



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NO DISTRITO FLUVIAL DE  
BAILIQUE, MACAPÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE VILA PROGRESSO**

**JOSÉ PAULO**

---

**NATAL/RN**  
**2020**

---

---

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NO DISTRITO FLUVIAL DE  
BAILIQUE, MACAPÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
VILA PROGRESSO

JOSÉ PAULO

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Educação Permanente em  
Saúde da Família, como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: DHYANINE MORAIS DE  
LIMA

---

NATAL/RN  
2020

---

---

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para execução deste trabalho. Em especial agradeço minha orientadora Dhyanine Morais De Lima, que tanto zelou pela qualidade do estudo.

---

---

Dedico este trabalho a todos os pacientes e colegas que participaram das atividades aqui descritas, bem, como à minha família, pelo suporte e apoio recebidos.

---

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	06
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO .....	08
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	14
4. REFERÊNCIAS .....	15
APÊNDICES .....	16

## 1. INTRODUÇÃO

Há atualmente diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) que buscam definir as condições de vida, e trabalho de determinada população. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde - CNDSS (2008) descreve que a saúde precisa ser considerada não apenas do ponto de vista biológico, mas levando-se em consideração fatores étnico-raciais, sociais, culturais, econômicos, comportamentais e psicológicos. Garantindo-se, assim, uma análise biopsicossocial do indivíduo, seu habitat e modo de vida, e impacto destes sobre a condição de saúde individual e comunitária (BRASIL, 2008).

Diegues et al. (2001, p.27) define comunidades tradicionais como:

[...] grupos humanos diferenciados sob o ponto de vista cultural, que reproduzem historicamente seu modo de vida, de forma mais ou menos isolada, com base na cooperação social e relações próprias com a natureza. Essa noção refere-se tanto a povos indígenas quanto a segmentos da população nacional, que desenvolveram modos particulares de existência, adaptados a nichos ecológicos específicos.

Santos, Anjos e Tavares (2016) ressaltam que cada uma das comunidades tradicionais se estabeleceu ao longo dos anos, a partir de diferentes processos histórico-identitários, com grande dependência dos recursos naturais para construção dos seus modos de vida. As atividades sociais e econômicas em tais comunidades ainda se apresentam centralizadas na unidade familiar, transmitidas oralmente através de gerações. Estudos recentes apontam para condições de saneamento básico e acesso aos serviços de saúde inadequados em comunidades tradicionais, como as comunidades ribeirinhas, e quilombolas, favorecendo o aparecimento de agravos à saúde na população (ANDRADE et al., 2011).

Embora o SUS tenha como princípios norteadores básicos a integralidade, universalidade e acessibilidade, o que deveria garantir condições favoráveis à saúde a toda população brasileira, verifica-se grandes lacunas na disponibilização de tais recursos. Pena, Martins e Rego (2013) ressaltam que em comunidades tradicionais, cujo tipo de trabalho predominante é não-assalariado, verifica-se a ausência de políticas ou dispositivos legais que garantam o direito universal à saúde. A partir do referido estudo, os pesquisadores evidenciaram grande exposição a riscos laborais, precariedade de vida, e uma completa invisibilidade das condições, doenças e acidentes de trabalho.

Este estudo traz o relato de experiência do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da família (ESF) 054034045, vinculada à Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Progresso, no município de Macapá - AP. Tal UBS assiste ao "Arquipélago de Bailique" localizado na confluência do rio Amazonas com oceano Atlântico, formado por oito ilhas: Bailique, Brigue, Curuá, Faustino, Franco, Igarapé do Meio, Marinheiro e Parazinho. O acesso à área adscrita se dá por transporte fluvial ou aéreo, o que do ponto de vista assistencial torna a rede de saúde

fragmentada, e a comunidade ribeirinha extremamente dependente da ESF para assistência à saúde.

A ESF 054034045 assiste a uma população de 2735 pessoas distribuídas em 11 comunidades distantes umas das outras. A equipe é composta por quatro agentes comunitários de saúde (ACS), cinco técnicos de enfermagem, um enfermeiro e um médico. Torna-se importante ressaltar ainda que a equipe atua com grandes limitações, buscando assistir adequadamente a comunidade adscrita, bem como, prestar assistência à demanda espontânea existente de comunidades isoladas do estado do Pará, que desassistidas, acabam recorrendo à ESF 054034045.

Este estudo tem como objetivo relatar microintervenções realizadas na ESF 054034045 visando a melhora do acolhimento à demanda espontânea, tomando como base as peculiaridades da ESF como um distrito fluvial, e que acaba assistindo à comunidades não adscritas, e que só possuem de fato a ESF 054034045 para assistência à saúde. A escolha do tema se justifica pela possibilidade de compartilhar uma experiência exitosa, que mesmo em um contexto complexo do ponto de vista estrutural, foi possível melhorar a assistência, iniciando tal melhora pela mudança no posicionamento da equipe, reorganização de processos assistenciais, e melhor informação da população.

O estudo traz o relato de três microintervenções: Sensibilização da equipe, Reorganização de processos, e Informando a comunidade. A primeira microintervenção buscou sensibilizar os profissionais da ESF 054034045 sobre a necessidade de melhor acolher a demanda existente. A segunda microintervenção relata as mudanças na organização da equipe e processos assistenciais para permitir um acolhimento adequado, e por fim, a terceira microintervenção traz a descrição de canais de comunicação implantados para auxiliar no processo de acolhimento e assistência.

## **2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO**

### **Acolhimento a Demanda Espontânea**

O Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica nº28 refere que o acolhimento possui múltiplos significados, assim, deve ser compreendido como um instrumento de facilitação do acesso, postura e atitudes que auxiliem no vínculo e cuidado, e forma de reorganização do processo de trabalho em saúde. O documento traz ainda a ressalva de que acolher é bem mais que a distribuição de senhas, agendamento ou triagem para atendimento médico. Trata-se, portanto, de uma mudança de postura, reestruturação assistencial, e abordagem centrada nas necessidades do usuário ou comunidade (BRASIL, 2013).

### **Micro intervenção 1 - sensibilização da equipe e acordos com a gestão**

A microintervenção 1 teve como objetivo sensibilizar a equipe assistencial da ESF 054034045 sobre a necessidade de melhora do acolhimento à demanda espontânea. Como já referido anteriormente a referida equipe possui uma população adscrita de 2735 pessoas, distribuídas em 11 comunidades distantes umas das outras, cujo acesso se dá por meio fluvial ou aéreo. Além da população cadastrada a ESF 054034045 acaba sendo referência para prestar assistência à comunidades isoladas do estado Pará, que representam cerca de 30% da demanda espontânea da ESF.

Ao iniciar o planejamento das microintervensões percebeu-se grande resistência dos profissionais em alterar o processo de trabalho, ou inserir novas abordagens. Não havia até então reuniões regulares da equipe, o que dificultava a decisão compartilhada, identificação de problemas, ou mesmo, proposição de estratégias para prevenção de agravos e promoção da saúde da população. Com o diálogo com a equipe, e mediação de conflitos conseguiu-se estabelecer reuniões mensais, no dia 13 de cada mês. Embora considere-se que o desejável seriam reuniões semanais, ou pelo menos quinzenais, conseguir estruturar a regularidade mensal das reuniões já representou um grande avanço na gestão da equipe, e programação em saúde.

Na reunião inicial buscou-se elencar os problemas principais que poderiam comprometer o acolhimento à demanda espontânea e programada na ESF 054034045. Foi realizada uma roda de conversa na qual abordou-se o conceito de acolhimento, formas de melhora, demandas espontânea e agendadas, bem como, melhor organização dos atendimentos à população.

O tema principal foi as péssimas condições físicas, de equipamentos e estruturais de nossa unidade de saúde. Também teve relevância alta a dificuldade de locomoção da população até a comunidade principal, onde está instalada a unidade de saúde. Além de outros temas como os trabalhos dos ACSs, encaminhamentos de pacientes ao terceiro nível de atenção e encaminhamentos de urgência e emergência, atendimento médico e de enfermagem etc.

No que diz respeito as condições físicas de equipamento e estrutura da unidade de saúde, conversamos com a gestão municipal e eles tem ciência que a unidade está muito aquém do



mínimo necessário para funcionamento e que tem um projeto para construção de uma UBS nível 3 na vila progresso uma comunidade maior aqui no arquipélago e também a construção de uma unidade para a equipe 054 que é a nossa equipe. Porém houve o comprometimento da gestão em nos apoiar com materiais complementares necessários para um bom andamento dos trabalhos até conclusão de dito projeto de construção desta unidade. Foram solicitados materiais como: oxigênio, fluxômetro umidificador e tubo, dispositivo válvula-máscara (Ambu), novas pinças e material para sutura, medicamentos para urgências básicas e material para proteção individual.

A reunião com a gestão teve impacto imediato, já que logo após a mesma foi obtido um motor de barco e a promessa de aporte de combustível suficiente para fazermos atendimentos nas comunidades.

### **Micro intervenção 2 – Mudanças na Organização da Equipe**

Após a sensibilização da equipe, descrita na Microintervenção 1, foram feitas ainda mudanças na estrutura física da Unidade de Saúde, readequando novos espaços para melhor assistir à população.

A recepção ou sala de triagem que assim se chamava passou a se chamar acolhimento onde também funciona como sala de espera, recepção, preenchimento de prontuário (também algo que não existia e hoje já é realidade), peso, medidas antropométricas aferição de pressão e recolhe dados dos pacientes depois a maioria deles esperam atendimento em uma área fora da unidade, onde mantemos uma caixa tipo urna para colher sugestões dos pacientes.

A sala de aplicação de injeção e curativos passou a funcionar como consultório médico pois antes atendia o médico e o enfermeiro na mesma sala, quando o enfermeiro atendia o médico não atendia e vice-versa. Pois tinha a justificativa que o enfermeiro não atendia por falta de espaço.

Transformamos um depósito em o que se passou a chamar “Sala de procedimentos”, com pia e banheiro onde se realiza curativos, medicamentos injetáveis, inalatórios, terapia de reidratação oral pequenas cirurgias, suturas, onde se coleta material para análise, testes rápidos, ademais de funcionar como sala de observação nos casos de urgência e emergência. O depósito se resumiu a um armário que continua dentro da sala de procedimentos por ser o maior compartimento da unidade.

Então a unidade passou a funcionar com 7 compartimentos sendo 1 área externa, 1 sala de acolhimento, 1 farmácia 1 consultório de enfermagem 1 consultório médico, 1 sala de procedimentos e 1 banheiro.

Além das adaptações físicas foram realizadas ainda mudanças no processo assistencial. O tema da demanda espontânea e programação foi mais fácil de chegarmos a uma solução, ouvindo as sugestões da população da caixa de sugestões na sala de acolhimento e ouvindo minhas sugestões decidimos acabar com os agendamentos das consultas e acabamos com as

fichas principalmente porque muitos dos nossos clientes veem de comunidades distantes, algumas a mais de uma hora de barco muitos oriundos de áreas descobertas do vizinho estado do Pará.

Criamos uma agenda a parte onde, quando tem muita gente de comunidades distantes conversamos com os pacientes moradores da comunidade onde está a unidade para os casos mais simples serem atendidos a tarde que é um pouco mais tranquilo, também quando agendamos um retorno tentamos marcar na medida da possibilidade para tarde, deixando a manhã para as consultas do dia.

Por ser novidade o povo da comunidade Itamatatuba onde localiza-se a unidade reclama muito, mas já estão se acostumando, alguns até já elogiam. Com isso reduzimos o agendamento das consultas, todos da equipe atendem os pacientes de forma acolhedora e resolutiva, direcionando o atendimento para onde achar necessário, com isso percebemos que muitos dos atendimentos ficam no próprio técnico de enfermagem muitas vezes são orientações e esses profissionais se comprometeram e estão gostando de se aperfeiçoar.

Hoje não se vai mais a equipe de saúde 0540340451 marcar consultas. Se vai com a certeza que vai ser acolhido e que junto com elas vão tentar encontrar uma solução para seu problema. Além de recém já estamos indo fazer atendimento em comunidades vizinhas as mais próximas em parceria com ditas comunidades que cedem barcos onde levam e trazem a equipe.

Com a chegada do barco prometido pela gestão vamos a mais comunidades inclusive as mais distantes, a ideia a princípio é ir uma vez na semana visitar uma comunidade fazendo rodízio entre elas. Nas reuniões discutimos mudanças de rotina e ou acontecimentos que podem mudar a demanda com preocupação em como não perder a qualidade do acolhimento e demanda ora ajustada

### **Microintervenção 3 – Canais de comunicação, acolhimento e humanização**

De acordo com Rossato (2018) a Atenção Primária à Saúde (APS) possui o papel de coordenar o cuidado, sendo a base para os diversos pontos da rede, visando assegurar a integralidade do cuidado, e a universalidade do acesso. A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu como uma intervenção de saúde para ser implementada na atenção primária, com o objetivo de reestruturar o modelo assistencial vigente até a sua implantação. Assim, a ESF tem a proposta de mudança ao modelo de atenção, mudando o foco do modelo hospitalar, aproximando a unidade de saúde e a comunidade, sendo o acolhimento uma das principais ferramentas para o estabelecimento dessa relação de confiança com o usuário. (GIRÃO e FREITAS, 2016).

O acolhimento é uma técnica que posiciona o paciente como eixo principal na prestação de cuidados, transformando a relação profissional/usuário, reorganizando os serviços e melhorando a qualidade da assistência. A postura de iniciação do primeiro contato com a pessoa, envolvendo a escuta ativa, a atenção, valorização de queixas, identificação das

necessidades, tratamento de forma humanizada e reconhecimento do usuário como paciente ativo do seu processo saúde-doença, ocorre a responsabilização do serviço de saúde pelas demandas identificadas. (COSTA; FRANCISCHETTI-GARCIA; PELLEGRINO-TOLEDO, 2016).

Diante do exposto, podemos perceber que a APS configura-se como porta de entrada aos serviços da rede de atendimento à saúde e possui atributos e diretrizes que orientam um atendimento de qualidade com atenção integral ao usuário, e destes, o acolhimento, fundamentalmente, reestrutura e reorganiza o sistema possibilitando a democratização, a melhor resolutividade e o acesso.

O primeiro passo para um acolhimento adequado é compreender as queixas, dificuldades e estar aberto para críticas e sugestões da comunidade e demais profissionais. Foi realizada no mês de dezembro/2019 uma reunião com a equipe de saúde visando estruturar canais de comunicação mais eficientes com a população, e também entre a própria equipe.

Durante a reunião um dos ACS propôs a criação de uma caixa de sugestões na recepção, que foi implantada já no dia seguinte. Outro ACS sugeriu que durante os atendimentos também entregássemos aos usuários um material impresso demonstrando nosso interesse em melhor servir, e principalmente nos apresentando, já que muitos usuários desconheciam os componentes da equipe.

Foi criado então um material gráfico em que cada ACS preenchia o seu nome e entregava ao usuário, estimulando também que os mesmos utilizassem a caixa de sugestões (APÊNDICE A).

Durante todo o mês de janeiro/2020 os ACS realizaram visitas domiciliares e entregaram aos moradores o material impresso, apresentando a composição da equipe, estimulando o uso da caixa de sugestões, e se portando de forma mais receptiva aos usuários. Paralelamente ao trabalho dos ACS os técnicos de enfermagem, enfermeiro e médico passaram a estimular durante os atendimentos a participação ativa da comunidade na construção de um melhor cuidado à saúde.

No final do mês de janeiro/2020 a caixa de sugestões foi aberta durante a reunião da equipe de saúde, e o médico foi lendo os comentários dos usuários. Propôs-se a estruturação de um quadro, com três colunas, críticas, sugestões e elogios. Havia na caixa um total de 17 papéis, o que surpreendeu toda a equipe, pois em anos anteriores os profissionais de outras equipes já haviam tentado implantar a caixa de sugestões, mas não houve devolutiva da população.

As principais críticas feitas foram relacionadas à demora em marcação de exames, dificuldades de acesso aos outros pontos da rede, e demora da visita do barco a algumas comunidades. Infelizmente a maior parte das queixas são de fato cabíveis, mas fogem da capacidade dos profissionais.

Uma queixa que chamou a atenção de toda a equipe foi em relação à ausência de assistência à um usuário acamado. De fato, era um indivíduo que não morava na zona adscrita, e que por este motivo sequer havia sido cadastrado pela equipe para visita domiciliar até aquele momento. Um dos ACS prontamente referiu a possibilidade de incluir o mesmo em sua microárea, e como se tratava de um caso que realmente requeria melhor acompanhamento, a equipe assumiu tal demanda.

Foi interessante perceber o interesse e proatividade dos profissionais na escuta às queixas, sugestões e elogios, bem como na proposição de estratégias de enfrentamento para os problemas enumerados.

Quanto às sugestões, houve apenas dois registros. O primeiro sugerindo a ampliação do horário de atendimento, o que também não havia possibilidade de viabilizar, e o segundo sugerindo uma explicação mais detalhada sobre os tratamentos. Não havia como identificar qual o autor da sugestão, mas no papel havia o seguinte registro: “queria que os doutores falassem mais devagar e explicassem direito para quem não sabe ler, como o meu tio e meu avô”.

No momento de leitura da segunda “sugestão” perguntei aos profissionais o que eles achavam que podia ter gerado aquela “quase crítica”. Um dos ACS timidamente levantou a mão, e referiu que muitos idosos que ele atendia tomavam os remédios em horários incorretos, porque não compreendiam como deviam organizar as medicações, não sabiam ler e moravam sozinhos.

Diante de tal relato percebemos a necessidade de intervir de maneira mais eficaz junto à tal população. Organizamos uma segunda reunião, em que foi criado um quadro de medicamentos, visando organizar com desenhos os horários propostos. Cada ACS ficou responsável por analisar nas visitas à idosos e portadores de Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) a regularidade do tratamento, e o grau de compreensão do usuário sobre o tratamento proposto.

Em três casos, usuários diabéticos estavam usando insulina de forma incorreta, com dose abaixo do indicado por haver tido troca da injeção, que passou a ter uma graduação diferente. Para estes usuários foi agendada uma consulta médica, e foram fornecidas seringas com marcação da dose já feitas com hidrocortisona permanente pelo próprio médico. Os demais usuários com baixo nível de escolaridade receberam o quadro de medicamentos (APÊNDICE B), e foram orientados pelos ACS, e durante as consultas médicas e de enfermagem de forma atenciosa, individual, e acolhedora sobre o tratamento proposto.

A assistência à saúde no contexto apresentado neste estudo impõe aos profissionais condições extremas de vulnerabilidade, exigindo maior proatividade, resolutividade e certo grau de improvisação. É importante ressaltar que as ações realizadas nas microintervenções impactaram significativamente o relacionamento da equipe, o vínculo entre profissionais e

comunidade, e a melhor comunicação entre gestão, equipe de saúde e comunidade.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No percurso do Curso de Especialização em Saúde da Família foi possível agregar conhecimentos teóricos e práticos que fundamentalmente contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional. A Unidade Básica de Saúde Vila Progresso atende à comunidades distantes entre si, cujo principal meio de acesso se dá por via fluvial. Por este motivo a assistência à Saúde acaba condicionada a uma série de fatores que não podem ser administrados pela equipe de saúde. Ainda neste contexto adverso, pode-se inferir que os profissionais se empenham ao máximo para melhor assistir a comunidade.

As microintervenções relatadas neste estudo são parte de um processo assistencial rico em vivências, partilha de conhecimentos, e construção diária do cuidado. Com a instituição de reuniões periódicas, ajuste no arranjo físico da Unidade de Saúde, bem como mudanças nos processos assistenciais e diálogo com a gestão conseguimos impactar positivamente os usuários assistidos, aumentando a qualidade assistencial, e também o vínculo entre equipe e comunidades.

A inserção da caixa de sugestões e leitura periódica das críticas, sugestões e elogios permite à equipe uma reflexão periódica de suas práticas e processos. Foi justamente com tal iniciativa que foram identificados problemas como a baixa compreensão do tratamento proposto por usuários com baixo nível de escolaridade, e com tal identificação elaboradas as estratégias de enfrentamento do problema.

Por fim, é importante ressaltar que espera-se manter os incrementos realizados de forma permanente, garantindo melhor acolhimento, humanização e resolutividade no âmbito da APS.

#### 4. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Elisabeth Campos de, et al. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.20 n.3, 2011.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília, 2008.

DIEGUES, Antonio Carlos (ORG); ARRUDA, Rinaldo Sergio Vieira; SILVA, Viviane Capezzuto Ferreira da; FIGOLS, Francisca Aida Barboza; ANDRADE, Daniela. **Os Saberes Tradicionais e a Biodiversidade no Brasil**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2001.

PENA, Paulo Gilvane Lopes; MARTINS, Vera; REGO, Rita Franco. Por uma política para a saúde do trabalhador não assalariado: o caso dos pescadores artesanais e das marisqueiras. **Rev. bras. saúde ocup.** v.38, n.127, 2013.

SANTOS, Milayny Ludmila; ANJOS, José Luiz dos; TAVARES, Otávio. Continuidades e discontinuidades das práticas corporais na comunidade tradicional Alto Santa Maria-ES. **J. Phys. Educ.**, v.27, n. e2746, 2016.

## 5. APÊNDICE

### Apêndice A: Panfleto desenvolvido pela equipe de saúde



**OLÁ!!!**

VAMOS NOS CONHECER MELHOR?

Nós somos da Equipe de Saúde da Família que atende a Zona Fluvial Itamatatuba, e gostaríamos que nos conhecesse melhor, já que nosso objetivo aqui é te auxiliar e melhor atender.

 Meu nome é: \_\_\_\_\_

Sou o agente comunitário de saúde que atende sua casa

Nossa equipe de enfermagem é formada pelos seguintes profissionais:

**Técnicos de Enfermagem:**

- Elson
- Francisca
- José
- Rozangela
- Weliton

**Enfermeiro: João Marques**

**Médico: Dr. José paulo dos Santos**

**Será um prazer conhecer você e sua família melhor, estamos abertos a sugestões e críticas.**



Fonte: Autoria própria (2020).