fatores, esse sistema ainda não atende aos inúmeros problemas de saúde existentes no Brasil. Para seu avanço, faz-se necessário democratizar e melhorar a qualidade da comunicação e informação em saúde (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

## CONCLUSÃO

Os depoimentos das mulheres que participaram da pesquisa possibilitaram o alcance do objetivo proposto no momento em que foi identificada a concepção das mulheres em relação ao ACCR. A maioria relatou ter gostado do atendimento da enfermeira durante a admissão na emergência da maternidade em estudo, com base no ACCR, porém a maioria desconhecia o método da estratégia.

A certeza de vaga para o internamento e de um atendimento humanizado foram os principais motivos que levaram as mulheres a procurarem a maternidade em pauta. Considerando a valorização atribuída pelo Ministério da Saúde e pela maternidade, local deste estudo, à implantação e implementação do ACCR, pode-se avaliar como de grande importância o alcance dos objetivos da estratégia, e que, para isso, faz-se necessário que haja melhorias na estrutura física,

nos instrumentos de trabalho e na quantidade de recursos humanos. É indispensável o aumento do contingente de enfermeiros(as), para que a avaliação seja feita mediante a Consulta de Enfermagem, com os devidos encaminhamentos de forma integral e qualitativa.

É necessário que haja melhoria nos mecanismos de informações às gestantes sobre o ACCR. Embora a enfermeira responsável explique-lhes o significado do ACCR e se observem cartazes afixados e distribuição de folhetos explicativos, a maioria relatou desconhecer o protocolo de atendimento, supondo que este se dava pela ordem de chegada, o que é comum na maioria dos atendimentos à saúde.

Há também a necessidade de investimentos nas maternidades para efetivar de forma concreta o ACCR associado a outras realizações de pesquisas sobre a estratégia. Acredita-se que o atendimento com base no ACCR agregue benefícios para o atendimento às mulheres nas maternidades, ao valorizar sua dignidade e garantir seus direitos, oferecendo assistência integral.

Mesmo sendo um dispositivo recente e em fase de ampliação, o ACCR possibilita a priorização da atenção às mulheres que apresentam maiores riscos de agravos, e esse atendimento vem se dando de modo organizado, humano e seguro.

Na atualidade, embora se identifique a diminuição da taxa de mortalidade materna, ainda não se alcançou o patamar desejado, apesar dos avanços científico-tecnológicos na área da saúde, o que torna inaceitável a existência de mortes de mulheres e recém-nascidos(as), assim como os agravos causados pela demora no atendimento à mulher no trabalho de parto. Sabe-se que a estrutura física da sala de admissão onde ocorre o ACCR na maternidade em que se realizou a pesquisa é inapropriada, falta espaço para a instalação de uma maca, não é utilizado o sonar-doppler para ausculta dos bcf/bce e os recursos humanos são insuficientes. Esses fatos dificultam a efetivação e o seguimento do protocolo de ACCR nas maternidades.

O resultado da pesquisa mostra o efeito positivo por parte das mulheres atendidas pelo ACCR



durante o dia, o que aponta para a necessidade de a instituição estudar a possibilidade da extensão para o período noturno.

Acredita-se ser necessária a realização de pesquisas que avaliem essa intervenção, que poderá contar com o subsídio dos depoimentos das próprias mulheres, resultantes deste estudo. Além disto, os resultados deste trabalho poderão ser utilizados por outras maternidades na implantação e implementação do ACCR.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 4. ed. Portugal: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução n. 196/96, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- \_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Brasília, 2011b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília, 2009.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*; Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, 2006b. (Série B. Textos básicos em Saúde).
- \_\_\_\_\_. Atenção hospitalar. *Cadernos Humaniza SUS*, Brasília, v. 3, 2011a.
- \_\_\_\_\_. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase em mortalidade materna*: relatório final. Brasília, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. *Gestação de alto risco*. Brasília, 2010.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2001.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília, 2012.
- BRITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB, Marcelo. *Tratamento do trabalho de parto prematuro*. São Paulo: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da USP, 2009.
- CUNHA, Sabrina F. et al. Peregrinação no ante parto em São Luís - Maranhão. *Cogitare Enferm.*, São Luiz, v. 15, n. 3, p. 441-447, jul./set. 2010.
- FERREIRA, Cristine H.J.; NAKANO, Ana Márcia S. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. *Rev. Latino-am. Enferm.*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 95-100, maio 2001.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010: país tem declínio de fecundidade e migração e aumentos na escolarização, ocupação e posse de bens duráveis*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2018](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018)>. Acesso em: 19 nov. 2012.
- MALDONADO, Maria Teresa. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MARQUES, Luciano dos S. et al. *Referência de parturientes para a atenção hospitalar: um estudo argumentativo*. Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e I Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Rio de Janeiro, 2010. Trabalho 621.
- MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA. *Acolhimento com classificação de risco (ACCR) na Maternidade Climério de Oliveira*. Salvador, 2 set. 2011. Disponível em: <<http://www.mco.ufba.br/>>. Acesso em: 12 maio 2012.
- REZENDE, Jorge. *Obstetrícia*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.
- RIOS, Cristina Izabel. *Caminhos na humanização na saúde: prática e reflexão*. São Paulo: Áurea, 2009.
- SALVADOR. *Lei n. 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: 19 nov. 2012.
- SILVA, Alexandra X.; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007.

Submetido: 11/7/2013

Aceito: 17/12/2013