

VULNERABILIDADE SOCIAL E OFERTA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DE LIMEIRA(SP)

Carolina Magosso

carolmagosso@gmail.com

Faculdade de Ciências Aplicadas – Unicamp

Palavras-chave: vulnerabilidade social, sistema de serviços de saúde, políticas públicas.

Introdução

A partir do estudo da vulnerabilidade social e da dinâmica de funcionamento do sistema de saúde no município de Limeira-SP, o artigo buscou relações entre a oferta e distribuição de serviços públicos de saúde e o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) no município de Limeira-SP, a partir de dados secundários, de um Sistema de Informações Geográficas (SIG), do mapeamento do sistema de serviços de saúde e de diferentes escalas de análise.

Em um contexto de grande urbanização como o verificado no estado de São Paulo, noções como a de vulnerabilidade social, segregação socioespacial, têm sido

utilizadas em estudos sobre o meio urbano, pois combinam uma série de fatores passíveis de auxiliar o processo de formulação e implementação de políticas públicas enquanto ações de responsabilidade do Estado, compreendendo o deterioramento de níveis de bem-estar nos âmbitos sócio-ambiental, e não apenas econômico – variável geralmente priorizada nas definições de tais conceitos (SEADE, 2000).

Tomando o conceito de vulnerabilidade como polissêmico e multidisciplinar e que necessita ser testado sob óticas e contextos distintos, nota-se que é coerente a incorporação das dimensões ambiental e sociodemográfica à noção de vulnerabilidade, cujas várias definições convergem para a *capacidade de resposta a situações de risco ou constrangimentos* (HOGAN e MARANDOLA, 2006).

Para a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2000), a diferenciação entre áreas intra-urbanas, no que se refere à infraestrutura e disponibilidade de serviços públicos, influencia a qualidade de vida de indivíduos e é responsável por produzir fenômenos de segregação. Assim, é possível inferir que, através da análise da oferta e distribuição de serviços públicos, os distintos níveis de acessos a esses serviços refletem na capacidade de resposta de um ou grupos de indivíduos.

No âmbito da saúde, faz-se importante destacar que a distribuição e atuação das infraestruturas e dos serviços prestados se estabelecem de forma diferenciada, conforme o preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS, 2007). Sua rede de serviços públicos é organizada de forma descentralizada política-administrativamente, regionalizada e hierarquizada de modo a permitir o acesso da população aos serviços em níveis de complexidade, considerando o volume da população para a distribuição espacial das unidades e contribuindo ou não com a capacidade de respostas dos indivíduos em saúde.

Porém, dadas as peculiaridades dos locais onde estão as unidades de saúde, as diferentes capacidades de resposta e indicadores sociodemográficos das populações do entorno, supôs-se que cada unidade cumprisse sua função de modo distinto, impactando de modo diverso sobre a população atendida. Assim, em regiões com índices de vulnerabilidade social diferentes seria de se esperar que os serviços também fossem oferecidos de modos distintos, com oferta de serviços de “menor complexidade” na UBS localizada no setor censitário com menor IPVS, enquanto que a UBS de “maior complexidade” estaria no setor com maior IPVS, considerando que a população ali é mais vulnerável.

Criado pela Fundação SEADE e baseado nos dados socioeconômicos e demográficos do Censo 2000, o IPVS visa operacionalizar o conceito de vulnerabilidade social por meio de tal indicador, detalhado por setores censitários e constituído por seis grupos ou tipos de áreas com diferentes níveis de vulnerabilidade: grupo 1, nenhuma vulnerabilidade; grupo 2, muito baixa; grupo 3, baixa; grupo 4, média; grupo 5, alta; grupo 6, muito alta.

Com a produção da relação de todos os estabelecimentos de saúde e suas respectivas localizações e serviços, foi realizado o mapeamento e georreferenciamento destes e dos demais dados demográficos (IBGE) e IPVS no programa *Google Earth* e no SIG (*ArcGis*).

A fim de agregar novas variáveis que se relacionassem relevantemente à noção de vulnerabilidade adotada e refletir sobre critérios de alocação das unidades de saúde para além da tomada de decisões baseadas estritamente no volume da população, comparou-se os serviços de dois estabelecimentos de saúde do tipo Unidade Básica de Saúde (UBS), localizados em diferentes setores censitários do município, que apresentam índices de vulnerabilidade social distintos, uma no nível dois e outra localizada no nível cinco do IPVS.

Foram realizadas visitas às UBSs, coleta de dados de ocorrência e entrevistas com as gestoras das unidades comparadas, a fim de se examinar a dinâmica de atendimento das mesmas, infraestrutura, perfil do público atendido e de onde são provenientes, além ainda, da aplicação de 80 questionários dentro das unidades e em seu entorno, distinção necessária para se compreender o efeito da alocação de uma unidade numa determinada região, e se, não apenas os usuários, mas toda a população residente em sua área de abrangência considera sua existência um atenuante na vulnerabilidade social desse grupo de indivíduos.

Após a integração dos dados no SIG, tabelas foram exportadas para o software *BioEstat*, onde foram realizados testes estatísticos de correlação entre variáveis de população por setores censitários, aglomerados de setores, IPVS e complexidade dos estabelecimentos de saúde, além dos dados em escala *micro*, como as informações sobre os usuários das UBSs comparadas e variáveis extraídas dos questionários.

Resultados

A partir do mapa de distribuição dos indicadores e unidades por setor censitário (Figura 1), observou-se que a

distribuição dos estabelecimentos se dá de acordo com volume da população e centralidade de estabelecimentos de maior complexidade como prevê o SUS.

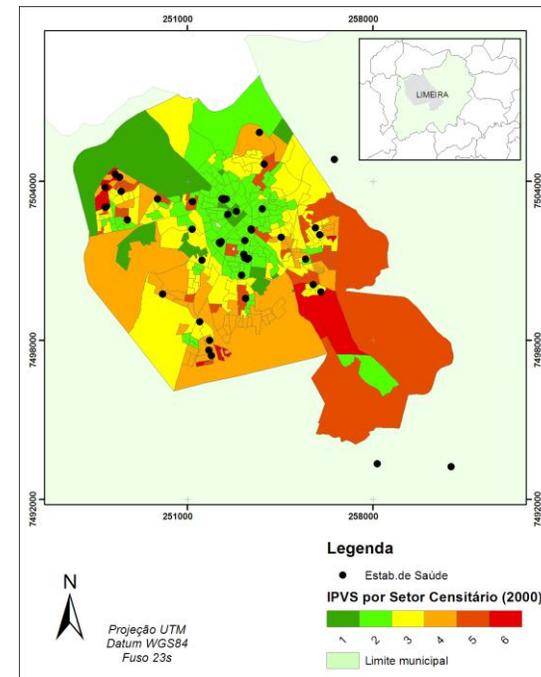


Figura 1 – Estabelecimentos de saúde e índice de vulnerabilidade social por setores censitários urbanos em Limeira-SP. O mapa detalha por setores censitários os níveis de vulnerabilidade categorizados pelo IPVS, sendo 1 os setores menos e 6 os setores mais vulneráveis. Observa-se, de modo geral, que o grau de vulnerabilidade tende a ser maior na região central que na periferia. Com relação aos estabelecimentos de saúde, nota-se uma distribuição por toda a malha urbana. Fontes: IPVS/SEADE, 2000; Secretaria Municipal de Saúde de Limeira-SP; Mapeamento: levantamento da autora.

As relações estabelecidas entre os grupos de variáveis disponíveis e os métodos utilizados, permitiram

perceber que não existe de fato relação entre a distribuição dos estabelecimentos de saúde e o IPVS, reforçando que o SUS não explicita como critério de implantação a utilização de indicadores de vulnerabilidade, mas do volume da população. No que se refere à gestão dos serviços de saúde, notou-se que o IPVS não foi o indicador mais adequado no teste de correlações, uma vez que não contempla nenhuma variável relacionada à saúde.

Observou-se, porém, com a mudança da escala de análise, que não seria possível confirmar que há diferenciação nos serviços por estarem localizados em regiões com índices de vulnerabilidade díspares, uma vez que, teoricamente, as unidades comparadas possuem o mesmo grau de complexidade, e o que as diferenciou nesse caso foi a atribuição inadequada de recursos cujos critérios de alocação não são oficiais.

Assim, a situação esperada de uma UBS localizada em uma região mais/menos vulnerável oferecer serviços de maior/menor complexidade não se confirmou. Tais atribuições demonstraram causar sobrecarregamento da infraestrutura, promovendo a precarização dos serviços e o grande

deslocamento dos usuários pelas unidades do sistema de saúde.

As análises dos questionários também corroboram essa afirmação sobre o fluxo de usuários, demonstrando que praticamente 75% dos pacientes regulares se deslocam entre os vários bairros do município para o atendimento no âmbito da atenção básica de saúde. Ao se testar estatisticamente a correlação entre determinadas questões, verificou-se que a existência de uma UBS possivelmente se classificaria como uma variável de influência na capacidade de resposta da população.

Considerações finais

A descaracterização observada das unidades e de suas atribuições básicas conduz à negação da função de atendimento primário das UBSs, e conseqüentemente, à sobrecarga do sistema. Tais fatos encaminham uma reflexão sobre a importância dos processos de implantação de políticas públicas e tomada de decisão político-administrativa nos municípios para a oferta adequada dos serviços públicos e, principalmente na qualidade de vida dos cidadãos, uma vez que ditam o funcionamento precário de todo o sistema e

reduzem da capacidade de resposta dos indivíduos de modo generalizado.

Referências bibliográficas

Fundação SEADE. **O IPVS**. 2000. Disponível em <<http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

Hogan; D. J.; MARANDOLA JR., E. Para uma conceituação interdisciplinar da vulnerabilidade. In: Cunha, Z. M. **Novas Metrôpoles Paulistas**: população, vulnerabilidade e segregação. Campinas: Nepo/Unicamp, 2006. P.23-50.

Ministério da Saúde. SUS. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf> Acesso em: 29 mai. 2011.

O PAEG – PLANO DE AÇÃO ECONÔMICA DO GOVERNO – (1964-1967) E AS REFORMAS INSTITUCIONAIS: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO FEDERAL

Érika Regina da Silva

erika.reginasilva@hotmail.com

PUC-Campinas

Palavras chave: Planejamento estratégico, desenvolvimento econômico, reformas institucionais do PAEG.

O PAEG – Plano de Ação Econômica do Governo – foi lançado em Agosto de 1964 pelo Ministério do Planejamento e da Coordenação Econômica com o intuito de direcionar a política economia e social do Brasil através de mecanismos político-econômicos de combate à inflação associados às reformas institucionais (tributária e financeira). Entre as prioridades do PAEG, foram listados alguns pontos fundamentais, entre eles: a retomada do crescimento e desenvolvimento econômico através de políticas de investimento capazes de absorver uma quantidade crescente de mão-de-obra; corrigir as disparidades setoriais e regionais; estabilizar preços e corrigir os déficits do balanço de