

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**A IMPLANTAÇÃO ACOLHIMENTO NO PSF ABILIO DOS SANTOS DE  
DOURADOQUARA: RELATO DE EXPERIENCIA**

**CRISTINA MARRA XAVIER**

**UBERABA - MINAS GREAAIS**  
**2012**

**CRISTINA MARRA XAVIER**

**A IMPLANTAÇÃO ACOLHIMENTO NO PSF ABILIO DOS SANTOS DE  
DOURADOQUARA: RELATO DE EXPERIENCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**UBERABA - MINAS GREAIS  
2012**

**CRISTINA MARRA XAVIER**

**A IMPLANTAÇÃO ACOLHIMENTO NO PSF ABILIO DOS SANTOS DE  
DOURADOQUARA: RELATO DE EXPERIENCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de  
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para  
a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca Examinadora

Profa. Dr<sup>a</sup>. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Prof. Dr<sup>a</sup> Matilde Meire Miranda Cadete

**UBERABA - MINAS GREAIS  
2012**

Agradeço à Deus, origem, razão e fim de todas as coisas, e cujos desígnios impenetráveis tornam nossa existência um contínuo ato de descoberta e aprendizado.

Qualquer tempo

Qualquer tempo é tempo.

A hora mesma da morte  
é hora de nascer.

Nenhum tempo é tempo  
bastante para a ciência  
de ver, rever.

Tempo, contratempo  
anulam-se, mas o sonho  
resta, de viver.

Carlos Drummond de Andrade

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo relatar o processo de acolhimento e classificação de risco e identificar as dificuldades encontradas na implantação do protocolo de Manchester no PSF de Douradoquara. Para tanto, foram utilizados relatos de experiências sobre a realidade do município e insatisfação dos usuários para conclusão deste. A partir daí, com frequentes reuniões de equipe foi possível identificar os aspectos positivos e dificuldades encontradas pela equipe, surgindo então a proposta de mudança no acolhimento realizado na unidade. O trabalho permitiu concluir que no município de Douradoquara o Acolhimento com classificação de risco encontra-se na fase inicial e percebe que a oferta de consultas é bem maior que a demanda de usuários. Portanto, todos são atendidos em menor tempo possível não sendo necessária a realização da classificação de risco dos usuários para atendimento na unidade. A classificação de risco será importante para organizar os encaminhamentos para a média e alta complexidade que são realizadas fora do município.

**Palavras Chave:** Acolhimento. Classificação de Risco. Estratégia Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

This study aimed to describe the process of reception and classification of risk and identify the difficulties encountered in implementing the protocol in Manchester Douradoquara PSF. To that end we used reports of experiences on the reality of the city and dissatisfaction of users to complete this. From there, with frequent team meetings was possible to identify the strengths and difficulties encountered by the team, appearing then the proposed change in the reception held in the unit. The study revealed that the city of Douradoquara. Reception with risk rating is at an early stage and realize that offering consultations and much larger than the demand of users, so everyone is treated in the shortest possible time is not necessary to perform the risk classification of users for service in the unit. The risk rating will be important to arrange referrals to secondary and tertiary care that are performed outside the municipality.

Keywords: Reception. Classification of risk. The Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 OBJETIVOS .....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DA LITERATURA .....	16
6 RELATO DA EXPERIÊNCIA.....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERENCIAS.....	24



## 1 INTRODUÇÃO

Importantes mudanças ocorreram no sistema de saúde brasileiro com a promulgação da Constituição Federal, em 1988 que redefiniu as prioridades da política de saúde no Brasil. Em seu artigo 196, que trata da saúde, destaca que a

[...] saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas públicas e econômicas que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p32).

O Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para contribuir na mudança do modelo de atenção à saúde predominante que enfatizava prioritariamente as práticas assistenciais hospitalocêntricas.

Com a publicação da Política Nacional da Atenção Básica em 2006 (BRASIL, 2006) e reeditada em 2011 (BRASIL, 2011), o PSF passou a denominar-se uma estratégia e reafirma os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e as atribuições dos profissionais que integram as equipes de saúde. No seu anexo 1, encontram-se descritas as Disposições gerais sobre a atenção básica, dos princípios e diretrizes gerais da atenção básica que integram a referida portaria. Nessas, descreve as atribuições dos membros das equipes de atenção básica, destaca a participação no acolhimento dos usuários, realizando escuta qualificada e procedendo a avaliação com classificação de risco, avaliação do grau de vulnerabilidade e identificando as necessidades de intervenção de cuidados para proporcionar um cuidado humanizado e com responsabilidade da continuidade da atenção.

## 2 JUSTIFICATIVA

Um ponto marcante e essencial na construção do novo modelo de atenção à saúde é a humanização. A Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo aproximar e estreitar os vínculos entre os profissionais, usuário e família, tornando a equipe corresponsável pela saúde e pela busca de solução dos problemas de saúde da comunidade da área de adscrição da equipe de saúde. O acolhimento é uma ferramenta para a ampliação do vínculo entre a equipe e a comunidade (SCHIMITH e LIMA, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a humanização como uma ação do acolhimento define os graus de responsabilidade de todos os atores sociais que integram o Sistema Único de saúde (SUS) para que todos se coloquem como responsáveis pelo controle social.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.7)

A humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre os profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades de serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS descreve que o acolhimento é uma das principais diretrizes ética/estética/política, é uma nova prática, novo processo de trabalho criada para garantir ao usuário o direito ao acesso universal sem exclusão social, com equidade e garantido a integralidade (BRASIL, 2006).

Portanto, humanizar o atendimento em saúde significa acolher e garantir o acesso a todas as pessoas e, ainda, à escuta dos problemas de saúde dos usuários de forma qualificada tornando o atendimento mais humanizado e resolutivo (SOLLA, 2005).

Acolher é uma tarefa difícil, pois exige uma mudança de cultura e de valores, agilidade, boa vontade generosidade e qualidade no atendimento. Neste contexto

que se percebe a necessidade de implantação do acolhimento no PSF de Douradoquara.

No município de Douradoquara, a implantação do acolhimento teve início no mês de agosto de 2011, por ocasião da implantação dos produtos do Plano Diretor da Atenção Primária (PDAPS). A quinta oficina do PDAPS propunha a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, mas até junho nada havia sido possível implantar. Durante a realização da Conferência Municipal de Saúde, a população se manifestou e solicitou que algo deveria ser feito para melhorar a forma de atendimento e agendamento das consultas no serviço de saúde. Foi mencionado que os usuários iam para porta da Unidade Básica de Saúde (UBS), às cinco horas da manhã para agendar uma consulta e só eram atendidos aqueles originados da demanda espontânea, ou seja, aqueles que recebiam fichas sem nenhum critério de priorização.

Comitadamente à realização das Oficinas do PDAPS, participando como aluna do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) e realizando as atividades das diferentes disciplinas e respaldada no diagnóstico situacional que realizei da população do meu município durante o desenvolvimento da disciplina planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), compreendi que o acolhimento era um problema que precisava ser trabalhado para ordenar o atendimento na única UBS que temos no município onde atuo.

O embasamento sobre a metodologia de como trabalhar o acolhimento também busquei na disciplina Práticas Educativas em atenção básica à saúde, Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade (VASCONCELOS e GRILLO, 2009, p. 36) que menciona uma das dimensões do acolhimento dizendo

O ato de acolher de modo que demonstre a preocupação com o outro, a disponibilidade para cuidar, para fazer o melhor possível. Cuidar pressupõe um encontro afetivo – com laços de humanidade – e efetivo – do ponto de vista de identificação e respostas às necessidades singulares de saúde do usuário.

A situação assinalada pelos usuários do serviço de saúde do município, as Oficinas do PDAPS e o embasamento teórico das disciplinas do CEABSF me possibilitaram escolher o tema para realizar este trabalho, e ainda o desejo de organizar o processo de trabalho da minha equipe de saúde para garantir a satisfação dos usuários.

A prática do acolhimento representa uma diretriz relevante para o Ministério da Saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS afirma que

O Acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/ política da Política Nacional de Humanização do SUS [...] é uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualidade de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços [...] É uma tecnologia do encontro [...] como ação técnico-assistencial, o acolhimento possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde como foco nas relações, e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário[...] levando ao conhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde (BRASIL, 2006, p.22).

Para a ESF, o acolhimento é uma ferramenta fundamental para reorganização do processo de trabalho, pois contribui para a realização de um atendimento humanizado, viabiliza o acesso do usuário e conseqüentemente torna o serviço mais resolutivo.

O município de Douradoquara tem 1.841 habitantes e possui uma equipe de saúde da família e com quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essa equipe cobre 100,0% da população do município com as ações básicas de saúde. Os procedimentos de média e alta são todos referenciados para os municípios da região.

O acolhimento no município de Douradoquara está em fase de adaptação pela população que ainda apresenta resistência por parte de alguns usuários, pois além

do acolhimento está sendo implantada a classificação de risco conforme as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde.

Por fim, o estudo justifica-se pela necessidade de mostrar a experiência do município na implantação do acolhimento, que também procura estabelecer mudanças efetivas na relação profissional/usuário, sendo o primeiro passo real para reorganização do seu processo de trabalho.

### **3 OBJETIVOS**

Relatar o processo de acolhimento e classificação de risco realizado pela equipe de saúde da família do PSF Abílio dos Santos.

Identificar as dificuldades encontradas na implantação do protocolo de Manchester.

#### **4 METODOLOGIA**

Trata--se de um relato de experiência sobre a implantação do acolhimento com classificação de risco no PSF Abílio dos Santos no município de Douradoquara. Para tal, optou-se por realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema acolhimento com a finalidade de subsidiar a experiência que estamos realizando no referido município.

O estudo foi realizado a partir de leituras realizadas em artigos de periódicos nacionais selecionados por meio de descritores nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde ( BVS) e em Manuais do Ministério da Saúde.

Foram utilizados os seguintes descritores para a busca dos artigos na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe e Ciências da Saúde ( LILACS), a saber: Acolhimento, humanização, protocolo de Manchester, classificação de risco.

A descrição da experiência se deu a partir da rotina diária vivenciada na Unidade Básica de Saúde do PSF, no período de setembro de 2009 a agosto 2011, quando se iniciou a implantação dos produtos do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde (PDAPS) com destaque para o acolhimento e classificação de risco no município.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) baseado nos preceitos constitucionais apresenta um conceito de saúde que inclui aspectos determinantes e condicionantes no processo saúde-doença, o que implica diretamente no bem estar mental, físico e social de cada indivíduo. Todavia, o SUS foi criado para ofertar atendimento igualitário e promover a saúde a toda população, sendo saúde direito de todos e dever do estado (SILVA e ALVES, 2007).

Baseado em seus princípios doutrinários como universalidade, integralidade e equidade e aos princípios organizativos, regionalização, hierarquização descentralização, comando único e participação popular, o SUS vem contribuindo para a sua consolidação para promover a reestruturação e organização dos serviços de saúde no Brasil que, de fato, atenda os problemas apresentados pelos usuários que buscam a sua rede de serviços (VASCONCELOS, 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) vem ao longo dos anos buscando diretrizes para melhorar a relação entre usuário e os profissionais de saúde. O Humaniza SUS é uma política de humanização que propõe estratégias de atendimento para que ele seja mais acolhedor, resolutivo e que possa garantir ao usuário um serviço de qualidade, onde todas as suas queixas sejam ouvidas e seus problemas resolvidos dentro dos limites das possibilidades do próprio SUS (BRASIL, 2004).

O acolhimento deve se dar em todos os pontos da rede de atenção à saúde. Sendo a atenção primária à saúde uma das portas principais do serviço de saúde, o acolhimento deve ser a principal estratégia para receber o usuário nos serviços de saúde do SUS.

Starfield (2002, p. 28) diz

Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as



condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

Essa autora diz ainda que a atenção primária à saúde deve ser orientada por princípios e destaca-os dizendo ser o primeiro contato com a rede assistencial dentro do sistema de saúde, devendo caracterizar-se, principalmente, pela longitudinalidade e integralidade da atenção, além de ser o eixo da coordenação da assistência dentro do sistema de saúde.

Partindo do pressuposto de que a Atenção Primária é dada como uma das portas de entrada do sistema, com capacidade para resolver as intervenções clínicas individuais bem como os problemas básicos da população, este nível de atenção, quando organizado, deve proporcionar um atendimento eficaz e equitativo de acordo com princípios do SUS (GILL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família, sendo o eixo da organização da atenção básica em saúde, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011) propõe a adscrição de clientela, por meio da territorialização, e criação de vínculo. Portanto, a equipe Saúde da Família, constituída pelos seus profissionais, também definida na política como os principais responsáveis pelo acolhimento dos usuários é a “porta de entrada” do serviço de saúde. Tem, assim, como desafio, a produção de um novo agir, tendo uma lógica de trabalho centrada na produção de sujeitos autônomos e que o acolhimento, responsabilização da equipe e a resolutividade passem a ser o eixo estruturador do modelo assistencial sendo o usuário o grande favorecido de todo esse processo (SILVEIRA, 2004).

O município de Douradoquara, localizado na região Oeste do Estado de Minas, no Vale do Alto Paranaíba possui uma população de aproximadamente 1841 habitantes (IBGE, 2010). Tem uma área física de 313,4 km<sup>2</sup> dos quais 57 km estão tomados pela água da Usina de Emborcação apresentando, portanto uma densidade demográfica de 6,12 hab./km<sup>2</sup>. Em relação à economia, tem como fonte de renda a produção de leite, indústria, comércio de alimentos e serviços, produção de cachaça artesanal mas, predomina o setor agropecuário.

Em relação ao serviço de saúde do município, no período de 1971 a 1973 é que foi fundado o primeiro “postinho” de saúde, localizado na Avenida Antônio Davi Ramos ao lado do prédio da prefeitura. Sua sede contava com apenas três cômodos e banheiro, sendo que em uma sala funcionava a recepção, a outra curativos, injeções e vacinas e a última para consultas e farmácia.

No ano de 1985, foi construído o Centro de Saúde Abílio dos Santos. A nova sede localizava-se na Rua Afonso Pena e passou a ser chamada de Centro de Saúde Abílio dos Santos em homenagem a um morador que há muitos anos exercia a profissão de farmacêutico.

O horário de funcionamento é de segunda à sexta-feira das 07h00min às 17h00min; entretanto, em horários e dias divergentes a esses funciona o plantão que é oferecido sempre por um técnico de enfermagem. O estabelecimento de saúde atende casos de baixa e média complexidade, através de atendimento ambulatorial, que conta com três (03) médicos sendo: um clínico geral; um ginecologista e um ortopedista. Conta, também, com um farmacêutico, dentista, enfermeiro, fisioterapeuta e auxiliares de enfermagem completam o quadro de funcionários.

No ano de 2004 foi implantado o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) sendo, à época, o único município da Gerencia Regional de Saúde de Uberlândia a não possuir equipe de saúde da família.

Em 2010 foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) que funciona na mesma estrutura da Unidade de Saúde Abílio dos Santos. A equipe de saúde da família conta com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e ACS. Para atendimento de nível secundário conta com o Centro Viva Vida de Patrocínio e o Pronto Socorro e hospitais de Monte Carmelo e para os procedimentos de alta complexidade utiliza o Hospital das Clínicas de Uberlândia.

Nesse mesmo ano teve início a capacitação de alguns profissionais da saúde do município nas Oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à saúde para posterior replicação das oficinas para todos os profissionais de saúde.

No ano de 2010 começaram a ser implantados os produtos de cada oficina quando foi feito o diagnóstico local e municipal, a programação local, o cadastramento das famílias pelo preenchimento da ficha A de toda a população já fazendo a classificação da família por grau de risco. Foi ainda iniciada a implantação do genograma e o acolhimento com classificação não foi possível implantar.

Em 2011, entre meados de fevereiro a abril, a população mostrava-se muita insatisfação com o atendimento da equipe de saúde da família que só atendia demanda espontânea. O atendimento era por número de ficha e por ordem de chegada e os pacientes iam para a porta da Unidade às 05h00min da manhã para pegar fichas e tumultuava a porta do serviço e gerava muitas reclamações. Tal situação acarretava um atendimento desumano. Durante a Conferência Municipal de Saúde cujo tema abordado pelos participantes foi a situação do atendimento na Unidade, a partir daí, a equipe de saúde da família se reuniu para tentar resolver a situação. Foi exposto que o que estava sendo feito era um descaso com os usuários do serviço de saúde.

As discussões ocorridas na Conferência Municipal repercutiu na população da cidade. Então se decidiu mudar a forma de acolhimento que em vez de ser feito pela recepcionista, a enfermeira era quem iria receber os usuários, acolher e agendar as consultas das 7:00 às 8:00 horas até que o Protocolo de Manchester fosse implantado. No final de agosto de 2011 foi oferecida pela Secretaria de Estado de Minas Gerais, por meio do canal Minas Saúde, a capacitação do Protocolo de Manchester e em outubro foi feito treinamento para todos os profissionais.

## 6 RETATO DA EXPERIÊNCIA

Com a mudança do acolhimento feito pela enfermeira percebeu-se que a satisfação dos usuários aumentou e possibilitou à equipe organizar o seu processo de trabalho para atender não apenas os usuários agendados, mas também aqueles classificados com prioridade de atendimento.

Com o acolhimento feito pela enfermeira, os usuários mostravam-se mais satisfeitos e a relação entre o usuário e os profissionais se tornou mais estreita e com uma comunicação mais efetiva. Dessa forma, o usuário mostrou-se com maior confiança em expor seus problemas. Antes da implantação quem definia o atendimento era a recepção.

Solla (2005) coloca que o acolhimento deve ter como objetivo a escuta qualificada, apresentando a melhor solução para o problema apresentado naquele momento. A passagem do acolhimento para a enfermeira vem mostrando uma evolução positiva na qualidade da escuta e nos encaminhamentos dos usuários dentro da rede de serviços de saúde a qual o município se insere.

Percebeu-se, também, que a demanda da unidade diminuiu, o usuário não precisa mais ir de madrugada para pegar uma ficha. Hoje, a Unidade tem uma agenda de atendimento para a demanda programada e para a demanda espontânea. Vem se observando que os usuários que têm seus problemas resolvidos não retornam várias vezes à Unidade como antigamente.

De acordo com essa percepção, Silva e Alves (2007) relatam que o acolhimento humanizado e resolutivo beneficia o acesso a toda população bem como da aceitação das recomendações vindas dos profissionais de saúde.

Em relação ao Protocolo de Manchester para atenção básica, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) tem como proposta do PDAPS a implantação do acolhimento com classificação de risco que é um processo dinâmico onde os usuários que necessitam de tratamento imediato devem ser identificados com seu potencial de risco. Através deste processo de classificação, os casos poderão ser classificados por prioridade, que na presença de um ou mais sinais de risco aponta para a necessidade de atendimento imediato, ou na ausência de sinais de risco o profissional deve analisar a necessidade do usuário e oferecer um atendimento na demanda programada. Após o atendimento o usuário poderá receber tratamento ou ter continuidade do tratamento ambulatorial, ou ficar em observação ou ser transferido para tratamento em outro serviço de maior complexidade. As vantagens desse protocolo a serem destacadas são que não trabalha com diagnóstico e possibilita a classificação em todos os pontos de atenção (MINAS GERAIS, 2010).

Portanto, a equipe de saúde de Douradoquara ainda não sentiu a necessidade de implantá-lo, considerando que a população do município é pequena e possui atendimento médico sem necessidade de classificar o risco. Ressalta-se, ainda, que o município só tem esse serviço para atender a população, caso não possa resolver os problemas devido a complexidade apresentada, o usuário é encaminhado para os serviços referenciados fora do território do município.

Como dificultador para implantação do Protocolo de Manchester na atenção básica a equipe vem analisando a sua contribuição na resolução dos problemas emanados pelos usuários em atendimento as recomendações da Conferência Municipal de Saúde que, de certa forma, já estão sendo atendidas com a elaboração da programação local e com as mudanças ocorridas no acolhimento e ainda não incorporou que benefício trará para os usuários.

Destaca-se que a população não aceita ir à Unidade e ser agendada para outro dia, pela existência de profissionais para prestar assistência independente da classificação de risco. Os usuários portadores de condições crônicas já estão incluídos no agendamento programado, fica, portanto para serem acolhidos aqueles

que buscam a unidade de forma espontânea e dependendo da sua situação ele é atendido naquele momento ou se a sua situação requer outro tipo de atendimento que a unidade não oferta, ele é encaminhado para os serviços de referência.

A pactuação com a Secretaria de Estado da Saúde dentro do projeto saúde em casa, para implantar o acolhimento com classificação de risco pelo protocolo de Manchester, será útil para viabilizar os encaminhamentos para os serviços de referência naqueles procedimentos que a equipe de saúde do município não tenha condições de resolver.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de identificar as dificuldades encontradas na implantação do acolhimento com classificação de risco e relatar o processo de acolhimento e classificação de risco realizado pela equipe de saúde da família do PSF Abílio dos Santos.

Percebeu-se que a partir da organização do processo de trabalho com o usuário sendo atendido pela enfermeira, o acolhimento tem sido realizado por meio de uma escuta cuidadosa que favorece a comunicação entre a profissional e o usuário tornando o serviço mais resolutivo e gerando maior satisfação de ambos.

O principal impacto que o trabalho causou na comunidade, foi a implantação da agenda programada, pois antes a unidade só atendia demanda espontânea e hoje conseguimos agendar consultas programadas para grupos de risco e gestantes e crianças.

Com a realização desse trabalho foi possível concluir que no município de Douradoquara o acolhimento com classificação de risco na atenção básica ainda está em fase bem inicial e percebe que a oferta de consultas é bem maior que a demanda de usuários; portanto, todos são atendidos em menor tempo possível não sendo necessária a realização da classificação de risco dos usuários para atendimento na unidade. A classificação de risco será importante para organizar os encaminhamentos para a média e alta complexidade que são realizadas fora do município.

## REFERENCIAS

BRASIL. Legislação Federal, 1990, **Lei N 8142**. 1990 b. disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em 16 out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: texto Básico**. 2..ed. Rio de Janeiro. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS- Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético –estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS DE A a Z: Garantindo saúde nos municípios** . Ministério da saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 480p. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf) acesso :setembro 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 648. 28 de março 2006**, Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em 15 de nov.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.68p (Serie E.Legislação em Saúde ) (Serie Pactos pela Saúde 2006; v.4).

CONASS. Conselho Nacional de Secretários. **Atenção Primária, Seminário para estruturação de consensos**. Serie CONASS documenta. Caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília, 2004.

FERREIRA, A. B. H. Acolhimento. In:\_. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, p.27.

GILL.C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 6, 2006.

SCHIMITH,M.D.; LIMA, M .A D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.6. Rio de Janeiro: nov./ dez.2004. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>> Acesso em : 16 out. 2011.

SILVA, A.G.;ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de prática inclusiva de saúde.**Revista Atenção Primária na saúde**, v.11,n.1,p74-84, jan-mar.2008. disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah>



ah.xis&base=google&lang==p&nextAction=lnk&expresSearch=490135&indexSearch=ID>Acesso em 20 out. 2011

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista Atenção Primária a Saúde**, v.11, n.1, p.74-84, jan/mar.2008

SILVEIRA, M. F. A. et al. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção a saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.9, n.1, pp. 71-78, jan/jun. 2004

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** [on-line], vol. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-382920050004000138](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-382920050004000138) lng=pt&nrm=iso >

VASCONCELOS, M.; GRILLOS, M.J.C.; SOARES, S.M **Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde: tecnologias para Abordagem ao Indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG, 2009

WERNECK, M.AF., ROCHA,R.C. **Proposta de reorientação do cuidado em Saúde Bucal na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte**. Mimeo.Belo Horizonte: ago 2003. 19p.