

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA:
GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE NA LINHA DE PESQUISA DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A COBERTURA DA VACINA
CONTRA HEPATITE B EM CRIANÇAS AOS 18 MESES DE IDADE E OS
TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE**

LISIANE ANDREIA DEVINAR PÉRICO

Orientador: Prof. Dr. SOTERO SERRATE MENGUE

Porto Alegre, setembro de 2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA:
GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE NA LINHA DE PESQUISA DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A COBERTURA DA VACINA
CONTRA HEPATITE B EM CRIANÇAS AOS 18 MESES DE IDADE E OS
TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE**

LISIANE ANDREIA DEVINAR PÉRICO

Orientador: Prof. Dr. SOTERO SERRATE MENGUE

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2011

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Denise Aerts, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva,
Universidade Luterana do Brasil.

Prof. Dr. Airton Tetelbon Stein, Programa de Pós-graduação em Ciências
Médicas, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

Prof. Dr. Ricardo Kuchenbecker, Programa de Pós-graduação em
Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MENSAGEM

*“Cada lugar é, ao mesmo tempo,
objeto de uma razão global e de uma razão local,
convivendo dialeticamente”*

Milton Santos

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, obrigada por terem me dado a vida, um nome, valores e por terem me acompanhado todos estes anos para ver o que eu faria com tudo isto... Espero que tenham se orgulhado.

Ao Marco, meu marido e companheiro de uma vida, obrigada por ter dito “Sim!” quando eu perguntei “Devo?” e por ter dividido comigo as conquêsncias deste sim. Espero que também esteja orgulhoso, sabendo que ele é a maior e sempre será a melhor de todas as conquistas da minha vida.

Ao Lorenzo, meu filho amado, presente de Deus, razão da vida e motivação para estar sempre crescendo, obrigada pela extrema compreensão e carinho com as ausências e carências.

À minha família, agradeço pela torcida de sempre.

À Equipe da Unidade Divina Providência do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, trabalho de uma vida, obrigada pelo apoio a esta minha “empreitada”, pela eterna valorização do meu trabalho na equipe e pela compreensão com as minhas ausências.

Aos colegas do Monitoramento e Avaliação em Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, agradeço pelo apoio e desafios profissionais, que me instigam a aprimorar meus conhecimentos de forma permanente como forma de honrar o compromisso de fazer parte deste grupo.

À Gerência de Saúde Comunitária, à Gerência de Ensino e Pesquisa e ao Grupo Hospitalar Conceição, obrigada pela valorização e estímulo à educação permanente e pelo apoio oferecido ao meu crescimento profissional.

Ao Programa de Pós Graduação em Epidemiologia de UFRGS, agradeço por terem construído este Mestrado em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição e pelo aprendizado que foi oportunizado.

Ao Professor Doutor Sotero Serrate Mengue, meu orientador, um agradecimento através das palavras de Francisco Cândido Xavier: “Agradeço todas as dificuldades que enfrentei. Não fosse por elas, não teria saído do lugar... As facilidades nos impedem de caminhar”.

Aos colegas e professores do Mestrado, agradeço pela parceria durante toda esta caminhada de dois anos. Valeu à pena.

À Maria Aparecida Vilarino, Coordenadora de Imunizações da Secretaria Municipal de Porto Alegre, agradeço pelo apoio à realização do estudo e pela parceria de trabalho há mais de 20 anos.

À Gisele Nader e Camila Giugliani, agradeço por terem me dado a(s) mão(s) e iluminado meu caminho diversas vezes nesta jornada acadêmica.

À Vânia Hirkata, estatística da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC, agradeço por sua paciência oriental e pela troca de saberes.

À Silvia Takeda, a quem devo meu eterno agradecimento por sempre me valorizar, estar interessada em mim, em me ajudar e por me estimular a crescer profissionalmente.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	09
RESUMO	10
ABSTRACT	11
1 APRESENTAÇÃO	12
2 INTRODUÇÃO	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 Magnitude e transcendência do problema hepatite viral B no Brasil.....	14
3.2 Vulnerabilidade: Tecnologias em Saúde para enfrentamento do problema.....	16
3.3 Caracterização da rede de Atenção Básica, da estrutura de oferta de vacinas, do sistema de registro e resultados em vacinação contra hepatite B na cidade de Porto Alegre.....	19
3.4 Conceituação de Atenção Primária em Saúde (APS), caracterização da presença dos atributos da APS nos serviços de saúde de Porto Alegre e o papel ativo dos serviços de saúde no contexto das imunizações: acesso aos serviços para vacinação, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado em vacinas.....	23
3.5 Uso do Georeferenciamento como instrumento de análise em saúde	30
3.6 Determinantes Sociais e Iniquidades em Saúde.....	32
3.7 Inclusão e exclusão social em Porto Alegre.....	43
3.8 Metas do Milênio.....	63
3.7 Considerações sobre implicações éticas em imunizações na perspectiva de política pública.....	64
4 OBJETIVOS	67

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
6 ARTIGO – COBERTURA DA VACINA CONTRA HEPATITE B EM CRIANÇAS, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PARA VACINAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.....	75
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
8 ANEXOS	102
<i>a. Projeto de Pesquisa</i>	
<i>b. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa</i>	

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACIP – Immunization Practices Advisory Committee

APS – Atenção Primária em Saúde

CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais

CSEM – Centro de Saúde Escola Murialdo

DNV – Dia Nacional de Vacinação

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICV – Índice de Condições de Vida

IVS – Índice de Vulnerabilidade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCATool – Primary Care Assessment Tool

PNI – Programa Nacional de Imunizações

PSF – Programa de Saúde da Família

PUC – Pontifícia Universidade Católica

RII – Registros Informatizados em Imunizações

ROP – Região do Orçamento Participativo

SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

UBS – Unidade Básica de Saúde

UMVP – União de Moradores das Vilas de Porto Alegre

VHB – Vírus da hepatite B

RESUMO

As hepatites virais são grave problema no Brasil e a vacina é eficaz para a sua prevenção. O Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais dos Estados do Brasil (2007) identificou em Porto Alegre cobertura vacinal contra hepatite B de 87,4 %, abaixo da recomendação. A vacinação na cidade está inserida em serviços com diferentes vínculos institucionais. Este estudo ecológico, subanálise do Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais dos Estados do Brasil, objetiva analisar a distribuição espacial das coberturas da vacina contra hepatite B, sua associação com diferentes tipos e utilização de serviços de saúde em Porto Alegre. A cobertura vacinal não obteve diferenças significativas entre os diferentes estratos sociais; a utilização de um mesmo serviço para vacinação, realização das últimas vacinas em serviço público, utilização de serviço privado e utilização exclusiva de serviços privados para vacinação obtiveram diferenças significativas entre os diferentes estratos sociais.

PALAVRAS CHAVES – Cobertura Vacinal, Hepatite B, Acesso aos Serviços de Saúde, Distribuição Espacial da População e Condições Sociais.

ABSTRACT

Viral hepatitis is a major concern in Brazil and its vaccine is effective in its prevention. The Survey of Vaccine Coverage in the Urban Areas of the State Capitals of Brazil (2007) identified that in Porto Alegre, State of Rio Grande do Sul, the hepatitis B vaccine coverage was 87.4% lower than the recommended values. In this city, vaccination is part of services with different institutional links. The present ecological study, a subanalysis of the Survey of Vaccine Coverage in the Urban Areas of the State Capitals of Brazil, has the objective to analyze the spatial distribution of hepatitis B vaccine coverage; its relationship to different types of healthcare services and the use of healthcare services in Porto Alegre. The vaccine coverage did not differ significantly between the different social strata. The use of the same vaccination service, the performance of the last vaccines in public service, the use of private service and the exclusive use of private services for vaccination significantly differed among the different social strata.

KEY WORDS – Immunization Coverage, Hepatitis B, Health Services Accessibility, Residence Characteristics and Social Conditions

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na Dissertação de Mestrado intitulada “ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A COBERTURA DA VACINA CONTRA HEPATITE B EM CRIANÇAS AOS 18 MESES DE IDADE E OS TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE”, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 23 de setembro de 2011. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

O estudo das coberturas vacinais segundo condições de vida fornece uma oportunidade para a investigação acerca da concretização de políticas públicas compensatórias, isto é, intervenções programadas e executadas preferencialmente pelo Estado buscando diminuir as diferenças entre os grupos sociais que são produzidas por sua diferente inserção na organização social. Idealmente, as políticas públicas deveriam ser capazes de compensar, na esfera do consumo de bens e serviços, as desigualdades geradas no processo de produção e reprodução social (MORAES, 2007; MORAES, RIBEIRO, 2008).

Entretanto, uma série de condicionantes concretos relativos à existência, funcionamento dos serviços de saúde e possibilidades reais de utilização acabam por determinar cumprimento apenas parcial dos objetivos visados por tais políticas. Assim sendo, é possível que ao passar do plano de elaboração para o da execução, mesmo as intervenções que se pretendem universais, tendam a se concretizar repetindo os mesmos padrões de desigualdade, embora de maneira atenuada (MORAES, 2007).

O controle de doenças transmissíveis tem nos programas de imunizações e de vigilância epidemiológica dois componentes fundamentais. O conhecimento mais preciso da cobertura vacinal em menores de um ano é um dos elementos importantes para o programa de vigilância epidemiológica na medida em que permite acompanhar o acúmulo de suscetíveis na população, bem como aquilatar até que ponto a imunidade de massa está se constituindo em barreira efetiva para a

interrupção da transmissão daquelas doenças preveníveis por imunização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; SCARAMUZZI, 2007).

3. REVISÃO DE LITERATURA

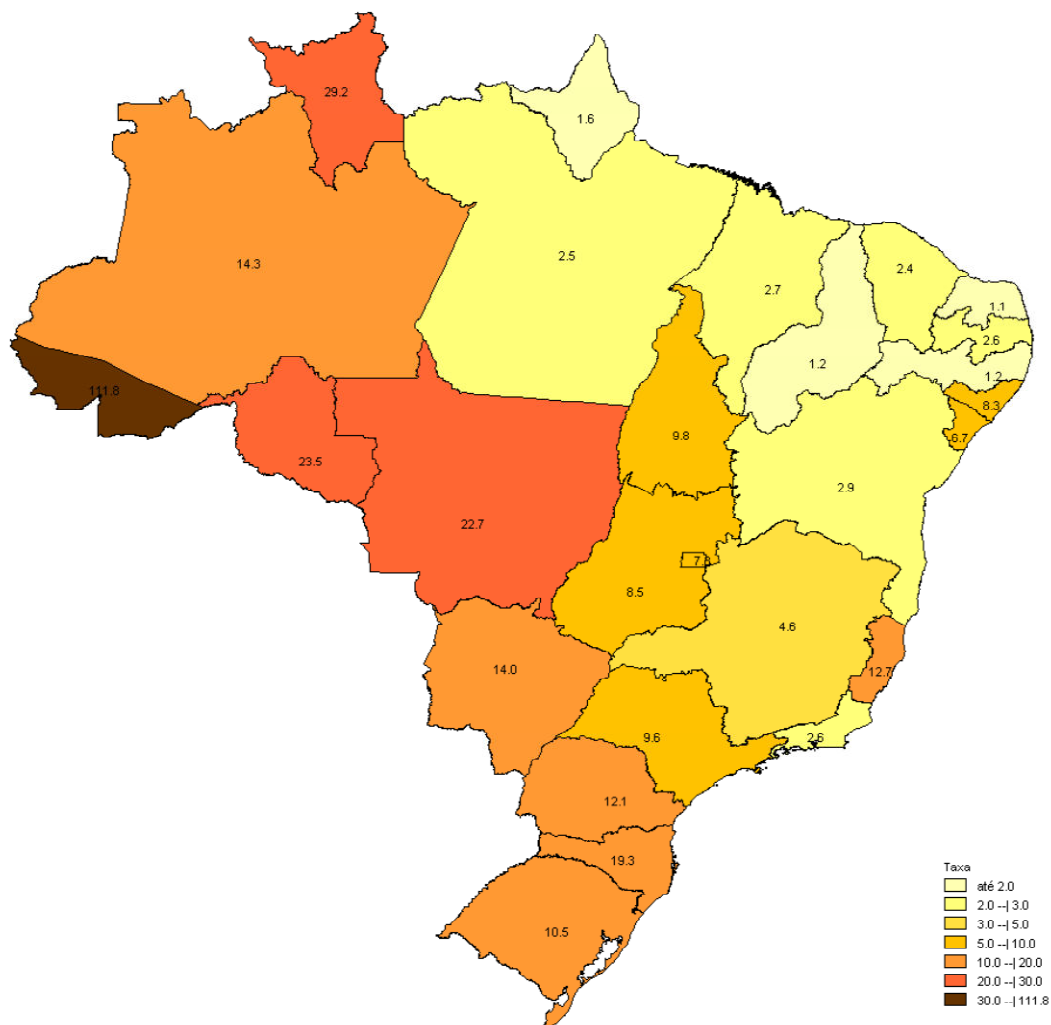
3.1 Magnitude e transcendência do problema hepatite viral B no Brasil

As hepatites virais se constituem em um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, 2008; ESTADO DE SÃO PAULO, 2006; FIGUEIREDO, 2007; FERREIRA, SILVEIRA, 2004). A infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) é uma das principais causas de doença aguda e crônica do fígado, podendo evoluir ainda para cirrose e carcinoma hepatocelular. Acredita-se que existam mais de 350 milhões de portadores crônicos do VHB e que mais de 500 mil morram, anualmente, vítimas desta enfermidade no mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que 15% da população já foi exposta ao vírus da hepatite B e que 1% sofra de hepatite B crônica (SCARAMUZZI, 2007; FERREIRA, SILVEIRA, 2004, 2006).

O número de casos confirmados de hepatite B aumentou no decorrer dos anos, passando de 473 em 1999 para 14.601 em 2009. Os casos acumulados resultaram em 96.044, ocorrendo, em sua maioria, nos adultos jovens. A região Sul, de 2002 a 2008, manteve as maiores taxas de detecção, variando entre 8,4 e 15,6 casos da doença por 100 mil habitantes. No cenário do ano de 2009, a taxa para o Brasil foi de 7,6 e a região Norte se destacou por ser a que mais identificou casos em sua população (13,4 casos de hepatite B por 100 mil habitantes). Nessa região encontram-se os estados

com as mais altas taxas de detecção do país, a saber, Acre (111,8), Roraima (29,2) e Rondônia (23,5) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Taxa de detecção de hepatite B no Brasil /2009



Casos acumulados (1999 a 2009): 96.044

2008 – 13.389 2009 – 14.601

Taxa de detecção (por 100 mil habitantes)

2008 – 7,1 2009 – 7,6

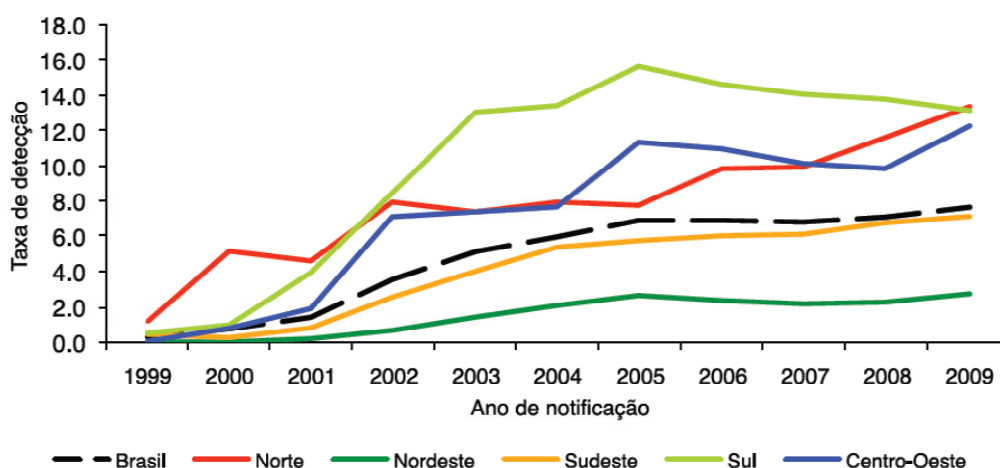
Nº de óbitos acumulados (1999 a 2009): 5.079

2008 – 565 2009 – 461

Coefficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes)

2008 – 0,3 2009 – 0,2

Taxa de detecção de hepatite B (por 100.000 hab.) segundo região de residência por ano de notificação. Brasil, 1999 a 2009



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e IBGE. Casos notificados no SINAN até 31/12/2009 e registrados no SIM de 1999 até 2009. Dados preliminares.

3.2 Vulnerabilidade: Tecnologias em Saúde para enfrentamento do problema

A vacina contra o VHB é a forma mais eficaz para a prevenção da hepatite B e tem proporcionado grande avanço no controle desta enfermidade. Assim, desde 1998, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda a vacinação universal das crianças contra hepatite B e mais de uma centena de países já incluíram esta vacina em seus programas de imunização. No Brasil, a mesma tem sido oferecida gratuitamente a grupos de risco desde o início da década de 90 e, mais recentemente, a partir de 2001 foi estendida a indivíduos com idade até 19 anos em todas as regiões (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993, 2001; FERREIRA, SILVEIRA, 2006).

O objetivo da vacinação contra hepatite B é induzir, na população vacinada, resposta de anticorpos em níveis protetores com títulos séricos de anti-HBs superiores a 10 UI/ml após seis meses do término do esquema vacinal, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Immunization Practices Advisory Committee (ACIP) (CDC, 1991). O esquema de vacina compreende três doses por via intramuscular aos 0, 30 e 180 dias. A vacinação contra hepatite B em três doses é capaz de induzir soroproteção em 90% a 95% dos indivíduos vacinados, com variações de 80 a 100%. Na faixa etária pediátrica, os níveis de proteção alcançados com a vacina são de 16 a 40% após uma única dose, 80 a 95% depois de duas doses e 98 a 100%, seguindo três doses. Entre os adolescentes e os adultos, as taxas de resposta de anticorpos são de 20 a 30% após uma dose, 75 a 80% seguindo duas doses e 90 a 95% depois de três doses. A garantia da eficácia em longo prazo da vacina é devida a resposta anamnésica anti-HBs. Com apenas uma dose de vacina alcançam-se 30% a 50% de proteção, e com duas doses essas taxas atingem 75% dos indivíduos vacinados (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, FERRAZ, 2007; CDC, 1994, FERREIRA, SILVEIRA, 2006). Entretanto, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações, para que a doença se mantenha sob controle se faz necessária uma cobertura vacinal mínima de 95% na vacinação de rotina (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001; MORAES, RIBEIRO, CASTRO, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

A vacinação de rotina consiste no estabelecimento de um calendário nacional de vacinações que deve ser aplicado a cada indivíduo a partir de seu nascimento, visando garantir, no âmbito individual, a prevenção específica das doenças

imunopreveníveis e, no âmbito coletivo, a indução da imunidade de massa, responsável pela interrupção da transmissão. Para que o primeiro efeito se observe, basta que cada criança vacinada torne-se uma criança imunizada, isto é, que a vacina seja aplicada em condições que preservem sua eficácia e que a criança reúna as condições de saúde para desenvolver a imunidade assim induzida. Já para a obtenção do segundo efeito, será necessário que, além das condições anteriormente mencionadas, a cobertura vacinal seja alta e homogênea; isto é, que pelo menos 95% ou mais dos suscetíveis desenvolvam imunidade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001; MORAES, RIBEIRO, CASTRO, 2000; MORAES, RIBEIRO, SIMÕES, CASTRO, BARATA, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; ARANDA, MORAES, 2006).

O modelo tecnológico utilizado para o manejo das doenças imunopreveníveis em âmbito coletivo conjuga em suas diferentes estratégias atuações individuais e atuações coletivas. A cobertura vacinal alcançada dessa forma, tanto pelas atividades de rotina quanto pelos dias nacionais de vacinação, constitui um dos principais elementos para garantir o impacto populacional dessas estratégias (MORAES, RIBEIRO, SIMÕES, CASTRO, BARATA, 2003).

Entre as estratégias recomendadas para se atingir elevadas coberturas vacinais, destacam-se os sistemas de alerta para incentivar a adesão às vacinações agendadas (*remind*), a atualização de esquemas de vacinação atrasados (*recall*) e o aprimoramento do monitoramento das coberturas vacinais. Os sistemas de registro em imunizações, especialmente os registros informatizados de imunizações (RII), são apontados como uma estratégia efetiva para a implementação dos sistemas de

remind/recall e são também recomendados para o monitoramento das coberturas vacinais, inclusive na identificação de áreas de menor cobertura (LUHM, WALDMANN, 2009; CDC, 1999).

3.3 Caracterização da rede de Atenção Básica, da estrutura de oferta de vacinas, do sistema de registro e resultados em vacinação contra hepatite B na cidade de Porto Alegre

Em Porto Alegre, a vacinação de rotina é ofertada por uma rede de serviços de saúde, constituídos numa diversidade de tipos de estabelecimentos determinada pela natureza de vínculo institucional. Porto Alegre conta com 147 salas de vacina presentes em Unidades Básicas de Saúde (UBSs), em Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESFs) vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde e a hospitais privados, em Unidades do Serviço de Saúde Comunitária vinculadas ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Unidades Básicas de Saúde vinculadas ao Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), em Unidades Básicas de Saúde vinculadas a universidades, em hospitais públicos e privados, em clínicas de vacinação da rede privada e em dois Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE). Como consequência desta diversidade definida pelo vínculo institucional os processos de trabalho em vacinação e os tipos de sistemas de registro em imunizações utilizado pelos serviços são diferentes.

Pode-se caracterizar o acesso da população às vacinas em Porto Alegre como universal, no sentido de que independe de vínculo do usuário ao serviço de saúde para que a vacinação aconteça. Apesar desta independência de vínculo em termos de

cadastro para realização de vacinação, todos os serviços de saúde de Porto Alegre dispõem de sistemas para registro das vacinas realizadas.

O sistema de registro em vacinas usualmente encontrado nas unidades de saúde é o fichário de vacinação preconizado no Manual de Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde (2001), constituído por fichas de vacinação (cartão de controle) individualizadas onde são registradas as vacinas que foram administradas em cada indivíduo. Conforme for realizado o sistema de arquivamento destas fichas (arquivo da sala de vacinação), é possível identificar eventuais faltosos à vacinação aprazada.

Segundo o Manual de Procedimentos para Vacinação, o Cartão de Controle ou Ficha de Registro é um impresso de uso interno do serviço de saúde no qual são registradas informações sobre vacinação contidas no Cartão da Criança. É útil para o acompanhamento e controle da vacinação da clientela, pois serve como referência na busca de faltosos e, também, para organizar o arquivo permanente de vacinação.

O arquivo da sala de vacinação é o local destinado à guarda e à classificação dos impressos utilizados para o registro das atividades, com o objetivo de:

- centralizar todos os dados registrados;
- controlar o comparecimento da clientela à vacinação;
- identificar e possibilitar a convocação dos faltosos à vacinação;
- disponibilizar informações para o monitoramento e avaliação das atividades.

O arquivamento dos Cartões de Controle é feito em fichário específico, com identificação do conteúdo (por exemplo, clientes com agendamento) e indicação sobre o critério de organização dos cartões (por exemplo, cartões organizados por

data de agendamento da próxima vacina ou cartões organizados por ordem alfabética). Quando o serviço não dispuser de fichário, pode adaptar o arquivo para caixas de madeira ou de papelão ou em gavetas de móveis.

Os cartões com agendamento são organizados em um arquivo e os cartões sem agendamento em outro. Os cartões sem agendamento são arquivados por ordem alfabética, servindo, posteriormente, para a organização do arquivo permanente.

Os cartões dos clientes com agendamento são organizados por segmentos, como por exemplo: menores de um ano; um a quatro anos; cinco a quatorze anos; quinze anos e mais, gestantes; pessoas em tratamento profilático da raiva humana. O número de gavetas para cada segmento varia de acordo com as características da demanda do serviço de saúde. Cada gaveta contém um jogo completo dos meses do ano, exceto a gaveta para as pessoas em tratamento profilático da raiva que necessita de um jogo de 30 dias. No arquivamento por grupos de idade, os cartões são colocados no espaço correspondente ao grupo etário que a pessoa terá na data agendada, segundo o mês do retorno, respeitando-se dentro do mês a data do agendamento, o que permite a identificação dos faltosos em cada dia. No fundo do arquivo, após o último mês, deve haver um espaço destinado aos cartões dos faltosos convocados. Esses cartões são organizados por ordem alfabética.

O arquivo pode ser organizado, também, em gavetas correspondentes aos meses do ano. Em cada gaveta, os cartões são arquivados de acordo com o dia do agendamento e em ordem alfabética.

Os dados do Cartão de Controle constituem a fonte que alimenta o arquivo permanente. A organização e a manutenção do arquivo permanente têm os seguintes objetivos:

- proporcionar um registro dos esquemas de vacinação completados;
- possibilitar um registro das pessoas que iniciaram o esquema e não completaram por motivo de mudança para outra localidade, por óbito ou por ter recebido as demais doses em outro serviço;
- facilitar o fornecimento de dados e informações às pessoas que perderam ou extraviaram o Cartão da Criança;
- fornecer subsídios para estudos e pesquisas, baseados no levantamento de informações contidas no arquivo.

As fichas do arquivo permanente, ordenadas de acordo com o ano do nascimento da criança, são arquivadas em pastas. Quando a demanda ao serviço for pequena, o serviço deve usar uma única pasta para os vários anos, separados entre si. Quando a demanda for grande, o serviço deve organizar uma pasta para cada ano de nascimento. As pastas do arquivo devem ser guardadas em local apropriado, adequado e de fácil acesso à equipe de saúde.

Diariamente os cartões com agendamento são retirados do arquivo e encaminhados para a sala de vacinação. No final do dia de trabalho, o responsável pela vacinação verifica os faltosos, deixando seus cartões de reserva. Esses cartões ficam aguardando uma semana à espera dessas pessoas. Caso não apareçam, os cartões são entregues ao responsável pela busca de faltosos.

A busca de faltosos é feita semanalmente, ou quinzenalmente, de acordo com as possibilidades da equipe de saúde. Para fazer a busca adotam-se, entre outros, os seguintes mecanismos ou estratégias:

- fazer uma visita domiciliar ao faltoso ou;
- enviar correspondência sob forma de carta ou aerograma;

Apenas as Unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição dispõe, desde 2000, de um sistema de registro informatizado para imunizações com recursos para *remind* e *recall* através de relatórios emitidos pelo sistema e utilizados pelas equipes de saúde para lembrar pais ou cuidadores das crianças sobre vacinas agendadas e para busca de faltosos de vacinação.

Dados do estudo INQUÉRITO DE COBERTURA VACINAL NAS ÁREAS URBANAS DAS CAPITAIS DOS ESTADOS. BRASIL (MORAES, 2007) mostraram que a cobertura vacinal com esquema básico completo da vacina contra hepatite B, doses válidas aos 18 meses de idade, na coorte de nascimentos de 2005, na cidade de Porto Alegre foi de 87,4 % (IC 95% 85-90), situando-se abaixo do recomendado. No inquérito domiciliar, como as informações são obtidas por meio das cadernetas de vacinação das crianças sorteadas na amostra, a mesma fonte de informações é utilizada para definir o numerador e o denominador, eliminando o problema das estimativas (FERNANDES, POSSIDENTE, ROSSI, et al, 2002; MORAES, RIBEIRO, SIMÕES, et al, 2000; FERRAZ, 2007; MORAES, RIBEIRO, 2008; BARATA, MORAES, ANTONIO, et al, 2005). Outro aspecto relevante para o cálculo da cobertura real é o fato de que, no inquérito, são obtidas informações relativas aos serviços públicos e privados de vacinação.

3.4 Conceituação de Atenção Primária em Saúde (APS), caracterização da presença dos atributos da APS nos serviços de saúde de Porto Alegre e o papel ativo dos serviços de saúde no contexto das imunizações: acesso aos serviços para vacinação, longitudinalidade, integralidade e coordenação no cuidado em vacinas

A busca por serviços de saúde está diretamente relacionada à percepção que os indivíduos e as populações têm acerca de suas necessidades e problemas de saúde. Por outro lado, cada indivíduo ou grupo populacional específico (crianças, mulheres, idosos, homens, diabéticos, e outros) procura a rede de assistência à saúde a partir de demandas singulares de atenção e cuidado. Cada indivíduo ou grupo irá procurar resolver seu problema de acordo com suas percepções e entendimentos, seja em relação ao processo saúde-doença, seja quanto à capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Alguns podem dirigir-se à rede pública de saúde - hospital, centros e postos de saúde. Outros irão procurar serviços privados. Observa-se uma teia ou rede de fluxos (trajetos, informações, relações) que se estabelecem no contexto de tomada de decisão – individual e coletiva, para resolver um problema e atender a necessidades (ARAÚJO, 2005; CDC, 1999; MANASIA, 2001; KHALEGHIAN, 2003; MOURA E SILVA, GOMES, TONIAL, 1999; OMS, 2001; OMS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; GATTI, OLIVEIRA, 2005).

A Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária em Saúde, em 1978 definiu cuidados de saúde primários como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo

possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (OMS, 1978).”

Conforme o relatório *The world health report 2008: primary health care now more than ever* da OMS, apesar do enorme progresso em saúde em termos globais, as falhas coletivas em prestar cuidados de acordo com os valores expressos na definição da conferência “*são dolorosamente óbvias e merecem a maior atenção. Vemos uma mãe sofrendo de complicações no parto e sem acesso a cuidado qualificado, uma criança a quem faltam as principais vacinas, um habitante das favelas do interior de uma cidade vivendo em condições deploráveis. Estas e muitas outras realidades do dia a dia personificam os retrocessos inaceitáveis e evitáveis no desempenho dos nossos sistemas de saúde*” (OMS, 2008).

Segundo Starfield (2002), os quatro atributos essenciais da APS são caracterizados como:

- **Acessibilidade e primeiro contato** – “envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (uma característica estrutural ou de capacidade da atenção) e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (uma característica do processo ou desempenho da atenção).”
- **Longitudinalidade**: “uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde.”
- **Integralidade**: “exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las.”
- **Coordenação**: “um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum”; a essência da coordenação é a disponibilidade de informações a

respeito de serviços anteriores e o reconhecimento da informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.”

A partir da definição de Starfield, pode-se considerar um serviço de atenção básica como provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com usuários e comunidades ao possuir, também, os atributos derivados (OLIVEIRA, 2007).

Estudo conduzido por Harzein et al na região sul de Porto Alegre em 2002, comparando os serviços de saúde PSF (ESF) e UBS na atenção à saúde infantil, demonstrou que identificar o PSF (ESF) como serviço de referência no cuidado de crianças estava associado ao alto grau de extensão dos atributos da APS (OLIVEIRA, 2007). Neste estudo, as equipes da PSF (ESF) apresentaram adequação maior às dimensões da APS (52%) do que as equipes tradicionais (UBSs) (27%) e quanto à equidade no acesso, crianças negras apresentaram maiores chances de receberem cuidados adequados e similares às brancas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Escores de Atributos de APS (PCATool-Brasil) em relação ao tipo serviço de saúde (PSF X UBS) – Saúde Infantil, Porto Alegre, 2002

Atributos APS	PSF	UBS	p
Integralidade – Servs. Básicos (1-4)	3,5 ± 0,4	3,2 ± 0,4	< 0,001
Or. Comunitária (1-4)	3,1±0,8	1,6 ±0,6	< 0,001
Or. Familiar (1-4)	2,3 ± 0,9	2,1 ± 0,9	0,03
Escore Geral de APS (1-4)	2,95 ± 0,5	2,67 ± 0,4	< 0,001
% Crianças com Alto Escore Geral de APS	52%	27,2%	< 0,001

Em 2007, Oliveira e Harzein conduziram outro estudo comparando os serviços de saúde UBS, ESF, CSEM e GHC na atenção à saúde do adulto, observando que serviços de saúde com maiores escores de atributos de APS também apresentavam maior percentual de caracterização por parte dos usuários de seu serviço preferencial como de alto escore para APS (OLIVEIRA, HARZEIN, 2007).

Escores dos atributos da APS entre os diferentes serviços de atenção primária, Porto Alegre, 2007

Atributos da Atenção Primária	Escores de Atenção Primária [#]				
	UBS	ESF	CSEM	GHC	CASSI
Grau de afiliação ao serviço	5.5	6,4**	5.9	8,0**	6,9**
Acessibilidade	3.4	3.4	3.3	3.4	4,3 **
Acesso - Utilização	8.2	8,9**	8.8	9,2**	6,3**
Longitudinalidade	5.1	5,9**	5.3	7,4**	8,5**
Coordenação	4.1	5,7**	5.1	5,8**	4.3
Integralidade - Serviços Disponíveis	5.4	5,0**	5.4	6,2**	4,9*
Integralidade - Serviços Prestados	3.1	3.3	3.1	4,2**	4,8**
Essencial	5.0	5,5**	5.3	6,3**	5,7**
Orientação Familiar	3.6	4,6**	4,8**	6,2**	7,8**
Orientação Comunitária	2.8	5,7**	4,9**	6,4**	3,7**
Derivado	3.2	5,1**	4,9**	6,3**	5,8**
Geral	4.6	5,4**	5,2**	6,3**	5,7**

* Significância pelo Teste de Scheffé - p-valor < 0,05

** Significância pelo Teste de Scheffé - p-valor < 0,01

Os escores assumem valores entre 0-10

Proporção de usuários que caracterizaram seu serviço preferencial como de Alto Escore da APS, Porto Alegre, 2007

Tipo de serviço	Alto Escore		Alto Escore	
	Essencial (%)	p-valor	Geral (%)	p-valor
UBS	16.3		10.0	
CSEM	23.9		18.1	
ESF	24.9	<0,001	23.2	<0,001
CASSI	24.8		31.1	
GHC	54.5		48.5	

Teste Qui-quadrado

Segundo o relatório *The world health report 2008: primary health care now more than ever*, as pessoas procuram a rede de assistência à saúde a partir de demandas singulares de atenção e cuidado. E nos cuidados ambulatoriais convencionais, o prestador assume responsabilidade pela pessoa que atende durante a consulta e, nas melhores circunstâncias, essa responsabilidade garante também a continuidade dos cuidados. A resposta passiva à procura não vai ao encontro das necessidades de um considerável número de pessoas que poderiam beneficiar-se dos cuidados. Há pessoas que, por várias razões, são ou sentem-se excluídas do acesso aos serviços e que não os utilizam mesmo quando deles estão necessitadas. Há aqueles que, mesmo doentes, atrasam desnecessariamente a procura de cuidados. Outros são portadores de fatores de risco vulneráveis ao rastreamento ou a intervenções preventivas, mas são excluídos porque não recorrem aos serviços de saúde: os serviços preventivos que limitam a sua oferta aos usuários da unidade sanitária acabam por excluir os mais necessitados.

Existe, também, uma segunda consequência inconveniente: falta a ambição de corrigir os determinantes locais da falta de saúde – sejam eles sociais, ambientais ou laborais. Estas situações representam oportunidades perdidas de contribuir para ganhos em saúde: prestadores que somente assumem a responsabilidade pelos que os procuram negligenciam oportunidades de manutenção e promoção da saúde.

A alternativa é delegar a cada equipe de atenção primária a responsabilidade explícita por uma comunidade ou uma população bem definida. Ela pode então ser responsabilizada, através de medidas administrativas ou de acordos contratuais, pela prestação de cuidados abrangentes, com continuidade e orientados para as pessoas dessa população, e de mobilizar um conjunto de serviços de apoio – desde a

promoção da saúde até os cuidados paliativos. A maneira mais simples de atribuir esta responsabilidade é identificar a comunidade a servir com base em critérios geográficos. A simplicidade da abordagem geográfica é, no entanto, enganadora. Segue uma lógica de administração pública, pouco maleável à convivência com prestadores dos setores privado e social. Além disso, a geografia administrativa pode não coincidir com a realidade sociológica, especialmente nas áreas urbanas. As pessoas movem-se dentro destas áreas e podem trabalhar numa área diferente daquela em que vivem, podendo a unidade de saúde mais próxima do local de residência ser um prestador menos conveniente (OMS, 2008).

Em Porto Alegre, os diversos tipos de serviços de saúde trabalham na lógica de divisão territorial, com referenciamento de endereços para os serviços de saúde e adscrição de clientela através de cadastramento. As informações relativas a este referenciamento territorial baseado no endereço do usuário, podem ser obtidas pela população através do telefone 156. Mas a cidade apresenta, também, uma grande diversidade nos tamanhos dos territórios de abrangência das unidades de saúde e alguns endereços sem serviço de saúde referencial (os chamados vazios territoriais).

Por outro lado, as pessoas valorizam situações em que têm opções de escolha e podem ressentir-se da obrigatoriedade de afiliação a uma unidade de saúde que lhes seja imposta (OMS, 2008). Cabe destacar novamente que, em Porto Alegre, em termos de vacinação, não deve existir nenhum tipo de exigência em relação a cadastramento ou moradia em território para receber a vacinação preconizada.

Alguns países identificam critérios geográficos de proximidade como sendo os mais apropriados para definir a inclusão de indivíduos numa população sob a responsabilidade de uma unidade sanitária, outros confiam num registro ativo ou na

lista de doentes. O aspecto importante não é como, mas se a população está bem identificada e se existem os mecanismos para assegurar que ninguém fica fora do sistema (OMS, 2008).

Neste sentido, em termos de vacinação na Atenção Primária à Saúde torna-se necessário que o acesso de primeiro contato seja garantido, ou seja, que as pessoas tenham as vacinas preconizadas disponíveis nos serviços de saúde quando forem buscá-las, de preferência o mais próximo possível de sua moradia; que as pessoas sejam acompanhadas ao longo do tempo pelo serviço de saúde de forma personalizada em suas necessidades, para que o serviço possa perceber se os esquemas vacinais foram adequadamente indicados, completados e realize ações ativas de contato com os usuários identificados como não adequadamente imunizados; que este acompanhamento reconheça as singularidades dos indivíduos, a variedade completa de necessidades relacionadas à vacinação de cada pessoa e disponibilize os recursos adequados para abordá-las e que aconteça a coordenação do cuidado em vacinas, considerando que as informações em termos de vacinação precisam estar disponíveis e sejam utilizadas adequadamente em todos os atendimentos.

3.5 Uso do Georeferenciamento como instrumento de análise em saúde

Considerando que o espaço é socialmente construído, adotá-lo como categoria de análise na sua materialização em territórios aponta possibilidades de evidenciar relações entre a saúde e a estrutura social, e para a estratificação da população, segundo condições de vida. Estudos desse tipo podem subsidiar e orientar políticas públicas no sentido da equidade, formular intervenções capazes de

aprimorar as condições de vida e orientar os modelos assistenciais no que tange a organização da rede de atenção à saúde, diminuindo as desigualdades no acesso e uso dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Através de técnicas de geoprocessamento, pode-se localizar e visualizar na organização espacial dos territórios a reprodução dessas assimetrias, revelando particularidades de grupos sociais nas formas de adoecer e morrer o que seria mais difícil de detectar sem essas ferramentas analíticas. A distribuição desigual de população no espaço, decorrente da distribuição assimétrica da riqueza entre os grupos sociais, propicia de forma direta a exposição diferenciada aos riscos inerentes a cada território (socioambientais e sanitários). Essa desigualdade pode ser compensada ou agravada pela alocação dos serviços de saúde, que deve estar voltada para o atendimento adequado aos problemas e às necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No Brasil, apesar da saúde estar assegurada pela Constituição de 1988 como um direito de todas as pessoas, com acesso universal e igualitário, frequentemente observam-se grandes barreiras no acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares. Essas barreiras são impostas por inúmeros fatores. Dentre eles destacam-se a indisponibilidade da oferta de serviços básicos e especializados à grande maioria da população e a distribuição geográfica da capacidade instalada em saúde. Esta última, dada a distância entre a localização da demanda e da oferta, impõe dificuldade adicional no uso desses serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nessa perspectiva, dentre oito questões fundamentais para se entender por que os grupos populacionais mais pobres morrerem mais cedo que os outros, quatro são relacionadas aos serviços de saúde – 1) menor acesso aos serviços de saúde; 2)

pior qualidade da atenção em serviços de atenção primária; 3) menor probabilidade de receber tratamentos essenciais; 4) e menor acesso aos serviços de maior complexidade resolutiva (atenção secundária e terciária) (MOURA DA SILVA, GOMES, TONIALI, SILVA, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Um dos aspectos importantes para a avaliação de serviços é a análise da distribuição espacial de serviços de saúde, o planejamento e otimização de recursos de saúde (através de modelos de locação-alocação), o estudo de acessibilidade (física, econômica, social, étnica, psicológica) e a utilização dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Analisar a saúde de grupos populacionais, considerando a sua localização espacial e temporal, sua inserção com o ambiente, com a distribuição espacial dos recursos de saúde e com outros grupos populacionais, auxilia a compreensão do processo saúde e doença nas populações (HENDERSON, SUNDARESAN, 1982; HOSHAW-WOODARD, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

3.6 Determinantes Sociais e Iniquidades em Saúde

Segundo o Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008, apesar dos importantes avanços dos últimos anos na melhoria do valor médio de seus indicadores de saúde, o Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead, 1992). Estas iniquidades em saúde são produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira. Segundo o Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento de 2007, com dados de 2005, o Brasil está situado em 11º lugar

entre os mais desiguais do mundo em termos de distribuição da renda, superado apenas por seis países da África e quatro da América Latina.

Autores como Amartya Sen (Sen, 2000) e John Rawls (Rawls, 1999), enfatizam a importância de eliminar todas as privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas para exercer sua condição de cidadão. As precárias condições de vida e saúde de amplos setores da população brasileira são privações de liberdade que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social (CNDSS), 2008.

Os diversos estudos sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) e as iniquidades em saúde permitiram a construção de modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. Entre estes modelos, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) resolveu adotar o de Dahlgren e Whitehead (1991), que serve de base para orientar a organização de suas atividades e os conteúdos do presente relatório. Apesar da existência de outros modelos mais complexos, que buscam explicar com maiores detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis de DSS e a gênese das iniquidades¹, a escolha do modelo de Dahlgren e Whitehead se justifica por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos DSS (CNDSS), 2008.

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. Como se pode ver na figura a seguir, os indivíduos estão na

base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização (CNDSS), 2008.

Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Acesso a Serviços de Saúde

O Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, destacando o papel dos serviços de saúde na determinação social da saúde, refere que eles possuem a capacidade de diminuir a exposição aos fatores de risco para a saúde de indivíduos e grupos, assim como a vulnerabilidade e, principalmente, as conseqüências da exposição a esses fatores de risco. O acesso equitativo aos serviços de saúde é, portanto, de grande importância para diminuir os diferenciais observados em relação a estes aspectos.

A Constituição de 1988, além de reconhecer a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o texto constitucional, o SUS tem três princípios constitucionais e três princípios organizativos. Os princípios constitucionais incluem a universalização da assistência, garantida a todo cidadão, a integralidade da atenção, incluindo todas as ações necessárias à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, a equidade,

ofertando serviços e bens segundo as necessidades. Os princípios organizativos são a descentralização da gestão, com participação das esferas federal, estadual e municipal; a regionalização e hierarquização das redes de serviços; e a participação da comunidade na gestão do sistema (CNDSS), 2008.

Os números do SUS impressionam pela magnitude. No ano de 2005, foram realizadas cerca de 450 milhões de consultas médicas, 11,8 milhões de internações, 2,6 milhões de partos, 250 milhões de exames laboratoriais, 40 milhões de vacinações, 80 mil cirurgias cardíacas e 20 mil transplantes de órgãos (CNDSS), 2008.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um programa de Atenção Básica em Saúde, onde equipes multiprofissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica limitada. As equipes atuam em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos. São formadas por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo, ainda, contar com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. Cada equipe é responsável por mil famílias, abrangendo uma população total de 3 mil a 4,5 mil pessoas. O trabalho da equipe se desenvolve nas residências, nas Unidades Básicas de Saúde e na comunidade (CNDSS), 2008.

Iniciado em 1994, o programa conta, em 2008, com cerca de 27,5 mil equipes (mais de 150 mil profissionais), atuando em 5.131 municípios (92 % do total de municípios brasileiros). Em 2006, o PSF atendia a mais de 80 milhões de pessoas (cobertura de 44% da população), com um orçamento total de R\$ 2 bilhões (US\$ 900 milhões) por ano (CNDSS), 2008.

Outro programa cujos avanços merecem ser destacados é o Programa Nacional de Imunização (PNI), que em 2008 completa 35 anos. O PNI logrou superar as grandes diferenças regionais na cobertura de vacinações de anos anteriores, alcançando uma cobertura praticamente universal em menos de um ano a partir de 1999, quando chegou a 94,7%, enquanto que em 1978, atingia somente 40% das crianças(CNDSS), 2008.

Apesar destes inegáveis avanços na produção de serviços e dos princípios de universalidade e equidade que regem o SUS, ainda se observam importantes desigualdades na oferta de recursos e serviços, assim como uma forte influência da posição social dos indivíduos no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde (CNDSS), 2008.

A organização dos serviços de saúde no Brasil é do tipo misto, com um sistema público de acesso universal (SUS) e um sistema privado de seguros e planos de saúde (CNDSS), 2008.

Dados da Pesquisa Mundial de Saúde mostram uma associação entre melhor nível socioeconômico e maior uso de serviços de saúde, o que para Viacava et al (2005), pode significar um maior uso de serviços pela população mais saudável (CNDSS), 2008.

As desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde estão, em grande medida, relacionadas com a estrutura e funcionamento dos sistemas de saúde, o que faz com que tais desigualdades sejam bastante permeáveis às políticas setoriais. Os determinantes da utilização de serviços de saúde estão relacionados às necessidades de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença), aos usuários (idade, sexo, renda, educação, região de moradia), aos prestadores de serviços

(especialidade, experiência profissional, tipo de prática, formas de pagamento), à organização da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatório, acesso geográfico, modo de remuneração) e à política do sistema de saúde (tipo de sistema de saúde, proposta assistencial, distribuição de recursos, legislação, entre outros) (Travassos e Martins, 2004) (CNDSS), 2008.

Na literatura publicada nos últimos cinco anos, há um importante número de estudos dedicados a conhecer a influência destes diversos fatores no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. Castro et al (2005) procuraram identificar o efeito da oferta de serviços de saúde nas internações hospitalares para adultos e crianças, concluindo que a oferta não altera a associação entre a posição social e o uso de internações hospitalares no Brasil. Os autores encontraram que 97 a 99% da variação na chance de internação são explicados por características do indivíduo, ou seja, apenas 1 a 3% da variação do uso das internações pode ser atribuído a diferenças na oferta entre as unidades da federação (CNDSS), 2008.

Ao analisar o perfil dos indivíduos que procuraram os serviços de saúde nos últimos 15 dias, mas não conseguiram (acesso não realizado), Ribeiro et al (2006) observaram maior dificuldade para aqueles com pior nível socioeconômico. As tentativas sem êxito de acesso aos serviços de saúde foram maiores entre os usuários do SUS, embora 11,2% dos indivíduos com cobertura por planos de saúde também não tenham conseguido ser atendidos no mesmo período de referência, mostrando que a posse de planos de saúde não é suficiente para garantir o acesso. Segundo o autor, tal fato sugere que, pelo menos em parte, os problemas de acesso não se esgotam nas características socioeconômicas dos indivíduos, refletindo também problemas de oferta e organização dos serviços de saúde (CNDSS), 2008.

Entretanto, os papéis das variáveis individuais e de necessidade têm se destacado nos estudos recentes. Análise dos dados da PNAD de 2003 revela que as pessoas da classe de maior renda com restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista têm 59,5% mais chances de usar serviços de saúde do que aquelas da classe de menor renda. O mesmo efeito é observado em relação à escolaridade: entre os indivíduos com 9 ou mais anos de escolaridade a chance de uso é 20,9% maior do que a das pessoas de menor escolaridade. Apesar da persistência de um padrão de marcadas desigualdades sociais no uso de serviços de saúde tanto para adultos quanto para as crianças, observa-se uma tendência de redução ao se comparar com as informações obtidas na PNAD de 1998 (Travassos et al, 2006) (CNDSS), 2008.

A associação inversa entre renda e uso de serviços de saúde foi observada por Lima- Costa (2006), ao comparar os grupos etários de 20-64 anos e 65 anos e mais, mostrando que as desigualdades sociais afetam igualmente adultos e idosos (CNDSS), 2008.

Estudo realizado na cidade de Pelotas mostra que o consumo de consultas médicas é fortemente influenciado pela renda. Indivíduos pertencentes às classes sociais A e B apresentam uma chance 13% maior de obter uma consulta nos três meses anteriores à entrevista quando comparados com aqueles das classes D e E (Capilheira e Santos, 2006) (CNDSS), 2008.

A clientela usuária do SUS é constituída, predominantemente, pela parcela da população de menor renda e baixa escolaridade. Ribeiro, analisando os dados da Região Metropolitana de São Paulo mostra a presença de um gradiente inversamente proporcional entre as variáveis escolaridade e renda e o atendimento pelo SUS, que

se mantém mesmo após o controle de outras variáveis. A chance de um indivíduo com até 3 anos de estudo usar o serviço público é quatro vezes maior do que aquele com 11 anos de estudo ou mais, enquanto naqueles pertencentes aos estratos mais baixos de renda a chance é dezoito vezes maior, quando comparados com os de maior renda (RIBEIRO,2006).

Pessoto et al (2007), analisando as desigualdades no uso de serviços de saúde entre o setor público e o setor privado na região metropolitana de São Paulo, mostram que os possuidores de planos de saúde, independentemente da renda, demandam mais serviços de saúde, quando comparados com aqueles sem plano de saúde. Além disso, o tempo médio de espera para consulta, indicador de qualidade no acesso aos serviços de saúde, é menor entre a população beneficiária dos planos de saúde (CNDSS), 2008.

Em relação ao tipo de serviço utilizado, os que possuem cobertura por planos de saúde procuram mais clínicas e consultórios, e somente 3,9% usam as unidades de saúde do SUS, principalmente para vacinação e acesso a medicamentos cedidos pela rede pública. A parte da população usuária apenas do SUS procura mais prontos-socorros do que centros de saúde (duas vezes mais), sendo muito baixa a referência de uso de clínicas e consultórios. Estas desigualdades apontam para uma grande diferença entre a porta de entrada no sistema de saúde para a população usuária do SUS e os consumidores de planos de saúde. A maior procura por atendimento de urgência/emergência entre os usuários do SUS reflete menor oferta e/ou acesso à rede de unidades básicas (RIBEIRO, 2006).

Com relação às diferenças regionais, o artigo de Travassos et al (2006), já citado, comparando os dados dos dois últimos suplementos de saúde da PNAD (1998

e 2003), pode ser considerado o estudo-síntese da questão. Nele foi observado que as desigualdades geográficas no acesso aos serviços de saúde aumentaram no período estudado. Este aumento foi influenciado pela melhora do acesso nas regiões mais desenvolvidas, comparativamente com as menos desenvolvidas. Nos dois anos, as pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste, com restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista, apresentaram maiores chances de uso dos serviços de saúde do que as residentes nas outras regiões. A chance de uso de serviços na região Norte foi quase a metade da observada nas regiões Sul e Sudeste (45% menos chance). Já nas regiões Nordeste e Centro-Oeste as chances foram 40% e 23% menores, respectivamente. Na análise desagregada por regiões, persistiu o padrão de desigualdades, influenciadas particularmente pela renda e escolaridade. A Região Sul foi a que apresentou maiores desigualdades sociais. Os moradores do sul do país, e que pertencem à classe social mais alta, apresentaram chance 95% maior de uso de serviços quando comparados com os de renda mais baixa. Somente as regiões Sudeste e Norte não apresentaram diferenças significativas no uso de serviços por classe de renda, entretanto nestas regiões a escolaridade foi a variável mais associada com desigualdades (CNDSS), 2008.

Avaliação de programas e intervenções para superação de iniquidades em saúde infantil

Segundo o Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, as intervenções ou programas visando reduzir iniquidades em saúde infantil podem ser avaliados de diferentes formas. A avaliação mais simples consiste em verificar se o programa realmente atingiu os mais pobres. Isto pode ser avaliado através de estimativas da cobertura (que percentual das crianças pobres é atendido

pelo programa?) e foco (que percentual das crianças atendidas pelo programa são pobres?) (Habicht et al, 1984). O cálculo do foco – como o próprio nome indica – é particularmente útil para programas focalizados. Avaliações mais complexas incluem medir se o programa reduziu desigualdades sociais, seja em termos de indicadores de processo (como cobertura vacinal ou uso de serviços de saúde) ou impacto (como mortalidade ou subnutrição).

Além do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil possui um grande número de intervenções com possível impacto sobre iniquidades em saúde e nutrição infantil, como o Programa de Saúde da Família (PSF), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o Programa Bolsa Família (PBF), a Pastoral da Criança, as Ações Integradas de Combate às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), além de programas estaduais, como o Viva Criança, no Ceará (CNDSS), 2008.

No entanto, a maior parte destes programas – quando avaliados – o foram em relação a seu impacto global sobre a saúde materno-infantil como um todo, e não sobre as desigualdades em saúde. Esta avaliação é dificultada pelo fato de que os programas não foram planejados ou implementados de forma a facilitar a medição de seu impacto. Programas de dimensões nacionais como o Bolsa Família ou o PSF, por exemplo, são difíceis de avaliar pois não há grupos-controle adequados. Isso não foi o caso, por exemplo, do programa mexicano similar ao Bolsa Família – Progres, depois reformulado como Oportunidades – para o qual um processo inicial de aleatorização determinou a ordem de implementação geográfica (Rivera al, 2004). A avaliação do Progres revelou que este programa esteve associado a uma melhora na situação nutricional global, mas sobretudo entre as crianças mais pobres, portanto contribuindo para reduzir as desigualdades (CNDSS), 2008.

Se a avaliação destes programas em termos de seu impacto global é problemática, mais difícil ainda é a de seu impacto sobre desigualdades em saúde, uma vez que esta última requer tamanhos de amostra maiores e mensuração do nível socioeconômico na população alvo (CNDSS), 2008.

Treze publicações sobre avaliações de programas e intervenções brasileiros com possível impacto sobre desigualdades em saúde materna e infantil foram localizadas pelo Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, incluindo quatro avaliações do programa Bolsa Família (Andrade, Chein et al, 2007; Andrade, Souza et al, 2007; Conde et al, 2006; Santos et al, 2007), uma do programa Bolsa Alimentação (Morris et al, 2004) e duas da Pastoral da Criança (Cesar, 2005; Neumann, Victora et al, 1999). Já o impacto do PSF sobre a mortalidade infantil foi investigado, em nível nacional, em três estudos (Macinko et al, 2006; Pereira, 2006; Macinko et al, 2007). Um outro estudo avalia o efeito sobre as iniquidades em saúde infantil de diversos programas, incluindo o PSF, a Pastoral da Criança, o Programa Nacional de Imunização (PNI), e o programa de Atenção Pré-Natal (Barros et al, 2005). Finalmente, uma análise investigou o impacto sobre desigualdades em saúde de um programa estadual, o Viva Criança, (Victora, Vaughan et al 2000) e outro estudo avaliou o AIDPI (Victora, Huicho et al 2006) (CNDSS), 2008.

3.7 Inclusão e exclusão social em Porto Alegre

Um dos grandes dilemas que desafiam a humanidade neste novo milênio é a necessidade de redução da pobreza e da exclusão social, que colocam em risco a própria coesão da sociedade. Ainda que Porto Alegre possa ser considerada

privilegiada em relação ao desenvolvimento humano e qualidade de vida que desfrutam os seus habitantes, quando comparada às demais capitais brasileiras, a existência da pobreza e da exclusão social não deixa de ser motivo de apreensão. Por isso, uma condição importante para o desenvolvimento de projetos que minorem o sofrimento experimentado por alguns segmentos sociais é dispor de informações relevantes ao planejamento, acompanhamento e avaliação dos impactos das políticas públicas e programas sociais, permitindo não só a mensuração dos problemas existentes como também a identificação de futuras necessidades (PORTO ALEGRE, 2004).

O *Mapa da Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre* (2004) foi construído por uma equipe multidisciplinar de técnicos da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e teve como objetivo colocar à disposição da sociedade porto-alegrense um novo instrumento de avaliação da realidade local, observando a qualidade de vida que desfrutam algumas regiões, mas também mostrando a vulnerabilidade social que embarga o avanço de outras. Para a realização do trabalho tornou-se necessário contornar algumas dificuldades metodológicas. A princípio, havia a intenção de utilizar os bairros de Porto Alegre como unidade de análise porque são os espaços concretos em que transcorre a vida cotidiana, determinando uma identidade geográfica que envolve o sentimento de pertencimento a um dado lugar e, portanto, interesses em comum com os demais que os habitam quando se trata de melhorar a qualidade de vida local. No entanto, a divisão territorial oficial em 76 bairros, que obrigatoriamente deve ser respeitada pelo IBGE quando realiza o Censo Demográfico, coloca como "sem especificação" cerca de 8% da população que reside em áreas não incluídas na divisão de bairros vigente. Decidiu-se produzir o *Mapa da*

Inclusão e Exclusão de Porto Alegre tendo como unidade de análise as dezesseis regiões do Orçamento Participativo (ROPs). Isso permite incluir todos os bairros que a população reconhece, ainda que alguns deles não sejam oficiais (PORTO ALEGRE, 2004).

O *Mapa da Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre* esboça o quadro das condições de vida nas regiões do Orçamento Participativo, procurando identificar também o processo de exclusão social que atinge determinadas camadas da população principalmente nas áreas periféricas da cidade.

Índice de Condições de Vida e Vulnerabilidade Social das Regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre

Em 1989 foi adotado no município o Orçamento Participativo para a discussão e elaboração do Plano de Investimentos com a participação da população. A implementação desse processo e seus posteriores desenvolvimentos levaram à consolidação da divisão da cidade em 16 regiões político-administrativas, que resultaram de debate entre o Conselho do Orçamento Participativo e os Conselhos Populares, Uniões de Vilas e Fóruns de Entidades de Porto Alegre. Ainda que o Orçamento Participativo não seja institucionalizado por escolha do próprio Conselho, os 82 bairros oficiais e não oficiais que formam o município distribuem-se entre as 16 regiões constituídas para a deliberação sobre o orçamento municipal, seguindo critérios de uso social e de organização política do movimento comunitário. Esta regionalização que é utilizada para a discussão de prioridades de investimento, implantação de equipamentos urbanos e prestação dos serviços públicos municipais, foi adotada para identificar as desigualdades nas condições de vida da população

porto-alegrense. Portanto, convém especificar a composição das regiões do Orçamento Participativo por bairros agregando as informações demográficas básicas, conforme é mostrado na tabela 4 extraída do documento *Mapa da Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre* (PORTO ALEGRE, 2004).

Tabela 4: Regiões do Orçamento Participativo, composição por bairros, população, densidade demográfica, taxas de crescimento e participação no total da população

Regiões/Bairros	População residente 2000	Área (km²)	Densidade (hab./ km²)	Taxa crescimento 1991-2000 (%)	% no total da população
1- Humaitá/Ilhas/Navegantes					
Anchieta	1.281	5,21	245,87	0,5	0,09
Arquipélago	7.619	44,2	172,38	4,4	0,56
Farrapos	17.083	1,65	10.353,33	2,7	1,26
Humaitá	10.293	4,16	2.474,28	-0,5	0,76
Navegantes	4.227	2,2	1.921,36	-4,6	0,31
São Geraldo	9.202	1,89	4.868,78	5,8	0,68
Total	49.705	59,31	838,05	-0,6	3,65
2-Noroeste					
Boa Vista	9.030	1,09	8.284,40	1,2	0,66
Cristo Redentor	15.505	1,39	11.154,68	0,2	1,14
Higienópolis	9.096	1,06	8.581,13	0,1	0,67
Jardim Floresta	4.237	0,75	5.649,33	0,2	0,31
Jardim Itu	7.569	1,39	5.445,32	nd	0,56
Jardim Lindóia	7.932	0,92	8.621,74	1,6	0,58
Jardim São Pedro	5.152	1,21	4.257,85	1,8	0,38
Passo da Areia	20.880	2,53	8.252,96	-0,7	1,53
Santa Maria Goretti	3.964	0,71	5.583,10	-2,4	0,29
São João	18.721	6,02	3.109,80	5,4	1,38
São Sebastião	6.714	1,06	6.333,96	-0,1	0,49
Vila Ipiranga	21.105	2,6	8.117,31	-0,6	1,55
Total	129.905	20,73	6.266,52	0,2	9,55
3-Leste					
Bom Jesus	30.423	2,02	15.060,89	3,7	2,24
Chácara das Pedras	6.479	1,07	6.055,14	0,3	0,48
Jardim Carvalho	25.161	4,02	6.258,96	1,0	1,85
Jardim do Salso	4.530	0,92	4.923,91	0,2	0,33
Jardim Sabará	14.987	2,12	7.069,34	nd	1,10
Morro Santana	19.236	2,49	7.725,30	nd	1,41
Três Figueiras	3.657	1,34	2.729,10	-1,1	0,27
Vila Jardim	14.450	1,43	10.104,90	4,8	1,06
Total	118.923	15,41	7.717,26	1,7	8,74
4-Lomba do Pinheiro					
Agronomia	12.393	16,66	743,88	21,2	0,91
Lomba do Pinheiro	43.882	33,99	1.291,03	2,5	3,23
Total	56.275	50,65	1.111,06	4,9	4,14
5-Norte					
Sarandi	90.665	28,76	3.152,47	5,7	6,66
Total	90.665	28,76	3.152,47	5,7	6,66
6-Nordeste					
Mário Quintana	28.518	6,78	4206,19	nd	2,10
Total	28.518	6,78	4.206,19	nd	2,10
7-Partenon					
Cel. Aparício Borges	15.100	2,19	6.894,98	-1,7	1,11
Partenon	47.430	6,25	7.588,80	-0,1	3,49
Santo Antônio	15.003	1,49	10.069,13	0,2	1,10
São José	30.164	3,56	8.473,03	1,4	2,22
Vila João Pessoa	12.641	1,08	1.1704,63	1,8	0,93
Total	120.338	14,57	8.259,30	-0,6	8,84

Tabela 4: Regiões do Orçamento Participativo, composição por bairros, população, densidade demográfica, taxas de crescimento e participação no total da população

(continuação)

Regiões/Bairros	População residente 2000	Área (km²)	Densidade (hab./ km²)	Taxa crescimento 1991-2000 (%)	% no total da população
8-Restinga					
Restinga	53.764	38,56	1.394,29	5,4	3,95
Total	53.764	38,56	1.394,29	5,4	3,95
9-Glória					
Belém Velho	8.274	9,16	903,28	4,7	0,61
Cascata	27.784	7,59	3.660,61	3,7	2,04
Glória	9.077	1,44	6.303,47	-0,1	0,67
Total	45.135	18,19	2.481,31	0,9	3,32
10-Cruzeiro					
Medianeira	10.701	1,26	8.492,86	-2,5	0,79
Santa Tereza	59.222	5,56	10.651,44	3,9	4,35
Total	69.923	6,82	10.252,64	1,8	5,14
11-Cristal					
Cristal	30.220	3,92	7.709,18	3,8	2,22
Total	30.220	3,92	7.709,18	3,8	2,22
12-Centro Sul					
Camaquã	22.009	2,27	9.695,59	-0,4	1,62
Campo Novo	7.652	5,92	1.292,57	nd	0,56
Cavanhada	15.403	1,89	8.149,74	-2,6	1,13
Nonoai	21.393	4,38	4.884,25	-3,6	1,57
Teresópolis	9.877	3,51	2.813,96	-1,9	0,73
Vila Nova	33.417	10,85	3.079,91	1,5	2,46
Total	109.751	28,82	3.808,15	0,7	8,07
13-Extremo Sul					
Belém Novo	13.787	28,49	483,92	2,6	1,01
Chapéu do Sol	2.620	5,00	524,00	1,9	0,19
Lageado	6.476	44,96	144,04	5,4	0,48
Lami	3.493	28,20	123,87	5,4	0,26
Ponta Grossa	3.290	9,36	351,50	6,7	0,24
Total	29.666	116,01	255,72	4,8	2,18
14-Eixo Baltazar					
Passo das Pedras	24.549	3,79	6.477,31	9,5	1,80
Rubem Berta	68.536	8,20	8.358,05	-0,5	5,04
Total	93.085	11,99	7.763,55	-0,2	6,84
15-Sul					
Espírito Santo	6.121	1,90	3.221,58	1,8	0,45
Guarujá	4.841	1,47	3.293,20	9,5	0,36
Hípica	10.948	9,51	1.151,21	6,6	0,80
Ipanema	20.790	10,21	2.036,24	5,5	1,53
Pedra Redonda	316	0,51	619,61	0,1	0,02
Serraria	4.682	1,75	2.675,43	-1,7	0,34
Tristeza	14.837	2,77	5.356,32	0,5	1,09
Vila Assunção	3.819	1,24	3.079,84	-1,9	0,28
Vila Conceição	1.467	0,37	3.964,86	0,4	0,11
Total	67.821	29,73	2.281,23	2,7	4,98

Tabela 4: Regiões do Orçamento Participativo, composição por bairros, população, densidade demográfica, taxas de crescimento e participação no total da população

(continuação)

Regiões/Bairros	População residente 2000	Área (km ²)	Densidade (hab./ km ²)	Taxa crescimento 1991-2000 (*)	% no total da população
16-Centro					
Auxiliadora	9.985	0,84	11.886,90	-0,3	0,73
Azenha	10.475	1,15	9.108,70	-4,2	0,77
Bela Vista	10.097	0,98	10.303,06	3,2	0,74
Bom Fim	9.368	0,38	24.652,63	-2,4	0,69
Centro	36.591	2,39	15.310,04	-1,8	2,69
Cidade Baixa	18.523	0,93	19.917,20	-0,5	1,36
Farroupilha	1.101	0,66	1.668,18	-1,4	0,08
Floresta	15.493	2,19	7.074,43	-5,4	1,14
Independência	10.986	0,57	19.273,68	4,5	0,81
Jardim Botânico	11.494	2,03	5.662,07	-0,6	0,84
Menino Deus	30.717	2,31	13.297,40	0,2	2,26
Moinhos de Vento	8.067	0,93	8.674,19	-0,1	0,59
Mont'Serrat	10.236	0,79	12.956,96	0,3	0,75
Petrópolis	34.593	3,39	10.204,42	-0,5	2,54
Praia de Belas	1.869	2,61	716,09	-0,3	0,14
Rio Branco	16.473	1,37	12.024,09	-2,7	1,21
Santa Cecília	5.800	0,68	8529,41	-1,2	0,43
Santana	25.028	1,8	13.904,44	0,7	1,84
Total	266.896	26,0	10.265,23	-0,3	19,62
Porto Alegre	1.360.590	476,25	2856,88	0,91	100,00

Fonte: Elaboração própria - GT-Mapa da Inclusão/Exclusão de Porto Alegre com base nos dados do IBGE, Censo Demográfico 2000: Resultados do Universo, setores censitários; Geoprocessamento - Secretaria do Planejamento Municipal.

(*) Taxa média geométrica de crescimento anual.

O *Mapa da Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre* procurou traçar os índices de condições de vida (ICV) e de vulnerabilidade social (IVS) nas regiões do Orçamento Participativo, enfocando-as da perspectiva de maior ou menor probabilidade de concentrarem segmentos populacionais em situação de pobreza. Partiu da premissa de que, embora a exclusão social seja um processo e, como tal, difícil de apreender diretamente, seria possível identificar probabilidades de ocorrência através de determinadas características da população. A insuficiência de renda e o baixo nível educacional, a maior participação de crianças e adolescentes na população, a menor proporção de pessoas que conseguem chegar a uma idade mais avançada, entre outros aspectos apontados no estudo, são indicadores diretos de pobreza.

Para o cálculo do ICV e do IVS foram utilizados os seguintes critérios, descritos no quadro abaixo extraído do documento *Mapa da Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre*:

ÍNDICE DE CONDIÇÕES DE VIDA - POA	ICV_POA00
RENDA	ICV_REN10
Renda Média dos Responsáveis p/Domicílios em SM	ICV_REN11
Desigualdade de Renda	ICV_REN12
EDUCAÇÃO	ICV_EDU20
Taxa de Alfabetização	ICV_EDU21
Nº Médio de Anos de Estudo dos Responsáveis p/Domicílios	ICV_EDU22
% de Responsáveis p/Domicílios c/11 Anos e Mais de Estudo	ICV_EDU23
LONGEVIDADE	ICV_LON30
Taxa de Mortalidade Infantil	ICV_LON31
Índice de Envelhecimento	ICV_LON32
INFÂNCIA e ADOLESCÊNCIA	ICV_INF40
Taxa de Escolarização de Crianças de 4 a 6 Anos	ICV_INF41
Taxa de Escolarização de Crianças de 7 a 14 Anos	ICV_INF42
Taxa de Escolarização da População de 15 a 17 Anos	ICV_INF43
CONDIÇÕES HABITACIONAIS	ICV_HAB50
% de Domicílios c/Abastecimento de Água Adequado	ICV_HAB51
% de Domicílios c/Esgotamento Sanitário Adequado	ICV_HAB52
% de Domicílios c/Recolhimento de Lixo Adequado	ICV_HAB53

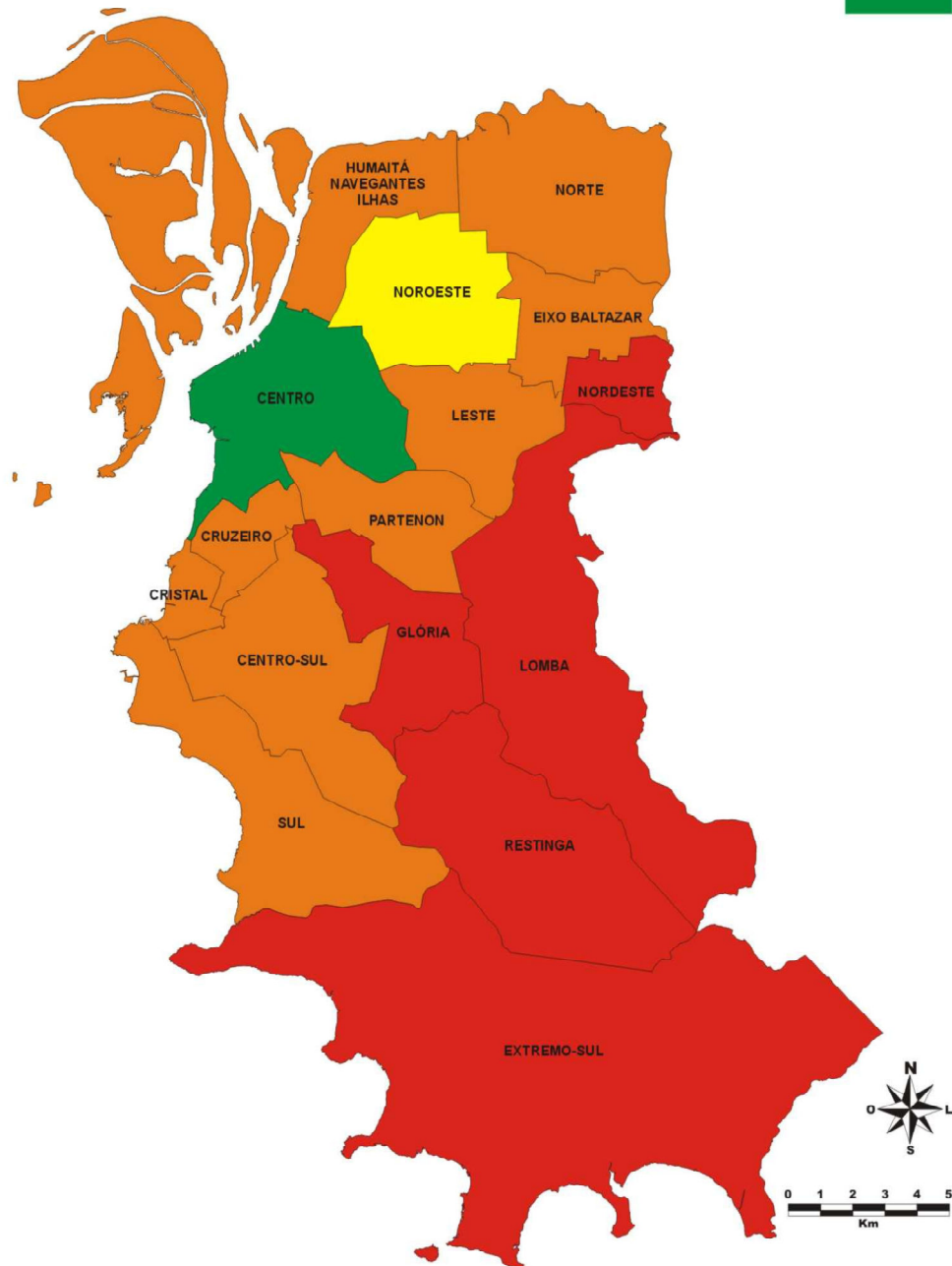
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL - POA	IVS_POA00
RENDA	IVS_REN10
% de Responsáveis p/Domicílios s/Rendimentos	IVS_REN11
% de Responsáveis p/Domicílios c/Rendimentos até 1 SM	IVS_REN12
% de Responsáveis p/Domicílios c/Rendimentos até 2 SM	IVS_REN13
EDUCAÇÃO	IVS_EDU20
% de Responsáveis p/Domicílios Não Alfabetizados	IVS_EDU21
% de Responsáveis p/Domicílios c/Menos de 4 Anos de Estudo	IVS_EDU22
% de Responsáveis p/Domicílios c/Menos de 8 Anos de Estudo	IVS_EDU23
LONGEVIDADE	IVS_LON30
Taxa de Mortalidade Infantil	IVS_LON31
Índice de Envelhecimento	IVS_LON32
VULNERABILIDADE INFANTO-JUVENIL	IVS_VIJ40
% de Crianças e Adolescentes	IVS_VIJ41
Taxa de Homicídios	IVS_VIJ42
DESENVOLVIMENTO INFANTIL	IVS_INF50
% de Nascidos vivos de Mães c/Menos de 8 Anos de Estudo	IVS_INF51
% de Nascidos Vivos de Mães c/Menos de 20 Anos	IVS_INF52
% de Crianças de 0 a 6 Anos que Frequentam Escola	IVS_INF53
% de Crianças de 7 a 14 Anos que Frequentam Escola	IVS_INF54
HABITAÇÃO	IVS_HAB60
% de Domicílios em Aglomerados Subnormais	IVS_HAB61
% de Domicílios em Situação de Irregularidade Fundiária	IVS_HAB62

Com base na divisão político-administrativa das regiões do Orçamento Participativo, apresenta-se no Quadro 3, extraído do documento *Mapa da Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre*, a classificação obtida pelas Regiões do Orçamento Participativo no Índice de Condições de Vida (ICV) (PORTO ALEGRE, 2004).

Quadro 3: Classificação das Regiões do Orçamento Participativo conforme o Índice de Condições de Vida

CONDIÇÕES DE VIDA			
ALTA	MÉDIA	BAIXA	MUITO BAIXA
REGIÃO	REGIÃO	REGIÃO	REGIÃO
16.CENTRO	02.NOROESTE	05.NORTE	06.NORDESTE
		10.CRUZEIRO	04.LOMBA DO PINHEIRO
		01.HUMAITÁ/LHAS/NAVEG.	08.RESTINGA
		14.EIXO BALTAZAR	04.EXTREMO SUL
		07.PARTENON	09.GLÓRIA
		12.CENTRO SUL	
		03.LESTE	
		11.CRISTAL	
		15.SUL	

Índice de Condições de Vida - POA



ÍNDICES*

- 0,80 A 1,00 **ALTO**
- 0,70 A 0,80 **MÉDIO**
- 0,50 A 0,70 **BAIXO**
- 0,00 A 0,50 **MUITO BAIXO**

* Quanto maior o índice, melhor a condição de vida

OBSERVAÇÕES:

Dimensões

1. *Renda* ICV_REN10; 2. *Educação* ICV_EDU20;
3. *Longevidade* ICV_LON30; 4. *Infância e Adolescência* ICV_INF40 e 5. *Condições Habitacionais* ICV_HAB50

Fonte: Elaboração GT Mapa da Inclusão e Exclusão Social
Dados do Censo Demográfico de 2000/IBGE

A observação dos resultados apresentados no Quadro 3 mostra-nos que cinco Regiões do Orçamento Participativo –Nordeste, Lomba do Pinheiro, Restinga, Extremo Sul e Glória– exibem ICV muito baixo, enquanto nove regiões – Norte, Cruzeiro, Humaitá/Ilhas/Navegantes, Eixo Baltazar, Partenon, Centro Sul, Leste, Cristal e Sul - encontram-se em um nível baixo. Já as regiões em melhor situação, Noroeste e Centro, atingem um ICV médio e alto, respectivamente (PORTO ALEGRE, 2004).

Breve análise da situação das dezesseis regiões de acordo com a classificação obtida (PORTO ALEGRE, 2004):

ICV alto. Apenas a ROP Centro classificou-se com ICV alto entre todas as regiões de Porto Alegre. Esta é região mais populosa da cidade, concentrando dezoito bairros que contam com boa infra-estrutura, os quais abrangem 19,6% da população total da cidade. No entanto, com exceção de Bela Vista, Independência, Mont'Serrat e Santana, todos os outros bairros que a compõem vêm perdendo população, alguns deles desde a década de 1980. Isso tem levado ao declínio da função residencial com a transição para uma área de comércio e serviços sofisticados destinados a camadas de renda mais elevada, situação nítida no bairro Moinhos de Vento. Já o bairro Bela Vista, de alta valorização imobiliária, vem exibindo crescimento significativo desde a década de 1980. Tomando-se a renda dos responsáveis pelos domicílios como *proxy* para a renda domiciliar, a da região Centro é 1,7 vezes superior à média do município e 6,4 vezes a daqueles que habitam a região Nordeste, que exibe o menor ICV. No entanto, metade dos chefes de família auferem rendimentos superiores a 10 salários mínimos e o restante situa-se em patamar inferior a este valor. Por isso, a ROP Centro apresenta muita diversidade, com bairros de classe média em franca

decadência e outros de padrão elitizado. No que se refere à educação, os responsáveis pelos domicílios da região Centro têm, em média, o curso superior. Os chefes de família com ensino médio completo e/ou curso superior representam 57,1% dessa categoria. A escolaridade dos chefes de família da ROP Centro é 1,3 vezes superior à média de Porto Alegre e 2,3 vezes a da ROP Nordeste. Comprovando o alto desenvolvimento humano que desfrutam os moradores da região Centro, verifica-se que a mortalidade infantil desta ROP é a mais reduzida entre todas as demais áreas da cidade. O seu coeficiente de mortalidade infantil é de 10,2 por mil nascidos vivos. A concentração de idosos também é significativa, evidenciada pelo índice de envelhecimento da região que é de 137 idosos para cem crianças e adolescentes. Desta forma, a expectativa de vida elevada exibida pelos moradores desta região realça a sinergia existente entre renda e educação, componentes essenciais à obtenção de uma série de vantagens materiais e imateriais. Isso faz com que a qualidade de vida da ROP Centro alcance um alto patamar em relação ao conjunto da cidade. Entre as vantagens imateriais propiciadas de modo geral por renda e educação está o acesso à cultura, ao lazer, ao entretenimento, bem como maior autonomia, ou poder de decisão acerca da própria vida. As crianças e adolescentes da região também possuem maior acesso à educação e cultura, comprovada pelo fato de que a integralidade das populações de 7 a 14 anos e de 15 a 17 anos acha-se matriculada no ensino fundamental e médio, respectivamente. Em relação às condições habitacionais, apenas 0,2% dos domicílios não possuem abastecimento de água adequado, 0,3% não têm esgotamento sanitário adequado e 0,1% não tem seu lixo recolhido por serviço de limpeza. Essa carência em saneamento básico na ROP Centro deve-se à presença de 29 pequenos assentamentos irregulares.

ICV médio. A ROP Noroeste obteve ICV médio. A região é constituída por doze bairros de alta concentração populacional, correspondendo a 9,5% da população total de Porto Alegre. Alguns bairros que a compõem surgiram do incentivo à moradia de operários fabris nas proximidades da área industrial como forma de reduzir os custos com transporte para o deslocamento ao local de trabalho. Um dos exemplos mais significativos disso foi a implantação da Vila do IAPI, construída pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários no bairro Passo da Areia em 1950. Como a região Centro, a ROP Noroeste dispõe de boa infraestrutura urbana e todos os serviços e equipamentos públicos essenciais. A renda média dos responsáveis pelos domicílios é a terceira mais elevada entre as regiões, atingindo 12,34 salários mínimos. Os chefes de família têm escolaridade relativamente elevada, apresentando em média 10,4 anos de estudo. Nessa ROP, 38,4% dos responsáveis pelos domicílios possuem ensino médio ou superior. No que se refere à longevidade, a região Noroeste exibe o segundo maior contingente de idosos da cidade. O seu índice de envelhecimento é de 89 idosos para cem crianças e adolescentes. A mortalidade infantil também é mais reduzida, atingindo 12,8 óbitos por mil nascidos vivos. Em relação ao desenvolvimento de crianças e adolescentes, a região Noroeste apresenta a segunda melhor taxa de escolarização no segmento de 4 a 6 anos; 63,4% da população desta faixa etária estão matriculados em escolas infantis. Nesta região todas as crianças de 7 a 14 anos freqüentam o ensino fundamental e 93,78% dos adolescentes de 15 a 17 anos cursam o ensino médio. As condições habitacionais desta região em termos de saneamento básico são relativamente boas, pois apenas 0,1% dos domicílios não têm abastecimento de água provindo de rede geral e 2,5% mostram carência de esgotamento sanitário. Isso se deve à existência de 18 vilas

irregulares, entre as quais algumas exibem características de aglomerado subnormal ou favela como a Vila Dique I e a Vila Nazaré.

ICV baixo. No conjunto da cidade, nove regiões – Humaitá/Ilhas/Navegantes, Leste, Norte, Partenon, Cruzeiro, Cristal, Centro Sul, Eixo Baltazar e Sul - obtiveram escore baixo no ICV. Estas ROPs concentram 55,7% da população de Porto Alegre. Todavia, há grandes disparidades entre os bairros que as compõem. Pode-se citar como exemplo destas disparidades a região Leste, que abrange o bairro Três Figueiras com a renda média mais elevada da cidade (38,4 salários mínimos) em contraste com o bairro Bom Jesus com renda média de 4,43 salários mínimos. Ou seja, a ROP Leste apresenta a peculiaridade de possuir um bairro que representa um enclave de riqueza cercado por um grande bolsão de pobreza, o que faz com que obtenha um escore baixo de ICV. As regiões que apresentam piores condições de vida em relação às demais que se classificaram no segmento de baixo ICV, são as ROPs Norte, Cruzeiro e Eixo Baltazar, as quais são formadas apenas por um ou dois bairros. No que tange à renda dos responsáveis pelos domicílios, a mais baixa encontra-se na região Norte formada apenas pelo bairro Sarandi com renda de 4,41 salários mínimos, enquanto a mais elevada é a da ROP Cristal com 9,37 salários mínimos. Em consequência, a ROP Norte/bairro Sarandi mostra a menor desigualdade de renda (0,08), o que significa que a maior parte dos chefes de família tem baixos rendimentos, ao passo que a ROP Cristal/bairro Cristal exibe a maior desigualdade (0,38), resultante da convivência na mesma região/bairro de famílias com diferentes níveis de renda. Em termos de segregação espacial, pode-se concluir que a região Norte é mais segregada que a Cristal. O nível educacional das regiões mostra o mesmo comportamento que a variável renda, o que realça a associação

existente entre ambas. Na ROP Norte/bairro Sarandi os responsáveis pelos domicílios têm 6,5 anos de estudo e somente 6,5% deles possuem o ensino médio completo ou curso superior. Já na ROP Cristal, a escolaridade dos chefes de família é de 9,3 anos de estudo, com 28,9% deles contando com nível educacional médio ou curso superior. Na dimensão longevidade pode-se aprofundar a análise das diferenças entre as regiões de baixo ICV. A ROP Humaitá/Ilhas/Navegantes apresenta o segundo mais elevado coeficiente de mortalidade infantil (20,4 por mil) entre as dezesseis ROPs, mas possui maior contingente de idosos (41,01 por 100 crianças e adolescentes). Essa aparente disparidade deve-se à existência de áreas de grande pobreza como a Vila Areia, a Vila Esperança e a Ilha das Flores, portanto, com elevada mortalidade infantil, ao lado de bairros como Navegantes e São Geraldo em que é significativa a participação de idosos. Em relação ao acesso de crianças e adolescentes à educação no grupo de regiões de baixo ICV, deve-se ressaltar a situação mais precária das ROPs Cruzeiro e Cristal no que se refere à inclusão de crianças de 4 a 6 anos no ensino pré-escolar. Nesta faixa etária apenas 30,1% das crianças da ROP Cruzeiro, e 31% daquelas da ROP Cristal têm acesso ao nível pré-escolar. A mesma carência se repete no ensino fundamental, com 81,9% da população de 7 a 14 anos da ROP Cruzeiro incluída neste nível de ensino, e 75,9% na ROP Cristal. No nível médio, a pior inserção educacional é encontrada na ROP Centro Sul, a qual tem apenas 18,79% da população de 15 a 17 anos matriculada neste nível de ensino, seguida pela ROP Norte com 19,31% dos adolescentes matriculados no nível médio. As condições habitacionais nas regiões de baixo ICV são as piores situações quanto ao abastecimento de água especialmente nas ROPs Humaitá/Ilhas/Navegantes e Cruzeiro, que têm 92% e 97,6% dos domicílios

particulares permanentes com fornecimento de água através de rede geral, respectivamente. O esgotamento sanitário é mais deficiente nas ROPs Humaitá/Ilhas/Navegantes e Cristal, com 83,7% e 90,7% dos domicílios tendo acesso a esse serviço público, respectivamente. No que tange ao recolhimento de lixo, o atendimento mais precário é o da ROP Humaitá/Ilhas/Navegantes com 98,7% dos domicílios abrangidos pela coleta através do Departamento Municipal de Limpeza Urbana.

ICV muito baixo. Entre as cinco ROPs que obtiveram ICV muito baixo – Lomba do Pinheiro, Nordeste, Restinga, Glória e Extremo Sul – as três primeiras possuem características de áreas periféricas. A região Lomba do Pinheiro é formada por dois bairros, Agronomia e Lomba do Pinheiro. O bairro Lomba do Pinheiro é composto por cinco vilas antes pertencentes ao município de Viamão, área que foi anexada a Porto Alegre em 1993 por demanda dos próprios moradores. Como eram vilas carentes de infra-estrutura básica e dada a vizinhança com Porto Alegre, os moradores buscaram a anexação como forma de melhorar as suas condições de moradia. Nesta região encontram-se algumas áreas densamente povoadas ao lado de outras com características rurais, loteamentos irregulares e clandestinos, áreas com habitações precárias e locais considerados de preservação permanente. A ROP Nordeste é formada pelo bairro Mário Quintana e vinte e cinco assentamentos em situação de irregularidade fundiária, a maior parte deles de médio porte. A área abrangida pela região é de 6,78 km², dos quais 19% pertencem ao Departamento Municipal de Habitação, incluindo a Chácara da Fumaça. A área conhecida como Chácara da Fumaça tornou-se, a partir dos anos de 1980, um local destinado aos reassentamentos promovidos pelo poder público municipal, deslocando-se para a

região um número significativo de populações removidas de áreas de risco, ocupações irregulares ou que estavam sendo despejadas em função de ações de reintegração de posse. A ROP Restinga é uma área com 38,56 km² e 28,4 quilômetros distante do centro da cidade. A ocupação da região teve início em 1967 por ocasião da remoção das vilas Teodora, Marítimos, Ilhota e Santa Luzia, que originaram o loteamento atualmente conhecido como Restinga Velha. Em 1971, o Departamento Municipal de Habitação implantou um grande loteamento na área que recebeu a denominação de Restinga Nova. Este novo empreendimento contava com infra-estrutura, praças, pavimentação e equipamentos comunitários, era formado por cinco unidades vicinais, mas somente quatro delas foram concluídas. Os bairros Belém Velho, Cascata e Glória formam a região Glória que é uma área de transição entre as áreas de ocupação intensiva e rarefeita de Porto Alegre, ocupando 18,19 km². Nos anos de 1950, algumas empresas loteadoras iniciaram o parcelamento de áreas da região, mas não conseguiram vendê-las. Isso permitiu que famílias sem recursos para adquirir moradia própria ocupassem esses terrenos. Na década de 1960, acelerou-se o ritmo de ocupação de áreas particulares e públicas da região, incluindo terrenos de propriedade do Departamento Municipal de Habitação. Entre o final dos anos 1960 e início dos anos 1970, a União de Moradores das Vilas de Porto Alegre (UMVP) implantou os loteamentos Jardim Cascata, Jardim Renascença e Nossa Senhora de Lourdes destinados à famílias de baixos rendimentos. O bairro Belém Velho, que se direciona a área rarefeita, bem como o bairro Cascata, localizado entre morros, apresentam predominância de famílias de poucos recursos. Já o bairro Glória é ocupado por segmentos de maior poder aquisitivo, mas vem perdendo população para outras áreas da cidade. A região Extremo Sul ocupa uma área de 116,01 km²,

destacando-se por concentrar áreas com dominância de atividades primárias intercaladas com núcleos urbanos e áreas de preservação ambiental. É formada pelos bairros Belém Novo, Lageado, Lami, Chapéu do Sol e Ponta Grossa. Até a década de 1970, a ROP Extremo Sul era um balneário freqüentado pelas famílias portoalegrenses. Posteriormente, a crescente poluição das águas do Guaíba e a procura pelas praias do litoral Norte fizeram com que perdesse essa característica. No entanto, a instalação de sítios de lazer e sedes campestres de diversas instituições locais permitiu-lhe tornar-se uma área identificada com o lazer rural. No final dos anos de 1990, tornou-se atrativa à construção de grandes condomínios residenciais a camadas de altas rendas, que podem desfrutar maior contato com a natureza aliado aos confortos propiciados por este tipo de empreendimento. Esta região é ecologicamente estratégica para a cidade, tendo sido gravada no Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano e Ambiental de Porto Alegre como área de ocupação rarefeita devido à existência de extensa área de patrimônio natural. Tendo em vista as características mencionadas, essas regiões da cidade obtiveram ICV muito baixo, devido à combinação de situações adversas de insuficiência de renda, baixa escolaridade e precariedade habitacional. Estas são as regiões que apresentam os piores indicadores sociais de Porto Alegre, com exceção da Região Extremo Sul.

O *Índice de Vulnerabilidade Social* foi construído com o objetivo de aprofundar a análise das condições de vida das dezesseis regiões do Orçamento Participativo, complementando o quadro social produzido pelo *Índice de Condições de Vida*. Os indicadores sociais selecionados permitem observar as vulnerabilidades de determinados segmentos da população, as quais representam entraves ao seu desenvolvimento humano e social. O Quadro 4, extraído do documento *Mapa da*

Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre, sintetiza a classificação obtida pelas regiões do Orçamento Participativo no IVS (PORTO ALEGRE, 2004).

Quadro 4: Classificação das Regiões do Orçamento Participativo no Índice de Vulnerabilidade Social

VULNERABILIDADE SOCIAL		
BAIXA	ALTA	MUITO ALTA
REGIÃO	REGIÃO	REGIÃO
16.CENTRO	05.NORTE	06.NORDESTE
02.NOROESTE	01.HUMAITÁ/ILHAS/NAVEG.	10.CRUIZEIRO
	11.CRISTAL	08.RESTINGA
	13.EXTREMO SUL	04.LOMBA DO PINHEIRO
	03.LESTE	09.GLÓRIA
	07.PARTENON	
	14.EIXO BALTAZAR	
	12.CENTRO SUL	
	15.SUL	

IVS muito alto. Cinco regiões do Orçamento Participativo classificaram-se com um IVS muito elevado – Nordeste, Cruzeiro, Restinga, Lomba do Pinheiro e Glória – todas elas, com exceção da ROP Cruzeiro, também receberam um ICV muito baixo. Em conjunto essas cinco regiões concentram 19% da população de Porto Alegre.

Índice de Vulnerabilidade Social - POA



ÍNDICES*

- 0,80 A 1,00 **ALTO**
- 0,70 A 0,80 **MÉDIO**
- 0,50 A 0,70 **BAIXO**
- 0,00 A 0,50 **MUITO BAIXO**

* Quanto maior o índice, menor a vulnerabilidade social

OBSERVAÇÕES: Dimensões

1. Renda IVS_REN10;
2. Educação IVS_EDU20;
3. Longevidade IVS_LON30;
4. Vulnerabilidade Infantil IVS_VIJ40;
5. Desenvolvimento Infantil IVS_INF50;
6. Habitação IVS_HAB60

Fonte: Elaboração GT Mapa da Inclusão e Exclusão Social
Dados do Censo Demográfico de 2000/IBGE

3.8 Metas do Milênio

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram estabelecidos pela ONU – Organização das Nações Unidas em 2000 ao analisar os maiores problemas mundiais e foram adotados pelos governos de 189 países — incluindo o Brasil — como um compromisso para diminuir a desigualdade e melhorar o desenvolvimento humano no mundo. Ele prevê oito grandes objetivos, a serem cumpridos, em sua maioria, até 2015: **erradicar a extrema pobreza e a fome; atingir o ensino básico universal; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento**

O Brasil, se mantiver o ritmo do período entre 1990 e 2004, deve conseguir atingir a primeira meta, considerada central nos Objetivos do Milênio, por guardar estreita relação com todas as demais metas: reduzir à metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população vivendo em extrema pobreza. Em 1990, 23,4% da população brasileira vivia abaixo da linha nacional de extrema pobreza; em 2004, essa proporção havia recuado para 14,2%. Para conseguir reduzir a porcentagem de 1990 pela metade ainda são necessários esforços adicionais, mas 78,3% da meta já foi cumprida, aponta o relatório. Parte desse avanço, indica o documento, deve-se a projetos sociais, como o Bolsa Escola e o Bolsa Família, apontado como um “dos exemplos mais bem-sucedidos de transferências condicionadas na região“. Na América Latina e no Caribe, o avanço tem sido mais lento: a região cumpriu apenas

34,2% da meta (a proporção de latino-americanos em situação de extrema pobreza passou de 22,5%, em 1990, para 18,6%, em 2004).

O desempenho brasileiro nessa área, porém, tem sido acompanhado por uma das mais agudas desigualdades de renda da América Latina, justamente a região com maior desigualdade no planeta. O Brasil é, por exemplo, o país latino-americano em que os 20% mais ricos se apropriam da maior fatia da renda nacional (62,4%). Uma diminuição da iniquidade permitiria que o Brasil, assim como a América Latina, reduzisse a pobreza mais rapidamente, mesmo com taxas menores de crescimento econômico(CEPAL,2005).

3.9 Considerações sobre implicações éticas em imunizações na perspectiva de política pública

A imunização contra doenças infecciosas representa uma das maiores conquistas da ciência. Os benefícios da vacinação não se limitam à pessoa vacinada; há também considerável benefício de saúde pública. Na especificidade da vacinação infantil, em relação a muitas vacinas, quem opta por vacinar seus filhos diminui o risco para outras pessoas, tanto para as que não foram vacinadas por outros motivos, quanto para as que se vacinaram, mas não desenvolveram imunidade. Por outro lado, existem os custos que a não-vacinação pode acarretar para a sociedade (por exemplo, a magnitude e transcendência da hepatite B no Brasil). Identificar e realizar ações sobre os fatores que limitam a disponibilidade e o acesso das pessoas às vacinas torna-se uma grande responsabilidade ética (OSELKA, 2009).

JUSTIFICATIVA

Este estudo é uma sub-análise dos dados do INQUÉRITO DE COBERTURA VACINAL NAS ÁREAS URBANAS DAS CAPITAIS DOS ESTADOS. BRASIL. 2007, cujo objetivo foi estimar a cobertura vacinal na população de 18 a 30 meses de idade na coorte de nascimentos de 2005 em três momentos de sua vida, a saber: em menores de um ano, aos 18 meses e no momento da entrevista, residentes nas áreas urbanas das capitais de todas as unidades federativas do Brasil. Além de obter a cobertura para a capital, o inquérito foi elaborado para estimar a cobertura vacinal em cada um dos estratos de condições de vida existentes e as estimativas ponderadas permitiram, também, avaliar a cobertura vacinal dos residentes nas capitais por macro região e para o país. Como já citado anteriormente, a cobertura vacinal encontrada pelo Inquérito Vacinal para a vacina contra hepatite B em crianças aos 18 meses de idade em Porto Alegre ficou abaixo da recomendação (MORAES, 2007).

Apesar de o Programa Nacional de Imunizações - uma política pública de caráter universal - ser oferecido a todas as crianças brasileiras pelos serviços existentes em todas as áreas geográficas do país e em número aparentemente suficiente para a maioria dos municípios, independentemente do poder aquisitivo das famílias, observam-se diferentes coberturas vacinais entre os Estados e entre os municípios; e dentro de cada município, entre as diferentes classes da população. Do ponto de vista nacional, interessa saber se as coberturas vacinais são homogêneas nos diferentes Estados (se não o são, a taxa nacional deve ser obtida por meio de ponderação das taxas estaduais, segundo o tamanho populacional). Para a gerência do programa em cada Estado, interessa conhecer as diferenças entre os municípios

segundo o tamanho populacional, o nível socioeconômico e a organização dos serviços de saúde (MORAES, RIBEIRO, SIMÕES, CASTRO, BARATA, 2003).

No âmbito local, interessa avaliar as diferenças dentro dos municípios, isto é, as diferenças na cobertura para diferentes grupos populacionais ou espaços socialmente ocupados. E sabe-se que, de maneira geral, quanto melhor estruturada estiver a rede de atenção básica, maior será o acesso e a adesão ao Programa Nacional de Imunizações (MORAES, RIBEIRO, SIMÕES, CASTRO, BARATA, 2003).

Manifestações de organizações não-governamentais que representam interesses de cidadãos portadores de hepatite B no Brasil, revelando uma preocupação com as baixas coberturas da vacina contra hepatite B no país (VARALDO, 2007, 2008), também reforçam a necessidade de pesquisas que constituam evidências, contribuindo assim para um maior conhecimento sobre o problema e suas possibilidades de enfrentamento.

Neste sentido, surge a necessidade de pesquisar sobre a associação entre os tipos de serviços de saúde, suas práticas e as taxas de cobertura da vacina contra hepatite B aos 18 meses de idade em Porto Alegre, com possível diferença entre os diversos serviços em suas especificidades e dimensão. Considerando-se a necessidade mínima de cobertura vacinal justifica-se, ainda, pela gravidade da doença hepatite B, pela dificuldade do seu tratamento e, principalmente, pela disponibilidade de uma tecnologia em saúde – a vacina contra hepatite B - que tem eficácia comprovada para prevenir este agravo e está disponível em toda rede pública de atenção básica na cidade.

OBJETIVOS

1. Objetivos

Objetivo Geral

O objetivo geral do estudo é analisar a distribuição espacial das coberturas da vacina contra hepatite B em crianças aos 18 meses de idade na coorte de nascimentos de 2005 e sua associação com os diferentes tipos de serviços de saúde em Porto Alegre.

Objetivos Específicos

Avaliar o padrão espacial de distribuição das coberturas da vacina contra hepatite B em crianças aos 18 meses de idade na coorte de nascimentos de 2005

Avaliar a associação espacial das coberturas da vacina contra hepatite B em crianças aos 18 meses de idade na coorte de nascimentos de 2005 com a distribuição espacial dos serviços de saúde em Porto Alegre

Descrever a organização do processo de trabalho dos diferentes tipos de serviços de saúde no que se refere às atividades relacionadas ao sistema de informação em imunizações conforme a cobertura vacinal encontrada da vacina contra hepatite B em crianças menores de 18 meses de idade na coorte de nascidos de 2005

Analisar a associação entre os aspectos relativos ao processo de trabalho dos diferentes tipos de serviços de saúde no que se refere ao sistema de informação em imunizações e os atributos da APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aranda, C M S de S; Moraes, J C. Rede de frio para a conservação de vacina em unidades publicas do município de São Paulo, V9, n2, p172-185, 2006.

Araújo TME. Vacinação Infantil: conhecimentos, atitudes e práticas da população da Área Norte/Centro de Teresina/PI [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.

Barata, R de C B; Moraes, J C; Antonio, P R A; Domingues, M. Inquérito de cobertura vacinal: avaliação empírica da técnica de amostragem por conglomerados proposta pela Organização Mundial da Saúde. Revista Panam Salud Pública (Panam J. Public Healt), v17, n3, p184-190, Estados Unidos, 2005.

CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008

Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta. Georgia, 1994.

Centers for Disease Control and Prevention. Vaccine-preventable diseases: improving vaccination coverage in children, adolescents and adults: a report on recommendations from the Task Force of Community Preventive Services. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1999; 48(RR-8): 1-15.

CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: perspectivas na América Latina e Caribe, 2005.

Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Informes Técnicos Institucionais: vacina contra hepatite B. Rev Saúde Pública, 2006; 40(6).

Fernandes MMA, Possidente MC, Rossi MGL, Góes MAF, Araújo NVDL. Cartilha de orientações para o registro de doses de vacinas. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac; 2002 [online] Disponível em <http://www.cve.saude.sp.gov.br>

Ferraz, MLG. Editorial. J. Bras. Patol. Med. Lab. vol.43 n 5. Rio de Janeiro, Sept./Oct. 2007.

Ferreira, C T; Silveira, T R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Revista Brasileira Epidemiologia. V7. n 4. São Paulo, dez, 2004.

Ferreira, C T; Silveira, T R. Prevenção das hepatites virais através da imunização. J. Pediatria. Rio de Janeiro. V82. n3. supl 0. Porto Alegre. Jul, 2006.

Figueiredo, G M. Breve histórico da emergência da hepatite B como problema de saúde pública. J. bras. Aids; 8(1): 8-13, jan-fev, 2007.

Fundação Nacional de Saúde. Manual de Normas de Vacinação. Brasília: Funasa; 2001 [online] Disponível em <http://www.funasa.gov.br/>

Gatti, M A N; Oliviera, L R. Crianças faltosas à vacinação, condições de vida da família e concepções sobre vacina: um inquérito domiciliar. Salusvita; 24(3): 427-445, 2005.

Harzhein, E; Starfield, B; Rajmil, L; Álvarez-Dardet, C; Stein, A T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da*

Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8):1649-1659, ago, 2006.

Henderson RH, Sundaresan T. Cluster sampling to assess immunization coverage: a review of the experience with a simplified method. Bull World Health Organ 1982; 60(2):253-260.

Hoshaw-Woodard S. Description and comparison of the methods of cluster sampling and lot quality assurance sampling to assess immunization coverage. Department of Vaccines and biologicals. World Health Organization 2001.

Khaleghian P. Decentralization and public services: the case of immunization. Development Research Group, World Bank, Washington, D.C.2003.

Luhm, KR, Waldman EA. Sistemas informatizados de registro de imunização: uma revisão com enfoque na saúde infantil. Epidemiologia e Serviços de Saúde v18, n 1 Brasília jan/mar 2009.

Manasia LAH. Vacinação de crianças menores de um ano: conhecimento e ações de enfermeiros (as) [dissertação]. São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2001.

Ministério da Saúde (Brasil). Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

Ministério da Saúde (Brasil). HEPATITES VIRAIS: desafios para o período de 2011 a 2012, Brasília, 2010.

Ministério da Saúde (Brasil). Nota Técnica: Resultados da Estratégia de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

Ministério da Saúde (Brasil). Hepatites Virais: o Brasil está atento. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

Ministério da Saúde (Brasil). Manual de Procedimentos para Vacinação / elaboração de Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda et al. 4. ed. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001

Ministério da Saúde (Brasil). Programa Nacional de Imunizações: 20 anos. Brasília, 1993.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Abordagens espaciais na saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Simone M. Santos, Christovam Barcellos, organizadores. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 136 p: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 1).

Moraes J C, Ribeiro M C S A, Simões O, Castro PC, Barata RB. Qual é a cobertura vacinal real?. Epidemiologia e Serviços de Saúde set 2003 v12, n 3 Brasília 147-153.

Moraes JC, Barata RB, Ribeiro MCSA, Castro PC. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do Estado de São Paulo, Brasil. Revista Panamericana de Saúde Pública 2000; 8(5): 332-341.

Moraes JC, Ribeiro MCSA, Simões O, Castro PC, Barata, RB. Inquérito de cobertura vacinal no primeiro ano de vida. Coorte de nascidos vivos entre setembro de 1997 e

agosto de 1998, residentes no Estado de São Paulo, 2000. Relatório de Pesquisa [online] [Capturado em chmedsoc@santacasasp.org.br]

Moraes, J C; Ribeiro, M C S de A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. Rev. Bras. Epidemiol. V11. supl 1. pág 113-124, São Paulo. Maio, 2008.

Moraes, JC. Projeto Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde Departamento de Medicina Social/ Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Coordenador Nacional: José Cássio de Moraes, 2007.

Moura da Silva AA, Gomes U A, Tonial SR, Silva RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. Rev Saúde Pública 1999; 33(2): 147-156.

Oliveira, M M C de O; Harzeim, E. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada/Mônica Maria Celestina de Oliveira; orient. Erno Harzeim; co-orient. João Riboldi. 118 f.: il. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, BR-RS, 2007.

Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata - Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão, URSS, 1978.

Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. Assessment of immunization services and coordination of GAVI activities at country level. Department of vaccines and biologicals. Geneva, 2001.

Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. State of the world's vaccines and immunization. Geneva, 2002.

Organização Mundial de Saúde. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Organização Mundial da Saúde, 2008.

Oselka, G. Ética em Imunizações. In Vacinas e imunoglobulinas: consulta rápida [organização] Juarez Cunha, Lenita Simões Krebs, Elvino Barros; [autores] Alessandra Aparecida Paz... [et al.] – Porto Alegre: Artmed, 2009. pág 155-59

Scaramuzzi, D R. Vacina contra hepatite B. Rev. Assoc. Méd. Bras. V52. n5. São Paulo, set/out, 2007.

Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Gabinete do Prefeito. Secretaria do Planejamento Municipal. Mapas da inclusão e exclusão social de Porto Alegre. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre/ Gabinete do Prefeito/ Secretaria do Planejamento Municipal, 2004.

Ribeiro, M. C.S.A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 4, p.1.011-1.022, 2006.

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Varaldo, C. Baixa Cobertura vacinal para a hepatite B. Grupo Otimismo de apoio ao portador de hepatite. http://www.hepato.com/p_vacinas/vacina%C3%A7%C3%A3o_hepatite_b_20070827.html

Varaldo, C. Controle social – resultados da denuncia sobre vacina%C3%A7%C3%A3o para a hepatite B. Grupo Otimismo de apoio ao portador de hepatite. http://www.hepato.com/p_vacinas/vacina_hep_b_20080221.html

ARTIGO

**COBERTURA DA VACINA CONTRA HEPATITE B EM CRIANÇAS,
UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PARA VACINAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO
DA SAÚDE EM PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

**HEPATITIS B VACCINE COVERAGE IN CHILDREN; THE USE OF
VACCINATION SERVICES AND THE MUNICIPALIZATION OF HEALTH
IN PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL**

Autores:

Lisiane Andreia Devinar Périco, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição - Unidade Divina Providência, Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS
Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rui Flores, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

Endereço para correspondência:

Lisiane Andreia Devinar Périco
enflisiane@terra.com.br
Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição
Unidade Divina Providência
Rua Cananéia, 220
Vila Jardim – Porto Alegre RS
CEP- 91330-580
Porto Alegre, setembro de 2011

A ser enviado ao Corpo Editorial da revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

RESUMO

As hepatites virais são grave problema no Brasil e a vacina é eficaz para a sua prevenção. O Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais dos Estados do Brasil (2007) identificou em Porto Alegre cobertura vacinal contra hepatite B de 87,4 %, abaixo da recomendação. A vacinação na cidade está inserida em serviços com diferentes vínculos institucionais. Este estudo ecológico, subanálise do Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais dos Estados do Brasil, objetiva analisar a distribuição espacial das coberturas da vacina contra hepatite B, sua associação com diferentes tipos e utilização de serviços de saúde em Porto Alegre. A cobertura vacinal não obteve diferenças significativas entre os diferentes estratos sociais; a utilização de um mesmo serviço para vacinação, realização das últimas vacinas em serviço público, utilização de serviço privado e utilização exclusiva de serviços privados para vacinação obtiveram diferenças significativas entre os diferentes estratos sociais.

PALAVRAS CHAVES – Cobertura Vacinal, Hepatite B, Acesso aos Serviços de Saúde, Distribuição Espacial da População e Condições Sociais.

ABSTRACT

Viral hepatitis is a major concern in Brazil and its vaccine is effective in its prevention. The Survey of Vaccine Coverage in the Urban Areas of the State Capitals of Brazil (2007) identified that in Porto Alegre, State of Rio Grande do Sul, the hepatitis B vaccine coverage was 87.4% lower than the recommended values. In this city, vaccination is part of services with different institutional links. The present ecological study, a subanalysis of the Survey of Vaccine Coverage in the Urban Areas of the State Capitals of Brazil, has the objective to analyze the spatial distribution of hepatitis B vaccine coverage; its relationship to different types of healthcare services and the use of healthcare services in Porto Alegre. The vaccine coverage did not differ significantly between the different social strata. The use of the same vaccination service, the performance of the last vaccines in public service, the use of private service and the exclusive use of private services for vaccination significantly differed among the different social strata.

KEY WORDS – Immunization Coverage, Hepatitis B, Health Services Accessibility, Residence Characteristics and Social Conditions

INTRODUÇÃO

As hepatites virais se constituem em um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.^{1 2 3 4 5} O número de casos confirmados de hepatite B aumentou no decorrer dos anos, passando de 473 em 1999 para 14.601 em 2009.¹¹ A vacina é a forma mais eficaz para a prevenção da hepatite B e tem proporcionado grande avanço no controle desta enfermidade. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda a vacinação universal das crianças contra hepatite B conforme o Calendário de Vacinação da Criança, onde é preconizado que a vacina seja administrada em três doses por via intramuscular aos 0,30 e 180 dias.^{6 7 8 9}

Dados do Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais dos Estados do Brasil (ICV)¹⁰, realizado em 2007, evidenciaram que em Porto Alegre a cobertura vacinal com esquema básico completo da vacina contra hepatite B para as doses válidas aos 18 meses de idade na coorte de nascimentos de 2005 correspondia a 87,4 % (IC 95% 85-90), ficando abaixo do recomendado, que é 95%.

Em Porto Alegre a vacinação de rotina é ofertada por diferentes tipos de serviços de saúde, diferença essa que é determinada pela natureza do vínculo institucional. Como consequência desta diversidade, podem se modificar os processos de trabalho e as características de utilização dos serviços pelos usuários para a vacinação.

Este estudo é uma subanálise dos dados do Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais dos Estados do Brasil e tem como objetivos analisar a distribuição espacial na cidade de Porto Alegre das coberturas da vacina contra hepatite B em crianças aos 18 meses de idade na coorte de nascimentos de 2005, sua associação com os diferentes tipos de serviços de saúde e as características de

utilização destes serviços pelos usuários para a vacinação, na perspectiva dos atributos da Atenção Primária em Saúde (APS).

MÉTODOLOGIA

O estudo tem um delineamento ecológico. As unidades de análise são os territórios dos serviços de saúde inseridos nos 82 bairros oficiais e não oficiais de Porto Alegre e que se distribuem entre as 16 regiões político-administrativas da cidade.

Procedimentos metodológicos do estudo base – ICV¹¹

A coorte do estudo foram as crianças nascidas em Porto Alegre no ano de 2005 e que em primeiro de julho de 2007 estavam com 18 a 30 meses de idade. Para obter uma amostra representativa e probabilística das crianças residentes na área foram executados à época do ICV os seguintes procedimentos: classificação dos setores censitários em 5 estratos sócios econômicos utilizando 3 variáveis socioeconômicas: renda (% de responsáveis pelo domicílio particular com renda acima de 20 salários mínimos); renda nominal média dos responsáveis pelo domicílio e escolaridade (% de chefes de família com 17 anos ou mais de escolaridade).

Os estratos foram construídos através da ordenação dos setores censitários em ordem decrescente da variável escolaridade e da atribuição de pontos correspondentes ao posto obtido setor por setor (em caso de empate foi atribuído o mesmo posto aos dois setores); da ordenação dos setores censitários em ordem decrescente da variável renda acima de 20 salários mínimos e atribuição dos pontos correspondentes ao posto obtido setor por setor (em caso de empate foi atribuído o

mesmo posto aos dois setores); da ordenação dos setores censitários em ordem decrescente da variável renda nominal média e atribuição dos pontos correspondentes ao posto obtido setor por setor (em caso de empate foi atribuído o mesmo posto aos dois setores); da soma da pontuação obtida em cada variável; da ordenação dos setores censitários da menor para a maior pontuação e da identificação dos quintis segundo a pontuação total.

Em cada estrato definido com base nos quintis foram agrupados os setores censitários contíguos de modo a formar conglomerados com pelo menos 56 crianças na faixa de 1 a 4 anos. Os pressupostos que foram utilizados para o cálculo do tamanho da amostra foram a proporção de crianças vacinadas (= 0,80); o nível de significância (de 0,05); a precisão da estimativa (= 0,07); o efeito do desenho (= 1,5) e as perdas (= 0,10).

Foi realizado sorteio sistemático dos conglomerados utilizando-se no procedimento de amostragem a fração amostral correspondente (total de conglomerados / conglomerados sorteados). Após o sorteio dos conglomerados correspondentes, foram obtidos os mapas digitalizados dos setores sorteados, numeradas todas as quadras do conglomerado e as faces de cada uma delas. A segunda etapa consistiu em sortear uma quadra em cada conglomerado e um lado nessa quadra para dar início ao itinerário de busca das crianças pertencentes à coorte de interesse e realização das entrevistas através do instrumento de coleta. Foi realizada a seleção dos supervisores de campo e treinamento dos mesmos.

O banco de dados do ICV foi criado com base no instrumento de coleta e na definição prévia de critérios de crítica para o processo de digitação, onde os questionários foram revisados pelos supervisores de campo e preparados para a

digitação. Cada coordenador de área revisou todos os formulários certificando-se de que o preenchimento dos dados de identificação estivesse correto e de que cada criança pertencia efetivamente à coorte de interesse.

Após dupla digitação dos questionários e da compatibilização eletrônica, o banco de dados foi submetido ao programa de crítica para identificação de erros de preenchimento e / ou digitação e após a correção dos problemas encontrados o banco foi considerado pronto para o processamento.

Para o cálculo dos intervalos de confiança foram levados em conta os valores correspondentes ao efeito do desenho, ou seja, o efeito decorrente da utilização de uma amostra por conglomerados em múltiplos estágios.

As estimativas para capitais levaram em conta, além do efeito do desenho, os pesos correspondentes aos diferentes tamanhos de população em cada estrato. Os pesos foram calculados usando a seguinte fórmula: $\text{Peso} = N/n (1 + \text{perdidos} / \text{entrevistados})$ onde N = população alvo no estrato (censo 2000); n = amostra de crianças por estrato $\text{perdidos} = \text{número de recusas} + \text{perdas} + \text{não localizadas por estrato}$ $\text{entrevistados} = \text{crianças efetivamente incluídas}$.

O cálculo das coberturas e do intervalo de confiança foi feito tendo como base as crianças efetivamente incluídas na amostra e pelo módulo “cluster sample” do EPI-INFO 6.0.

Procedimentos metodológicos da subanálise

Para contemplar os objetivos do presente estudo, foram utilizadas as variáveis *estrato, endereço, cobertura vacinal da vacina contra hepatite B em crianças aos 18 meses de idade, local onde foi realizada a última vacina, se todas as vacinas foram*

realizadas no mesmo serviço, se já utilizou algum serviço privado para vacinação e se utiliza exclusivamente serviço privado do banco de dados do ICV. Foi, também, constituída uma variável denominada *tipo de serviço de saúde*, que foi obtida através da associação do endereço da criança no banco de dados do ICV aos endereços adscritos dos territórios dos serviços de saúde de Porto Alegre classificados segundo o referencial do estudo de Harzein e Oliveira¹⁹.

Para realizar a análise da distribuição espacial das coberturas da vacina contra hepatite B e sua associação com os diferentes tipos de serviços de saúde, os endereços das crianças entrevistadas separados por estratos sociais no banco de dados do ICV foram associados aos territórios dos serviços de saúde segundo cadastro da Secretaria Municipal de Saúde.

Posteriormente, os endereços dos serviços de saúde foram associados aos bairros de Porto Alegre utilizando-se os registros de cadastro dos Correios, que utiliza como referencial o modelo de divisão territorial utilizado pelo IBGE.

Estes bairros foram associados aos territórios das regiões do Orçamento Participativo utilizando-se as informações do Mapa da Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre¹², que classifica os bairros da cidade em categorias de Vulnerabilidade Social.

As características de utilização dos serviços pelos usuários para a vacinação, representadas pelo local onde foi realizada a última vacina, se todas as vacinas foram realizadas em um mesmo serviço, se já utilizou algum serviço privado para vacinação e se utiliza exclusivamente serviço privado para vacinação foram analisadas a partir de seu padrão de distribuição por estrato social, que foram

associados aos bairros da cidade inseridos nas regiões classificadas segundo critérios de Vulnerabilidade Social.

Nosso interesse primário ao analisar padrões de distribuição foi determinar se os eventos observados exibiam algum padrão sistemático, em oposição a uma distribuição aleatória.

Análises estatísticas foram realizadas com os softwares SPSS for Windows 18.0. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RESULTADOS

O banco de dados do ICV relativo à capital Porto Alegre continha dados de 812 (77%) crianças das 1.050 previstas. Um dos principais motivos para não ter sido atingida a meta segundo o relatório do ICV foi a não localização das crianças (74%); as recusas foram 13%. O maior percentual de não efetuadas ocorreu no estrato A, onde foram realizadas 60% das entrevistas previstas.

A cobertura da vacina contra hepatite B encontrada pelo ICV em Porto Alegre foi 87,4% (IC_{95%} 85-90).

A distribuição das coberturas vacinais, o número de crianças entrevistadas e as coberturas vacinais conforme os estratos sociais com características de vulnerabilidade social encontra-se descrita na tabela 1.

Tabela 1. Cobertura da vacina contra hepatite B em crianças aos 18 meses encontrada pelo Inquérito de Cobertura Vacinal segundo estrato /vulnerabilidade social. Porto Alegre, 2011.

Estrato/ Vulnerabilidade Social	Número de crianças entrevistadas	Cobertura da vacina contra hepatite B aos 18 meses
A/Baixa	124	87,1 (IC _{95%} 79,5-95)
B/Alta	128	85,9 (IC _{95%} 79-92,6)
C/Alta e muito alta	169	89,3 (IC _{95%} 85-93)
D/Alta e muito alta	196	85,2 (IC _{95%} 80-90)
E/Alta e muito alta	195	89,2 (IC _{95%} 84-94)
Porto Alegre	812	87,4 (IC _{95%} 85-90) p =0, 681

Porto Alegre contava na época do Inquérito de Cobertura Vacinal com 145 salas públicas de vacina presentes em Unidades Básicas e Centros de Saúde (UBSs) vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde, em Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESFs) vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde e a hospitais privados, em Unidades do Serviço de Saúde Comunitária vinculadas ao Grupo Hospitalar Conceição do Ministério da Saúde (GHC), em Unidades Básicas de Saúde vinculadas ao Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) e em Unidade Básica de Saúde vinculada a universidade, além de hospitais públicos e privados, em clínicas de vacinação da rede privada e em dois Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Historicamente, nas Unidades do Serviço de Saúde Comunitária vinculadas ao Grupo Hospitalar Conceição e nas Unidades Básicas de Saúde vinculadas ao Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) ocorre processos de ensino e formação de profissionais na modalidade de residência, o que as diferenciam das demais unidades de atenção.

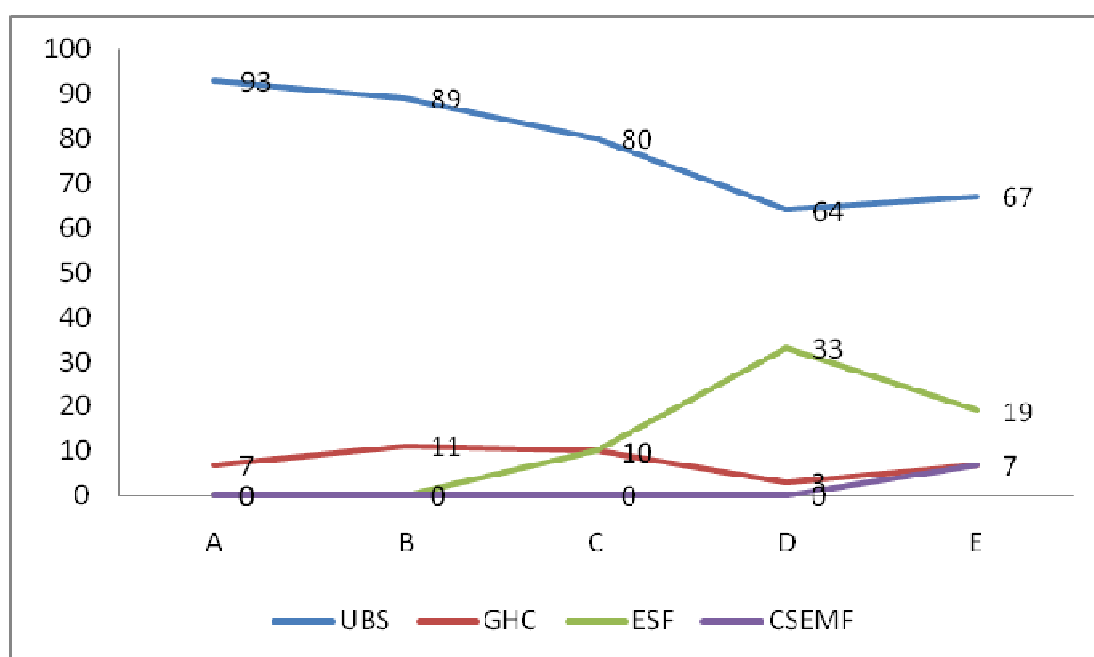
Apesar desta diversidade de serviços, pode-se caracterizar o acesso da população às vacinas em Porto Alegre como universal, no sentido de que independe de cadastro do usuário no serviço de saúde para que a vacinação aconteça.

Estes diversos tipos de serviços de saúde (com exceção dos serviços privados e dos CRIEs) trabalham na lógica de divisão territorial, com referenciamento de endereços para os serviços de saúde e adscrição de clientela através de cadastramento. Existe uma grande diversidade nos tamanhos dos territórios de abrangência das unidades de saúde e existem, também, alguns endereços sem serviço de saúde referencial, os chamados vazios territoriais.

Ao analisar a associação dos endereços das crianças entrevistadas conforme estrato social com os endereços de referência dos serviços de saúde de Porto Alegre observou-se a seguinte distribuição: no estrato social A, de 124 endereços, 93% estavam associados a territórios de UBS e 7% estavam associados a territórios de unidades do GHC; no estrato social B, de 128 endereços, 89 % estavam associados a territórios de UBS e 11 % estavam associados a territórios de unidades do GHC; no estrato social C, de 169 endereços, 80% estavam associados a territórios de UBS, 10 % estavam associados a territórios de unidades do GHC e 10 % estavam associados a territórios de unidades da ESF; no estrato social D, de 196 endereços, 64 % estavam associados a territórios de UBS, 3 % estavam associados a territórios de unidades do GHC e 33 % estavam associados a territórios de unidades da ESF e no estrato social E, de 195 endereços, 67 % estavam associados a territórios de UBS, 7 % estavam associados a territórios de unidades do GHC, 19 % estavam associados a territórios de unidades da ESF e 7 % estavam associados a territórios de unidades do Centro de Saúde Escola Murialdo.

A correlação entre os endereços das crianças entrevistadas e os endereços dos territórios dos diferentes tipos de serviços de saúde segundo estrato social, caracterizando a extensão da presença dos serviços na amostra estudada encontra-se representada no Gráfico 1.

Gráfico 1. Correlação dos endereços das crianças entrevistadas aos endereços dos territórios dos diferentes tipos de serviços de saúde segundo estrato social. Porto Alegre, 2011.



Em 1989 foi adotado no município o Orçamento Participativo para a discussão e elaboração do Plano de Investimentos com a participação da população. A implementação desse processo e seus posteriores desenvolvimentos levaram à consolidação da divisão da cidade em 16 regiões político-administrativas onde os bairros oficiais e não oficiais estão inseridos. Esta regionalização foi adotada para identificar as desigualdades nas condições de vida da população porto-alegrense.

A associação dos endereços das crianças entrevistadas aos bairros da cidade, inseridos nas regiões do Orçamento Participativo classificados segundo

Vulnerabilidade Social foi observada da seguinte forma: no estrato social A, de 124 endereços, 75 % estavam associados a bairros classificados como de baixa vulnerabilidade social; no estrato social B, de 128 endereços, 47 % estavam associados a bairros classificados como de baixa vulnerabilidade social; em contrapartida, no estrato social C, de 169 endereços, 80 % estavam associados a bairros classificados como de alta e muito alta vulnerabilidade social; no estrato social D, de 196 endereços, 100 % estavam associados a bairros classificados como de alta e muito alta vulnerabilidade social e no estrato social E, de 195 endereços 95 % estavam associados a bairros classificados como de alta e muito alta vulnerabilidade social.

A busca por serviços de saúde está diretamente relacionada à percepção que os indivíduos e as populações têm acerca de suas necessidades e sobre os tipos de serviços oferecidos; alguns podem dirigir-se à rede pública de saúde, outros irão procurar serviços privados. A frequência e as características de utilização dos serviços de saúde para vacinação observadas neste estudo encontram-se descrita na tabela 2.

Tabela 2. Tipo de serviço de saúde associado ao endereço das crianças entrevistadas, utilização de um mesmo serviço, realização da última vacina na rede pública, utilização de serviço privado e utilização exclusiva de serviço privado para vacinação segundo estrato /vulnerabilidade social. Porto Alegre, 2011.

Estrato/ Vulnerabilidade Social	Frequência do tipo de serviço	Utilização de um mesmo serviço para vacinação	Realização da última vacina na rede pública	Utilização de serviço privado para vacinação	Utilização exclusiva de serviço privado para vacinação
A/Baixa	UBS 93%	56%	48%	57%	23%
	GHC 7%	(IC _{95%} 46-65)	(IC _{95%} 37-60)	(IC _{95%} 45-68)	(IC _{95%} 16-33)
B/Alta	UBS 89%	69%	73%	34%	12%
	GHC 11%	(IC _{95%} 59-77)	(IC _{95%} 62-81)	(IC _{95%} 25-43)	(IC _{95%} 7-18)
C/Alta e muito alta	UBS 80%	80,5%	92%	13%	4%
	GHC 10%	(IC _{95%} 74-85,5)	(IC _{95%} 86-96)	(IC _{95%} 8-21)	(IC _{95%} 2-9)
	ESF 10%				
D/Alta e muito alta	UBS 64%	78%	97%	7%	5%
	GHC 3%	(IC _{95%} 72,5-83)	(IC _{95%} 92-99)	(IC _{95%} 4-11)	(IC _{95%} 2-9)
	ESF 33%				
E/Alta e muito alta	UBS 67%	84%	99,5%	1,5%	1,5%
	GHC 7%	(IC _{95%} 77-89)	(IC _{95%} 96-100)	(IC _{95%} 0,5-5)	(IC _{95%} 0,5-5)
	ESF 19%				
	CSEM 7%				
Porto Alegre		77% (IC _{95%} 73-80) p<0,001	89%(IC _{95%} 86-91) p<0,001	15%(IC _{95%} 12-18) p<0,001	6,5% (IC _{95%} 5-8) p<0,001

UBS = Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde

GHC = Unidades do Serviço de Saúde Comunitária vinculadas ao Grupo Hospitalar Conceição do MS (GHC)

ESF = Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESFs) vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde e a hospitais privados

CSEM = Unidades Básicas de Saúde vinculadas ao Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM)

DISCUSSÃO

As coberturas da vacina contra hepatite B em crianças aos 18 meses de idade na coorte de nascimentos de 2005 não apresentaram diferenças significativas entre os diferentes estratos sociais e regiões classificadas por vulnerabilidade social, situando-se abaixo do recomendado em todos os estratos e regiões.

Segundo dados do Inquérito de Cobertura Vacinal, as coberturas das vacinas DPT e HiB na mesma idade e diferentes estratos sociais foram maiores (93%). Considerando que as vacinas DPT, HiB e hepatite B associam-se para realização no momento da 3ª e última dose, esta diferença entre as coberturas sugere a possibilidade de que a natureza do problema associado à baixa cobertura da vacina contra hepatite apresente como componentes alguns elementos que não foram objetos de estudo desta pesquisa, hipóteses que serão consideradas na presente discussão.

Na perspectiva de vacinação individual, GATTI e OLIVEIRA¹³ referem que dentre as razões alegadas para o atraso vacinal estão o esquecimento, doença da criança, o horário de funcionamento da UBS e a distância da moradia em relação a ela. MOLINA et al¹⁴ observaram deficiências de conhecimento e no processo de comunicação entre o serviço de saúde e as famílias, com uma associação significativa entre a ocorrência de vacinação em atraso e a falta de informações prestadas na sala de vacina; neste estudo, foi considerado que o motivo do atraso vacinal e a não-vacinação parecem estar mais relacionados a características do serviço do que da população. Em relação a não participação dos pais e cuidadores em dias nacionais de vacinação (DNV), que constitui uma importante estratégia para o alcance de coberturas vacinais adequadas, MELLO et al¹⁵ observaram que os principais motivos de não participação foram a decisão dos pais, a orientação médica, a criança estar doente e fatores associados com a organização do DNV, evidenciando a necessidade de se estudar estratégias diferenciadas de comunicação para incorporação destas crianças.

A revisão de literatura relativa especificamente a não realização da vacina contra hepatite B remete apenas a artigos que discutem a questão do ponto de vista ocupacional e em adultos. Nesta perspectiva, a possibilidade de que a doença hepatite B seja considerada por pais, cuidadores, profissionais de saúde e meio acadêmico uma “doença de adultos” determinaria a opção pela realização de vacinas que protegessem contra “doenças da infância” em detrimento de uma vacina que protegeria contra uma “doença de adultos”, especialmente ao sexto mês de vida da criança, quando se associam para realização várias vacinas cuja via de administração é injetável.

O aspecto da via administração injetável encontra grande interesse na revisão de literatura. Existe pelo menos uma centena de artigos preocupados com a realização correta da técnica e com o aspecto de dor associado ao procedimento. Se esta é uma preocupação dos profissionais de saúde evidenciada pela produção científica sobre o tema, possivelmente esta preocupação também se manifeste na população usuária de serviços para vacinação. Como a criança é dependente de pais e cuidadores para ser levada ao serviço de saúde para vacinação, é possível que a percepção de pais, cuidadores e profissionais de saúde sobre a realização de várias vacinas injetáveis ao mesmo tempo tenha uma influencia sobre a cobertura vacinal das crianças.

Do ponto de vista populacional, a pesquisa de aspectos relevantes no contexto social da cidade de Porto Alegre relacionados à saúde ou a ao cuidado de crianças nos anos de 2005 e 2006 (períodos nos quais as crianças deveriam ter sido vacinadas contra hepatite B) e que oferecessem possibilidades explicativas à baixa cobertura vacinal não obteve resultados significativos.

As diferenças existentes nos tipos e proporções de serviços que referenciam os endereços das crianças da amostra estudada em relação às regiões do Orçamento Participativo classificados por índice de vulnerabilidade social, considerando que no estrato de baixa vulnerabilidade predominaram endereços relacionados a Unidades Básicas de Saúde e nos estratos de alta e muito alta vulnerabilidade esta presença diminuiu, havendo um aumento de endereços relacionados a equipes da Estratégia de Saúde da Família, reflete de certa forma a evolução histórica da constituição do sistema público de saúde no município de Porto Alegre e as modificações implicadas no processo de municipalização da saúde nesta cidade.

A discussão sobre a municipalização dos serviços de saúde em Porto Alegre iniciou-se em 1987, quando a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) criou uma comissão especial para elaborar o plano de municipalização. Em 1996, Porto Alegre aderiu à condição de Gestão Semiplena do Sistema de Saúde e, com isso, o gestor municipal passou a responsabilizar-se por serviços como postos de saúde, ambulatórios e serviços especializados, antes sob gestão federal ou estadual; até então, havia somente 12 serviços de atenção primária à saúde e um hospital público sob a gestão da SMS. A partir de 1996, iniciou-se o Programa de Saúde da Família em Porto Alegre, priorizando a inserção de equipes em regiões desprovidas de serviços.

A heterogeneidade constituída no sistema de saúde de Porto Alegre à época do ICV evidenciada pelo estudo, onde se observa uma diversidade de serviços que referenciam os endereços das crianças da amostra estudada, com diferentes vinculações institucionais, presença e extensão nos territórios da cidade, passados aproximadamente 11 anos da adesão de Porto Alegre à condição de Gestão Semiplena do Sistema de Saúde (1996), remete a reflexão sobre uma Municipalização da Saúde que parece iniciada e não concluída na cidade.

O atual contexto de gestão da saúde no município manifesta publicamente a necessidade de ampliação da Estratégia de Saúde para 200 unidades da ESF em 2012. Evidências sobre o acerto na perspectiva de ampliação da ESF no município encontram-se em estudos já realizados em Porto Alegre (HARZEIN, 2002 e 2009)^{16 17} e no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).¹⁸ Mas permanece o desafio da gestão de um sistema de saúde com tamanha diversidade.

Na análise das características do percentual de utilização de um mesmo serviço para vacinação por regiões conforme índice de vulnerabilidade social observa-se que as regiões vão apresentando, gradativamente, maiores taxas de utilização de um mesmo serviço para vacinação, chegando a 84% na região de muito alta vulnerabilidade. Paralelamente, observa-se o aumento gradativo de associação dos endereços das crianças entrevistadas com os endereços pertencentes aos territórios do tipo de serviço ESF.

A utilização de um mesmo serviço para vacinação remete a idéia de vínculo. Os diferentes tipos de serviços de saúde de atenção primária de Porto Alegre foram estudados em seus aspectos de presença e extensão dos atributos da APS em estudos anteriores. O estudo conduzido por HARZEIN et al na região sul de Porto Alegre em 2002, comparando os serviços de saúde ESF e UBS na atenção à saúde infantil, demonstrou que identificar a ESF como serviço de referência no cuidado de crianças estava associado ao alto grau de extensão dos atributos da APS; neste estudo, as equipes da ESF apresentaram adequação maior às dimensões da APS (52%) do que as equipes tradicionais (UBSs) (27%) e quanto à equidade no acesso e crianças negras apresentaram maiores chances de receberem cuidados adequados e similares às brancas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).¹⁸

Estas considerações sugerem que o possível vínculo (maior percentual de utilização de um mesmo serviço para vacinação) observado no presente estudo poderia não estar condicionado apenas a uma questão socioeconômica de “falta de opção” em termos de escolha de serviços de saúde e sim a uma possível forma de atuação do tipo de serviço de saúde na perspectiva dos atributos da APS (acessibilidade e primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação),

que aumentam o poder de interação do serviço de saúde com usuários e comunidades. Esta possibilidade encontra reforço na pesquisa Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)¹⁹ onde, dentre os serviços prestados pelo SUS que foram pesquisados pelo SIPS, o atendimento por membro da ESF foi aquele que obteve a maior proporção de opiniões positivas entre os entrevistados. No Brasil, 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da Equipe de Saúde da Família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom; já o atendimento prestado em centros e/ou postos de saúde recebeu a menor proporção de qualificações como muito bom ou bom (44,9%) e a maior proporção de qualificações como ruim ou muito ruim (31,1%), dentre os serviços pesquisados.

A análise de utilização de serviços públicos ou privados para vacinação demonstrou uma predominância de utilização do serviço público, sendo que até mesmo entre as classes sociais mais privilegiadas o serviço público de vacinação é utilizado por aproximadamente 50% das pessoas e apenas 23% utilizam exclusivamente o serviço privado para vacinação; em contrapartida, existe a utilização do serviço público de vacinação por 97 e 99,5% dos entrevistados nas regiões mais vulneráveis.

A clientela usuária do SUS é constituída, predominantemente, pela parcela da população de menor renda e baixa escolaridade (CNDSS,2008)²⁰. Comparando os resultados de nosso estudo com outros estudos nacionais, observa-se que na Região Metropolitana de São Paulo a chance de um indivíduo com até 3 anos de estudo usar o serviço público é quatro vezes maior do que aquele com 11 anos de estudo ou mais, enquanto naqueles pertencentes aos estratos mais baixos de renda a chance é

dezenove vezes maior, quando comparados com os de maior renda. Em relação ao tipo de serviço utilizado, os que possuem cobertura por planos de saúde procuram mais clínicas e consultórios, e somente 3,9% usam as unidades de saúde do SUS, principalmente para vacinação e acesso a medicamentos cedidos pela rede pública. (RIBEIRO, 2006)²¹.

Em Porto Alegre também foi observada uma diferença significativa entre os estratos sociais, mas que não se apresentou de forma tão discrepante, considerando-se que o percentual mínimo de utilização de serviço público para vacinação encontrado foi de aproximadamente 50% no estrato social de vulnerabilidade baixa, em relação aos 99,5% das populações mais vulneráveis. Este dado poderia indicar o reconhecimento pelos cidadãos de Porto Alegre de qualidade e confiabilidade nas vacinações realizadas na rede pública de saúde e a opção consciente por estes serviços, não se tratando apenas de uma questão econômica. Outra evidência desta possibilidade encontra-se na publicação da pesquisa *Top of Mind 2010* realizada pela Revista AMANHÃ²², que investiga as marcas que estão na memória dos consumidores do Rio Grande do Sul com metodologia que aponta para existência de evidências de que o consumidor tende a lembrar de marcas que usa, deseja ou prefere. No item *Clínicas de Vacinação*, o nome “Posto de Saúde” foi apontado como o mais lembrado pelos gaúchos de todos os estratos sociais quando o tema é vacinas, reforçam a perspectiva de opção pelo sistema público de vacinação.

As análises deste estudo encontram como limitações as perdas do estudo base; não ser possível afirmar quais os tipos de serviços que foram utilizados para vacinação das crianças; a caracterização dos tipos de serviço, que encontra divergências entre o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a

realidade dos serviços; a forma (escrita do nome dos logradouros) como os endereços foram coletados no estudo base; os endereços limítrofes entre diferentes tipos de serviços de saúde; os limites territoriais dos serviços de saúde que apresentam algumas indefinições e a heterogeneidade que constitui o sistema de saúde de Porto Alegre.

Considerando que o espaço é socialmente construído, adotar essa categoria de análise em um estudo aponta possibilidades de se evidenciar relações entre a saúde e a estrutura social que poderão subsidiar políticas públicas no sentido da equidade, formular intervenções capazes de aprimorar as condições de vida e orientar os modelos assistenciais no que tange a organização da rede de atenção à saúde, diminuindo as desigualdades no acesso e uso dos serviços.²³

Apesar das limitações de um estudo observacional, consideramos que as conclusões deste estudo poderão constituir referenciais para o diagnóstico e planejamento em saúde, especialmente pela característica do território ter sido analisado de forma exploratória na verificação de um padrão de distribuição espacial de determinadas situações em saúde (cobertura vacinal, utilização de serviços).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo de melhorar e proteger a saúde das pessoas é uma das destinações que definem um sistema de saúde. Outros objetivos também importantes seriam promover a equidade no financiamento da atenção à saúde e atender às expectativas da população no que se refere às condições de atendimento (*responsiveness*). Também ressalta o papel dos sistemas de saúde na redução das desigualdades, de modo a incrementar a posição dos indivíduos em pior situação (*the worst-off*). Assim, enfatiza a OMS, é inequívoca

a grande relevância dos sistemas de saúde dos países para a elevação do nível de bem-estar de suas populações.²⁴

Apesar do estudo não ter encontrado diferenças significativas entre os estratos no resultado desejado de uma cobertura vacinal adequada para a vacina contra hepatite B, possivelmente determinada por outros fatores que não apenas a oferta de serviços, acreditamos que a cobertura vacinal poderia apresentar tendência a uma diferença significativa e desfavorável à população mais vulnerável se não houvesse o interesse do poder público em oferecer mais serviços aos estratos desfavorecidos e não optasse pela escolha por determinados tipos de serviços que apresentam características que promovem uma maior satisfação e utilização pela população ao longo do tempo.

Em relação à percepção de que o PNI tem promovido equidade, acreditamos que vencer desigualdades seria tornar todos iguais pelo sucesso que uma ação pública deveria ter e na perspectiva de alocação de mais recursos para aqueles que necessitam mais. Nesse sentido, ainda há muito a ser feito em termos de vacinação contra hepatite B em Porto Alegre, pois se não queremos “alguns” com 50 e “outros” com 100, também “todos” com 80 não serve aos interesses de saúde da população.

Sugere-se, a partir deste estudo, a consideração das características de utilização de serviços para vacinação, na perspectiva das desigualdades entre estratos sociais da população de Porto Alegre, para o planejamento de políticas públicas e de organização do sistema de saúde, priorizando investimentos nos estratos mais vulneráveis da população de Porto Alegre, visto que eles muito utilizam o serviço público ofertado, especialmente quando ele é do tipo ESF, conforme os estudos referenciados evidenciam.

BIBLIOGRAFIA:

1. Ministério da Saúde (Brasil). Hepatites Virais: o Brasil está atento. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
3. Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Informes Técnicos Institucionais: vacina contra hepatite B. Rev Saúde Pública 2006; 40(6).
4. Figueiredo, G M. Breve histórico da emergência da hepatite B como problema de saúde pública. J. bras. Aids; 8(1): 8-13 , jan-fev, 2007.
5. Ferreira, C T; Silveira, T R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Revista Brasileira Epidemiologia. V7. n 4. São Paulo, dez, 2004.
6. Ferreira, C T; Silveira, T R. Prevenção das hepatites virais através da imunização. J. Pediatria. Rio de Janeiro. V82. n3. supl 0. Porto Alegre. Jul, 2006.
7. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Normas de Vacinação. Brasília: Funasa; 2001 [online] Disponível em <http://www.funasa.gov.br/>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de Procedimentos para Vacinação / elaboração de Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda et al. 4. ed. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001
9. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Nacional de Imunizações: 20 anos. Brasília, 1993.

10. CEALAG. Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais. Brasil. Cobertura Vacinal. 2007
11. Moraes, JC. Projeto Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde Departamento de Medicina Social/ Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Coordenador Nacional: José Cássio de Moraes, 2007.
12. Porto Alegre. Prefeitura Municipal. Gabinete do Prefeito. Secretaria do Planejamento Municipal. Mapas da inclusão e exclusão social de Porto Alegre. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre/ Gabinete do Prefeito/ Secretaria do Planejamento Municipal, 2004.
13. Gatti, M A N; Oliviera, L R. Crianças faltosas à vacinação, condições de vida da família e concepções sobre vacina: um inquérito domiciliar. *Salusvita*; 24(3): 427-445, 2005.
14. Molina A C; Godoy I; Carvalho L R; Caldas Júnior A L. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo. *Acta Sci. Health Sci. Maringá*, v. 29, n. 2, p. 99-106, 2007
15. Mello, M L R; Moraes, J C; Barbosa, H A; Flannery, B. Participação em dias nacionais de vacinação contra poliomielite: resultados de inquérito de cobertura vacinal em crianças nas 27 capitais brasileiras *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2): 278-88
16. Harzeim, E; Oliveira, M M C de O. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada/Mônica Maria Celestina de Oliveira; orient. Erno

- Harzeim; co-orient. João Riboldi. 118 f.: il. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, BR-RS, 2007.
17. Harzhein, E; Starfield, B; Rajmil, L; Álvarez-Dardet, C; Stein, A T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): 1649-1659, ago, 2006.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Nota Técnica: Resultados da Estratégia de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.
19. IPEA. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS).2011 http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf
20. CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008
21. Ribeiro, M. C.S.A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 4, p.1.011-1.022, 2006.
22. Pesquisa Top of Mind 2010. Revista Amanhã <http://www.amanha.com.br/toprs2010>.
23. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Abordagens espaciais na saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Simone M. Santos, Christovam Barcellos, organizadores. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 136 p: il. – (Série B.

Textos Básicos de Saúde) (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 1).

24. Marinho, A., Cardoso S de S., Almeida, V. V. de A. TEXTO PARA DISCUSSÃO No 1370; BRASIL E OCDE: AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA EM SISTEMAS DE SAÚDE. Ministério de Estado Extraordinário de Assuntos Estratégicos. Secretaria de Assuntos Estratégicos. Rio de Janeiro, janeiro de 2009

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o espaço é socialmente construído, adotar essa categoria de análise e sua materialização em territórios em um estudo aponta possibilidades de se evidenciar relações entre a saúde e a estrutura social que poderão subsidiar políticas públicas no sentido da equidade, formular intervenções capazes de aprimorar as condições de vida e orientar os modelos assistenciais no que tange a organização da rede de atenção à saúde, diminuindo as desigualdades no acesso e uso dos serviços. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em Porto Alegre, a taxa de cobertura da vacina contra hepatite B em crianças aos 18 meses não obteve diferenças significativas entre os diferentes estratos sociais da população. No Inquérito Vacinal, as coberturas da vacina DPT obtiveram melhores resultados (93%) em todos os estratos, sugerindo a possibilidade de outros aspectos (culturais, por exemplo) estarem associados ao problema da baixa cobertura desta vacina específica. As análises descritivas e espaciais da utilização de um mesmo serviço para vacinação, a realização das últimas vacinas em serviço público, a utilização de serviço privado para vacinação e a utilização exclusiva de serviços

privados para vacinação associadas aos diferentes tipos de serviços de saúde obtiveram diferenças significativas entre os estratos sociais e regiões do Orçamento Participativo segundo Vulnerabilidade Social apresentando, gradativamente, as maiores taxas de utilização de um mesmo serviço para vacinação, chegando a 84% na região de vulnerabilidade alta e muito alta e paralelamente, observando-se o aumento gradativo de associação dos endereços das crianças entrevistadas com os endereços pertencentes aos territórios do tipo de serviço ESF.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo de melhorar e proteger a saúde das pessoas é uma das destinações que definem um sistema de saúde (OMS, 2000). Outros objetivos também importantes seriam: promover a equidade no financiamento da atenção à saúde; e atender às expectativas da população no que se refere às condições de atendimento (*responsiveness*). Adicionalmente, a OMS também ressalta o papel dos sistemas de saúde na redução das desigualdades, de modo a incrementar a posição dos indivíduos em pior situação (*the worst-off*). Assim, enfatiza a OMS, é inequívoca a grande relevância dos sistemas de saúde dos países para a elevação do nível de bem-estar de suas populações. Tal reconhecimento torna a avaliação desses sistemas uma obrigação dos governos, gestores, pesquisadores e usuários (MARINHO, 2009).

Apesar do estudo não ter encontrado diferenças significativas entre os estratos no resultado desejado de uma cobertura vacinal adequada para a vacina contra hepatite B, possivelmente determinado por outros fatores que não apenas a oferta de serviços, consideramos que a cobertura vacinal poderia apresentar tendência a uma diferença significativa e desfavorável à população mais vulnerável se não houvesse o interesse do poder público em oferecer mais serviços aos estratos desfavorecidos e não optasse

pela escolha por determinados tipos de serviços que apresentam características que promovem uma maior satisfação e utilização pela população ao longo do tempo.

Em relação à percepção de que o PNI tem promovido equidade, acreditamos que vencer desigualdades seria tornar todos iguais pelo sucesso que uma ação pública deveria ter e na perspectiva de alocação de mais recursos para aqueles que necessitam mais, ainda há muito a ser feito em termos de vacinação contra hepatite B em Porto Alegre, pois se não queremos “alguns” com 50 e “outros” com 100, também “todos” com 80 não serve aos interesses de saúde da população.

Sugere-se, a partir deste estudo, a consideração de indicativos das características de utilização de serviços para vacinação na perspectiva das desigualdades entre estratos sociais da população de Porto Alegre para o planejamento de políticas públicas e de organização do sistema de saúde, priorizando investimentos nos estratos mais vulneráveis da população de Porto Alegre, visto que eles muito utilizam o serviço público ofertado, especialmente quando ele é do tipo ESF, conforme os estudos referenciados evidenciam.