

Análise da utilização dos serviços em uma Unidade Básica de Saúde da Família do Distrito Federal, Brasil

Analysis of the use of services in a Basic Family Health Unit in the Federal District, Brazil

Pedro Lucas Göttems King¹ , Flávio Pontes de Amorim² , Gleiton Lima Araújo³ , Thais Barros Zanette da Silva⁴ , Levy Aniceto Santana⁵ , Sergio Eduardo Soares Fernandes⁶ , Leila Bernarda Donato Göttems⁷ 

RESUMO

Objetivo: analisar as características da acessibilidade e da utilização dos serviços em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal no período de setembro de 2017 a dezembro de 2020.

Métodos: estudo descritivo dos dados extraídos do Portal InfoSaúde-DF, do e-SUS-AB e do Geoportal do Governo do Distrito Federal. Georreferenciamento e mapas criados no *software* QGIS.

Resultados: analisaram-se 28.148 atendimentos ocorridos no período de 40 meses. De 6.811 usuários, 80% residiam a no máximo 2,28 km da UBS. A demanda espontânea representou 67,1% dos atendimentos. A taxa de utilização dos que residem a até 500 m da UBS foi maior comparada aos que residem a mais de 1 km. O ritmo de atendimentos foi alterado na primeira onda de covid-19.

Conclusão: o modelo de acesso, os turnos e localização da UBS influenciam a acessibilidade e a utilização dos serviços pela população do território. O monitoramento contínuo destes efeitos contribui para a melhoria da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Georreferenciamento; Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade.

ABSTRACT

Objective: analyze the characteristics of accessibility and use of services in a Federal District Basic Health Unit from september 2017 to december 2020.

Method: a descriptive study of data extracted from the InfoSaúde-DF Portal, the e-SUS-AB, and the Geoportal of the Federal District Government. Georeferencing and maps created in QGIS software.

Results: we analyzed 28.148 visits of 6.811 users over the period of 40 months, 80% living no more than 2.28 km from the UBS. Spontaneous demand represented 67.1% of the consultations. The utilization rate of those who live up to 500 m from the UBS was higher than those who live more than 1 km away. The attendance rate was altered in the first wave of covid-19.

Conclusion: the access model, shifts, and UBS location influence the accessibility and use of services by the population. The continuous monitoring of these effects contributes to PHC the improvement.

Keywords: Primary Health Care; Georeferencing; Health Services Accessibility; Equity.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa, preferencialmente, o primeiro contato da população com os serviços de saúde. Seu papel é o de disponibilizar cuidados orientados pelos principais agravos de saúde que acometem a população. Diferentes modelos de organização da APS podem ser adotados com vistas a garantir esse primeiro acesso aos serviços¹. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) se consolidou a partir dos anos 2000 como a principal política de APS no país, ancorada nos atributos essenciais e derivados e nas dimensões de participação social, intersetorialidade e multidisciplinaridade, alinhadas aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS². Esta proposta visa proporcionar maior acesso e resolubilidade a partir do trabalho de equipes que assumem a responsabilidade pela população de uma área geográfica definida, onde são desenvolvidas ações individuais e coletivas de forma integral e contínua.

Enquanto porta de entrada preferencial do sistema de saúde brasileiro, a APS deve atuar no processo de acolher o usuário promovendo a vinculação e corresponsabilização pelo seu cuidado³⁻⁵. No entanto, ainda persistem obstáculos para a garantia da continuidade do cuidado, integralidade e eficiência do sistema que precisam ser investigados para estimular seu aperfeiçoamento na ampliação de acesso da população aos serviços de saúde.

O direito à saúde está atrelado à equidade no acesso, que é afetada pelas desigualdades socioeconômicas. O acesso tem múltiplas dimensões: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade⁶. A acessibilidade, por sua vez, caracteriza-se pela relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. Destaca-se o acesso geográfico que é caracterizado pelo tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, aspectos que devem ser considerados nos processos de territorialização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem ESF^{6,7}.

Para Donabedian (1988)⁸ a acessibilidade é muito mais do que a presença ou disponibilidade do recurso em um dado momento e lugar, e deve incluir dois aspectos: sócio-organizacionais e geográficos. O primeiro refere-se ao funcionamento e

oferta dos serviços e a estrutura necessária para a sua execução, e o segundo pode ser medido pela qualidade da infraestrutura viária, distância e tempo de locomoção, disponibilidade de transporte público, custo da viagem⁷.

A expansão da ESF, por mais de duas décadas, tem favorecido a equidade e a universalidade da assistência, segundo as estatísticas nacionais. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2019 ratificam que a ESF se mantém como o principal modelo de APS no SUS, apresentando resultados exitosos ao longo do tempo com sua orientação comunitária e promoção da equidade em saúde². Entretanto, conforme apontado por Viegas e Penna (2015)⁹, apenas a expansão do número de equipes de Saúde da Família (eSF) por si só não representa uma solução infalível aos aspectos que dificultam ou impedem o acesso a uma assistência integral à saúde, bem como não extingue os riscos da ocorrência de equidade reversa na APS.

A teoria da equidade reversa afirma que novos programas e intervenções em saúde pública são inicialmente mais acessíveis e utilizados por pessoas com situação econômica mais favorável, mas ao longo do tempo minimiza-se as desigualdades quando nova tecnologia ou política é alcançável pela população com situação econômica inferior, o que geralmente ocorre quando o impacto da intervenção nos grupos mais ricos já atingiu o seu limite^{10,11}.

Embora um estudo realizado em 2018 no Brasil¹² não tenha constatado a equidade reversa quando se considera que a ampliação da cobertura pela ESF prioriza a população menos favorecida, há a necessidade de se examinar como isto ocorre nos territórios cobertos pela ESF. Entre outros aspectos, é preciso monitorar constantemente se a população exposta a maiores fatores de risco para doenças tem acesso a serviços de saúde que priorizam o acolhimento da demanda dessa população. Nesse contexto, os hiperutilizadores dos serviços de saúde, que são usuários que buscam atendimento de forma excessiva ou sem real necessidade, podem representar um fator de risco para a equidade em saúde visto que estes podem consumir até 40% das consultas ofertadas em uma UBS¹². Na constatação de Guimarães (2018)¹³, a equidade tem sido preservada pelas ações de promoção à saúde adotadas pelas eSF, que criam estratégias para reduzir a desigualdade e aumentar o nível de saúde.

No entanto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017³ pode retroceder para uma concepção de APS seletiva e limitada, uma vez que impõe dificuldades para a construção de uma APS integral. Exemplos dessas dificuldades estão na segmentação do cuidado a certos padrões assistenciais e na descaracterização do perfil do ACS, o que reforça a necessidade de estudos locais. Além disso, há riscos de recuos na oferta de ESF a partir do novo modelo de financiamento proposto em 2019, por meio do Previner Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019¹⁴. Esse modelo modifica as formas de repasse financeiro aos municípios, que deixa de ser apenas por quantitativo de população residente e passa a adotar quatro critérios:

- 1) A captação ponderada, calculada com base no número de pessoas cadastradas na unidade de APS, considerando fatores como vulnerabilidade socioeconômica, perfil de idade e classificação rural-urbana de acordo com o IBGE. Esse cadastro pode ser feito por CPF ou CNS por todos os integrantes da equipe de saúde;
- 2) A definição do valor a ser transferido com base no pagamento por desempenho, em que são considerados os resultados alcançados em um conjunto de indicadores no trabalho das equipes;
- 3) Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território.
- 4) Os incentivos financeiros com base em critério populacional consideram a estimativa populacional mais recente divulgada pelo IBGE.

O Distrito Federal (DF) tem desenvolvido esforços para tornar a ESF o modelo predominante de APS. Conforme registrado na literatura, houve avanços nos indicadores de cobertura populacional pelas eSF e alguns efeitos na redução da mortalidade infantil no DF ao longo dos anos^{15,16}. Assim, este estudo tem como objetivos: analisar aspectos da acessibilidade da população a uma UBS com ESF e as características da utilização dos serviços pela população adscrita no período de setembro de 2017 a dezembro de 2020 no DF.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa descritiva de dados secundários. Utilizam-se técnicas da geografia da saúde, em uma perspectiva interdisciplinar, por meio da análise espacial de área pequena em nível de unidade conforme descrito por Kirby *et al.* (2016)¹⁷. Adota-se o conceito de território setorial como um recorte do território político administrativo, que é a área de abrangência da UBS.

Os dados de georreferenciamento (latitude e longitude) foram obtidos através dos endereços, cruzando informações com o código de endereçamento postal e nos casos em que isso não foi possível, buscando a localização no aplicativo web Google Maps[®]. Os pontos cartográficos foram plotados sobre o mapa de satélite da região, obtido pela aplicação Google Earth[®] através do programa QGIS Desktop 3.26.2[®], no qual também foram construídas curvas de áreas de distanciamento dos domicílios.

Local de estudo

O estudo foi realizado em um setor habitacional urbano da Região Administrativa de Sobradinho II, que está localizada na Região de Saúde Norte do Distrito Federal. Conforme dados públicos de caracterização urbana e ambiental disponibilizados pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), trata-se de um relevo de chapada, com morros e vales e, por esta razão, as ruas possuem declives consideráveis. O setor tem um desenvolvimento recente, oriundo de invasões e, portanto, carece de infraestrutura pública. A UBS estudada está localizada em uma casa residencial alugada que passou por adaptações para abrigar duas eSF, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (eNASF) e uma equipe de Saúde Bucal (eSB). O horário de funcionamento da UBS escolhida para o estudo é de segunda a sexta-feira das 7h às 17h. Anteriormente à pandemia de covid-19, havia uma sala de acolhimento com escuta inicial onde acontecia o primeiro contato dos usuários com os profissionais, entretanto, com o início da pandemia esta sala foi destinada para o atendimento de usuários com sintomas respiratórios e a escuta inicial passou a ser realizada na recepção da unidade, com separação entre usuários com e sem sintomas respiratórios. Após a escuta inicial e classificação de risco o

usuário é agendado ou encaminhado para atendimento com o profissional de saúde adequado para o caso.

Esta UBS foi selecionada por critérios de conveniência dada a facilidade de acesso aos dados pela equipe de pesquisa.

Coleta de dados

UBS e sua área de abrangência foram identificadas a partir da Sala de Situação – Portal InfoSaúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Os dados de atendimento foram extraídos do sistema e-SUS AB filtrando-se todos os atendimentos realizados na unidade estudada e registrados no sistema entre os meses de setembro de 2017 e dezembro de 2020. O período temporal foi definido tomando como base o início da implementação do sistema e-SUS AB na UBS estudada, visto que esse sistema seria a principal fonte de dados da pesquisa.

O relatório de cadastro individual do sistema e-SUS AB, que contém informações individualizadas referentes ao endereço, idade e sexo dos usuários cadastrados em cada eSF, foi gerado em formato PDF e convertido manualmente em formato de planilha eletrônica. Os dados originais foram extraídos em fevereiro de 2021. Durante os meses de fevereiro, março e abril de 2021 foram coletados os endereços dos domicílios dos usuários atendidos e não cadastrados, tendo em vista o fato de que os relatórios de cadastro individual apenas trazem informações de usuários cadastrados nas equipes, entretanto, os registros de atendimentos abrangem usuários cadastrados e não cadastrados. Foram coletados os endereços que constavam na ficha do Cadastro Cidadão do e-SUS AB dos usuários que não estavam incluídos no relatório extraído anteriormente.

Os dados foram transportados para o *software* Microsoft Excel® 2016, para organização e análise estatística, de forma a identificar as características da população por faixa etária, sexo, tipo de atendimento realizado, situação cadastral e as categorias profissionais que realizaram os atendimentos. Os dados coletados foram, então, anonimizados, atribuindo-se um código aleatório para cada usuário que constava na planilha, para preservar a identificação

dos participantes do estudo. As bases de dados foram construídas em nível de microdados, uma para pacientes e uma para atendimentos. A tabulação foi realizada por data do registro de atendimento no sistema.

A partir das informações anteriormente coletadas no sistema e-SUS AB acerca da localização do domicílio dos usuários, a planilha gerada foi importada no *software* QGIS e as coordenadas geográficas foram identificadas para as geonálises espaciais com a utilização deste sistema *opensource* de informação geográfica.

Para fins de análise de série temporal, foram ainda extraídos dados sobre os registros de casos de covid-19 no Distrito Federal para análise comparativa com as atividades da UBS a partir do repositório Brasil.io (Brasil.io), plataforma que oferece acesso a dados públicos de interesse da população brasileira.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob parecer nº 3.253.271 e CAAE nº 09762319.4.0000.5553.

RESULTADOS

No período de 40 meses, de setembro de 2017 a dezembro de 2020, foram registrados 28.148 atendimentos. Um total de 6.811 usuários foram atendidos na UBS durante o intervalo de tempo avaliado, dos quais 5.276 residiam na área adscrita da UBS. As equipes ainda não haviam concluído o cadastramento da totalidade da população, mas atenderam a 85,13% da estimada. No perfil dos usuários atendidos, predominou o sexo feminino em comparação com o masculino (Tabela 1), a média de idade na primeira consulta foi de 34,7 anos, mediana de 32,7 e intervalo interquartil de 34,1. Destes, 96% (IC: 95,5% a 96,5%) eram residentes no DF. As proporções calculadas foram expressas com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% entre parênteses.

Em relação ao tipo de acesso, a procura espontânea foi observada com pouco mais do que o dobro do atendimento programado e o tipo de atendimento mais frequente foi a consulta no dia, que são atendimentos de demanda espontânea em casos não agudos (Tabela 1).

Tabela 1**Distribuição demográfica dos atendimentos e pacientes da UBS entre setembro de 2017 e dezembro de 2020.**

		Feminino		Masculino		TOTAL	
		N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Quantidade de atendimentos	0 a 9 anos	1.958	10,9 (10,5 a 11,4)	2.071	20,2 (19,5 a 21,0)	4.029	14,3 (13,9 a 14,7)
	10 a 19 anos	1.281	7,2 (6,8 a 7,5)	1.002	9,8 (9,2 a 10,4)	2.283	8,1 (7,8 a 8,4)
	20 a 29 anos	3.374	18,8 (18,3 a 19,4)	1.129	11,0 (10,4 a 11,6)	4.503	16,0 (15,6 a 16,4)
	30 a 39 anos	2.775	15,5 (15,0 a 16,0)	948	9,3 (8,7 a 9,8)	3.723	13,2 (12,8 a 13,6)
	40 a 49 anos	2.399	13,4 (12,9 a 13,9)	1.040	10,2 (9,6 a 10,7)	3.439	12,2 (11,8 a 12,6)
	50 a 59 anos	2.712	15,1 (14,6 a 15,7)	1.405	13,7 (13,1 a 14,4)	4.117	14,6 (14,2 a 15,0)
	60 a 69 anos	1.869	10,4 (10,0 a 10,9)	1.319	12,9 (12,2 a 13,5)	3.188	11,3 (11,0 a 11,7)
	70 a 79 anos	1.119	6,2 (5,9 a 6,6)	841	8,2 (7,7 a 8,7)	1.960	7,0 (6,7 a 7,3)
	80 anos ou mais	426	2,4 (2,2 a 2,6)	480	4,7 (4,3 a 5,1)	906	3,2 (3,0 a 3,4)
	Total	17.913	63,6 (63,1 a 64,2)	10.235	36,4 (35,8 a 36,9)	28.148	100
Quantidade de pacientes	0 a 9 anos	558	13,8 (12,8 a 14,9)	559	20,1 (18,6 a 21,6)	1117	16,4 (15,5 a 17,3)
	10 a 19 anos	430	10,7 (9,7 a 11,6)	390	14 (12,7 a 15,3)	820	12 (11,3 a 12,8)
	20 a 29 anos	756	18,8 (17,6 a 20)	433	15,6 (14,2 a 16,9)	1189	17,5 (16,6 a 18,4)
	30 a 39 anos	626	15,5 (14,4 a 16,7)	358	12,9 (11,6 a 14,1)	984	14,4 (13,6 a 15,3)
	40 a 49 anos	573	14,2 (13,1 a 15,3)	313	11,3 (10,1 a 12,4)	886	13 (12,2 a 13,8)
	50 a 59 anos	502	12,5% (11,4 a 13,5)	343	12,3 (11,1 a 13,6)	845	12,4 (11,6 a 13,2)
	60 a 69 anos	298	7,4 (6,6 a 8,2)	205	7,4 (6,4 a 8,3)	503	7,4 (6,8 a 8)
	70 a 79 anos	191	4,7 (4,1 a 5,4)	119	4,3 (3,5 a 5)	310	4,6 (4,1 a 5,0)
	80 anos ou mais	95	2,4 (1,9 a 2,8)	62	2,2 (1,7 a 2,8)	157	2,3 (1,9 a 2,7)
	Total	4.029	59,2 (58 a 60,3)	2.782	40,8 (39,7 a 42)	6.811	100,00%
Turno do atendimento	Manhã	10.052	35,7 (35,2 a 36,3)	5.723	20,3 (19,9 a 20,8)	15.775	56 (55,5 a 56,6)
	Tarde	7.842	27,9 (27,3 a 28,4)	4.510	16 (15,6 a 16,5)	12.352	43,9 (43,3 a 44,5)
	Noite	19	0,07 (0,04 a 0,10)	2	0,01 (0,00 a 0,02)	21	0,07 (0,04 a 0,11)
Agendamento do atendimento	Demanda espontânea	11.619	41,3 (40,7 a 41,9)	7.274	25,8 (25,3 a 26,4)	18.893	67,1 (66,6 a 67,7)
	Agendado	6.294	22,4 (21,9 a 22,8)	2.961	10,5 (10,2 a 10,9)	9.255	32,9 (32,3 a 33,4)
Tipo de atendimento	Adm.	121	0,43 (0,35 a 0,51)	63	0,22 (0,17 a 0,28)	184	0,65 (0,56 a 0,75)
	Medicamento						
	Consulta no dia	9.704	34,5 (33,9 a 35)	5.801	20,6 (20,1 a 21,1)	15.505	55,1 (54,5 a 55,7)
	Curativo	57	0,20 (0,15 a 0,26)	206	0,73 (0,63 a 0,83)	263	0,93 (0,82 a 1,05)
	Escuta inicial	657	2,3 (2,2 a 2,5)	395	1,4 (1,3 a 1,5)	1.052	3,7 (3,5 a 4,0)
	Exames	51	0,18 (0,13 a 0,23)	22	0,08 (0,05 a 0,11)	73	0,26 (0,20 a 0,32)
	Consulta agendada	6.294	22,4 (21,9 a 22,8)	2.961	10,5 (10,2 a 10,9)	9.255	32,9 (32,3 a 33,4)
	Procedimentos	49	0,17 (0,13 a 0,22)	26	0,09 (0,06 a 0,13)	75	0,27 (0,21 a 0,33)
Vacina	980	3,5 (3,3 a 3,7)	761	2,7 (2,5 a 2,9)	1.741	6,2 (5,9 a 6,5)	

		Feminino		Masculino		TOTAL	
		N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Profissional do atendimento	Téc. de enf.	8.253	29,3 (28,8 a 29,9)	5.405	19,2 (18,7 a 19,7)	13.658	48,5 (47,9 a 49,1)
	Médico	5.962	21,2 (20,7 a 21,7)	3.028	10,8 (10,4 a 11,1)	8.990	31,9 (31,4 a 32,5)
	Enfermeiro	2.063	7,3 (7 a 7,6)	717	2,5 (2,4 a 2,7)	2.780	9,9 (9,5 a 10,2)
	Terapia ocupacional	57	0,20 (0,15 a 0,26)	38	0,14 (0,09 a 0,18)	95	0,34 (0,27 a 0,41)
	Nutricionista	73	0,26 (0,20 a 0,32)	46	0,16 (0,12 a 0,21)	119	0,42 (0,35 a 0,5)
	Cirurgião-dentista	955	3,4 (3,2 a 3,6)	715	2,5 (2,4 a 2,7)	1.670	5,9 (5,7 a 6,2)
	ACS	297	1,1 (0,9 a 1,2)	201	0,7 (0,6 a 0,8)	498	1,8 (1,6 a 1,9)
	Fisioterapeuta	149	0,53 (0,44 a 0,61)	38	0,14 (0,09 a 0,18)	187	0,66 (0,57 a 0,76)
	Psicólogo	61	0,22 (0,16 a 0,27)	19	0,07 (0,04 a 0,10)	80	0,28 (0,22 a 0,35)
	Serviço Social	21	0,07 (0,04 a 0,11)	11	0,04 (0,02 a 0,06)	32	0,11 (0,07 a 0,15)
	TSB	21	0,07 (0,04 a 0,11)	11	0,04 (0,02 a 0,06)	32	0,11 (0,07 a 0,15)
	Fonoaudiólogo	1	0,004 (0,00 a 0,01)	6	0,021 (0,004 a 0,04)	7	0,025 (0,01 a 0,04)

Legenda: n = número absoluto; % = proporção; IC 95% = Intervalo de confiança de 95%; Téc. de enf., = Técnico de Enfermagem; ACS = Agente Comunitário de Saúde; TSB = Técnico de Saúde Bucal.

Fonte: E-SUS.

A taxa de utilização anual foi obtida dividindo-se a taxa de utilização no período pelo número de meses no intervalo e, em seguida, multiplicando-se esse valor por 12. Na taxa de utilização dos serviços da UBS foi definida como a média do número de atendimentos anual dos usuários no período de observação do estudo (40 meses). Observou-se que 90,2% (IC: 89,4% a 90,9%) dos pacientes atendidos no período utilizaram serviços da UBS 3 vezes ou menos por ano. Apenas 2,5% (IC: 0,2% a 4,9%) dos pacientes atendidos no período podem ser considerados hiperutilizadores de serviços da UBS porque foram atendidos 6 vezes ou mais por ano. Os pacientes foram atendidos em média 1,2 vezes por ano, com mediana de 0,6 atendimentos anuais e intervalo interquartil de 1,2 atendimentos. A maioria dos atendimentos ocorreu no turno da manhã (56,0%) quando comparado com o turno vespertino (43,9%). A UBS estudada não funciona no período noturno, porém, quando a finalização do registro de atendimento no sistema e-SUS AB ocorre após às 18h, esse atendimento é contabilizado para o período noturno. Em dias de grande demanda na UBS ou quando há falha do sistema, alguns profissionais realizam o lançamento dos registros após o expediente, ocasionando a geração de dados de atendimento no turno da noite na UBS.

A série histórica dos atendimentos da unidade mostrou um ritmo de crescimento regular dentro de um canal que foi quebrado com a primeira onda de covid-19 no Distrito Federal (Figura 1). No mesmo período foram observados *outliers* com números de atendimentos diários superiores a 100. O limite do canal linear superior e inferior dos atendimentos diários foi estabelecido unindo-se as cristas e vales da curva anteriores ao período da pandemia.

Foi possível observar ainda, que o número de atendimentos e o número de pacientes do sexo masculino e feminino permanece muito semelhante até a faixa etária por volta dos 15 anos, quando os atendimentos e os pacientes do sexo feminino são significativamente preponderantes (Figura 2). Esse efeito perdura em todas as outras faixas etárias para os pacientes e até por volta dos 75 anos de idade, indicando que a taxa de utilização do sexo masculino se eleva entre idosos (Figura 2). Embora sem significância estatística, a taxa de utilização do gráfico inferior da Figura 2 confirma esse achado.

A Figura 2 permite ainda perceber uma notável elevação da taxa de utilização entre o sexo feminino durante a menacme, com um retorno precoce ao padrão da curva similar ao traçado masculino

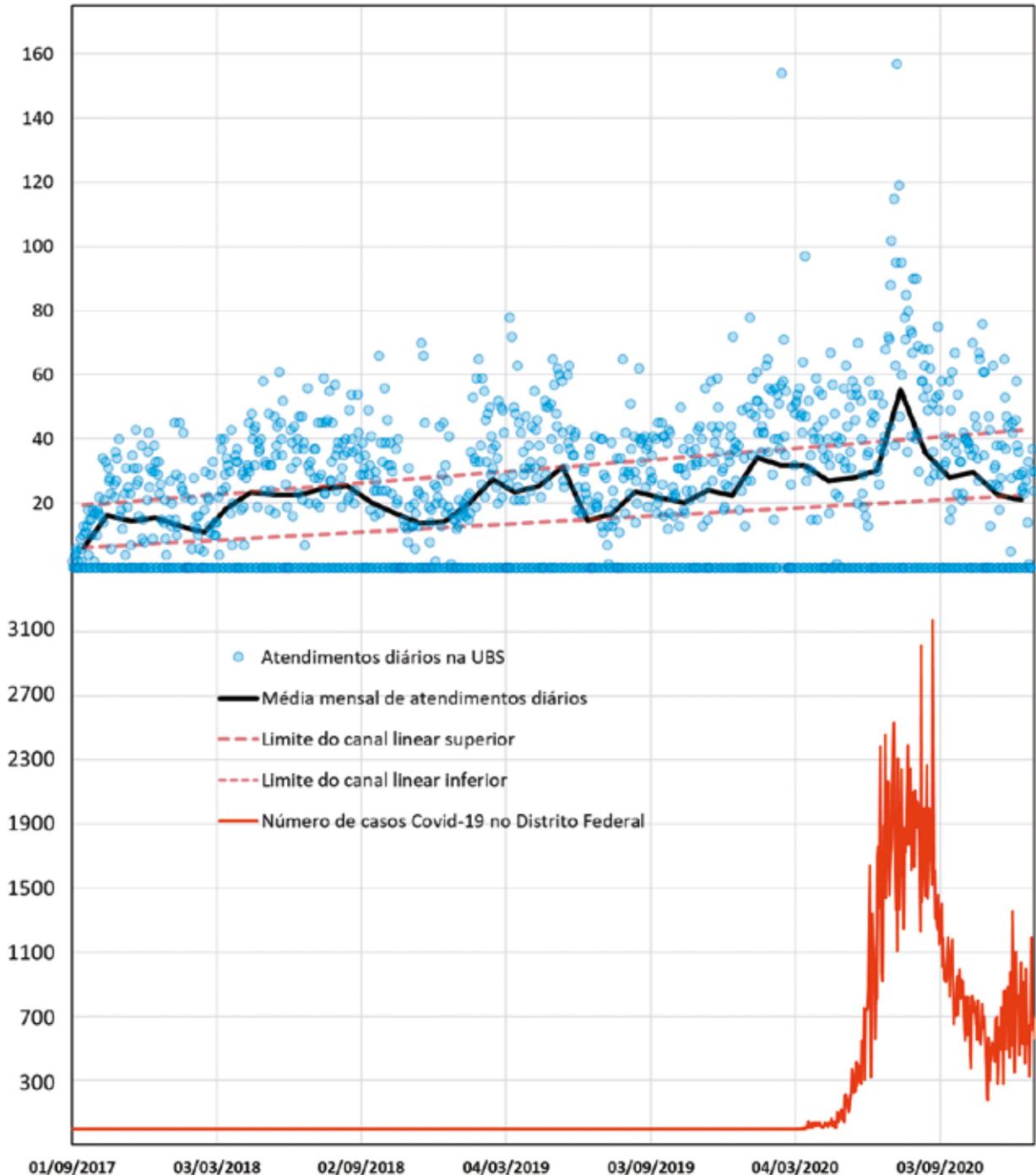
após os 35 anos de idade. Esse é o único período em que há diferença estatisticamente significativa entre a taxa de utilização masculina e feminina.

As taxas de utilização modificaram conforme os estratos de distância entre a residência do pacien-

te e a UBS. Cerca de 80% da população morava a no máximo 2,28 km da UBS. Com efeito, a taxa de utilização dos usuários que moravam a até 500 metros da UBS foi significativamente mais alta que a dos que moravam a mais de 1 km de distância (Figura 3).

Figura 1

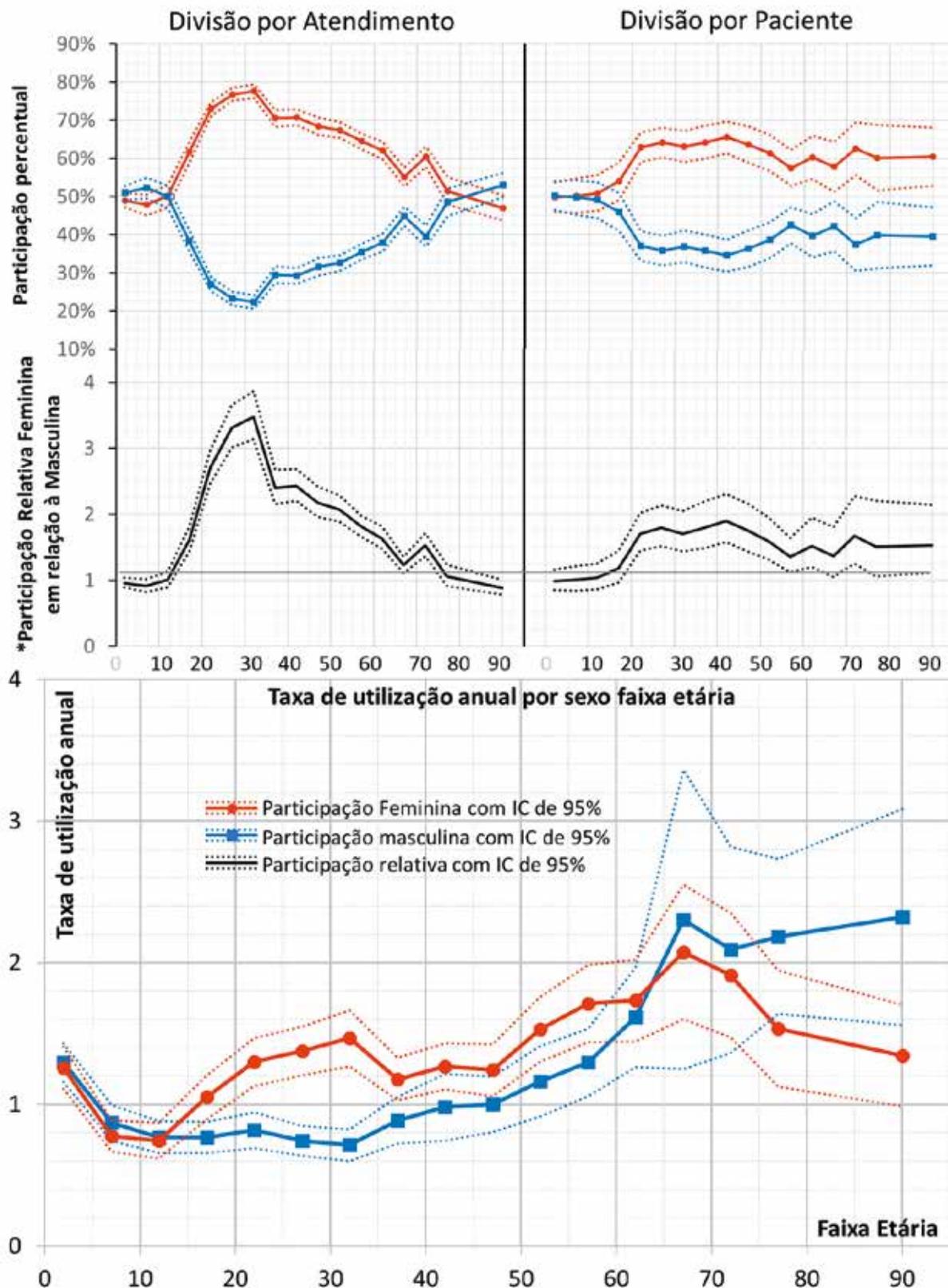
Estratificação das atividades da UBS por atendimento, paciente e taxa de uso anual média em relação ao sexo e idade no período de setembro de 2017 a dezembro de 2020.



Fonte: E-SUS, Brasília.

Figura 2

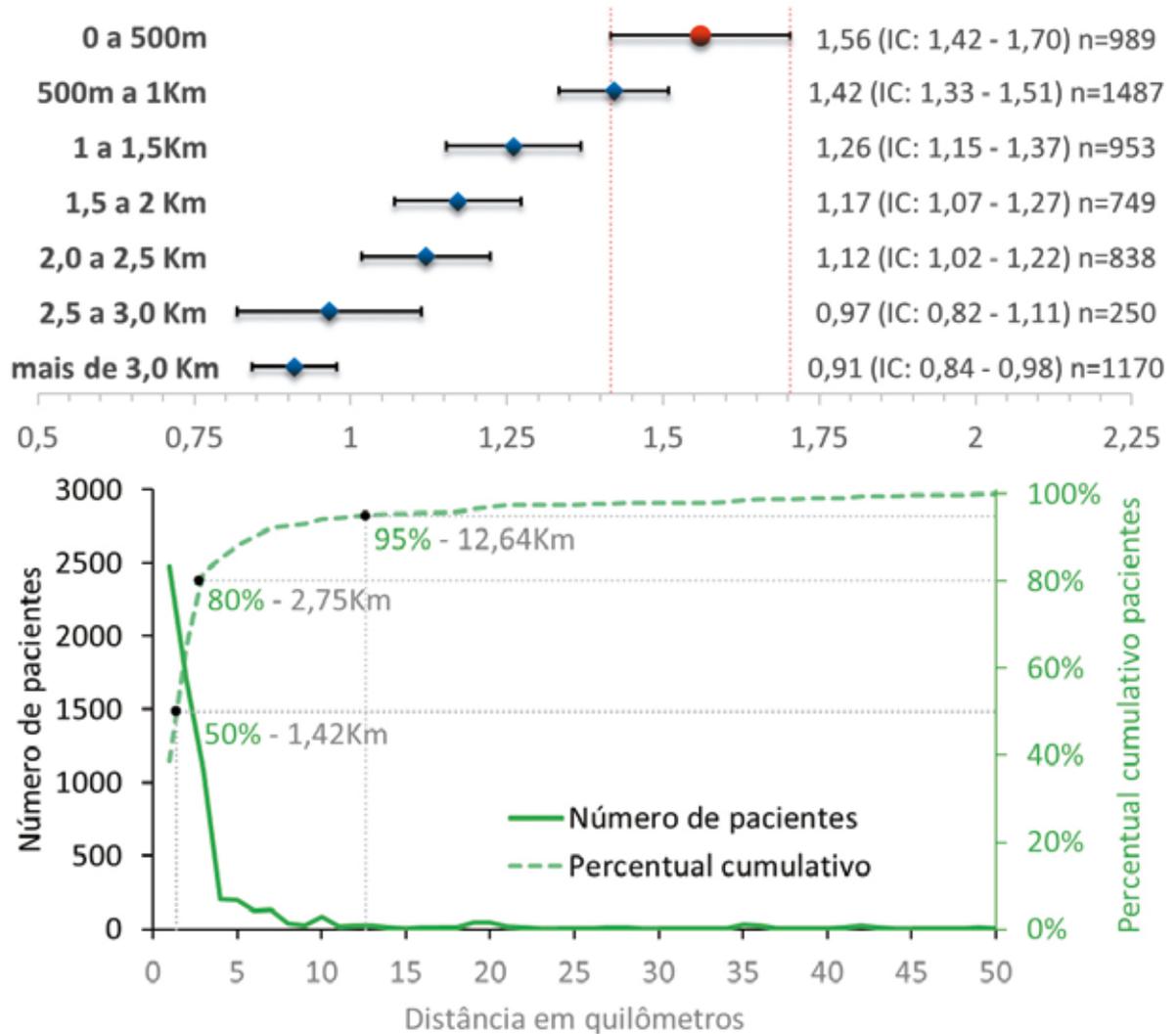
Estratificação das atividades da UBS por atendimento, paciente e taxa de uso anual média em relação ao sexo e idade no período de setembro de 2017 a dezembro de 2020.



Fontes: E-SUS, Pesquisadores.

Figura 3

Taxa de uso anual média por usuário e distribuição dos usuários e atendimentos conforme a distância da UBS no período de setembro de 2017 a dezembro de 2020.



Legenda: n = 6436 usuários. Foram excluídos 187 usuários cadastrados com o endereço da UBS e 188 com endereços registrados a mais de 500 km da UBS.

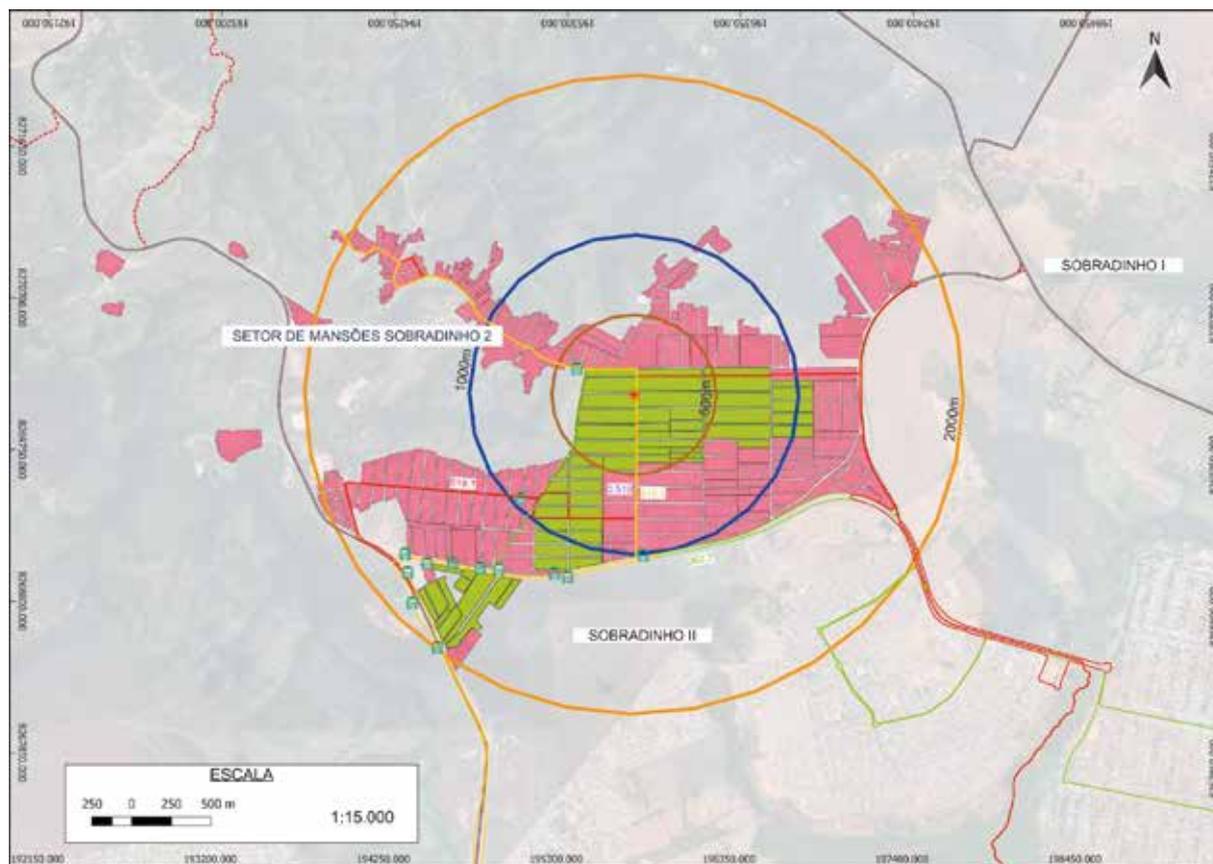
Fontes: E-SUS, Pesquisadores

A microrregião onde está localizada a UBS, representada na Figura 4 pela cor verde, alcança um total estimado máximo de 8 mil pessoas. Uma pequena parcela da população reside dentro de um

raio de 2 km, as quais, para acessar a UBS, podem precisar de transporte público ou locomover-se por uma área com aclive, avenidas movimentadas e ruas com calçadas precárias.

Figura 4

Bairro onde se localiza a UBS, área de abrangência, raios de distância de 1 e 2 km e linhas de transporte público.



Fontes: E-SUS, Pesquisadores, Google Maps, autores.

DISCUSSÃO

O perfil da população atendida no período aponta para a preponderância das mulheres como usuárias da UBS, com dois picos modais de idade, na primeira e terceira décadas de vida. Resultados semelhantes foram encontrados por Albuquerque *et al.*¹⁸ em Pernambuco. Destaca-se a importância do papel feminino no cuidado com a família e o maior acesso às UBS, provavelmente pelo horário de funcionamento, que é atualmente somente de 7h às 17h. Não há, todavia, neste estudo, a possibilidade de aprofundamento de outras características desta população porque limitou-se aos dados disponibilizados pelo e-SUS.

Observou-se que nos atendimentos da UBS, no período do estudo, houve predominância da

demanda espontânea (67,1%) comparada com atendimentos a pacientes previamente agendados (32,9%). Este resultado revela alinhamento com a proposta de acesso avançado no qual as demandas do dia devem representar no mínimo 70%. Todavia, é preciso considerar que a melhor abordagem da demanda espontânea ocorre com o acolhimento que deve procurar romper a lógica hegemônica da busca pelas agendas fechadas e predefinidas. O acolhimento pode contribuir para o redirecionamento da demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço, influenciando no planejamento e na programação de serviços mais coerentes com as necessidades reais da comunidade¹⁸.

A respeito da demanda espontânea, é preciso resgatar que segundo Normam e Tesser¹⁹ os centros

de saúde que buscam implantar a diretriz do acolhimento utilizam basicamente dois modos de organização do processo de trabalho: um que valoriza o território e a longitudinalidade na assistência à demanda espontânea e outro que não valoriza. No primeiro, a demanda espontânea é atendida pela equipe da área de abrangência e no segundo, independentemente dessa relação. Neste último caso, é escalada uma “equipe de acolhimento” destinada apenas para atender às demandas espontâneas do dia de forma pontual e sem haver necessariamente um contato entre a eSF responsável e o usuário, com isso, aspectos inerentes à vinculação e longitudinalidade do cuidado não são observados durante esses atendimentos. Nesta UBS observou-se que a população foi atendida pelas eSF de referência ao buscar a unidade por demanda espontânea, independentemente de ser ou não cadastrada. Assim, observa-se um alinhamento com a primeira proposta de Normam e Tesser¹⁹.

Uma maneira de contornar o risco da equidade reversa seria utilizando o acesso avançado que consiste em agendar as pessoas para serem atendidas pelos profissionais da APS no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato com o serviço de saúde, assim diminuindo o tempo de fila, o número de faltas e favorecendo o cuidado contínuo desses pacientes. Estudos sobre o assunto constataram que nos locais onde esse modelo de agendamento foi introduzido foi observado um aumento no número de atendimentos, bem como uma maior satisfação do usuário para com o serviço de saúde^{20,21}. Também se observou a diminuição da sobrecarga dos profissionais de saúde, principalmente sobre os médicos, pois com esse modelo foi possível redistribuir os atendimentos para os outros profissionais da UBS, como os enfermeiros, que no modelo tradicional têm sua agenda quase nunca lotada. É importante destacar, entretanto, que o acesso avançado, ainda que se mostre promissor na melhoria de vários aspectos relevantes para os serviços prestados na APS, possui desafios para sua implementação. Conforme discutido por Stelet *et al.*, a literatura carece de estudos nacionais de longo prazo que versem sobre a utilização do modelo de acesso avançado no contexto da realidade da população brasileira. A implementação de qualquer modelo de acesso aos serviços de saúde em uma UBS requer necessariamente um planejamento cuidadoso com constante monitoramento e avaliação das estratégias adotadas²².

Há baixa frequência de hiperutilizadores, aqui classificados de forma simplificada como os que

foram atendidos mais de 5 vezes/ano, considerando todos os tipos de atendimento (consultas com qualquer profissional, escuta inicial e demais procedimentos). Apesar de não haver consenso na literatura sobre a definição de usuário superutilizador, considerou-se aqui aquele indivíduo que compareceu a mais de seis consultas no intervalo de um ano^{12,23,24}. Dentre os artigos analisados, o estudo realizado por Melo²⁵, em Monte Alto, após a análise de bibliografias chegou à conclusão de que os hiperutilizadores são aqueles que utilizam os serviços de urgência e emergência mais de 3 vezes no ano e que predominantemente são do sexo feminino e portadores de doenças crônicas. Já Carvalho *et al.*²⁶ consideraram como hiperutilizadores as pessoas que apresentaram sete ou mais consultas médicas em cada um dos dois últimos anos que antecederam a publicação, contados retrospectivamente a partir da data da coleta dos dados.

A análise espacial mostra que a distância da UBS das residências adscritas está dentro de um raio de 2 km. Das residências mais longínquas, a distância chega a ser de quase 2,5 km em uma área ao leste desconectada do resto da massa urbana. A acessibilidade geográfica a um serviço de saúde depende da sua disponibilidade e da impedância para acessar esse serviço. Maior impedância de viagens afetará tanto o fornecimento quanto a utilização de serviços de saúde resultando em baixos resultados de saúde¹⁷. Em uma região com urbanização nova e desordenada, com vias de baixa qualidade, e com pouca infraestrutura pública, foi demonstrada a necessidade de rever a territorialização da UBS. Tendo em vista o fato de que existem outras UBS que se encontram mais próximas de algumas porções do território, o ideal seria a redivisão das áreas de abrangência das equipes que atuam na região com vistas a diminuir a distância geográfica entre domicílio do usuário e UBS de referência. Apenas a mudança de localização da UBS estudada não representaria uma melhora significativa no acesso geográfico da população, já que o território de abrangência da unidade é composto por porções relativamente distantes umas das outras. Esta reordenação da área de abrangência da UBS poderá facilitar o acesso de parte da população que reside em áreas distantes e com acessibilidade difícil por transporte público.

No que se refere ao recorte de território desta UBS, a sua localização está próxima de onde as famílias residem, coerente com o conceito de acessibilidade

de geográfica, embora não tenham sido mensurados o tempo e os gastos com locomoção⁶.

CONCLUSÃO

A aplicação das ferramentas metodológicas da geografia da saúde se mostrou muito útil para proporcionar um olhar sobre uma área de abrangência de UBS. Sobretudo porque a utilização das análises espaciais a partir dos domicílios, da distribuição da população estratificada por características epidemiológicas e demográficas, e a identificação das impedâncias no acesso, viabilizam uma visão sistêmica para profissionais e gestores locais em saúde, o que evita as decisões de intervenções locais com base em estatísticas nacionais. Com o crescimento do compartilhamento de dados públicos e tecnologias para monitorar a saúde da população e identificar alvos viáveis para intervenção, é possível ainda evoluir para abordagens ao longo da vida, que consideram as exposições cumulativas que as pessoas enfrentam à medida que envelhe-

cem e fazem mudanças ocupacionais, superando a medição das influências contextuais baseado apenas no ambiente residencial, no espaço e no tempo estáticos¹⁶.

Assim, conclui-se que aspectos da organização da UBS como modelo de acesso, turnos e localização influenciam a acessibilidade e a utilização dos serviços pela população do território. Ademais, o monitoramento contínuo destes efeitos e das características da população, capturadas por meio dos dados cadastrais são elementos fundamentais para a melhoria contínua das APS com redução de riscos de equidade reversa e aumento da responsividade às demandas da população.

LIMITAÇÕES

Há limitações no estudo por incompletudes e inconsistências dos dados cadastrais da população atendida, sobretudo pela falta de mais informações sociodemográficas e dos domicílios.

REFERÊNCIAS

1. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*. 2017;27(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>.
2. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021;26(suppl 1):2543-2556. doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
4. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. Purpose of work in the Family Health Strategy. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(64):77-86.
5. Melo DS, Silva ALA, Martelli PJJ, Lyra TM, Miranda GMD, Mendes ACG. O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021;26(10):4569-4578. doi.org/10.1590/1413-812320212610.10722021.
6. Assis MM, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 11 [Acessado 29 Junho 2022], pp. 2865-2875. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Epub 04 Dez 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
7. Silva Junior ES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2010;10(supl. 1):s49-s60. doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005.

8. Donabedian A. Los espacios de La Salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1988. Available in: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-138957>.
9. Viegas SMF, Penna CMM. Integrality: Life principle and right to health. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*. 2015;33(2):237-47. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a06>.
10. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12. doi: 10.1016/s0140-6736(71)92410-x.
11. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*. 2000;356(9235):1093-8. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02741-0.
12. Tureck F, Chioro A, Andreazza R. Meu Deus, lá vem ele de novo! O cuidado à saúde aos “hiperutilizadores” na Atenção Básica. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e210653. <https://doi.org/10.1590/interface.210653>.
13. Guimarães RM. A teoria da equidade reversa se aplica na atenção primária à saúde? Evidências de 5.564 municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:128. doi.org/10.26633/RPSP.2018.128.
14. Brasil. Portaria Nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS. *Diário oficial da União* 2017; 28 de set. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
15. Gottens LBD, Almeida MO, Raggio AMB, Bittencourt RJ. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019;24(6):1997-2008. doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019.
16. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, Souza HM, Versiani LM, Leuzzi S, *et al*. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019;24(6):2031-41. doi: 10.1590/1413-81232018246.08802019.
17. Kirby RS, Delmelle E, Eberth JM. Advances in spatial epidemiology and geographic information systems. *Ann Epidemiol*. 2017;27(1):1-9. doi: 10.1016/j.annepidem.2016.12.001.
18. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate*. 2014;38:182-94. doi:10.5935/0103-1104.2014S014.
19. Normam AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2015;24(1):165-79. doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013.
20. Vidal TB. Acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/87111>.
21. Cirino FMSB, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, Fracolli LA. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2111. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(2\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2111).
22. Stelet BP, Modesto AAD, Neto AO, Aragão CM, Reigada CLL. “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. *Trab. educ. saúde*. 2022;20. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>.

23. Andersson SO, Mattsson B, Lynoe N. Patients frequently consulting general practitioners at a primary health care centre in Sweden – a comparative study. *Scand J Soc Med.* 1995;23(4):251-7. doi: 10.1177/140349489502300406.
24. Follador K, Becker A, Gasparin VA, Fonseca AP, Ferraz L, Lazzari DP, *et al.* Hiperutilizadores Do Sistema Único De Saúde: Perfil E Estratégia De Intervenção. In: Política, planejamento e gestão em saúde 4. Castro LHA, Moreto FVC, Pereira TT (Org.). Ponta Grossa: Atena; 2020. p.42-50. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/39758>.
25. Melo SRA. Caracterização e avaliação dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do Serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-12072019-110311/pt-br.php>.
26. Carvalho IPA, Carvalho CGX, Lopes JMC. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;10(34):1-7. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)957](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(34)957).