

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ANGELA CRISTINA BONFIM DA SILVEIRA**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA EMERGÊNCIA  
OBSTÉTRICA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ÂNGELA CRISTINA BONFIM DA SILVEIRA**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA EMERGÊNCIA  
OBSTÉTRICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Desenvolvimento do processo de cuidar do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA** de autoria do aluno **ÂNGELA CRISTINA BONFIM DA SILVEIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Processo de cuidar.

---

**Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que sempre está presente em minha vida me dando força, saúde e inteligência. A Minha orientadora Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos, por ser tão encorajadora.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>12</b>
<b>4 RESULTADOS E ANÁLISE.....</b>	<b>14</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>

## RESUMO

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização que qualifica a recepção e a relação com o usuário de saúde, garantindo a resolutividade e responsabilização no atendimento. A classificação de risco significa determinar agilidade no atendimento a partir da análise do grau de sofrimento e necessidade da usuária, baseado em protocolo, proporcionando a atenção necessária, centralizada no nível de complexidade e não mais na ordem de chegada. O objetivo geral do estudo foi implementar o Acolhimento com Classificação de Risco, em uma emergência obstétrica de um hospital de atenção terciária. E como objetivos específicos: humanizar o atendimento mediante a escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de emergência obstétrica; classificar, mediante o protocolo, as queixas das clientes que demandam o serviço da emergência obstétrica, identificando a necessidade de atendimento imediato e mediato; garantir que as queixas da gestante sejam sanadas no atendimento; utilizar a rede de atenção de saúde, articulando a atenção básica e maternidades e demais redes assistenciais de saúde com vista à atenção integral. O estudo evidenciou a relevância do acolhimento com classificação de risco para à assistência às gestantes nas maternidades, sendo necessário maior investimento no setor de saúde do país. O enfermeiro desempenha um papel fundamental, junto à equipe assistencial, na emergência obstétrica, devendo estar capacitado a exercer as atividades de maior complexidade, respaldado em conhecimentos científicos concretizados a partir da prática cotidiana de cuidar e da pesquisa, a fim de conduzir um atendimento com autoconfiança e segurança.

Descritores: Acolhimento; Qualidade da assistência à saúde; Enfermagem.

## APRESENTAÇÃO

Atualmente observa-se uma busca das gestantes pelas maternidades no momento da realização do parto. Entretanto, nesse momento, se deparam com salas de parto lotadas, com um atendimento precário e desumano. Nessa realidade desafiadora para o profissional de enfermagem, ocorre a inclusão de novos conceitos com o propósito de oferecer melhorias na assistência à gestante que procura atendimento em uma emergência obstétrica de um hospital maternidade.

Este trabalho tem a proposta de trazer principalmente o acolhimento as gestantes por meio da escuta qualificada e pela classificação do risco, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), humaniza SUS e rede cegonha. Subsidiando-se aos profissionais instruções objetivas e relevantes ao processo de promoção à saúde, assistência ao parto humanizado de risco habitual e de alto risco, utilizando uma classificação das gestantes de acordo com suas queixas, como também de referências de acordo com a rede cegonha, para evitar a perambulação das gestantes à procura de vaga.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização que qualifica a recepção e a relação com o usuário de saúde, garantindo a resolutividade e responsabilização no atendimento. A classificação de risco significa determinar agilidade no atendimento a partir da análise do grau de sofrimento e necessidade da usuária, baseado em protocolo, proporcionando a atenção necessária, centralizada no nível de complexidade e não mais na ordem de chegada. A implantação do dispositivo “Acolhimento com classificação de risco” (ACCR) nas maternidades é preconizada pela portaria N<sup>o</sup> 1.459, de 24 de junho de 2012, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS (FORTALEZA, 2012).

Por tanto o projeto irá contribuir para a qualificação e humanização da assistência, ampliando o acesso, proporcionando a equidade e a integralidade no cuidado da rede de atendimento em defesa da vida das mulheres em ciclo gravídico-puerperal.

## 1 INTRODUÇÃO

O ACCR é uma diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS, que pressupõe uma postura ética e atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção. É um modo de operar os processos de trabalho em saúde, 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 usuários, por meio da responsabilização e continuidade do cuidado, orientando, quando for o caso, a usuária e à família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência se necessário (BRASIL, 2008).

A relevância do tema se liga, à importância que o profissional de enfermagem vem adquirindo na assistência humanizada as gestantes que buscam atendimento na emergência obstétrica, ouvindo as queixas e classificando-as mesmas de acordo com seu risco.

A ação do profissional de enfermagem demanda muita responsabilidade, conhecimento específico e habilidade, pois o enfermeiro possui a competência para identificar os riscos de complicação da gestante em trabalho de parto ou não e proporcionar assistência adequada de acordo com a equidade, integralidade assegurando um atendimento humanizado.

O ACCR permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços. No entanto, não se pode focar apenas a avaliação de risco, a usuária e sua rede social devem também ser considerados neste processo (FORTALEZA, 2012).

A partir da vivência em sala de parto, percebe-se a necessidade da implantação do acolhimento com classificação de risco na emergência obstétrica, com o objetivo de melhorar a assistência as gestantes que utilizam a rede pública de saúde.

O estudo visa proporcionar as gestantes que buscam assistência na emergência obstétrica de um hospital terciário, um cuidado humanizado de acordo com a necessidade individual de cada cliente, dando a ela o direito de um parto seguro, o direito do acompanhante de livre escolha, evitando ainda complicações por doenças que a paciente possa ter.

O hospital terciário em questão apresenta-se com duas salas de parto. A primeira sala possui em sua estrutura física seis leitos e três boxes para realizar parto transpélvico, sendo a segunda sala composta por dez leitos e dois boxes também para realização de parto transpélvico.

A equipe assistencial é formada por enfermeiros, médicos, técnicas de enfermagem, auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais.

Observa-se que sua estrutura física é pequena para a área de abrangência de acordo com a rede cegonha. Na emergência há apenas uma pequena sala de espera com poucos assentos, todas as mulheres ficam juntas e contam suas queixas no mesmo local, prejudicando a privacidade das usuárias do serviço de saúde.

Realiza-se um grande número de partos abdominais, devido o hospital escolhido ter atenção terciária. A demanda de gestantes é composta por mulheres da cidade de Fortaleza e de todo o estado do Ceará, para assistência de gestantes de risco habitual e de alto risco. Com isso também possui duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e dois berçários de médio risco para os recém-nascidos.

Para melhorar a qualidade da assistência as mulheres no ciclo gravídico puerperal na emergência obstétrica desse hospital terciário teve-se o propósito de implantar o acolhimento com classificação de risco. Os profissionais de enfermagem tiveram a oportunidade de aprender a identificar e intervir juntamente com a equipe multiprofissional no cuidado humanizado e integral a gestante de acordo com seu quadro clínico no momento de sua chegada.

O ACCR possibilitou aprimorar a prática dos profissionais de enfermagem com conhecimento científico de suas atribuições e suas práticas em sala de parto. Tornou possível ainda prevenir e controlar a infecção hospitalar, hemorragia pós-parto, e outras complicações do pós-parto e incentivou o aleitamento materno, higiene do coto umbilical e a afetividade entre os pais e a criança. Diminuiu o risco de complicações para as mulheres portadoras de doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Realizou educação em saúde para as clientes que buscam atendimento na emergência obstétrica. Finalmente evitou a perambulação das gestantes que não são informadas sobre qual hospital maternidade devem procurar para parir seu filho de acordo com o protocolo da rede cegonha, assegurando o atendimento a todas e realizando as devidas referências e contra-referências necessárias.

O projeto teve como objetivo geral promover a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e um novo modelo de atenção ao parto e nascimento em uma emergência obstétrica de um hospital de atenção terciária. E como objetivos específicos: humanizar o atendimento mediante a escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de emergência obstétrica; classificar, mediante o protocolo, as queixas das

clientes que demandam o serviço da emergência obstétrica, identificando que necessita de atendimento imediato e mediato; garantir que as queixas da gestante sejam sanadas no atendimento; utilizar a rede de atenção de saúde, articulando a atenção básica e maternidades e demais redes assistenciais de saúde com vista à atenção integral.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas em que as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A ausência de identificação de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila de espera, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado (BRASIL, 2009).

Verificada a necessidade de um atendimento mais humano e equitativo, foi criado o ACCR, pois organiza o serviço e traz um resultado imediato de satisfação da mulher usuária do serviço público de saúde, pela escuta de suas queixas e pela aferição dos sinais vitais sendo realizada a classificação das pacientes dando garantia de atendimento a todas, obedecendo a uma doutrina organizacional do SUS, a universalização da saúde.

Neste entendimento, o ACCR configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede. Tem se mostrado um dispositivo potente como reorganizador dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e também como disparador de outras mudanças como a constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada da clínica, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde, a inclusão dos cuidadores nos Projetos Terapêuticos Singulares, a participação de trabalhadores e usuários na gestão.

A partir das características, queixas e histórico gestacional ou familiar da gestante, faz-se a devida classificação da mesma no acolhimento com classificação de risco, na emergência de um hospital terciário (instituição que realiza procedimentos de média e alta complexidade necessários durante a gravidez de risco, bem como a assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério) (PROENF, 2009).

Estudo de natureza histórico-social realizado por Progiante e Porfírio (2011), com objetivo de analisar o processo de inserção das enfermeiras na assistência ao parto e as lutas dessas profissionais para implantar as práticas obstétricas humanizadas na Maternidade Alexander Fleming, apontou que a inserção das enfermeiras na assistência ao parto ocorreu mediante a lotação de recursos humanos para esse projeto, aliada a uma capacitação intensiva. Ao

serem inseridas no centro obstétrico, as enfermeiras criaram um espaço próprio de atuação e elaboraram um protocolo assistencial. As estratégias de luta utilizadas por essas profissionais foram no sentido de romper com o domínio dos médicos nesse campo.

O trabalho de parto é o processo fisiológico que tem por objetivo expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas. Pode ser pré-termo, se iniciado de 20 a 36 semanas e 6 dias de gestação, a termo se gestação de 37 a 41 semanas e 6 dias e pós termo nas gestantes com idade gestacional superior a 42 semanas. Neste protocolo abordar-se-ão gestantes com trabalho de parto a termo. Ressalta-se que didaticamente o parto pode ser dividido em 4 períodos: 1º período: Dilatação: Inicia-se com as primeiras contrações uterinas dolorosas que modificam a cérvix e termina com dilatação completa (divido em fase latente e ativa); 2º período: Expulsão: Inicia-se com dilatação completa e se encerra com a saída do feto; 3º período: Dequitação: inicia-se após o nascimento e termina com expulsão completa da placenta e 4º período: 1 hora após o parto (MARTINS; RAMOS; BRIETZKE, 2008).

Souza e Lopes (2003) ressaltam que o acolhimento com classificação de risco, otimiza tanto o tempo quanto o aproveitamento do trabalho, garantindo impacto na acessibilidade da parturiente. Essas características configuram-se como fatores importantes a implantação desse dispositivo no centro obstétrico.

É relevante a permanente capacitação dos profissionais da saúde sobre temas essenciais para o atendimento na emergência obstétrica: Acolhimento e humanização - Triagem de avaliação de Risco - Urgência e Emergência Obstétrica - Fluxos de Atendimentos.

### 3 MÉTODO

Trata-se de um projeto de implantação do acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. O local para a realização do projeto foi na emergência de um hospital de atenção terciária, situado no bairro Centro de Fortaleza, Ceará, sendo esta uma entidade pública sem fins lucrativos no período de setembro de 2013 a março de 2014. O projeto objetivou formar e contratar profissionais de enfermagem (Enfermeira e técnica de enfermagem), por meio de contrato temporário, por falta de profissional no quadro de funcionários ativos permanente para atuarem na emergência obstétrica do referido hospital. Foram excluídos do projeto, os profissionais de enfermagem que se recusarem a participar espontaneamente.

O projeto foi realizado em forma de treinamento com a assessora da rede cegonha do município de Fortaleza, discutindo-se a situação da saúde pública no estado do Ceará e com palestras abordando conteúdo preparatório de acordo com a rede cegonha e o projeto Humaniza SUS, utilizando-se data show com apresentação de slides; casos clínicos; simulação; estudo dirigido às ações da equipe multiprofissional que atuam na sala de parto e relato de experiência dos mesmos. Também será utilizando o instrumento que é a adaptação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, feito em Fortaleza, por intermédio do município de Fortaleza, Secretaria Estadual da Saúde e Ministério da Saúde.

O trabalho foi realizado por profissionais do serviço em questão, sem cobrança de ônus. Portanto não acarretou custos ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e nem a instituição hospital maternidade de atenção terciária.

Foram necessários os recursos humanos e materiais listados a seguir para a realização da intervenção.

#### 4.1.1 Recursos humanos

- Equipe de enfermagem: Enfermeiro obstetra; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem
- Assistente social

- Nutricionista

#### **4.1.2 Recursos Materiais**

Equipamentos próprios e materiais permanentes, além de materiais de consumo em qualidade e quantidade pertinentes a cada ambiente, como: folhas de papel A4, canetas, material xerocado, impressão de artigos e banners. Os ambientes serão:

- Laboratório
- Regulação
- Farmácia
- Centro Obstétrico

A avaliação foi realizada por meio de um relatório mensal levantado pela coordenadora de enfermagem da sala de parto e emergência obstétrica. Por meio deste relatório mensal foi possível saber o número de atendimentos por regionais do município da cidade de Fortaleza e de outros municípios por tratar-se de um hospital referência no estado para parto de alto risco, número de classificação por cores, número de internamentos e transferências para outros hospitais de nível secundário.

#### 4 RESULTADOS E ANÁLISE

A implantação do ACCR na emergência obstétrica do hospital terciário em questão obedeceu ao cronograma apresentado a seguir:

<b>Atividades</b>	<b>PERÍODO</b>	<b>PROGRAMAÇÃO</b>
1	Setembro 2013	Confecção do projeto de implantação.
2	Outubro 2013	Reunião com facilitadora da Rede Cegonha e convocação e seleção da equipe de enfermagem.
3	Novembro 2013	Curso preparatório
4	Dezembro 2013	Início às atividades no ACCR
5	Janeiro 2014	Avaliação do projeto de implantação
6	Fevereiro e Março 2014	Conclusão do projeto.

As etapas de execução deram-se a partir da admissão de profissionais de enfermagem (enfermeira e técnicas de enfermagem) para atuarem no serviço de obstetrícia do referido hospital. De início convocaram-se profissionais de saúde de diversas categorias (enfermeiros, médicos, assistente social, técnico de enfermagem, administrador) reuniam-se quinzenalmente para elaborar um protocolo de atendimento que viesse priorizar o atendimento de pacientes em estado de saúde com gravidade que buscavam atendimento obstétrico no setor da Emergência, da Instituição em que se dava a experiência.

Ressaltou-se que a prioridade dos atendimentos não se fizesse simplesmente em razão da ordem de chegada, mas levando em consideração o risco em que a gestante encontrava-se.

Durante toda a implementação da experiência observou-se resistência, por parte da categoria médica do serviço por alguns não apoiarem a mudança. Os profissionais médicos rejeitavam a proposta em razão do primeiro atendimento ser realizado por profissional enfermeiro e, posteriormente, de acordo com as queixas relatadas e a avaliação clínica realizada, encaminhar o atendimento para o médico obstetra.

A resistência à mudança não se refere apenas a questões técnicas, mas também as percepções, expectativas, preferências e conveniências de profissionais e pacientes quanto a sua assistência (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

A paciente classificada recebe uma pulseira de identificação, variando sua cor de acordo com o seu risco. A usuária e seus familiares recebem esclarecimentos sobre todos os procedimentos (fluxo de atendimento, classificação de risco, medicações, observação clínica, exames, encaminhamento, dentre outros), garantindo privacidade durante todo o atendimento, utilizando um instrumento de ACCR por enfermeiro, favorecendo o atendimento individualizado e ágil.

Seguindo-se os passos do atendimento é realizada a avaliação obstétrica em que os desfechos pós-avaliação variavam em: internamentos, solicitação de vaga para transferência pela Central de Internação quando necessário, com transporte responsável, quando não havia vagas disponíveis, medicalizações, observações, encaminhamentos para pré-natal, realização de exames laboratoriais e de imagem, orientações, dentre outros.

O setor de classificação de risco da instituição em questão começou a funcionar nas 24 horas ininterruptas seguindo o fluxo do pronto atendimento. Quando as gestantes chegam à emergência são encaminhadas para o setor de classificação de risco e lá a enfermeira irá acolhê-la e classificá-la. Nesse caso excluem-se todos os atendimentos que não passam pelo referido setor, no qual a gestante é acolhida pela equipe, as suas queixas são ouvidas e o profissional correlaciona-as com o fluxo discriminador e cor correspondente ao seu quadro. Após a classificação a ficha é encaminhada ao consultório médico e a cliente convidada a aguardar o tempo determinado conforme a cor estabelecida.

Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no atendimento, a composição espacial aqui sugerida é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco das gestantes. A proposta do desenho se desenvolve pelo menos em quatro cores de classificação, a saber: paciente grave com risco de morte, que chamaremos de eixo vermelho, a paciente gestante ou puérpera que apresenta hipertensão: pressão arterial  $\geq 140 \times 90$  mmHg e  $< 160 \times 100$  mmHg; pacientes classificadas com a cor amarelo, as gestantes com sangramento genital, dor moderada, êmese ou hiperêmese com sinais de desidratação tais como: letargia, mucosas secas, turgor pastoso, que necessite ou procure o atendimento de urgência; pacientes classificadas com a cor verde, aquelas gestantes que procuram a emergência com sintomas como

febre: temperatura axilar  $<38,5^{\circ}\text{C}$ , êmese ou hiperêmese sem sinais de desidratação, dor abdominal aguda, de moderada a leve intensidade, queixas urinárias como algúria, disúria, febre e sintomas gripais. Por ultimo as pacientes classificadas como azul que apresentam queixas de dor pélvica crônica ou recorrente, atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital para diagnóstico de gravidez, irregularidades menstruais, hipermenorreia/ menorragia sem alteração de dados 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 e avaliação de exames laboratoriais (FORTALEZA, 2012).

Adotou-se também o tempo de espera das gestantes de acordo com recomendações relativas à cor de sua classificação, sendo: Vermelho - atendimento imediato e encaminhar diretamente para o médico; Amarelo - atendimento em até 30 minutos, encaminhar para consulta médica e reavaliar a cada 30 minutos; Verde - Atendimento em até 120 minutos, informar à gestante e consulta médica sem priorização e Azul - Atendimento por ordem de chegada, informar à gestante e possibilidade de encaminhamento para a Atenção Básica.

Verificou-se então que os atendimentos classificados como urgentes e identificados pela cor amarela foram mais frequentes no mês de março, correspondendo a 236 atendimentos e o menor número no mês de abril, com 157 casos, quando analisado o período diurno.

Ao se analisar as vinte quatro horas de funcionamento do serviço, observou-se maior concentração de urgência em dezembro, mês de início do serviço, com um total de 359 atendimentos classificados na cor amarela.

O maior número de atendimentos realizado por enfermeiros no acolhimento com classificação de risco ocorreu no mês de dezembro, totalizando 1.456 atendimentos.

Percebem-se mudanças dos profissionais que outrora não aceitavam a experiência. Atualmente identificam-se melhoras no atendimento com uso da Classificação de Risco Obstétrico, pois às pacientes que chegam aos consultórios apresentando queixas que realmente precisavam de intervenções médicas, e as consultas de baixa complexidade são orientadas e encaminhadas para o devido local de atendimento (Unidade Atenção).

Importante ressaltar publicação no site do Hospital Geral César Cals com uma entrevista sobre Classificação de risco em obstetrícia no HGCC, em que a enfermeira responsável relata:

O acolhimento inicia logo que a gestante chega ao hospital. Uma equipe formada por enfermeira e técnica de enfermagem é responsável por receber as pacientes num espaço especial destinado para os procedimentos iniciais. O atendimento segue os parâmetros definidos nos protocolos da Rede Cegonha. Começa com a aferição dos sinais vitais, em seguida, passa por uma escuta qualificada e tomada de decisão, aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. Por fim, a paciente é classificada e encaminhada para atendimento (FORTALEZA, 2012, p. 40).

Atualmente o município de Fortaleza está dividido em aproximadamente 116 bairros, a administração executiva da prefeitura está dividida em Coordenadoria Regional de Fortaleza (as CORSS) que são ao todo seis (CORS I, CORS II, CORS III, CORS IV, CORS V, CORS VI). Dentre as coordenadorias o referido hospital é referência obstétrica para cinco, a única na qual não participa da sua abrangência é a coordenadoria III, mesmo assim ainda existe um número elevado de pacientes atendidas residentes na referida coordenadoria. De acordo com o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia de Fortaleza existem na cidade 91 Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), dessas, quatro referenciam para o hospital gestantes de risco habitual, ou seja, sem nenhuma complicação durante o período gravídico e 34 devem referenciar as gestantes para o alto risco do hospital, pois trata-se de um hospital de nível terciário, isso é alta complexidade, garantindo as gestantes um serviço mais especializado.

Percebe-se a diversidade de atendimentos, visto ser uma maternidade de referência em risco obstétrico em que se destacam: as síndromes hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as alterações da gestação, as diabetes gestacionais e as infecções do trato urinário.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou a relevância do acolhimento com classificação de risco para a assistência de gestantes nas maternidades e que é necessário maior investimento no setor de saúde do país. Não basta, portanto, garantir o direito do acompanhante, mas é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los e acomodá-los, não só nas salas de espera, mas nos diversos ambientes das unidades, de maneira que possam também ter momentos de encontros, diálogos, relaxamento e entretenimento, como assistir televisão e ouvir música.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental, junto à equipe assistencial, na emergência obstétrica, porém, ele deve estar capacitado a exercer as atividades de maior complexidade, respaldado em conhecimentos científicos concretizados a partir da prática cotidiana de cuidar e da pesquisa, a fim de conduzir um atendimento com autoconfiança e segurança.

Faz-se necessário atender a mulher de forma holística, respeitando as suas limitações e os seus anseios. É importante que os profissionais de saúde, ao atenderem uma gestante, procurem também ouvi-la, esclarecendo-lhe dúvidas e mostrando-lhe a melhor forma de resolver a sua gestação, para que assim, essa mulher mostre-se mais tranquila e confiante no momento do parto.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. Disponível em <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Acolhimento com classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF. 2008
- CHIARAVALLOTI, V.B. et al. Avaliação sobre adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro, v.18 , p.1321-9, 2002.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Municipal de Saúde Escola. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em obstetrícia**. Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php/noticias/43508-classificacao-de-risco-em-obstetricia-completa-um-ano-no-hgcc>. Acesso em: março 2014.
- LIMA, H.M.N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA\*, **Rev Bras Clin Med** São Paulo, v. 8, n.4, p. 323-7, 2010.
- MARTINS-COSTA, S.H.; RAMOS, J.G.L.; BRIETZKE, E. **Assistência ao Trabalho de Parto**. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Junho de 2008.
- NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A. A. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goânia, v. 9, n. 1, p. 106-18, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm>. Acesso em:
- PROENF: **Saúde Materna e neonatal**. Programa de atualização em enfermagem/ Associação Brasileira de Enfermagem; Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras; Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2009.
- PROGIANTI, J.M.; PORFÍRIO, A. Práticas obstétricas humanizadas implantadas por enfermeiras. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p.443- 50, jul-set; 2012.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo, 2002. 40p.
- SOUSA, A.C; LOPES, M.J.M. Acolhimento: uma responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Revista Gaucha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p.8-13, abr.2003.