

Conhecimento de profissionais da atenção primária em saúde sobre política de saúde para populações ribeirinhas

Knowledge of primary health care professionals on health policies for the riverside population

Conocimiento de profesionales de atención primaria de salud sobre política de salud para poblaciones de ribereñas

Leandro Barreto da Silva^I

ORCID: 0000-0002-7961-9986

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues^I

ORCID: 0000-0001-9968-9546

Laura Maria Vidal Nogueira^I

ORCID: 0000-0003-0065-4509

Ingrid Fabiane Santos da Silva^{II}

ORCID: 0000-0002-9191-833X

Felipe Valino dos Santos^I

ORCID: 0000-0002-6116-3802

RESUMO

Objetivos: analisar conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a política de saúde para a população ribeirinha; analisar o desenvolvimento das práticas de saúde direcionadas a esse grupo e discutir facilidades e dificuldades de implementar essa política. **Métodos:** estudo qualitativo, descritivo, com 24 profissionais das Equipes de Estratégia Saúde da Família Ribeirinha no município de Belém-Pará. Os dados foram produzidos em entrevista individual e analisados por Análise de Conteúdo. **Resultados:** embora os profissionais conheçam algo da política pública de saúde, há necessidade de ampliar e fortalecer conhecimentos sobre a política de saúde para população ribeirinha. As atividades direcionadas às comunidades ocorriam na própria Unidade, sendo que algumas não eram desenvolvidas por insuficiência de recursos materiais e humanos. **Considerações Finais:** a maior dificuldade para a organização da assistência à saúde é a carência de recursos materiais e humanos, e a maior facilidade é a união e coesão na equipe de saúde.

Descritores: Política de Saúde; Populações Vulneráveis; Atenção Primária em Saúde; Assistência à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the knowledge of health professionals on the health policies for the riverside population; identify how health practices with this group are developed; and discuss facilitators and barriers for the implementation of these policies. **Methods:** qualitative and descriptive study with 24 professionals from the Riverside Family Health Strategy Teams in the city of Belém-Pará. Data were collected in individual interviews and analyzed by Content Analysis. **Results:** although professionals demonstrate knowledge about public health policies, there is a need to expand and strengthen knowledge about health policies for the riverside population. The activities directed to the communities took place in the Unit itself, and some did not occur due to insufficient material and human resources. **Final Considerations:** the greatest barrier for the organization of health care is the lack of material and human resources, and the most prominent facilitator was the union and cohesion of the health team.

Descriptors: Health Policy; Vulnerable Populations; Primary Health Care; Delivery of Health Care; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivos: analizar el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la política de salud para la población ribereña; analizar el desarrollo de prácticas de salud dirigidas a este grupo en la implementación de esta política. **Métodos:** estudio cualitativo y descriptivo con 24 profesionales de los Equipos de Estrategia en Salud de la Familia Ribereña en la ciudad de Belém-Pará. Los datos fueron producidos en entrevistas individuales y analizados por Análisis de Contenido. **Resultados:** aunque los profesionales sepan algo sobre políticas de salud pública, existe la necesidad de expandir y fortalecer el conocimiento sobre políticas de salud para la población ribereña. Las actividades dirigidas a las comunidades tuvieron lugar en la propia Unidad. **Consideraciones Finales:** la mayor dificultad para la organización de la atención de la salud es la falta de recursos materiales y humanos, y la más fácil es la unión y la cohesión en el equipo de salud.

Descritores: Política de Salud; Poblaciones Vulnerables; Atención Primaria de Salud; Cuidado de la Salud; Estrategia de Salud Familiar.

^IUniversidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva LB, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Silva IFS, Santos FV. Knowledge of primary health care professionals on health policies for the riverside population.

Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190080.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0080>

Autor Correspondente:

Ingrid Fabiane Santos da Silva
E-mail: ingridenfermeir@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 20-03-2019

Aprovação: 15-09-2019

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à saúde deve se desenvolver por meio de práticas de cuidado e gestão, sendo democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe. As ações são dirigidas às populações vivendo em territórios definidos, pelas quais a equipe deve assumir a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente nesses territórios e os sujeitos em sua singularidade e inserção sociocultural⁽¹⁻²⁾.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Unidade Básica de Saúde (UBS) é de suma importância, pois ela deve garantir acessibilidade e acolhimento à população que procura os serviços de saúde. É de sua competência também coordenar a integralidade do cuidado, oferecendo resolutividade com equidade, segundo a necessidade de cada usuário, servindo como porta de entrada universal às Redes de Atenção à Saúde (RAS), e referenciando e contrarreferenciando o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo suas necessidades⁽¹⁾.

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o plano prioritário à expansão e consolidação da PNAB. Por meio desta, é possível acompanhar grande parte do processo saúde/doença em todo o ciclo de vida, fazendo a gestão do cuidado integral. Assim, é necessário desenvolver relações de vínculo e responsabilidade entre os componentes das equipes, e entre estes e os usuários, para garantir a longitudinalidade do cuidado, sendo esse um processo que tem o cuidado centrado no cliente, possibilitando acompanhamento clínico e permanente das intervenções de saúde⁽¹⁾.

Apesar de a sociedade brasileira ter se modificado nos últimos anos, originando os grandes conglomerados urbanos, ainda existem populações tradicionais remanescentes que vivem fora deles e preservam seu próprio meio de reprodução espacial e sociocultural. A garantia de atenção à saúde para essas populações vulneráveis se manifesta por meio da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PN-SIPCA) que, baseada no princípio da equidade, busca reconhecer as diferenças nas condições de vida, saúde e nas necessidades das pessoas, entendendo que o direito de acesso à saúde deve reconhecer diferenças sociais, atender a diversidade, garantindo acesso desses grupos populacionais ao SUS⁽³⁾.

Para a população em geral a incorporação desses segmentos na PNAB se dá por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), diferenciando-se da ESF que atende a população urbana, já que as equipes da ESFR necessitam de organização diferenciada para construção do processo de trabalho que irá garantir às comunidades ribeirinhas acesso integral à saúde⁽⁴⁾.

O local de atuação dos profissionais da ESFR são as comunidades cortadas por rios e braços de rios, com difícil acesso, onde, na maioria dos casos, o transporte fluvial é o único meio viável. Esta peculiaridade geográfica se configura em dificuldades de locomoção, prejudicando o acesso dos usuários aos serviços de saúde, apesar de estarem, geograficamente, próximas a grandes centros urbanos, acarretando também em dificuldades a serem enfrentadas pelos profissionais. Além disso, é necessário que os profissionais conheçam as ferramentas norteadoras da Atenção Básica, apropriando-se das questões culturais locais para conquistar

a confiança da comunidade, fomentando assim a criação de vínculo e a longitudinalidade do cuidado⁽⁵⁾.

Essa é a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde que atuam nas ESFR, nas quais o processo de gestão da assistência de saúde requer uma grande capacidade de adaptação. É importante que seja assegurado à população ribeirinha acesso integral à saúde, com uma organização de serviços que não seja estática, mas sim ajustada de acordo com as necessidades referenciadas pelos usuários, que se encontram muitas vezes, literalmente, às “margens” da saúde pública brasileira⁽⁵⁾.

OBJETIVOS

Analisar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a política de saúde definida para a população ribeirinha; identificar como se desenvolvem as práticas de saúde direcionadas para esse grupo; e discutir facilidades e dificuldades para a implementação dessa política.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa atendeu a Resolução CNS 466/2012⁽⁶⁾, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará. Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que manifestassem seu aceite de participação por escrito. O sigilo da identidade foi preservado pelo uso de código alfanumérico, utilizando-se a letra P, de profissional, seguida do número de ordem das entrevistas.

Tipo de estudo e cenário

Estudo qualitativo descritivo, baseado nos critérios consolidados para relato de estudos qualitativos – COREQ⁽⁷⁾, desenvolvido no período de fevereiro a maio de 2018 em quatro Unidades de Saúde da Família (USF), que contam com equipes da Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) do município de Belém, estado do Pará. Segundo o Ministério da Saúde, existem 95 ESFR implantadas em cinco Estados da região Norte do país, sendo 38 no Pará e 07 no município de Belém⁽⁸⁾. Para o estudo foram selecionadas as ESFR Águas Lindas; USFR Ilha de Cotijuba; USFR Furo das Marinhas; e USFR Sucurijuquara. Que representam, juntas, 57% das ESFR do município de Belém, distribuídas nos diversos Distritos Administrativos e gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA).

Fonte de dados

Participaram do estudo 24 profissionais dos 31 que atuavam nas ESFR selecionadas, correspondendo a 77,4%. Foram incluídos todos os profissionais que atuavam nas equipes da ESFR há pelo menos seis meses e estavam em pleno exercício de suas atividades profissionais no período de produção dos dados. Foram excluídos sete profissionais em virtude da impossibilidade de pactuar dias e horários propícios às entrevistas.

Coleta e organização dos dados

Os dados foram produzidos por meio de entrevista individual através de formulário semiestruturado aplicado pelo pesquisador. Contendo perguntas sobre seus conhecimentos da política pública de saúde para a população ribeirinha, como se desenvolvem as práticas de saúde direcionadas a esse grupo e suas dificuldades e desafios para implementação efetiva dessas políticas.

A abordagem aos participantes foi feita nas UBS, sendo o primeiro contato com a gerência dos Serviços que reuniu os profissionais para apresentação do projeto, esclarecimento de dúvidas e convite para participação. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais e realizadas em uma sala na própria Unidade. Foram gravadas com autorização prévia, para posterior transcrição, assegurando manter a fidedignidade dos depoimentos.

Análise dos dados

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo⁽⁹⁾ e o *corpus* constituído pelo conjunto de entrevistas foi organizado de acordo com os temas mais recorrentes referidos pelos participantes. Posteriormente, foi realizada a análise global das respostas, na procura de temas que fossem comuns em ocorrência e/ou coocorrência, culminando com a identificação de 12 temas que versaram sobre: conceito de políticas públicas, conceito da política específica, estrutura física da Unidade, carência de recursos humanos, materiais e financeiros, apoio da gestão, planejamento das atividades, acesso da população e dos profissionais, trabalho em equipe, condições de trabalho e importância da capacitação.

Esses foram organizados em duas categorias temáticas, atendendo aos objetivos do estudo: "conhecimentos e práticas dos profissionais sobre a política de saúde para população ribeirinha" e "facilidades e dificuldades para assistência à população ribeirinha". Os dados foram discutidos à luz das evidências científicas mais recentes publicadas sobre o tema, além da legislação vigente e documentos oficiais do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Entre os participantes predominou o sexo feminino com 21 dos profissionais (87,5%), a idade variou de 23 a 72 anos, prevalecendo à faixa etária de 30 a 45 anos para 11 profissionais (45,8%). Com relação às categorias profissionais foram 13 (54,1%) agentes comunitários de saúde, quatro (16,6%) enfermeiros, dois (8,3%) médicos e cinco (21%) técnicos de enfermagem. Predominou o regime de trabalho celetista com 22 participantes (91,6%), e o tempo de atuação na equipe variou de 7 meses a 15 anos, sendo que nove (37,5%) informaram estar nas equipes entre cinco e seis anos. Quanto à pós-graduação, três (12,5%) profissionais haviam concluído especialização.

Conhecimentos e práticas dos profissionais sobre a política de saúde para população ribeirinha

Nesta categoria são abordados os conhecimentos dos profissionais de saúde a respeito da política pública de saúde destinada

às comunidades ribeirinhas e respectivas atividades assistenciais.

Para 16 dos profissionais (66,6%), o conceito de políticas públicas de saúde é entendido como o conjunto de ações, medidas, programas, projetos e planos desenvolvidos pelas esferas Municipal, Estadual e Federal, destinado a atender melhor a população como um todo, tanto nos aspectos gerais da saúde, quanto nas necessidades mais específicas. A seguir, alguns depoimentos sobre esse ponto:

[...] *Políticas públicas seriam as políticas que deveriam atender a população em geral de forma adequada, [...] em todo o contexto geral da população e cada um [grupo] nas suas especificidades, hipertensos, diabéticos.* (P1)

[...] *São políticas feitas para população, com oferta de consultas e serviços médicos, enfermagem e como nós trabalhamos nas ESF; trabalhamos em serviços de prevenção.* (P11)

[...] *São ações que o governo faz para cumprir principalmente o Sistema Único de Saúde, e nós desenvolvemos. O governo tem programas bons de diabetes, hipertensão, pré-natal, hanseníase, tuberculose, são programas muito bons [...], nós trabalhamos como PSF, trabalhamos mais a prevenção em saúde e com essa prevenção, a gente tem conseguido cobrir pelo menos uns 80% da população.* (P24)

Embora os participantes tenham demonstrado conhecer as políticas públicas de saúde em geral, quando se buscou os conhecimentos específicos sobre a política de saúde, que embasa o trabalho com as comunidades ribeirinhas, identificou-se que 22 dos profissionais (91,6%) têm pouca clareza sobre elas, conforme os relatos a seguir:

[...] *Eu particularmente não conheço uma política pública especificamente dentro da saúde para a população ribeirinha. Eu sei que eles têm alguns benefícios, eles conseguem consulta da forma diferente, mas relacionado à área da saúde eu não conheço. [...]. Eu tenho dúvidas...* (P12)

[...] *Não conheço todas, conheço em parte, mas tenho muitas dúvidas, pois nem todas acontecem e são aplicadas aqui na unidade.* (P20)

[...] *a política para populações ribeirinhas é um todo, eu não vejo assim a questão ribeirinha, única e sozinha, ela é envolvida no contexto de toda a Unidade ou trabalho; não tem algo voltado só para si, pelo menos aqui não temos isso. Eu não conheço, tenho dúvidas sobre essas políticas.* (P15)

Com relação às práticas profissionais direcionadas à assistência da saúde para populações ribeirinhas, 100% dos profissionais afirmaram que estas são planejadas e desenvolvidas no âmbito das Unidades de Saúde, tais como: palestras, consultas de enfermagem, consultas médica, entre outras, atendendo a demanda espontânea que procura a Unidade de Saúde. Embora, muitas vezes a população tenha dificuldade para chegar até ela.

[...] *Realizamos todas as atividades aqui na Unidade quando eles vêm, e quando vamos à comunidade, mas [isso] é de vez em quando, geralmente em campanhas de vacinação.* (P8)

[...] *Consultas médicas, consultas de enfermagem, exame de PCCU, teste do pezinho, vacinação, [...] inclusive com as populações ribeirinhas quando eles vêm até nós.* (P9)

[...] *Palestras, ações, atividades com temas educativos de saúde, como educação sexual, sobre câncer de mama, cuidados com a grávida e a criança, entre outras. Sempre tentamos fazer essas atividades com a população ribeirinha aqui na Unidade. Sempre estamos marcando, contudo sempre tem o fator das marés. Marcamos uma semana antes sempre, para que a maré não prejudique a vinda deles. Às vezes, eles conseguem vir à Unidade e realizamos todas as atividades com eles.* (P22)

Quanto às ações que devem ser desenvolvidas no âmbito da comunidade, 21 dos profissionais (87,5%) relataram que tais ações não seguem um planejamento prévio e a maioria delas é realizada na comunidade por ocasião de campanhas de vacinação. Nesses momentos, aproveitando a disponibilidade de recursos, são realizadas visitas domiciliares, consultas médicas, consultas de enfermagem, atividades educativas, entre outras.

[...] *Atendimento médico, de enfermagem, vacinação, roda de conversa, entre outros programas que são desenvolvidos, de acordo com o solicitado pela coordenação de cada programa do Ministério da Saúde, desenvolvemos aqui na ESF.* (P19)

[...] *A gente atende o ribeirinho aqui assim... O acesso se dá, quando conseguimos uma verba de vacina. Quando vem essa verba para vacina, em forma de gasolina, nós revertemos para o barqueiro, como troca, e ele nos leva até a comunidade, [...] a gente faz a vacina do ribeirinho, faz a promoção e a prevenção nesse dia, e nesse dia temos que fazer tudo o que conseguimos. Aonde a gente consegue chegar, a gente faz.* (P16)

[...] *Realizamos todas as atividades da Atenção Básica, [...] principalmente como Saúde da Família, nós trabalhamos com a prevenção, todos os programas, fazemos a assistência, ensinamos, atendemos e ou nós vamos até a comunidade ribeirinha. Mas temos ido pouco, pois faltam recursos materiais. Atenção básica de atendimento a eles tem uns seis meses que nós não vamos até a comunidade ribeirinha, por falta de recursos.* (P22)

Facilidades e dificuldades para assistência à população ribeirinha

Descrevem-se aqui as facilidades e dificuldades enunciadas pelos profissionais para desenvolver o processo de trabalho em saúde, para a assistência à saúde da população ribeirinha. Com relação às facilidades, constatou-se que para 22 dos profissionais (80%) a união e o trabalho em equipe são as principais facilidades para organização do seu processo de trabalho. Em seus depoimentos, aparece com destaque a importância do planejamento conjunto para organizar as atividades, de modo a atender as reais necessidades de saúde da população ribeirinha.

[...] *Disponibilidade dos ACS de participar, pois não se negam a realizar atividades. Sempre que precisamos fazer algo eles se disponibilizam a fazer [...]. A interação, com certeza, é muito boa, e eu digo assim, que sem a participação deles, não acontece.* (P1)

[...] *A equipe é muito boa, então a gente trabalha com essa facilidade. A gente consegue resolver as questões que surgem para nós e, às vezes, as [atividades] externas de deslocamento com nossos próprios recursos. Então, a gente tenta se organizar e faz o serviço acontecer.* (P11)

[...] *Principalmente a equipe. Nós temos uma equipe muito boa e muito coesa, e nós juntos, várias cabeças pensando, a gente organiza e temos uma boa resposta.* (P22)

Em relação às dificuldades para organizar a assistência, destaca-se nos depoimentos de 21 dos profissionais (87,5%) que as condições de trabalho para desenvolver a assistência à população ribeirinha não favorecem o processo de trabalho e, consequentemente, tornam a prestação de serviços de saúde insuficiente para atender as demandas. A carência de recursos humanos e materiais, bem como a falta de estrutura física adequada, foram relatadas como as maiores dificuldades para realizar as atividades em saúde com as comunidades ribeirinhas:

[...] *As dificuldades é que sempre a equipe não está completa, com todos os profissionais da área da saúde, como agora, que estamos sem médico.* (P2)

[...] *Principalmente material, pois somos uma casa de Saúde da Família sem curativo, sem farmácia, sem vacinação, sem barco para atender os ribeirinhos e isso tudo é básico na Atenção Básica e nós não temos aqui [...]. Se não tivermos a campanha de vacina não vamos até as comunidades ribeirinhas, pois é quando vem o recurso para poder ir lá, e aí aproveitamos e fazemos tudo o que é possível com essas populações.* (P22)

[...] *eu acho que a nossa Unidade não tem estrutura [...] é tudo muito pequeno, e ela já foi reestruturada. Para colocarmos algo aqui temos que retirar outro [...], inclusive temos cadeiras de rodas e um aparelho para esterilizar material que não está aqui, porque não temos espaço para instalar. Então, nosso espaço físico deixa muito a desejar.* (P15)

DISCUSSÃO

O entendimento manifestado pelos profissionais é coerente no que se refere ao contexto geral do que as políticas públicas de saúde preconizam como modelos assistências propostos pelo SUS, visto que estas são compreendidas como conjunto de programas que objetivam a inclusão de todos os segmentos populacionais, com garantia de participação e acessibilidade aos serviços de saúde, como parte do exercício pleno de cidadania⁽¹⁰⁾.

Já o conhecimento sobre a legislação da organização da assistência à saúde das populações ribeirinhas é crucial para conhecer os recursos disponíveis e os deveres dos profissionais na prestação da assistência. Porém, pôde-se constatar que grande parte dos profissionais desconhecia a legislação que embasa o trabalho e a assistência às comunidades ribeirinhas, como a Portaria nº 837/2014, que redefine a organização das ESFR e Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos municípios da Amazônia Legal e discorre sobre a organização, gestão e financiamento dos serviços da Atenção Básica para as populações ribeirinhas⁽¹¹⁾.

Importa, também, conhecer sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PN-SIPCF), criada em 2011 para contemplar as necessidades dessa população, visando promover o acesso às ações e serviços de saúde, bem como redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícola, e a melhoria dos indicadores de saúde. Essa política foi resultado de amplo debate com as mais variadas representações sociais das comunidades tradicionais em seu processo de construção⁽¹²⁾. Busca-se reconhecer as necessidades de grupos específicos, no caso os ribeirinhos, atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos.

Em relação às ações e serviços de saúde prestados pelos profissionais, identificou-se que embora estes se esforcem para planejar as ações externas, estas, na maioria das vezes, ocorrem no âmbito da própria ESF, resumindo-se a atender a demanda espontânea da população que consegue se deslocar até o serviço, posto que os profissionais contam com poucos recursos para deslocar-se até a comunidade.

Vale ressaltar que, embora a ESFR também tenha atribuições a serem desenvolvidas na USF – como a atualização do cadastramento das famílias; cuidados e ações de atenção à saúde; acolhimento dos usuários; busca ativa e notificação de doenças, entre outras -, a característica principal de sua ação estratégica é atuar diretamente junto à comunidade, buscando adequar as ações e serviços para atender realidades singulares de cada população⁽¹³⁾.

À semelhança do que ocorre nas ESFR que participaram deste estudo com outros municípios brasileiros, é que também enfrentam tais dificuldades que, muitas vezes, ocorrem por questões institucionais relacionadas à gestão de recursos para promover assistência e o financiamento dos serviços. A falta de incentivo, representada pela carência de recursos financeiros, atrelada à má gestão desses recursos públicos, dificultam a continuidade das ações, serviços e promoção da saúde para poder atender as necessidades e a manutenção de programas de saúde à população⁽¹⁴⁾.

Dentre as facilidades encontradas pelos profissionais para realizar a assistência às comunidades ribeirinhas destaca-se o trabalho em equipe. Sendo identificado por eles e por estudiosos da área da saúde coletiva⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ como um alicerce que garante o funcionamento adequado do processo de trabalho na ESF, com a construção de uma prática interdisciplinar de conhecimentos e ações, com finalidades coletivas que vai além do saber técnico específico de cada profissional. Assim, são importantes as reuniões da equipe multiprofissional na ESF para entender e organizar as ações interdisciplinares em saúde, consistindo em um importante espaço de troca de conhecimentos e integração capaz de promover o cuidado integral em prol do usuário.

Em contrapartida, muitas são as dificuldades enfrentadas no cotidiano dos profissionais para realizarem suas atividades. A carência de condições adequadas para realizar o processo de trabalho na assistência à saúde aos ribeirinhos se configura como a principal dificuldade nesse cotidiano dos serviços. Vale ressaltar que a falta de infraestrutura nas Unidades de Saúde e ausência de transporte para a equipe realizar as visitas domiciliares são fatores que impedem a prestação de serviços de saúde à comunidade⁽⁴⁾.

É necessário ambiente de trabalho que dê condições aos profissionais, sendo fundamentais os investimentos na Atenção

Básica para a estruturação de serviços de saúde, com disponibilidade de espaços físicos que sejam adequados para profissionais e usuários, evitando o estresse por realizar atividades em ambientes exíguos para atender a população. Além disso, há necessidade também da garantia de recursos materiais e insumos, em qualidade e quantidade⁽¹⁷⁾.

Atrelada a essas dificuldades está à carência permanente de recursos humanos, mencionada sempre pelos profissionais como um fator prejudicial e inibidor para a prestação de serviços à comunidade. A carência se reflete em equipes incompletas, gerando uma grande dificuldade para a efetivação concreta dos princípios do SUS, tais como a universalidade, integralidade e equidade na assistência à saúde às populações ribeirinhas no território nacional⁽¹⁸⁾.

Limitações do estudo

Entende-se como limitação para o desenvolvimento deste estudo o fato de que as equipes cadastradas com ESFR estão dispersas em todo território do Estado do Pará, dificultando o acesso dos pesquisadores, do ponto de vista operacional. Em relação à análise dos resultados, identificaram-se algumas limitações devido à carência da produção científica relacionada ao objeto de estudo em questão, dificultando a comparação com outros estudos.

Contribuições para a área da Enfermagem

Entende-se que os resultados aqui apresentados são expressivos e espera-se que possam subsidiar a atuação da equipe de saúde, sobretudo a enfermagem, além de oferecer evidências para a realização de novos estudos e pesquisas. Assim como para a organização da assistência às populações ribeirinhas mediante a sua realidade sociocultural, o que ainda é um grande desafio à enfermagem em saúde coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados deste estudo pôde-se identificar que as condições em que as equipes organizam o seu processo de trabalho não são as ideais para a prestação de uma assistência integral e equânime à saúde das comunidades ribeirinhas, tal como preconizado pelo SUS.

Identificou-se que, embora conheçam as políticas públicas que organizam a Atenção Primária de Saúde, há ainda a necessidade de ampliar e fortalecer esse conhecimento no que concerne à política específica para a população ribeirinha, pois são por meio desta que se devem organizar as atividades assistenciais, bem como conhecer os recursos para sua execução.

Verificou-se que a maioria das atividades direcionadas às comunidades ribeirinhas ocorria na USFR, atendendo apenas à demanda espontânea. Ressalta-se que, apesar das equipes estarem dispostas a ir às comunidades, a insuficiência de recursos, como barcos e outros insumos, representou obstáculo para que tais profissionais se organizassem para prestar assistência, com acompanhamento duradouro e a criação de vínculo com as comunidades.

Um ponto positivo a destacar é o trabalho multiprofissional, no qual constatou forte entrosamento e coesão entre os membros das equipes, fator que possibilita, mesmo perante a carência de recursos humanos e materiais, organizar e planejar atividades assistenciais às comunidades ribeirinhas. A interação proporciona que a organização do processo de trabalho feito pelas equipes seja compartilhada entre as mais variadas categorias profissionais,

criando vínculo entre elas e melhorando o desenvolvimento de atividades em prol dos usuários.

Assim, foram identificadas dificuldades a serem vencidas e facilidades que podem contribuir para que gestores e profissionais se sensibilizem para a necessidade de um esforço conjunto, no sentido de pressionar para a obtenção de maiores recursos para a manutenção dos programas e melhores condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; [Internet] 2012[cited 2019 Jan 16]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf
2. Carvalho MN, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Needs and dynamics of the Primary Healthcare workforce in Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(1):95-302. doi: 10.1590/1413-81232018231.08702015
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Atenção de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013[cited 2019 Jan 16]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Diário Oficial da União, 21 out 2011 [cited 2019 Jan 16]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt_2488_21_1_2011.html
5. Brasil GB, dos Santos DKA, Nogueira LMV, Rodrigues ILA. Modo de vida ribeirinho e a longitudinalidade do cuidado na atenção primária em saúde. *Saúde (Santa Maria)*. 2016;42(1):31-8 doi: 10.5902/2236583417186
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; [Internet] 2012[cited 2019 Jan 16]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
7. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042
8. Jornal do Site Odonto [Internet]. Atendimento de saúde a famílias ribeirinhas no Norte ganha reforço de R\$ 2,2 mi. *Jornal do Site Odonto*. Arquivo Últimas Notícias. 2016[cited 2019 Jan 16]. Available from: <http://www.jornaldosite.com.br/materias/ultimasnoticias/anteriores/abril2016/ultimasnoticias25042016-4.htm>
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo; Edição 70; 2011.
10. Duarte MPST. Visão dos estudantes do IFAL acerca da educação, inclusão e políticas públicas: uma realidade de inclusão dos alunos do ensino médio no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Alagoas – IFAL. *Psicol Saberes*. 2015; 4(5): 23-41. doi: 10.3333/ps.v4i5.728
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº837, de 9 de maio de 2014. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense[Internet]. Diário Oficial da União 9 mai 2014[cited 2019 Jan 16]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/ptr_0837_09_05_2014.html
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa Saúde e Ambiente para as Populações do Campo, da Floresta e das Águas[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015[cited 2019 Jan 16]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ambiente_populacoes_campo_floresta_aguas.pdf
13. Forte ECN, Pires DEP, Scherer MDA, Soratto J. Does the nurses' work change when the Primary Health Care change? *Tempus (Brasília)*. 2018;11(2):53-68. doi: 10.18569/tempus.v11i2.2338
14. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR. Factors that influence access to primary care in the perspective of professionals and users of a health services network in Recife-PE, Brazil. *Physis (Rio J)*. 2015;25(2):635-56. doi:10.1590/S0103-73312015000200016
15. Chiconatto P, Schmitt V, Bernardi L, Menon MU, Novello D. Percepção Sobre a existência de trabalho interdisciplinar em estratégias saúde da família da cidade-sede da 5ª Regional de Saúde do Paraná. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2018;16(1):1-14. doi:10.5892/rurv.v16i1.3768
16. Tambasco LP, Silva HS, Pinheiro KMK, Gutierrez BAO. Satisfaction in the work of the multidisciplinary team which operates in primary health care. *Saúde debate*. 2017;41(n.esp):140-151. doi: 10.1590/0103-11042017s212
17. Bardaquim VA, Dias EG, Robazzi MLCC. O processo de trabalho do (a) enfermeiro (a) na constituição da equipe de uma estratégia de saúde da família: um relato de experiência. *Saúde Redes*. 2017;3(3):293-300. doi: 10.18310/2446-4813.2017v3n3p293-300
18. Franco EC, Santo CE, Arakawa AM, Xavier A, França ML, Oliveira AN, et al. Riverside population: experience report. *Rev CEFAC*. 2015;17(5):1521-30. doi:10.1590/1982-0216201517518714