

A EFICIÊNCIA NA APLICAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: O CASO DAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA E O USO DAS GEOTECNOLOGIAS.

Felipe Gonçalves

Amaral¹ Amanda

Távora¹ Lucas

Fernandes¹

1-Laboratório Espaço de Sensoriamento Remoto e Estudos Ambientais

ABSTRACT

The work is a study on the Verification of efficiency in the application of public health policies in the city of Rio de Janeiro, but precisely, the implementation of Family Clinics, using priority areas regionalized based on their social vulnerability. According to the study developed, it is possible to show that the Clinics does not always maintain a distribution pattern from the IDS (Social Development Index), socioeconomic index used by the City. The methods used in the research were specifically spatial analysis, and thus their results spatialized through maps.

Palavras-chave: Saúde Pública, Análise Espacial, Clínicas da Família

INTRODUÇÃO

O Rio de Janeiro devido à cenários políticos, econômicos e sociais que estão em constante transformação, vem passando por diversas mudanças de gestão e planejamento do seu território ao longo desses últimos anos em todos os sistemas de governança. Como é dever dos governos garantir o bem-estar da população, as medidas que gerem as ações para esse fim também se modificam.

Podemos considerar as ações dadas pelo governo que influenciam a população nos seus direitos e modos de vida como sendo políticas públicas. Essas podem ser de qualquer esfera do governo e em qualquer área de atuação do mesmo, como educação, habitação, saúde, transporte, logística, etc. As políticas públicas para que sejam realizadas de forma eficaz, e por fim gerar resultados, é necessário planejamento e estudos para organiza-las e aplica-las.

Já que de acordo com o Art. 196 da Constituição Federal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, **proteção** e recuperação

Uma das políticas que caracterizou os últimos governos do município foi a política de atenção primária de saúde com a construção das Clínicas da Saúde da Família (CSF), mais conhecidas popularmente somente como Clínicas da Família. Essas são consideradas a atualização do antigo "Postinho de Saúde" (Centro Municipal de Saúde - CMS) e no município do Rio de Janeiro uma unidade de atenção básica, porta de entrada do SUS (Sistema Único de Saúde), onde são realizados exames, consultas e acompanhamento médico, além de entrega de remédios, aplicação de vacina e quando necessário, solicitação de outros serviços de saúde e encaminhamento do paciente.

Aprimaziadas CSF, frente aos CMS é o seu modelo de atendimento. O último tem como característica principal o atendimento de mão única, ou seja, o paciente deve se encaminhar até o local para receber o atendimento que precisa. Já a Clínica da Família apresenta uma característica de atendimento de mão dupla, ou seja, a Clínica tem como objetivo fazer o serviço de atendimento e o acompanhamento residencial, assim como, o atendimento na própria Clínica.

Por isso de acordo com a Prefeitura do Rio, a partir de estudos levantados, apontados desde a implantação do modelo, a cobertura de Saúde da Família na cidade passou de 3,5%, em janeiro de 2009, para 56,8% até setembro de 2016.

Mesmo sendo uma porcentagem de crescimento bem alta, há áreas que ainda não são atendidas pelas clínicas da família, sendo algumas delas áreas precárias em saúde e com população em níveis altos de vulnerabilidade social.

Devido a isso esse trabalho tem como objetivo verificar as áreas de atendimento das Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro e entender sua espacialização a partir das áreas mais vulneráveis socialmente, já que de acordo com os critérios estipulados pelo Ministério da Saúde, a atenção primária deve ser priorizada para essas áreas, usando as geotecnologias como a principal forma de análise.

REVISÃO CONCEITUAL

Vulnerabilidade Social

Como mostra Vignoli, 2001 apud Abramovay, 2002 compreende-se como

vulnerabilidade social como a falta de acesso às estruturas de oportunidade oferecidas pelo mercado, estado ou sociedade, já Busso (2001) considera a vulnerabilidade social como a debilidade dos ativos que indivíduos, famílias ou grupos dispõem para enfrentar riscos existentes que implicam a perda de bem-estar. O não acesso a determinados insumos (educação, trabalho, saúde, lazer e cultura) diminui as chances de aquisição e aperfeiçoamento desses recursos que são fundamentais para que os jovens aproveitem as oportunidades oferecidas pelo Estado, mercado e sociedade para ascender socialmente.

Portanto nesse trabalho temos como vulnerabilidade social uma conjunção de fatores, sobrepostos de diversas maneiras e em várias dimensões, de modo a tornar o indivíduo ou grupo mais suscetível aos riscos e contingências (Bruseke, 2006).

Para representar áreas, indivíduos ou grupos mais ou menos vulneráveis pode-se usar diversos índices socioeconômicos, esses podem ser os já existentes ou os calculados de forma primária.

Dentre os principais indicadores socioeconômicos, podemos destacar: o PIB (Produto Interno Bruto), a renda per capita, o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), o IDS (Índice de Desenvolvimento Social), o IVS (Índice de Vulnerabilidade Social) o Coeficiente de Gini, o nível de desemprego e a oferta de serviços públicos à população.

Análise Espacial

A coleta de informações sobre a distribuição geográfica de recursos minerais, propriedades, animais, plantas e aspectos sociais sempre foi uma parte importante das atividades das sociedades organizadas. (Camara & Davis, 2001). Mais do que isso o entendimento da ordem espacial dessas informações faz com que podemos entender diversas características da informação e da localidade.

O objetivo das técnicas de análise espacial é descrever os padrões existentes nos dados espaciais e estabelecer, preferencialmente de forma quantitativa, os relacionamentos entre as diferentes variáveis geográficas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Usando de base os conceitos acima, esse trabalho usa três dados para se analisar a espacialidade das clínicas da família a partir da vulnerabilidade de regiões usando análise espacial.

Primeiramente os dados de localização das clínicas da família, a partir de 119 clínicas, espacializadas a partir do *shapefile* no software *ArcMap 10.5*, dados encontrados no site do *DataRio*, pertencente a Prefeitura do Rio de Janeiro.

Seguido a isso foi necessário pesquisas mais minuciosas para encontrar as

Áreas de Atendimento de cada clínica da família do município, poucas delas disponibilizadas de forma organizada pelo site da prefeitura, mas encontradas no *DataSUS* e na ferramenta “*Onde ser atendido*” disponível online pela Prefeitura do Rio de Janeiro e por fim vetorizar esses dados para forma de *shapefile* para espacialização no software. E assim todas as áreas de atendimento foram unidas e espacializadas.

Com essa espacialização podemos visualizar a organização espacial das clínicas da família no município do Rio de Janeiro, para gerar análises posteriores e além disso cruzar com dados tabulares ou vetoriais para criação e novos dados importantes para esse trabalho.

Outro dado utilizado na pesquisa foi o de setores censitários, disponibilizados pelo IBGE. De acordo com mesmo, “O setor censitário é a unidade territorial estabelecida para fins de controle cadastral, formado por área contínua, com dimensão enúmerode domicílios que permitam o levantamento por um recenseador”. Logo o setor censitário é nossa menor região geográfica com dados estatísticos advindos dos censos do Estado.

Além desses, para a espacialização da vulnerabilidade social do município, foi usado as tabelas disponibilizadas pela prefeitura do Rio, do Índice de Desenvolvimento Social (IDS), calculada por setor censitário, também encontrada na plataforma do *DataRio*.

O IDS foi inspirado no conhecido Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, calculado pela ONU (PNUD) para inúmeros países do mundo. Sua finalidade é medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza. Como qualquer índice sintético do tipo, o IDS combina, de uma determinada forma, algumas variáveis.

O índice em pauta tem como base os resultados do Censo Demográfico do IBGE, essa escolha permite uma multiplicidade de informações e impõe limitações quanto à disponibilidade de variáveis.

Com os dados de IDS organizados em tabela usou-se a ferramenta *Join to Relates* para relacionar os dados vetoriais especializados, com os dados tabulares a partir do *Geocódigo* de cada setor censitário e assim especializar as informações de IDS em cada setor censitário.

A partir daí a fase de visualização acaba e passa-se a fase de processamento desses dados para geração de novas informações.

Para a geração das informações de IDS de setores censitários com CSFs e sem elas, são realizadas operações espaciais no software *ArcGis 10.5* explicitadas na Figura abaixo. (Figura 1)

O uso das operações *Intersect* para unir feições e de *erase* para apagar feições deu origem aos dados necessários para a discussão das localidades das áreas prioritárias e por fim se essas áreas foram respeitadas para a aplicação da política pública de saúde.

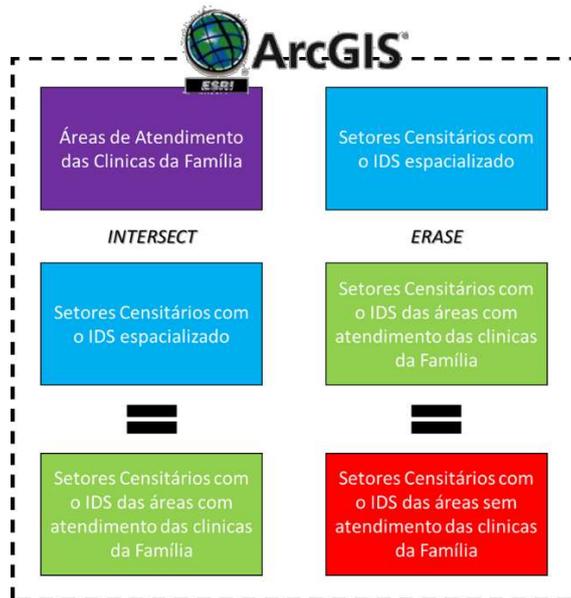


Figura 1 – Operações Espaciais

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da metodologia usada foram feitas diversas análises quantitativas e qualitativas da distribuição das CSF no município.

Primeiramente observando os resultados visualmente podemos observar que grande parte, aproximadamente 80%, dos setores censitários, com atuação das clínicas da família possuem IDS Médio, já que a maior parte dos setores do município possuem essa classificação de acordo com a classificação da Prefeitura, disponibilizada na imagem abaixo. (Figura 2)

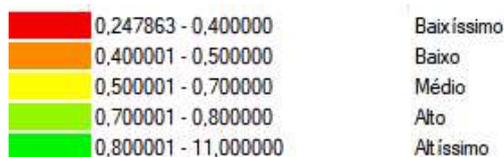


Figura 2 – Classificação qualitativa do IDS

Como pode-se ver na tabela e nos gráficos de distribuição por IDS apresentados a seguir se usarmos como base os dados quantitativos, podemos afirmar que percebemos uma distribuição relativamente normal das áreas de atuação das Clínicas da Família. (Quadro 1)

IDS	Porcentagem de Setores
Baixissimo	0,8%
Baixo	7,9%
Medio	84,9%
Alto	5,5%
Altissimo	0,9%

Quadro 1 – Distribuição quantitativa das Clinicas da Família, por IDS nos setores censitários

Já se considerarmos os setores sem atuação das CSFs observamos algumas características importantes, uma delas é uma mudança na distribuição, vemos que áreas com altos índices de desenvolvimento social não foram priorizados, mas também observamos que áreas com baixíssimos IDSs também aparecem. (Quadro2)

IDS	Porcentagem de Setores
Baixissimo	1,3%
Baixo	6,4%
Medio	72,5%
Alto	18,5%
Altissimo	1,3%

Quadro 2 – Distribuição quantitativa de setores censitários sem Clinicas da Família, por IDS

A partir dessa primeira análise, criou-se diversas outras perguntas, que só poderiam ser respondidas com a espacialização desses dados. Assim usando mapas representativos que mostram essas informações que observamos.

Na Figura 2, que representa o mapa das áreas de atuação com os setores censitários classificados a partir de seu IDS, podemos observar que realmente existem pouquíssimas áreas de baixos e baixíssimos IDS e observamos na parte sul e sudeste, respectivamente as áreas da Barra da Tijuca e da Zona Sul do Rio de Janeiro, clinicas atendendo setores com IDS bem altos.

Já na Figura 3, que nos dá os setores censitários fora das áreas de atuação das Clinicas da Família, podemos observar muitas áreas em vermelho, que representam

áreas de baixíssimo IDS, que não são contempladas com a política pública de acesso a saúde primária das Clínicas da Família. A maioria dessas áreas ficam bem isoladas de outras áreas, aumentando ainda mais a vulnerabilidade social dos grupos e indivíduos que residem nessas áreas.

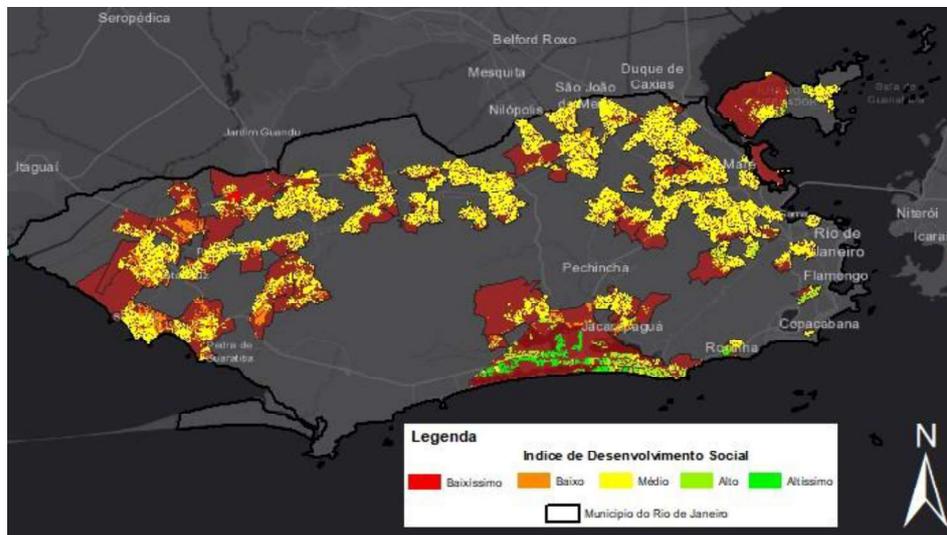


Figura 2 – Índice de Desenvolvimento Social nos Setores Censitários com atuação de Clínicas da Família

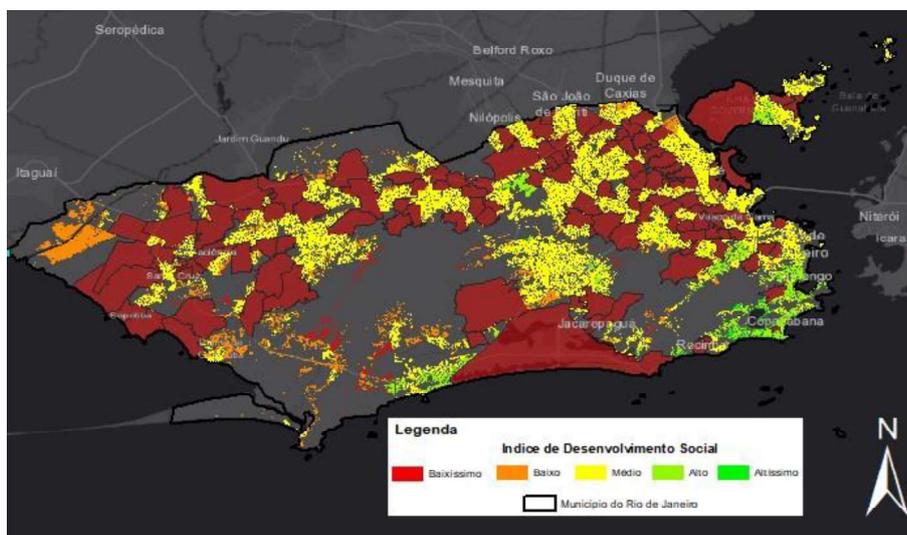


Figura 3 – Índice de Desenvolvimento Social nos Setores Censitários sem atuação de Clínicas da Família

Pegando alguns exemplos gerais de escolha não aleatória, podemos observar algumas dinâmicas próprias que ajudam a entender a espacialidade das Clínicas e em certos pontos o fato de elas estarem em áreas de altos IDS ou não estarem em áreas de Baixos IDS.

No primeiro exemplo, que é mostrado na Figura 4, podemos observar que a

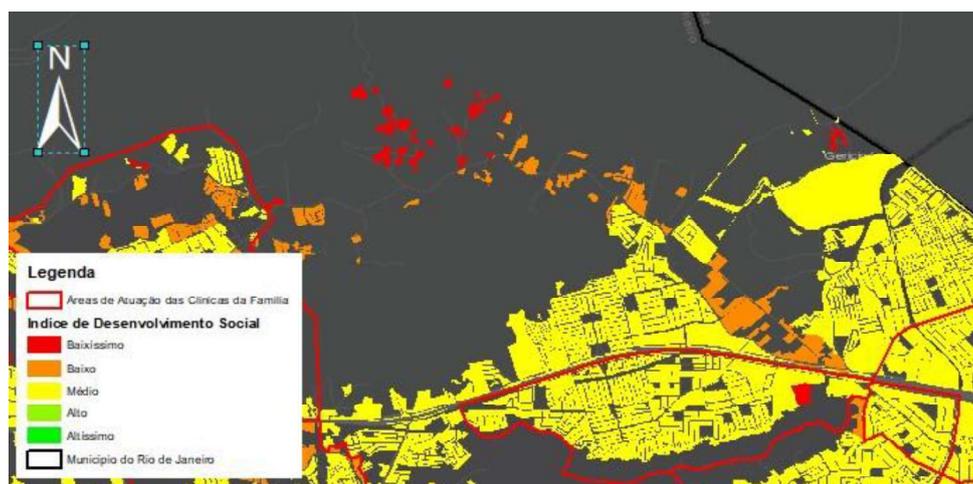
Clinica colocada no bairro de Botafogo, foi ali colocada para atender prioritariamente as áreas vulneráveis do Morro do Dona Marta, mas que sua área de influencia era maior do que o próprio, por isso chegou a pontos de IDS bem altos dos bairros de Botafogo e Humaitá.



Figura 4 – Índice de Desenvolvimento Social nos Setores Censitários da Clínica no bairro de Botafogo.

O segundo exemplo, mostrado na Figura 5, nos traz a questão de áreas isoladas, próximo ao Maciço do Mendanha no bairro de Bangu, essas áreas deveriam ser o foco prioritário das ações de saúde, já que essas áreas possuem muita vulnerabilidade social, devido as próprias variáveis, como saúde, educação, etc, como seu isolamento em si.

Já o terceiro exemplo, apresentado na Figura 6, observamos um problema de regionalização a partir de áreas de prioridade de atendimento. A área de atuação da Clínica da família da Barra e parte de Curicica atende hoje as áreas gerais da Barra da Tijuca, com IDS bem altos, mas não atende a partes sul de Curicica que possui IDS baixo, por esse motivo uma má regionalização foi realizada, para a criação da área de



atendimento.

Figura 5 – Índice de Desenvolvimento Social nos Setores Censitários de áreas isoladas próximas ao Maciço do Mendanha, no bairro de Bangu.

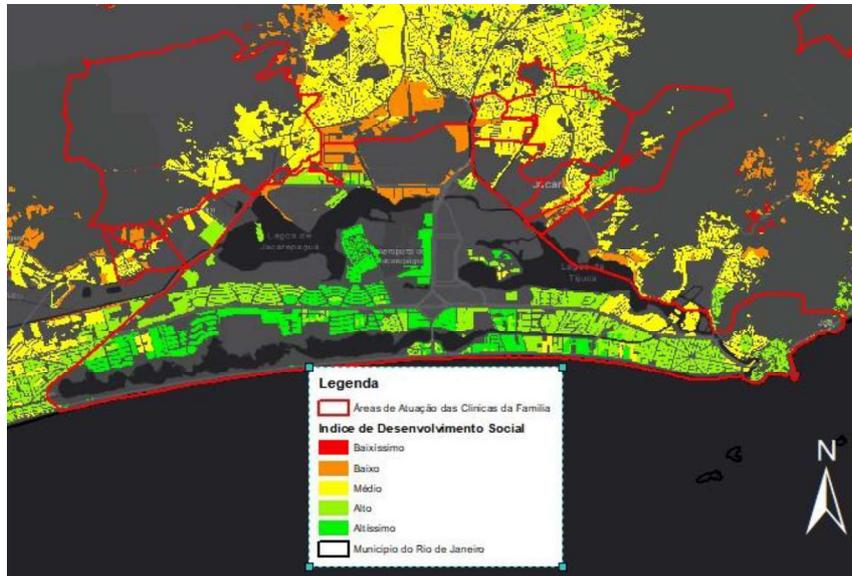


Figura 6 – Índice de Desenvolvimento Social nos Setores Censitários da Clínica no bairro da Barra da Tijuca

Com esse trabalho podemos observar como a principal política de saúde do município nos últimos anos, se especializou na área e como elas foram priorizadas ou não pela vulnerabilidade social dos grupos que poderiam se beneficiar dela.

Outra questão que podemos observar é como as geotecnologias ajudam na questão de análises espaciais de dados geográficos, que simplificam métodos de algebrismos espaciais entre dados ou informações, otimizando trabalhos e proporcionando diversos tipos de análises específicas diferentes.

E para finalizar colocamos aqui que a Prefeitura precisa de um planejamento mais focado nas áreas de maior vulnerabilidade social, para que todas as ações possíveis sejam elas de saúde, educação ou infraestrutura em geral possam contribuir para a mobilidade social desses grupos e assim melhorar os índices que apresentamos aqui, e ainda priorizar as áreas que mais necessitam desses acessos básicos de serviços e como vimos nesse trabalho que é um direito que deve ser proporcionado pelo Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, Miriam et. al. (Org.). Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

ARCGIS 10.5, ESRI (Environmental Systems Research Institute). Último uso 12/06/2018

BUSSO, Gustavo. Vulnerabilidade social: noções e implicações das políticas para a América Latina no início do século XX contexto social da vulnerabilidade social Sociedade em Debate, Pelotas, 17 (2): 29-40, jul.-dez./2011 39 xxi. Seminário Internacional: as diferentes expressões de vulnerabilidade social na América Latina e no Caribe. Santiago do Chile: CELADE, 2001.

CAMARA, Gilberto; DAVIS, Clodoveu. Introdução à Ciência da Geoinformação, Ministério da Ciência e Tecnologia - Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE)

DATA RIO, Prefeitura do Rio de Janeiro. Último acesso 10/06/2018