

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

Cristina Maria do Couto Queiroz ¹

¹ Mestre Gestão em Saúde Pública. Universidade Columbia Assunção PY. Contato: garciaqueiroz@yahoo.com.br

RESUMO: Praticar acolhimento com classificação de risco é o que hoje se tem buscado na saúde, sendo que esta experiência se encontra consolidada em muitos serviços de urgência e emergência. O objetivo do trabalho foi através de uma revisão de literatura conhecer melhor a finalidade do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia. A metodologia aplicada no estudo foi descritiva/narrativa. As informações foram coletadas através de pesquisas em bancos de dados como: Bireme, Scielo, Fiocuz, revistas especializadas em enfermagem, internet e livros. Os descritores utilizados para as buscas foram: "Acolhimento"; "Classificação de Risco"; "Gestação", "Obstetrícia" e "Parto". De acordo com a literatura consultado pode-se afirmar que o Acolhimento com Classificação de Risco permite à reconstrução do processo de trabalho em um eixo que favoreça o conforto e segurança a usuária, criando um ambiente humano e acolhedor para a gestante.

Palavras-chave: Acolhimento. Classificação de Risco. Obstetrícia.

ABSTRACT: Play host to credit rating is what today has sought in health, and this experience is consolidated in many urgent and emergency services. The objective was through a literature review best meet the purpose of the Home with Risk Rating in Obstetrics. The methodology used in the study was descriptive/narrative. The methodology used in the study was descriptive. Information was collected through surveys in databases as Bireme, Scielo, Fiocuz, journals nursing, internet and books. The descriptors used for the search were: "Home"; "RiskRating"; "Pregnancy", "Obstetrics" and "Birth". According to the Elaboração final: 05/01/2016 consulted literature it can be said that the Welcoming with Risk Rating enables the reconstruction of the work process on an axis that favors comfort and safety the user, creating a human and friendly environment for pregnant women.

Keywords: Home. Risk rating. Obstetrics.

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. O surgimento das alterações fisiológicas, durante a gestação, decorre de fatores hormonais e mecânicos que agem no corpo da mulher e conduzem a adaptações (SOUSA *et al.*, 2013).

No Brasil as situações de desrespeito para com a mulher durante a assistência ao parto ainda são vivenciadas justificando, por este motivo, a urgente necessidade de repensar formas de melhor acolher e tratar as gestantes. Logo, para que o serviço de saúde adote práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e proporcionar autonomia, incorporando cada vez mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como por exemplo, acolhimento e vínculo.

Sendo assim, foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que visa empreender um conjunto de ações articuladas entre as diferentes esferas de governo e a sociedade civil organizada para qualificar a atenção obstétrica e neonatal no país. Ele foi estabelecido no ano de 2004. No documento desse Pacto é mencionado que mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante a internação para o parto e o nascimento, cujos problemas estão relacionados à inexistência de leitos e/ou de um sistema de referência formalizado para o parto, que obriga mulheres a perambular em busca de vagas; do encaminhamento tardio de mulheres com intercorrências para hospitais de maior complexidade; e do despreparo de grande parte das maternidades para responder prontamente às urgências e emergências obstétricas e neonatais, entre outras dificuldades estruturais e organizacionais da rede assistencial (BRASIL, 2004).

Neste contexto, o acolhimento surge como dispositivo para a concretização da atenção humanizada, preocupando-se com os indivíduos em suas particularidades e demonstrando real interesse pelo momento particular que os mesmos estão vivenciando (ROSSI; LIMA, 2005).

Os serviços de saúde, quando assumem o acolhimento como uma forma de operar os processos de trabalho, predispõem-se a atender todos os usuários que buscam atendimento por meio de postura diferenciada, adotando a escuta ativa e pactuando, junto ao usuário, a melhor alternativa para obter a resolutividade para o problema levantado (BRASIL, 2004).

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, 2006).

O Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia é um dispositivo de organização dos fluxos das maternidades, com base em critérios que visam priorizar o atendimento das gestantes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda do atendimento. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado por ela. O processo de Acolhimento e Classificação de Risco é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais. O Acolhimento é realizado pelas enfermeiras que realizam a classificação e em seguida a usuária é atendida pela equipe médica. Caso necessário o serviço social é acionado para seguimento de alguns casos (VITORIA, 2015).

Pinheiro (2013) analisou a atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal que implica no seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas. O enfermeiro que atuara na classificação de risco deve estar devidamente capacitado para exercer as atividades no atendimento e classificação de risco.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão descritiva/narrativa, com busca de produções científicas ou materiais institucionais indexados nas bases de dados de suporte eletrônico, publicadas no período de 2004 a 2015, utilizando os descritores de assunto e/ou palavras como “Acolhimento”; “Classificação de Risco”; “Gestação”, “Obstetrícia” e “Parto”, resultando em 60 produções, onde foram selecionados 26. O método de inclusão dos artigos foi o que discorria exclusivamente sobre Acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e a atenção do enfermeiro no atendimento a gestante. O objetivo do presente estudo é a partir da literatura específica em enfermagem conhecer melhor a finalidade do Acolhimento com Classificação de Risco

em Obstetrícia e a atenção do enfermeiro no atendimento a gestante tendo sempre uma visão de excelência na qualidade do atendimento a gestante.

Revisão de Literatura

Estratégia de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) no Centro Obstétrico

No campo da saúde o acolhimento é identificado ora por uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável, ora por uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados que afirma, na maior parte das vezes, uma prática de exclusão social, na medida em que “escolhe” quem deve ser atendido.

Ambas as noções têm sua importância, porém, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo (BRASIL, 2004). De acordo com o Ministério da Saúde a Acolhimento com Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que precisam de tratamento imediato, com base no potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento avaliando sempre o quadro de Classificação.

Para padronizar o atendimento dessas pacientes foi criado pelo Ministério da Saúde um sistema de cores (vermelho, amarelo, verde e vermelho) que classifica os pacientes segundo a prioridade de atendimento (0, 1, 2, 3 respectivamente), e a qual são destinadas áreas específicas dentro das unidades de atendimento em saúde. A área vermelha abrange pacientes que necessitam de atendimento imediato. A área laranja está destinada a atendimento em 10 minutos, consulta médica priorizada. A área amarela abrange pacientes que devem ser atendidos, o mais rápido possível. A área verde está direcionada para o atendimento de pacientes em condições agudas ou não, podendo ser atendida em até 30 minutos, consulta simples. A área azul

compreende os pacientes de baixa complexidade e que pode esperar atendimento segundo a ordem de chegada ao serviço (BRASIL, 2004).

Foi comentado pelos autores Santos Júnior *et al.* (2005) que a missão do Acolhimento com Classificação de Risco é ser um instrumento capaz de acolher a gestante, proporcionando um melhor acesso aos serviços de urgência e emergência obstétrica, após escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento e crítica de quem está acolhendo.

Com a finalidade de restaurar o dia a dia das práticas de produção de saúde, princípios como o da universalidade/equidade para o acesso e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos o Ministério da Saúde em 2003 criou a Política Nacional de Humanização (PNH). O objetivo da Política Nacional de Humanização é uma iniciativa inovadora, na qualificação das práticas de gestão e de atenção em saúde. O que corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2006).

Zappellini; Oliveira (2007) ressaltaram que o acolhimento é um novo paradigma em saúde coletiva e que implica a responsabilização clínica, a intervenção resolutive e a humanização do atendimento, através da escuta qualificada do problema de saúde do cliente e do estabelecimento de vínculos entre o serviço e a população. Sendo assim, o acolhimento deve começar na recepção do serviço e atravessar todo o processo de tratamento, incluindo a relação dos trabalhadores entre si e destes com os clientes.

De acordo com o Ministério da Saúde o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos seus usuários (BRASIL, 2008).

Shiroma (2008) relatou que a inquietação com a humanização no atendimento em saúde surgiu com reivindicações de movimentos sociais feminista, vinculados à saúde da mulher e humanização do parto e nascimento. Em decorrência das demandas sociais na saúde pública, em 2000, foi lançado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH, posteriormente em 2004, se

efetivou como Política Nacional de Humanização - PNH, com o objetivo de qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde.

O processo de classificação de risco deve ser desenvolvido por um profissional de saúde de nível superior com treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos. Embora esse profissional avalie a gravidade e o potencial de risco do estado de saúde dos usuários, não faz diagnóstico prévio nem exclui pessoas que ainda não foram atendidas pelo médico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Considerando o exposto acima, aliar a temática Acolhimento com Classificação de Risco a atenção obstétrica, é um avanço no atendimento dessas pacientes, pois gera uma melhor prestação do cuidado, de forma mais eficiente e resolutiva, respeitando a dignidade e o direito da mulher à decisão informada e corresponsável sobre sua assistência, relatou Porciúncula (2009).

Marques (2010) mencionou que o atendimento às mulheres na maternidade sem o Acolhimento com Classificação de Risco é baseado por ordem de chegada, situação que acaba aumentando o tempo de espera, gerando agravamento dos riscos para a mulher e o feto. Diante do 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.

De acordo com a Comissão Perinatal (2010) os benefícios da Acolhimento com Classificação de Risco para as pacientes são: atendimento agilizado para os casos de maior risco com diminuição do tempo de espera para os casos agudos e os que demandam urgência, principalmente; informação sobre o tempo de espera aos usuários e familiares e melhoria da qualidade do atendimento. Já para os profissionais os benefícios são: racionalização do processo de trabalho; melhoria da eficácia e efetividade do serviço; otimização e valorização do trabalho e trabalhador da saúde, incluído na construção das propostas; melhor integração da equipe e envolvimento de todos os profissionais de saúde e aumento do grau de satisfação dos profissionais de saúde, diminuição da ansiedade.

Instrumentos Utilizados para pesquisa

Abaixo segue a explicação do diagnóstico de enfermagem baseado na avaliação da urgência dos sinais e sintomas apresentados durante a avaliação (Tabela 1) e o sistema de cores para Classificação de Risco (Figura 1) retirado da Comissão Perinatal (2010). Somente através destes iremos conseguir avaliar e diagnosticar a classificação de risco.

Comentado [CQ1]:

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tabela 1 – Diagnóstico de enfermagem

<p>Urgência Demais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Mulheres com ou sem confirmação de gravidez: - Convulsão em atividade. - Hipotensão (PAS \leq 80 mmHg). - Taquicardia (\geq120 bpm). - Bradicardia (\leq 45 bpm). - Pele Fria, palidez acentuada/Perfusão limitrofe, sudorese, pulso fino e síncope postural. ✚ Insuficiência respiratória. - Incapacidade de falar/Fala entrecortada. - Cianose. - FR \leq 10 ipm. - FR \geq 32 ipm. - Respiração agônica/Dispneia extrema/Fadiga muscular. - Uso de Musculatura acessória. ✚ Gestante com alteração do estado mental: - Não-Responsiva/Déficit cognitivo / Confusão mental. - Letargia/Agitação/ Paralisia. - Intoxicação exógena. - Hipoglicemia (fazer glicemia capilar) com sudorese e/ou alteração do nível de consciência e/ou visão turva e/ou pulso anormal e/ou dispneia. - Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem.
----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Gestante em trabalho de parto - Período expulsivo. ✚ Gestante com hemorragia genital e/ou dor aguda. ✚ Gestante com prolapso de cordão. ✚ Exteriorização de partes fetais pelos genitais. ✚ Pós-parto -parto imediato– parto no trajeto ou domiciliar.
Muito Urgente	<p>Gravidez > 20semanas: Trabalho de parto (contrações a cada dois minutos). - Ausência de movimentos fetais.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Gestante ou puérpera com hipertensão (PA \geq 160x100mmHg). ✚ Gestante ou puérpera com hipertensão (PA \geq 140x100mmHg) com: Cefaleia, epigastralgia, alterações visuais, toxemia. Gestante ou puérpera com febre: TAX \geq 40°C. - Alteração mental. ✚ Gestante ou puérpera com doença psiquiátrica e rigidez de membros. ✚ Gestante ou puérpera com relato de convulsão em pós comicial. ✚ Não gestante com dor abdominal aguda, de forte intensidade associada à náusea e/ou vômito e/ou sudorese e/ou sangramento genital com suspeita de gravidez.

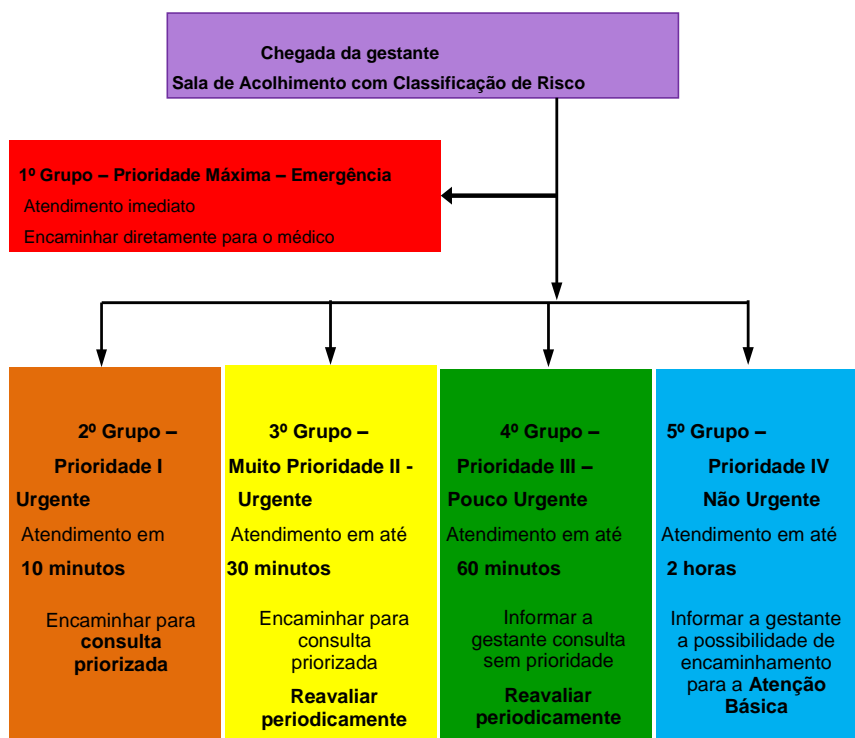
Urgente	<p>Hipertensão em gestante ou puérpera PA \geq 140x90mmHg e $<$ 160x100mmHg.</p> <ul style="list-style-type: none">✚ Gestante com sangramento genital moderado e/ou dor.✚ Gestante com êmese ou hiperêmese✚ Sinais de desidratação como: letargia, mucosas secas e turgor pastoso.✚ Pacientes com ou sem confirmação de gravidez e puérpera✚ Febre (TAX \geq 38,5°C e $<$ 40°C).✚ Queixa ligada à amamentação - Hiperemia, dor e febre. - Sinais de abscesso.✚ Gestantes com queixa de perda de líquido em média e grande quantidade. <p>- Situações especiais</p> <p>- Referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico e com diagnóstico de urgência.</p> <p>- Vítimas de violência.</p>
---------	--

<p>Pouco Urgente</p>	<ul style="list-style-type: none"> + Gestante com febre. TAX < 38,5°C. Êmese ou hiperêmese + Sem sinais de desidratação. Dor abdominal. Queixas urinárias - Oligúria, disúria. + - Febre. + Sintomas gripais. + Avaliação de ferida operatória. + Sinais de bartolinite. + Gestante do pré-natal de alto risco - Sem queixas que demandem atendimento de urgência. - Queixas ligadas à amamentação. - Gestantes com queixa de perdas de líquido em pequena quantidade. - Risco social - Gestantes de risco habitual. - Encaminhamentos do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de urgência - Gestantes escoltadas (sob custódia).
<p>Não Urgente</p>	<ul style="list-style-type: none"> + Consultas de baixa complexidade. - Consulta pré-natal sem procura prévia ao Centro de Saúde. - Questões sociais sem acolhimento clínico. - Curativos. - Trocas ou requisição de receitas. - Dor pélvica crônica ou recorrente. - Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (suspeita de gravidez sem diagnóstico). - Irregularidades menstruais, hipermenorréia/menorragia sem alteração de sinais vitais, ou seja, sangramento genital que não configure urgência. - Problemas com contracepção oral/injetável. - Retirada de DIU ainda que com fio não visível. - Avaliação cirúrgica. - Retirada de pontos. - Avaliações de exames solicitados em caráter eletivo. - Exame preventivo. - Solicitação de atestado médico.

Fonte: Comissão Perinatal MS(2010).

Análise dos Dados

Figura 1- Sistema de cores para Classificação de Risco



Fonte: Comissão Perinatal MS (2010)

A implantação do ACR em maternidade tem como objetivos substituir a triagem realizada por recepcionistas e porteiros e garantir a ampliação do acesso ao serviço de urgência; qualificar a escuta dos acolhedores, permitindo maior grau de responsabilização e satisfação do usuário; ampliar o trabalho em equipe,

reconhecendo todos os “saberes” e trabalhando os conflitos; atender prioritariamente e com metas definidas os pacientes classificados com maior grau de risco e sofrimento, para a redução gradativa do tempo de espera (BRASIL, 2011).

Gonçalves *et al.* (2013) comentaram que a classificação de risco, que consiste num sistema de estratificação dinâmica e priorização da necessidade de atendimento de acordo com o potencial de risco, agravo ou de sofrimento por meio de avaliação da gravidade clínica apresentada, quando aliada ao acolhimento mostra-se como um instrumento que amplia a resolutividade das respostas do sistema de saúde às necessidades da usuária, por meio da ordenação e orientação da assistência na linha de cuidado específica, utilizando o sistema de referência e contra referência. O programa denominado Rede Cegonha, recentemente proposto pelo Ministério da Saúde, reconhece o componente acolhimento com classificação de risco no âmbito do SUS como uma diretriz que fortalece o acesso, o tratamento oportuno e a integralidade da assistência.

Moraes (2013) em seu trabalho disse que a classificação de risco é uma tecnologia que intervém diretamente no acesso das pessoas aos serviços de urgência e emergência obstétrica, reorganiza o atendimento, reduz filas e melhora a resolutividade e a agilidade no atendimento. Executada por enfermeiros com utilização de protocolos pré-estabelecidos, consiste em identificar as pessoas que necessitam de tratamento de urgência ou emergência de acordo com as suas queixas, quadro clínico, sofrimento e potencial de risco e agravamento.

Sousa *et al.* (2013) mencionaram que assim que a mulher chega à maternidade, imediatamente é encaminhada para a sala de ACR, 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.

Pereira; Lima (2014) ressaltaram que o ACR refere-se às ações de qualificação da porta de entrada por meio da classificação do risco obstétrico, estabelecimento de prioridades no atendimento e humanização do atendimento de emergência nas maternidades municipais. Nesse seguimento de ação, a equipe é composta por uma enfermeira obstétrica, uma enfermeira generalista e um técnico de enfermagem.

De acordo com Vitoria (2015) o protocolo de classificação de risco é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Baseia e orienta uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida.

Contexto e Procedimento

Este artigo foi elaborado no período de julho de 2016 na disciplina de Assistência Integral a Saúde da Mulher na Universidade da Columbia PY, foi avaliada por mestres e doutores do corpo docente e comissão de ética do Grupo Ideia RJ em parceria com a Universidade Columbia PY.

ATENÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A GESTANTE

De acordo com Ferreira (2006) o ato de cuidar exige mais do que conhecimento técnico de abordagem, pois o discurso biológico- biomédico não é o suficiente para que se conheça o outro (sujeito do cuidado). Para que se possa entender o sujeito se faz necessário conhecer o paciente a partir dele próprio que vive, sofre, produz e se reproduz no seu cotidiano de vida. Esse entendimento é condição necessária para cuida-lo, sob o ponto de vista humanístico.

Ferreira (2006 *apud* HORTA, 1979) comenta ainda que o Enfermeiro durante a consulta deve ter uma postura ética e profissional levando assim a segurança ao paciente na hora da prestação desse cuidado, um comportamento ético significa um trabalho desenvolvido com respeito e de maneira correta. Para facilitar o trabalho de enfermagem deve se respeitar o processo de enfermagem utilizando as etapas para a construção de um plano de cuidado e prioridades. O processo de enfermagem e a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência do ser humano.

O acolhimento visa à utilização pelas usuárias do serviço de saúde por meio de vínculos entre profissionais e clientes, tendo em vista permitir uma melhor interação no trabalho no acolhimento, tendo como prioridade possibilitar a intervenção de toda

equipe envolvida no atendimento que se empenha na escuta e resolução no atendimento em suas prioridades (BRASIL, 2008).

Gatti (2008) explicou que o enfermeiro é um dos primeiros contatos da equipe multidisciplinar com o paciente, pois ele coleta dados sobre a sintomatologia, medicações em uso e detecta possíveis déficits de conhecimento nesses aspectos, ou ainda relativos às questões de fluxo e especificidade de atendimento do setor. Quando da realização do registro, da entrevista e do exame físico, realizados com ênfase na observação do comportamento, expressão verbal e não verbal de dor, postura e sinais clínicos, determina-se a classificação da prioridade do atendimento. O autor citou três habilidades consideradas fundamentais que um Enfermeiro de classificação de risco deve-se apresentar: avaliação, conhecimento e intuição (a intuição se desenvolve com experiência, sensibilidade e o uso da observação qualificada).

Sousa; Bastos (2008) relataram que para avaliar os riscos e a vulnerabilidade significa atenção tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário está aparentemente sem sinais de problemas físicos, porém muito angustiado e vulnerável, necessitando de atendimento imediato (MS, 2009a). Por isso, o enfermeiro deve possuir conhecimento dotado de perícia, fundamentado em situações práticas.

Bellaguarda (2009) relatou que é durante a classificação de risco que o enfermeiro pode avaliar sinais vitais e dosagem de glicemia, realizar exame físico, estabelecendo a gravidade do paciente que procura o serviço da instituição.

Mackwayet *al.* (2010) afirmaram que o enfermeiro se insere nesse contexto, porque é o profissional indicado para a correta classificação de risco. Deve ser capaz de realizar uma excelente avaliação rápida, o que pressupõe uma rápida tomada de decisões e uma capacidade adequada de delegação de tarefas. As entrevistas não devem ser demoradas e o registro deve ser preciso. Os autores mencionaram também que o Enfermeiro precisa desenvolver um trabalho humanizado priorizando o respeito, atenção e ser solícito em toda sua assistência. O principal contato é o acolhimento; pois é a partir dele, que o Enfermeiro estará estreitando os primeiros laços de respeito e confiança com a gestante que estará sendo acolhida e classificada diante do risco ao ser atendido na porta de entrada do hospital.

Ochara *et al.* (2010) disseram que o Enfermeiro deve acreditar que a utilização do sistema de classificação de pacientes deve ser inserida como método de gestão para melhor priorizar e reorganizar o fluxo dos pacientes.

Souza *et al.* (2011) comentaram que o enfermeiro que atua na ACR é de fundamental importância que tenha habilidade da escuta qualificada, avaliação e registro completo da queixa principal, saber trabalhar em equipe, ter raciocínio crítico e agilidade para tomada de decisões, e ainda o conhecimento dos sistemas de apoio na rede assistencial para o melhor encaminhamento da gestante. SOUZA *et al.* (2011) acrescentaram ainda que para que o Enfermeiro torne-se imprescindível no cuidado a gestante é necessário que esse profissional ofereça o cuidado a essa cliente de forma atenciosa, e assim, pode observar os resultados positivos do devido atendimento. Além de proporcionar o bem estar desta paciente e também segurança da mesma. O cuidado é considerado um bem social que tem um significado importante à vida e ações que ajudam a manter a promoção de saúde.

Nishio; Franco (2011) relataram que no Brasil, a ACR também é realizado pelo Enfermeiro, respaldado pela Lei n.º 7.498 de 25 de junho de 1986 (Lei do Exercício Profissional de Enfermagem), que define a consulta de enfermagem como atribuição privativa do enfermeiro. Inclui a realização de técnicas de maior complexidade, baseadas em conhecimentos científicos e capacidade de tomar decisões rápidas.

A autora Pinheiro (2013) ponderou que a enfermagem tem destaque no processo do cuidar, criando ações e estratégias para ofertar um atendimento qualificado, através de um plano assistencial e educativo levando informações importantes para um melhor conhecimento do diagnóstico vívido para cada paciente, promovendo através destas informações de saúde. O cuidado de enfermagem com o objetivo de promover o bem-estar, o conforto, o alívio de tensões, contribuir para cura de doenças e até mesmo prevê-las.

Considerações Finais

O acolhimento com Classificação de Risco permite a reconstrução do processo de trabalho em um eixo que favoreça o conforto e segurança a usuária, criando um ambiente humano e acolhedor para a gestante. A principal contribuição gerada pelo acolhimento é o surgimento de um vínculo entre a gestante e a equipe multiprofissional do serviço de saúde. É visível a melhora de atendimento quando

mediada pelo ACR. Além da criação de um laço entre essa usuária e o centro de saúde, ele permite otimizar a prestação de serviços respeitando as necessidades das gestantes e assegurando um atendimento de qualidade que deverá ter continuidade no puerpério.

A equipe multiprofissional deve estar apta para prestar o atendimento na porta de entrada tendo este risco ou não. Estar atento a escuta e acolhimento, sempre observando o paciente como um todo. Prestando assim um serviço de qualidade sem risco para gestantes que serão classificadas mediante seu diagnóstico, sinais e sintomas.

Referências

BELLAGUARDA, M.L.R. **Acolhimento em urgência e emergência com classificação de risco**. Parecer COREN/SC nº 001/CT/2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006. (Série B. Textos básicos em Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Atenção hospitalar. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, v. 3, 2011.

COMISSÃO PERINATAL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Protocolo do atendimento e classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas**. Secretaria Municipal de Saúde: Belo Horizonte, 2010.

FERREIRA, N.S.C. A gestão da educação e as políticas de formação de profissionais da educação: desafios e compromissos. In: FERREIRA, N.S.C. **Gestão democrática da educação: atuais tendências, novos desafios**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2006 *apud* HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPUEDUSP, 1979.

GATTI, M.F.Z. **Triagem de Enfermagem em Serviço de Emergência**. 2008.

GONÇALVES, I.T.J.P.; SOUZA, K.V.; AMARAL, M.A.; OLIVEIRA, A.R.S.; FERREIRA, W.F.C. **Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem**. Rev Rene, v. 14, n. 3, p. 620-629, 2013.

MACKWAY, J.K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Tradução do Livro EmergencyTriage/ManschesterTriage Group; editado por Kevin MackwayJones, Janet Marsden, Jill Windle, 2.ed., Grupo brasileiro de classificação de risco, 2010.

MARQUES, L.S.; PAIVA, M.S.; NUNES, I.M.; MELO, C.M.M. **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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009.

MORAES, J.C. **Formação e competências para classificação de risco em urgência e emergência obstétrica**. 2013. 137f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, Goiás, 2013.

NISHIO, E. A; FRANCO, M. T. G. **Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2011. 312p.

OHARA, R.; MELO, M.R.A.C.; LAUS, A.M. **Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro**. Rev. bras. Enfermagem, v.63, n.5, p.749-754, 2010.

PEREIRA, A.L.F.; LIMA, A.E.F. **Acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública**. Rev Enferm UFPE on line, Recife, v. 8, supl. 1, p. 2309-2315, Jul., 2014.

PINHEIRO, S.P. **A importância do enfermeiro no atendimento a gestante: classificação de risco**. 2013. 21f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

PORCIÚNCULA, M.B. **Acolhimento com classificação de risco em um centro obstétrico: a ótica dos profissionais de saúde**. 2009. 49f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 305-310, mai/jun. 2005.

SANTOS JÚNIOR, E.S.; LIMA, D.P.; ROCHA, A.F.S.; ALMEIDA, C.T.; OLIVEIRA, S.C.D.; ANDRADE, B.Q.; GONÇALVES, D.A. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Acolhimento com classificação de risco**. Belo Horizonte 2005. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentolassificacaodeRiscosdasUpasBHpdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

SHIROMA, L. M. B. **Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da política nacional de humanização do SUS** – um desafio para enfermeiros/as. (Dissertação de Mestrado). 2008. 129f. Programa Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2008.

SOUSA, T.S.; ANDRADE, M.U.; ALMEIDA, M.S.; NUNES, I.M.; CARVALHO, M.M. **Acolhimento com classificação de risco: a voz da mulher**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 27, n. 3, p. 212-220, set./dez. 2013.

SOUZA, C.C.; TOLEDO, A.D.; TADEU, L.F.R.; CHIANCA, T.C.M. **Classificação de risco em pronto-socorro**: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Revista Latino- Am Enfermagem, v.19, n.1, p. 26-33, 2011.

SOUZA, R. S; BASTOS, M. A. R. **Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro**. REME – Rev. Min. Enferm, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 581-586, out/dez; 2008.

SOUZA, S; BASTOS, M. A. R. **Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro**.REME – Rev. Min. Enferm, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 581-586, out/dez; 2008.

VITORIA, J.A.S. **O acolhimento com classificação de risco em obstetrícia**. 2015. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hucamufes/noticias/-/asset_publisher/nXmmb8OOZF4u/content/o-acolhimento-com-classificacao-de-risco-em-obstetrícia>. Acesso em: 05 nov. 2015.

ZAPPELINI, L.D.; OLIVEIRA, C.S. **O processo de acolhimento em saúde mental: construindo mudanças**. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 67-79, Jul./Dez. 2007.