

A Saúde do Rio de Janeiro 10 anos depois (1998-2008)

De onde viemos, onde estamos e para onde devemos caminhar

As críticas ao Sistema de Saúde Municipal nos últimos dez anos são muitas. Nossa proposta é promover uma análise criteriosa e profunda, agregando nossa vivência e co-participação na área, para oferecer subsídios que possam contribuir para melhorar a qualidade das nossas políticas públicas neste setor.

No ano 2008, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro (CMRJ) criou uma Comissão que tem o objetivo de elaborar um novo Plano Diretor. No presente trabalho, avaliaremos os indicadores de saúde da última década, em conjunto com dados variados de diferentes áreas da cidade, para formularmos propostas para a Comissão do Plano Diretor, além de contribuir com o Executivo Municipal na correção de políticas públicas de saúde do Rio de Janeiro e na elaboração uma Lei Orçamentária que as sustentem.

Para essa análise, utilizamos dados disponibilizados anualmente pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio da Sub-Secretaria de Ações e Serviços de Saúde e da antiga Superintendência de Vigilância em Saúde, atualmente chamada Sub-Secretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. O documento de onde foram compilados os dados de 1998 até 2008 chama-se “Indicadores de Saúde por Área Programática no Município do Rio de Janeiro (anexo A)” e se encontra também no site da SMS.

Baseados nas informações disponibilizadas pelas unidades de saúde, os dados podem conter pequenas imperfeições. No entanto, sabemos que o esforço dos servidores de carreira da SMS tem contribuído para aperfeiçoar o resultado desse trabalho de pesquisa a cada ano.

Na primeira parte da nossa análise, apresentaremos as informações disponíveis sobre o desenvolvimento demográfico da década, indicadores de natalidade, mortalidade, crescimento da população idosa e da cobertura do atendimento do SUS na cidade do Rio de Janeiro. Cada um destes indicadores será analisado posteriormente, quando apresentaremos propostas de intervenção na política pública para cada tema.

Os dados serão apresentados de acordo com a divisão da Cidade por áreas de planejamentos (APs), segundo padronização adotada pela Prefeitura (anexo I).

1 – Desenvolvimento demográfico da década.

Os dados populacionais utilizados pelo documento “Indicadores de Saúde” são baseados no Censo IBGE/2000 e nas projeções realizadas pelo Instituto Pereira Passos/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Em dez anos (98-08) o crescimento populacional da Cidade foi de 13% (5.581.844/6.293.781) – anexo II.

Este crescimento foi completamente distinto na cidade. Assim, as áreas que mais cresceram foram as AP 4.0 (40%), AP 5.2 (40%) e AP 5.3 (25%). A listagem com a composição das áreas de planejamento está no anexo I.

É importante correlacionar as áreas que cresceram mais em população com os seus respectivos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) – anexos III e IV.

As APs 5.3 e 5.2 apresentam os piores IDHs da cidade. Já a AP 4.0 apresenta um quadro peculiar referente ao IDH – alguns dos bairros que a compõem apresentam um alto índice de desenvolvimento humano, como no caso da Barra da Tijuca e do Joá, enquanto outros bairros da área apresentam um baixíssimo IDH (anexo IV-I).

Nesta verdadeira “cidade partida”, vemos do outro lado as áreas que tiveram menor crescimento populacional: AP 1.0 (-9%), AP 3.2 (-4%) e AP 2.2 (0%). Todas elas com alto IDH, (0,829/0,856/0,924) e estão entre os quatro primeiros IDHs da Cidade (anexo IV).

Durante esse período, a AP 3.3 manteve-se no topo do ranking em densidade demográfica. Composta de 28 bairros, a região apresenta uma população superior a da maioria dos municípios brasileiros (973.761 habitantes) e cresceu apenas 6% na década.

É necessário ainda conhecer a fundo alguns detalhes do conjunto das áreas que mais cresceram populacionalmente, a chamada Zona Oeste (anexo V). A região é composta por quatro áreas de planejamento (4.0/5.1/5.2/5.3) num total de 39 bairros. Dos seus 2.607.740 habitantes, 833.965 habitantes estão localizados na parte mais abastada da Zona Oeste, constituída por 19 bairros. O principal é a Barra da Tijuca, que, apesar do IDH altíssimo (0,959), divide a mesma área de planejamento com alguns bolsões de pobreza como o Bairro de Camorim, com IDH 0,746.

A parte menos favorecida da Zona Oeste é constituída pelas APs 5.1, 5.2 e 5.3 (composta por 20 bairros), com população total de 1.773.775 habitantes. Este número representa 28% da população do Município, e ocupa o território correspondente a 48% do total municipal. De 1970 a 2000, houve um crescimento populacional de 124%. Cerca de 12% do total populacional representa moradores de habitações sub-normais (ocupações irregulares e favelas). Vale ainda ressaltar que a

parcela de jovens é predominante em tais áreas.

2. Evolução da População Idosa

Nas últimas décadas, a melhoria da qualidade de vida, a evolução tecnológica e a implementação de algumas políticas públicas aumentaram consideravelmente a expectativa de vida no Brasil. Ainda assim, podemos identificar claramente certas diferenças nas ofertas de políticas públicas ao longo da década quando comparamos alguns dados.

Na comparação da expectativa de vida ao nascer de um morador de uma das áreas que menos cresceu na Cidade (Tijuca/AP 2.2 = 75 anos) com a de um morador de uma das APs com maior crescimento (Guaratiba/AP 5.2 = 65 anos), observa-se a necessidade de garantir mais e melhores serviços de saúde para algumas regiões.

Ao analisarmos o quadro da população com mais de 60 anos dividida por áreas no Rio de Janeiro, verifica-se que não houve o aumento da oferta de serviços em áreas onde a população idosa cresceu – o que justifica nossa preocupação.

No anexo VI, vemos que o maior crescimento na população de idosos ocorreu na Zona Oeste: 165% de aumento na AP 4.0; 152% na AP 5.2; 149% na AP 5.3; 116% na AP 5.1. Todo este aumento suplanta a média da cidade, que ficou em 95%. Cabe ainda ressaltar que as duas áreas em que a população de idosos é maior em relação à população total continuam sendo a AP 2.1 e AP 2.2, que apresentam respectivamente 22,5% e 22,1% de idosos na população total.

Tais informações, associadas aos dados sobre mortalidade das doenças da 3ª idade, nos obrigam a propor profundas mudanças na oferta de políticas públicas para nossa Cidade.

3 – A evolução da natalidade na década

O coeficiente de natalidade caiu bastante no Rio de Janeiro. Em 1998, era 17,5%; em 2008 chegou a 12,3%. Este fato se repetiu nas dez áreas programáticas.

O número absoluto de nascimentos também foi drasticamente reduzido

(anexo VII). Em 1998 nasceram 97.213 crianças, enquanto em 2008, foram 77.390. Ou seja, uma queda de 20% . Esta queda se repetiu em nove das dez áreas programáticas. Isto aponta para um padrão de envelhecimento da população, onde a faixa etária mais jovem é cada vez menor por conta do aumento dos óbitos ocasionados por violência em adolescentes do sexo masculino, de 14 a 18 anos.

Outro fato marcante na década foi a queda do número de mães adolescentes (menores de 20 anos). A maternidade precoce preocupava estudiosos do setor, levando-se em consideração que muitas dessas grávidas davam a luz à recém-nascidos prematuros.

Houve uma redução de 30% nos casos de gravidez na adolescência entre 1998 e 2008 (19.150 em 1998 contra 13.378 dez anos mais tarde). Tal diminuição ocorreu nas dez áreas da Cidade (anexo VIII e IX). Entretanto, é bom frisar que nas áreas mais pobres da cidade o percentual de adolescentes grávidas é maior que nas áreas de maior IDH (ex: AP 5.3 = 23,4% das grávidas eram adolescentes e AP 2.1 = só 9,7% em 2008).

A análise da modalidade dos partos aponta valores distintos entre as moradoras de áreas de diferentes IDHs. Na área 5.3, de cada 100 mulheres que deram a luz, 59 o fizeram de parto cesariana. Já na área 2.1 (maior IDH), de cada 100 mulheres, 82 escolheram este tipo de parto, preferido entre as gestantes mais abastadas, apesar de possuir custos mais altos e proporcionar riscos aos recém-nascidos.

4 – Quadro da Mortalidade no Rio de Janeiro

No quesito mortalidade, o quadro da “Cidade Partida” manteve-se quase inalterado. Apesar do quadro geral de mortalidade da Cidade (anexo X) conter um pequeno aumento de 1% (49.915 óbitos em 1998 e 50.582 em 2008), nota-se a mesma diferença dos outros indicadores: nas áreas de maior IDH a mortalidade caiu 11%, 7% e 5%, nas APs 1.0, 2.2 e 2.1, respectivamente. Por outro lado, nas áreas de menor IDH, houve crescimento na mortalidade: Na AP 5.3 - 22%, na AP 5.2 - 21% e na AP 5.1 - 2%.

Tais dados sobre mortalidade são semelhantes aos dados sobre expectativa de vida ao nascer e, analisados em conjunto, tais indicadores justificam a necessidade de melhorar a oferta de serviços de saúde nas áreas de menor IDH.

Quando aprofundamos a análise sobre as causas de mortalidade na Cidade, vemos que, após dez anos, não se modificaram as três principais causas de óbitos:

Colocação	Causas	1998	2008
- 1º lugar	Doenças Cardiovasculares	30%	30%
- 2º lugar	Neoplasias (Câncer)	14%	17%
- 3º lugar	Causas externas	12%	9%

Entretanto, quando analisamos estas mesmas causas em cada uma das áreas programáticas, voltamos a ver a “Cidade Partida” (anexo XI), já que, ultima década, aumentaram na nas áreas de menor IDH e diminuíram nas áreas mais favorecidas.

DCV = Maiores percentuais na área de menor IDH*

AP 5.3 = +28% entre 1998 e 2008
AP 5.2 = +24%
AP 5.4 = +24%
AP 2.1 = -22%
AP 2.2 = -18%

Neoplasias*

AP 5.3 = +70%
AP 5.2 = +60%
AP 2.2 = -4%

* Na base comparativa que envolve o período de 1998 e 2008.

Observação: No período de 2007 e 2008, a Secretaria Municipal de Saúde não obteve os dados de óbitos por causas violentas da Secretaria Estadual de Segurança Pública.

Tais dados demonstram claramente onde as políticas públicas foram mais privilegiadas nos últimos anos. E apontam para onde devemos priorizar a melhora da oferta de serviços daqui pra frente.

5 – Cobertura do SUS na “Cidade Partida”

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), 51% da população carioca possui algum tipo de cobertura da saúde suplementar e 49% é dependente exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS).

A cobertura exclusiva do SUS por área de planejamento, analisada pelo indicador de obstetrícia, assinala que as áreas mais populosas da cidade e que apresentam um IDH mais baixo são mais dependentes das políticas públicas, como por exemplo:

AP 5.3 = 83%
AP 5.2 = 59%
AP 5.1 = 57%
AP 4.0 = 52%

Já as áreas que apresentam maior IDH se mostram menos dependentes do SUS:

AP 2.1 = 42% da população é dependente do SUS
AP 2.2 = 38%

Este quadro é um claro balizador de onde precisamos melhorar a qualidade os serviços oferecidos pelo Poder Público. Não somente aumentando a capacidade instalada da atenção básica (anexo XII), como também dando maior capacidade de resolução às suas unidades.

Conclusões:

- A população do Rio de Janeiro cresceu pouco (13%). Este crescimento ocorreu claramente em direção à Zona Oeste e em áreas com IDH mais baixo.

- É importante avaliar que as políticas públicas (Saúde, Educação, Transporte, Meio Ambiente, Cultura e Desenvolvimento Econômico) não conseguiram acompanhar quantitativamente e qualitativamente o caminho escolhido pelo cidadão.

- As áreas com melhor IDH registraram crescimento populacional menor, apesar de apresentarem crescimento em alguns bolsões de pobreza (Rocinha, Dona Marta, Cantagalo, Vidigal, Borel, Turano, Formiga e Salgueiro).

- Sabemos que no município do Rio de Janeiro, as APs equivalem a verdadeiras cidades. Assim, destacamos a importância da AP 3.3 (a maior da Cidade). Constituída de 28 bairros e com uma população de quase um milhão de habitantes, a região tem uma população 2,5 vezes maior que Niterói e maior do que todos os municípios que constituem o Estado do Rio, exceto a capital. Possui como característica um baixo IDH, mas que, nesta última década, manteve-se como a mais populosa. Porém, seu crescimento foi menor que o da cidade de forma geral: apenas 6%. Nesta área mora metade dos cidadãos cariocas que residem em favelas. A região apresenta a maior densidade demográfica do Rio de Janeiro e, paralelamente, um dos nossos mais baixos índices de escolaridade.

- Outro fato marcante foi o intenso crescimento populacional na Zona Oeste [AP 4.0 (40%) 5.2 (40%) AP 5.3 (25%)]. Existem duas Zonas Oeste: a “rica” e a “pobre”. A Zona Oeste “pobre” (AP 5.1/5.2/5.3) ocupa 48% do território carioca, abrange 28% da população total do município e 11,6% dos seus moradores moram em habitações irregulares.

- A própria avaliação dos números já diz quase tudo. O envelhecimento da população brasileira foi muito rápido (Transição Epidemiológica). Entretanto, a rapidez do envelhecimento não foi acompanhada da melhoria da qualidade de vida.

Assim, novos desafios se colocam para administradores e legisladores: como enfrentar as demandas sociais e financeiras; aumento da longevidade; urbanização acelerada; aumento da violência; novos padrões de consumo; novos estilos de vida; novas tecnologias que aumentam a sobrevivência da população, mas também o custo da saúde.

- O aumento das doenças crônicas (75% de todas as doenças do País) é um fato que mostra a necessidade de priorizar o combate a tais doenças, através dos programas de educação e prevenção à saúde, inclusive pelas ações do PSF.

- Houve uma considerável diminuição da taxa de natalidade na Cidade do Rio de Janeiro. Em 2008 nasceram 20% menos crianças que em 1998. Vale frisar que a queda foi semelhante nas 10 áreas, tanto as que apresentam IDH alto como as de baixo IDH. Houve a melhoria das políticas materno-infantis, com maior acesso à informação e programa de planejamento familiar mais efetivo, embora ainda haja enorme dificuldade de acesso destas políticas em bolsões de pobreza.

- Outro fato positivo nessa área é a queda de 30% do número de mães adolescentes (10-19 anos), sendo importante saber que o fenômeno ocorreu nas 10

áreas da cidade. Entretanto, ainda somos os campeões na taxa de Cesarianas, com predomínio nas áreas de mais alto IDH.

- Na análise dos óbitos, verifica-se a clara associação entre melhor IDH e melhor ofertas de políticas públicas de saúde e menor mortalidade.

- Constata-se que, em 10 anos, as causas de óbitos permaneceram as mesmas. É preciso, portanto, atuar com mais vigor na prevenção e mais precocemente no tratamento da doença instalada.

- Precisamos privilegiar a atenção básica, tanto nos recursos financeiros como na organização dos serviços, com o intuito de proporcionar maior acesso à população menos privilegiada.

- Em 2007, 2008 e 2009, a SMS reservou em seu orçamento para Atenção Básica (AB), respectivamente, 13,09%, 12,28%, 12,56%. Ou seja, valores absolutamente inexpressivos. A consequência deste déficit orçamentário é traduzida em unidades de Saúde desestruturadas e com pouca produtividade, o que faz com que a população caminhe para as unidades de emergência (85% dos atendimentos em hospitais de emergência tem perfil de atenção básica). Essa demanda gera uma sobrecarga para o atendimento nas unidades hospitalares, refletindo na qualidade e na eficiência de seu atendimento.

- Além do problema da qualidade, os nossos Governantes tem sido incapazes de aumentar a quantidade. Uma rápida análise quantitativa pode nos esclarecer por que Belo Horizonte tem políticas públicas de saúde infinitamente melhores que o Rio de Janeiro. Dados atualizados mostram que, para uma população de 2.424.295 habitantes, a oferta de atenção básica na capital mineira é de 145 Unidades Básicas de Saúde e 523 Equipes de Saúde da Família. Já a Cidade do Rio de Janeiro, com uma população de 6.291.773 habitantes, possui 76 Unidades Básicas de Saúde e 120 Equipes de Saúde da Família.

Finalmente, baseados nesse estudo dos indicadores da década (1998-2008), formularemos algumas propostas concretas, acreditando que estas possam nortear o Plano Diretor da cidade e a Proposta Orçamentária.

PROPOSTAS :

- 1- Precisamos aprovar na próxima Lei Orçamentária Anual (LOA) um maior investimento no orçamento da Atenção Básica.

- 2- Os valores de investimentos e custeios no orçamento da saúde devem ser acrescidos para a construção de mais Unidades Básicas de Saúde.
- 3- A estratégia de Saúde da família precisa ser incentivada imediatamente através do aumento no número de equipes e das Unidades Básicas. Elas devem ser construídas inicialmente na área de menor IDH (AP 4.0 / 5.3 / 5.2 / 5.1).
- 4- Precisamos criar os 10 distritos sanitários de saúde para descentralizar a gestão e os recursos;
- 5- As prioridades deste programa devem obedecer às necessidades das áreas de menor IDH, onde os indicadores se encontram mais deficientes.
- 6- Precisamos propor a criação dos Conselhos Gestores de Saúde em cada unidade municipal;
- 7- A construção de novos hospitais não é necessária. Algo muito mais urgente seria o funcionamento efetivo de uma central de regulação de leitos que tenha força para administrar leitos Federais, Estaduais e Municipais;
- 8- Com relação à necessidade de construção de novos hospitais cabe lembrar que, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, temos hoje 13.425 leitos na cidade (públicos e conveniados). O Ministério da Saúde determina, em portaria própria, a necessidade de três leitos para cada mil habitantes. Assim, necessitaríamos de 18.600 leitos. O que temos em atividade representa 75% do total necessário, o restante é coberto pela iniciativa privada.

Entretanto, o preocupante é que, neste ponto, ocorre algo semelhante ao que acontece em relação à natalidade, mortalidade e o crescimento populacional. Isto é, uma “Cidade Partida”: nas três áreas de IDH mais alto, onde residem aproximadamente 1.250.000 habitantes, estão disponíveis 2.148 leitos. Já nas áreas de mais baixo IDH, onde reside uma população de 2.600.000, a disponibilidade é de apenas 1.573 leitos.

É importante ressaltar que o aumento no orçamento destinado à atenção básica deve ocorrer sem comprometer ou transferir os gastos com as unidades hospitalares. Estas últimas são unidades altamente especializadas, que também cumprem uma importante função do município: o atendimento de urgência e emergência da população. Envolvem altos custos com tecnologia, e não seria às custas do seu

desmonte que atingiríamos a melhoria da atenção primária. Claro que uma melhor gestão dos hospitais, com a pactuação de metas e acompanhamento de indicadores pelo nível central, pode e deve racionalizar os custos hospitalares.

Mas seria um erro descobrir um santo para cobrir o outro. É imprescindível o aumento dos leitos para terapia intensiva (CTI), hoje em falta na cidade. A nossa proposta não é criar novos hospitais, e sim instituir um sistema de regulação que tenha ingerência sobre os leitos Federais, Estaduais e Municipais. Para isso será necessário inserir recursos financeiros na proposta orçamentária para instalação de uma verdadeira Central de Regulação para a cidade.

PAULO PINHEIRO - VEREADOR