



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

JOÃO PEDRO ANGELICI VIRGINIO

**COBERTURA DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA
RELAÇÃO COM ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO DISTRITO
FEDERAL**

BRASÍLIA
2019

JOÃO PEDRO ANGELICI VIRGINIO

**COBERTURA DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
E SUA RELAÇÃO COM ÍNDICE DE VULNERABILIDADE
SOCIAL NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília como requisito básico para
a conclusão do curso de graduação em Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Alisson Fernandes Bolina

BRASÍLIA
2019

COBERTURA DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO COM ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO DISTRITO FEDERAL*

RESUMO

OBJETIVOS: Elaborar o Índice de Vulnerabilidade Social para o Distrito Federal; Mapear a cobertura dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e comparar a distribuição espacial da cobertura dos Nasf-AB segundo o Índice de vulnerabilidade social. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo ecológico, com base de dados secundários e de domínio público. Para o cálculo do Índice de vulnerabilidade social, utilizou-se o referencial metodológico do Índice de Vulnerabilidade a Saúde, através de dados obtidos do último censo demográfico. O mapeamento do Nasf-AB ocorreu por meio de dados públicos da Secretaria de Estado de Saúde bem como disponibilizados pela Gerência de Apoio à Saúde da Família. Realizou-se análise descritiva, e espacial exploratória utilizando QGIS versão 3.4.3. **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. Foi identificado que apenas 36,4% do território do cenário de estudo apresentaram cobertura Nasf-AB. Ao comparar distribuição espacial desses desfechos, observou-se elevada extensão de vazios assistenciais de cobertura Nasf-AB, tanto em setores rurais quanto urbanos, e frequentemente daqueles classificados em maior estrato de vulnerabilidade. **CONCLUSÃO:** Identificou-se que o planejamento da cobertura Nasf-AB do cenário de estudo não esteve atrelado às necessidades socio sanitárias do território, em termo de vulnerabilidade social. 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.

DESCRITORES

Vulnerabilidade Social. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

*Este trabalho seguiu às normas e diretrizes da Revista Saúde Pública. Destaca-se que as citações permanecem em formato da ABNT para facilitar as modificações sugeridas pela banca, que serão posteriormente incorporadas para a submissão do manuscrito à apreciação da referida revista.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. METODOLOGIA	7
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSSÃO	15
5. REFERÊNCIAS	19

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB), sinônima de Atenção Primária à Saúde (APS), tem ocupado papel central na organização de Sistemas Universais de Saúde (BROCARDO et al., 2018). No Brasil, segundo descrito na Portaria N° 2.436 de 2017, que trata da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB pode ser definida como:

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017).

Essa definição vem reafirmar e consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, equidade e integralidade, além de estabelecer metas arrojadas para APS no país. A PNAB vigente também enfatiza a importância do cuidado integrado e a gestão qualificada como parte constitutiva da AB e, ao mesmo tempo, elenca a Saúde da Família como estratégia prioritária para consolidação da AB (BRASIL, 2017).

A despeito das recentes políticas de austeridades instaladas no país, cabe considerar que o Brasil teve um aumento exponencial da Cobertura Universal de Saúde no período de 2000 a 2014. Estudo recente evidenciou que nesse período o gasto total em saúde elevou de 7,0% para 8,3% do produto interno bruto, com aumento da cobertura populacional à saúde de 7,6% para 58,2% por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MASSUDA et al., 2018); reforçando a imprescindibilidade da organização do sistema de saúde sob a égide da AB na produção da equidade à saúde.

A ESF/AB pressupõe atendimento capilarizado, abrangente e integral, através das chamadas Equipes de Saúde da Família ou Equipes da Atenção Básica (BRASIL, 2017). Cada equipe deve ter por responsabilidade um território determinado com população entre 2.000 e 3.500 habitantes (DF, 2017), sendo composta minimamente por médico (preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde – variando de acordo com o tipo de equipe (BRASIL, 2017).

Visando qualificar o atendimento e consolidar os atributos da AB, foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (BRASIL, 2008), atualmente denominado Nasf-AB, sendo composto por uma equipe multiprofissional. Seu objetivo é a atuação

integrada, dando suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

É importante mencionar que cabe ao gestor a iniciativa de concepção de Nasf-AB, e esse processo deve estar atrelado às principais necessidades de saúde da população (TOMASI; RIZZOTTO, 2013). Conforme demonstrado em modelo teórico proposto por Souza & Calvo (2018), a identificação das necessidades socio sanitárias do território, pelos gestores, torna-se fundamental para definição da constituição e operacionalização das equipes dos Nasf-AB e, por conseguinte, interfere diretamente na integração com as equipes apoiadas.

Entretanto, ao analisar o crescimento do Nasf-AB no país verifica-se que a aplicação do programa na prática ainda necessita de outras implementações. Estudo de abrangência nacional constatou que o aumento do número ou cobertura de Nasf-AB não tem impactado nos indicadores de saúde da população considerando os diferentes contextos de vulnerabilidade (MORETTI; FEDOSSE, 2016). Além disso, outra pesquisa realizada no Paraná identificou heterogeneidade de distribuição de Nasf-AB, seguindo uma lógica de planejamento de cobertura voltada para os grandes centros urbanos e áreas próximas dessas localidades (TOMASI; RIZZOTTO, 2013). Tais dados demonstram que o incentivo financeiro somente não assegura que áreas mais vulneráveis sejam priorizadas no processo de implantação do Nasf-AB (BROCARDI et al., 2018), sendo essa uma prerrogativa da PNAB vigente (BRASIL, 2017).

Especificamente em relação ao Distrito Federal (DF), cenário do presente estudo, apesar de o modelo da ESF ter sido implementado há mais de 20 anos pelo Ministério da Saúde (ALMEIDA, 2014), essa proposta de conversão só se deu de forma real entre os anos de 2016 e 2018, quando a ESF foi definida como modelo organizacional dos serviços na AB e estabeleceu-se ações efetivas para tal mudança (CORREA, 2019). Desde então, a saúde no DF vem passando por mudanças significativas. Nesse período de dois anos, a cobertura da ESF no DF subiu de 28,17%, segundo dados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para 69,1% (CORREA, 2019). Consonante a esse processo, algumas medidas têm sido recomendadas para ampliação da ESF no DF; dentre elas, destaca-se a reorientação das equipes dos Nasf-AB, com priorização das áreas de maior vulnerabilidade (TASCA, 2019).

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 a qualificação da implementação das políticas públicas no enfrentamento das iniquidades

sociais. Consta-se na literatura científica, de domínio público, o Índice de Vulnerabilidade em Saúde proposto pela Secretaria Municipal de Belo Horizonte – Minas Gerais. Esse índice é uma medida sintética que objetiva identificar áreas de vulnerabilidade social, favorecendo 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 a ocorrência de dengue (PESSANHA et al., 2010) até temas relacionados aos desfechos de saúde de idosos (BRAGA et al., 2010; BOLINA et al., 2019). Desse modo, o índice tem se mostrado uma importante ferramenta no redesenho da rede de assistência à saúde, demonstrando de forma didática e assertiva os principais pontos de vulnerabilidade local.

Portanto, tendo em vista a recente implementação do serviço no DF, a análise da cobertura do Nasf-AB em relação ao Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) contribui para sinalizar os territórios que necessitam ser priorizados na garantia da justiça social, além de potencializar a integralidade do cuidado e seu caráter resolutivo.

Com base ao exposto, os objetivos do atual estudo foram: Elaborar o Índice de Vulnerabilidade Social para o Distrito Federal; Mapear a cobertura dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e comparar a distribuição espacial da cobertura dos Nasf-AB segundo o Índice de vulnerabilidade social.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico com base de dados secundários, de domínio público, em parceria com a Sala de Situação de Saúde da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília. Este estudo foi realizado no DF, localizado na região Centro-oeste do Brasil, e possui um território total de 5779,997 km² (IBGE, 2010). No DF, localiza-se Brasília, Capital Federal, que se 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 (RAs). As RAs possuem sua própria dinâmica, desafios e certa autonomia administrativa, sendo cada administrador nomeado pelo Governo do Distrito Federal e estando sujeito a ele (DF, 1993). De acordo o último Censo Demográfico realizado no país, o DF é composto por 19 RAs: 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 (IBGE, 2010).

Para a elaboração do Indicador de Vulnerabilidade Social para o Distrito Federal (IVS-DF), utilizou-se como referencial metodológico o Índice de Vulnerabilidade a Saúde proposto pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais (BELO HORIZONTE, 2013). O processo foi aplicado ao contexto do DF, usando-se os dados populacionais advindos do Censo Demográfico 2010, disponíveis em domínio público no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (IBGE, 2010).

A unidade utilizada para classificação do IVS-DF, assim como na metodologia de Belo Horizonte, foi o Setor Censitário (SC). De acordo com os dados do último Censo, foram identificados no DF 4.349 SC (IBGE, 2010), os quais 249 foram considerados rurais (5,73%) e 4.100 urbanos, (94,27%). Entende-se como áreas rurais: aglomerados rurais de extensão urbana, aglomerados rurais isolados (povoados, núcleos e outros aglomerados) e zonas rurais que não são aglomerados rurais; e como urbanas, são consideradas as áreas urbanizadas de cidade ou vila, áreas não urbanizadas de cidade ou vila e áreas urbanas isoladas (IBGE, 2010).

Sendo o IVS um índice urbano (BELO HORIZONTE, 2013), foram utilizados para fim 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 aplicou-se os critérios de exclusão propostos pela metodologia adotada, isto é, removeu-se setores: sigilosos, constituídos exclusivamente por domicílios coletivos e sem população residente. Totalizando, assim, a amostra final 4058 SC (BELO HORIZONTE, 2013).

Com a amostra final de SC urbanos, estabeleceu-se os indicadores que fazem parte do cálculo do IVS-DF. De acordo com a metodologia adotada (BELO HORIZONTE, 2013), foram selecionados oito indicadores que podem ser divididos em duas dimensões: Saneamento e Social, conforme descrito no Quadro 1. Destaca-se que os indicadores selecionados buscaram garantir maior eficiência nos reconhecimentos das desigualdades espaciais em suas diferentes dimensões.

A extração das variáveis de interesse, descritas no Quadro 1, foi feita a partir de 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, atribuiu-se pesos diferentes para cada um dos indicadores, conforme descrito no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Indicadores seleccionados 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 de forma inadequada ou ausente	0,201	
Social	Moradores por domicílios	Razão de moradores por domicílios particulares permanente	0,073	0,604
	Analfabetos	Percentual de pessoas analfabetas	0,283	
	Renda ½ SM	Percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até 1/2 salário mínimo	0,288	
	Renda média	Rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis	0,173	
	Negro, pardo, indígena	Percentual de pessoas autodeclaradas pretas, pardas e indígenas	0,185	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2013.

A partir disso, foi gerada uma variável numérica que representa o IVS-DF por Setor Censitário. Quanto maior seu valor, mais elevada é a situação de vulnerabilidade daquele setor. Com base nessa medida, pode-se classificar o IVS-DF em 4 diferentes estratos, considerando os seguintes pontos de corte (BELO HORIZONTE, 2013):

- 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 (média e desvio padrão) envolvidas no processo de classificação do IVS-DF foi ponderado para cada RA do DF. Essa ponderação se faz necessária para que o indicador seja sensível à realidade de cada setor, visto que o DF é uma UF composta por várias regiões que apresentam suas especificidades locais.

Para análise da distribuição espacial dos SCs urbanos de acordo com IVS-DF, foi utilizada a base cartográfica contendo a malha do DF, estratificada por SC, obtida em sítio de domínio público do Censo Demográfico (IBGE, 2010). Para tanto, foi realizado o cruzamento da malha temática com o banco de dados contendo os valores do IVS-DF, visando gerar o mapa temático da distribuição espacial dos setores censitários segundo o IVS-DF em cada região administrativa.

Atendendo ao segundo objetivo deste estudo, 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 SCNES nesse período. Para tanto, utilizou-se dados públicos da Secretaria de Estado de Saúde bem como disponibilizados pela Gerência de Apoio à Saúde da Família através da solicitação via Serviço de Informação ao Cidadão (SIC). A partir desses 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 foram fonte para a criação dos mapas temáticos com a delimitação das áreas de abrangência.

Para comparar a distribuição espacial da cobertura dos Nasf-AB segundo o IVS-DF, foi realizada 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, considerando o sistema de projeção Universal Transversa de Mercator (UTM) e Datum SIRGAS2000.

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.

O presente estudo está em conformidade com a Resolução Nº 510, de 07 de 2016 de ética em pesquisa. Por se tratar de um estudo com base de dados secundários e de domínio público, nos termos da Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, não houve necessidade de apreciação ética.

RESULTADOS

Na Tabela 1, são descritos os valores de média e desvio padrão do IVS-DF, por dimensão (saneamento e social), bem como média e desvio padrão do valor total do IVS-DF em cada RA.

Na dimensão Saneamento, as RAs que apresentaram as menores médias foram: Brazlândia ($0,0073 \pm 0,0279$), Candangolândia ($0,0077 \pm 0,0181$) e Lago Sul ($0,0075 \pm 0,0270$), indicando menor vulnerabilidade social nesse aspecto. Já Sobradinho ($0,0670 \pm 0,0890$), Planaltina ($0,0509 \pm 0,0680$) e São Sebastião ($0,0492 \pm 0,0919$), integram as três RAs com maiores médias nesta dimensão (Tabela 1).

Na dimensão Social, verificamos que as RAs do Lago Sul ($0,1060 \pm 0,0349$), Brasília ($0,1372 \pm 0,0352$) e Cruzeiro ($0,1443 \pm 0,0324$) tiveram as menores médias do DF. Em contraste, as regiões de Planaltina ($0,3172 \pm 0,0546$), Recando das Emas ($0,3147 \pm 0,0408$) e Santa Maria ($0,3037 \pm 0,0480$) foram as RAs com maiores médias dentre RAs mais vulneráveis na dimensão social. Em relação ao IVS-DF total, registrou-se maiores médias nas RAs do Lago Sul ($0,4735 \pm 1,7587$), São Sebastião ($0,3874 \pm 0,7420$) e Planaltina ($0,3680 \pm 0,1040$). Ao mesmo tempo, observou-se menores médias nas RAs do Cruzeiro ($0,1694 \pm 0,0425$), Núcleo Bandeirante ($0,2129 \pm 0,0553$) e Lago Norte ($0,2249 \pm 0,1405$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva das dimensões do IVS, segundo regiões administrativas. Brasília - DF, 2019.

Região administrativa	Dimensão Saneamento		Dimensão Social		IVS-DF Total	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Brasília	0,0312	0,0334	0,1372	0,0352	0,2510	0,8453

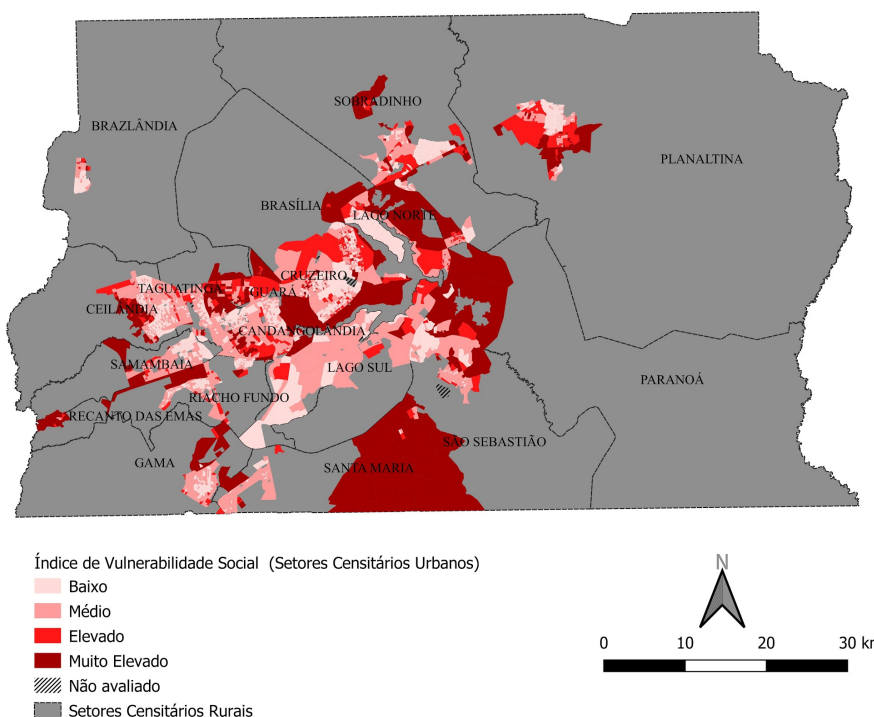
Gama	0,0189	0,0549	0,2503	0,0393	0,2691	0,0665
Taguatinga	0,0366	0,0591	0,2006	0,0446	0,2504	0,3435
Brazlândia	0,0073	0,0279	0,3038	0,0551	0,3111	0,0609
Sobradinho	0,0670	0,0890	0,2690	0,0774	0,3360	0,1139
Planaltina	0,0509	0,0680	0,3172	0,0546	0,3680	0,1040
Paranoá	0,0283	0,0696	0,2742	0,0719	0,3025	0,0706
Riacho Fundo	0,0155	0,0425	0,2530	0,0420	0,2685	0,0572
Núcleo Bandeirante	0,0315	0,0402	0,1814	0,0329	0,2129	0,0553
Ceilândia	0,0233	0,0587	0,2861	0,0427	0,3094	0,0886
Guará	0,0433	0,0635	0,2241	0,0776	0,2674	0,1295
Cruzeiro	0,0251	0,0303	0,1443	0,0324	0,1694	0,0425
Samambaia	0,0134	0,0423	0,2985	0,0519	0,3118	0,0777
Candangolândia	0,0077	0,0181	0,2472	0,0284	0,2549	0,0426
Recanto das Emas	0,0133	0,0544	0,3147	0,0408	0,3280	0,0720
Lago Norte	0,0441	0,0825	0,1808	0,0937	0,2249	0,1405
Lago Sul	0,0075	0,0270	0,1060	0,0349	0,4735	1,7587
Santa Maria	0,0342	0,0914	0,3037	0,0480	0,3379	0,1123
São Sebastião	0,0492	0,0919	0,2739	0,0761	0,3874	0,7420

Fonte: Elaboração própria.

A partir da classificação do IVS-DF, obteve-se que 31,4% dos SCs (n=1276) incorporam a classificação de baixo IVS-DF, enquanto o estrato médio do índice é composto por 47,8% dos SCs do DF (n=1938). Em sequência, 12,2% dos setores (n=497) foram classificados com IVS-DF elevado, enquanto aproximadamente 8,3% dos SCs (n=336) compõem o estrato muito elevado do IVS. Destaca-se que 0,3% dos SCs (n=11) não foram avaliados por ausência de algum dado, obtidos pelo censo, que compõe o índice.

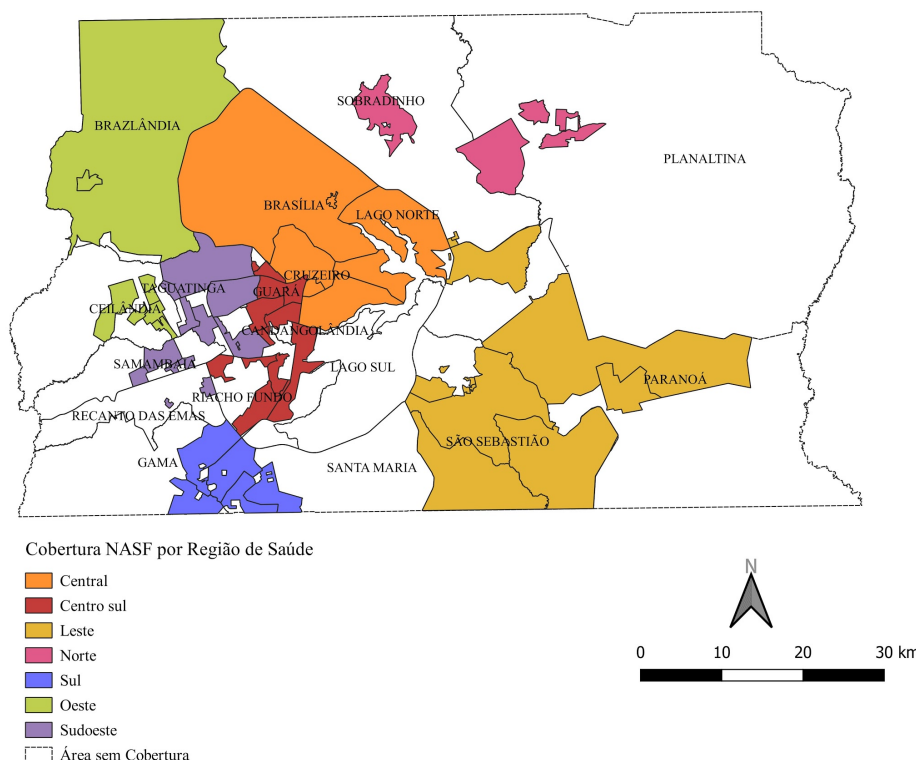
Conforme Figura 1, pôde-se analisar a distribuição espacial dos SCs classificados segundo IVS-DF. De maneira geral, é possível observar que os SCs localizados nas áreas centrais de cada RA foram classificados em sua maioria nos menores estratos de vulnerabilidade social (baixa e média). Por outro lado, nota-se, que os setores periféricos de cada RA apresentaram grau mais elevado de vulnerabilidade. Observa-se também uma elevada porção de setores classificados como rurais no DF (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição espacial dos setores censitários segundo o IVS-DF em cada região administrativa do Distrito Federal. Brasília – DF, 2019.



Com os dados de cobertura do Nasf-AB, pôde-se analisar sua distribuição espacial e abrangência por região de saúde no DF, conforme Figura 2. Observou-se que o Nasf-AB abrange um total de 2.106,3 Km², o que corresponde a 36,4% do território do DF. Apesar de abranger uma extensa porção do território, identificou-se ainda grandes áreas descobertas pelo serviço; especialmente, nas RAs de Planaltina, Lago Sul, Sobradinho, Gama e Recanto das Emas (Figura 2).

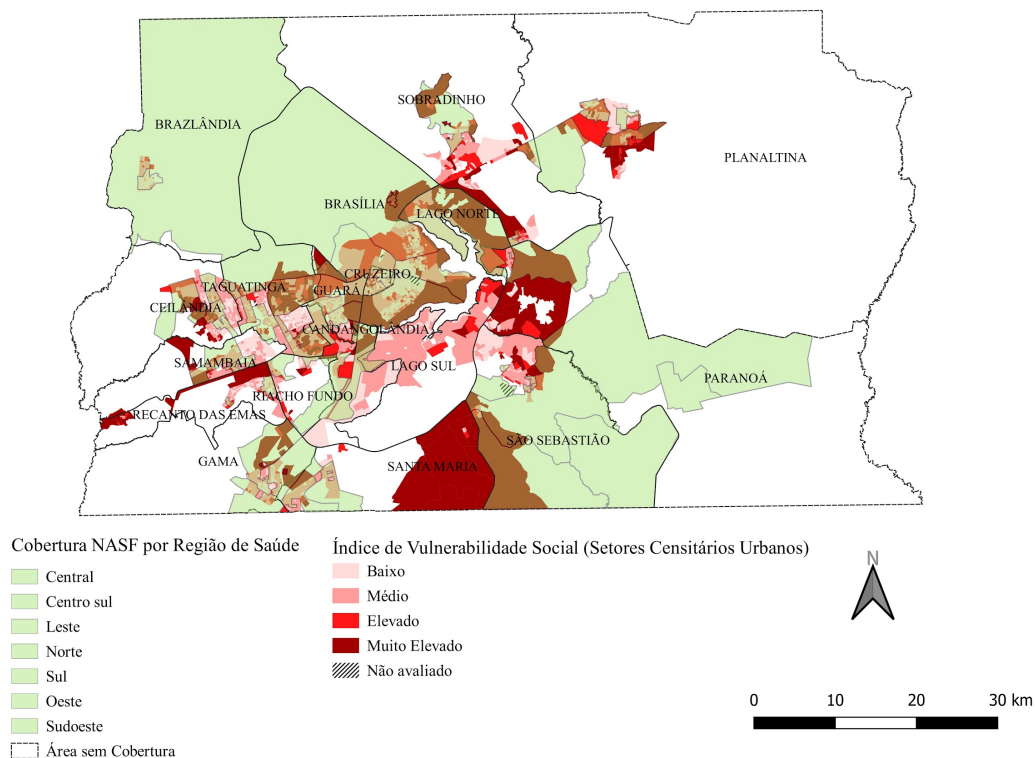
Figura 2 - Distribuição espacial de todo o Distrito Federal cobertos pelo Nasf-AB. Brasília - DF, 2019.



A comparação da distribuição de cobertura do Nasf-AB e da classificação do IVS-DF, conforme Figura 3. Nas áreas rurais, percebeu-se elevada extensão de vazio assistencial de cobertura Nasf-AB nessas localidades, especialmente nas regiões de Planaltina, Gama, Recanto das Emas e Sobradinho (Figura 3).

No tocante às áreas urbanas, dentre os SCs descobertos pelo Nasf-AB, verificou-se que grande parte integra a parcela classificada em elevado ou muito elevado risco. Destaca-se as regiões do Recanto das Emas, Santa Maria e Paranoá, onde a maior parte dos setores urbanos com ausência de cobertura incorporam o estrato mais vulnerável. Do mesmo modo, observa-se grande vazio assistencial urbano nas RAs do Lago Sul e Sobradinho, apesar de serem regiões com predominância de SCs classificados como menos vulneráveis (baixo e médio) (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição espacial de Cobertura do Nasf-AB e classificação do IVS-DF. Brasília - DF, 2019.



DISCUSSÃO

Os resultados do estudo permitiram identificar que 31,4% dos setores censitários do DF foram classificados com baixo nível de vulnerabilidade social, 47,8% médio, 12,2% elevado e 8,3% muito elevado. Constatou-se também que apenas 36,4% do território do cenário de estudo apresenta cobertura Nasf-AB. Ao comparar distribuição espacial desses desfechos, observou-se elevada extensão de vazios assistenciais de cobertura Nasf-AB, tanto em setores rurais quanto urbanos, e frequentemente daqueles classificados em maior estrato de vulnerabilidade.

O IVS-DF apresentado no estudo revelou algumas fragilidades no território do DF. Identificou-se áreas de grande vulnerabilidade e que necessitam de maior atenção do poder público, a exemplo de regiões como Planaltina, Santa Maria, São Sebastião e Sobradinho.

Ao analisar os indicadores socioeconômicos e de saneamento que compõem IVS-DF, percebeu-se divergências entre os valores apurados nas duas dimensões, isto é, regiões como Brazlândia apresentam valores indicativos de elevada vulnerabilidade no

quesito social, mas não na dimensão saneamento. Observa-se o mesmo fenômeno na RA de Samambaia, uma das regiões com baixa média na dimensão social, mas com médias relativamente elevadas na dimensão saneamento.

Esse fato pode estar relacionado com o processo de formação e urbanização de algumas das RAs 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 (PAVIANI, 2003). Regiões, como São Sebastião e Lago Norte são marcadas por fragilidades no âmbito do saneamento, embora a situação socioeconômica seja bem distinta nas duas localidades. Isso revela que a situação sanitária não está necessariamente vinculada a situação 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 no DF, permitindo maior compreensão dos fatores que tornam aquele setor um local vulnerável e traçar estratégias para reverter a situação.

Outro fato relevante observado na aplicação do IVS ao DF foi a constatação de maior vulnerabilidade nos setores periféricos de cada RA. Esse fenômeno também foi observado em cidades de Minas Gerais onde o IVS foi aplicado (SILVA, 2011; BELO HORIZONTE, 2013). A vulnerabilização das regiões marginalizadas se mostra recorrente no cenário nacional e é amplamente debatida na literatura científica.

No DF, esse fenômeno pode estar vinculado à herança histórica de urbanização de Brasília e regiões periféricas (PAVIANI, 2003). Obras como a de Paviani (2003), que se propõem a analisar a formação da Capital Federal para além de sua construção, argumentam que desde sua inauguração, a nova capital marginalizou para regiões periféricas aqueles que não tinham o poder aquisitivo para se manter nos grandes centros.

O presente estudo revelou ainda que, segundo os dados de cobertura Nasf-AB disponíveis em 2018, cerca de 63,6% do território do DF não é coberto pelo serviço. Esse fenômeno se destaca nas áreas rurais, onde percebeu-se elevada extensão de vazios assistenciais, com destaque nas regiões de Planaltina, Gama, Recanto das Emas e Sobradinho. No modelo da ESF, esse dado se torna relevante, visto que a AB rural apresenta desafios distintos da AB urbana, como o acesso da população aos serviços ou mesmo vulnerabilidades socioambientais (SILVA, 2018).

Do mesmo modo, regiões classificadas como urbanas também demonstraram vazios assistenciais importantes. Dentre os SCs urbanos descobertos, observou-se que grande parte integra a parcela classificada com IVS-DF elevado ou muito elevado. Esse

fenômeno foi bastante evidente nas regiões do Recanto das Emas, Santa Maria e Paranoá. Embora se tenham estudos demonstrando aumento no alcance da ESF no DF (CORREA, 2019), os resultados obtidos levantam dúvidas sobre a real eficiência da AB no DF.

A PNAB vigente, em consonância com os princípios do SUS, preconiza a oferta do serviço de acordo com a necessidade/demanda populacional, com base em parâmetros, inclusive, de vulnerabilidade (BRASIL, 2017). Fica evidente que esse fundamento não condiz com a realidade dos resultados observados. O mal dimensionamento do Nasf-AB não é exclusividade do DF, sendo constatado também no Paraná (RIZZOTTO, 2013) e em Pernambuco (PARENTE, 2017), onde visualizou-se excesso de equipes de saúde da família vinculadas e até ausência do serviço em diversos municípios.

Embora não haja fonte potencial de viés, o estudo revelou diversos pontos de desalinhamento entre a malha de abrangência do Nasf-AB e os SCs definidos pelo IBGE. Essa divergência nas bases de dados pode ser listada como limitador do estudo, por impedirem maiores comparações que seriam relevantes ao contexto da saúde no DF. Esse fator dificulta também, talvez de forma mais significativa, o planejamento e implementação de políticas públicas de maneira mais efetiva, exigindo de gestores e órgão responsáveis um processamento de dados ainda mais trabalhoso e complexo. 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 (JANNUZZI, 2014).

A disposição de informação estatística por setor censitário é considerada adequada, especialmente em contraste com indicadores médios computados por municípios. Esses últimos acabam por esconder particularidades regionais, tornando o dado pouco sensível à realidade local (JANNUZZI, 2014). Contudo, apesar de sensível e assertivo, o IVS ainda não leva em conta algumas particularidades importantes para compreensão do território e sua dinamicidade. Esse é um limitador comum em diversos estudos ecológicos, por tratarem os dados de um ponto de vista mais amplo. O presente estudo não registra vulnerabilidades específicas à grupos individuais, além de considerar o território muito mais do ponto de vista geográfico.

A concepção de território é bastante debatida na literatura científica e influencia diretamente na AB. Mendes (1993) argumenta 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. Nessa

visão, o território apresenta não apenas uma extensão geométrica, mas também, um perfil fluido, em mutação e relevante à saúde (MENDES, 1993).

Embora não possibilite visualização detalhada das especificidades de cada setor, o IVS-DF pode ser considerado uma ferramenta simples, didática e de fácil compreensão, que permite identificar áreas mais vulneráveis, direcionando e auxiliando o processo de tomada de decisões por parte de gestores locais (BELO HORIZONTE, 2013).

Aliado a isso, a comparação com a cobertura Nasf-AB no DF revelou fragilidades organizacionais ao identificar que grande parte da população mais vulnerável se encontra sem cobertura desse mecanismo. Esses dados, no entanto, precisam ser analisados com precaução devido às limitações inerentes ao presente estudo: a) o delineamento ecológico não possibilita inferências ao nível individual, ou seja, considera a homogeneidade dos setores censitários; b) o cálculo do IVS com base nos dados do censo 2010 pode suprimir mudanças importantes nesse período.

Apesar disso, o estudo revelou a necessidade de reavaliação da cobertura assistencial no DF, com vistas a adequação das normas preconizadas e a excelência do cuidado; bem como de redirecionamento do foco do Nasf-AB no DF, com priorização das regiões mais vulneráveis, buscando a redução das desigualdades sociais existentes.

REFERÊNCIAS

1. Almeida PF. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul: Atenção Primária à Saúde no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: ISAGS, UNASUR; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 2017.
3. Distrito Federal. Lei Orgânica do Distrito Federal de 08 de junho de 1993, atualizada até a Emenda à Lei Orgânica nº 102, de julho de 2017. Biblioteca do Senado. Jul 2007.
4. Brasil. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. Jan 2008.
5. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, Souza HM, Versiani LM, Leuzzi S et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019;24(6):2031-41.
6. Jannuzzi PM. Indicadores socioeconômicos na gestão pública. Departamento de Ciências da Administração – UFSC. 2. ed. Florianópolis: UFSC; 2012.
7. Paviani A. Brasília no contexto local e regional: urbanização e crise. *Revista Território*. 2003;7(13).
8. Silva EM, Portela RA, Medeiros ALF, Cavalcante MCW, Costa RTA. Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2018;14(28):1-12.
9. Brocardo D, Andrade CLR, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):130-44.
10. Parente AS, Mesquita FOS, Sarmiento SS. Análise da distribuição e cobertura do NASF na IV Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*. 2017;11(36): 435-53.
11. Lima RSA, Nascimento JA, Ribeiro KSQS, Sampaio J. O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad. Saúde Colet.* 2019;27(1):25-31.
12. Moretti PGS, Fedosse E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*. 2016;23(3): 241-7.
13. Nóbrega JSM, Azevedo ABF, Faria BS, Figueredo OMC, Saraiva VNP, Medeiros MRS, et al. Avaliação da satisfação dos usuários em relação às ações do núcleo de apoio à saúde da família num município brasileiro de médio porte. *Revista Ciência Plural*. 2016;2(1):69-88.
14. Silva FB. Análise do índice de vulnerabilidade social das áreas de cobertura das equipes saúde da família e sua distribuição territorial em Uberaba – MG. Dissertação de Mestrado em Atenção à Saúde. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2012.
15. Vendruscolo C, Ferraz F, Tesser CC, Trindade LL. Núcleo ampliado de saúde da família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20170560.
16. Panizzi M, Lacerda JT, Natal S, Franco TB. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde em debate*. 2017;41(112):155-70.

17. Sousa FOS, Albuquerque PC, Nascimento CMB, Albuquerque LC, Lira AC. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. *Saúde em debate*. 2017;41(115):1075-89.
18. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(62):565-78.
19. Tomasi ARP, Rizzotto MLF. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. *Saúde em debate*. 2013;37(98):427-36.
20. Souza TT, Calvo MCM. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Rev. Saúde Pública*. 2018;52:41.
21. IBGE. Informativo PNAD Contínua 2017 – Rendimento de todas as fontes. 2018.
22. Souza TT, Calvo MCM. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Revista Saúde Publica*. 2018;52:41.
23. Mendes EV. Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.
24. Chaves LDP, Tanaka OU. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. *Rev. esc. enferm*. 2012;46(5):1274-8.
25. Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto contexto - enferm*. 2007; 16(3):520-30.
26. Tasca R, Ventura ILS, Borges V, Leles FAG, Gomes RM, Ribas AN et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019;24(6):2021-30.
27. Pessanha JEM, Caiaffa WT, Kroon EG, Proietti FA. Dengue em três distritos sanitários de Belo Horizonte, Brasil: inquérito soropidemiológico de base populacional, 2006 a 2007. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):252–8.
28. Braga LS, Macinko J, Proietti FA, César CC, Lima-Costa MF. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26(12):2307-15.
29. Bolina AF, Rodrigues RAP, Tavares DMS, Haas VJ. Factors associated with the social, individual and programmatic vulnerability of older adults living at home. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019;53:e03429.
30. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Índice de vulnerabilidade da saúde 2012. Belo Horizonte; 2013. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=ivsauderisco2012.pdf>