

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE: UMA FERRAMENTA PARA A PROMOÇÃO DA EQUIDADE NO SUS CURITIBA

Márcia Cecília Huçulak¹
Raquel Ferraro Cubas²
Angela Cristina Lucas de Oliveira³
Diego Spinoza dos Santos⁴

1. INTRODUÇÃO

Curitiba avança na consolidação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) robusta, resolutiva e de qualidade, dentro do conceito de “Vigilância à Saúde”, com base territorial, responsabilização sanitária e do primeiro contato, reafirmando a Unidade Básica de Saúde (UBS) como entrada preferencial do sistema. As equipes da APS oferecem respostas às diversas demandas do cidadão e são a referência mais próxima para as pessoas residentes em uma determinada área do município.

O trabalho desenvolvido nas UBS de Curitiba se destaca pela qualificação, vínculo com a comunidade e comprometimento dos profissionais com a saúde dos usuários. No entanto, apesar do reconhecido esforço e da boa resposta das equipes, no início da gestão 2017-2020 era evidente a necessidade de reorganização das UBS, com melhoria na infraestrutura dos equipamentos e aprimoramento no cuidado para responder às necessidades de saúde da população. Diversas estratégias foram adotadas,

entre elas: a regularização dos estoques de insumos e medicamentos, a revisão de protocolos clínicos, a educação continuada e a mobilização das equipes para a transformação do modelo de atenção à saúde, com vistas a ofertar um acesso mais qualificado.

Uma das fragilidades identificadas foi a falta de critérios para a distribuição equitativa dos recursos – embora a saúde seja um direito humano fundamental reconhecido por todos os foros mundiais, no Brasil garantido pela Constituição, é preciso sempre reforçar um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): a equidade.

A equidade tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social e reconhece que, apesar de todos possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Equidade pode ser entendida como oferecer mais a quem mais precisa.

¹ Enfermeira - Secretária Municipal da Saúde de Curitiba.

² Cirurgiã-dentista - Assessora do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

³ Nutricionista - Coordenadora de Apoio à Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

⁴ Orientador em Esporte e Lazer - Coordenador de Assistência do Distrito Sanitário Tatuquara da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Para melhor avaliar o perfil da população de cada área de abrangência das UBS do município e nortear as ações para o enfrentamento das iniquidades, a Secretaria Municipal da Saúde criou o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades de Saúde (IVAB). O objetivo deste ensaio é relatar o processo de criação e implantação deste índice, bem como os resultados obtidos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Atenção Primária à Saúde em Curitiba - APS

A APS em Curitiba conta com 111 UBS, distribuídas em dez Distritos Sanitários, 30 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e quatro equipes de Consultório na Rua. Todas as UBS trabalham com área de abrangência e populações definidas. As ações são desenvolvidas por equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, sendo o trabalho coordenado pela Autoridade Sanitária Local de cada UBS. Os NASF são compostos por farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos (ginecologistas, pediatras, psiquiatras, infectologistas/clínicos com enfoque na infectologia), nutricionistas, profissionais de educação física e psicólogos. Curitiba tem uma população estimada em 1.933.105 habitantes (IBGE - 2019) e cerca de 50% utiliza serviços assistenciais da saúde suplementar (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020).

As equipes organizam os processos de trabalho visando garantir: o acesso às demandas espontâneas; atividades programadas, especialmente com ênfase às condições crônicas de saúde; a realização de visitas domiciliares; a utilização de protocolos e linhas-guia assistencia-

is; o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção da saúde; vigilância e assistência à saúde com base na estratificação de risco; o monitoramento dos principais agravos à saúde nos territórios (que estão em constante processo de mudança), entre outros.

A capital paranaense observa o aumento da expectativa de vida de 66,33 anos, em 1980, para 76,95 anos em 2012, com crescimento da população nas regiões mais periféricas. Como exemplo, entre os anos de 2000 e 2010 houve crescimento de 263% da população habitante no bairro Campo de Santana, localizado na região sul da cidade, e, em contrapartida, nesse mesmo período, foi registrado decréscimo da população nos bairros centrais (CURITIBA, 2018a).

A mudança no perfil de crescimento populacional, na dinâmica da ocupação territorial e as transformações na pirâmide etária imprimem transformações no cenário epidemiológico dos territórios. Tal constatação reforça a necessidade da constante atualização sobre o conhecimento do perfil da população das áreas de abrangência das UBS, para a organização da APS de acordo com a realidade local.

Para a tomada de decisão fundamentada em evidências, entendeu-se como imprescindível o estabelecimento de um índice para revelar a vulnerabilidade das populações, a partir do qual foi criado o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades de Saúde (IVAB).

2.2 Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades de Saúde (IVAB)

No Brasil, o SUS traz em suas bases o conceito ampliado de saúde, em que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e

posse da terra e acesso aos serviços de saúde. A partir dessa perspectiva, torna-se cada vez mais importante a busca pela melhoria da qualidade de vida, de modo a reduzir a vulnerabilidade ao adoecer, diminuindo as possibilidades de sofrimento e de morte prematura de indivíduos.

Um grande desafio que permeia a função do gestor público é lidar com a distribuição, da melhor forma possível, dos finitos recursos destinados para as políticas públicas comprometidas com a justiça social e a melhoria da qualidade de vida (DRACHLER et al., 2014). A crescente demanda da população por serviços de saúde de qualidade e um cenário de condições de vida inadequadas impõem, àqueles incumbidos da função de administrar as cidades, uma batalha diária para definir os melhores métodos de alocação de recursos da maneira mais equânime possível. O trabalho pela equidade em saúde está previsto no SUS, na Lei nº 8080, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), bem como em políticas de saúde que reconhecem a vulnerabilidade e necessidades de grupos específicos.

O desenvolvimento de indicadores sintéticos é uma forma de captar uma determinada realidade social ou dimensões do mundo social por meio de medidas-sínteses, que podem ser aplicados como facilitadores para o atendimento das demandas de informação, para formulação de políticas e para a tomada de decisões nas esferas públicas (SCHUMANN; MOURA, 2015). O uso dessas ferramentas pode ser um aliado dos gestores para o estabelecimento de diagnósticos e a construção de planos de intervenção de modo assertivo, guiado por critérios técnicos mensuráveis e replicáveis.

Para a Organização Mundial da Saúde (2010), os determinantes sociais da saúde (DSS) compreendem as “circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham e envelhe-

cem, incluindo o sistema de saúde”. Essas circunstâncias são influenciadas pela distribuição de riqueza, recursos e poder, assim como pelas políticas adotadas. A maioria das iniquidades em saúde podem ser explicadas pelos DSS. As condições socioeconômicas (educação, renda e trabalho), por estarem na base de vários determinantes – como a atenção à saúde, os comportamentos e a exposição ambiental, e por interferirem no acesso aos serviços de saúde e nos desfechos de doenças, – estão entre as principais causas de iniquidades em saúde (ADLER e NEWMAN, 2002). Portanto, políticas sanitárias que considerem indicadores socioeconômicos como o IVAB têm maior potencial de redução de iniquidades e de melhoria da saúde da população.

Com a criação do IVAB, a Secretaria Municipal da Saúde mapeou as UBS que concentram o maior número de famílias com alta vulnerabilidade e que, por consequência, precisam de maior suporte de serviços. Para sua construção, foram utilizados os determinantes sociais da saúde, e não só a renda familiar dos residentes nos territórios das UBS, dado que muitos fatores interferem na identificação da pobreza, do bem-estar ou da vulnerabilidade social.

O IVAB foi estabelecido a partir do Índice de Vulnerabilidade das Famílias do Paraná (IVF-PR) e da população do Censo do IBGE – 2010, por área de abrangência de cada UBS.

O IVF-PR foi construído pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) do Governo do Estado do Paraná. Em linhas gerais, foram escolhidas variáveis (ou a relação entre variáveis) que retratem de algum modo uma precariedade, ausência, inadequação ou condição que limite a capacidade de resposta das famílias diante de dificuldades. A formação dos indicadores ocorreu a partir do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) (PARANÁ, 2012).

O IVF-PR é calculado pela média aritmética entre os índices de quatro dimensões, representadas por 19 indicadores componentes:

- Adequação do domicílio: espécie de domicílios, densidades por dormitório, material de construção do domicílio, água encanada, esgotamento sanitário.
- Perfil e composição familiar: responsabilidade pela família, razão entre crianças, adolescentes e adultos, presença de trabalho infantil na família, presença de crianças e adolescentes internados, presença de adultos internados, presença de idosos internados, presença de pessoas com deficiência na família, idosos em condição de agregado, analfabetismo do chefe de família.
- Acesso ao trabalho e renda: trabalho dos adultos, renda familiar mensal per capita.
- Condições de escolaridade: crianças e adolescentes fora da escola, defasagem de idade/série, jovens e adultos sem ensino fundamental.

As famílias classificadas foram as localizadas no banco de dados do CadÚnico. As etapas para construção e efetivação do IVAB foram:

1. Envio para a Secretaria Municipal da Saúde da listagem de todos os componentes das famílias residentes em Curitiba com IVF-PR final superior a 0,2798 (alta vulnerabilidade – famílias com IVF-PR final superior ao percentil 75), pela Secretaria da Família e Desenvolvimento Social do Paraná (SEDS) e Fundação de Ação Social (FAS) de Curitiba (Abril de 2017).
2. Localização dos componentes das famílias em suas UBS de referência via banco de dados do sistema de prontuário eletrônico da Secretaria Municipal da Saúde.
3. Cálculo do IVAB de cada UBS através do quociente entre o número de pessoas com alta vulnerabilidade segundo IVF-PR e a população geral da área de abrangência de cada UBS (segundo o Censo do IBGE – 2010), multiplicado por 100.
4. Ranqueamento das 111 UBS sob a lógica de intervalos regulares com base no conjunto de dados ordenados de forma crescente, divididas em três grupos a partir do cálculo dos tercis.

As UBS localizadas no tercil 1 foram denominadas como de baixa vulnerabilidade (37 UBS), no tercil 2 como de média vulnerabilidade (38 UBS) e no tercil 3 como de alta vulnerabilidade (36 UBS).

O IVAB deve ser atualizado a cada dois anos ou sempre que houver mudança de área de abrangência de UBS. Essa ação, prevista para ocorrer em 2020, foi postergada em função da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). O IVAB foi instituído pela Portaria nº 155/2017 (CURITIBA, 2017) e posteriormente pelo Decreto nº 638/2018 (CURITIBA, 2018b) após discussão e aprovação no Conselho Municipal de Saúde.

A distribuição das UBS com as suas respectivas áreas de abrangência, de acordo com sua classificação segundo o IVAB, pode ser visualizada na Figura 1. No mapa da cidade, percebe-se que a maior parte das UBS com alta vulnerabilidade está localizada na periferia do município.

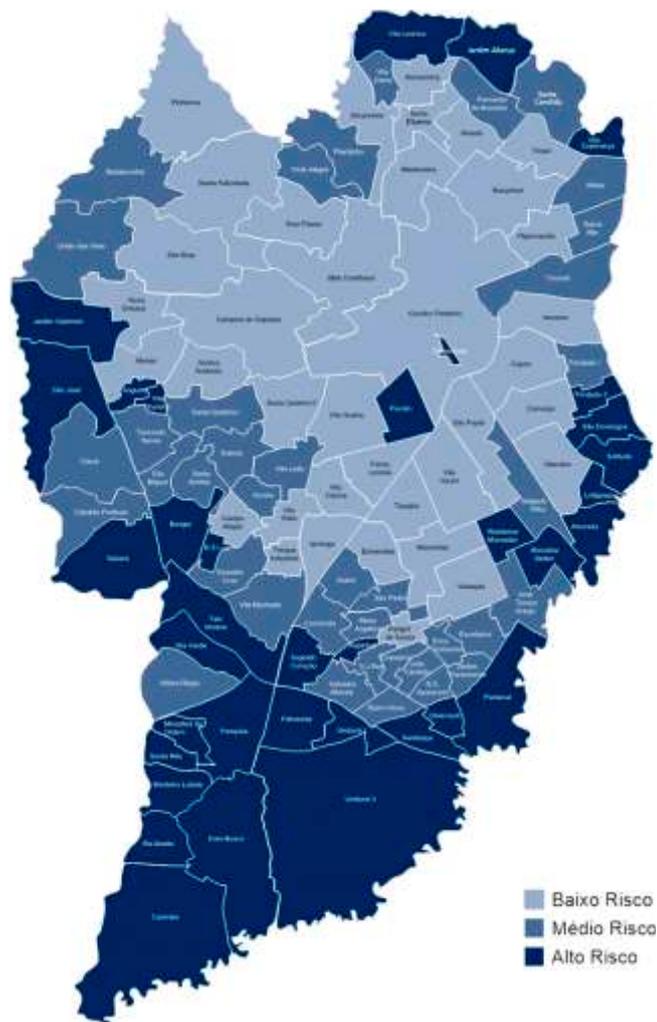


Figura 1: Distribuição das UBS segundo IVAB. Curitiba, 2018.
Fonte: SMS/DAPS.

3. RESULTADOS

A APS de Curitiba mantém os dois modelos de atenção na organização, o “modelo tradicional” e o estruturado a partir da Estratégia Saúde da Família. A partir do IVAB, a Secretaria Municipal da Saúde estabeleceu que, nas 36 UBS classificadas com alta vulnerabilidade, fosse assegurada a Estratégia Saúde da Família, garantindo provimento diferenciado para fixação dos profissionais nessas áreas.

Um dos fatores-chave para o bom desempenho da APS e a garantia a seu acesso é o quanti-

tativo de usuários por equipe. Dessa forma, a partir do IVAB, foram revistos os quantitativos mínimos de profissionais para atender uma determinada população - com parâmetros diferenciados para UBS com baixo, médio e alto IVAB. Para os territórios com alto IVAB, o parâmetro estabelecido prevê um número maior de profissionais na relação entre equipe e população. Tal critério se sustenta na medida em que populações com maior vulnerabilidade exigem mais cuidado e apoio do setor saúde. Outra estratégia adotada foi a intensificação das ações de educação continuada nas UBS com alto IVAB, visando melhorar a qualificação das equipes.

Em Curitiba, no decorrer dos anos, percebe-se uma tendência de declínio da taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos. Em 2019 foi atingida a menor taxa da história do município, 6,5 por 1000 nascidos vivos. Cabe destacar que os dois Distritos Sanitários com o maior número de UBS com alto IVAB, Tatuquara (100%) e CIC (52,9%), tiveram uma redução significativa na taxa de mortalidade infantil no ano de 2019 em comparação com o ano de 2016. A taxa de mortalidade por 1000 nascidos vivos passou de 15,1 (2016) para 10,3 (2019) no Distrito Tatuquara e de 8,2 (2016) para 4,3 (2019) no Distrito CIC.

3.1 Experiência do Distrito Sanitário Tatuquara

Na cidade de Curitiba, as regiões mais afastadas do centro concentram as áreas de maior vulnerabilidade social e ambiental, padrão também observado em outras cidades brasileiras (SANTOS, HINO e HOFFELMANN, 2019). Esse padrão geográfico fica evidente ao se analisar a distribuição das UBS da capital paranaense pelo IVAB (Figura 1).

O Distrito Sanitário Tatuquara, com uma população estimada em 121.386 habitantes para o

ano de 2019 e localizado no extremo sul da cidade, é o único que possui 100% de suas UBS no tercil de maior vulnerabilidade, sendo que as suas oito UBS estão entre as 18 mais vulneráveis do município.

O uso de um índice que torne clara essas disparidades proporciona, à gestão da cidade, um olhar mais cuidadoso para regiões com populações mais vulneráveis – como o Tatuquara. Desde 2017, essa região da cidade tem recebido atenção especial das políticas de saúde na alocação de recursos tanto de estrutura física quanto de recursos humanos. A criação do IVAB permitiu a redistribuição de profissionais para essas áreas mais vulneráveis, sendo que o Distrito Tatuquara foi beneficiado com ingresso de médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem para recomposição de suas equipes de Atenção Primária à Saúde.

Além do aporte de profissionais, foi efetivada a abertura de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um novo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade de Estabilização Psiquiátrica, Casa Irmã Dulce – demandas antigas da região –, trazendo um grande benefício para a população local. Alguns indicadores do Distrito já apresentam melhora a partir dessa estruturação focada no princípio da equidade. Cabe citar a taxa de mortalidade infantil do Distrito Sanitário Tatuquara, que vem apresentando quedas nos últimos três anos.

O olhar ampliado para essa área da cidade também fortaleceu as ações intersetoriais, e várias ações na Regional Tatuquara passaram a ser realizadas em parceria com as demais Secretarias com o objetivo de abordar a vulnerabilidade em várias políticas. Comitês de discussão foram instituídos, voltados para enfrentamento dos desafios da região, e criaram um ambiente de cooperação intersetorial e de compartilhamento de experiências entre equipes de várias áreas que atuam com a mesma população.

O impacto de um indicador como o IVAB ao destacar uma área com necessidades especiais é um avanço na gestão da saúde. A possibilidade de identificar de maneira clara áreas com contextos diferenciados é uma das vantagens do índice que merece destaque. Em um cenário de gestão dinâmica, como na área da saúde, o IVAB serve de base para futuras atualizações e revisões que permitam o avanço em direção a um cuidado em saúde mais equânime em toda Curitiba.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição do IVAB tem sido utilizada para direcionar as ações que visam melhorar a atenção à saúde da população mais vulnerável, buscando reduzir desigualdades e iniquidades em saúde. O conceito de equidade, importante princípio do SUS, foi reforçado no município com a criação desse índice, que passou a ser reconhecido pela população e pelas equipes como um norteador das prioridades em saúde no município.

A utilização do índice representa um avanço na gestão da saúde em Curitiba, que busca inovar na implantação de novas tecnologias para uma atenção à saúde de qualidade, e que, acima de tudo, luta pela construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS

ADLER, N.E.; NEWMAN, K. **Socioeconomic disparities in health: pathways and policies.** Health Aff. 2002, v. 21, n. 2, p. 60-76.

CURITIBA. **Portaria nº 155, de 29 de setembro de 2017. Institui o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde - IVAB na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.** Diário Oficial do Município, Curitiba, PR, n. 185, ano VI, 29 de

setembro de 2017. Páginas 54-58.

CURITIBA, SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde de Curitiba - 2018 a 2021**. Curitiba, 2018a.

CURITIBA. **Decreto nº 638, de 21 de junho de 2018. Institui o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde - IVAB na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba**. Diário Oficial do Município, Curitiba, PR, n. 114, ano VII, 21 de junho de 2018b. páginas 42-46.

DRACHLER, M. DE L. et al. **Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS**. Ciencia e Saude Coletiva, v. 19, n. 9, p. 3849-3858, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Portugal, Organização Mundial da Saúde. 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706_por_contents.pdf?sequence=8. Acesso em: 06 out. 2020.

PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). **Nota Técnica: Índice de Vulnerabilidade das Famílias Paranaenses: Mensuração a partir do Cadastro Único para Programas Sociais - CadÚnico**. Curitiba, dez. 2012. Disponível em http://www.Desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/familia_paranaense/Indice_Vulnerabilidade_familias.pdf

SANTOS, D. S.; HINO, A. A. F.; HOFELMANN, D. A. **Iniquidades do ambiente construído relacio-**

nado à atividade física no entorno de escolas públicas de Curitiba, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, e00110218, 2019.

SCHUMANN, L. A.; MOURA, L. B. A. **Índices sintéticos de vulnerabilidade: Uma revisão integrativa de literatura**. Ciencia e Saude Coletiva, v. 20, n. 7, p. 2105-2120, 2015.

