

Equipes de Saúde da Família no Distrito Federal: um olhar geoespacial para as iniquidades

Family Health Teams in the Federal District, Brazil: A geospatial approach to inequalities

Elizel Monteiro dos Santos¹, Renata Pella Teixeira², Sandro Rogério Rodrigues Batista², Mirlene Guedes de Lima², Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E28920P

RESUMO A Estratégia Saúde da Família é reconhecida como capaz de minimizar os efeitos das iniquidades em saúde. Este estudo descritivo buscou apresentar a distribuição das equipes de Saúde da Família (eSF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Distrito Federal (DF), usando como parâmetros o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVSaúde) e a densidade demográfica categorizadas por setores censitários. Foram utilizados dados do último censo demográfico publicado e dados oficiais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Os resultados mostraram que o DF tem uma população heterogênea, quando se trata de vulnerabilidade, e que a maioria dos setores censitários de alto risco está nas zonas periféricas. O DF possui 165 UBS e 615 eSF (média: 3,7 equipes/UBS). Cerca de 35% dos setores censitários apresentam IVSaúde de baixo risco, e 19,8%, de elevado e muito elevado risco. O estudo mostrou que a maior parte das UBS e equipes está localizada em lugares de alta densidade demográfica e de maior vulnerabilidade, embora ainda seja necessário aumentar o número de equipes e de UBS para uma adequada cobertura do modelo adotado na capital federal, bem como reduzir a razão de equipes por estabelecimento de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Estratégias de saúde nacionais. Atenção Primária à Saúde. Disparidades nos níveis de saúde. Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT *The Family Health Strategy is known to minimize the effects of health inequalities. This descriptive study aimed to present the distribution of Family Health teams (eSF) and PHC Units (UBS) in the Federal District (DF) using the Health Vulnerability Index (IVSaúde) and demographic density categorized by census tracts as parameters. We employed data from the most recently published demographic Census and official data from the National Registry of Health Establishments and the DF's State Health Secretariat. The results revealed that the DF has a heterogeneous population when it comes to vulnerability and that most of the high-risk census tracts are in peripheral areas. The DF has 165 UBS and 615 eSFs (mean: 3.7 teams/UBS). Around 35% of the census tracts have low-risk IVSaúde, and 19.8% have high and extremely high risk. The study showed that most UBS and teams are in high demographic density and more significant vulnerability areas. However, there is still a need to increase the number of teams and UBS for adequate coverage of the model adopted in the federal capital and reduce the ratio of teams per health establishment.*

KEYWORDS *National health strategies. Primary Health Care. Health status disparities. Health vulnerability.*

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Profissional - Brasília (DF), Brasil. elizel_mont@hotmail.com

²Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) - Brasília (DF), Brasil.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada para o sistema de saúde, sendo reconhecida como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹. A APS tem como elementos fundamentais a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural como atributos essenciais; e resolubilidade, comunicação e responsabilização como funções².

Existem vários modelos de atenção à saúde, que variam conforme as necessidades da população. Segundo Gil e Maeda³, modelos de atenção à saúde são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população. No Brasil, como desenho prioritário para a APS, adota-se a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴, modalidade que, em relação ao modelo tradicional, é valorizada nacional e internacionalmente⁵.

De acordo com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴, as equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas minimamente por médico, preferencialmente especialista em medicina da família e comunidade; enfermeiro, preferivelmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Além desses profissionais, a política diz que o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal) podem fazer parte da equipe⁴.

A formação da eSF com a equipe multidisciplinar tem a finalidade de cumprir as primícias fundamentais da ESF, com enfoque na saúde, trabalhando com a prevenção e a promoção da saúde, bem como o cuidado com o olhar para toda a família, além de construir um vínculo contínuo com o usuário, a partir de múltiplas abordagens. Soratto et al.⁶ apontam ainda que a ESF adota uma concepção mais ampla de saúde e de entendimento dos determinantes do processo saúde-doença, propondo uma

“articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde”.

Nesse contexto, surge o desafio de levar assistência à saúde para toda a população, sobretudo a exposta às situações vulneráveis, pois existem barreiras que muitas vezes impedem o acesso do indivíduo aos serviços de saúde. Empecilhos, como os fatores socioeconômicos, sociais e ambientais, contribuem de forma negativa em todo o curso da vida, uma vez que o equilíbrio saúde-doença é determinado por esses fatores⁷.

Entende-se iniquidade como a ausência de equilíbrio, que acontece na sociedade principalmente por fatores econômicos e demográficos. Quando se trata da área de saúde, essa concepção de iniquidade vai além desse desequilíbrio, uma vez que a sociedade também apresenta disparidades no âmbito social, o qual contribui para que algumas pessoas tenham mais acesso a recursos do que outras. Por consequência, essas disparidades fazem com que algumas populações se tornem mais vulneráveis e com mais risco à saúde.

Mesmo com os vieses de preferências individuais sobre as condições econômicas, fica claro que o fator monetário influencia na área saúde e priva algumas populações de terem acesso a serviços de saúde. Em conjunto com a situação econômica, as condições de moradia, o ambiente urbano inadequado, as condições de trabalho insalubres são fatores que mais afetam negativamente as condições de saúde de uma população, e isso reverbera no território onde está inserida a APS⁸.

Para solucionar esse problema, medidas que visem minimizar ou acabar com essas iniquidades são necessárias. Na saúde, é possível alcançar esse objetivo por meio de políticas, não só no escopo da saúde, mas também nas outras áreas, uma vez que, como mostra Barreto⁸, políticas que melhorem as condições econômicas ou fortaleçam a proteção social têm impactos positivos nas condições de saúde. Como também destaca Carrapato et

al.⁷, é inquestionável que as condições sociais, ambientais e econômicas possuem grande influência sobre as condições de saúde das populações.

No Brasil, há 5.570 municípios, 26 estados e o Distrito Federal (DF)⁹, que são responsáveis por planejar e executar as políticas públicas. O DF possui perfil peculiar, de estado e município simultaneamente, recebendo financiamento extraordinário da União. Dessa forma, para garantir a descentralização e a assistência à saúde para a população, o DF se dividiu em sete Regiões de Saúde¹⁰, que comportam as suas 35 Regiões Administrativas (RA).

No que concerne à oferta de cuidados primários em saúde, o País tem uma cobertura de atenção primária de 78,5%, já o Distrito Federal (DF) tem uma cobertura de 68,2% – cobertura esta que figura um pouco abaixo da média nacional, ocupando a 17ª posição em relação as outras capitais¹¹.

Em face das peculiaridades do DF e diante da não disponibilidade uniforme de serviços primários de saúde no País, o que catalisa as injustiças sociais, justifica-se este estudo, que objetivou analisar a distribuição das eSF e das UBS do DF segundo a densidade demográfica populacional e a ótica da vulnerabilidade em saúde.

Material e métodos

Este estudo descritivo analisou a distribuição das eSF e UBS no território do DF, usando como parâmetro o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVSaúde)¹² e a densidade demográfica categorizadas por setores censitários, distribuindo as UBS em todo o território do DF, com seu respectivo quantitativo de equipes, produzindo visualização gráfica da distribuição por meio de georreferenciamento.

Os dados referentes aos setores censitários (população, área), limite de cada setor, e os dados para cálculo do IVSaúde foram obtidos pelo Censo 2010⁹ no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados que tratam sobre a quantidade de UBS e suas respectivas eSF foram cedidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Para o cálculo da densidade demográfica e do IVSaúde, utilizaram-se os dados publicados do último Censo realizado no Brasil, em 2010⁹. Os valores estão segregados por setor censitário, o que permitiu uma análise mais precisa da distribuição geográfica da densidade demográfica. Para a análise da densidade demográfica, os dados foram estratificados em tercís. Para a sistematização dos dados e geração dos mapas, utilizou-se o *software* QGIS versão 3.2.3.

Para o cálculo do IVSaúde do DF, tomou-se como modelo a experiência do município de Belo Horizonte (MG), que concebeu o IVSaúde como um índice composto por oito indicadores relativos a: i) abastecimento de água; ii) esgotamento sanitário; iii) destino do lixo; iv) moradores por domicílio; v) pessoas analfabetas; vi) rendimento *per capita*; vii) rendimento nominal mensal; viii) pessoas de raça/cor preta, parda e indígena¹². Para esse censo demográfico, o DF foi particionado em 4.349 setores censitários. Desses, somente 4.293 (98,71%) foram analisados, visto que 56 (1,23%) dos setores possuíam dados sigilosos por possibilitar a identificação dos respondentes, conforme metodologia do censo demográfico publicado.

O IVSaúde foi categorizado de acordo com os pontos de corte definidos na concepção do índice¹²:

- Médio risco – setores censitários com valores do IVSaúde com 1,5 Desvio-Padrão (DP) em torno da média (média +/- 0,5 DP);
- Baixo risco – setores com valores IVSaúde inferiores ao IVSaúde médio;
- Elevado risco – setores com valores acima do IVSaúde médio até o limite de 1,5 DP acima da média (limite superior do IVSaúde médio + 1 DP);

- Muito elevado risco – setores com valores acima do IVSaúde elevado.

A densidade demográfica do DF foi calculada por setor censitário com os dados do Censo de 2010 disponíveis no *site* GeoPortal – DF¹³. No numerador, considerou o número de habitantes do setor, e no denominador, a área do setor censitário por quilômetros quadrados (km²). Após o cálculo, a densidade foi dividida em três classes de tamanho iguais.

Foi gerado um cartograma, tanto da distribuição pela densidade demográfica quanto pelo IVSaúde para o DF. Com esses

cartogramas, foi possível identificar detalhadamente a distribuição das UBS e das eSF no DF em cada Região de Saúde e em cada RA.

Resultados e discussão

Segundo o Portal de Informações e Transparência de Saúde do DF (InfoSaúde-DF)¹⁴, em 2022, o DF possuía aproximadamente 3,1 milhões de habitantes e dispunha, até novembro de 2022, de 165 UBS e de 615 eSF, distribuídas nas RA de acordo com a *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes de Saúde da Família (eSF) no Distrito Federal por Região Administrativa e média de equipes por UBS, nov/2022

Região de Saúde/Região Administrativa ^a	UBS (n)	eSF (n)	eSF por UBS (média)	Pop. projetada 2022 (n)
Central	9	44	4,9	404.353
Plano Piloto	4	23	5,8	239.687
Cruzeiro	2	10	5,0	16.599
Lago Norte	2	8	4,0	19.641
Varjão	1	3	3,0	9.030
Centro-Sul	18	76	4,2	367.468
Candangolândia	1	5	5,0	16.263
Guará	5	24	4,8	142.971
Núcleo Bandeirante	2	7	3,5	24.305
Park Way	1	1	1,0	23.578
Riacho Fundo I	2	10	5,0	44.956
Riacho Fundo II	5	17	3,4	74.641
SCIA/Estrutural	2	12	6,0	38.097
Leste	25	68	2,7	337.796
Itapoã	3	15	5,0	76.217
Jardim Botânico	1	4	4,0	60.248
Paranoá	8	23	2,9	75.636
São Sebastião	13	26	2,0	125.695
Norte	36	99	2,8	369.655
Fercal	3	4	1,3	9.503
Planaltina	20	50	2,5	206.344
Sobradinho	6	24	4,0	74.620
Sobradinho II	7	21	3,0	79.188

Tabela 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes de Saúde da Família (eSF) no Distrito Federal por Região Administrativa e média de equipes por UBS, nov/2022

Região de Saúde/Região Administrativa ^a	UBS (n)	eSF (n)	eSF por UBS (média)	Pop. projetada 2022 (n)
Oeste	27	96	3,6	514.933
Brazlândia	9	16	1,8	65.219
Ceilândia	17	76	4,5	354.813
Sol Nascente/Pôr do Sol	1	4	4,0	94.901
Sudoeste	32	162	5,1	857.986
Águas Claras	2	7	3,5	126.856
Recanto das Emas	9	36	4,0	139.095
Samambaia	13	61	4,7	253.221
Taguatinga	7	50	7,1	212.154
Vicente Pires	1	8	8,0	79.417
Sul	18	70	3,9	277.823
Gama	10	40	4,0	145.104
Santa Maria	8	30	3,8	132.719
DF	165	615	3,7	3.130.014

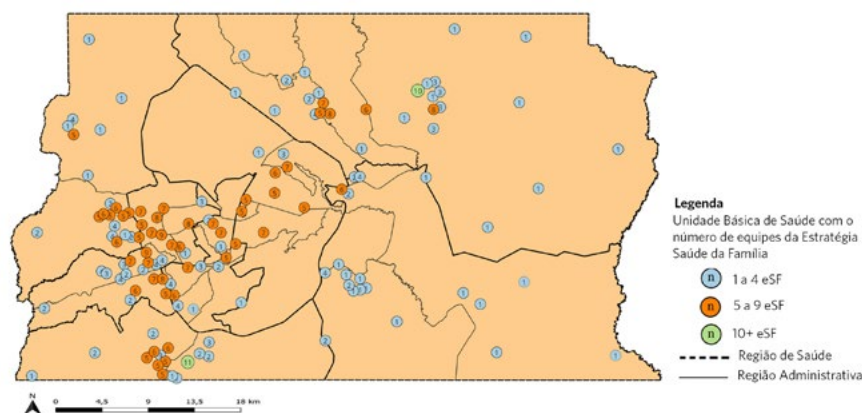
Fonte: InfoSaúde¹².^a Elencadas somente as que possuem UBS em seu território.

No DF, as Regiões de Saúde mais populosas são a Sudoeste, a Oeste e a Central, e as que detêm maior número de UBS em seus territórios, como exibido na *tabela 1*, são as Regiões de Saúde Norte e Sudoeste, com, respectivamente, 36 e 32 unidades cada. As Regiões de Saúde

com menos UBS são a Central, com 9 unidades, e as Sul e Centro-Sul, com 18 UBS cada.

Essas UBS e equipes estão dispostas ao longo dos 5.779 km² de área do DF. A *figura 1* mostra a distribuição espacial das UBS e eSF no DF.

Figura 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes de Saúde da Família (eSF) no Distrito Federal.



Fonte: elaboração própria.

A Região de Saúde com mais eSF é a Sudoeste, com 162 equipes. A segunda Região de Saúde com mais eSF é a Norte, com 99 equipes, seguida da Oeste, com 96 equipes. Já a Região de Saúde com menos equipes é a Central, com 44 eSF.

Mesmo estando abaixo da média preconizada pela PNAB⁴, quatro equipes por UBS, a média de equipes por UBS no DF é de 3,7 (*tabela 1*), duas vezes maior do que a média nacional. Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁵, o Brasil, em novembro de 2022, tinha uma média de 1,8 equipe por UBS. As capitais Rio de Janeiro, Fortaleza e Belo Horizonte se destacam com a maior média de eSF por UBS, 4,1, 3,9 e 3,6 respectivamente¹⁵. Em contrapartida, Maceió apresenta a menor média (0,96), seguida por Rio Branco e Cuiabá, ambas com 1,2 equipe por UBS¹⁵, o que não afasta a existência de algumas UBS com número superior de equipes em relação ao valor recomendado, uma vez que se trata de médias.

No histórico de modelo de atenção à saúde da APS no DF, cabe citar que houve, até um período relativamente recente, outros modelos de atenção diferentes da ESF, que passaram a ter maior relevância em 2017 com a mudança completa do modelo assistencial¹⁶. Até então, em virtude de o modelo de atenção tradicional ter sido hegemônico no DF, as UBS não tiveram suas estruturas físicas projetadas para a ESF, algumas estruturadas até terem Pronto Atendimento noturno. Em parte, esse cenário

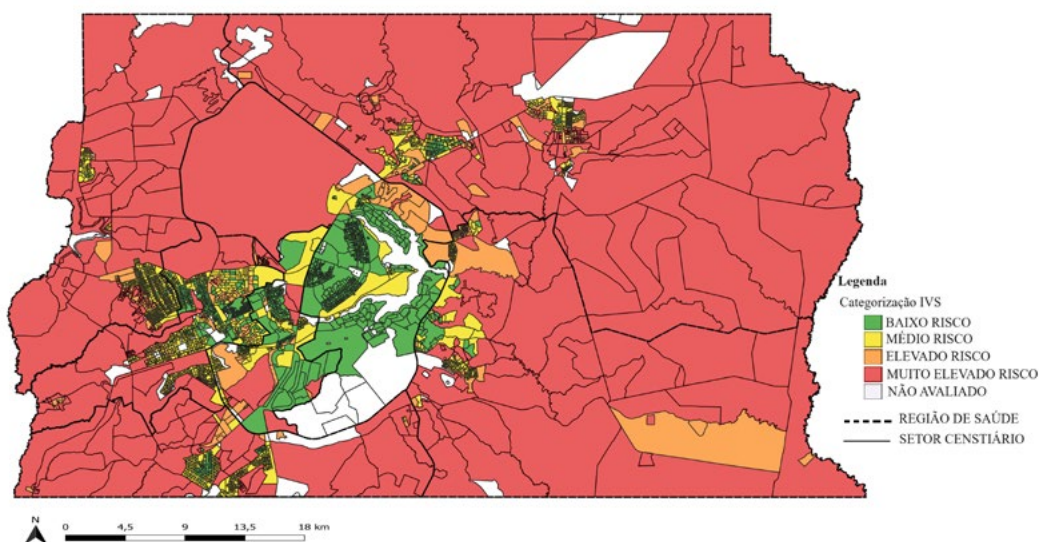
pode explicar a média de equipes por UBS (3,7) do DF em relação à média nacional e reforça a necessidade de investimento em estrutura, para adequação ao modelo assistencial da ESF, em fase avançada de consolidação na Capital Federal.

Em relação ao IVSaúde do DF, 34,7% (1.511) dos setores censitários apresentaram o IVSaúde classificado como baixo risco. Em torno de 44,2% (1.921) demonstraram o IVSaúde como médio risco, sendo essa categoria também com o maior número da população, 49,2%. O IVSaúde classificado como elevado risco com o muito elevado risco representam 19,8% (861) dos setores censitários. Ressalta-se que apenas 204 (4,5%) setores censitários não puderam ser avaliados em vista dos seus dados serem considerados sigilosos.

Mesmo com apenas 861 (19,8%) dos setores censitários apresentando o IVSaúde classificado como elevado risco e muito elevado, comparados aos 1.551 (34,7%) de baixo risco, esse valor omite iniquidades, que são perceptíveis na *figura 2*, em que 20,2% da população total do DF, ou seja, 521.519 cidadãos, vivem em áreas tipificadas como de elevado ou muito elevado risco à saúde.

Percebe-se certa tendência, em que os setores censitários classificados como baixo e médio risco estão alocados nas regiões centrais do DF; em contrapartida, os setores com elevado e muito elevado risco estão arrançados nas zonas periféricas, conforme observado na *figura 2*.

Figura 2. Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVSaúde) por setor censitário no Distrito Federal.



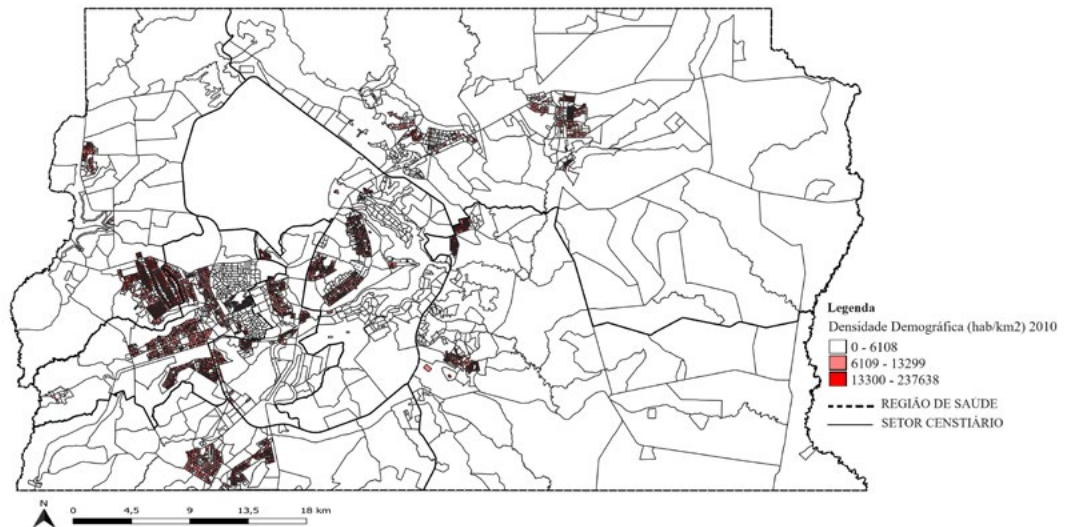
Fonte: elaboração própria.

No que tange à densidade demográfica, a *figura 3* mostra que há uma aglomeração populacional em setores censitários menores, e a concentração da densidade demográfica está localizada mais nos centros das RA, o que se explica pela relação da divisão do território em setores censitários, empregando número de habitantes e área.

Em relação à distribuição com o IVSaúde, os dados mostraram que a maioria das unidades de saúde e das equipes está distribuída nos setores censitários de médio e alto risco de vulnerabilidade e onde há maior densidade demográfica, conforme *figura 4*.

Desde que foi implantada no Brasil, a ESF vem se expandindo no território nacional. De acordo com Giovanella et al.¹⁷, até 2019, o Brasil tinha 62,6% de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidades de saúde da família, sendo 59,8% das pessoas moradoras em domicílios urbanos e 78,9% moradoras de domicílios rurais. Nesse mesmo estudo, observou-se que a Grande Região do Brasil com mais domicílios cadastrados era o Nordeste, com 73,3%, e em contrapartida, a região Sudoeste apresentou a menor proporção (54,6%)¹⁷.

Figura 3. Densidade demográfica (hab/km²) por setor censitário no Distrito Federal.



Fonte: elaboração própria.

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos achados da investigação de Alves et al.¹⁸ sobre os fatores condicionantes para o acesso às equipes da ESF, a qual mostrou que existe relação direta entre o tamanho de uma população e o desempenho das equipes, tendo as maiores proporções de equipes no mais alto estrato de ‘acolhimento’, ‘disponibilidade’ e ‘acesso’ em locais com maior população.

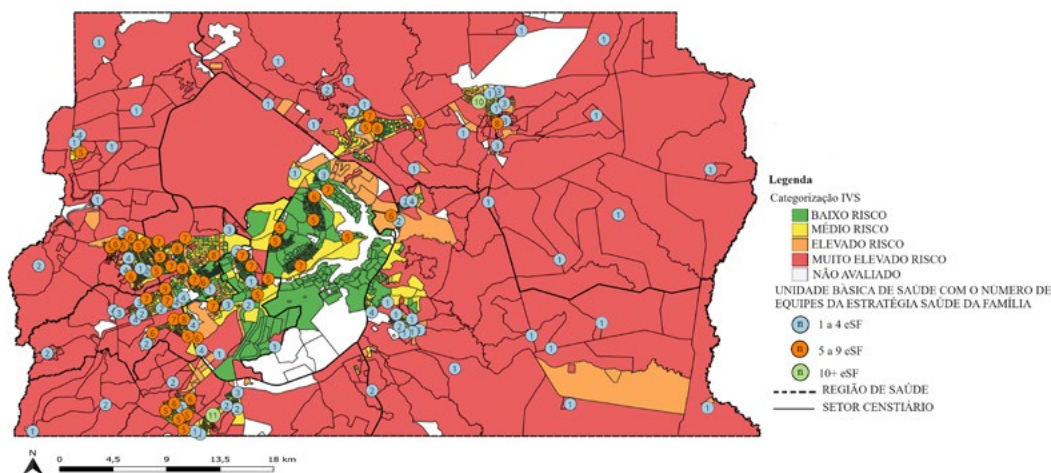
Vale citar o estudo de Sousa e Merchán-Hemann¹⁹, no qual os autores citam que a expansão da ESF, sobretudo em regiões e nas cidades de grande porte, gera desigualdades nas regiões de pequeno porte, as quais não fazem parte da expansão e, conseqüentemente, sem acesso à saúde. No entanto, a expansão da ESF nos últimos anos no Brasil vem aumentando a oferta de ações e serviços, trazendo efeitos positivos para a população geral⁵.

Nota-se, ainda que esse modelo de atenção à saúde tem como objeto de atuação

as populações de maior risco e vulneráveis²⁰. A centralização da atenção nessas populações por parte da ESF tem como dimensão a redução de iniquidades²¹. Dessa forma, a ESF retoma para si a preocupação do SUS em reduzir as desigualdades em saúde, o que é catalisado por sua ação direta dentro do território sanitário.

Além de ter grandes proporções de cobertura em áreas de maior vulnerabilidade, a ESF também apresenta ganhos positivos. Quando se trata de indicadores de saúde, percebe-se um declínio nos indicadores relacionados com a morbimortalidade⁶. Embora ainda não seja possível analisar o efeito da ESF sobre os indicadores, os resultados deste estudo mostraram que a distribuição das UBS e das eSF está feita de forma a atender a populações mais vulneráveis, mesmo que não de modo absoluto.

Figura 4. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de Saúde da Família (eSF) segundo o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVSaúde) por setor censitário no DF.



Fonte: elaboração própria.

Os resultados por RA revelam que a maioria das unidades e equipes está em áreas de maior vulnerabilidade da saúde. A RA de Ceilândia, segundo o InfoSaúde, é a mais populosa do DF, a que mais possui eSF (76) e a segunda com mais UBS, 17 no total.

Destaca-se também Planaltina, a RA com maior número de UBS (20) e a terceira com eSF (50). Essa Região também é a quarta mais populosa do DF. Outro ponto dessa RA é que ela possui, entre suas eSF, sete equipes rurais. Essa distribuição nas áreas de maior densidade de risco também é perceptível nas RA de São Sebastião, Samambaia, Santa Maria, Sobradinho II, Brazlândia e Itapoã.

Essa é uma das contribuições da ESF percebida por Arantes et al.²². No seu estudo sobre os desafios e contribuição da ESF, os resultados mostraram que a implantação da ESF ampliou as possibilidades de oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais, além de ter benefícios para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a busca ativa de casos, a educação em saúde, a assistência domiciliar, entre outros.

Ainda que esse fato seja pertinente, algumas RA com baixa vulnerabilidade de saúde apresentaram mais equipes em relação a Regiões com alto ou muito alto risco, porém, ao analisar

a densidade demográfica, percebe-se um equilíbrio na distribuição.

A ESF no DF vem encontrando várias barreiras na tentativa de sua consolidação. Esses desafios variam desde fatores históricos até preferência ao modelo assistencial de especialidades na APS, englobando questões centrais de gestão. Tais fatos tornam a consolidação do modelo mais morosa, sobretudo para o entendimento do seu funcionamento e benefícios por parte dos profissionais e, maiormente, pelos usuários do sistema.

O DF já apresentou a menor cobertura nacional de eSF²¹. A implementação da Política de APS do DF, consolidada pela Lei de nº 6.133, de 6 de abril de 2018, que estabeleceu a ESF como modelo da APS²³, a qual denominou a ESF como modelo exclusivo para a organização do sistema de saúde, traduziu a clara a expansão das equipes e da cobertura no território distrital. Os dados mostram que, mesmo sendo recente a mudança, as unidades e equipes estão em lugares considerados prioritários do ponto de vista da equidade, o que não afasta a necessidade de continuidade do investimento na APS e no fortalecimento da ESF até o alcance legítimo de toda a população do DF.

Os achados deste estudo indicam que há distribuição de UBS no território, sobretudo

em locais com maior densidade populacional, e ainda há locais com maior vulnerabilidade em saúde que não possuem UBS, embora não se possa afirmar categoricamente que não haja cobertura de APS. Contudo, se há cobertura, o estabelecimento de saúde encontra-se afastado de seu território, o que, por si só, é um *proxy* contrário às diretrizes da APS, incluindo a garantia do acesso e a territorialização, com resolubilidade. Vale ressaltar que a ESF não é capaz de superar todas as desigualdades *per sí*, porém, a ESF com os demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) possuem potencialidade de contribuir para a diminuição de iniquidades em saúde¹⁹.

É importante citar, ainda, que há uma multiplicidade de indicadores para avaliar vulnerabilidades, inclusive, transformados em índices. Neste estudo, foi escolhido o IVSaúde¹², que é composto por oito indicadores, coletados no Censo do IBGE⁹, com possibilidade de desagregação em nível de setor censitário, o que permitiu o seu cálculo para as menores áreas do DF, que é considerado um único município. No entanto, índices renomados, como o Índice de Vulnerabilidade Social²⁴ e o Índice de Desenvolvimento Humano²⁵, além de outros mais recentes, como o Índice de Vulnerabilidade Social Aplicado a Políticas Públicas do SUS²⁶ e o Índice de Vulnerabilidade Socioambiental²⁷, complementam-se na predição das vulnerabilidades e contribuem para a focalização de políticas públicas pautadas na equidade.

O presente estudo apresenta algumas limitações a serem consideradas. Primeiro, o estudo se ateve aos dados do Censo de 2010. A periodicidade desse censo tornou o estudo limitado, uma vez que, entre os anos deste estudo e do censo, a população passou por mudanças e, embora tenha sido realizado o último Censo em 2021, os seus dados ainda não estão completamente publicizados, impedindo o cálculo do IVSaúde e até da população por RA. Outra limitação do estudo é que ele não analisou o acesso aos serviços de saúde, senão a distribuição de estabelecimentos e equipes,

sob um plano de vulnerabilidade mapeada, o que contribui para a garantia do acesso, que é atributo da APS. Assis e Jesus²⁸ explicam que o acesso está relacionado com as possibilidades de o usuário adentrar aos serviços de saúde, por meio de disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende, fácil localização das unidades e, também, a possibilidade de atendimento mesmo sem agendamento. Assim, por mais que este estudo mostre que a população vulnerável tem a UBS e as eSF disponíveis no seu território, isso não significa que esteja tendo acesso, de fato, aos serviços.

Conclusões

Este estudo mostrou que as UBS e as eSF têm uma distribuição que abarca o território do DF. Embora não se possa afirmar que o quantitativo de equipes esteja bem distribuído, tampouco as UBS, há locais vulneráveis que mostram concentração de equipes na mesma unidade de saúde e outras que sequer possuem estabelecimentos de saúde.

Mesmo não mostrando resultados referentes ao indicador de acesso, os achados apresentados neste estudo tornam evidente a capacidade da ESF no DF para atender a população dos locais mais vulneráveis, considerando a distribuição das equipes e UBS. A presença de uma equipe ESF no atendimento das populações vulneráveis, segundo Backes et al.²⁹, torna possível o fortalecimento da:

[...] autonomia dos diferentes atores envolvidos no processo de cuidado em saúde, à capacidade de romper com modelos tradicionais, à valorização das singularidades humanas e ao fortalecimento das redes interativas e associativas.

Ainda que este estudo tenha revelado que as eSF e as UBS estejam alocadas em lugares com maiores densidades demográfica e de risco de vulnerabilidade em saúde, não se pode reduzir os investimentos para levar as UBS para mais próximo da população, adequadas

ao modelo da ESF, possibilitando a garantia do acesso e ações mais voltadas ao território, premissas da ESF, nem mesmo minguar os investimentos para o aumento da cobertura da população do DF. Segundo as orientações da PNAB, para que a ESF possa alcançar seu potencial, garantindo a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e sendo resolutiva, precisa-se de, no máximo, quatro equipes por UBS, e cada equipe com uma população adscrita de 2 mil a 3,5 mil pessoas⁴, o que precisa prontamente ser avaliado pelo DF, considerando as vulnerabilidades da sua população.

Enquanto perdurarem as iniquidades e ainda existirem inúmeros cidadãos sem acesso garantido à APS, com qualidade, o Estado deve continuar inovando e investindo em políticas, não somente da área da em saúde, mas também

em todas as áreas que influenciam a saúde da população. Nesse sentido, a ESF precisa de um olhar mais detalhado dos gestores de saúde, os quais precisam estar sempre atentos às necessidades da população.

Colaboradores

Santos EM (0000-0003-1474-9111)*, Teixeira RP (0009-0005-1032-9752)*, Batista SRR (0000-0001-7356-522X)*, Lima MG (0000-0002-4005-2003)* e Santos WEBGD (0000-0001-5705-936X)* contribuíram igualmente para interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília, DF: OPAS; 2011 [acesso em 2023 ago 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2012 [acesso em 2023 ago 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
3. Gil CRR, Maeda ST. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Soares CB, Campos CMS, organizadores. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. 1. ed. v. 1. Barueri: Manole. 2013. p. 325-48.
4. Ministério da Saúde (BR). 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 (DF). 2017 set 22; Seção I:68.
5. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde debate. 2018;42(esp1):208-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
6. Soratto J, Pires DEP, Dornalles S, et al. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. Texto Contexto Enferm. 2015;24(2):584-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc.* 2017;26(3):676-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>
8. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc saúde coletiva.* 2017;22(7):2097-2108. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [data desconhecida]. Estatísticas: downloads: censo; 2010 [acesso em 2023 abr12]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/downloads-estatisticas.html>
10. Câmara Legislativa (DF). Decreto de nº 37.515 de 23 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. *Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF.* 2016 jul 27; Seção I:11.
11. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica – Relatório Histórico de cobertura da APS [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2023 nov 29]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>
12. Secretaria Municipal de Saúde (BH). Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2012 [Internet]. Belo Horizonte: SMS; 2013 [acesso em 25 nov 2023]. Disponível em https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf
13. GeoPortal [Internet]. Brasília, DF: Seduh; [2021] [acesso em 2023 jul 6]. Disponível em: <https://www.geoportal.seduh.df.gov.br/geoportal/>
14. InfoSaúde-DF: Portal de Informações e Transparência de Saúde do DF [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [sem data] [acesso em 2023 set 4]. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br>
15. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília, DF: DATASUS. [2000] [acesso 2023 set 4]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/s>
16. Göttems LBD, Almeida MO, Raggio AMB, et al. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(6):1997-2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>
17. Giovannella L, Bousquat A, Schenkman, et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(supl1):2543-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
18. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde debate.* 2014;38(esp):34-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>
19. Sousa MF, Merchán-Hamann E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? *Physis.* 2009;19(3):711-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300009>
20. Dalpiaz AK, Stedile NLR. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas [Internet]. V Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2011 ago 23-26; Campus Universitário do Bacanga. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão; 2011 [acesso em 2023 ago 20]. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf
21. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc saúde coletiva.* 2016;21(2):327-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>

22. Arantes LC, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1499-1509. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
23. Câmara Legislativa (DF). Lei de nº 6.133 de 6 de abril de 2018. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. *Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF*. 2018 abr 9; Seção I:1.
24. Costa MA, Marguti BO, organizadores. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros [Internet]. Brasília, DF: IPEA; 2015 [acesso em 2023 nov 25]. Disponível em: http://ivs.ipea.gov.br/imagens/publicacoes/Ivs/publicacao_atlas_ivs.pdf
25. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013 [Internet]. Brasília, DF: PNUD, IPEA, FJP; 2013 [acesso em 2023 nov 25]. Disponível em: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgk326/files/2023-07/indice_de_desenvolvimento_humano_municipal_brasileiro_-_2013.pdf
26. Drachler ML, Lobato MAO, Lermen JI, et al. Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(9):3849-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12012013>
27. Malta FS, Costa EM, Magrini A. Índice de vulnerabilidade socioambiental: uma proposta metodológica utilizando o caso do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;(12):3933-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25032017>
28. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(11):2865-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
29. Backes DS, Backes MTS, Erdmann AL, et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(5):1151-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500009>

Recebido em 30/09/2023

Aprovado em 19/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Leonor Maria Pacheco Santos