

Fluxos assistenciais e a integralidade da assistência à saúde de ribeirinhos

Care flows and comprehensiveness of health care for riverside communities

Flujos asistenciales y la integralidad de la asistencia a la salud de ribereños

Maria Kamyla da Silva Queiroz^I, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues^{II},
Laura Maria Vidal Nogueira^{III}, Ingrid Fabiane Santos da Silva^{IV}.

RESUMO

Objetivos: verificar se a organização da atenção em saúde vigente na Ilha do Combú atende ao princípio da integralidade da assistência à saúde de sua população; identificar possíveis lacunas nos fluxos assistenciais que inviabilizam e interferem na continuidade do tratamento aos ribeirinhos. **Método:** pesquisa qualitativa utilizando o método da pesquisa-ação e a técnica do grupo focal com 30 participantes entre usuários do serviço e profissionais de saúde da Ilha. Para o tratamento dos dados, adotou-se a análise de conteúdo temático dos depoimentos. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 1.388.689. **Resultados:** da análise emergiram três categorias: Serviço de saúde com qualidade; Dificuldade de acesso ao serviço de saúde; e Fluxos assistenciais e a integralidade. **Conclusão:** observou-se que aspectos referentes à qualidade dos serviços de saúde e os aspectos geográficos são fatores intervenientes no contexto da atenção ao princípio da integralidade, condicionado pelas características locais.

Descritores: Assistência à saúde; integralidade em saúde; enfermagem em saúde comunitária; serviços de saúde.

ABSTRACT

Objectives: to ascertain whether health care organization in effect on Ilha do Combú complies with the principle of comprehensive health care for its population, and to identify possible gaps in care flows that hinder and interfere with the continuity of treatment for riverside communities. **Method:** this qualitative study used the action-research method and focus group technique with 30 participants from among service users and health professionals from the island. Data were treated by thematic content analysis of their accounts. The project was approved by the research ethics committee (Opinion No. 1.388.689). **Results:** from the analysis, three categories emerged: Health service with quality; Difficulty of access to the health service; and Care flows and comprehensiveness. **Conclusion:** it was observed that factors relating to health service quality and geography intervene in the context of regard for the principle of comprehensiveness, which is conditioned by local region characteristics.

Descriptors: Health care; integrality in health; community health nursing; health services.

RESUMEN

Objetivos: verificar si la organización de atención a la salud vigente en la Isla del Combú atiende al principio de la integralidad de la asistencia a la salud de su población; identificar posibles blancos en los flujos asistenciales que inviabilizan e interfieren en la continuidad del tratamiento a los ribereños. **Método:** investigación cualitativa utilizando el método de la investigación-acción y la técnica del grupo focal junto a 30 participantes entre usuarios del servicio y profesionales de salud de la Isla. Para el tratamiento de los datos, se adoptó el análisis de contenido temático de las declaraciones. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo el Dictamen nº 1.388.689. **Resultados:** del análisis surgieron tres categorías: servicio de salud con calidad; dificultad de acceso al servicio de salud y flujos asistenciales y la integralidad. **Conclusión:** se observó que aspectos referentes a la calidad de los servicios de salud y los aspectos geográficos son factores intervenientes en el contexto de la atención al principio de la integralidad, condicionado por las características locorregionales.

Descriptores: Asistencia a la salud; integralidad en salud; enfermería en salud comunitaria; servicios de salud.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, organizado de forma regionalizada e hierarquizada¹. O termo integralidade da assistência está descrito na Lei 8.080, como um conjunto

articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade².

A Política Nacional de Atenção Básica por experiências acumuladas de atores envolvidos, historicamente, com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, atualizou conceitos na política e avançou no reconheci-

^IEnfermeira. Universidade do Estado do Pará. Brasil. E-mail: mariak.queiroz@gmail.com.

^{II}Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Comunitária da Universidade do Estado do Pará. Brasil. E-mail: ilar@globo.com.

^{III}Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Comunitária da Universidade do Estado do Pará. Brasil. E-mail: lauramavidal@gmail.com.

^{IV}Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará, Brasil. E-mail: ingridenfermeir@gmail.com

mento de um leque de modelagens de equipes para as diferentes populações do Brasil, entre elas a criação de unidades básicas de saúde fluviais (UBSF) e estratégia saúde da família (ESF) para as populações ribeirinhas³.

Na gestão em saúde das equipes da ESF, importa democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, promovendo atividades multiprofissionais e interdisciplinares, incorporando a renovação das práticas de saúde numa perspectiva de integralidade da assistência em que a valorização da atenção à saúde e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde, que se desenvolve ativamente nos serviços⁴.

Diante das transformações a partir da globalização e do desenvolvimento tecnológico, a área da saúde sofreu grande impacto ao perceber a necessidade de reformular seus processos de trabalho para a garantia da eficácia dos serviços⁵. Passou-se a considerar a qualidade como um requisito primordial para a sobrevivência econômica, em resposta ao aumento da exigência do consumidor e, ainda, uma demanda ética, legal e um direito social do cliente⁵.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivos: verificar se a atenção em saúde vigente na Ilha do Combú atende ao princípio da integralidade da assistência à saúde de sua população e identificar possíveis lacunas nos fluxos assistenciais que inviabilizam e interferem na continuidade do tratamento aos ribeirinhos.

REVISÃO DE LITERATURA

A atenção primária (AP) é entendida como primeiro nível da atenção à saúde no SUS e o primeiro contato dos usuários, que se orienta pelos princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade, com insumos e equipamentos necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com garantia de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar por meio dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados⁶.

Um atributo fundamental da AP é sua definição como porta de entrada do SUS, com o papel de garantir atenção a maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso aos outros níveis. O cumprimento dessa função implica acessibilidade nos contextos geográficos, temporais e culturais, utilização do serviço por parte dos usuários a cada novo episódio, exigência e realização de encaminhamentos dos profissionais da AP para acesso à atenção especializada⁷.

O sistema de referência e contrarreferência (SRCR) é o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de funcionamento para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão da rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos entre as diferentes redes

de saúde, porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, intequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços/equipe⁶.

O SRCR é um mecanismo administrativo, que se organiza de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS pelas pessoas que procuram as unidades básicas de saúde, no qual, àquelas de maior complexidade são chamadas unidades de referência. O usuário atendido na unidade básica de saúde (UBS), quando necessário, é referenciado para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Finalizado o atendimento o mesmo deve ser contrarreferenciado - o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para a continuidade do atendimento⁶.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo orientado pelo método da pesquisa-ação. Esta possibilita a resolução de um problema coletivo, no qual os participantes estejam envolvidos cooperativamente⁸. Considerou-se a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará sob Parecer nº 1.388.689. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram codificadas para profissionais e usuários, com as letras P e U respectivamente, além do número sequencial das entrevistas (P1...U1...).

Participaram 20 usuários do serviço de saúde, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, residentes na Ilha do Combú há pelo menos cinco anos, atendidos na ESF da Ilha e 10 profissionais de saúde: um médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), que trabalhavam na Ilha há pelo menos um ano e estavam no exercício de suas atividades no período da produção dos dados. Realizou-se a técnica do grupo focal, modalidade de entrevista grupal, na qual os participantes debatem sobre um tema em particular mediante estímulo do pesquisador⁹.

Realizaram-se três encontros semanais na UBSF do Combú, de fevereiro a março de 2016, com dois grupos de 15 participantes. Discutiram-se os seguintes temas: qualidade do serviço de saúde; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; fluxos assistenciais e a integralidade da assistência, atendendo aos interesses dos participantes e seguindo um roteiro previamente elaborado pelas pesquisadoras. Utilizou-se também um diário de campo.

O *corpus* para análise temática¹⁰ foi constituído das transcrições das discussões desencadeadas nos encontros e dos registros do diário de campo. Nas transcrições procedeu-se a leitura exploratória, identificando temas semelhantes em ocorrência e co-ocorrência de acordo com os objetivos propostos para o estudo o que culminou na organização de três categorias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias que emergiram após o tratamento das informações foram denominadas: Serviço de saúde com qualidade; Dificuldade de acesso ao serviço de saúde; e Fluxos assistenciais e a integralidade.

Estas serão apresentadas e discutidas a seguir.

Serviço de saúde com qualidade

Esta categoria discute percepções dos participantes em relação ao serviço de saúde com qualidade, mostrando que são bastante semelhantes.

Para a maior parte dos usuários, a qualidade do serviço de saúde se caracteriza por oferta de profissionais qualificados, disponibilidade de exames e consultas, além de estrutura física adequada. Constataram que está não é sua realidade, já que a maioria não consegue sequer realizar exames de imediato, tendo em vista as grandes dificuldades para exames específicos fora da ilha:

É ter funcionários capacitados, médicos e enfermeiros suficientes para cada área e, principalmente, remédios.(U1)

Saúde de qualidade é oferecer uma estrutura boa, é fazer nossos exames aqui mesmo, sem ter que esperar tanto, porque a gente sofre....(U9)

Nos serviços de saúde, a qualidade parte de três dimensões: estrutura, processo e resultado. A estrutura envolve os recursos financeiros, físicos, humanos, materiais e equipamentos necessários para a assistência médica. O processo se refere às atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários, inclui diagnóstico, tratamento e aspectos éticos da relação equipe de saúde e paciente. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos usuários¹¹.

Recomenda-se que unidade de saúde de AP deve contar com estrutura física mínima que contemple espaços para serviços de enfermagem, consultas médicas, sala de espera adequada para os usuários, entre outros, além de estar equipada para garantir atenção de qualidade à população sob sua responsabilidade, permitindo manejar seus problemas de saúde¹².

Esses aspectos também foram destacados pelos profissionais, mencionando que um serviço com qualidade precisa de elementos, que vão desde o acolhimento até a resolutividade do problema por completo. Nesse sentido, referiram o acolhimento como fator primordial para qualificar o serviço, já que o modo como os usuários são recebidos reflete o seu nível de satisfação à cerca do serviço prestado, o profissional assume o papel de acolher e dar uma resposta positiva e resolutiva para seus problemas de saúde.

Mencionam também a não realização de exames e a falta de medicamentos na própria unidade como fatores condicionantes para a insatisfação, já que conhecem a realidade dos usuários que, muitas vezes, não dispõem

de recursos para deslocamentos para realização de exames e/ou aquisição de medicamentos, o que influencia diretamente no sucesso e/ou continuidade de condutas terapêuticas, já que o acesso aos medicamentos depende da disponibilidade deles, a capacidade aquisitiva das pessoas e sua acessibilidade geográfica¹³:

[...] o serviço só será considerado ótimo quando realmente atender ao cidadão no que ele necessita e o serviço naquilo que lhe compete. (P1)

[...] o serviço de saúde com qualidade tem que ter exames especializados. (P4)

Saúde de qualidade é ser bem atendido, ter o acolhimento, bons médicos, pessoas capacitadas realmente para trabalhar, ter medicação[...]. (P7)

Os desafios que esses profissionais enfrentam para prestar assistência de qualidade na Ilha, atendendo ao princípio da integralidade, são muitos. O papel da equipe de saúde em áreas ribeirinhas exige o desenvolvimento de habilidades, como a realização de procedimentos específicos (cirúrgicos, diagnóstico e terapêutico), encaminhamentos a outros profissionais nos centros urbanos, a interpretação de exames sem laudo de especialistas (radiografias, por exemplo) e o manejo inicial das urgências e emergências (clínica, cirúrgica e psiquiátrica). Estas equipes que atuam em unidades isoladas são reduzidas e carecem de um maior poder de resolutividade, já que precisam trabalhar em condições extremas, lidando com a falta de materiais e instrumentos básicos para a realização de procedimentos simples¹⁴.

A equipe que atua na Ilha do Combú visa, entre outros aspectos, atender a população no que lhes compete, embora, muitas vezes, precisem recorrer às unidades de Belém para complementar seu atendimento e resolver os problemas de saúde da população. Para eles, o imaginário do serviço de saúde ideal se desfaz, quando dependem de serviços secundários para dar continuidade ao tratamento dos usuários, pois ambos vão se deparar com a dificuldade de acesso a exames específicos, decorrente da falta de médicos especialistas, e até mesmo pela demora para marcação de exames. Esses fatores os desafiam e frustram, pois, muitas vezes, não conseguem resolver os problemas de saúde da população.

Nas populações ribeirinhas, ainda mais do que nos centros urbanos, a atenção primária é, por vezes, a única porta de entrada ao SUS, incluindo situações de urgência e emergência. Nesse sentido, a disponibilidade do transporte adequado deve ser levada em consideração, bem como a qualificação e valorização do ACS para atuar nas mais diversas situações, posto que ele é o primeiro contato da comunidade com o serviço de saúde local¹⁵.

A equipe de saúde comprometida com sua população de abrangência gera um maior grau de confiabilidade e a relação profissional-usuário se dá de forma harmônica. Identificou-se que a população reconhece

o esforço dos profissionais que atuam na ilha para conduzir o processo de atenção à saúde com qualidade, pois, mesmo sem todas as condições necessárias, o fazem com dedicação, muitas vezes não vista em outros lugares.

Dessa forma, constata-se que o acolhimento vai além de receber o usuário na unidade, ele está em todo o processo de atendimento garantindo o acesso aos serviços que lhes são oferecidos. Acolher diz respeito à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema, ampliando, assim, a capacidade da equipe de utilizar o potencial dos diversos integrantes da mesma¹⁶. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária.

Dificuldade de acesso ao serviço de saúde

Nesta categoria, discutem-se as principais dificuldades que os usuários e profissionais enfrentam diariamente para chegar ao serviço de saúde.

Nesse aspecto, majoritariamente, os usuários relatam que a falta de transporte é o fator que mais dificulta sua ida às unidades de saúde, juntamente aos fatores econômicos, traduzidos na falta de recursos financeiros para utilizar o transporte, quando este se encontra disponível, tanto na Ilha como para deslocarem-se até Belém.

A atenção básica deve ser de fácil acesso à população e encontra referência na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, que assegura a todos os cidadãos o acesso de forma organizada, prioritariamente, por meio dos serviços de saúde da AP, próximos ao local de moradia dos usuários^{7,17}.

Nesta categoria, é abordada apenas a dimensão geográfica, que corresponde à localização dos serviços de saúde e pode ser medida pela distância linear entre este e os domicílios dos pacientes. O acesso é conceito complexo que tem várias dimensões: organizacionais, sociais e geográficas, que se inter-relacionam¹⁸.

A distância destaca-se como um dos fatores críticos que limitam o acesso dos ribeirinhos, tanto à unidade de saúde da Ilha quanto ao perímetro urbano de Belém, além de dificultar as visitas domiciliares dos profissionais. Quando questionados sobre qual a maior dificuldade de acesso aos serviços, destacaram a falta de transporte regular, além da incompatibilidade de horário de consultas médicas com os horários de transporte, entre outros:

[...] é complicado porque a gente não tem como ir toda hora, não tem o transporte disponível para ir fazer as coisas. (U4)

Eu acho que é o transporte, porque às vezes não tem a embarcação para levar a gente. (U7)

Constata-se que uma das dificuldades é o transporte, tendo em vista que estes têm como única estrada o rio, por onde se deslocam em busca de atendimento.

As viagens em pequenos barcos, chamados rabetas, são limitadas por fatores naturais que dificultam ou impedem essas viagens, tais como as condições climáticas e marítimas, que acarretam riscos, além dos fatores econômicos, porque nem todas as famílias possuem transporte ou condições de mantê-lo.

Os fenômenos climáticos e o padrão fluvial de cheia e vazante do rio dificultam o acesso, tanto dos ribeirinhos à procura da unidade, quanto das equipes de saúde no atendimento, o que revela uma grande desigualdade de acesso aos serviços de saúde, em comparação com as áreas urbanas¹⁹.

Para todos os profissionais que trabalham na Ilha, o transporte é um dos fatores que mais dificulta o acesso dos usuários à UBSF, e dos profissionais ao domicílio dos usuários:

Não tem transporte, então organizamos uma agenda de cuidados pra pessoa vir naquele dia e de acordo com os programas estabelecidos, eles não conseguem, acabam vindo de carona com algum vizinho em outro dia. (P2)

[...] a gente não consegue fazer a visita adequadamente, porque alguns locais são longe, e a lancha não é coberta. (P3)

Dessa forma parte da atenção não é realizada com eficiência por falta de transporte, as visitas domiciliares são prejudicadas, já que é grande a distância entre os domicílios. Também para os profissionais, os meios de deslocamento disponíveis são as rabetas, que colocam suas vidas em risco e, muitas vezes, aumentam suas despesas, pelo abastecimento dessas embarcações, para que possam desenvolver suas atividades.

Ressalte-se a dimensão política que orienta o acesso, como responsabilidade do Estado, que deve ser garantido pela distribuição planejada de recursos de rede de serviços, considerando a localização geográfica da unidade, a disponibilidade dos serviços que a compõem, de acordo com as necessidades da população²⁰. A implantação de um Sistema de Transporte Eletivo Fluvial garantiria melhor acesso aos serviços, bem como facilitaria a realização das visitas domiciliares, oferecendo aos profissionais e usuários segurança, e acesso à Ilha.

A expansão da AP leva em conta que serviços dessa natureza devem estar próximos da população e de fácil acesso²¹. Entretanto, embora a universalização da atenção à saúde esteja constitucionalmente assegurada e a expansão da ESF tenha em muito contribuído para esta finalidade, as barreiras organizacionais de acesso à rede básica são ainda um problema central para a consolidação do SUS no país²².

Fluxos assistenciais e a integralidade

Discute a percepção dos participantes sobre o funcionamento do SRCR, fator primordial para atender ao princípio da integralidade, propiciando a continuidade do tratamento, bem como a manutenção e recuperação da saúde deles.

Os usuários revelaram dificuldades com o referenciamento, pois se deparam com unidades lotadas, com pouca oferta de atendimento, dificultando a marcação de consultas e exames especializados. Afirmam que essa situação interfere no diagnóstico e recuperação, levando ao agravamento de doenças. A assistência integral à saúde permanece um grande desafio, à medida em que exige combinar as dimensões da vida para a prevenção de agravos e recuperação da saúde²³.

Constatou-se nos depoimentos, que o SRCR não funciona na prática, tendo em vista as grandes dificuldades que os clientes enfrentam ao procurar os serviços de saúde na capital:

[...] a gente vai disputar com uma unidade que já está 'encharcada', a dificuldade é muito grande de referenciamento. (U6)

Seria bom se a gente fosse encaminhada direto e lá já fizesse todos os exames logo. (U13)

[...] e o médico encaminha para Belém, mas quando se chega lá nada funciona. (U10)

A questão da integralidade da atenção não deve ser vista apenas sob o aspecto da organização dos recursos disponíveis, mas especialmente, do fluxo do usuário para o acesso aos serviços de saúde. Para garantir a integralidade, é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar¹⁷.

A integração entre as equipes de saúde da ESF na rede de atenção é condição essencial para que as equipes exerçam sua responsabilidade sanitária mediante a população do território-área. Mesmo tendo a AP capacidade de resolubilidade de cerca de 90% dos problemas de saúde, o fluxo dos usuários aos pontos de atenção dos outros níveis e ao sistema de apoio, é imprescindível para a atenção integral e reconhecimento, por parte da população, do papel integrador da ESF nessa rede de atenção²⁴.

Quando os fluxos assistenciais não funcionam, o usuário fica sem direcionamento na rede e agrava seu problema. A falha dos fluxos assistenciais pode ser percebida no próprio SRCR, que não funciona de acordo com o previsto, posto que é fundamentado pelo Plano Diretor de Regionalização que visa, entre outros, o estabelecimento de mecanismos e fluxo de referência e contrarreferência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços, de acordo com suas necessidades²⁵.

Este aspecto também foi destacado pelos profissionais, ao apontarem dificuldades com o SRCR, pois, além do acesso limitado a consultas e exames, não há o retorno da contrarreferência para o profissional, o que dificulta o trabalho dos médicos na Ilha, pois os usuários retornam sem saber informar o que aconteceu na consulta especializada:

Eu nunca vi uma contrarreferência em três anos de serviço, nunca! (P2)

[...] o atendimento, aqui, ele consegue, o que não consegue são os encaminhamentos, algumas especialidades não existem na rede. (P3)

Tanto as consultas especializadas como os exames que são referenciados daqui demoram às vezes até anos! (P8)

No contexto da hierarquia, percebe-se que esses sistemas ficam fragmentados, e se (des) organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde que não se comunicam entre si e, conseqüentemente, são incapazes de prestar atenção contínua à população. A AP não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis, também não se comunicam com a atenção terciária à saúde²⁶.

A equipe da ESF preocupa-se em prestar atenção integral aos usuários, mesmo na ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência. A partir do instante em que a continuidade do cuidado é interrompida, há predominância e fortalecimento do modelo clássico de assistência em saúde, sustentado no modelo biomédico e busca, essencialmente, solução para os sinais e sintomas apresentados pelos indivíduos, em detrimento de uma atenção integral²⁷.

Quanto melhor estruturado for esse fluxo entre os serviços, maiores serão sua eficiência e eficácia. Sua não efetivação pode ser considerada uma deficiência importante no contexto do SUS, já que compromete a continuidade da assistência prestada²⁸. Assim, constata-se que esse sistema se apresenta de forma fragmentada, com dificuldades no acesso, descontinuidade assistencial, comprometendo a integralidade da atenção, sem responder adequadamente às exigências das necessidades de saúde²⁹.

CONCLUSÃO

Constatou-se que aspectos referentes à qualidade dos serviços de saúde e os aspectos geográficos são fatores intervenientes no contexto da atenção ao princípio da integralidade, provavelmente pelas próprias características geográficas, que são parte do cotidiano de usuários e profissionais.

A atenção à saúde na Ilha não consegue atender às necessidades diferenciadas da população ribeirinha, tampouco ao princípio da integralidade, posto que os profissionais não têm como realizar determinados procedimentos, em decorrência da limitação de recursos humanos e materiais, mostrando a premente carência de um serviço de saúde mais completo.

Entende-se que o funcionamento regular dos fluxos de assistência permitiria melhor integração entre a rede de serviços, oferecendo aos usuários um atendimento de qualidade. A eficácia desejada implica fatores que dependem, não somente dos profissionais, mas também do empenho dos gestores e gerentes das unidades, visando garantir a resolutividade e a integralidade da assistência.

O reduzido número de profissionais participantes é uma limitação deste estudo o que impede a generali-

zação dos achados. Entretanto, esta pesquisa desperta a atenção para a necessidade de ampliar e qualificar ações de saúde no contexto das populações especiais.

REFERÊNCIAS

1. Senado Federal (Br). Decreto 7508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a lei 8.080, de 19 setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília (DF): Gráfica do Senado; 2011.
2. Ministério da Saúde (Br). Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Gráfica do Senado; 1990.
3. Ministério da Saúde (Br). Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
4. Piovesan LR, Schimith MD, Simon BS, Budó MLD, Weiller TH, Brêtas ACP. Promoção da saúde na perspectiva de enfermeiros de atenção básica. Rev. enferm. UERJ. 2016 [citado em 15 abr 2017]; 24(3):e5816. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n3/v24n3a09.pdf>
5. Borsato FG, Vannuchi MTO, Haddad MCF. Qualidade da assistência de enfermagem: ambiente do paciente em hospital público de média complexidade. Rev. enferm. UERJ. 2016 [citado em 14 abr 2017]; 24(2):e6222. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n2/v24n2a06.pdf>
6. Conselho Nacional de Saúde (Br). Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília (DF): CONASS; 2011.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2014.
8. Thiollant M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.
9. Lima AA, Heck RM, Barbieri RL, Portelinha MK, Lopes ACP. Alternativas para a saúde: fitoterápicos populares produzidos por um grupo de agricultoras. Rev. enferm. UFPE on line. 2016 [citado em 17 abr 2017]; 10(9):3320-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11412/13193>
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70; Lisboa (Pt). 2011.
11. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana; 1980.
12. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Neto PP, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. Rev. bras. enferm. (Online) 2018 [cited 2018 Jan 12]; 71(1): 546-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700546&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en
13. World Health Organization. Management Sciences for Health. Defining and measuring access to essential drugs, vaccines, and health commodities. Report of Consultative Meeting. (cited 2017 Apr 4). Available from: <http://www.msh.org/seam>
14. Ando NM, Amaral Filho RCG. Medicina de família e comunidade em cenários específicos: população ribeirinha. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012. p.469-74.
15. Ando NM, Amaral Filho RCG. La medicina rural y los indicadores de salud rural en la amazônia. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2012. p.112-3.
16. Ministério da Saúde (Br). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2ª. Ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
17. Ministério da Saúde (Br). Carta dos direitos dos usuários da saúde. – 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
18. Cunha ABO, Silva LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública (Online) 2010; [citado em 23 jan 2018]; 26(4):725-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400015&lng=en.
19. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MAC, Santos AF. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. Cad. Saúde Pública (Online). 2018 [citado em 16 jan 2018]; 34(2): e00201515. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000205004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
20. Ando NM, Targa LV, Almeida A, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD, et al. Declaração de Brasília: 'o conceito de rural e o cuidado à saúde'. Rev. bras. med. fam. comunidade. 2011 [citado em 14 jan 2018]; 6(19): 142-4. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/390/317>
21. Mishima SM, Campos AC, Matumoto S, Fortuna CM. Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems?. Rev. latinoam. enferm. (Online). 2016 [cited 2018 jan 19]; 24: e2674. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692016000100306&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
22. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface comun. saúde educ. 2010 [citado em 19 jan 2018]; 14(35):797-810. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en
23. Ferreira LR, Artmann E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. Ciênc. Saúde coletiva (Online). 2018 [citado em 09 jan 2018]; 23(5): 1437-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1437.pdf>
24. Torralbo FAP, Juliani CMMC. O sistema de referência e contrarreferência no atendimento ao adolescente: realidade x integralidade. Rev. enferm. UFPE on line. 2011 [citado em 28 abr 2017]; 20(4): 867-74. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/7050/14538>
25. Franco CM, Santos SA, Torres KRB. Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde / Fiocruz; 2011.
26. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Assistência à Saúde Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade de acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. 2ª. Ed. Brasília (DF): Editora MS; 2002.
27. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em saúde – Brasília (DF): CONASS; 2011.
28. Sousa MF. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev. bras enferm. (Online). 2008 [citado em 20 abr 2017]; 61 (2): 153-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000200002&script=sci_abstract&tlng=pt
29. Pontes ANP, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2009 [citado em 20 jan 2018]; 13:500-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452009000300007&script=sci_abstract&tlng=pt