

Percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de acolhimento com classificação de risco às gestantes

Silas Santos Carvalho ¹

Bruno Rodrigues de Oliveira ²

Camila Silva Oliveira do Nascimento ³

Carla Tatiane de Souza Gois ⁴

Iasmim Oliveira Pinto ⁵

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina. Feira de Santana, BA, Brasil. CEP: 44.036-900. E-mail: ssc.macademico@hotmail.com

² Universidade de Salvador. Feira de Santana, BA, Brasil.

³⁻⁵ Faculdade Anísio Teixeira de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil.

Resumo

Objetivos: analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) às gestantes.

Métodos: estudo transversal descritivo com abordagem qualitativa, realizado num hospital privado e conveniado ao Sistema Único de Saúde, na cidade de Feira de Santana-BA, em 2016. Participaram do estudo 10 profissionais da equipe de enfermagem que prestam assistência direta às gestantes em trabalho de parto e no puerpério. Foi aplicado um questionário semiestruturado contendo questões de identificação e caracterização do perfil sociodemográfico e uma entrevista abordando indagações sobre ACCR, as vantagens da implantação do setor de ACCR para a assistência às gestantes em trabalho de parto e as possíveis mudanças decorrentes desta implantação na rotina destes profissionais.

Resultados: as entrevistadas reconhecem que o ACCR é um modo de operar nos serviços de saúde, reorganizando o processo de trabalho, garantindo a qualidade do atendimento, portanto sua implantação é necessária para uma assistência diferenciada às gestantes, com humanização e sensibilidade, e a formação de vínculo entre profissionais e usuários.

Conclusões: a implantação do ACCR estabelece melhorias que garantem uma relação de confiança entre usuárias e profissionais e eficácia no atendimento às urgências e emergências gravídicas.

Palavras-chave Acolhimento, Classificação, Gestantes



Introdução

A prática do acolhimento tem sido considerada a porta de entrada para o estabelecimento de uma relação de confiança e permuta de informações e experiências entre profissional e cliente na área de saúde em geral. Esta prática admite que cada ser humano é singular, assim como suas necessidades de saúde, devendo ocorrer de forma qualificada, tendo a escuta como ferramenta indispensável para que possa coletar e analisar informações das necessidades de cada usuário, tais como medos e expectativas, oferecendo respostas aos usuários a fim de promover a satisfação do mesmo quando atendido.¹⁻³

Durante o período gravídico podem surgir diversas intercorrências agravando a saúde da gestante e do feto. Nesse caso, o acolhimento estabelece uma relação de confiança entre usuárias e profissionais, otimizando a assistência e garantindo o sucesso dos procedimentos realizados.³ Para atender às necessidades de saúde e diminuir os riscos de morte materna e fetal, a classificação de risco atua como um processo dinâmico, identificando as mulheres que precisam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento apresentado.^{4,5}

Em 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), que busca praticar os princípios do SUS nos serviços de saúde.⁶ A PNH não possui portarias que regulamentem ou normatizem a política, porém permite que princípios e diretrizes se encontrem presentes nas legislações das demais políticas, tais como a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 no Art. 1º A Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e a Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, Art. 4º Diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências: III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde (MS) 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.^{5,7}

Existem diversos modelos de classificação de risco das usuárias, dentre eles, o Modelo *Manchester Triage System* (MTS), mais utilizado no Brasil, o qual baseia-se na avaliação da urgência dos sinais e

sintomas apresentados, definido por cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul). Os critérios de classificação de riscos conforme o seu grau e prioridades têm como a cor azul “prioridade IV (não urgente)”, o verde “prioridade III (pouco urgente)”, o amarelo “prioridade II (urgente)”, o laranja “prioridade I (muito urgente)”, já a cor vermelha é caracterizada como “emergência e prioridade máxima”.^{1,3}

Portanto, este estudo traz subsídios para repensar a assistência a partir da forma com que essas pacientes têm sido abordadas pela equipe de enfermagem, a qual, apesar do reconhecimento das diferenças existentes no acolhimento, seu trabalho tem sido executado sem distinção. Dessa forma, espera-se contribuir significativamente no incentivo à realização do acolhimento nas unidades de saúde para que se possa promover, continuamente, a qualidade da assistência oferecida às gestantes. Diante do exposto, levanta-se a seguinte problemática: Qual a percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de ACCR às gestantes em uma maternidade privada de Feira de Santana-BA?

Assim, o objetivo deste estudo é analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de ACCR às gestantes.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo corte transversal, com abordagem qualitativa descritiva. O cenário do estudo foi um hospital privado de média complexidade, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na cidade de Feira de Santana-BA.

Inicialmente foi realizada uma reunião com a equipe de enfermagem (composta por 20 técnicas de enfermagem e 06 enfermeiras) e 02 gestores do hospital para apresentação do projeto e sensibilização dos mesmos, solicitando autorização para visitar os setores para poder conhecer o desenvolvimento de tarefas e rotina do hospital, assim como seus profissionais, possibilitando a coleta de dados necessária para o desenvolvimento da pesquisa. Posteriormente, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Do total de profissionais da equipe de enfermagem que trabalham no hospital em ambos os turnos, 10 que estavam presentes nos dias da coleta participaram do estudo, pois atendiam aos critérios de inclusão: enfermeiros e técnicos de enfermagem do Centro Obstétrico (CO) e Alojamento Conjunto (AC) e, os de exclusão: enfermeiros e técnicos de enfermagem que estavam de férias e licença maternidade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Anísio Teixeira com protocolo CAAE nº 58729616.5.0000.5631, parecer 1.780.776, observando-se todas as recomendações pertinentes, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a confidencialidade e o anonimato dos participantes e demais condutas éticas previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde,⁸ que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

A coleta de dados foi realizada em outubro e novembro de 2016, após o consentimento da referida instituição. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro para entrevista semiestruturada, contendo questões de identificação e caracterização do perfil sociodemográfico, de formação e trabalho dos participantes; indagações sobre ACCR e pontos de vista sobre as vantagens da implantação do setor de ACCR para a assistência às gestantes em trabalho de parto, mantendo a privacidade dos dados coletados na entrevista.

Os questionários foram aplicados à equipe de forma sigilosa, em local privativo, preservando a identidade dos entrevistados, através de roteiro impresso, preenchido de forma anônima com a aposição unicamente das iniciais do nome do entrevistado. Verificou-se a validade de conteúdo do instrumento que foi considerada satisfatória e as equivalências semântica, conceitual, de itens e operacional, segundo critérios de Beaton *et al.*⁹

As entrevistas foram gravadas com auxílio de um gravador de voz de um celular da marca Moto G e transcritas literalmente pelas autoras, após autorização dos entrevistados e, a partir de leituras extensivas e intensivas, buscou-se uma impregnação dos conteúdos, na tentativa de abstrair as mensagens importantes que se apresentavam implícitas. Para garantir o anonimato, as participantes foram identificadas com nomes de flores.

Procedeu-se a caracterização da população estudada com a obtenção de frequências simples e frequências relativas das variáveis categóricas de interesse. Após a leitura dos depoimentos, foram eleitas as categorias temáticas, com base no método de análise de conteúdo de Bardin¹⁰ (pré-análise, exploração do material e o tratamento de resultados), mediante as leituras dos depoimentos, associando aos objetivos preestabelecidos, buscando fundamentação na base teórica adotada.

Resultados e Discussão

Houve predominância do sexo feminino (10) entre os participantes do estudo, reforçando a questão de

gênero na enfermagem enquanto profissão; sendo 03 enfermeiras e 07 técnicas de enfermagem, com faixa etária entre 24 e 53 anos. A maioria se declarou parda (06) e residentes na zona urbana (10).

É necessário considerar as características sociodemográficas e de formação da equipe de enfermagem para identificar o perfil desses profissionais que integram os serviços de saúde a fim de acompanhar os avanços tecnológicos e as transformações na sociedade, assim como desenvolver estratégias que promovam a melhoria das atividades desenvolvidas, atendendo as necessidades dos usuários e melhorando as condições de trabalho da equipe de forma crítica e reflexiva no âmbito profissional.^{11,12}

Observamos que das sete técnicas de enfermagem, 05 sempre atuaram no AC. Entre as técnicas assistentes no CO, 01 atua há aproximadamente 01 ano e outra há 04 anos. Apenas as enfermeiras assistem em ambos os setores (CO e AC). Todas as enfermeiras entrevistadas têm menos de dois anos de formação e tempo de atuação entre 04 meses e 1,5 anos. Apenas 03 participantes da amostra possuíam vínculo empregatício de estatutária, dentre estas 01 enfermeira; 07 foram incorporadas ao hospital por processo seletivo interno e 06 referiram que a carga horária (CH) mensal era igual ou superior a 150 horas.

A qualificação e o local de prática do profissional são essenciais para a obtenção de capacitação efetiva do mesmo para uma atenção eficaz de gravidezes e nascimentos normais e período pós-parto imediato.¹² Por outro lado, é visível que o exercício da enfermagem em âmbito hospitalar é caracterizado por longas jornadas de trabalho (trabalho noturno, rodízios de turnos), gerando uma sobrecarga física e mental (estresse).¹¹

Diante dos dados coletados emergiram duas categorias de análise, assim intituladas: “Percepção sobre acolhimento com classificação de risco” e “Vantagens da implantação do setor de acolhimento com classificação de risco para a assistência às gestantes em trabalho de parto”.

Percepção sobre acolhimento com classificação de risco

Os conceitos mais atuais definem o acolhimento como um modo diferenciado de operar o processo de trabalho em saúde e as relações interpessoais que ocorrem no interior das unidades.^{3,13,14} Dentre os relatos, percebe-se que os participantes consideram que o acolhimento é o momento que a paciente chega na unidade e é acolhida através da escuta e

explicação do seu quadro.

“É o momento em que a gestante chega à unidade e ela é bem acolhida”. (Tulipa)

“[...] É conversar com ela sobre o que está acontecendo, explicar o risco. Tranquilizar”. (Azaleia)

“Quando a paciente é vista pelo médico ou enfermeira obstétrica, examina e vê a quantidade de dilatação”. (Violeta)

“O cuidado, proteção. Ter responsabilidade”. (Lírio)

Acolher significa dar acolhida a, dar agasalho a, dar crédito a, dar ouvidos a; admitir, aceitar, receber; e tomar em consideração.¹⁵ O acolhimento implica na recepção da mulher desde sua chegada à unidade de saúde, devendo ser uma postura assumida por todos os profissionais, tendo como foco principal o sujeito, ouvindo suas queixas, permitindo que esse expresse preocupações, dúvidas e angústias e, dessa forma, garantindo o processo de responsabilização, vínculo e articulação com os outros serviços de saúde, por meio de um atendimento humanizado e resolutivo.^{3,16,17}

A gravidez é um período crítico de transição do desenvolvimento da personalidade e de tensão biologicamente caracterizado por mudanças metabólicas de novas adaptações. Dessa forma, cabe ao enfermeiro favorecer a integração da gestante de modo que se sinta segura, informada e orientada quanto a tudo o que estiver acontecendo,^{17,18} como é percebido nas falas seguintes:

“Serve pra a gente acolher a mulher numa situação em que ela encontra-se com os hormônios à flor da pele. Ela necessita, por menor que seja a queixa, ser acolhida [...]. Tem mulher que chega com uma simples dor de cólica e por mais simples que seja a dor, mas ela quer ser ouvida”. (Rosa Branca)

“As pacientes já entram mais orientadas, porque tendo acolhimento, a enfermeira explica as coisas a ela [...]”. (Palma)

É necessário envolver o usuário como sujeito no processo de produção da saúde. O enfermeiro deve aproximar-se de cada gestante, respeitando suas singularidades e não perdendo de vista o seu contexto social e familiar de forma a estabelecer um

diálogo franco, sem julgamentos, com respeito, tolerância, confiança e preservar a individualidade do outro.^{19,20} Deste modo, acolhimento passa pelo desenvolvimento de um processo de empatia durante o atendimento, procurando entender o outro na sua realidade e necessidades.

O acolhimento é um dispositivo técnico-assistencial que possibilita a identificação das prioridades para o atendimento de acordo com a necessidade de saúde/gravidade/risco (classificação) ou vulnerabilidade de cada paciente de acordo com critérios pré-estabelecidos,²¹ como é possível observar na fala de Rosa Branca: “*Acolher é classificar a mulher na obstetrícia, é ouvir sua queixa e a partir daí a gente classifica o seu risco*”. Além disso, o acolhimento também promove inovação e facilidade na assistência, como pode ser observado nas proposições seguintes:

“É muito bom que isso dê certo porque precisamos de muita inovação. A saúde está precisando [...] e isso em termo da gente facilita bastante”. (Copo de Leite)

“Onde você vai ver qual o grau de evolução dessa paciente, se já está em fase expulsiva, em um nível grande de dilatação”. (Tulipa)

Pode-se perceber nos depoimentos que, o acolhimento, além de compreender uma postura profissional que atenda aos anseios da clientela de forma integral, significa também um modo de operar nos serviços de saúde, reorganizando o processo de trabalho, garantindo a qualidade do atendimento e a formação de vínculo entre profissionais e usuários.⁵

A realização primária acontece com uma coleta de dados pessoais da usuária, que, em seguida, é encaminhada para um espaço destinado ao ACCR para que possa ser avaliada a história obstétrica com aferição dos dados vitais, para então definir-se a classificação do grau de complexidade e urgência no atendimento.¹

Vantagens da implantação do setor de acolhimento com classificação de risco para a assistência às gestantes em trabalho de parto

Os fatores mais importantes para garantir uma classificação eficaz e de qualidade será atentar-se para os sinais e sintomas possivelmente apresentados pelas gestantes no momento do acolher, classificando-as conforme seus respectivos graus de prioridade. O “azul” pode-se atender até 4 horas e informar a possibilidade de encaminhamento para

Unidade Básica de Saúde (UBS). O “verde” pode-se atender até 120 minutos e encaminhar para consulta médica sem priorização, porém reavaliar periodicamente. O “amarelo” atende-se em até 30 minutos e encaminha para consulta médica priorizada, reavaliando periodicamente. O “laranja” atende-se com mais brevidade possível, encaminhando imediatamente para consulta médica priorizada. O “vermelho”, deve receber atendimento imediato e ser encaminhado para avaliação médica, pré-parto e/ou bloco obstétrico.¹

É plausível observar que as entrevistadas reconhecem a necessidade de uma assistência diferenciada às gestantes, tendo em vista a situação física e psíquica da paciente, no entanto, em sua abordagem, relatam que a implantação deste setor é influenciada tanto por fatores intrínsecos quanto extrínsecos, que devem ser considerados em seu atendimento, tais como: identificação da paciente por meio da pulseira e assistência adequada:

“A única coisa é que a pulseira só vai identificar. Aquela ali, digamos uma azul e uma rosa. Azul, vai parir rapidinho, a rosa vai esperar mais um pouco [...], a vantagem é só essa [...] porque aqui o toque é lá no CO, então de qualquer forma a gente sabe se vai ser ou não. [...] Se fosse lá na frente, fizesse toque lá na frente e viesse aqui pro CO com a pulseirinha a gente já ia saber. [...] Se implantasse dessa forma seria o ideal [...]”. (Azaleia)

“Muito bom esse acolhimento [...], dando uma assistência melhor à paciente [...]”. (Copo de Leite)

As participantes do estudo apontam que a implantação do setor tem como principais vantagens melhoria na assistência à paciente, incluindo a identificação da classificação de risco. Com essa estratégia busca-se efetivar ações integradas de prevenção, cura e promoção da saúde, mediante atenção à demanda, conforme a realidade da paciente.⁴ Percebe-se que dessa amostra, a equipe de enfermagem destaca a necessidade da realização do acolhimento de forma sistemática das ações estratégicas.

“Organização da assistência a ser prestada”. (Cravo)

“Seria bom, porque de qualquer forma ia ajudar [...] a paciente em trabalho de parto.

Seria bom implantar, necessita, principalmente que a gente não tem aqui esse negócio só de risco, todo hospital tem, mas aqui a gente não tem só um setor só pra preparar o paciente”. (Lírio)

“Porque tem paciente que já chega em fase expulsiva, esse RN está pélvico e tem uma que está com dilatação de 3 cm e pode esperar. Aquela que está em fase expulsiva é a primeira a entrar para fazer o parto”. (Tulipa)

Por outro lado, Girassol e Violeta afirmam que dentro da unidade a implantação do setor seria inconveniente devido ao espaço:

“[...] A gente não tem espaço pra isso. A gente não atende paciente de risco [...], quando chega assim é encaminhada para outro hospital normal”. (Girassol)

“Se PA ficar alta, se tiver algum problema sério de saúde, também não fica, pois não tem um suporte melhor para paciente”. (Violeta)

Entretanto, o acolhimento, entendido como um modo diferenciado de operar o processo de produção da saúde, não se limita à criação de um espaço físico especial nem exige um profissional ou hora específica.¹⁶ Trabalhar acolhimento com classificação de risco com gestantes, além da necessidade de atenção, orientação, proteção e apoio à paciente, exige capacitação profissional.^{19,20}

Assim, a implantação do setor de ACCR estabelece melhorias que garantem uma relação de confiança entre usuárias e profissionais, bem como eficácia no atendimento às urgências e emergências gravídicas, requerendo cuidados específicos e aconselhamento.

“A paciente de risco requer cuidados, [...] porque tratando-se de maternidade é uma paciente sensível, né?”. (Copo de Leite)

“É muito importante, a gente vai ficar avaliando a paciente em trabalho de parto. Sempre perto dela observando”. (Violeta)

“[...] Quando a gestante chega em período expulsivo ou como DHEG mesmo, já vai ser logo encaminhada de primeira para ser

mais rápido o atendimento dela”. (Palma)

O MS preconiza que o aconselhamento deve basear-se numa relação de confiança, visando proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas.¹⁻³

De acordo com a enfermeira Rosa Branca, outras vantagens da implantação desse setor seriam a redução de cesarianas e a otimização das admissões na fase ativa do trabalho de parto:

“Diminuiria o índice de cesariana, aumentaria a chance da mulher ser admitida na fase ativa do trabalho de parto, porque tem muita mulher que é admitida em fase em pródomos, então é admitida com 1 centímetro, 2 centímetros, às vezes com o colo fechado, sem estar em trabalho de parto, antes das 41 semanas, então aumenta o índice de cesariana, [...] e na classificação de risco a gente faz uma consulta mais elaborada do que é feita. [...] e tem mulher aqui que acaba parindo sem fazer a ausculta de BCF e aí isso dificulta um pouco”. (Rosa Branca)

Cabe ao profissional de saúde participar desse cuidado, incentivando o diálogo, auxiliando no resgate da autoestima, oferecendo apoio, compreensão, conforto e orientação destituída do julgamento de valor.

Com isso, percebe-se que o enfermeiro é uma ferramenta fundamental no atender e acolher às gestantes em trabalho de parto, pois contribui para uma assistência eficaz, ágil, capaz de alcançar maior resolutividade, abordando a lógica de atendimento de acordo com a situação clínica de cada gestante, além de promover uma relação de confiança entre a equipe multiprofissional e a usuária.⁷

Quanto à percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de ACCR às gestantes, parece evidente que esta implantação estabelece melhorias que garantem uma relação de confiança entre usuárias e profissionais e eficácia no atendimento às urgências e emergências gravídicas. Pode-se afirmar que existem determinantes estruturais, organizativos e situacionais que emitem a satisfação da equipe de enfermagem para com a implantação do setor de ACCR e demarcam o bem estar das gestantes na assistência prestada.

O estudo limita-se por retratar uma realidade locorregional, associado à escassez de estudos que auxiliassem na discussão dos resultados encontrados. Portanto, tais limitações remetem à necessidade de se investigar a temática em outros cenários. Novas pesquisas com enfoque na reflexão entre as pressões e sobrecarga da equipe de enfermagem e suas relações com a percepção, sentidos e significados do acolhimento às gestantes, com o intuito de contribuir para maior entendimento desse processo e elucidação dos principais fatores que os constituem.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo do atendimento e classificação de risco em obstetrias e principais urgências obstétricas. Secretaria Municipal de Saúde: Belo Horizonte, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetria / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília, DF; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2 ed. Brasília, DF; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2 ed. 5. reimp. – Brasília, DF; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil: Uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2012_analise_situacao_saude.pdf.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF; 2012.
9. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures; 2007. Institute for Work & Health; 2007 [acesso em 26 jun 2015]. Disponível em: http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf

10. Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3 ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
11. Esser MAMS, Mamede FV, Mamede MV. Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. *Rev Eletr Enf*. 2012; 14 (1): 133-41.
12. Dotto LMG, Mamede MV, Mamede FV. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12 (4): 717-25.
13. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (2): 331-40.
14. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Mater Infant*. 2005; 5 (4):493-503.
15. Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa. 5 ed. Rio de Janeiro: Positivo; 2010. Acolhimento; p. 115.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF; 2005.
17. Lessa R, Rosa AHV. Enfermagem e acolhimento: a importância da interação dialógica no pré-natal. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. Online. 2010; 2(3). Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/631/pdf_49.
18. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (Supl.1): 100-10.
19. Camillo SO, Maiorino FT. A importância da escuta no cuidado de enfermagem. *Cogitar Enferm*. 2012; 17 (3): 549-55.
20. Mello MCP, Dourado CP, Silva AMP, Santos RAA, Santos ALS. Nursing consultation in the pre-natal: women's voice. *Rev. Enferm UFPE*. Online. 2011; 5 (2). Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1589>.
21. 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. Disponível em: https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/706_protocolo.pdf

Recebido em 26 de Dezembro de 2016

Versão final apresentada em 4 de Dezembro de 2017

Aprovado em 3 de Abril de 2018