

VULNERABILIDADE SOCIAL E COBERTURA DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

SOCIAL VULNERABILITY AND COVERAGE OF THE EXTENDED FAMILY HEALTH AND PRIMARY CARE CENTERS

VULNERABILIDAD SOCIAL Y COBERTURA DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR EXTENDIDA Y ATENCIÓN PRIMARIA

João Pedro Angelici Virginio¹

Alessandro Igor da Silva Lopes²

Jonas Lotufo Brant de Carvalho²

Juliane Andrade²

Maria da Glória Lima²

Alisson Fernandes Bolina²

(<https://orcid.org/0000-0002-2383-8493>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1417-1084>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2248-9102>)

(<http://orcid.org/0000-0002-4321-0118>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6450-9154>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1364-0176>)

Descritores

Vulnerabilidade social; Atenção primária à saúde; Saúde da família; Enfermagem; Sistemas de informação geográfica

Descriptors

Vulnerable populations; Primary health care; Family health; Nursing; Geographic information systems

Descriptores

Vulnerabilidad social; Atención primaria de salud; Salud de la familia; Enfermería; Sistemas de información geográfica

Recebido

3 de Junho de 2020

Aceito

22 de Abril de 2021

Conflitos de interesse

extraído do trabalho de conclusão de curso "Índice de vulnerabilidade social e cobertura do NASF-AB no Distrito Federal" apresentado em 2019 na Universidade de Brasília.

Autor correspondente

Alisson Fernandes Bolina
E-mail: alissonbolina@unb.br

RESUMO

Objetivo: Aplicar o Índice de Vulnerabilidade Social para o Distrito Federal e compará-lo com a distribuição espacial da cobertura dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica.

Métodos: Trata-se de estudo ecológico com base nos dados do censo demográfico, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, bem como de outros disponibilizados pela Gerência de Apoio à Saúde da Família.

Resultados: Verificou-se que 31,4% dos setores censitários do Distrito Federal foram classificados com baixo nível de vulnerabilidade social, 47,8% médio, 12,2% elevado e 8,3% muito elevado. Apenas 37,17% do território do cenário de estudo apresentavam cobertura Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Ao comparar a distribuição espacial desses desfechos, observou-se elevada extensão de vazios assistenciais de cobertura desse serviço, tanto em setores rurais quanto urbanos, e estes frequentemente classificados em maior estrato de vulnerabilidade.

Conclusão: Recomenda-se a utilização de ferramentas de gestão de políticas públicas, como o Índice de Vulnerabilidade Social, para o redesenho da Rede de Atenção à Saúde, tendo em vista o enfrentamento das iniquidades sociais.

ABSTRACT

Objective: Apply the Social Vulnerability Index for the Federal District and compare it with the spatial distribution of coverage of the Extended Family Health and Primary Care Centers.

Methods: This is an ecological study based on data from the demographic census, from the State Department of Health of the Federal District, as well as others made available by the Family Health Support Management.

Results: It was found that 31.4% of the census sectors in the Federal District were classified as having a low level of social vulnerability, 47.8% medium, 12.2% high and 8.3% very high. Only 37.17% of the territory in the study scenario had coverage of the Extended Family Health and Primary Care coverage. When comparing the spatial distribution of these outcomes, a high extent of care gaps in the coverage of this service was observed, both in rural and urban sectors, and these are often classified into a greater stratum of vulnerability.

Conclusion: It is recommended to use public policy management tools, such as the Social Vulnerability Index, for the redesign of the Health Care Network, with a view to tackling social inequities.

RESUMEN

Objetivo: Aplicar el Índice de Vulnerabilidad Social del Distrito Federal y compararlo con la distribución espacial de cobertura de los Centros de Salud Familiar Extendida y Atención Primaria.

Método: Se trata de un estudio ecológico basado en datos del censo demográfico, del Departamento de Salud del Estado del Distrito Federal, así como otros puestos a disposición por la Gerencia de Apoyo a la Salud de la Familia.

Resultados: Se encontró que 31,4% de los sectores censales del Distrito Federal fueron clasificados como de bajo nivel de vulnerabilidad social, 47,8% medio, 12,2% alto y 8,3% muy alto. Solo el 37,17% del territorio en el escenario de estudio tenía cobertura de la cobertura de Salud Familiar Extendida y Atención Primaria. Al comparar la distribución espacial de estos resultados, se observó un alto grado de brechas de atención en la cobertura de este servicio, tanto en el sector rural como en el urbano, y estos suelen ser clasificados como de mayor nivel de vulnerabilidad.

Conclusión: Se recomienda utilizar herramientas de gestión de políticas públicas, como el Índice de Vulnerabilidad Social, para el rediseño de la Red de Atención de Salud, con miras a abordar las inequidades sociales.

¹Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

²Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Como citar:

Virginio JP, Lopes AI, Carvalho JL, Andrade J, Lima MG, Bolina AF. Vulnerabilidade social e cobertura do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. *Enferm Foco*. 2021;12(2):297-304.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3955

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é ordenadora e coordenadora do cuidado, sendo a porta de entrada principal do usuário no Sistema de Saúde.⁽¹⁾ Com o objetivo de qualificar o atendimento e consolidar os atributos da AB, foi criado, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.⁽²⁾ Em 2017, suas ações foram ampliadas para além da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), mantendo a formação por uma equipe multiprofissional e com propósito principal de atuar de forma integrada no oferecimento de suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de AB.⁽¹⁾

Especificamente em relação ao Distrito Federal (DF), a ESF foi definida entre 2016 e 2018 como modelo organizacional dos serviços na AB, sendo que ações efetivas foram estabelecidas para tal mudança.⁽³⁾ Desde então, o cenário de saúde do DF vem passando por mudanças significativas, registrando aumento da cobertura da ESF de 28,2% para 69,1% no referido período³. Consonante a esse processo, algumas medidas têm sido recomendadas para ampliação da ESF no DF, inclusive a reorientação das equipes dos Nasf-AB, com priorização das áreas de maior vulnerabilidade.⁽⁴⁾

A necessidade de priorização do grupo vulnerável torna-se ainda mais relevante quando analisadas as medidas de austeridade que têm ocasionado redução do gasto social e dos mecanismos de proteção social, o que afeta em maior gravidade esse estrato da população.⁽⁵⁾ Em sintonia com essa agenda neoliberal, destaca-se a Portaria nº 2.979 deliberada pelo Ministério da Saúde em 2019, que propõe um novo modelo de custeio da AB baseado nos critérios de transferência de recurso nos indicadores de desempenho e no quantitativo de pessoas cadastradas, além de suprimir o financiamento específico para o Nasf-AB.

Apesar dos impactos dessa medida ainda não serem mensuráveis, infere-se que a falta de incentivo financeiro para o Nasf-AB suscitará a desestruturação da visão ampliada do cuidado, bem como o potencial desmonte do seu *modus operandi* e da lógica de apoio matricial.⁶ Caberá, portanto, aos gestores locais decidir sobre a permanência da atuação das equipes multiprofissionais e, em caso de reconhecimento da sua importância, definir a organização e o modo de operacionalização desse ponto de atenção.⁽⁶⁾

É nesse contexto que as mudanças no modelo organizacional da AB, incluindo o Nasf-AB, exigem utilização de ferramentas gerenciais por parte dos gestores, visando à otimização dos recursos disponíveis e, por conseguinte, à qualificação das políticas públicas no enfrentamento das iniquidades sociais. Conforme demonstrado em modelo teórico proposto por Souza & Calvo, a identificação das

necessidades socio sanitárias do território, pelos gestores, é fundamental para definir a constituição e operacionalização das equipes dos Nasf-AB e, conseqüentemente, interfere diretamente na integração com as equipes apoiadas.⁽⁷⁾

Dessa forma, o Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS), ferramenta de fácil acesso, viabiliza identificar áreas de vulnerabilidade social, o que colabora para o processo de planejamento, avaliação e tomada de decisão por parte dos gestores locais no âmbito das políticas de saúde. O índice, aprimorado ao longo dos anos, tem sido amplamente utilizado em pesquisas científicas diversas, desde análise da vulnerabilidade associada à ocorrência de dengue,⁽⁸⁾ até temas relacionados aos desfechos de saúde de idosos.^(9,10)

Portanto, tendo em vista a recente implementação da ESF e dos Nasf-AB no DF e a necessidade de identificar as áreas de maior vulnerabilidade num contexto de mudança de financiamento da AB, o presente artigo objetivou aplicar o Índice de Vulnerabilidade Social para o DF (IVS-DF) e compará-lo com a distribuição espacial da cobertura dos Nasf-AB.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, com base de dados secundários e de domínio público.

Este estudo foi realizado no DF, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, que possui território total de 5779,997 km².⁽¹¹⁾ No DF, localiza-se Brasília, Capital Federal, a qual difere das demais Unidades Federativas (UF) do Brasil, por agregar funções de Estado e Município, estabelecidas na Constituição Federal de 1988.

O DF se organiza em uma estrutura polinucleada, sendo seus núcleos denominados regiões administrativas (RA). As RA possuem sua própria dinâmica e desafios, e autonomia administrativa no que tange aos assuntos de infraestrutura e logística. Cada administrador Regional é nomeado pelo Governo do DF, estando a ele sujeito e atuando como sua extensão administrativa local.⁽¹²⁾ De acordo com o último Censo Demográfico realizado no país, o DF é composto por 19 RA: Taguatinga, Ceilândia, Brasília, Sobradinho, Samambaia, Planaltina, Gama, Guará, Santa Maria, Recanto das Emas, São Sebastião, Cruzeiro, Riacho Fundo, Paranoá, Brazlândia, Lago Norte, Lago Sul, Núcleo Bandeirante e Candangolândia.⁽¹¹⁾

Para a elaboração do IVS-DF, em conformidade com o primeiro objetivo, utilizou-se como referencial metodológico o IVS proposto pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.⁽¹³⁾ O processo foi aplicado ao contexto do DF, usando-se os dados populacionais advindos do último Censo Demográfico, disponíveis em domínio público no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.⁽¹¹⁾

A unidade utilizada para classificação do IVS-DF, assim como na metodologia adotada neste estudo,⁽¹³⁾ foi o Setor Censitário (SC). De acordo com os dados do IBGE, foram identificados no DF 4.349 SC,⁽¹¹⁾ dos quais 249 foram considerados rurais (5,73%) e 4.100 urbanos (94,27%). São áreas rurais: aglomerados rurais de extensão urbana, aglomerados rurais isolados (povoados, núcleos e outros aglomerados) e zonas rurais que não são aglomerados rurais; e urbanas, as áreas urbanizadas de cidade ou vila, áreas não urbanizadas de cidade ou vila e áreas urbanas isoladas.

Sendo o IVS um índice urbano,⁽¹³⁾ adotou-se como critério de inclusão para fins de análise e cálculo do indicador apenas os SC classificados como urbanos (4.100). Os dados dos SC urbanos foram exportados para uma planilha Excel® e optou-se por aplicar os critérios de exclusão propostos pela metodologia adotada, isto é, remover os seguintes setores: sigilosos, constituídos exclusivamente por domicílios coletivos e sem população residente,⁽¹³⁾ obtendo-se a amostra final de 4058 SC. Destaca-se que esses setores foram classificados como não avaliados e mantidos na figura para evitar “vazios” nos mapas temáticos.

Com a amostra final de SC urbanos, foram estabelecidos os indicadores que fazem parte do cálculo do IVS-DF. De acordo com a metodologia adotada,⁽¹³⁾ foram selecionados oito indicadores, que podem ser divididos em duas dimensões: Saneamento e Social (Quadro 1).

Quadro 1. Indicadores selecionados para elaboração do IVS-DF e os pesos atribuídos aos indicadores e suas dimensões

Dimensão	Indicador	Descrição do indicador	Peso indicador	Peso Dimensão
Saneamento	Água inadequada	Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente	0,424	0,396
	Esgoto inadequado	Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente	0,375	
	Lixo inadequado	Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo inadequado ou ausente	0,201	
Social	Moradores por domicílios	Razão de moradores por domicílios particulares permanentes	0,073	0,604
	Analfabetos	Percentual de pessoas analfabetas	0,283	
	Renda ½ Salário Mínimo	Percentual de domicílios particulares permanentes com rendimento per capita de até 1/2 salário mínimo	0,288	
	Renda média	Rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis	0,173	
	Negro, pardo e indígena	Percentual de pessoas autodeclaradas pretas, pardas e indígenas	0,185	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte⁽¹³⁾

A extração das variáveis de interesse, descritas no quadro 1, também ocorreu de acordo com os dados disponíveis no sítio eletrônico do IBGE. Posteriormente, as escalas dos indicadores foram padronizadas, sendo transformadas para valores numéricos entre zero e um, convertidos para apresentarem a mesma quantidade de casas decimais. Em seguida, atribuíram-se diferentes pesos para cada um dos indicadores.

Com base nessa classificação, gerou-se uma variável numérica que representa o IVS-DF por SC. Quanto maior seu valor, mais elevada a situação de vulnerabilidade daquele setor. A medida permite classificar o IVS-DF em quatro diferentes estratos, considerando os seguintes pontos de corte:⁽¹³⁾

- Médio risco: setores com valores do IVS-DF com ½ (meio) desvio-padrão em torno da média;
- Baixo risco: setores censitários com valores do IVS-DF inferiores ao limite
- inferior do médio risco;
- Elevado risco: setores com valores do IVS-DF acima do limite superior do
- médio risco até a medida de 1,5 desvio-padrão acima da média;
- Muito elevado risco: setores com valores do IVS-DF acima do elevado risco.

Cabe destacar que o cálculo das medidas descritivas envolvidas no processo de classificação do IVS-DF foi ponderado para cada RA do DF, ou seja, foram analisadas a média e desvio-padrão de cada região para classificar os SC segundo o indicador; de tal forma a se torna mais sensível às especificidades locorregionais.

Para análise da distribuição espacial dos SC urbanos de acordo com IVS-DF, utilizou-se a base cartográfica contendo a malha do DF, estratificada por SC, obtida em sítio de domínio público do Censo Demográfico.⁽¹¹⁾ Cada SC possui um número identificador único, definido pelo IBGE. Esse identificador foi comum ao banco de dados contendo os valores do IVS-DF, o que permitiu o cruzamento das malhas temáticas. A utilização do número identificador dos SC é fundamental para realização do recurso *spatial join*, que atribuiu os valores encontrados ao setor pertencente.

Atendendo ao segundo objetivo, realizou-se o mapeamento dos Nasf-AB ativos considerando agosto de 2018 como mês de empenho, isto é, foram incluídos aqueles devidamente cadastrados e regularizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nesse período. Para tanto, foram utilizados dados públicos da Secretaria de Estado de Saúde, bem como outros disponibilizados pela Gerência de Apoio à Saúde da Família mediante solicitação via Serviço de Informação ao Cidadão (SIC). Com base nesses dados, foram traçados os limites

das áreas de abrangência das equipes dos Nasf-AB na base cartográfica contendo a malha do DF supracitada, incluindo os SC urbanos e rurais, de acordo com cada região de saúde do DF (Sudeste, Sul, Oeste, Leste, Norte, Centro-Sul e Central). Portanto, o limite do território das equipes dos Nasf-AB foi a fonte para a criação dos mapas temáticos com a delimitação das áreas de abrangência.

As análises estatísticas descritivas foram realizadas por meio da distribuição de frequências absolutas e percentuais e medidas de dispersão (média e desvio-padrão), utilizando-se o software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0.

Para comparar a distribuição espacial da cobertura dos Nasf-AB segundo o IVS-DF, fez-se a sobreposição das camadas dos referidos mapas temáticos gerados, permitindo melhor visualização e identificação de possíveis vazios assistenciais. Destaca-se que os mapas temáticos deste estudo foram construídos utilizando o programa QGIS versão 3.4.3, um Sistema de Informação Geográfica (SIG) de código livre.

Para o cálculo do percentual de cobertura do NASF, foi realizado a conversão das camadas Índice de Vulnerabilidade em Saúde e do Núcleo de Atenção à saúde da Família para o formato Universal Transverso de Mercator (UTM), pois esse sistema de referência de coordenadas (SRC) permite a utilização da unidade de medida em quilômetro quadrados as duas camadas foram convertidas para o formato SIRGAS 2000 ZONA 23S que é o quadrante de onde está localizado o Distrito Federal Com as camadas no mesmo sistema de coordenadas foi aplicada a função ($\$area/1000000$) para o cálculo da área em km² de cada polígono, após o cálculo foi utilizada a função Estatísticas do painel para a soma da área total e para o cálculo da proporção das áreas cobertas ou não pelo Nasf-AB.

Por se tratar de um estudo com base de dados secundários e de domínio público, nos termos da Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde não houve necessidade de apreciação por comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

A seguir, são descritos os valores de média e desvio-padrão do IVS-DF por dimensão (saneamento e social), bem como de média e desvio-padrão do valor total do IVS-DF em cada RA.

Na dimensão Saneamento, as RA que apresentaram as menores médias foram: Brazlândia (0,0073 ± 0,0279), Lago Sul (0,0075 ± 0,0270) e Candangolândia (0,0077 ± 0,0181), indicando menor vulnerabilidade social nesse aspecto. Já Sobradinho (0,0670 ± 0,0890), Planaltina (0,0509 ± 0,0680) e São Sebastião (0,0492 ± 0,0919) integraram as três RA com maiores médias nesta dimensão.

Na dimensão Social, as RA do Lago Sul (0,1060 ± 0,0349), Brasília (0,1372 ± 0,0352) e Cruzeiro (0,1443 ± 0,0324) tiveram as menores médias do DF. As regiões de Planaltina (0,3172 ± 0,0546), Recanto das Emas (0,3147 ± 0,0408) e Brazlândia (0,3038 ± 0,0551), em contraste, foram as RA com maiores médias.

Em relação ao IVS-DF total, maiores valores foram registrados em Planaltina (0,3680±0,1040), Santa Maria (0,3379±0,1123) e Sobradinho (0,3360 ± 0,1139). Ao mesmo tempo, Lago Sul (0,1135 ± 0,0490), Brasília (0,1684 ± 0,0525) e Cruzeiro (0,1694 ± 0,0425) alcançaram as menores médias.

Com base na classificação do IVS-DF, obteve-se que 31,4% dos SC (n=1276) incorporam a classificação de baixa vulnerabilidade, enquanto o estrato médio foi composto por 47,8% dos SC do DF (n=1938). Em sequência, 12,2% (n=497) e 8,3% (n=336) dos setores foram classificados, respectivamente, com elevada e muito elevada vulnerabilidade social. Destaca-se que 0,3% dos SC (n=11) não foram avaliados por ausência de algum dado, obtido pelo censo, que compõe o índice.

Conforme a figura 1, é possível observar que os SC localizados nas áreas centrais de cada RA foram classificados, em sua maioria, nos menores estratos de vulnerabilidade social (baixa e média). Por outro lado, os setores periféricos - aqueles mais afastados do centro urbano de cada RA - apresentaram grau mais elevado de vulnerabilidade. Observa-se também uma elevada proporção de áreas classificadas como rurais no DF.

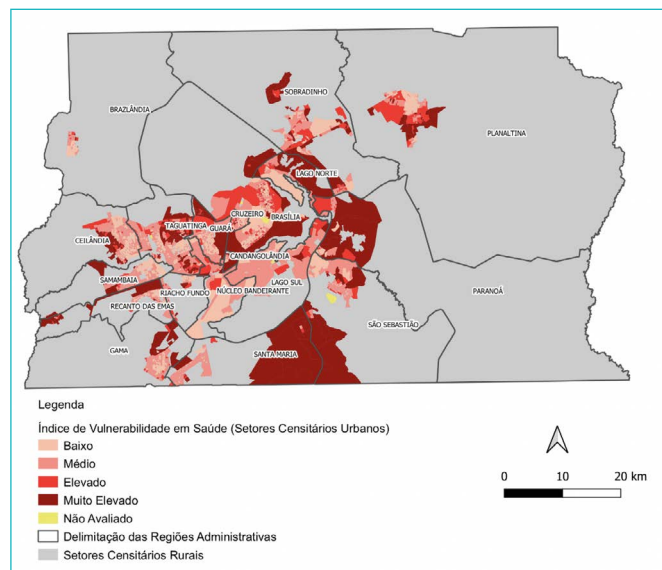


Figura 1. Distribuição espacial dos setores censitários segundo o IVS-DF em cada região administrativa do Distrito Federal

Com os dados de cobertura do Nasf-AB, constatou-se uma abrangência total de 2.106,3 Km², o que equivale a uma cobertura de aproximadamente 37,17% do DF. Foram identificadas grandes áreas ainda descobertas pelo serviço,

especialmente nas RA de Planaltina, Lago Sul, Sobradinho, Gama e Recanto das Emas (Figura 2).

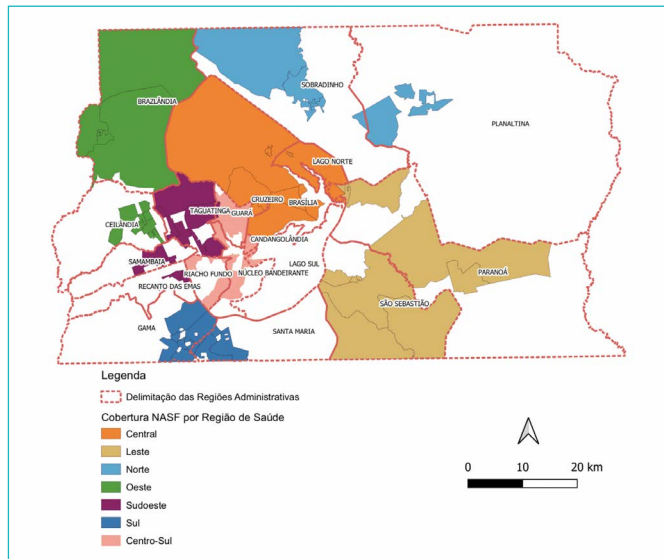


Figura 2. Distribuição espacial da Cobertura Nasf-AB por regiões de saúde

Na figura 3, percebeu-se elevada extensão de vazio assistencial de cobertura Nasf-AB nas áreas rurais, especialmente nas regiões de Planaltina, Gama, Recanto das Emas e Sobradinho. No tocante às áreas urbanas, dentre os SC descobertos pelo Nasf-AB, verificou-se que grande parte integra a parcela classificada em elevado ou muito elevado risco. Merecem destaque as regiões do Recanto das Emas, Santa Maria e Paranoá, onde a maior parte dos setores urbanos com ausência de cobertura incorpora o estrato mais vulnerável. Do mesmo modo, observa-se grande vazio assistencial urbano nas RA do Lago Sul e Sobradinho, embora sejam regiões com predominância de SC classificados como menos vulneráveis (baixo e médio) (Figura 3).

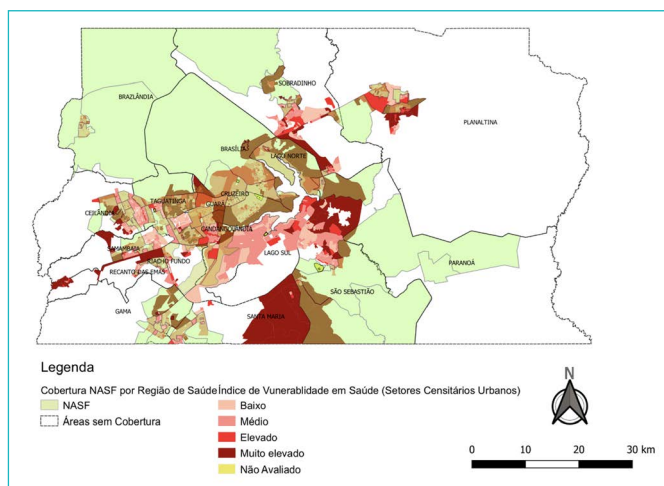


Figura 3. Distribuição espacial de Cobertura do Nasf-AB e classificação do IVS-DF

Na tabela 1, observa-se que 66,51% das áreas rurais e 47,07% das urbanas não estavam cobertos pelo Nasf-AB. Ao analisar a cobertura em relação às classificações IVS-DF, observou-se elevado percentual de setores classificados com elevada (39,90%) e muito elevada (46,04%) vulnerabilidade social desassistidos pelo Nasf-AB.

Tabela 1. Cobertura Nasf-AB, segundo IVS-DF

	Cobertura Nasf-AB				Total	
	Sim		Não		Km ²	%
	Km ²	%	Km ²	%	Km ²	%
Áreas rurais	1538,994	33,49	3056,166	66,51	4595,16	100
Áreas urbanas	567,306	52,93	504,424	47,07	1071,73	100
Baixo	83,496	48,97	87,007	51,03	170,503	100
Médio	148,897	49,94	149,249	50,06	298,146	100
Elevado	80,194	60,10	53,23	39,90	133,424	100
Muito elevado	251,304	53,96	214,418	46,04	465,722	100
Não avaliado	3,415	86,79	0,52	13,21	3,935	100
Total	2106,30	37,17	3560,59	62,83	5666,89	100

DISCUSSÃO

A análise dos indicadores socioeconômicos e de saneamento que compõem IVS-DF evidenciou divergências entre os valores apurados nas duas dimensões. Regiões como Samambaia e Brazlândia apresentaram valores indicativos de elevada vulnerabilidade no quesito social, mas não na dimensão saneamento.

Observando RA como Lago Sul e Brazlândia, percebe-se pouca diferença em seus indicadores na dimensão Saneamento. Nessa dimensão, ambas as Regiões indicaram baixa vulnerabilidade, embora os resultados na dimensão social foram diferentes. A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2018, realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), traz que a Região Lago Sul incorpora o grupo de RA de alta renda, com renda domiciliar média de R\$15.614,00; enquanto a Região Brazlândia integra o grupo de RA de média-baixa renda, com rendimento domiciliar médio de R\$3.106,00.⁽¹⁴⁾ Outro exemplo notável está nas Regiões São Sebastião e Lago Norte. Percebeu-se vulnerabilidade semelhante para ambas na dimensão Saneamento, mas com situação socioeconômica bem distinta nas duas localidades.

Essa acentuada divergência entre o fator social e sanitário pode estar relacionado com o processo de formação do DF. Embora Brasília tenha sido planejada na década de 50, muitas das regiões que hoje compõem os arredores da Capital Federal cresceram de maneira desordenada, gerando dificuldades ambientais e de infraestrutura, especialmente na adequação do esgotamento e acesso à água tratada.⁽¹⁵⁾

Esses resultados apontam que a situação sanitária não está necessariamente vinculada à socioeconômica, mostrando a complexidade dos diferentes níveis de

vulnerabilidade no DF. Expor esse tipo de particularidade é importante do ponto de vista da aplicação do IVS-DF, pois permite maior compreensão dos fatores que tornam cada setor um local vulnerável, bem como traçar estratégias para reverter a situação.

Outro fato relevante observado na aplicação do instrumento foi a constatação de maior vulnerabilidade nos setores periféricos de cada RA, fenômeno também observado em cidades mineiras onde o IVS foi aplicado.^(10,13) A vulnerabilização das regiões marginalizadas se mostra recorrente no cenário nacional e é amplamente debatida na literatura científica.

Em particular no DF, esse fenômeno pode estar vinculado à herança histórica de urbanização de Brasília e regiões periféricas.⁽¹⁵⁾ Outro estudo se propôs a analisar a formação da Capital Federal para além de sua construção, argumenta que, desde sua inauguração, a nova capital marginalizou para regiões periféricas aqueles que não tinham poder aquisitivo para se manter nos grandes centros.⁽¹⁵⁾ A expansão urbana no DF foi marcada pela criação assentamentos e transferências de favelas para locais distantes. Na capital planejada, não se havia planejado moradia próxima ao Plano Piloto para grande parte dos trabalhadores que fizeram parte da construção de sua construção.⁽¹⁵⁾

Assim, a expansão e urbanização do DF se deu ao longo das décadas, misturando a beleza arquitetônica com as desigualdades sociais. Do ponto de vista estrutural, há uma enorme discrepância entre Brasília e as áreas periféricas do DF. Atualmente o DF possui o maior PIB per capita do país, mantendo-se acima da média também nos indicadores de desigualdade social. Nesse contexto, cria-se um cenário retroalimentado de marginalização dos vulneráveis e vulnerabilização dos marginalizados.^(14,15)

O presente estudo revelou ainda importantes fragilidades na cobertura Nasf-AB no DF. Sendo este um mecanismo relevante de suporte multiprofissional às equipes de AB, o não funcionamento adequado desses núcleos pode comprometer a capacidade de resposta às necessidades de saúde locais.^(1,16)

Segundo os dados de cobertura Nasf-AB disponíveis em 2018, cerca de 62,83% do território do DF não estava coberto pelo serviço. Esse fenômeno se destaca nas áreas rurais, onde há elevada extensão de vazios assistenciais, com destaque para as regiões de Planaltina, Gama, Recanto das Emas e Sobradinho. No modelo da ESF, esse dado se torna relevante, visto que a AB nessas localidades apresenta desafios distintos da área urbana. Estudos de abrangência nacional mostraram que os usuários de origem rural enfrentam dificuldades de acesso no que diz respeito aos horários de funcionamento, tempo de espera,

distância geográfica e oferta de visitas domiciliares.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ Dentre a população residente em áreas rurais, observa-se também uma série de vulnerabilidades menos presentes na população residente em áreas urbanas, tais como a menor cobertura vacinal e maiores fragilidades nutricionais.^(16,19) Nesse cenário, o DF não é uma exceção e há grandes desafios na AB em áreas rurais, uma vez que muitas das equipes de saúde nem sempre dispõem de recursos ou equipe necessária para realização adequada de suas atividades.⁽¹⁸⁾

Embora tenha-se registrado maior cobertura nas regiões urbanas, os vazios assistenciais registrados tiveram peso significativo quando levamos em conta o perfil dos SC descobertos. Dentre as áreas que não contam com atuação do Nasf-AB, observou-se participação considerável das áreas classificadas com elevada ou muito elevada vulnerabilidade em saúde. Destaca-se as regiões do Recanto das Emas, Santa Maria e Paranoá.

Cabe destacar que a fragilidade das estruturas Nasf-AB no DF pode estar relacionada ao processo tardio de implantação da ESF como um todo. Essa implementação só se deu em 2017, por meio da Portaria 78/2017 do GDF, a qual preconizou que todas as unidades de saúde fossem convertidas nessa modalidade. Apesar da referida portaria reforçar, em seu artigo primeiro, a priorização das áreas de vulnerabilidade social, não foram criadas novas unidades, mas houve um processo de readequação daquelas existentes, o que pode ter contribuído para que as áreas mais estruturadas tivessem maior acesso à cobertura desse serviço.⁽²⁰⁾

A falta de organização do dimensionamento do Nasf-AB em áreas vulneráveis também foi constatada no Paraná, em que o planejamento da cobertura desse serviço esteve voltado para os grandes centros urbanos e áreas próximas dessas localidades.⁽²¹⁾ Outra pesquisa de abrangência nacional constatou que o aumento do número ou cobertura Nasf-AB não resultou em impacto proporcional nos indicadores de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), considerando os diferentes contextos de vulnerabilidade.⁽²²⁾ Embora os Nasf-AB sejam construídos sob um modelo teórico bastante marcado pelo trabalho integrado e de suporte à AB,⁽²³⁾ estudos mostram que nem sempre sua atuação prática ocorre de forma articulada. Trata-se de uma estratégia inovadora, repleta de desafios e que demanda dos profissionais envolvidos, comprometimento e constante aperfeiçoamento.^(16,23)

O fortalecimento dos Nasf-AB e da AB como um todo, é uma estratégia com grande potencial de ampliar o acesso à saúde. Além de reduzir custos com investimentos em tecnologias maior densidade e complexas,

uma AB fortalecida tem o potencial reduzir iniquidades relacionadas à saúde, consolidando um modelo mais democrático e universal de acesso à saúde.⁽²⁴⁾ Nesse sentido, a implementação e o monitoramento de mecanismos que avaliem a atuação dos Nasf-AB em seu cotidiano são imprescindíveis para que se alcance resultados significativos no fortalecimento da AB. Através da análise dos indicadores adequados, pode-se embasar estratégias de atuação e mensurar o impacto prático de mecanismos como os Nasf-AB.

Assim, o IVS-DF pode ser considerado uma ferramenta simples, didática e de fácil compreensão, que permite identificar áreas mais vulneráveis e, por conseguinte, direcionar e auxiliar o processo de tomada de decisões por parte de gestores locais,⁽¹³⁾ especialmente num contexto de mudança de financiamento da AB. Instrumentos dessa natureza são relevantes para alcançar a qualidade e a resolubilidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde, em especial no que se refere ao uso otimizado dos recursos.

Importante considerar que o presente estudo encontrou desafios para operacionalização em decorrência do desalinhamento entre a malha de abrangência do Nasf-AB e os SC definidos pelo IBGE. Esse fator também pode dificultar o planejamento e implementação de políticas públicas de maneira mais efetiva e abrangente, em diferentes contextos territoriais. Os detalhamentos produzidos a partir desse tipo de estudo precisam, assim como os dados do IBGE, abrir portas para criação de programas e políticas que supram demandas sociais de maneira eficiente e prática.⁽²⁵⁾

De maneira geral, o estudo revelou a necessidade de reavaliação da cobertura assistencial no DF, com vistas à adequação das normas preconizadas e à excelência do cuidado, bem como de redirecionamento do foco dos Nasf-AB no DF, com priorização das regiões mais vulneráveis, a fim de reduzir as desigualdades sociais existentes.

Contudo, por considerar homogeneidade dentro do setor censitário, este estudo apresenta como limitação a impossibilidade na identificação de vulnerabilidades social em nível individual. O presente estudo não registra vulnerabilidades específicas a grupos individuais, além de considerar o território muito mais do ponto de vista geográfico e coletivo. Nesse sentido, sabe-se que, muito além de um espaço político-operativo do sistema de saúde, o território caracteriza-se por população específica, em tempo e espaço determinados, com dificuldades específicas e

interações singulares.⁽²⁶⁾ Nessa visão, o território apresenta não apenas uma extensão geométrica, mas, também, um perfil fluido, em mutação e relevante à saúde.

O enfermeiro tem assumido cada vez mais cargos de gestão em saúde, atuando como protagonista na implementação das políticas públicas. Na agenda internacional, essa categoria profissional é considerada a mais aberta e sensível às práticas inovadoras que levem em consideração as necessidades sociais da população, e consequentemente, gera impactos na consolidação da AB.⁽²⁷⁾ Os achados desta pesquisa, portanto, contribuem para a prática da enfermagem no gerenciamento de serviços e gestão de políticas públicas ao oferecer subsídios para compreensão do território e suas necessidades locais, em termo de vulnerabilidade social.

CONCLUSÃO

Identificou-se que, no DF, 31,4% dos setores censitários podem ser classificados com baixo nível de vulnerabilidade social, 47,8% médio, 12,2% elevado e 8,3% muito elevado. Observou-se também que apenas 37,17% do território do cenário de estudo apresentavam cobertura Nasf-AB. Ao comparar a distribuição espacial da cobertura Nasf-AB e a vulnerabilidade social, obteve-se elevada extensão de vazios assistenciais de cobertura desse serviço, frequentemente coincidindo com áreas estratificadas nos maiores níveis de vulnerabilidade. Tais dados revelam que o planejamento da cobertura Nasf-AB não esteve atrelado às necessidades socio sanitárias do território, em termos de vulnerabilidade social. Sendo assim, recomenda-se a utilização de ferramentas de gestão de políticas públicas, como o IVS, para o redesenho da Rede de Atenção à Saúde, tendo em vista o enfrentamento das iniquidades sociais.

Agradecimentos

M.S. Mourão que auxiliou na elaboração do Índice de Vulnerabilidade Social.

Contribuições

Concepção do estudo: Bolina AF, Virgínio JPA, Lopes AIS, Carvalho JLB. Coleta de dados: Virgínio JPA, Lopes AIS. Análise e interpretação dos dados: Bolina AF, Virgínio JPA, Lopes AIS, Carvalho JLB. Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Bolina AF, Virgínio JPA, Lopes AIS, Carvalho JLB, Andrade J, Lima MG. Aprovação final da versão final: Bolina AF, Virgínio JPA, Lopes AIS, Carvalho JLB, Andrade J, Lima MG.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. 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) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [citado 2019 out 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2019 out 2]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
3. Corrêa DS, Moura AG, 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.
4. Tasca R, Ventura IL, Borges V, Leles FA, Gomes RM, Ribas NA, et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(6):2021-30.
5. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(7):2303-14.
6. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): CEBES; 2020 [citado 2020 Nov 25]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>
7. Souza TT, Calvo MC. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:41.
8. Pessanha JE, Caiaffa WT, Kroon EG, Proietti FA. Dengue em três distritos sanitários de Belo Horizonte, Brasil: inquérito sorológico de base populacional, 2006 a 2007. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):252-8.
9. Braga LS, Macinko J, Proietti FA, César CC, Lima-Costa MF. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2307-15.
10. Bolina AF, Rodrigues RA, Tavares DM, Haas VJ. Factors associated with the social, individual and programmatic vulnerability of older adults living at home. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03429.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010 - Informações Territoriais [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2021 mar 24]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br>
12. Brasil. Lei Orgânica do Distrito Federal de 08 de junho de 1993, atualizada até a Emenda à Lei Orgânica nº 102, de julho de 2017.
13. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2012. Belo Horizonte: Secretaria Municipal da Saúde; 2013. 24 p. [citado 2021 mar 24]. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf
14. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). PDAD 2018: Pesquisa distrital por amostra de domicílio. Brasília (DF): CODEPLAN; 2020 [citado 2020 Nov 25]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/pdad-2018/>
15. Pavianni A. Brasília no contexto local e regional: urbanização e crise. *Revista Território*. 2003; 7(13).
16. Leite DG, Souza MC, Maximino DA, Bezerra EP, Oliveira Filho JS, Virginio NA, et al. The Family Health Support Core (NASF) and Health Practices: Are There Many Challenges to Be Overcome?. *Int Arch Med*. 2017;10(106):1-9.
17. Silva EM, Portela RA, Medeiros AL, Cavalcante MC, Costa RT. Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa. *Hygeia*. 2018;14(28):1-12.
18. Gamelo L, Lima JG, Rocha ES, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate*. 2018; 42(Spe1): 81-99.
19. Gonçalves ID, Pereira PF, Silva MB, Ladeira FB, Moreira TR, Cotta RM, et al. Nutritional status coverage trend registered in the SISVAN web in seven municipalities of the Zona Da Mata Mineira, Brazil, from 2008 to 2017 and its association with socio-economic, demographic and organisation of health system variables. *J Nutr Sci*. 2020;9:e4.
20. Distrito Federal. Secretaria de Saúde. Portaria no. 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família [Internet]. Diário Oficial do Distrito Federal; 2017 Fev 15 [citado 2019 out 2]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b6ab6da56874a4ab2719d2524fdb6c2/ses_prt_78_2017.html
21. Tomasi AR, Rizzotto ML. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. *Saúde Debate*. 2013;37(98):427-36.
22. Moretti PG, Fedosse E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. *Fisioter Pesqui*. 2016;23(3):241-7.
23. Souza TT, Calvo MC. Evaluation of the Family Health Support Centers focusing on the integration to supported teams. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:41.
24. Pan American Health Organization (PAHO). Equity in the context of Regional transformation processes in health [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2017 [cited 2021 mar 21]. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=59&lang=pt>
25. Jannuzzi PM. Indicadores socioeconômicos na gestão pública. Departamento de Ciências da Administração - UFSC. Florianópolis, SC, (BR): UFSC; 2012.
26. Mendes EV. Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.
27. Pan American Health Organization (PAHO). Strategic Directions for Nursing in the Region of the Americas. Washington (DC): PAHO; 2019 [cited 2021 mar 21]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/strategic-directions-nursing-region-americas>