

Visão multiprofissional sobre as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde em territórios de extrema pobreza: contribuições da enfermagem¹

Viviane Helena de França²
Celina Maria Modena³
Ulisses Eugenio Cavalcanti Confalonieri³

Objetivo: investigar conhecimentos de gestores e profissionais da saúde, assistência social e educação sobre as principais barreiras na cobertura e acesso universal à saúde pela população extremamente pobre, e apontar as contribuições da enfermagem para promoção desse direito. **Método:** estudo qualitativo, tendo como referencial, para garantia do direito à saúde, a reorientação do Sistema Único de Saúde rumo à cobertura e ao acesso universal nesses territórios. Foram entrevistados 27 informantes da equipe multiprofissional de um município com elevada vulnerabilidade social. Os dados foram trabalhados pela análise de conteúdo temática. **Resultados:** verificaram-se, como principais barreiras na cobertura e acesso universal à saúde: falhas na expansão e fortalecimento dos serviços; ausência de diagnóstico das demandas prioritárias; carência de tecnologia, equipamentos, recursos materiais e humanos; precária infraestrutura local; ações com baixa resolutividade e ausência de políticas intersetoriais. Dentre a equipe multiprofissional, a enfermagem atua no Sistema Único de Saúde em ações de saúde e práticas sociais singulares nesses territórios, apresentando olhar aprofundado sobre essa dura realidade, podendo contribuir com subsídios indispensáveis para o enfrentamento dessas disparidades na cobertura e acesso universal. **Conclusão:** a compreensão aprofundada da enfermagem sobre essas barreiras é imprescindível para fomentar os processos de reorientação do Sistema Único de Saúde, direcionados à equidade no direito à saúde.

Descritores: Direito à Saúde; Pobreza; Política Social; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Qualidade de vida da população em extrema pobreza de Ribeirão das Neves, Região Metropolitana de Belo Horizonte", apresentada ao Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil, processo nº APQ-02940-13.

² PhD, Enfermeira, Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco, Betim, MG, Brasil.

³ PhD, Pesquisador, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Como citar este artigo

França VH, Modena CM, Confalonieri UEC. A multiprofessional perspective on the principal barriers to universal health coverage and universal access to health in extremely poor territories: the contributions of nursing. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2795. [Access ____ _ ____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1042.2688>

Introdução

A organização dos serviços de saúde no Brasil, na teoria, se apresenta fundamentada na Constituição Federal de 1998 e nas leis orgânicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Para a cobertura e o acesso universal à saúde, nos municípios, encontram-se previstos pelo SUS investimentos financeiros, recursos e processos de gestão tripartite, respeitando a gestão única federativa e descentralizada municipal, para priorizar a garantia ao atendimento às necessidades da população e suas demandas locais, considerando as diversidades geográficas, biológicas, sociais, econômicas e culturais para o cuidado integral, equitativo e inclusivo⁽¹⁾.

A disponibilidade ou ausência de equipamentos e dispositivos mediadores da cobertura e acesso universal à saúde nos municípios encontra-se associada aos diversos serviços públicos, saúde, assistência social, educação, saneamento básico, inclusão produtiva, infraestrutura urbana, que podem configurar ou não cenários propícios às ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação, proteção, favorecendo situações reprodutoras ou reparadoras do contexto de pobreza, e contribuir, ou não, gradativamente, para que esses grupos aumentem ou diminuam sua distância do alcance à justiça e à cidadania⁽¹⁻²⁾.

A saúde é um bem social, físico, biológico, psíquico, cultural e afetivo, que se manifesta como uma condição de bem-estar positivo, quando seu alcance é mediado pela oferta de equipamentos e dispositivos de fácil acesso, potencializando-a ante os desafios da vida. Os processos de expansão e ampliação na oferta de ferramentas compatíveis com o atendimento às demandas de saúde da população exigem, portanto, políticas públicas e ações que sejam coerentes e legítimas junto a cada realidade. Essas deverão ser sustentáveis para suprirem gradativamente as necessidades da população, empregarem processos de gestão eficazes, financiamento e recursos suficientes, e equipe profissional capacitada para eliminação das barreiras de acesso ao atendimento e cuidado à saúde integral com equidade. O fortalecimento das ações intersetoriais são esforços indispensáveis nesse sentido⁽²⁾.

A Resolução CP 53.14, de 2014, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), apresenta os requisitos indispensáveis para fomentar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação, proteção, construção de condições favoráveis à assistência e cuidado integral da população, em especial os grupos em vulnerabilidade social, e criar oportunidades que lhes garantam o direito à cobertura e ao acesso universal à saúde. Para analisar as condições de vida desses grupos, não basta identificar as causas e

consequências que agem nesse contexto, reforçando os processos de desigualdade e exclusão social. É preciso refletir sobre a realidade desses territórios, almejando-se uma sociedade mais justa e digna, e se questionar: desigualdade de quê?⁽³⁾.

Ao serem abordados os descompassos existentes nos territórios de extrema pobreza, e buscando respostas para os principais problemas e lacunas no atendimento das necessidades desses sujeitos, adotaram-se as resoluções da OPAS que dispõem sobre os princípios e diretrizes, considerados pilares para o planejamento e execução das políticas públicas em favor de ações legítimas, sustentáveis, capazes de garantir a cobertura e o acesso universal à saúde, junto à população da América Latina, em especial os grupos vulneráveis.

Dentre a população mundial, 7,2 bilhões, em 2015, eram extremamente pobres, 836 milhões sobrevivendo com menos de 1,25 dólares por dia⁽⁴⁾. Na América Latina, são elevadas as desigualdades sociais e o contingente da população pobre, 29% abaixo da linha de pobreza, 30% sem acesso à saúde por questões financeiras, 21% não procuram atendimento por barreiras geográficas⁽⁵⁾. No Brasil, 16,27 milhões de pessoas são pobres (8,6%) e a erradicação da pobreza é um grande desafio socioeconômico. A *Linha de Pobreza*, no Brasil, define extrema pobreza como a renda familiar *per capita* menor ou igual a R\$77,00 (setenta e sete reais)⁽⁶⁾.

Para definir o grau de pobreza podem ser utilizados critérios, unidimensionais ou multidimensionais, capazes de mensurar o atendimento às necessidades básicas desses sujeitos. A mensuração multidimensional se integra a critérios de privação da renda, aspectos cruciais como falta ou precariedade de acesso ao atendimento das necessidades básicas, recursos materiais, bens, serviços e apoio social. Nos cenários de extrema pobreza, o acesso à assistência integral à saúde é um mediador para se alcançar os demais direitos sociais como acesso à educação, nutrição, saneamento básico, habitação e inclusão social e produtiva⁽⁷⁾.

Nas grandes cidades, a extrema pobreza é cercada por um colar de desvantagens, agindo como barreiras geográficas, ambientais, sociais, econômicas, culturais e afetivas de difícil superação. São exemplos dessas desvantagens a prevalência das doenças negligenciadas, atingindo principalmente famílias em piores condições de vida e contribuindo para o baixo nível de desenvolvimento social de algumas regiões. Essas doenças reforçam o aprisionamento desses sujeitos em um ciclo repetitivo de desvantagens, marcado pela ausência de saúde, perspectivas de trabalho, inclusão social, com graves consequências financeiras⁽⁸⁾.

As diretrizes da Organização Pan-Americana de Saúde, em sintonia com o Sistema Único de Saúde

(SUS), podem fortalecer a capacidade resolutiva dos serviços de saúde para atender as necessidades das famílias em extrema pobreza no Brasil, superando as barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) têm como meta promover a saúde, o cuidado integral e o acesso inicial a esse direito no SUS. A enfermagem é uma área da saúde, de gestão e assistência com grande relevância nesse contexto. A equipe multiprofissional que atua nos serviços públicos, em especial enfermeiros, pode contribuir para a reflexão sobre os problemas de cobertura e de acesso universal à saúde nesses territórios. Foi objetivo deste estudo investigar os conhecimentos dos gestores e dos profissionais da saúde, assistência social e educação sobre as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde pela população em extrema pobreza, e apontar as contribuições da enfermagem para a promoção desse direito.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa exploratório-descritiva, que busca identificar os significados atribuídos às barreiras presentes na cobertura e no acesso universal à saúde no âmbito do SUS, nos territórios de extrema pobreza.

O cenário do estudo é um dos 37 municípios que compõem a Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), o qual foi selecionado em decorrência da elevada incidência de miséria dentre seus habitantes, e por ser marcado pela carência de serviços públicos, segregação espacial e exclusão social. Seu crescimento resulta da lógica de expansão da RMBH centro-periferia, delimitada em plenitude pelos processos de imigração lá estabelecidos, com a concentração de grande número de habitantes caracterizados por baixa renda e baixa escolaridade. Na região de moradia dessas famílias, historicamente, foi instituída precária organização da infraestrutura urbana, com grande número de loteamentos clandestinos e áreas de invasão. Esses aspectos contribuem para a vulnerabilidade e desvantagens sociais dessas famílias extremamente pobres na região por causa da ausência de uma base econômica capaz de absorver parte dessa força de trabalho, associada à presença de um complexo penitenciário, composto por 5 instituições, favorecendo olhar deturpado e preconceituoso sobre a população.

Para coletar a diversidade de informações sobre o contexto de vida e as ações de saúde, desenvolvidas junto às famílias em extrema pobreza dessa região, e as barreiras locais de cobertura e de acesso universal à saúde, foram escolhidos para as entrevistas informantes-

chave da equipe multiprofissional do município das áreas de saúde, assistência social e educação, para investigar em profundidade essa realidade. Foram entrevistados gestores e profissionais que atuam no planejamento e execução das políticas públicas em nível central e regional nesses territórios de extrema pobreza. Para selecionar esses sujeitos, foram convidados 27 informantes. Esses participaram da pesquisa após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Definiu-se o número de sujeitos pelo critério de saturação teórica, prosseguindo ou não com as entrevistas mediante a ausência ou presença de novos elementos que permitissem aprofundar a análise e a compreensão teórica sobre os significados.

Foi validado, previamente, um roteiro semiestruturado, abordando os temas: saúde, qualidade de vida e os principais problemas vivenciados pelas famílias em extrema pobreza; serviços públicos disponíveis para atender as suas necessidades; políticas públicas de saúde e intersetoriais vigentes na região; efeitos na sua qualidade de vida e saúde; sugestões de melhorias para garantia do direito à saúde e ganhos na qualidade de vida, nesse contexto.

Os dados foram trabalhados aplicando-se a Análise de Conteúdo Temática, com procedimentos sistemáticos de organização, codificação e categorização das ideias, para apontar indicadores qualitativos significativos sobre o fenômeno. Assim, realizou-se a leitura exaustiva e aprofundada das entrevistas, fundamentada no referencial das linhas estratégicas propostas pela OPAS para transformar o SUS rumo à cobertura e ao acesso universal de saúde.

Este estudo se encontra integrado a um projeto de pesquisa sobre a avaliação da qualidade de vida da população em extrema pobreza de um município da RMBH. Para sua execução, foram cumpridos todos os critérios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466, de 2012. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob Parecer nº188.866. A colaboração das secretarias municipais foi estabelecida com a assinatura da Declaração Institucional de Coparticipação. Foi preservado o anonimato de todos os entrevistados. O perfil da equipe multiprofissional foi apresentado na Figura 1, identificando-os por números e siglas referentes às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Assistência Social (SMAS), Educação (SME), nas quais atuam. Exemplo: "7º sujeito da Saúde" (7 SMS).

Resultados

Perfil sociodemográfico da equipe multiprofissional: dos 27 entrevistados (Figura 1) 11 atuavam na SMS, 11 SMAS, 5 SME. Possuíam ensino médio 7, graduação 20

(5 SMS; 10 SMAS; 5 SME), pós-graduação *latu-sensu* 14 (5 SMS; 5 SMAS; 4SME). A média de idade foi de 35 anos; a mais elevada 63 e a menor 25 anos. Residiam em outros municípios da RMBH 16.

Cinco enfermeiros e um nutricionista atuavam nos cargos da SMS, em média, por 1 ano e 8 meses; os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por 11 anos e 1 mês; os demais da SMAS por 3 anos e 1 mês, e da SME

por 6 anos e 6 meses. Dentre os graduados, nove (1 SMS; 5 SMAS; 3 SME) e um com ensino médio (SMAS) trabalhavam sob regime estatutário, e em cargos comissionados estatutários 4 (1 SMS; 1 SMAS; 2 SME). Trabalhavam sob vínculo empregatício com contratos temporários 17 (10 SMS; 6 SMAS; 1 SME), sendo que, dentre esses, 4 em cargos comissionados (1 SMS; 2 SMAS; 1 SME).

Nº	Departamento e/ou unidade de lotação	Cargo	Formação
Secretaria Municipal de Saúde (SMS): Departamento de Atenção Primária			
1	Superintendência do Programa Saúde da Família	Coord* e Ref [†] da Atenção Primária	Enfermagem
2	Superintendência Programa Alimentação e Nutrição	Coord* e Ref [†] Vigilância Alimentar e Nutricional	Nutrição
3	Unidade de Saúde da Família A	Gerência, Referência Técnica e Assistência ESF [‡]	Enfermagem
4	Unidade de Saúde da Família B	Gerência, Referência Técnica e Assistência ESF [‡]	Enfermagem
5	Unidade de Saúde da Família C	Gerência, Referência Técnica e Assistência ESF [‡]	Enfermagem
6	Unidade de Saúde da Família D	Gerência, Referência Técnica e Assistência ESF [‡]	Enfermagem
7	Equipe de Saúde da Família I	Agente Comunitário de Saúde	Ensino médio
8	Equipe de Saúde da Família II	Agente Comunitário de Saúde	Ensino médio
9	Equipe de Saúde da Família III	Agente Comunitário de Saúde	Ensino médio
10	Equipe de Saúde da Família IV	Agente Comunitário de Saúde	Ensino médio
11	Equipe de Saúde da Família V	Agente Comunitário de Saúde	Ensino médio
Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS): Departamento de Proteção Básica			
12	Cadastro Único Municipal	Gerência	Cursando Serviço Social
13	Programa Bolsa Família Municipal	Gerência e Ref [†]	Administração
14	Cadastro Único e Programa Bolsa Família Regional	Gerência e Referência Técnica Regional	Serviço Social
15	Banco de Alimentos Municipal	Gerência e Ref [†]	Nutricionista
16	Superintendência de Inclusão Produtiva	Gerência	Ciências Sociais
17	Centro de Referência em Assistência Social Regional	Coordenação e Referência Técnica Regional	Serviço Social
18	Centro de Referência em Assistência Social Regional	Coordenação e Referência Técnica Regional	Serviço Social
19	Centro de Referência em Assistência Social Local	Coordenação e Analista de Políticas Públicas	Psicologia
20	Centro de Referência em Assistência Social Local	Coordenação e Analista de Políticas Públicas	Psicologia
21	Centro de Referência em Assistência Social Local	Coordenação e Analista de Políticas Públicas	Psicologia
22	Serviço de Convivência e Fortalecimento Vínculos	Coord* e Ref [†]	Pedagogia
Secretaria Municipal de Educação (SME): Departamento de Projetos e Políticas Públicas			
23	Departamento de Projetos e Políticas Educacionais	Gerência	Pedagogia
24	Superintendência de Educação Inclusiva	Gerência	Terapia Ocupacional
25	Superintendência de Educação Inclusiva	Assistente Social	Serviço Social
26	Escola de Ensino Fundamental I e II	Supervisor Pedagógico	Pedagogia
27	Escola de Ensino Fundamental I e II	Diretoria	Pedagogia

*Coordenação Geral; †Referência Técnica Central; ‡Estratégia Saúde da Família.

Figura 1 - Equipe multiprofissional das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Assistência Social (SMAS), Educação (SME); por Departamento ou Unidade de lotação; Cargo e Formação, em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, MG, Brasil

A seguir são descritos os conhecimentos dos entrevistados sobre as principais barreiras que impedem as famílias em extrema pobreza de usufruírem da cobertura e do acesso universal à saúde. As 4 Linhas Estratégicas da OPAS, consideradas indispensáveis para reorientar as políticas públicas rumo à cobertura universal pelo SUS, compreenderam os eixos temáticos.

1ª Linha estratégica: expansão do acesso equitativo aos serviços de saúde integrais de qualidade centrados nas pessoas.

Existe uma desesperança da população: não vou ao posto, não resolve, não vai dar certo, não tem atendimento, não tem médico. Essa infraestrutura no geral leva ao desânimo: nunca

tem para atender, hoje vai ter? Não adianta levar, o nome está lá, não consigo a consulta... Vou conseguir agora? (27 SME).

A precariedade da saúde é a queixa da maioria, apesar de cinquenta e poucos PSFs, as equipes estão desfalcadas [...] não têm o médico [...] é uma dificuldade marcar o especialista (18 SMAS).

Falta muito [...] a Atenção Primária poderia ajudar, auxiliar na comunidade. Isso não é só um problema de saúde, é bem maior, da estrutura, não vinculação, ausência de fortalecimento da rede (1 SMS).

Quando cheguei no PSF as ACSs falaram: somos abandonadas. Sentavam na lixeira, não tinha nada, absolutamente nada, sabe nada? Tudo aqui é doação, essas cadeiras e outros móveis que serviram para nosso PSF e outros. [...] Falei, vou conseguir uma pessoa que cumpre pena alternativa para arrancar aqueles tacos podres, recebi doação e trocamos o piso. Cansei de pedir na secretaria e ninguém tomou nenhuma providência. Ali era uma fossa, que um dia desabou! A terra afundou! Não sabia se fazia acolhimento, entregava medicamentos, olhava um menino jogando lá no meio, ou ligava para secretaria... Lá não faziam nada! Falei: respeito muito seu trabalho, mas o meu precisa ser respeitado, ninguém vai tomar uma posição? Vou ligar para a vigilância sanitária fechar isso aqui. Estou indo para a vigilância agora, se não tomarem posição. [...] Apareceu o responsável... Com qual poder público a gente pode contar? (5 SMS).

A ausência de uma abordagem multidisciplinar ante os problemas, no atendimento à saúde e às necessidades dessas famílias, culmina extrapolando a capacidade resolutive do PSF.

São famílias invisíveis, não estão em lugar nenhum, só lá no lugar que estão morando, não vão estar no PSF, não vão estar no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), não vão estar no Programa Bolsa Família; estão lá, mas, aos olhos das instâncias públicas e seus equipamentos, não vão estar... (15 SMAS).

Neste bairro são 1.600 famílias distantes, insatisfeitas por estarem morando ali, não tem escola, não tem saúde, não tem PSF e não tem ônibus [...] Não conheço todos os bairros, tem vários referenciados pelas Unidades Básicas de Referência (UBR), mas, essas famílias não são acompanhadas!.. (19 SMS). O PSF está bem mais próximo dessas famílias do que outros órgãos da saúde ou setores, é uma referência; mas não dá conta de fazer tudo, não tem condições de fazer o papel do CRAS. Existe certa limitação, um espaço que pode atuar, outro que não consegue. Há uma tendência em jogar mais coisas para o PSF, mas não são fornecidas as condições para fazer o que já vem realizando, e menos ainda para o que há de novo! Os gestores têm muita dificuldade de promover ações intersetoriais! Se não fizer integrado e capacitar, as coisas não funcionam! Se o serviço fosse interligado, seria mais resolutive. Tem que dar condições de trabalho, saber quais são os dispositivos da rede; mas não se tem consciência dos dispositivos viáveis! A própria

instituição não os cria e não procura interligá-los! Se fossem definidas as missões das instituições, ficaria mais fácil! (3 SMS).

2ª Linha estratégica: fortalecimento da gestão e governança. As políticas públicas e as ações vigentes nos territórios de extrema pobreza devem ser estruturadas e planejadas de forma contextualizada, para favorecerem a cobertura e o acesso universal à saúde.

Antes a população do bairro X e Y era atendida pelo mesmo PSF. Aí separaram os PSFs por bairro X e Y, mas as áreas foram mal divididas. Quem trabalhava e morava no bairro X, agora consulta só no bairro Y. Que sentido faz isso se ela pertence ao bairro X? Quem fez essa divisão não olhou a área para saber das microáreas... Isso já foi colocado para a secretaria e os coordenadores. Quando teve essa divisão e separação do PSF por bairros X e Y foi uma coisa horrorosa! Os vidros foram todos quebrados! A população não aceitou... (5 SMS).

Existe muito respeito pelo profissional, mesmo ele circulando em áreas de conflito do tráfico... A escola funciona sob vigilância do tráfico, por se localizar em território de grande vulnerabilidade social. Esse é o sistema que essa gente vive. [...] Essa opressão o tempo inteiro [...]... É muito muito complicado! (26 SME). Na cidade tem os PSFs e as UBRs. A UBR é como um posto de quem não tem PSF. Nessa área, tem o PSF, mas se você não morar na área do PSF, não tem posto. A UBR é o posto de quem não é cadastrado no PSF. Essas pessoas vão para UBR, que atende umas 50 mil pessoas. A cobertura do PSF é muito baixa! (14 SMS).

Levou-a para o Pronto-Socorro e não sabia o que estava acontecendo. A médica falou: isso é negligência do município! Negligência junto à comunidade, que está ali para ser atendida. Se ela tem diabetes e todos esses problemas de saúde precisava de um acompanhamento! Não tem médico aqui, mas existe a secretaria de saúde para fornecer a assistência e especialidades que não tem e deveriam ser marcadas em outro local, para se ter o privilégio desse atendimento! Perdeu a visão...! O respeito aos direitos, que seja ofertado! (27 SME).

A participação social da população em extrema pobreza e dos profissionais de saúde é indispensável para reelaborar políticas públicas coerentes e sustentáveis ao longo do tempo, nesses territórios, que sejam direcionadas à resolução de seus principais problemas de saúde. Os profissionais estabelecem o vínculo, não tem como! Para os programas daquele setor, o vínculo (com a população) existe e tem que existir... Quando a pessoa é acolhida, e existe o acolhimento, ela volta ao serviço falando que foi bem atendida, e cria uma referência: posso procurar fulano, em tal lugar! (25 SME).

Os grupos operativos aconteciam antes do PSF mudar de lugar. A casa (alugada) estava muito ruim, aí o PSF ficou um tempo desativado, e agora que mudou para cá! Isso afetou muito! A população tem muita dificuldade de chegar até aqui. O bairro é grande, eles vêm aqui quando não tem mais jeito! Agora a população tem muita dificuldade! É muito longe o PSF! Tem transporte, mas nem todos podem pagar. A passagem é

R\$2,65. Antes o ônibus passava próximo ao PSF e as pessoas o utilizavam. Hoje se precisam vir até o PSF, o ônibus não passa mais aqui! Precisam pegar outro ônibus que vai para capital e custa R\$4,10. Reclamam, mas... (11 SMS).

Se a pessoa estiver falecendo, falo: não, vai para o PSF! Aqui não tem aparelho, o médico não pode fazer nada, não tem medicação para a assistência! [...] Quando tem urgência no PSF, a gente liga na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O enfermeiro faz o atendimento, pressão arterial, pulsação, manda ir para a UPA que tiver médico. Não existe ambulância para levar, tem que se virar! Polícia, só se conseguir! A população nem sempre tem veículo. É uma dificuldade! Transporte sanitário só agendando 15 dias antes! (10 SMS).

Para elaboração das políticas públicas, deve-se incluir nesse processo a avaliação da disponibilidade de tecnologias locais, favorecendo possíveis melhorias de cobertura e acesso. Os usuários que não têm atendimento no PSF sobrecarregam a UPA! Não temos o ideal para a saúde da população! Chegaram os "Mais Médicos"... Vamos ver se atenderão todas as demandas da população [...] Ela queixa muito desse abandono, da despesa e do desgaste quando precisam fazer exames... (22 SMS).

O PSF deveria tratar do básico, ter clínico, ginecologista, pediatra. São 3 vagas mensais, mas tenho 20 crianças! Quando será a última consulta? Ginecologia com infecção são mais de 60 dias para ter vaga! (10 SMS).

Kit de prevenção ficou mais de 1 ano sem ter. Agora não tem pote! Pediatria não tem, são 95 crianças; cardiologia são 2 anos esperando; ortopedia mais de 40 na fila; gastro conseguiu via promotoria (5 SMS).

3ª Linha estratégica: aumento e melhoria do financiamento, promoção da equidade, de eficiência e eliminação do desembolso direto por parte dos usuários.

Hoje tinham duas crianças para a pediatria, mas a referência é o "Centro X". Essas duas crianças gêmeas com anemia falciforme. Pedi um exame de urgência, o hemograma... Os pais não tinham dinheiro para irem até lá fazer o exame, e pegar um ônibus! O exame estava autorizado, mas, devido às dificuldades do baixo poder aquisitivo... [...] O PSF tem 15 vagas para exames na UBR; mas nesse caso é um exame que precisa ser processado com urgência! Não adiantava coletar aqui, iria esperar uma semana para se ter o resultado... (3 SMS).

4ª Linha estratégica: fortalecimento das ações intersetoriais para abordar os determinantes sociais de saúde. A realização de diagnósticos é imprescindível para se promover mecanismos viáveis de enfrentamento dos problemas prioritários locais quanto ao acesso.

Não tem como cuidar a longo prazo no PSF, sua estrutura não dá! [...] Que delícia seria se pegassem esse córrego, fizessem nele uma estrutura, uma ponte para as crianças passarem e então irem à escola! (10 SMS).

A estrutura do PSF está muito precária e distante! Não se forma a equipe básica para atender... São vários PSFs sem

médicos e enfermeiros. Fica difícil! Não tem atendimento de alta complexidade. Muitos usuários abandonaram os tratamentos básicos de hipertensão e diabetes! E a gestão, o que ela entende disso? (21 SMS).

Tenta-se trabalhar mais amplo com as famílias, encaminhando-as para o CRAS, mas não existe referência, contrarreferência, uma ação conjunta com a saúde. Existem políticas públicas pontuais! Faltam equipes, infraestrutura, transporte. Tentamos articular com a saúde nas escolas; não resolve o problema dos alunos com prioridade de laudos, porque permanece a falta de transporte para irem às consultas! (24 SMS).

As políticas públicas intersetoriais têm por meta fortalecer os programas sociais e melhorar as condições de saúde e vida dessas famílias, seus efeitos devem ser avaliados.

Para melhorar é preciso trabalhar a intersetorialidade, conhecer outros instrumentos (23 SMS).

Se tem uma criança de baixo peso, vamos recorrer ao Programa Saúde da Criança, ao setor de baixo peso, vitaminas, dieta para baixo peso. Mas, a população não ganha. Ela tinha que ser direcionada para um tipo de vínculo específico, porque o PSF atende em geral [...] não vai conseguir resolver a causa! (10 SMS).

É função do município estruturar as políticas públicas e contextualizá-las, promover melhorias gradativas na saúde e na qualidade de vida das famílias extremamente pobres, contribuindo para sua autonomia, promoção e proteção da saúde ao longo do tempo.

Se a pessoa está vindo muito na unidade, fico até sem almoçar e digo assim: hoje estou para fulano! Dedico, sou todo ouvido, não escrevo, quando ela sai relato no prontuário. Ela então desaba na minha frente! Ai eu percebo porque a hipertensão não controla, a diabetes não controla e o médico só aumenta a medicação e o antidepressivo. Percebo todo contexto que cerca essa família, e aí resolvo a questão descontrolada... (4 SMS).

Na situação de extrema pobreza não se consegue acesso a nada! São adoecidos, depressivos! (18 SMS).

Aqui, a política e a gestão precisam melhorar em tudo! Entram os governantes, eles ficam 4 anos, e vem outro que não sabe das condições daqui [...] A única coisa que gostam de fazer aqui são presídios! (7 SMS).

O que é ser um cidadão? As pessoas não sabem, não tiveram acesso à saúde, cultura, educação! Isso precisa ser apresentado para eles poderem fazer escolhas! As escolhas que eles tiveram foram essas... (4 SMS).

Esse atendimento contínuo no PSF não existe... Hoje são todos os setores em cima de uma formiguinha, que é o PSF. A demanda espontânea engole qualquer PSF! Tenta-se planejar, mas não se consegue promover a saúde... Deveriam ter mais equipes e essas uma população menor. A qualidade do serviço seria melhor! (4 SMS).

A saúde é o setor mais sucateado; mas, se não tem saúde, não tem vida e como buscar nada! (3 SMS).

Discussão

A cobertura universal à saúde pela APS no município estudado dispõe de capacidade para atender somente a metade das áreas de abrangência e da população local. Esses sujeitos não representam as famílias em extrema pobreza da região, descritas como *invisíveis*; estima-se que o número desses sujeitos seja muito maior. A Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), as diretrizes da OPAS e as leis orgânicas do SUS têm por meta promover melhorias na saúde da população, enfatizando os grupos em maior vulnerabilidade social⁽¹⁾. No contexto estudado, há uma lacuna quanto às diretrizes da OPAS em sintonia com as ações do SUS, gerando barreiras intransponíveis junto às famílias em extrema pobreza, para acessarem os cuidados à saúde de forma integral. Essas barreiras resultam das falhas no processo de mediação, implementação, avaliação e reelaboração das políticas públicas locais.

O acesso às ações de saúde negado a essas famílias, sob intensas desigualdades sociais, reforça sua falta de acesso às demais oportunidades para a qualidade de vida. A inadequada gestão e governança das políticas públicas locais, associadas à incoerente aplicação dos recursos financeiros, falta de equipamentos, recursos materiais e humanos suficientes, para implantar ações de saúde e intersetoriais resolutivas na APS, representam as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde por esses sujeitos. Corroboram esses dados pesquisas destacando que o aumento da capacidade de oferta dos serviços da APS pode maximizar as respostas às demandas prioritárias nos territórios de pobreza⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O perfil e as falhas da equipe multiprofissional, descritas neste estudo, apontam a vigência de precárias condições de trabalho, frágeis vínculos empregatícios da maioria sob contratos temporários. Esse contexto favorece a descontinuidade das ações na rede de serviços públicos e, em especial, na saúde, ao longo do tempo, a quebra dos vínculos estabelecidos junto às famílias nesses territórios e a desvalorização dos conhecimentos e experiências da equipe para serem providas melhorias no atendimento às necessidades desses grupos, decorrente da ausência de sua participação nos processos de elaboração das políticas públicas.

Esse desinteresse da gestão municipal em dar-lhes voz, nos processos de decisão e implementação das ações de saúde prioritárias, em cada microrregião, para serem atendidas as demandas da população em

extrema pobreza, de forma hierarquizada e resolutiva por grau de importância, maximizando a capacidade da APS, gera graves consequências no planejamento e execução das políticas públicas locais, e culmina em barreiras intransponíveis junto a essas famílias para que possam acessar os direitos à saúde e os direitos sociais, como educação, qualidade de vida, inclusão social, produtiva, cidadania e autonomia.

Essas questões denunciam, ainda, a ausência de um diagnóstico local prévio para elaborar, implementar e avaliar as ações de saúde na APS, e significam um descompasso diante da urgência de serem revertidas as adversidades quanto à iniquidade social. Esse cenário propicia o aprisionamento dessas famílias em um ciclo de vida repetitivo, marcado pelas desvantagens no acesso à saúde e aos direitos à cidadania^(9,11). Estudos sobre a oferta de serviços de saúde integrais pela APS, na América Latina, Brasil, África do Sul, Etiópia e outros países pela Organização das Nações Unidas, ponderam que, para se ter atendimento equânime à saúde, é preciso agir sobre os determinantes sociais, buscando respostas que fomentem progressos nos modelos de (re)estruturação dos sistemas de saúde⁽¹¹⁻¹⁵⁾. Limitando-se a oferta dos serviços devido às falhas na cobertura, dificulta-se a atuação da equipe, o acesso à saúde, gerando baixa resolutividade pela APS⁽¹³⁾.

São imprescindíveis ações de saúde nesses territórios em extrema pobreza, ações dotadas de coerência, responsabilidade social e sensibilidade ao valorar os problemas locais, adotando medidas que sejam sustentáveis, em longo prazo, para seu enfrentamento com capacidade resolutiva. Aspectos como a precária infraestrutura urbana dos serviços públicos nesses territórios, violência local pelo narcotráfico, ausência de transporte público acessível, falta de profissionais e equipamentos, para continuidade dos cuidados, são determinantes sociais que negligenciam o acesso universal à saúde por esses grupos, ocasionando-lhes desesperança quanto aos atendimentos ofertados pelos serviços públicos, desestímulo pela busca por assistência, falta de adesão e/ou o abandono dos tratamentos e cuidados instituídos.

Neste estudo, identifica-se a responsabilidade social coletiva estabelecida pela equipe multiprofissional diante da urgência de se promover um esforço que integre todos os setores na resolução dos problemas apontados, como sugerido na literatura científica⁽⁹⁻¹⁵⁾. São importantes outras pesquisas que testem possíveis ferramentas para aplicação no diagnóstico local junto às comunidades extremamente pobres, abordando instrumentos multidimensionais para avaliar os obstáculos e ganhos obtidos quanto à cobertura e ao acesso universal à saúde, os quais permitam indicar caminhos sustentáveis

para maximizar a capacidade resolutive da APS e ESF nesses territórios. Todavia, vigora a carência desses estudos no Brasil e no mundo⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

A equipe multiprofissional dos serviços públicos municipais, ao lidar com os problemas advindos dessas desigualdades sociais, conhece e vivência no cotidiano das demandas de saúde dessas comunidades em extrema pobreza. Dentre os gestores e profissionais entrevistados, a enfermagem se destaca por sua atuação e conhecimentos em profundidade sobre as barreiras sofridas por essas famílias, quanto à cobertura e ao acesso universal à saúde.

Os enfermeiros descreveram a realização de ações comprometidas com o enfrentamento das iniquidades sociais, vivenciadas nesses territórios, ao promoverem acolhimentos singulares, humanizados, viabilizarem o cuidado integral à saúde, providenciarem melhorias na infraestrutura dos PSFs, minimizarem as barreiras locais para o acesso equitativo à saúde. A enfermagem é uma liderança importante na APS junto aos territórios de extrema pobreza; são gestores e profissionais da assistência que atuam em diversos processos de reflexão e promoção das ações de saúde e cuidados integrais junto a essa realidade, e apresentam subsídios relevantes para a avaliação, reconstrução e reorientação das políticas públicas do SUS, no Brasil. Seu olhar e atuação na APS representa uma prática social respeitosa, atenta, afetuosa, compreensiva e engajada politicamente junto às adversidades sofridas por esses grupos. É imprescindível valorizar o olhar da enfermagem sobre os determinantes sociais da saúde nesses territórios de extrema pobreza, como um processo legítimo de se obter subsídios indispensáveis para o enfrentamento das causas das disparidades na cobertura e no acesso universal à saúde e aos direitos sociais negados a essas famílias.

Conclusão

A privação no acesso aos direitos de saúde pelas famílias em extrema pobreza impede-lhes de alcançarem e usufruírem da cobertura e acesso universal à saúde, agravando sua exclusão social, segregação espacial e os determinantes sociais da saúde nesses territórios. As principais barreiras para esse acesso são: falhas na expansão e fortalecimento da APS; ausência de diagnóstico das necessidades prioritárias; carência de tecnologia, recursos materiais, humanos; precária infraestrutura dos serviços; APS com baixa resolutividade e ausência de políticas públicas intersetoriais. Dentre a equipe multiprofissional, a enfermagem se destaca por atuar nesses territórios com um olhar aprofundado, adotando práticas sociais singulares e compromissadas

diante dos problemas de cobertura e do acesso equânime à saúde. Esses conhecimentos fornecem-lhe subsídios indispensáveis para fomentar os processos inerentes às políticas públicas, rumo à reorientação do SUS e à equidade no direito à saúde.

Agradecimentos

In memoriam, à Doutora Virgínia Torres Schall, sempre presente.

Referencias

1. Etienne CF. Equity in health systems [Internet]. Pan Am J Public Health. [Internet]. 2013 [Acesso 11 maio 2015];33(2):79-80. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n2/01.pdf>
2. Sobral A, Freitas CM. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. Saúde Soc. 2010;19(1):35-47.
3. Sen A. Equality of What? The Tanner Lecture on Human Values Delivered at Stanford University [Internet]. May 22 1979 [Acesso 19 set 2015]. 26 p. Disponível em: http://tannerlectures.utah.edu/_documents/a-to-z/s/sen80.pdf
4. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015 [Internet]. New York; 2015 [Acesso 19 set 2015]. 75 p. Disponível em: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>
5. Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde. Sistemas de Saúde e Proteção Social na Saúde. In: Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde. Saúde nas Américas: Panorama regional e perfis de países [Internet]. Edição 2012. [Acesso 11 set 2015]. Publicação Científica e Técnica, 636. p. 205-51. Disponível em: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=253&Itemid=
6. Ministério Público Federal (BR). Procuradoria Geral da República. A fome e a pobreza no Brasil [Internet]. 2012. [Acesso 11 set 2015]. Brasília: 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do MPF; 2011. Texto, n. 31. 2 p. Disponível em: http://3ccr.pgr.mpf.mp.br/documentos-e-publicacoes/consumidor/copy_of_consumidor/consumidor-temas/Texto%20no%2031%20-%20A%20fome%20e%20a%20pobreza%20no%20Brasil.pdf
7. Mattei L. Pobreza na América Latina: Diferenças intra-regionais e principais tendências. Pesqui Debate. 2012;23(41):1-24.
8. Assad L. Doenças negligenciadas nos países pobres e em desenvolvimento. Cienc Cultura. 2010;62(1):6-8.

9. Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings. *Lancet*. [Internet]. 2012; [Acesso 13 set 2015];380(9845):9447. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS01406736\(12\)61149-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS01406736(12)61149-0.pdf)
10. Abimbola S, Negin J, Jan S, Martiniuk A. Towards people-centred health systems: a multi-level framework for analysing primary health care governance in low-and middle-income countries. *Health Pol Plann*. [Internet] 2014; [Acesso 14 set 2015]29:ii29-ii39. Disponível em: http://heapol.oxfordjournals.org/content/29/suppl_2/ii29.full.pdf+html
11. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet*. 2014;383(9917):630-67.
12. Etienne CF. Reducción de la cegueira y las deficiencias visuales evitables en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(1):4-6.
13. Sibiyi MN, Gwele NS. A model for the integration of primary health-care services in the province of KwaZulu-Natal, South Africa. *J Nurs Manage*. 2013;(21):387-95.
14. Verguet S, Olson ZD, Babigumira JB, Desalegn D, Johansson KA, Kruk ME, et al. Health gains and financial risk protection afforded by public financing of selected interventions in Ethiopia: an extended cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 2015;3:e288-96.
15. Marmot M, Allen JJ. Social Determinants of Health Equity. *Am J Public Health*. 2014;104(S4):s517-9.
16. Becerra-Posada F, Snyder NS, Cuervo LG, Montorzi G. Agendas de investigación priorizadas: un recurso estratégico para la salud en América latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(6):361-7.
17. Garcia AB, Cassiani SHB, Reveiz L. A systematic review of nursing research priorities on health system and services in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):162-71.

Errata

No artigo "Visão multiprofissional sobre as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde em territórios de extrema pobreza: contribuições da enfermagem", com número de DOI: 10.1590/1518-8345.1042.2688, publicado no periódico *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016;24:e2688, na página 1:

Onde se lia:

"Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2688"

Leia-se:

"Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2795"

Recebido: 3.6.2015

Aceito: 28.9.2015

Correspondência:

Viviane Helena de França

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Centro de Pesquisas René Rachou

Av. Augusto de Lima, 1715

Anexo (Grupo de Estudos Transdisciplinares em Educação em Saúde e Ambiente- GETESA)

Bairro: Barro Preto

CEP: 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil

E-mail: vivianefranca@hotmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.