

# EQUIDADE DO ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE DE FAMÍLIAS VULNERÁVEIS CADASTRADAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Equity of access to Health Care for vulnerable families registered in a Family Health Unit

Silvana Maria Pereira<sup>1</sup>, Ana Wladia Silva de Lima<sup>2</sup>,  
Elaine Cristina Tórres Oliveira<sup>3</sup>, Zailde Carvalho dos Santos<sup>4</sup>

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), orientada pelos princípios organizacionais e doutrinários do SUS, rege a prática de Atenção à Saúde por meio da equidade, acessibilidade a todas as famílias, por encontrar nessa prática o espaço de atenção nos âmbitos biopsicossocial, cultural e econômico que contribua para o crescimento saudável desse grupo. Objetiva-se, com este estudo, analisar como se dá a equidade do acesso à Atenção à Saúde das famílias vulneráveis, identificadas na estratificação do diagnóstico situacional realizado na disciplina de Saúde da Família da Residência Multiprofissional de Atenção à Saúde da UFPE/CAV no ano de 2012. Trata-se de um estudo descritivo observacional, com análise quantitativa dos atendimentos e da entrevista semiestruturada da população atendida na Unidade de Saúde da Família Severino Nogueira Alves (ESF Cajueiro). A população do estudo compreende 628 famílias, estratificadas segundo a Escala de Coelho e Savassi, da seguinte forma: sem risco, risco leve/R1, moderado/R2 e máximo/R3 da população cadastrada na ESF, sendo 543 famílias atendidas no ano de 2012 pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e, posteriormente, dessas 543, foram entrevistadas 50 famílias que tiveram menor número de atendimentos de uma forma geral. Foram utilizados, como fonte de dados, os instrumentos: Relatório Diário de Atendimento/Ambulatório do ano de 2012 e o questionário semiestruturado realizado junto a essas famílias por entrevista domiciliar. Os resultados subsidiaram os aspectos socioeconômicos das famílias, a distribuição dos atendimentos de forma geral e segundo o risco familiar e profissional de saúde,

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) driven by organizational and doctrinal principles of the SUS, governs the practice of health care through fair, accessible to all families, by finding this space attention in biopsychosocial, cultural and economic spheres, to contribute to the healthy growth of this group. Objective of this study was to analyze how is the equity of access to health care for vulnerable families identified in the stratification situation analysis conducted in the discipline of family Residência Multiprofissional de Atenção à Saúde da UFPE/CAV in 2012. This is an observational descriptive study with a quantitative analysis of visits and semistructured interviews of the population served in the Family Health Unit Severino Alves Nogueira (ESF Cajueiro). The study population comprised 628 families stratified by Scale Coelho and Savassi as follows: no risk, slight risk/R1, moderate/R2 and maximum risk/R3 the population enrolled in the ESF, and 543 families met in the year 2012 by professionals of the Family Health Strategy and subsequently these 543 families 50 families who had fewer visits generally were interviewed. Daily Report of Attendance / Clinic in the year 2012 and the semi-structured questionnaire conducted with these households by household interviews: the instrument was used as a data source. The results have allowed the socioeconomic aspects of the households, the distribution of services in general and according to family and professional health risk related to the concept of health aspects, access, organization, structure and quality of service according to family risk and related aspects quality and effectiveness of health care received at USF. We conclude that the study

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização à Saúde, pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: enfermeirasilvanars@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre. Docente do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), na área de Saúde Pública.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB (2014). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco/UPE. Enfermeira de PSF do município de Feira Nova/PE.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Vigilância sobre Saúde, na área de Saúde Coletiva, pela UFPE. Docente do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória/UFPE.

aspectos relacionados à concepção de saúde, acesso, organização, qualidade e estrutura do serviço segundo risco familiar e aspectos relacionados à qualidade e efetividade da assistência à saúde recebida na USF. O estudo aponta a necessidade de inserir efetivamente a equidade do acesso às famílias segundo a análise do risco de vulnerabilidade do indivíduo, da família e da comunidade, para assim obter uma maior resolutividade e prevenção ao adoecimento. Isso para que se possa desenvolver um cuidado integral, que contribua para um real avanço na reorientação do processo de trabalho na Atenção Básica, atuando com senso crítico, mediante uma prática competente e resolutiva, com ações de promoção, prevenção e reabilitação dos indivíduos envolvidos no seu processo de cuidar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Equidade; Acesso aos Serviços de Saúde; Famílias; Comunidades Vulneráveis; Estratégia de Saúde da Família.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população tenha acesso aos serviços de saúde de forma equânime, visto que esse sistema é a concretização de uma nova política organizacional para redirecionar os serviços e ações e garantir, de forma adequada, o direito à saúde para as populações.<sup>1</sup>

O serviço de saúde sustenta-se por meio da eficácia, efetividade e eficiência, para assim garantir a qualidade da assistência à saúde.<sup>2</sup> A eficácia determina o resultado benéfico que o serviço de saúde trouxe para aquele determinado indivíduo e/ou população, por meio de um determinado procedimento, intervenção. A efetividade reflete na intervenção, no resultado benéfico do serviço empregado em uma população definida. Já a eficiência refere-se aos efeitos alcançados, recursos/insumos, tempo utilizados em relação ao esforço despendido pela rede, serviço e profissionais.<sup>2</sup>

Desse modo, a Unidade de Saúde da Família (USF) apresenta-se como uma estratégia de reorientação do modelo de Atenção Básica à Saúde orientada pelos princípios organizacionais e doutrinários do SUS, com recursos necessários para ofertar uma qualidade adequada a determinada população; com uma nova proposta assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades de Saúde, propondo-se a resolver 85% dos problemas de saúde da população da área

shows the need to effectively enter the equity of access to households according to risk analysis of vulnerability of the individual, family and community; order to obtain a higher resolution and prevention to illness, so that we can develop a comprehensive care, contributing to real progress in reorienting the process of working in primary care, working with critical sense, by a competent and solving practice involving actions promotion, prevention and rehabilitation of individuals involved in your care process.

**KEYWORDS:** Equity; Health Services Accessibility; Families; Vulnerable Groups; Family Health Strategy.

de abrangência, a fim de ultrapassar os limites definidos, especialmente no contexto do SUS, no acesso e equidade de toda a população de risco e demais famílias aos serviços de saúde.<sup>1</sup>

O perfil das Unidades de Saúde seria definido pela configuração de demanda da população, e da necessidade de cada indivíduo ou de uma determinada população. A estruturação do nível primário de atenção torna-se mais complexa, visto que a oferta deveria estar relacionada ao indivíduo, família, comunidade, por meio da rede de saúde que está vinculada à demanda de procura pelo serviço de saúde correspondente, pela necessidade de o indivíduo buscar resolver um determinado problema de saúde apresentado naquele momento. O que se evidencia é que a demanda à rede de atenção à saúde dificilmente consegue equilibrar sua oferta à demanda da população. No entanto, a ESF compõe uma equipe multiprofissional e incorpora tecnologia relacional onde o vínculo com o usuário aumenta a resolutividade de suas ações de saúde nesse nível de atenção.<sup>2</sup>

A equipe de saúde deve realizar o diagnóstico da comunidade, com o objetivo de identificar os problemas de saúde prevalentes na área de abrangência e construir, junto com as famílias, um diagnóstico psico-social-epidemiológico, que detecte situações de vulnerabilidade de saúde, social ou familiar, chamadas situações de risco, que poderão ser priorizadas pela equipe efetivando, assim, a equidade na atenção a saúde.<sup>3</sup>

A Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, como

é denominada, tem como essência determinar as famílias vulneráveis e mostrar a grande importância da equidade em saúde, entendendo que, mesmo em localidades homogêneas, existem iniquidades sociais e riscos à saúde diferenciados na população.<sup>3</sup>

O risco familiar, como destacam alguns autores,<sup>3</sup> é uma representação gráfica do conjunto de fatores presentes nas famílias sobre situações potencialmente importantes para a saúde da família e do indivíduo. Isso nos dá suporte para traçar um plano de intervenções sobre todos os riscos familiares e identificar as famílias mais vulneráveis, as de maior risco, das áreas determinadas podendo, assim, priorizar a atenção à saúde para aquela família específica e avaliar se as demandas de atendimentos da USF, segundo o risco familiar e os profissionais de saúde, estão de forma equânime. Portanto, classificam-se as famílias em menor risco (R1), risco moderado (R2), risco grave (R3) e as famílias que não são classificadas como vulneráveis perante os determinantes da escala de Coelho e Savassi.<sup>3</sup>

Ressalta-se que a vulnerabilidade está diante de todo esse contexto da Unidade de Saúde da Família, visando à adequabilidade do acesso e equidade da saúde, por encontrar na família, na comunidade e no indivíduo capacidade de autodeterminação reduzida, por apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses biopsicossociais devido a déficits de saúde, empoderamento, poder, inteligência, educação, recursos, força, entre outros fatores. Essa vulnerabilidade é retratada por meio do aspecto individual, social e programático.<sup>4</sup>

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como um dos preceitos a Equidade que, perante a constituição brasileira, implica em que qualquer pessoa possa ter oportunidades para alcançar seu completo potencial de saúde, na garantia da gratuidade no acesso aos serviços de saúde em todos os aspectos e níveis organizacionais de saúde. Dessa forma, a equidade é relacionada como a redução existente entre grupos que apresentam diferentes graus sociais, refletindo, assim, a equidade social que implica na necessidade da atenção à saúde e na utilização de serviços de saúde. Além disso, os diversos grupos sociais apresentam demanda diferenciada aos serviços de saúde, em termos de volume e de tipo de problema, e essas diferenças precisam ser consideradas na programação da oferta de serviços, quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime.<sup>5</sup>

O conceito de acesso à saúde é complexo. Considera-se como sinônimo de “entrada”, adequação entre o usuário e o sistema/serviço de saúde, que implica na garantia do ingresso do indivíduo, da família no sistema de saúde, no uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físico, socioeconômico ou de

qualquer natureza. É forma de percepção da acessibilidade a utilização do serviço que remete à possibilidade de resposta a necessidades de saúde de uma determinada população e a estratégias para facilitar o acesso aos serviços de saúde.<sup>6,7,8,9</sup>

Há ainda quem prefira utilizar o termo acessibilidade em vez de acesso, ressaltando o aspecto sócio-organizacional e geográfico. O sócio-organizacional inclui condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, influenciando significativamente o acesso à saúde; o aspecto geográfico refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e a oferta de serviços, de modo que responda às necessidades da população. Portanto, os serviços permeiam a forma como o usuário interpreta essas facilidades e dificuldades e interferem na utilização dos mesmos e no processo de saúde-doença, na promoção, prevenção e reabilitação das famílias de vulnerabilidades e as não vulneráveis.<sup>10</sup>

Este estudo teve como objetivo analisar a equidade do acesso de famílias vulneráveis adscritas à Unidade de Saúde da Família do Cajueiro, do município de Vitória de Santo Antão/PE.

A temática em estudo emergiu da percepção de que as famílias vulneráveis podem atuar como sentinelas de informações que permitem avaliar riscos e priorizar intervenções às que efetivamente estão vinculadas à ESF. Portanto, a finalidade desta pesquisa é contribuir para a discussão e sensibilização dos gestores de saúde do município de Vitória de Santo Antão/PE quanto à necessidade de discussão acerca do acesso e equidade do acesso dessas famílias à Unidade de Saúde da Família, salientando a atuação e o compromisso da equipe multidisciplinar de saúde.

## MÉTODOS

### Tipo de estudo

Trabalhou-se com respaldo nos pressupostos do estudo descritivo observacional, com análise quantitativa dos atendimentos e da entrevista semiestruturada da população atendida. Esse tipo de estudo procura analisar o fenômeno, descrevendo seu resultado e objetivando compreender as variáveis importantes do problema.<sup>11</sup> Tal método foi escolhido por se entender que, por meio do mesmo, os objetivos propostos pelo estudo serão atendidos.

### Local de estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Severino Nogueira Alves do bairro do Cajueiro,

localizada na zona urbana do município de Vitória de Santo Antão – PE.

### População e amostra de estudo

A população do estudo se constitui de 628 famílias estratificadas por meio da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), conforme os indicadores sentinelas da Escala de Risco de Coelho e Savassi, durante o diagnóstico situacional da Unidade de Saúde do Cajueiro no ano de 2012. Os dados dessas famílias cadastradas na ESF, de acordo com a escala de Coelho e Savassi, apresentam: 389 (61,9%) famílias não classificadas com risco, 85 (13,5%) com Risco 1, 74 (11,8%) com Risco 2 e 80 (12,7%) com Risco 3. Na constituição da amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: as famílias estarem cadastradas na USF e serem consideradas vulneráveis, segundo a escala de risco citada. E como critério de exclusão, as famílias que não atenderem aos critérios de inclusão. Dessa forma, a amostra primeiramente correspondeu a 543 famílias, que foram atendidas no ano de 2012 pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. E, posteriormente, buscando compreender os processos envolvendo a busca por atendimento na USF, foram selecionadas para entrevista domiciliar, de forma aleatória, 50 famílias, independente do risco das 543, por meio de questionário semiestruturado que abordava a experiência de atendimentos nos últimos três meses.

A entrevista foi realizada com um membro da família com idade igual ou maior que 18 anos, que estava no domicílio no momento da visita, buscando identificar fatores socioeconômicos da família ao não atendimento/frequência/equidade do acesso e organizacional da USF.

### Fonte de dados

Para a coleta do material, foram utilizados como fonte de dados os instrumentos da ESF/SIAB como: Relatório Diário de Atendimento/Ambulatório do ano de 2012 e o questionário semiestruturado.

### Coleta dos dados

Foi construído um banco de dados que contemplou a classificação de risco de cada família por profissional que atendeu e por atendimento realizado a qualquer um dos membros da família, utilizando-se do Relatório Diário de Atendimento/Ambulatório de 2012 da Estratégia de Saúde da Família, para verificar a equidade no acesso ao atendimento às famílias segundo o risco familiar na Atenção Básica. E, após a análise do banco e de acordo com o

resultado dos atendimentos segundo o risco familiar, foi realizada a entrevista semiestruturada por uma amostragem aleatória contemplando as 50 famílias que tiveram menor número de atendimentos de forma geral.

### Análise dos dados

A análise do material iniciou-se com a consolidação dos dados da planilha de atendimento em um banco de dados no *software* Epi-info 5.3.1, sendo realizada análise estatística descritiva absoluta e relativa, que permitiu avaliar a relação entre risco familiar e atendimentos/profissionais; as análises das entrevistas possibilitaram avaliar aspectos característicos da população e pertinentes ao serviço de saúde.

### Análise do Comitê de Ética

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco e aprovado pelo mesmo: Registro CAEE: 21535613.4.0000.5208. Ressalta-se que o estudo levou em consideração as normas éticas descritas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/CNS, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, sendo assegurados ao entrevistado total anonimato, privacidade e possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa.

## RESULTADOS

A Unidade de Saúde do Cajueiro é composta por 628 famílias cadastradas, e possui uma grande proporção de área descoberta, sem assistência contínua da unidade. O estudo desenvolveu-se com 543 famílias que foram atendidas, no ano de 2012, pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Posteriormente, dessas 543 foram entrevistadas 50 famílias que tiveram menor número de atendimentos de forma geral. Dessas 50 famílias, 33 (66%) não apresentavam classificação de risco perante os critérios da Escala de Coelho e Savassi, 4 apresentavam (8%) Risco 1, 7 (14%), Risco 2 e 6 (12%) famílias apresentavam Risco 3.

Foi observado, durante a análise do questionário dos 50 entrevistados, que o acesso das famílias à Unidade do Cajueiro se deu de forma igualitária na assistência, independente do risco familiar.

O perfil das famílias entrevistadas revela que a maioria dos atendimentos foi às mulheres (72%), na faixa etária adulta, com ensino básico fundamental. O número de integrantes das famílias variou entre 2 a 4 indivíduos. A ren-

da familiar predominante foi de 1 salário mínimo (48%) e 1 salário mínimo e meio (38%).

Como mostra a Tabela 1, verifica-se que 543 famílias, o que corresponde a 86% da população cadastrada, tiveram pelo menos um atendimento pela Equipe de Saúde da Família no ano de 2012. A maioria das famílias (61,3%) teve entre 1 a 5 atendimentos no ano e, para a outra parte da população (38,7%), os atendimentos se concentraram em um número menor de famílias, porém de forma desproporcional, em que se observa um elevado número de atendimentos nas mesmas famílias.

**Tabela 1** - Distribuição das famílias segundo atendimentos recebidos na USF do Cajueiro no ano de 2012 – Vitória de Santo Antão – PE.

Famílias	Atendimentos	
	N	%
333	1 a 5	61,3
117	6 a 10	21,5
52	11 a 15	9,6
27	16 a 25	4,9
9	26 a 35	1,6
4	36 a 40	0,7
1	44	0,2

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação aos atendimentos dos indivíduos e ao risco familiar das 543 famílias assistidas no ano de 2012 pelos profissionais da ESF em destaque, verificou-se que, proporcionalmente, a maioria dos atendimentos – 1876 (54,6%) – foi a famílias que não se classificam nos critérios de vulnerabilidade da Escala de Risco de Coelho & Savassi. Porém, na média dos atendimentos por profissional, as famílias classificadas em R1 foram as mais assistidas, com média total de 7,9 atendimentos, seguidas pelas famílias classificadas como R3, com 7,4. Destaca-se, ainda, que, entre os profissionais, o enfermeiro foi quem mais assistiu as famílias no período estudado, 1756 (3,2). A média de atendimentos entre as famílias por risco não apresentou alterações significativas para esse profissional, enquanto o médico atendeu, em média, mais famílias classificadas em Risco 3 (Tabela 2).

Os dados a seguir são decorrentes das entrevistas semiestruturadas realizadas durante visita domiciliar, buscando aprofundar aspectos referentes a acesso e avaliação do serviço pelos usuários, para além dos registros de atendimento.

As famílias entrevistadas relatam possuir acesso à USF e que, quando necessitam, sempre procuram algum serviço de saúde. Considerando o motivo principal para a busca pelo atendimento na USF, estar doente foi o que mais motivou as famílias a procurarem a USF, e 90,0% buscaram, mais de uma vez, o serviço. 67,33% das famílias entrevistadas relatam a ida à USF em decorrência de doenças agudas e 32,67%, por doenças crônicas, como: HAS, DIA, DIA-HAS e doenças neurológicas, como ansiedade e depressão. Dentre os serviços de saúde, o mais procurado foi o posto de saúde (58%), seguido pelo hospital (12%). Destacamos a farmácia, que é citada como local de busca de atendimento por 26% dos entrevistados. Devido à proximidade do posto de saúde local com a população estudada, 86% se deslocaram a pé e 62% gastaram, em geral, menos de 10 a 15 minutos no trajeto entre o domicílio e a USF. No entanto, 62% das famílias relatam a acessibilidade à USF como regular, em relação ao deslocamento da sua casa à USF, por o trajeto apresentar ladeiras inclinadas, grandes e/ou médias, com caminho irregular, apresentando, também, uma parte com poeira, buracos, lixo e esgoto a céu aberto.

Os dados da Tabela 3 mostram que, no geral, 80% dos usuários cadastrados conseguem marcação de consulta para serem atendidos na USF, porém cerca de 42% referem levar semanas para conseguirem essa marcação. 58% não conseguiram atendimento no mesmo dia em que procuraram o serviço, referindo ser necessário marcar ficha para serem atendidos no posto de saúde. E, em relação à referência, 94% das famílias relatam que os profissionais sempre as encaminham para outro serviço, quando é necessário realizar algum exame ou ter o parecer de especialista. No entanto, 100% dos indivíduos entrevistados relatam que a marcação da consulta e dos exames na referência são extremamente demorados, levando meses para se conseguir sua realização. Em relação às visitas domiciliares, 62% das famílias, de forma geral, e 100% das famílias entrevistadas classificadas com risco familiar R3 referiram terem recebido visita de algum profissional da Equipe de Saúde da Família, como ACS, enfermeiro, técnica de enfermagem e médica. E, em relação às atividades de promoção à saúde desenvolvidas na USF, como grupos, reuniões, campanhas, entre outras, 62% das famílias referem que não são comunicadas quanto a tais atividades (Tabela 3).

No que diz respeito à resolução do problema de saúde dos entrevistados, após o atendimento na USF com os profissionais de nível superior, estes referem que nem sempre conseguem resolver o problema de saúde que apresentam naquele momento; 64% dos casos, às vezes, são resolvidos pelo enfermeiro, 56% pelo dentista, 86% pelo médico

e 44% com o NASF. 100% dos entrevistados ressaltam que são bem atendidos pelos profissionais de nível médio integrantes da USF. 98% das famílias conseguem, às vezes, pegar o medicamento receitado na USF. Quando perguntados se, em suas últimas consultas na USF, houve resolução de seus problemas, 32% dos entrevistados ressaltaram que os profissionais de nível superior resolveram seu problema de saúde naquele momento, 18% não resol-

veram e 50% resolveram parcialmente; das famílias R3 entrevistadas, 66,7% relatam que os profissionais resolveram seus problemas de saúde. Dessas famílias, observa-se que, parcialmente, os profissionais da USF resolveram seus problemas, independente do risco. Os usuários ressaltam que foram atendidos, porém o problema de saúde persistiu, tendo que procurar outro serviço de saúde/ profissional (Tabela 4).

**Tabela 2** - Número e média de atendimentos das famílias segundo o risco familiar e profissional de saúde da ESF do Cajueiro no ano de 2012 – Vitória de Santo Antão – PE.

Estratificação de Risco de Coelho e Savassi	Nº de Famílias	Atendimentos							
		Dentista		Enfermeiro		Médico		Total	
		N	Média	N	Média	N	Média	N	Média
Não classificadas	330	161	0,5	1021	3,1	694	2,1	1876	5,7
R1	84	65	0,8	334	4	272	3,2	671	7,9
R2	65	45	0,7	195	3	176	2,7	416	6,4
R3	64	34	0,5	206	3,2	235	3,7	475	7,4
Total	543	305	0,6	1756	3,2	1377	2,5	3438	7,2

Fonte: dados da pesquisa.

**Tabela 3** - Aspectos relacionados à concepção de saúde, acesso, organização, qualidade e estrutura do serviço segundo risco familiar das famílias entrevistadas – USF Cajueiro – Vitória de Santo Antão – PE – 2012.

Variáveis	Não classificadas		Risco 1		Risco 2		Risco 3	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Possui acesso à USF.	33	0	4	0	7	0	6	0
Foi atendido no mesmo dia em que marcou.	15	18	1	3	4	3	2	4
Quando necessita, o profissional de saúde encaminha para outro serviço.	31	2	4	0	6	1	6	0
Consegue realizar os exames rápido.	1	32	0	4	1	6	0	6
Os resultados dos exames chegam rápido.	1	32	0	4	1	6	0	6
Consegue marcar o encaminhamento rápido.	0	33	0	4	0	7	0	6
A consulta do encaminhamento é rápida.	0	33	0	4	0	7	0	6
Alguém da equipe de saúde visita sua casa.	18	15	2	2	5	2	0	6
É comunicado das atividades de promoção à saúde.	10	23	2	2	2	5	5	1

Fonte: dados da pesquisa.

**Tabela 4** - Aspectos relacionados à qualidade e efetividade da assistência à saúde na USF Cajueiro segundo as famílias entrevistadas – Vitória de Santo Antão – PE – 2012.

Variáveis	Sempre	Às vezes	Nunca
O seu problema tem sido resolvido após atendimento da enfermeira na USF.	13	32	5
O seu problema tem sido resolvido após atendimento do médico na USF.	8	40	2
O seu problema tem sido resolvido após atendimento do dentista na USF.	0	24	26
É bem atendido pela recepcionista, téc. enf., aux. de saúde bucal e ACS da USF.	50	0	0
É assistido pelos profissionais do NASF.	0	22	28
Em relação aos medicamentos receitados, consegue pegar na USF.	1	49	0

Fonte: dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

O acesso está interligado ao princípio doutrinário do SUS, a equidade, como princípio estruturante que busca promover a igualdade de acesso a todos os cidadãos para, assim, atingir uma igualdade no nível de saúde entre os diferentes grupos da sociedade e ser assegurada por meio dos serviços que beneficiam os segmentos mais pobres e mais vulneráveis da sociedade.<sup>12</sup> O acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde e, sim, à oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos, podendo auxiliar na avaliação da equidade em saúde.<sup>13</sup> Dessa forma, a equidade do acesso não pode ser vista de forma unidimensional, limitada à disponibilidade de recursos, mas como um conjunto de dimensões que precisam estar alinhadas de forma a suprir as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde.<sup>14</sup>

O perfil da população usuária deste estudo não difere do encontrado na literatura: mulheres de baixa renda e escolaridade; isso se justifica por essa mulher corresponder à histórica condição de cuidadora da família e por demonstrar acessibilidade em comunicar-se perante assuntos relevantes aos determinantes sociais da saúde. As famílias, em sua maioria, são compostas de 2 a 4 indivíduos, sendo sustentados por uma renda familiar de 1 salário mínimo; o perfil quanto ao índice de alfabetização mostra a prevalência do ensino básico fundamental. Esses dados são relevantes, pois o nível de instrução está intimamente ligado às questões de saúde, manifestando-se de diferentes formas, seja na percepção dos problemas de saúde, na capacidade de entendimento das informações sobre saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis, no consumo e utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos.<sup>15</sup>

Mesmo considerando a existência de alguns obstáculos à acessibilidade, como ladeiras, estrada irregular e com declives, lixo e esgoto a céu aberto, e tendo que caminhar de 10 a 15 minutos para chegar à USF, para determinadas famílias, esse percurso se dá de forma regular, considerando que o serviço de saúde situa-se em local apropriado para a acessibilidade dos usuários. Essas condições socioeconômicas têm influência nas questões de saúde, uma vez que requerem um planejamento em saúde, reconhecendo as pessoas em todas as suas vulnerabilidades e necessidades.<sup>15</sup>

Constatou-se que a resolubilidade relatada pelo usuário é apenas aquela que ocorre mediante uma queixa e não abrange a integralidade da atenção, com garantia de acesso fácil a outros serviços, uma vez que, apesar de abrangente – 86% das famílias tiveram pelo menos um atendimento no ano de 2012 – mais da metade foi de atendimentos únicos e que não geraram continuidade. A precariedade da assistência à saúde do usuário de forma integral, sem priorização de suas necessidades, da visibilidade de forma crítica dos riscos socioeconômico, ambiental e de adoecimento e a falta de integração entre a Atenção Básica e a rede de saúde favorecem a descontinuidade de assistência, no aspecto da prevenção e promoção à saúde; e também, no atendimento individual e coletivo, que devem ser realizados até que se minimize a vulnerabilidade daquele indivíduo e/ou determinada população, visto que a fragmentação no processo de trabalho em saúde prejudica a produção do cuidado das Unidades no atendimento das necessidades dos usuários, representando uma barreira à equidade e ao acesso do indivíduo, da família e comunidade ao processo de saúde.<sup>16</sup>

Quanto ao atendimento dos profissionais em relação ao risco, observa-se o déficit da percepção, atuação da Equipe de Saúde da Família e dos profissionais em rea-

lizar a equidade do acesso às famílias, de acordo com a necessidade e a vulnerabilidade no seu processo de saúde-doença, já que a maioria dos atendimentos foi realizada em famílias que não se classificam nos critérios de vulnerabilidade. Bem como a média dos atendimentos por profissional às famílias classificadas perante os critérios de vulnerabilidade do indivíduo e da família, que não aparecem tão superiores nos menos vulneráveis, refletindo uma lógica de processo de trabalho sem percepção e planejamento estratégico do território e das famílias.<sup>13</sup>

Assim, nota-se que os mais vulneráveis têm menos acesso ao serviço, não tendo prioridade de atendimento na unidade. Desse ponto de vista, as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde devem ser pensadas como parte dos aspectos que compõem a vulnerabilidade aos diferentes grupos sociais, o acesso aos recursos necessários para fazer frente a seus problemas de saúde.<sup>13</sup>

No aspecto resolutividade, embora os usuários da USF estudada tenham relatado ter acesso à mesma, citando o bom atendimento do serviço e a possibilidade de encaminhamento a consultas especializadas, o atendimento na USF se dá apenas por consulta previamente agendada; alguns entrevistados não o consideraram adequado, em função desse atendimento e/ou encaminhamento ser/serem demorado/os, levando semanas/meses. Logo se verifica que o atendimento à demanda espontânea, geralmente situações de urgência, não acontece, determinando a busca de outros serviços para resolução do problema/necessidade de saúde iminente, o que pode também justificar a alta procura pela farmácia.<sup>7</sup>

Nota-se, também, que 67,33% dos indivíduos entrevistados possuíam doenças crônicas associadas com alguns problemas agudos; a ESF nem sempre consegue resolver, em sua maioria, os problemas de saúde que lhes são apresentados e nem sempre os usuários conseguem medicamentos, uma vez que os mesmos vão buscar outros profissionais.

Como foi visto no decorrer da pesquisa, dentre as dimensões do acesso foram observadas a geográfica e a funcional. A geográfica está relacionada às variáveis distância, tempo e transporte necessários para se deslocar até o serviço de saúde, com as variáveis de natureza econômica e social; distância a ser percorrida, dificuldade de transporte e baixa renda das famílias são fatores que, associados, reduzem a utilização dos serviços de saúde. Já em relação ao acesso funcional, foram analisados os obstáculos para se conseguir atendimento, seja na marcação da consulta, nos encaminhamentos, seja na demora do atendimento, como também na resolutividade do problema de saúde apresentado e a precariedade na transmissão das informações entre USF/usuário.<sup>17</sup>

Diante do exposto, verifica-se que o acesso ao serviço de saúde existe, porém como o acesso à assistência do indivíduo e da família para resolutividade do determinado problema é muito demorado, isso torna o serviço ineficaz e/ou deficitário, contemplando, assim, o conceito de eficácia do serviço como a capacidade de produzir melhorias na saúde e no bem-estar da saúde do indivíduo, da família e da comunidade.<sup>10</sup> A efetividade reflete a melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana da assistência à saúde, vista como o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançável. Já a eficiência ressalta a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada.<sup>10</sup>

Com isso, ampliou-se o conceito de qualidade do serviço de saúde, utilizando-se os pilares da eficácia, da efetividade e da eficiência, que refletem a qualidade da saúde e significam o melhor que a rede, o serviço e os profissionais podem fazer nas condições mais favoráveis ao estado do paciente, à prevenção e promoção à saúde, para a minimização de risco a uma determinada população.<sup>10</sup>

A análise acima remete à eficiência e eficácia do serviço e análise da oferta de serviços de saúde, que reflete não ser o suficiente para garantir uma adequada cobertura a uma determinada população. Além de boa parte dos indivíduos com problemas de saúde não demandar atendimento segundo um risco de vulnerabilidade alto, há também certa proporção dos que demandam, e que são atendidos nos serviços de forma ineficaz ou não são atendidos pela equipe, por não realizar a regulação/acolhimento dos indivíduos pela vulnerabilidade familiar e/ou as necessidades de cada indivíduo. Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição do Complexo Regulador, que consiste na organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada, para adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades dos usuários do SUS.<sup>2</sup>

Ressalta-se, entretanto, que essa resolubilidade é baseada em uma queixa do usuário, deixando, assim, de enxergá-lo de forma integral, a qual é seguida de uma conduta do profissional, configurada em um modelo de pronto atendimento que não proporciona uma resolubilidade efetiva, visto que, para que ocorra em sua plenitude, deve existir a integralidade da atenção, com garantia de acesso aos serviços nos determinados níveis de complexidades e rede de saúde.<sup>16</sup>

Verifica-se que a assistência que é ofertada pela USF a seus usuários é preponderantemente no modelo curativo, observando-se, assim, um déficit na promoção, prevenção

na assistência à família, ao indivíduo e à comunidade. A informação de que 62% desconhecem as ações de promoção da saúde justifica essa percepção; compreende-se que a comunicação deficitária prejudica o acesso da população aos serviços bem como afasta a criação de vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários.<sup>16</sup>

No entanto, verifica-se a existência do déficit na continuidade da assistência e na resolutividade das necessidades e vulnerabilidades das famílias, como também existem obstáculos externos à Unidade que impedem a prestação de um cuidado integral e contínuo, como a dificuldade de acesso a consultas especializadas e exames complementares e demais níveis de assistência à saúde.

A efetivação do acolhimento possibilita a criação de vínculos, favorecendo as reações dos usuários acerca das informações recebidas, seu entendimento e observância sobre suas necessidades.<sup>14</sup>

A Atenção Primária a Saúde (APS), por ser a porta de entrada mais próxima do usuário ao sistema, permite direcionar os problemas da comunidade, da família e do indivíduo, restabelecendo a saúde por meio de serviços, facilitando o acesso e a equidade, aumentando a qualidade, reduzindo custos e promovendo o trabalho em equipe. Assim, é possível resolver os principais problemas de saúde, promover saúde e reorganizar o uso real dos demais níveis da atenção, como prestar assistência a determinados grupos vulneráveis.<sup>7</sup>

Nesse sentido, a ESF, como os outros níveis de saúde, é considerada como implementadora do acesso ao sistema de saúde, que visa à equidade nos cuidados ou na utilização dos serviços de saúde, quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime, que assuma caráter de estratégia de inclusão de segmentos populacionais, por meio de suporte social, direitos universais e efetiva implementação da política de saúde.<sup>5</sup>

Nessa perspectiva, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito dos SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada, estabelecendo-se que as ações do sistema municipal devem estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.<sup>18</sup>

## CONCLUSÃO

Por meio da análise dos resultados obtidos na pesquisa, foi possível verificar que o acesso das famílias adscritas na unidade do Cajueiro se deu independente do risco familiar. As famílias mais vulneráveis não possuem equidade de acesso ao serviço de Atenção Básica da ESF do

Cajueiro – Vitória de Santo Antão – PE.

A ESF tem como uma de suas atividades os atendimentos clínicos; ela os realiza de forma abrangente, porém esse atendimento não é planejado segundo a vulnerabilidade das famílias cadastradas.

Para tanto, o estudo apontou a necessidade de se buscar a equidade do acesso às famílias segundo a análise do risco de vulnerabilidade do indivíduo, da família e da comunidade, para, assim, obter uma maior resolutividade e prevenção ao adoecimento, para que se possa desenvolver um cuidado integral. Isso contribuirá para um real avanço na reorientação do processo de trabalho na Atenção Básica, atuando com senso crítico, mediante uma prática competente e resolutiva, envolvendo ações de promoção, prevenção e reabilitação dos indivíduos envolvidos no processo de cuidar.

Esta pesquisa espera sensibilizar os profissionais das instituições de saúde do município de Vitória de Santo Antão/Pernambuco quanto à priorização da equidade do acesso das famílias mais vulneráveis aos serviços de saúde, salientando a importância da equipe multiprofissional de saúde e a participação dos gestores e da população no planejamento das ações.

## REFERÊNCIAS

1. Santos NTV. Programa Saúde da Família: uma contribuição à análise de seus princípios e práticas [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva do Recife; 2005.
2. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 493e.
3. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2005; 1(2):19-26. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/Escaladerisco.pdf>>.
4. Barchifontaine CP. Vulnerabilidade e dignidade humana. O Mundo da Saúde. 2006; 30(3):434-440.
5. Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. Saúde Soc. São Paulo; 2007; 16(3):85-91.
6. Azevedo AMA. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada [dissertação]. Recife: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu

Magalhães; 2007.

7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Trad. FidelityTranslations. Brasília: UNESCO, Ministério de Saúde; 2004.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília – DF; 2009b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.

9. Frenk, J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública de México. 1985; 27(5):438-453.

10. Donabedian AA. Gestão da Qualidade Total na perspectiva dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.

11. Polit D, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

12. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à Atenção Básica. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2008; 61(2):153-158. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>>.

13. Mcintyre D, Mooney G, eds. The economics of health equity. New York: Cambridge University; 2007.

14. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Públ. 2003; 19(2):27-34.

15. Silva JA, Ribeiro LC, Silveira M. Avaliação do nível de satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família no Bairro Furtado Menezes – Juiz de Fora/MG. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais – XIV ABEP; 2004; Caxambu.

16. Andrade CSA, Franco TB, Ferreira VSC, Silva NC. Acolhimento: necessidade e desafio. Texto de Atenção à Saúde da Instituição: Universidade Estadual de Santa Cruz; 2010.

17. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad Saúde Públ. 2007; 23(10):2490-2502.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no aces-

so. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>> .

---

Submissão: julho/2014

Aprovação: maio/2015

---