



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e  
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

alessandrouepb@gmail.com

Universidade Estadual da Paraíba  
Brasil

Azevedo Bezerra, sabella; Angeiras de Goes, Paulo Sávio  
Utilização da classificação de risco na avaliação da equidade na utilização dos serviços  
de uma Unidade de Saúde da Família  
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 14, 2014, pp. 43-55  
Universidade Estadual da Paraíba  
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63758925005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re<sup>o</sup>alyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Artigo Original

## Utilização da classificação de risco na avaliação da equidade na utilização dos serviços de uma Unidade de Saúde da Família

### Social risk classification as an evaluation of health services utilization of an Family Health Unity

Isabella Azevedo Bezerra<sup>1</sup>, Paulo Sávio Angeiras de Goes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco/Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE, Brasil.

<sup>2</sup>Professor Adjunto do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil

**Correspondência:** Paulo Sávio Angeiras de Goes. Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Cid. Universitária. CEP: 50670-901 - Recife, PE – Brasil. Telefone: (81) 21218344. E-mail: [psagoes@uol.com.br](mailto:psagoes@uol.com.br).

**Editoria Científica:** Alessandro Leite Cavalcanti e Wilton Wilney Nascimento Padilha

---

#### Resumo

**Objetivo:** Considerando-se o princípio da equidade uma das bases a serem usadas no planejamento da oferta de serviços da Equipe de Saúde da Família, o presente estudo objetivou avaliar o perfil populacional e a equidade no acesso aos serviços da população cadastrada por uma Unidade de Saúde da Família. **Método:** A equidade no acesso foi avaliada a partir do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal, e o perfil populacional foi traçado a partir de dados sócio demográficos da população cadastrada e das famílias que utilizaram os serviços. O estudo teve como fontes de dados o livro de marcações e consultas, as fichas A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e os prontuários familiares. **Resultados:** Os resultados evidenciaram a desatualização do SIAB da Unidade, e apontaram predominância de mulheres e adultos entre os que tiveram acesso. Foram observadas diferenças estatísticas nos níveis de risco entre as micro-áreas cadastradas, não sendo evidenciada diferença entre as que utilizaram os serviços. **Conclusão:** Embora a proporção de famílias de baixo risco tenha sido maior que as de médio e alto risco tanto entre as cadastradas quanto entre as que tiveram acesso, a ausência de diferença estatística no risco entre as micro-áreas que tiveram acesso, havendo maior percentual de famílias de médio risco entre as que acessaram o serviço que entre as cadastradas, sugere algum grau de equidade no acesso à Unidade.

**Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde. Equidade no Acesso. Saúde da Família.

---

## Introdução

Entre as ações do Ministério da Saúde (MS) que visam reorientar o modelo de atenção à saúde, rompendo com os modelos de atenção tradicionais, destaca-se a Estratégia Saúde da Família, inserida em um modelo assistencial hierarquizado, baseada no trabalho de uma equipe multiprofissional, responsável pelo acompanhamento de uma população adscrita.

O MS defende seu compromisso com a política de saúde proposta, evidenciado pela velocidade de expansão da Estratégia - embora devamos estar atentos aonde e de que forma se dá tal expansão - apontando a necessidade de que, também após sua implantação, se mantenha a coerência com os seus princípios e diretrizes. Entre tais diretrizes encontra-se a adscrição de clientela, que permite delinear a realidade de saúde da população que está em permanente movimento, e organizar a atenção segundo a lógica do enfoque por problemas, atendendo às necessidades de saúde da população[1].

Uma área geográfica adscrita à Unidade de Saúde da Família (USF) geralmente tem características bastante homogêneas, por se tratar de uma parte de um bairro próximo à USF, conformando certa identidade comunitária ao grupo de famílias daquela área. Porém, essa hipótese de homogeneidade sócio-cultural, econômica e de situação de saúde é inválida em razão do reconhecimento da heterogeneidade oculta por trás de indicadores que espelham a situação média de vida e saúde. Ao reconhecer as diferenças das micro-áreas (MA) e famílias adscritas, em que estão embutidos os fatores determinantes do adoecimento e das possibilidades de efetivo acesso ao cuidado em saúde, abrem-se possibilidades mais efetivas de atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF)[2].

Especialmente no caso das metrópoles, o conhecimento dessas diferenças locais torna-se fundamental para a identificação de elementos que contribuam efetivamente na execução de políticas de saúde mais eficazes, promotoras de equidade social[3].

A adscrição de clientela suscita o debate sobre o conceito de território[4], e o reconhecimento desse território é passo básico para a caracterização da população e seus problemas de saúde, na perspectiva de se implantar novas práticas capazes de responder às necessidades e aos problemas de saúde da área delimitada, com resolutividade — integralidade de ações e equidade, princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS)[5].

Pensando-se sob o princípio da equidade, a delimitação da área de abrangência deve ser coerente com o nível de complexidade das ações de atenção, e a visualização espacial das informações do território, com o mapeamento das áreas de risco, traz subsídios ao processo de vigilância na atenção à saúde. Na ESF, a principal fonte de informação é a família, cujos dados são registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e este, aliado a outros instrumentos que captem a existência de características da coletividade, podem orientar os serviços. Potencialmente, esses territórios têm a vantagem de captar e manter atualizados dados demográficos, epidemiológicos, e de condições de vida, inclusive ambientais[4].

O SIAB é uma fonte de dados de grande valor para a realização do diagnóstico de saúde de determinada área de abrangência, norteador o planejamento e avaliação de ações em saúde[6]. O

cadastramento das famílias, portanto a alimentação do SIAB, além de obrigação normativa, precisa ser uma atividade constante da ESF, para melhor conhecer e acompanhar a população adscrita, e orientar as ações na Unidade[7].

Embora estejam postos os princípios e diretrizes que regem a estruturação e o trabalho na Estratégia Saúde da Família no que tange a atenção à saúde com equidade e a adscrição de clientela, e esta atualizada, vários autores[7,8,9,10] evidenciaram que diversas das atividades dos diferentes profissionais que compõem a ESF estão em desacordo com o que propõe a Estratégia.

Entre tais autores verificou-se, por exemplo, que o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no domicílio era comandado mais pelo recorte programático do que pelo critério da necessidade[8]. Foi também identificada, na fala de profissionais, uma lacuna na concepção de território, ao desconsiderarem a dinâmica da realidade como fundamento de uma proposta de intervenção, destacando apenas a área geográfica, reconhecida continuamente através do mapeamento, contagem de pessoas, e a (re) divisão da área de abrangência[9]. Chamou-se a atenção para o fato de que o modelo desenvolvido ainda mantém características do tipo médico-centrado, uma vez que existem poucas discussões da equipe sobre o planejamento terapêutico dos usuários atendidos por todos os trabalhadores[7].

Além disso, no Brasil, os estudos de acesso aos serviços de saúde geral têm mostrado a existência de iniquidades, apesar dos caminhos já percorridos com a consolidação do SUS[10].

Tomando-se como pressupostos básicos na atenção em saúde dentro de uma USF: a adscrição de clientela, com sua necessidade de constante atualização e alimentação do SIAB, para reconhecimento do território e suas necessidades em saúde, com vistas à orientação da atenção; e a equidade no acesso, pela adequada oferta de serviços em saúde visando à diminuição das diferenças sociais em saúde, esse estudo foi proposto com fins a avaliar o território e a equidade no acesso em uma USF localizada na Região Metropolitana do Recife (RMR), Pernambuco (PE).

## **Metodologia**

O presente estudo avaliou, baseando-se em dados sócio-demográficos, o perfil de uma população adscrita a uma USF na RMR sob dois aspectos: 1 - perfil geral da população adscrita à USF; 2 - perfil da população que teve acesso aos serviços ofertados pela USF. Esses perfis foram comparados à luz do princípio da equidade, a fim de avaliar a igualdade de acesso aos serviços, determinando se as desigualdades encontradas são justas no sentido de que famílias mais necessitadas de cuidados de saúde tiveram maior acesso aos serviços da Unidade.

Essa USF é referência como campo de prática para um programa de residência de saúde da família, sendo o cenário de uma pesquisa-intervenção. A ESF era composta de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista (quatro diferentes profissionais trabalharam na Unidade no período de realização deste estudo), uma auxiliar de saúde bucal, e cinco ACS, embora a área adscrita estivesse dividida em sete MA, havendo, portando duas MA sem cobertura de ACS.

Para este estudo foi realizada a caracterização da população adscrita à USF, no que se refere ao local de moradia na área (MA em que reside a família), e ao risco social.

Para estabelecer o perfil da população que teve acesso aos serviços, foram considerados todos os indivíduos que procuraram a USF[10] no período de julho a setembro de 2010, totalizando 1531 acessos na Clínica Médica, Odontologia, e Enfermagem (Puericultura e Pré-Natal). Essa população foi caracterizada no que tange ao serviço utilizado, às características demográficas (sexo e faixa etária), MA de moradia, bem como ao risco social.

A classificação de risco foi realizada utilizando-se o Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB)[11], criado a partir de um algoritmo pré-definido baseado nas condições sociais das famílias, cujas informações podem ser obtidas na ficha A do SIAB, validado através da validação de face e de construto, onde foram coletados dados de experiência de cárie, dor de dente e acesso aos serviços de saúde. Por se tratar de um índice desenvolvido com o intuito de classificar as famílias de áreas adscritas à USF baseando-se em informações sociais (tipo de moradia e escolaridade), no presente estudo esse índice foi aplicado a todos os serviços da USF, porém há a necessidade, ainda, de sua validação para a Clínica Médica e de Enfermagem.

Tal classificação foi realizada com base no registro de acesso do usuário aos serviços, e, a partir dele, sua família pôde ter o risco classificado. Considerou-se que os indivíduos são definidos, agora, com base em sua relação na família, uma vez que a organização familiar interage com os indivíduos[2].

Os dados secundários utilizados para as caracterizações foram coletados nos livros de marcação e nas Fichas A do SIAB da USF.

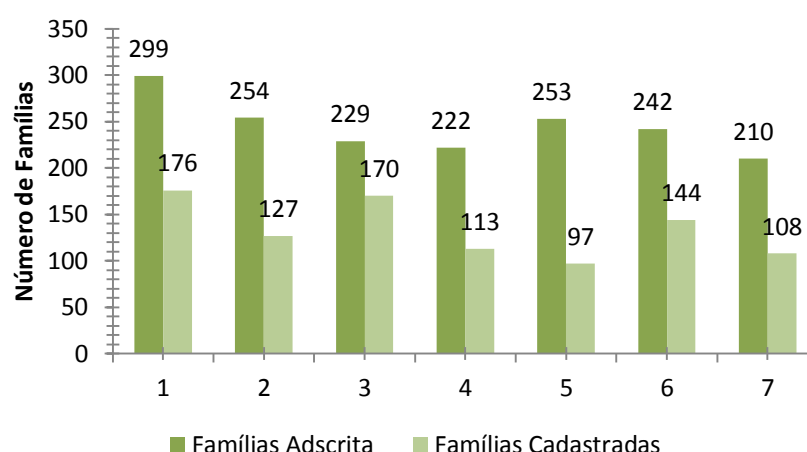
Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS 17.0, sendo utilizado o  $\chi^2$  de Pearson e o teste exato Fisher, quando apropriado. Para todas as análises foi utilizado o nível de significância de 5%.

A pesquisa respeitou os princípios éticos, em consonância com a Resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), sob o nº 1872/2010.

## Resultados

A população adscrita da USF corresponde a 6271 pessoas e 1709 famílias, distribuídas entre 7 MA. O número de famílias cadastradas por MA variou de 210 (12,3%) a 299 (17,5%) entre as MA (Figura 1).

Cerca de 45% do total dessas famílias cadastradas na USF não puderam ser classificadas quanto ao risco de adoecer, dada a incompletude e/ou desatualização dos cadastros/prontuários da Unidade. Entre as MA, essa perda de informações variou de 25,8% (MA 3) a 61,7% (MA 5) (Figura 1).



**Figura 1- Distribuição das Famílias Adscritas e Cadastradas por Risco de acordo com as MA de uma USF da RMR-PE, 2010.**

A distribuição de risco das famílias adscritas entre as MA da USF não se deu de forma homogênea, havendo diferença estatisticamente significativa entre as MA. Embora a maioria das famílias em todas as MA seja de baixo risco social (com variação entre as MA de 51,2% a 78,8% das famílias) seguidas das de médio (12,4% a 25,3%) e alto risco (2,1% a 24,4%), com exceção da MA 2, onde há igualdade entre esses dois últimos, as MA não apresentam estatisticamente a mesma distribuição de famílias em cada nível de risco. Há, dessa forma, MA em situação de maior risco que outras, requerendo, portanto, mais atenção da ESF. Isso reflete importante heterogeneidade presente dentro de uma área que poderia ser, a princípio [2], considerada como portadora de uma identidade populacional homogênea (Tabela 1).

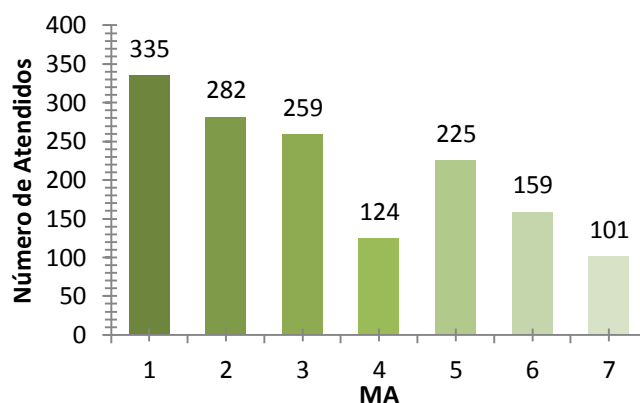
Tabela 1. Classificação de risco das famílias adscritas de acordo com as MA de uma USF da RMR-PE, 2010.					Valor de $\chi^2$	Valor de P
MA	Risco N (%)			Total		
	Baixo	Médio	Alto			
1	96 (54,5)	41 (23,3)	39 (22,2)	176 (100,0)	27,972	,000
2	65 (51,2)	31 (24,4)	31 (24,4)	127 (100,0)		
3	112 (65,9)	43 (25,3)	15 (8,8)	170 (100,0)		
4	89 (78,8)	14 (12,4)	10 (8,8)	113 (100,0)		
5	71 (73,2)	24 (24,7)	2 (2,1)	97 (100,0)		
6	106 (73,6)	27 (18,8)	11 (7,6)	144 (100,0)		
7	74 (68,5)	21 (19,4)	13 (12,0)	108 (100,0)		
Total	613 (65,6)	201 (21,5)	121 (12,9)	935 (100,0)		

No período em que se desenvolveu a pesquisa, de um total de 1531 acessos registrados nos serviços da USF, 56% foram realizados pela Clínica Médica, 28% pela Clínica Odontológica, enquanto a Puericultura e Pré-Natal foram responsáveis por 8% dos acessos cada uma. Destes acessos, 1043 (68,1%) foram realizados por pacientes do sexo feminino.

Com relação à distribuição por faixa etária dos pacientes que tiveram acesso, 47,8% estavam na faixa de 20 a 60 anos de idade, seguida pela população na primeira infância (16,3%), segunda

infância (15,8%), adolescentes de 13 a 19 anos (13,7%), sendo os idosos acima de 60 anos os que menos tiveram acesso aos serviços, representando 6,4% dos atendimentos. Cerca de 9% dos pacientes atendidos não puderam ser classificados por faixa etária, dada à ausência de dados em seus cadastros familiares que possibilitassem tal classificação.

Entre as MA, o acesso aos serviços variou de 6,8% do total de atendimentos (MA 7), a 22,5% (MA 1). Dos 1531 pacientes atendidos, 3% não puderam ter a identificação da MA de moradia de sua família realizada (Figura 2).



**Figura 2 - Distribuição de pacientes atendidos por MA de uma USF da RMR-PE, 2010.**

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as MA com relação à distribuição do risco das famílias que tiveram acesso aos serviços ofertados pela USF. Observou-se que as famílias de menor risco foram as que tiveram maior acesso, e as de mais alto risco foram as que menos utilizaram os serviços em todas as MA. Foge a esse padrão apenas a MA 2, onde o médio risco se mostrou um pouco mais prevalente no acesso, e a MA 7, onde houve igualdade no acesso para médio e baixo risco (Tabela 2).

**Tabela 2. Classificação do risco das famílias que tiveram acesso, de acordo com as MA de uma USF da RMR-PE, 2010.**

MA	Risco			Valor de $\chi^2$	Valor de P
	N(%)	Baixo	Médio		
1	273 (100,0)	129 (47,3)	118 (43,2)	,375	,540
2	245 (100,0)	100 (40,8)	117 (47,8)		
3	210 (100,0)	115 (54,8)	85 (40,5)		
4	104 (100,0)	55 (52,9)	33 (31,7)		
5	174 (100,0)	100 (57,5)	60 (34,5)		
6	130 (100,0)	60 (46,2)	55 (42,3)		
7	60 (100,0)	26 (43,3)	26 (43,3)		
Total	1196 (100,0)	585 (48,9)	494 (41,3)		

## Discussão

Na distribuição dos atendimentos por serviço, onde pode ser observada uma grande disparidade nos montantes de acesso entre as clínicas, devem-se levar em consideração as especificidades de cada especialidade. A puericultura e o pré-natal, por exemplo, são destinados a



públicos específicos (bebês de 0 a 1 ano, e gestantes), e a odontologia tem seu número de atendimentos limitado pela própria técnica inerente à assistência odontológica.

Semelhante ao que foi evidenciado por outros autores[10, 12 – 19], o perfil da população que teve acesso aos serviços foi majoritariamente de pessoas do sexo feminino, reafirmando a condição de cuidador de si e dos familiares como uma questão de gênero. As mulheres percebem mais facilmente os riscos à saúde do que os homens, pois possuem mais acesso às informações, e as que estão em idade fértil consultam mais o médico, devido a fatores ginecológicos e obstétricos[12]. Além disso, na questão saúde, os direitos conquistados pelas mulheres em termos de políticas e programas, cooperam para a predominância do sexo feminino nas ações de atenção básica[13].

Discute-se<sup>13</sup> ainda que os valores e conceitos inseridos na construção da identidade masculina são obstáculos para a formulação de ações para garantir os direitos dos seus cidadãos. A figura socialmente construída do homem, por exemplo, não tem necessidade de ações de cuidado no que tange a promoção e prevenção, gerando, inclusive, vergonha nos homens que procuram profissionais de saúde. É característica do sexo masculino a incerteza da doença, no sentido de desacreditar até mesmo da sua existência. O horário de funcionamento das Unidades de Saúde também nem sempre são conciliáveis com os horários dos indivíduos incluídos no mercado de trabalho, sendo este trabalho prioritário entre as atividades masculinas, tornando-se uma barreira para o acesso dos homens aos serviços de saúde. Além disso, o predomínio de profissionais do sexo feminino na atenção primária pode ser responsável por alguma resistência de usuários do sexo masculino, que idealizam este espaço como um ambiente puramente feminino.

Também semelhante a outros estudos[12, 18], em que a utilização dos serviços de saúde em geral foi maior com o aumento da idade até a idade adulta, a faixa etária predominante no acesso na presente pesquisa foi de adultos, ratificando que as demandas, necessidades, e percepções sobre o serviço variam de acordo com a faixa etária dos indivíduos.

O SUS tem cumprido as expectativas da política pública porque no nível macro-econômico apresenta maior probabilidade de atender indivíduos de menor escolaridade e renda, o que se torna mais explícito na implantação das USF em áreas de risco[16]. Porém, há que se questionar se em nível micro, dentro dos serviços de uma USF, uma atenção especial às famílias sob maior risco também tem ocorrido.

Quando se observa as famílias de alto risco, pode ser parcialmente evidenciada neste estudo a Lei dos Cuidados Inversos em Saúde[20], através da qual foi demonstrado que, dadas diversas características do sistema de saúde, a população que menos teve acesso aos serviços da USF foi composta por famílias de alto risco social (9,8%), não atendendo com igualdade as famílias, uma vez que as famílias adscritas classificadas como de alto risco representaram quase 13 % da população. Ou seja, os cuidados em saúde tenderam a variar inversamente com a necessidade da população (Tabela 2). Quando se fala de equidade, deve-se ter em mente que o acesso igual a serviços de saúde não necessariamente será igual, mas exige uma discriminação positiva em favor de indivíduos ou populações que mais precisam[21].



O padrão de utilização dos serviços de saúde com desigualdade/desvantagem para grupos menos favorecidos é questionado quando se tratam de pessoas residentes em áreas cobertas pela ESF, por se tratar de populações homogêneas[12]. Porém no presente estudo, mesmo em se tratando de uma USF, essa desvantagem para os grupos menos favorecidos foi constatada.

Em Olinda, também na RMR, um recente estudo evidenciou associação do uso do serviço de Saúde Bucal com o fator socioeconômico, representado pela residência em casa alugada, mostrando que pequenas diferenças no nível socioeconômico podem levar a diferenças na utilização de serviços de saúde em populações homogêneas. Assim, a desigualdade de acesso e no uso de serviços é encontrada mesmo em áreas aparentemente homogêneas[22].

Embora o padrão de distribuição de risco das famílias que tiveram acesso aos serviços siga o mesmo padrão das famílias adscritas (baixo>médio>alto), pode-se observar que a diferença estatística de níveis de risco entre as MA ocorreu com a população adscrita (Tabela 1), estando ausente entre as famílias que acessaram os serviços (Tabela 2). Observa-se ainda que o percentual de famílias de médio risco que acessaram o serviço (41,3%) é maior que este percentual na população adscrita (21,5%), e paralelamente a isso, embora as famílias de baixo risco representem 65,6% da população cadastrada, estas famílias somaram 48,9% dos acessos. Essa inversão aponta a presença de equidade no acesso da USF, como preconiza a Estratégia Saúde da Família em suas diretrizes.

É necessário considerar algumas questões importantes na busca de explicações do comprometimento da equidade para as famílias de alto risco da área.

Entre outras coisas, pode-se destacar as questões, também relatadas por diferentes autores, relacionadas à gestão da saúde local[23], à formação profissional[10], ao tipo de planejamento da atenção ofertada pela USF[7,8], à falta de estabilidade profissional na Equipe[1, 24, 25], ao excesso populacional vinculado à USF[1, 23, 26], ao mau uso da informação no trabalho em saúde[6], e ao tipo de demanda priorizada pela equipe[25, 27, 28].

Foi verificado um alto índice de perda de informação nas fichas A do SIAB da população adscrita (Figura 1). A falta de registro de dados nos cadastros das famílias (45,3%) dos cadastros incompletos), seja pela desatualização cadastral ou pelo incompleto preenchimento do prontuário, pode comprometer o planejamento adequado das atividades da Unidade. É a partir da informação que a equipe se apropria do território em que presta atenção à saúde, conhecendo suas necessidades, para então ofertar serviços de acordo com as reais necessidades.

Esse desconhecimento do território parece não ser um problema restrito da USF deste estudo. Relatório do MS<sup>[1]</sup> aponta que 15,4% das Equipes de Saúde Bucal (ESB) de Pernambuco desconhecem até mesmo o número de habitantes sob sua responsabilidade. Mesmo de posse de informações importantes, verificou-se pouco uso do SIAB para o planejamento da atenção, falha essa presente do serviço à gestão, conforme também observado em estudo realizado em um município do sudeste do Brasil[6].

Além de ter número de famílias (1709) e pessoas (6271) cadastradas superior às 700 famílias e 4500 pessoas recomendadas pelo MS[1], verificou-se que a distribuição espacial das MA e o número

de famílias cadastradas em cada uma delas apresentaram-se desproporcionais, o que pode aumentar as dificuldades no processo de trabalho da ESF.

Todas as MA têm número de famílias superior ao máximo de 150 famílias recomendado pelo MS<sup>26</sup>, chegando a MA 1 a ter o dobro (Figura 1). Esse quantitativo pode comprometer o acompanhamento dos ACS também no que tange à atualização dos dados, e de toda a Equipe no planejamento e execução adequados das atividades. Esse quadro foi ainda agravado com o fato de haver, durante todo o período em que foi realizada a pesquisa, duas MA (4 e 5) sem acompanhamento de ACS, por falta desses profissionais na rede de saúde do município.

Esse excesso populacional também está presente em dados do MS[1]. Quase 40% das Equipes de Saúde Bucal de Pernambuco, por exemplo, têm população adscrita superior ao máximo recomendado, e 19,1% das ESF estão vinculadas a mais de 4500 pessoas. A enorme demanda clínica e o excesso populacional por Equipe foram também discutidos[23] como um grande obstáculo para trabalhar dentro do território.

Por último, observou-se que a maioria dos serviços da USF de estudo tem sua marcação de consultas voltada majoritariamente para a demanda espontânea, utilizando apenas mecanismo tradicional de definição de horários específicos para responder a essa demanda. Nesse tipo de demanda o conhecimento do território e suas necessidades específicas não são considerados na oferta do acesso aos serviços, sendo a informação inutilizada, deixando de prover maior equidade na saúde. Embora essa proposta de marcação seja teoricamente aberta e disponível para toda a população cadastrada, diferentes grupos populacionais variam no grau de informação que possuem sobre os serviços a eles disponíveis[29]. Famílias em situação mais precária tendem a ficar à margem dos serviços que orientam seu atendimento pela demanda espontânea[27], chocando-se com a proposta da Estratégia.

No entanto, os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de suas limitações. A primeira refere-se à inadequada informação da população adscrita, dada à incompletude dos registros cadastrais disponíveis na Unidade (Figura 1). Essa desinformação impossibilitou a classificação de risco de 45% das famílias adscritas, o que poderia modificar o cenário de risco social da população cadastrada.

Deve-se ainda ser observado que o INASB não foi validado para a clínica médica e de enfermagem. Esse instrumento foi escolhido por basear-se em informações sociais (tipo de moradia e escolaridade), sendo aplicado a todos os serviços da USF.

Contudo, um dos dados para a classificação de risco do INASB é a escolaridade (sendo maior o risco quanto menor a escolaridade). Uma vez que as famílias de baixo risco foram as que em geral tiveram maior acesso aos serviços, esse achado é ratificado por outros estudos[10, 19], que associaram maior acesso a pacientes com maior escolaridade. Com base de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, observou-se[14] que a escolaridade do chefe da família teve impacto positivo na chance de uso de serviços de saúde, chamando atenção para a

necessidade de se considerar as características das famílias na formulação de políticas voltadas para a redução das desigualdades sociais no consumo desses serviços.

## Conclusão

O maior acesso da população de médio risco aos serviços de saúde da USF, que sua presença entre a população cadastrada, em detrimento das famílias de baixo risco, aponta para o atendimento à diretriz da equidade pela ESF. Contudo, essa equidade parece não alcançar a população de alto risco adscrita.

As famílias em maior risco devem ser foco das ações da Equipe, garantindo equidade no acesso da população e diminuição das iniquidades sociais em saúde, necessitando-se, entre outras coisas, o conhecimento do território, e modificações no processo de trabalho para produção do cuidado em saúde e na gestão em saúde.

## Agradecimentos

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do IMIP e ao MS, seu financiador. À Secretaria de Saúde do Município, à Equipe de Saúde da Família da Unidade, e aos colegas de residência, que apoiaram a pesquisa.

---

## Abstract

**Purpose:** Considering equity as one of the fundamental principles to be applied when planning the services to be offered by the Family Health Team, the present study aimed to evaluate the population profile and equality of access to services by the users of a Family Health Unit. **Methods:** Equity in access was assessed on the basis of the Index of Oral Healthcare Needs (INASB), and the population profile was based on the socio-demographic data of both enrolled population and families who have made use of the services. The data sources for this study were the appointments and consultations book, the 'A' Files from the Primary Health Care Information System (SIAB) and family medical records. **Results:** The results highlighted that the Primary Care Information System of Family Health Unit is out of date, and showed the predominance of women and adults among those with access to services. Although the micro areas presented statistical difference between their levels of risk, this difference was not evident among families who have used the services. **Conclusion:** Although the proportion of low-risk families has been greater than both mid-risk and high-risk ones among the families who have enrolled as well as the ones who had access to the services, presenting a higher percentage of mid-risk families among the ones who had access to the services than among the enrolled families, which suggests a certain degree of equity regarding the access to the Unit.

**Descriptors:** Health Services Accessibility. Equity in Access. Family Health.

---

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil - Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Sala A, Simões O, Luppi CG, Mazziero MC. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. *Caderno de Saúde Pública* 2004; 20(6):1556-64.
3. Bousquat A, Cohn A, Elias PE. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(9):1935-43.
4. Pereira MPB, Barcellos C. O Território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde* 2006; 2(2):47-55.
5. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 237-55.
6. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(6):1821-28.
7. Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2007; 11(23):655-66.
8. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(4):898-906.
9. Mafra MRP, Chaves MMN. O Processo de territorialização e atenção à saúde no Programa Saúde da Família. *Família, Saúde e Desenvolvimento* 2004; 6(2):127-33.
10. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(12):2871-80.
11. Carnut L, Filgueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação Inicial do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(7):3083-91.
12. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(4):595-603.
13. Araújo MG, Cassiano AN, Lima GAF, Holanda CSM, Carvalho JBL. Access of the male population to the health services: perception of the family health strategy professionals. *J. res.: fundam. care*. online 2013; 5(4):475-84.
14. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2002; 11(5/6):365-73.
15. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(4):2145-54.
16. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(4):1011-22.
17. Oliveira RS, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RACP, Góes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* 2009; 11(4):34-38.
18. Pimentel IRS, Coelho BC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. Bras Med Fam Comunidade* 2011; 6(20).
19. Magnago RF, Moreira DS, Cunha L, Sakae TM. Perfil dos usuários do posto de saúde da família do bairro Humaitá, Tubarão - SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2009; 38(2):12-20.
20. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971 (Feb); 405-12.

21. Lago FP, Elorza ME, Nebel-Moscoso S, Vanina-Ripari N. Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá* 2013, 12 (25): 40-54.
22. Oliveira RS, Magalhães BG, Góes PSA, Rocha RACP, Gaspar GS. Use of dental services in areas covered by the Family Health Strategy in Olinda, Brazil. *Cad. Saúde Colet.* 2014, 22 (1): 40-5.
23. Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):455-62.
24. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. *Saúde Soc* 2009; 18(3):515-24.
25. Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2009; 43(4):937-44.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Auditoria do SUS - Coordenação de Sistemas de Informação. Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF (Portaria MS/GM Nº 1.886, de 18 de Dezembro de 1997). Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
27. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(Supl):203-11.
28. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 29(2):84-95.
29. Travassos C, Martin M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(Supl 2):190-98.