

Saúde : entre a prevenção e a cura

Este estudo foi realizado em
Parceria com Instituto de
Pesquisa Econômica Aplicada
(IPEA), Programa das Nações
Unidas para o Desenvolvimento,
(PNUD) e Prefeitura da
Cidade do Rio de Janeiro

Saúde: entre a prevenção e a cura

“Na favela falta saneamento básico; a saúde preventiva não existe, está abandonada. Dependendo da doença, o dinheiro cura.”

MORADOR DE CAMPO GRANDE

Entendida inicialmente apenas como ausência de doença e menor risco de morrer prematuramente, a saúde passou a ser considerada como capacidade de realizar trabalho produtivo, e, portanto, recurso estratégico do processo de desenvolvimento. Mais recentemente, a saúde vem sendo destacada também como componente indissociável da qualidade de vida, expressão de elementos positivos determinados pelas condições materiais de existência ou associados a questões subjetivas, decorrentes das relações dos indivíduos entre si e com a sociedade.

Mais complexa a compreensão do que seja saúde, maior a demanda por respostas de diferentes setores da sociedade. E de setores que não foram, até este momento, organizados para atender a essas novas concepções e projetos. Enuncia-se assim, em escala global, uma crise da saúde, na medida em que os modelos assistenciais existentes não conseguem dar respostas adequadas às expectativas de bem-estar das pessoas.

Ao mesmo tempo, verifica-se o esgotamento das fórmulas de financiamento da saúde, que cada vez mais incorpora técnicas cujos custos são elevados, fruto do desenvolvimento e difusão de tecnologias, bem como das políticas utilizadas para ampliação dos mercados para insumos e serviços.

A simples expansão da oferta de serviços e a utilização dessas novas tecnologias não têm sido capazes, porém, de aliviar o sentimento de incerteza, solidão e os desgastes decorrentes do aumento da duração da vida humana dissociada de contextos efetivos de apoio da família e de coesão social.

Paradoxalmente, a insatisfação com o atual modelo assistencial tem convivido continuamente com a expansão desse mesmo modelo, induzindo o aumento da procura por atenção médica.

No Brasil, a medicalização das mais diversas demandas sociais representou, nas últimas décadas, um importante instrumento de controle social, e, ao mesmo

tempo, assegurou uma inusitada expansão do mercado de produtos farmacêuticos e outros insumos da atenção médica.

Isso tem se mostrado particularmente dramático na medida em que o modelo de desenvolvimento nacional não resolveu o problema da exclusão social e acarretou o aumento das desigualdades, diferenciando o acesso aos bens e serviços essenciais.

A implementação do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), ao assegurar a extensão da cobertura, expansão da oferta de serviços e universalização do acesso à atenção médica, através da descentralização e municipalização, procurou uma aproximação adequada entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde de grupos populacionais específicos.

A implantação dos Conselhos de Saúde distritais, municipais, estaduais e nacional deveria possibilitar o controle público sobre a definição de prioridades e monitoramento da gestão das ações de saúde.

O modelo assistencial, entretanto, até recentemente priorizou quase exclusivamente o financiamento do atendimento das demandas por cuidados médico-assistenciais, não contribuindo diretamente para melhorar a qualidade de vida da população.

Os obstáculos que se interpuseram ao efetivo controle público do SUS, através da implantação e atuação dos Conselhos de Saúde na definição das prioridades na utilização dos recursos e na avaliação dos resultados, implicaram problemas quanto à produtividade, qualidade do atendimento prestado e solução de questões de saúde que efetivamente já poderiam ter sido controladas.

Paralelamente ao desenvolvimento do SUS, observou-se, na última década, importante organização do setor privado de assistência médica, através dos planos de saúde, que já alcançam cerca de 24% da população do país. Assim, hoje as políticas públicas voltadas para o atendimento das necessidades de saúde da população contemplam a realidade da coexistência de modelos distintos.

O acesso diferenciado aos serviços de saúde, mediado pela capacidade individual de pagamento de planos de seguro, reproduz as desigualdades presentes na sociedade, que condicionam estilos de vida e projetos de saúde distintos. Tanto o sistema público de saúde como o setor privado, atendem, quase exclusivamente, demandas de tratamento de doenças, com pouca ênfase no diagnóstico precoce e na implementação de ações preventivas tradicionais. Pouco interferindo, portanto, no processo da produção social da doença e na qualidade de vida.

Não por outro motivo, a ênfase recente na promoção da saúde e nos programas de saúde da família procura contemplar propostas que integrem várias áreas relacionadas com a qualidade de vida, como moradia, saneamento, trabalho, lazer, segurança, estilos de vida saudáveis e acesso à informação qualificada.

Todas essas questões precisam ser consideradas na elaboração de uma análise atual das condições de saúde de uma população. Entretanto, os dados secundários disponíveis para a construção de indicadores de saúde, de base populacional, são limitados e não permitem contemplar estas diferentes perspectivas.

Refletindo tradicionalmente apenas dimensões da doença e da morte, os indicadores não expressam a percepção concreta da saúde, por parte das pessoas e grupos sociais, enquanto componente de sua qualidade de vida. Do mesmo modo, os indicadores disponíveis de oferta de serviços não contemplam dimensões como a solução dos problemas, o compromisso ético com a vida e a satisfação subjetiva dos usuários.

Enquanto se constata a prioridade de se organizar sistemas de informações capazes de produzir indicadores que explicitem as diferenças de percepções e projetos de saúde, verifica-se tam-

bém a retomada do interesse na mensuração da persistência de diferenciais de morbidade (relação do número de pessoas sãs e de doentes) e mortalidade (causas de morte) nos distintos grupos populacionais, com ênfase na identificação dos agravos passíveis de redução com os recursos disponíveis.

Evolução histórica dos padrões de morbidade e de mortalidade

Inúmeros estudos mostram, desde o século passado, que os diferentes níveis de saúde das populações humanas são reflexos das iniquidades sociais, estando aí incluídas o acesso aos serviços e às informações sobre saúde. A correlação das condições de saúde com concentração de renda, analfabetismo, condições sanitárias de moradia e a violência, entre outras variáveis sociais, está fortemente documentadas.

O modelo de transição epidemiológica proposto na década de 70, a partir da observação das transformações nos padrões de mortalidade processadas nos países desenvolvidos durante o século 20, constata a substituição das doenças infecciosas como causas de morte mais relevantes por enfermidades crônicas e degenerativas.

Essa tendência decorreria tanto do maior controle sobre as condições e riscos ambientais associados aos processos infecciosos quanto do aumento da expectativa de vida e de novos estilos de viver relacionados com a urbanização.

Nas duas últimas décadas há interesse crescente na interpretação das relações complexas que determinam os perfis epidemiológicos de países, regiões e grupos populacionais particulares, com diferentes níveis de riqueza e investimentos na área social. Mostrou-se que já não existe uma relação linear simples entre indicadores de renda e o conjunto dos índices de saúde tradicionais.

Nos países periféricos, a transição epidemiológica, ocorrida mais rapidamente em decorrência da urbanização acelerada e incorporação de tecnologias importadas, resultou em um padrão imperfeito, distinto daquele verificado nos países desenvolvidos, onde essa mudança na estrutura de morbidade e de mortalidade decorreu essencialmente de modificações decisivas nas suas condições de vida.

Nas regiões metropolitanas brasileiras acumulam-se atualmente problemas de saúde decorrentes da persistência de miséria e de problemas ambientais, ao lado de outros decorrentes do acúmulo de idosos, devido ao aumento da expectativa de vida observado nas últimas décadas.

Recentemente, o conceito de enfermidade crônico-degenerativa teve que ser reformulado, na medida em que diversas análises de tendências dos indicadores de mortalidade nos países desenvolvidos mostraram sua forte associação com fatores ambientais e comportamentais. Atualmente, as elevadas prevalências ainda observadas são consideradas indicadores do desgaste acumulado durante a vida e da baixa efetividade de ações preventivas e curativas.

A acumulação desses problemas crônicos, muitas vezes iniciados precocemente, associada ao aumento da expectativa de vida, resulta em uma crescente carga decorrente dessas doenças, para os indivíduos e para as sociedades.

Hoje, a polarização, centrada na dicotomia entre a carga devida à mortalidade precoce e aquela decorrente da morbidade crônica e da incapacidade permanentes, já está sendo contestada.

Há um terceiro padrão, característico das grandes cidades dos países periféricos, mas também já constatado nas periferias urbanas das metrópoles desenvolvidas. Suas principais características são a redução generalizada da mortalidade por doenças transmissíveis, o au-

mento da expectativa de vida, associado com uma alta prevalência de doenças crônicas acrescido do incremento da mortalidade em adultos jovens, prioritariamente do sexo masculino, e da reemergência da transmissão de certas doenças transmissíveis.

O excesso de mortalidade e incapacidade precoce é decorrente principalmente de agressões externas. A ocorrência de epidemias, devidas a agentes infecciosos transmitidos de pessoa a pessoa ou por vetores adaptados aos ecossistemas urbanos, resulta essencialmente da persistência de condições ambientais precárias. Esse novo perfil está relacionado também à inserção precária de grande parte da população no processo produtivo, levando a uma maior mobilidade espacial e aumento das taxas de contato social.

Observa-se ainda a incorporação incompleta das práticas efetivas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos adultos jovens e idosos, que nos países desenvolvidos são mediadas essencialmente pela difusão de informações sobre saúde. E que nos países subdesenvolvidos está limitada tanto pelo baixo nível de escolaridade como pela naturalização de muitas doenças na representação popular e mesmo entre profissionais de saúde.

Quando comparado com outros países, nas duas últimas décadas, o Brasil vem se destacando por apresentar uma dissociação entre os indicadores de desenvolvimento econômico e os de qualidade de vida e de saúde alcançados pelo conjunto da sua população. Embora colocado entre as maiores economias industriais do mundo, situa-se entre as piores posições em relação aos indicadores de saúde, educação e desigualdade social, detendo um dos níveis mais elevados de concentração de renda.

Verifica-se também uma relação paradoxal entre o aumento da oferta de serviços médico-assistenciais e seus indicadores de condições de saúde. O descompasso entre essas várias dimensões do desenvolvimento humano impõe a necessidade de enfoques que considerem a singularidade do processo histórico-social brasileiro, além de apontar para a importância de se considerar as especificidades das diferentes realidades locais.

Esse trabalho tem como proposta fazer uma análise conjuntural das condições de saúde no município do Rio de Janeiro, destacando o período de 1990 a 1998, mas também considerando a tendência dos indicadores epidemiológicos nas últimas décadas, priorizando a descrição e análise dos problemas que já poderiam estar eliminados da agenda sanitária municipal.

A persistência desses problemas aponta para questões relevantes relacionadas à eficácia dos dois modelos de atenção em saúde, tanto o público como o privado. Procurou-se, sobretudo, caracterizar seus perfis epidemiológicos e os diferenciais de risco de adoecer e morrer ainda prevalentes. E desse modo, orientar estratégias de intervenção que possam contribuir para a diminuição das desigualdades em saúde.

Condições de vida e saúde no município do Rio de Janeiro

As condições de vida e saúde de um determinado período refletem tanto os efeitos de determinantes atuais como a dinâmica de processos do passado. O município do Rio de Janeiro possui um conjunto de características que o diferencia das outras grandes cidades do país.

Entre essas destacam-se: 1) seu modelo de organização histórica do espaço urbano, próprio das cidades coloniais portuárias, combinando desigualdade social e integração territorial; 2) o predomínio das atividades de serviço e a importância da economia informal; 3) a grande concentração de instituições federais, decorrente do período em que foi a capital do

país; 4) o uso especulativo do solo como meio de realização de lucros no setor imobiliário, tendo como consequência o crescimento do número e tamanho das favelas e outras modalidades de assentamentos populares irregulares.

As condições de insalubridade da capital política e principal centro portuário brasileiro, prevalentes desde o século 17 até a primeira década do século 20, resultaram em grave conjuntura epidêmica e impuseram um primeiro projeto de reforma urbana e sanitária, onde as campanhas de saúde pública, direcionadas para o controle de epidemias específicas, como a varíola, a febre amarela e a malária, comprovaram a viabilidade de redução do risco de transmissão de muitas doenças infecciosas sem a necessidade de políticas sociais comprometidas com as modificações das condições concretas de vida.

Outros modelos de atenção à saúde foram introduzidos quando, na década de 30, o Rio de Janeiro passou efetivamente a ser o centro burocrático e político do país. No âmbito dos serviços de saúde, verificou-se a implantação, a partir da metade do século, de unidades e hospitais públicos de referência, que se concentraram nos bairros mais antigos e consolidados, em detrimento das suas áreas de expansão e do restante da Região Metropolitana.

Sua condição de Distrito Federal até 1960 resultou em maior atenção às questões nacionais do que aos problemas do desenvolvimento regional, prejudicando a integração da cidade com a sua região de influência imediata. Após a sua incorporação ao Estado do Rio de Janeiro, uma região de muitas carências e da qual passou a ser capital, a cidade sofreu importante processo de esvaziamento econômico. Sua participação na Renda Interna Bruta Nacional, que foi de 22% total em 1940, caiu para 12% em 1980.

Enquanto entre as décadas de 40 e 60 a antiga capital federal teve um período acentuado de crescimento demográfico, mais de 3% ao ano, a cidade passou a apresentar posteriormente incrementos populacionais muito baixos, com taxas de 0,67% entre 1980 e 1991 e apenas 0,26% entre 1991 e 1996, quando de fato deixou de existir saldo migratório positivo.

O período de grande crescimento demográfico e de chegada de migrantes, vindos de outros Estados e do interior do Rio de Janeiro, coincidiu com a expansão das favelas. Entre as décadas de 50 e 70, o crescimento populacional nas favelas foi o dobro do conjunto da população da cidade. Essa tendência continuou ainda maior nas décadas seguintes. O censo demográfico de 1991 mostrou que 12,6% da população carioca vivia nesse tipo de conglomerado.

A desaceleração do crescimento demográfico no município do Rio nas últimas décadas deve-se por uma combinação da diminuição das migrações internas, que passaram a priorizar os municípios das cidades vizinhas do cinturão metropolitano, e por uma queda acentuada da natalidade que atingiu todos os grupos sociais, mas especialmente aqueles de mais baixa renda. Em 1996, as taxas brutas de natalidade eram de 18 por mil habitantes, uma das menores do país.

A diminuição da natalidade ocorreu simultaneamente ao aumento da expectativa de vida. Em 1991, 20,3% da população residente do município do Rio de Janeiro já tinha 50 ou mais anos de idade, o maior percentual dentre as capitais brasileiras.

O indicador de expectativa de vida ao nascer é fortemente influenciado pela queda da mortalidade precoce, destacadamente pela redução da mortalidade infantil. O decréscimo recente desse indicador de saúde foi acentuado, variando de 36,4 por mil nascidos vivos no período 1979-81 para 21,5 nos anos 1990-92, representando uma redução de 41% (IBGE, 1995).

Essas acentuadas modificações nos indicadores de mortalidade e de natalidade foram acompanhadas também de grandes alterações na frequência relativa das diferentes causas de morte, concretizando-se a transição epidemiológica do município nas décadas anteriores a 80.

SAÚDE: ENTRE A PREVENÇÃO E A CURA

As grandes mudanças ocorridas no perfil epidemiológico do município do Rio de Janeiro, no período de 1940 a 1980, são marcadas pela acentuada queda da mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias. Na década de 40 eram a causa mais frequente, contribuindo com 43,6% do total de óbitos, e foram reduzidas para 5,3% em 1998.

Um dos grandes grupos de causa de morte que mais cresceu nesse meio século foi o referente ao capítulo das causas externas. A violência, sendo um dos problemas que mais se destacou no período, tem a agravante de atingir uma população em idade muito jovem e predominantemente masculina. Ela impacta intensamente e de maneira desfavorável a expectativa de vida e a estrutura das famílias.

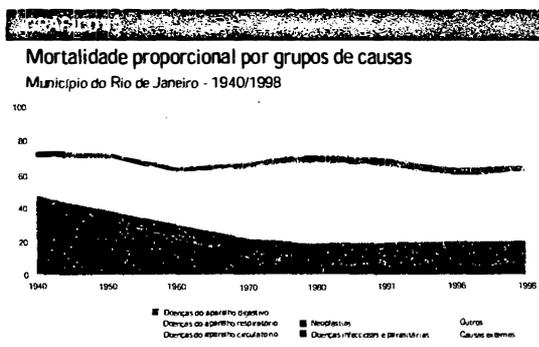
No início da década de 90, o município do Rio de Janeiro, ao contrário de muitas outras capitais brasileiras, já havia completado há anos sua transição epidemiológica imperfeita. Diversas causas de mortalidade e morbidade redutíveis através das medidas tradicionais da saúde pública já não representavam problemas de saúde relevantes.

Várias doenças transmissíveis e evitáveis por imunizações, que representavam importantes desafios nas décadas de 60 e 70, como a varíola, poliomielite, sarampo, raiva urbana e meningite meningocócica, foram erradicadas ou controladas como problema de saúde pública, através de campanhas de vacinação em massa.

Os problemas advindos do envelhecimento da população, associados ao desgaste precoce decorrente das suas condições precárias de vida, vieram colocar novos desafios, destacando-se, em particular, a questão da seguridade social e a necessidade de expansão e reestruturação dos serviços de promoção, prevenção e atenção à saúde.

Houve uma grande modificação no padrão de mortalidade proporcional por faixa etária, a partir do início da década 1980, destacadamente nas idades extremas, com acentuada queda nos menores de um ano e um aumento progressivo naqueles de 75 anos e mais.

Uma análise comparativa dos indicadores globais de saúde do município do Rio de Janeiro da década de 90 com aqueles da década anterior demonstra um aumento do coeficiente bruto de mortalidade de 8,4 por mil habitantes no triênio 1979-1981 para 9,3 em 1996-1998. O aumento decorre do envelhecimento da população carioca, uma vez que o risco de morrer, como esperado, aumenta muito nessas faixas etárias. Do total de óbitos, 52,1% ocorreram em maiores de 60 anos no período 1979-81, e o montante aumentou para 60,2% em 1996-98.



Fonte: IBGE Anuários Estatísticos do Brasil, 1950 a 1980 (período 1940-1970)
DATASUS/MS (período 1980 - 1998)

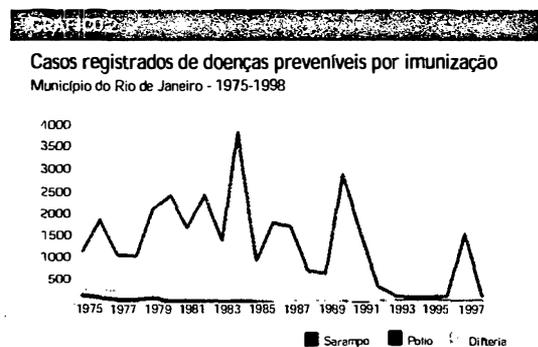


TABELA 1

Indicadores de Mortalidade no Município do Rio de Janeiro nas décadas de 80 e 90

Indicadores	1979-83	1984-89	1990-95
Geral (Coef. por 1.000 hab)	8.0	8.7	9.3
Sexo Masculino (Coef. por 1.000 homens)	9.4	10.5	10.9
Sexo Feminino (Coef. por 1.000 mulheres)	6.8	7.0	7.8
Infantil (Coef. por 1.000 NV)	36.4	21.5	19.4
Doenças Infecciosas e Parasitárias (Coef. por 10.000 hab)	3.8	2.7	5.3
Neoplasias (Coef. por 10.000 hab)	11.4	12.3	13.1
Doenças do Aparelho Circulatório (Coef. por 10.000 hab)	32.6	31.5	28.4
Causas Externas (Coef. por 10.000 hab)	9.1	11.2	11.5
Proporção de Óbitos por Causas Mal Definidas	2.2	6.2	10
Proporção de Óbitos na Faixa Etária de 60 anos e mais	51.1	57	60.2

Quando observado separadamente para os dois sexos, vê-se que o coeficiente geral de mortalidade do sexo masculino é cerca de 40% superior ao feminino, um diferencial constante durante todo o período analisado. A maior mortalidade masculina ocorre em todas as faixas etárias e esse comportamento é comum a todos os países.

A taxa de mortalidade infantil decresceu quase à metade entre as décadas de 80 e 90, caindo de 36,4 por mil nascidos vivos para 21,4, principalmente devido à redução dos óbitos ocorridos depois do primeiro mês de vida. Já nos anos 90, a taxa permaneceu praticamente estabilizada, atingindo no final do período o valor de 19,3.

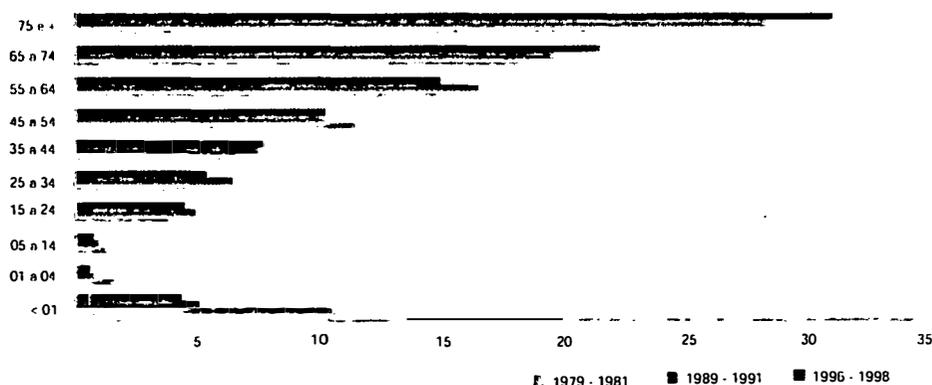
Ainda assim, são valores considerados elevados quando comparados àqueles de outras localidades. Como exemplo, a taxa de mortalidade infantil no início da década de 90 já era de 9,2/mil nos Estados Unidos, 6,6 no Reino Unido e apenas 4,5 no Japão.

A estabilidade do coeficiente de mortalidade infantil da cidade, nesta última década, fez com que a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, que no início dos anos 80 tinha taxas duas vezes maiores que a capital, atingisse no final dos anos 90 valores semelhantes. Isso aponta que o modelo de redução da mortalidade infantil, adequado para o enfrentamento do problema na década passada, já estava esgotado e não continuava mais processando quedas significativas neste indicador de saúde.

A descrição das taxas de mortalidade por grandes grupos mostra que as doenças do aparelho circulatório se constituem na principal causa de óbito, seguida das neoplasias (tumores) e das causas externas. A análise do comportamento temporal das taxas evidencia aumento para as doenças infecciosas e parasitárias, as neoplasias e as causas externas, e decréscimo para o grupo das doenças do aparelho circulatório.

As doenças infecciosas e parasitárias (conjunto de causas que mais variou no período) apresentaram uma tendência de queda entre os anos 80 e 90 e uma tendência ascendente nos anos 90, a partir da emergência da Aids, seguida de redução nos anos mais recentes.

As doenças do aparelho circulatório apresentaram, no período considerado, coeficientes quase três vezes maiores que os das neoplasias. A expressiva magnitude desse conjunto de causas de morte mostra que qualquer redução relevante da mortalidade só poderá, a partir de agora, ser alcançada através de ações que tenham impacto sobre esses agravos e seus fatores de risco.

GRÁFICO 3**Mortalidade proporcional por grupos etários**Município do Rio de Janeiro
1940/1998 • Em três períodos

Fonte: DATASUS / MS

O incremento da mortalidade por causas externas, muito destacado entre 60 e 70, prosseguiu entre os anos 80 e 90, mas não registrou uma tendência de aumento na década de 90.

Observa-se, porém, um inusitado aumento, de aproximadamente cinco vezes no período, da mortalidade proporcional por causas mal definidas, um indicador freqüentemente utilizado para aferir a qualidade do Sistema de Informação de Mortalidade.

No município do Rio de Janeiro, entretanto, seu aumento parece significar uma maior busca de qualidade na definição da causa de morte. Mais que tudo, considera-se que essa informação reflete uma prática específica adotada pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, a partir de 1990, de não atribuir nenhuma causa de morte aos óbitos efetivamente não assistidos pelos serviços de saúde.

É necessário destacar que a queda descrita acima na mortalidade por causas cardiovasculares pode ser apenas um reflexo da aplicação desse critério, na medida em que a proporção de redução dos coeficientes de mortalidade desse grupo equivale ao incremento, no mesmo período, das causas mal definidas de óbitos.

A análise das principais causas de morte por faixas etárias mostra que, nos menores de um ano, faixa etária de maior risco de morte, chama a atenção a grande diminuição que ocorreu com as doenças diarreicas e as pneumonias, de mais de 11% ao ano na década de 80 e de 17% e 6%, respectivamente, entre 1989-91 e 1996-98. Essas duas patologias, juntas, foram responsáveis por quase toda a diminuição da mortalidade infantil observada.

A diminuição da mortalidade infantil foi atribuída ao aumento de cobertura do saneamento básico e dos serviços de atenção básica à saúde, em particular o uso do sal reidratante oral e o programa de incentivo ao aleitamento materno.

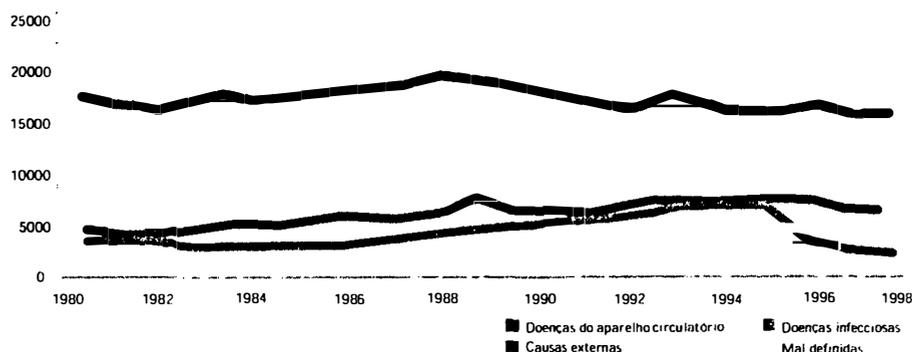
De uma forma indireta, mas não menos significativa, a queda da natalidade nas populações de baixa renda colaborou com a diminuição da desnutrição infantil e assim, influenciou diretamente na queda da mortalidade infantil por doenças infecciosas.

As taxas elevadas da mortalidade por causas perinatais, e que assim permaneceram ao longo de todo o período, apontam para a questão principal a ser enfrentada no objetivo de re-

GRÁFICO 1

Tendência dos óbitos por grupos de causas

Município do Rio de Janeiro - 1980/1998



Fonte: DATASUS / MS

dução futura da mortalidade infantil. Os óbitos por esse conjunto de patologias ocorrem, por definição, logo após o parto ou nos primeiros dias de vida do recém-nascido. Trata-se, portanto, de um problema relacionado ao atendimento hospitalar e à assistência pré-natal, já que parte substantiva desses falecimentos ocorre em crianças que nascem prematuramente.

É importante desmistificar a idéia de que as questões são muito complexas e que o seu enfrentamento é difícil e de elevado custo. Outras cidades e países com menor renda e recursos que o Rio têm tido êxito nesse campo. Estudos têm mostrado que procedimentos eficazes, de baixo custo e de média complexidade são capazes de produzir um grande e positivo impacto.

Um outro fator de risco relevante para o óbito perinatal é o baixo peso ao nascer, diretamente relacionado com a desnutrição materna, com comportamentos de risco durante a gestação e com a qualidade da atenção pré-natal às patologias do período gestacional. Segundo dados do SINASC, ocorreram no município 98.346 nascimentos no ano de 1998, tendo 97,5% deles ocorridos em maternidades. Desses, 6.947 (7,1%) foram considerados prematuros e 9,4% nasceram com baixo peso, abaixo de 2.500 gramas, mostrando que ainda há um amplo campo de atuação para os programas de saúde materno-infantis.

No grupo de 1 a 14 anos, seguindo a mesma tendência descrita para os menores de um ano, observou-se também a mesma tendência de diminuição nas taxas de mortalidade por doenças diarreicas e pneumonias. Nessa faixa de idade, a de menor risco de morrer dentre todas, a causa mais freqüente de óbito é por acidentes de trânsito de veículo a motor. E, embora sendo uma causa redutível de mortalidade, no período de 17 anos desta análise (1980 a 1998) houve apenas uma discreta diminuição, ocorrendo mesmo um pequeno aumento dessas taxas durante a década de 90. Tendo em vista tratar-se de crianças, esses óbitos foram causados essencialmente por atropelamentos, refletindo uma das dimensões mais perversas da violência urbana.

Na faixa etária da juventude (população que tem entre 15 e 24 anos) verificou-se um incremento da mortalidade, tendo como principais causas os acidentes de trânsito, agressões e a Aids. Muito embora se constitua em um grupo com baixas taxas de mortalidade em relação a recém-nascidos e idosos, o que chama a atenção é a baixa presença de causas naturais de morte.

Toda a força da mortalidade se expressa através de causas que muito mais refletem a dinâmica da organização da sociedade e sobre as quais, de forma mais evidente do que para outras patologias, fica explícita a correlação entre os processos sociais e o adoecimento humano.

A Aids, embora sendo uma doença infecciosa, não foge ao perfil descrito anteriormente. A sua transmissão por via sexual e sanguínea associa-se não apenas aos comportamentos de risco por prática sexual desprotegida, como também ao consumo de drogas ilícitas.

A mortalidade por acidentes de trânsito que, ao contrário do esperado, aumentou 3.5% ao ano suas taxas entre 1990-92 e 1996-98. Ela está ligada a comportamentos de risco, principalmente ao consumo de bebidas alcoólicas.

Dentre todas as causas violentas, as agressões cometidas por armas de fogo constitui-se na mais freqüente de todas nesse grupo etário. A sua alta incidência está indiscutivelmente associada ao mercado de drogas ilícitas que se constitui em um atraente mercado de trabalho para a população jovem de baixa renda, principalmente do sexo masculino.

Na faixa etária de 15 a 24 anos, as agressões foram também a causa de morte que mais cresceu no período do estudo, passando de um incremento de 4,3% ao ano, entre 1979-81 e 1990-92, para 8,3% entre 1990-92 e 1996-98. Esse crescimento, no entanto, não foi de todo real.

Antes dos anos 90 uma grande parcela dos óbitos ocorridos por homicídio ou agressões era classificada como de natureza desconhecida, sem definição sobre se a lesão havia sido provocada intencionalmente ou não. A partir de 1991, a má classificação desses óbitos pelos legistas diminuiu significativamente, e como consequência, as taxas por agressões passaram a apresentar um aumento aparente.

É importante sublinhar que as taxas de mortalidade por agressões do município do Rio de Janeiro não têm aumentado em anos recentes como pode induzir à conclusão uma leitura mais superficial das estatísticas de mortalidade.

Além da necessidade de se enfrentar as questões estruturais que mantêm os elevados níveis de violência na sociedade, o problema da elevada mortalidade por causas externas coloca em evidência a importância fundamental de programas de prevenção de uso de drogas e de acidentes de trânsito, principalmente nas escolas, bem como a proibição da venda de armas de fogo. Destaca-se ainda o papel estratégico que deve ter, no município, os serviços médicos de emergência.

No grupo de 25 a 54 anos de idade, emergem com força outros problemas de saúde pouco representados nas outras idades até agora analisadas. Trata-se das enfermidades cardiovasculares, que é a causa mais comum de morte na cidade. A análise da tendência temporal desse grupo de causas de morte está prejudicada pela modificação nos critérios de classificação da causa de morte no Rio de Janeiro, como notificado antes. Assim, o decréscimo de cerca de 4% ao ano não pode ser considerado sem críticas.

É importante assinalar esse fato, porque nos países desenvolvidos, que já fizeram a sua transição epidemiológica desde meados deste século, há efetivamente um decréscimo importante das doenças cardiovasculares.

Na nossa realidade, a excessiva mortalidade em adultos jovens por doença isquêmica do coração, quando comparado a outras cidades, depõe contra a idéia de que o problema esteja entrando em fase de controle. Além disso, são ainda tímidas as iniciativas de implementação do diagnóstico precoce e de controle dos fatores de risco associados a essas patologias. Ao contrário do desejado, vem se observando um aumento da obesidade na população infantil e adulta, assim como a manutenção dos padrões de tabagismo, ainda pouco alterados pelas restrições da propaganda.

A Aids tem maior presença como causa de morte nesse grupo etário, com coeficientes de quase 40 óbitos por 100 mil habitantes. Mudanças no perfil epidemiológico da população atingida têm obrigado os serviços de saúde a rever continuamente as estratégias de controle do problema. Iniciada, nos anos 80, como uma doença quase que exclusivamente descrita em homossexuais do sexo masculino, a Aids passou em seguida a atingir os dois sexos. Foi identificada então como um problema determinado pela prática do ato sexual não protegido e do uso de drogas injetáveis, com compartilhamento de seringas. Mais recentemente, vem se notificando um aumento no Rio de Janeiro da sua ocorrência em mulheres, contaminadas pelos parceiros, em idade fértil, levando a uma grande ocorrência de casos também em recém-nascidos.

No grupo de 55 anos e mais, as doenças isquêmicas do coração e os acidentes vasculares cerebrais continuam se constituindo nas primeiras grandes causas de óbito, com taxas que variaram de 719,2 e 652,1 óbitos por 100 mil habitantes, em 1979-81, para 518,5 e 443,4 em 1996-98, respectivamente. A magnitudes desses coeficientes é cerca de 15 vezes maior do que aquela observada na faixa etária anterior. A tendência temporal também segue o mesmo comportamento descrito para o grupo de 25 a 55 anos de idade.

Os óbitos por doenças cerebrovasculares, na maioria das vezes, decorrem da doença hipertensiva crônica, que, sendo o problema de saúde pública a ser enfrentado para redução desta mortalidade, pouco se representa diretamente nas estatísticas de óbitos. Na verdade, tanto as doenças isquêmicas do coração quanto a hipertensão arterial são patologias que, uma vez instaladas nas pessoas, podem ser manejadas com grande sucesso pelos serviços de saúde. As complicações decorrentes do inadequado controle implicam internações e óbitos em grande parte evitáveis com os recursos já disponíveis.

A mortalidade pelo conjunto das neoplasias malignas comparece neste grupo de idades com grande magnitude. Diferente das outras doenças crônicas anteriormente abordadas, o tratamento de muitos dos tumores malignos ainda carece de eficácia e resolutividade (cura), principalmente se o diagnóstico não for precoce.

De todas, a neoplasia mais freqüente é a localizada na traquéia, brônquios e pulmões, que corresponde à cerca de 16% do total dos tumores malignos. O principal fator de risco é o hábito de fumar, que não vem se reduzindo como seria desejado. Do mesmo modo, as taxas de mortalidade para esse grupo de tumores também não sofreram alterações.

Embora o desenvolvimento tecnológico já permita o diagnóstico precoce e a cura terapêutica para grande parte das formas de câncer, esses recursos ainda não estão efetivamente disponíveis para a maioria da população. De 1996 a 1998 morreram de câncer, no município do Rio, 16.979 pessoas da faixa etária de 50 e mais anos, com uma média anual de 5.677 óbitos.

A mortalidade por doenças crônicas das vias aéreas inferiores foi, de todas aquelas do grupo de 50 anos e mais, a causa de mortalidade que mais aumentou. Entre 1979-81 e 1990-92, cresceu 5,6% ao ano, e entre 1990-92 e 1996-98, aumentou 20% a cada ano. Esse surpreendente agravamento do risco de morrer não pode ser analisado separadamente dos tumores malignos das vias respiratórias, pois ambos têm em comum o mesmo fator de risco, o tabagismo.

Merece ser enfatizado o sofrimento decorrente desses diversos agravos crônicos prevalentes na população mais idosa, com dramáticas conseqüências para as famílias, além dos custos para os serviços de saúde e para a sociedade. Por outro lado, há efetiva possibilidade de prevenção da maioria desses problemas, sejam eles na esfera de intervenção em suas redes de causas múltiplas, seja através do diagnóstico precoce ou mesmo no âmbito da prevenção de suas complicações.

Decorre disso a prioridade na implementação de modelos assistenciais de atenção integral ao idoso, que assegurem tanto tratamento médico quanto a sua participação em atividades de promoção e prevenção. É preciso aumentar a disponibilidade de atendimento ambulatorial e domiciliar, além do incremento das atividades comunitárias dirigidas à sua integração social.

Com o progressivo aumento da participação dos idosos na população, a melhoria dos níveis de saúde do município do Rio de Janeiro passa a depender fundamentalmente dos resultados que possam vir a ser alcançados nesse grupo. E, portanto, da capacidade de se formular e implementar projetos que contemplem a possibilidade de viver com saúde, apesar dos problemas que se acumulam com a idade.

Mortalidade por causa e faixa etária no Rio e em algumas regiões metropolitanas

Neste capítulo são comparadas algumas taxas de mortalidade por grupos de causas selecionadas do município do Rio de Janeiro com aquelas de outras áreas, para os anos 1996-1997. Os dados mostram que tanto o município quanto a Região Metropolitana do Rio de Janeiro apresentam taxas mais elevadas de doenças do aparelho circulatório do que as demais regiões analisadas.

Os valores para o município são ainda mais elevados e influenciam o perfil apresentado pelo conjunto da Região Metropolitana, dado que ele representa aproximadamente a metade da sua população. As regiões metropolitanas de Porto Alegre, São Paulo, Belo Horizonte e Recife têm valores próximos, e os menores quantitativos ficam com as regiões de Salvador, Fortaleza e Distrito Federal.

Da mesma forma, as taxas de mortalidade por neoplasia foram bem maiores no município e na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, ficando apenas a Região Metropolitana de Porto Alegre com valores semelhantes.

É também maior a magnitude da mortalidade por causas externas e mesmo quanto às doenças infecciosas no município do Rio, seguido da sua área metropolitana. Ambos têm taxas superiores inclusive às de Salvador e Recife, apesar de as condições de saneamento no Rio serem, em geral, melhores.

Como se previa, os indicadores de mortalidade selecionados relativos ao Distrito Federal foram quase sempre mais baixos do que os das outras áreas, sendo isto reflexo tanto da qualidade de vida de sua população como de uma estrutura demográfica particularmente jovem.

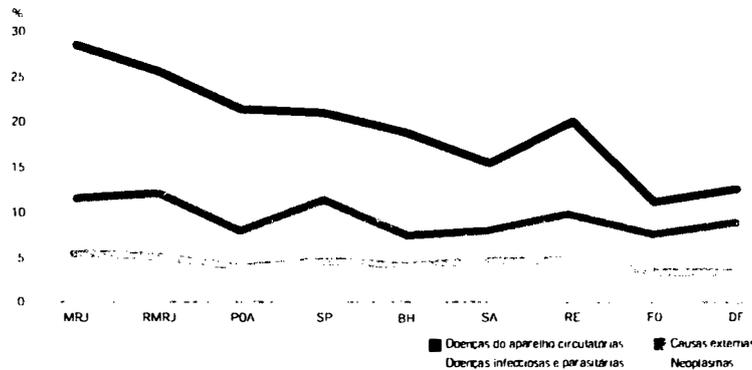
O município do Rio detém maior carga de mortalidade que todas as outras regiões metropolitanas selecionadas, expressando-se isso em uma imensa sobrecarga de demanda para os seus serviços assistenciais de saúde. As suas taxas são ainda muito semelhantes às do conjunto da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, indicando a importância de se considerar essa área como um todo, integrado por problemas e necessidades de cuidados de saúde da mesma natureza.

Em grande parte, o excesso de mortalidade pode estar sendo determinado pela composição da população, já que a do município do Rio de Janeiro tem uma proporção de idosos mais elevada que as demais. Os resultados das comparações dos coeficientes de mortalidade específicos por grupos etários vieram reforçar essa hipótese. Os contrastes entre os indicadores de mortalidade por causas específicas, para três grandes grupos etários, calculados para as mesmas regiões comparadas antes, mostram que o município do Rio de Janeiro apresentou sempre valores semelhantes, ou um pouco menores, do que aqueles da sua Região Metropolitana.

GRÁFICO 5

Mortalidade proporcional por grupos de causas

Município do Rio de Janeiro
1940/1998



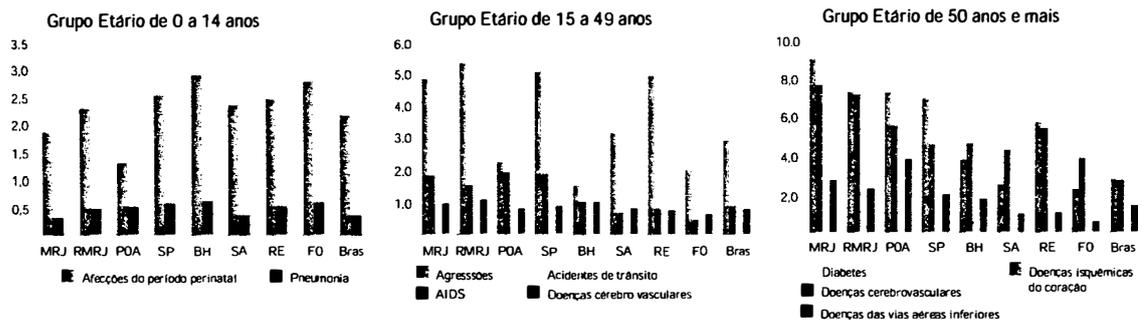
Fonte: IBGE - Anuário Estatístico do Brasil, 1950 a 1980 (período 1940-1970), DATASUS/MS (período 1980-1998)

GRÁFICO 6

Taxas de mortalidade

Município do Rio de Janeiro e algumas regiões metropolitanas

Por grupos de causas selecionadas
Período - 1996-1997
Coeficiente por 10.000 habitantes



Fonte: DATASUS/MG

Para as crianças na faixa etária de 0 a 14 anos, a mortalidade por causas perinatais no município do Rio de Janeiro (a maior causa de morte nesse grupo) situa-se aquém das de São Paulo e do Distrito Federal. É, no entanto, superior à de Porto Alegre.

No grupo de 15 a 49 anos, o município do Rio de Janeiro apresentou uma taxa bem elevada de mortes por agressões, sendo apenas um pouco menor do que a da RM de São Paulo, mas acentuadamente maior que aquelas da RM de Porto Alegre e do Distrito Federal.

A impressão inicial de que o município do Rio apresentava indicadores muito desfavoráveis de saúde quando comparados aos das outras áreas selecionadas não persistiu quando foram analisados os dados segundo faixas de idade da população. Isso se verifica para a maioria das causas da mortalidade precoce, com exceção das agressões e da Aids. A razão está nas características epidemiológicas particulares do Rio, já comentadas. De fato, verifica-se uma situação contrária quando os problemas de saúde considerados são aqueles que afetam a população idosa.

De toda forma, a magnitude de agravos capazes de acarretar tanto taxas elevadas de mortalidade como altas prevalências de problemas crônicos de saúde resulta em demanda intensiva e persistentemente dos serviços de atenção médica de grande complexidade, fazendo da cidade um exemplo do que poderá ocorrer com as outras metrópoles brasileiras, em processo de franco envelhecimento das suas populações e também sem um adequado equacionamento do desgaste prematuro dos adultos e controle daqueles problemas de saúde passíveis de redução.

Mortalidade e incidência de doenças transmissíveis

Apesar da modificação no padrão de mortalidade por idade e da redução da mortalidade na infância, o perfil epidemiológico do município do Rio de Janeiro não pode ser equiparado ao das grandes cidades dos países desenvolvidos. Uma diferença marcante é a persistência da transmissão de doenças infecciosas, inclusive com ocorrência de surtos epidêmicos.

Enquanto a mortalidade por doenças infecciosas apresentou a maior diminuição dentre todas as causas na série histórica analisada, observou-se também uma variação no comportamento das diferentes enfermidades que constituem o grupo das doenças transmissíveis, tanto em relação à ocorrência de mortes quanto à incidência de casos novos.

Como visto, nas duas últimas décadas, a maior parte da redução dessa mortalidade decorreu principalmente da prevenção dos óbitos por enfermidades diarreicas. Nos anos mais recentes, a partir de 1995, pode-se observar uma queda na mortalidade por Aids, em grande parte decorrente da disponibilidade na rede pública de medicamentos mais eficazes. Outras doenças, como a tuberculose e as septicemias, que também apresentam taxas de mortalidade elevadas, embora passíveis de redução com a tecnologia disponível, não mostraram resultados tão favoráveis.

As doenças evitáveis por imunizações que foram objeto de ações contínuas e com cobertura adequada, como a poliomielite e a difteria, foram efetivamente controladas, embora isso ainda dependa da manutenção de coberturas vacinais elevadas. O comportamento do sarampo, que chegou nos anos de 1994 a 1996 a uma situação de controle próxima à eliminação da transmissão, reverteu essa tendência. A epidemia de 1.528 casos em 1997 documenta a vulnerabilidade da população e a necessidade de ações vigilância epidemiológica e contenção de surtos.

O êxito dos programas de imunização e da vigilância epidemiológica desse grupo de doenças levou à proposta de ampliação do conjunto de agravos a serem controlados por vacinas já disponíveis tais como a rubéola, parotidite epidêmica, certas formas de pneumonias e as hepatites virais. A viabilidade dessa proposta é limitada essencialmente pelos custos ainda elevados das novas vacinas disponíveis.

Outros agravos que apresentam potencial epidêmico, como as meningites meningocócicas, a dengue e a leptospirose, são doenças endêmicas no município e estão relacionados com as condições de vida e saneamento da cidade.

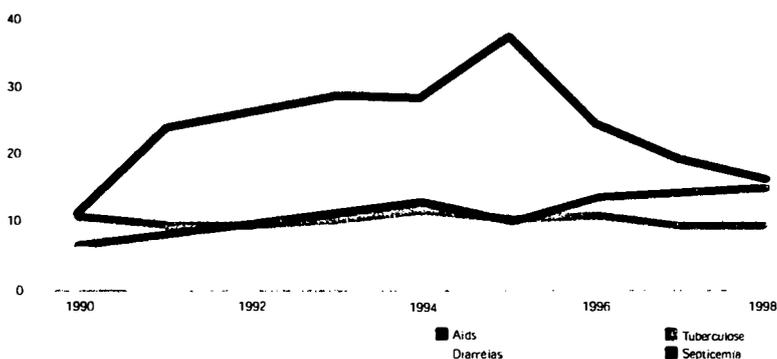
A tuberculose, porém, apresenta tanto níveis elevados de endemicidade quanto excesso de casos quando comparadas com os indicadores disponíveis para outras cidades brasileiras. Mostra assim um perfil incompatível com o nível de vida e a infra-estrutura de serviços de saúde do Rio de Janeiro. Uma das características mais peculiares da tuberculose no município é o excesso de óbitos no sexo masculino, em todos os grupos etários após os 15 anos de idade, e de forma mais destacada nos adultos jovens. Ao contrário do que se poderia inicialmente

pensar, não é uma consequência da interação entre a tuberculose e a Aids, pois esse comportamento já podia ser verificado antes da introdução dessa última enfermidade. Esse diferencial possivelmente reflete níveis de desgaste elevados e diferenciados por gênero.

GRÁFICO 7

Taxa de mortalidade por algumas doenças infecciosas*

Município do Rio de Janeiro
1940/1998

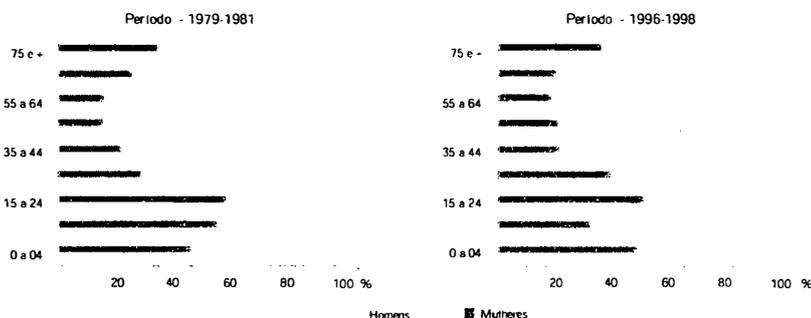


*Taxa por 1.000 habitantes. Fonte: SMS/RJ

GRÁFICO 8

Distribuição percentual dos casos de tuberculose*

Município do Rio de Janeiro
1979/1998 em dois períodos



*Todas as formas, por sexo e grupos etários. Fonte: SMS/RJ

Registros de internações e morbidade hospitalar

A análise das internações hospitalares dá uma perspectiva distinta daquela possibilitada pelos estudos de mortalidade. Embora o sistema de registros de autorizações de internações hospitalares do SUS (Sistema Único de Saúde) tenha sido implementado essencialmente com a finalidade de viabilizar pagamentos e permitir avaliação de custos, ele se constitui na prin-

principal fonte de dados registrados sistematicamente sobre morbidade das populações, possibilitando a identificação de problemas de saúde de baixa letalidade, mas de grande importância em relação à produção de incapacidade, sofrimento e custos para os sistemas de saúde.

Ao se trabalhar com os registros das internações hospitalares disponibilizadas pelo Datasus é preciso considerar algumas questões relacionadas a esse sistema de informação e que, sem eliminar sua relevância, limitam sua utilização como fonte de dados populacionais. Ainda assim, são dados essenciais para a caracterização do volume, custos e comparação dos padrões das demandas de internação dirigidas aos serviços de saúde.

No município do Rio de Janeiro, no período de 1992 a 1999, foram registradas 2.586.479 hospitalizações na rede do SUS, com uma média anual de 323.310. Foi pequena a variação no intervalo analisado, com um mínimo de 295.110 internações (1995) e um máximo de 344.384 (1992), incluindo-se tanto internações de residentes no município como de outros, principalmente da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Quando se compara as hospitalizações ocorridas nos anos de 1996 com as de 1997, pode-se ver que o padrão de morbidade quanto às causas de internações hospitalares é bem regular, certamente estabilizado pelo volume dos registros.

Em 1997, como no ano anterior, o grupo com maior número de internações foi aquele das complicações da gravidez, parto e puerpério, com 25% do total. Entre essas, 55% foram devidas a parto normal, e as demais a abortos e complicações obstétricas.

Destacam-se, de modo coerente com o padrão de mortalidade do município, as internações por doenças do aparelho circulatório, com 12%, e as neoplasias, com 8%. As causas externas, as doenças infecciosas e aquelas do sistema nervoso e órgãos dos sentidos também se apresentam com frequência significativa.

Outro indicador relevante em relação à morbidade hospitalar é o tempo total de permanência em condição de internação, que se relaciona tanto com o afastamento das pessoas de suas atividades quanto com o impacto dos agravos nos custos. No município do Rio de Janeiro, em 1997, foram computadas 4.266.484 pessoas-dia de internação hospitalar na rede do SUS.

Em relação ao tempo de permanência no hospital, a distribuição percentual dos grupos de causas é muito diferente daquela do registro de internações. Dois deles somados, os transtornos mentais e as doenças do aparelho circulatório, representam 43% do total do tempo de internação. Com frequência bem menor, em torno de 6%, destaca-se o tempo total de permanência das neoplasias, além dos eventos e agravos relacionados ao parto e à gestação, as doenças do aparelho respiratório e as lesões devidas a causas externas.

Deve-se ressaltar que apenas duas patologias, os transtornos mentais e as doenças cardiovasculares, foram responsáveis por 45,6% da ocupação dos leitos hospitalares do SUS no município, com uma média elevada de permanência de internação, de 50 dias e 23 dias, respectivamente. São também altas as permanências médias verificadas para as doenças das glândulas endócrinas, as doenças infecciosas e as causas externas, além das neoplasias que necessitam de grande concentração de cuidados assistenciais.

O grupo das doenças infecciosas representa 216.543 dias de internação, 5% do total, estando excluídos casos de hanseníase, em grande parte considerados institucionalizados (internações permanentes), e que representariam mais 209.731 dias de internação. Também não estão sendo computados nesse grupo as internações por Aids, que modificariam acentuadamente para cima os indicadores de frequência, duração e custos. Dentre as causas incluídas no grupo, as mais frequentes são a tuberculose, ainda representando 51% da permanência e

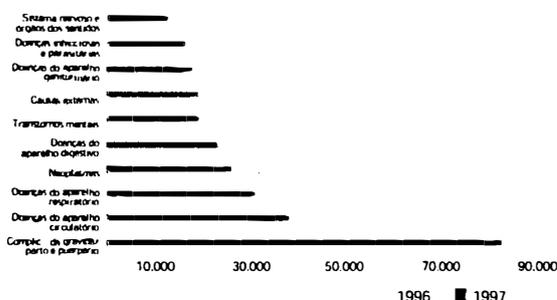
GRÁFICOS

Taxas de mortalidade*

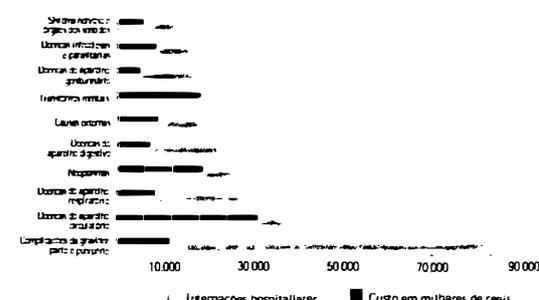
Município do Rio de Janeiro e algumas regiões metropolitanas

Período - 1996-1997
Coeficiente por 10.000 habitantes

Internações efetuadas no SUS segundo capítulos da CID



Número e custos das internações efetuadas no SUS segundo capítulos da CID



* Por grupos de causas selecionadas. Fonte: DATASUS/MG

27% das internações, septicemias, outras infecções bacterianas e as infecções intestinais, cada uma com 11% do tempo de internação do grupo. Mesmo considerando a grande redução observada na mortalidade por infecções intestinais, ainda foram internadas 1.670 pessoas por esse tipo de agravo na rede do SUS no município em 1997.

Em relação ao custo dessas internações hospitalares para o SUS, que representou em 1997 o total de R\$ 141,8 milhões, os grupos de causas mais relevantes foram as das doenças

TABELAS

Distribuição percentual das internações hospitalares no SUS

Município do Rio de Janeiro e algumas regiões metropolitanas escolhidas (1997)

Capítulo CID	Mun. RJ	Rio de Janeiro	Fortaleza	Recife	Salvador	Belo Horizonte	São Paulo	Porto Alegre	Distrito Federal
Número de internações	330262	635813	216210	280487	189933	326304	749595	260067	145920
Gravidez, parto e puerpério	25.07	28.51	31.89	24.13	33.35	24.24	29.60	23.08	36.73
Aparelho respiratório	9.39	14.03	12.16	11.49	7.71	12.16	10.01	13.79	10.96
Aparelho circulatório	11.61	10.46	6.36	8.07	5.39	11.26	9.58	11.43	6.77
Transtornos mentais	5.80	6.41	4.13	7.26	5.63	2.89	3.96	2.65	4.55
Infecciosas e parasitárias	4.97	6.15	7.52	5.74	3.94	4.60	3.70	4.88	2.78
Aparelho digestivo	7.02	5.64	6.69	7.82	7.66	7.31	6.70	8.23	7.09
Lesões e envenenamentos	5.81	5.08	7.06	5.61	5.91	9.28	8.07	7.99	6.49
Neoplasmas	7.88	4.77	3.52	3.95	5.71	3.86	5.52	6.60	3.71
Aparelho geniturinário	5.40	4.49	5.53	7.89	7.65	6.30	4.88	5.93	5.12
Sistema nervoso, sentidos	3.83	3.06	3.28	3.84	6.09	4.59	5.32	2.81	3.44
Todos os outros grupos	13.23	11.41	11.86	14.20	10.96	13.50	12.66	12.61	12.36
Total da internações	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

do aparelho circulatório, com 22%, os neoplasmas e os transtornos mentais, com 13%, representando no conjunto 48% do valor gasto com as internações hospitalares.

O fluxo de pacientes entre os municípios da Região Metropolitana faz com que, independente dos limites político-administrativos, a região precise ser analisada também como uma unidade. E, de fato, como já fora constatado em relação aos dados de mortalidade, os indicadores de registros de internação hospitalar mostram entre si uma semelhança até certo ponto surpreendente.

Comparando-se as 330.262 hospitalizações do município do Rio de Janeiro com o total daquelas 635.813 realizadas na sua Região Metropolitana, observa-se que no município ocorreram 52% do total, enquanto sua população era estimada, em 1997, em 5.569.181 habitantes, correspondendo a 54% dos 10.287.078 residentes na área metropolitana.

Capacidade instalada, oferta e custos dos serviços de saúde

O município do Rio de Janeiro tem uma importante capacidade instalada de serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, dirigidos essencialmente para as atividades assistenciais. Como ex-capital federal, muitos hospitais públicos e serviços de referência, tanto federais como estaduais e municipais, concentraram-se na cidade e acabaram por constituir uma rede complexa, vinculada a diferentes modelos de gestão. Apesar disso, em relação ao SUS, o município já está incluído entre aqueles classificados como "sob gestão municipal plena".

Segundo os dados da última pesquisa sobre a Assistência Médico-Sanitária do IBGE (1992), o município do Rio de Janeiro dispunha de um total de 296 hospitais, com 33.179 leitos, representando um índice de 6,1 leitos por mil habitantes, contrastando com apenas 3,7 para o conjunto do país.

Comparando com outras regiões metropolitanas, também apresentava maior oferta de leitos por mil habitantes, empregos médicos e consultas médicas, enquanto o número de internações por cem habitantes era relativamente menor, sugerindo um perfil de morbidade diferenciado, com menor participação de enfermidades agudas, características da infância.

Por outro lado, o município apresentou uma elevada média de consultas médicas, que chegou a 3,5 por habitante ao ano – número acentuadamente maior que os apresentados pelas demais áreas.

Destacava-se ainda como característica do município o elevado percentual de leitos públicos (63%), apenas comparável à situação do atual Distrito Federal.

Os dados atualmente disponibilizados para a avaliação da oferta e produção de serviços de saúde são limitados àqueles do SUS. Entretanto, estima-se que 40% da população do município já tem cobertura de planos de saúde privados, enquanto os demais utilizam apenas os serviços do SUS, segundo os resultados da PNAD-Saúde de 1998. Esses, entretanto, também são freqüentados pela parcela da população que possui seguro privado e por residentes de outros municípios, já que na cidade do Rio de Janeiro estão diversos serviços de referência.

Em dezembro de 1999 havia 133 hospitais integrando a rede do SUS, sendo 59 (44,4%) conveniados, e 63 da rede pública. Desses, apesar da diretriz de municipalização das instituições de saúde, 17 ainda eram federais, 20 estaduais e apenas 26 municipais. Existiam ainda 11 hospitais universitários, vinculados a uma grande oferta de ensino médico no município do Rio de Janeiro.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina, no ano 2000 estavam em atividade no município 28.430 médicos, resultando em um índice de 5,1 médicos por mil habitantes – um número acentuadamente maior que o de São Paulo e Brasília, mas inferior ao de Porto Alegre.

A média de leitos por hospitais, de 189, é elevada tanto nos hospitais públicos como privados, chegando a 241 leitos nas instituições federais – um padrão de hospitais de grande porte.

Em relação à oferta de leitos por especialidades, destaca-se que 26% deles são destinados a internações psiquiátricas, concentradas nas instituições privadas contratadas e na rede municipal. Registre-se também que 20% dos leitos são direcionados para pacientes crônicos e fora de possibilidade terapêutica, sendo disponibilizados principalmente nas instituições federais.

TABELA 3

Números de Hospitais e Leitos por Especialidade e Natureza do Prestador

Município do Rio de Janeiro • Dezembro de 1999

	Federal	Estadual	Municipal	Contratado	Filantropico	Universitário	Total
Hospitais	17	20	26	38	21	11	133
Leitos	4.091	4.001	5.663	5.593	3.277	2.466	25.091
Cirúrgicos	1.228	969	1.083	453	961	907	5.601
Obstétricos	178	301	630	256	301	105	1.771
Clínica Médica	666	829	766	1.089	984	790	5.124
Crônicos/FPT	1.108	833	108	980	378	102	3.509
Psiquiatria	497	460	2.334	2.660	314	155	6.420
Tisiologia	45	241	20	–	1	20	327
Pediatria	234	319	597	155	266	223	1.794
Reabilitação	–	7	65	–	72	104	248
Hospital Dia	135	42	60	–	–	60	297
Leitos de UTI	235	68	164	31	50	82	630

Fonte: SIHSUS

TABELA 4

Números de Médicos em Capitais

Município de Regiões Metropolitanas escolhidas • 2000

Capitais	Numero de Médicos	Médicos por 1.000 hab
Rio de Janeiro	28430	5.1
Porto Alegre	8574	6.5
São Paulo	34632	3.5
Belo Horizonte	10947	5.1
Salvador	7163	3.1
Recife	6231	4.5
Fortaleza	4280	2.0
Brasília	3832	1.9

Fonte: Conselho Federal de Medicina

Outro ponto a ser considerado é a concentração dos leitos de terapia intensiva destacadamente nos hospitais federais e municipais. A complexidade e os custos operacionais desse tipo de serviço acaba resultando na sua restrição a poucas instituições públicas, apesar da sua relevância considerando o perfil epidemiológico da população da cidade.

O atendimento ambulatorial também tem sido exercido em larga escala. Em 1999 foram 4.4017.945 procedimentos, realizados em um conjunto de 328 unidades de complexidades distintas, ou 7,8 consultórios médicos por 10 mil habitantes.

Em contraste com a expressiva disponibilidade de serviços de assistência hospitalar e ambulatorial, característicos da medicina curativa, há uma quantidade pequena de unidades de atenção básica, de postos e centros de saúde: apenas 50, distribuídos pelas diversas regiões administrativas.

Os procedimentos considerados básicos representaram 46,3% do conjunto dos atendimentos ambulatoriais, mas cerca da metade dessas foram devidas a consultas médicas e odontológicas, evidenciando o enfoque do modelo assistencial nas ações curativas.

Para reforçar o quadro de ênfase no tratamento do doente em detrimento da prevenção, os indicadores para 1999 mostram que a implementação da proposta inovadora do Programa de Saúde da Família era, à época, incipiente no município, ficando limitada a apenas 2.689 procedimentos executados.

Percepção de saúde, acesso e uso de serviços

A percepção do estado de saúde é uma dimensão subjetiva, de difícil aferição, mas parte fundamental da composição do conceito de bem-estar dos indivíduos, variando segundo a escolaridade e acúmulo de informação. A PNAD do IBGE realizada em 1998 abordou o tema percepção da saúde e acesso e utilização de serviços, possibilitando a discriminação dos dados para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro por características de idade, sexo e nível de renda da população.

Na avaliação de seu próprio estado de saúde, 82,9% da população amostrada declarou ser muito bom ou bom, e 2,6% das pessoas definiram-no como ruim ou muito ruim. Esses valores são um pouco diferentes dos referidos para a população brasileira como um todo, que foram de 79,1% e de 3,6%, respectivamente.

Na Região Metropolitana do Rio, a percepção variou com a idade e o sexo, sendo menores os percentuais de pessoas que referiram bons níveis de saúde entre os mais velhos e entre as mulheres. Verificam-se diferenciais importantes por nível de renda, sendo piores os níveis de saúde referidos nos grupos sociais de baixo poder aquisitivo.

Uma parcela ainda expressiva de 12,6% dos entrevistados disse nunca ter ido a um odontólogo. Ainda assim, a Região Metropolitana do Rio de Janeiro está em situação bem melhor que a média nacional, que foi de 18,7%. É importante assinalar que cerca de 90% das 1.311.663 pessoas que formam esse grupo está na faixa etária dos menores de 20 anos. Por grupo de renda, esse é o tipo de acesso que mais diferenciou a população, pois nos que ganham menos que dois salários mínimos o percentual subiu para 22,8%, e nos acima de vinte ele baixou para 3,4%.

A cobertura do seguro saúde, muito diferenciada por nível de renda, dificulta a avaliação mais detalhada dos padrões de morbidade nos extratos sociais mais favorecidos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, uma vez que não se dispõe de notificações nem de hospitalizações nem de atendimentos ambulatoriais nesse grupo.

TABELAS

Percepção, acesso e utilização de serviços de saúde por sexo

Nível de saúde auto-avaliado • Região Metropolitana do Rio de Janeiro - 1998 • Em %

Indicadores	Masc	Fem.	Total
Muito bom/Bom	85.9	80.2	82.9
Ruim/Muito ruim	2.2	2.9	2.6
Restrição de atividades nos últimos 15 dias	4.3	5.2	4.9
Doença crônica declarada	28.4	37.8	33.4
Consulta médica nos últimos 12 meses	47.3	62.7	55.6
Consulta odontológica nunca realizada	13.9	11.5	12.6
Hospitalizações	3.3	5.9	4.7

Percepção, acesso e utilização de serviços de saúde por faixa etária

Nível de saúde auto-avaliado • Região Metropolitana do Rio de Janeiro - 1998 • Em %

Indicadores	0-19	20-64	65 e mais	Total
Muito bom/Bom	94.9	81.2	44.3	82.9
Ruim/Muito ruim	0.4	2.6	12.1	2.6
Restrição de atividades nos últimos 15 dias	3.2	4.5	13.5	4.9
Doença crônica declarada	11.5	39.7	78.6	33.4
Consulta médica nos últimos 12 meses	51.8	54.4	78.5	55.6
Consulta odontológica nunca realizada	33.0	2.5	3.3	12.6
Hospitalizações	2.7	5.1	9.8	4.7

Percepção, acesso e utilização de serviços de saúde por classes de rendimento

Nível de saúde auto-avaliado • Região Metropolitana do Rio de Janeiro - 1998 • Em %

Indicadores	< 2 SM	2 a 20 SM	> 20 SM	Total
Muito bom/Bom	72.4	83.4	89.6	82.9
Ruim/Muito ruim	6.2	2.1	1.4	2.6
Restrição de atividades nos últimos 15 dias	7.7	4.5	4.1	4.9
Doença crônica declarada	37.5	33.9	33.7	33.4
Consulta médica nos últimos 12 meses	54.3	53.8	70.0	55.6
Consulta odontológica nunca realizada	22.8	12.0	3.4	12.6
Hospitalizações	5.7	4.4	5.3	4.7
Cobertura de planos de saúde	17.1		86.1	36.0

Fonte: PNAD 1998. SM=Salários Mínimos

Análise da distribuição desigual da mortalidade no Rio de Janeiro

O processo de organização social do espaço característico do município, e que resultou tanto na localização diferenciada dos seus grupos sociais como na distribuição heterogênea dos recursos de saúde e saneamento, certamente teria que produzir diferenciais de condições de vida e saúde naqueles residentes em áreas distintas do seu território.

De fato, a análise da expectativa de vida ao nascer, calculada para suas regiões administrativas no ano de 1991, confirma a presença de diferenças. Três faixas bem demarcadas podem ser observadas: 1) expectativas de vida acima de 70 anos nas RAs correspondentes à Zona Sul, Barra da Tijuca e áreas da zona Norte com predominância da classe média; 2) uma faixa onde a expectativa de vida é baixa, menor que 66 anos, no Centro e no corredor compreendendo às RAs da Zona da Central e Leopoldina, além de Santa Cruz; 3) uma faixa intermediária, com esperança de vida ao nascer entre 66 e 70 anos, no restante da cidade.

O coeficiente de mortalidade infantil, muito correlacionado com a expectativa de vida, apresentou no mesmo ano uma distribuição semelhante, destacando-se entretanto o elevado risco de morte das crianças em regiões como Bangu e Anchieta, onde a expectativa de vida era intermediária, apontando para problemas específicos da atenção à saúde das crianças destas áreas.

Cinco anos depois, o padrão espacial da mortalidade infantil pouco havia se alterado, sendo a RA da Tijuca aquela com o menor coeficiente. Os piores resultados estão no Centro e na Região Portuária, destacando-se ainda na faixa de maior risco Santa Cruz, Guaratiba, Bangu e Madureira e, próximas ao centro da cidade, Rio Comprido e São Cristóvão.

É necessário considerar que essas análises de indicadores de base territorial tratam as regiões administrativas do município como unidades, sem considerar suas heterogeneidades internas. Esses indicadores agregados refletem apenas os comportamentos predominantes nas diversas unidades de análise, sem permitir que sejam caracterizados os contrastes dos grupos populacionais particulares residentes no interior de cada delas. Ainda assim, as distribuições dos coeficientes de mortalidade por causas específicas para grupos etários particulares apresentam diferenças importantes.

Na faixa etária de 0 a 14 anos os fatores de risco estão fortemente associados à renda insuficiente, condições de saneamento precária e baixa cobertura das ações básicas de saúde, como reidratação oral, assistência pré-natal e atenção adequada ao parto. As áreas onde foram registrados os maiores excedentes de mortalidade para o conjunto da três causas selecionadas foram o Centro, as regiões administrativas da Zona da Leopoldina e, na Zona Oeste, Santa Cruz e Campo Grande.

As afecções originadas no período perinatal foram responsáveis pela maior parte dos óbitos nesta faixa etária. Apesar da pouca idade, o grupo das causas externas já se mostrou relevante nessa faixa etária, com predominância dos acidentes de transporte – um sinal da vulnerabilidade desse grupo populacional em certas áreas do município.

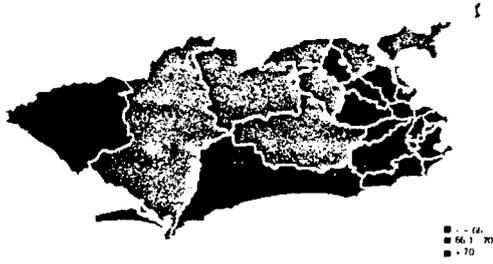
As crianças com maior risco de morrer por essa causa foram, por grande diferença, as da região do Centro e áreas próximas e dos subúrbios que ficam no trajeto inicial da avenida Brasil. Além das regiões de Santa Cruz, Vila Isabel, Leblon e Barra da Tijuca.

A mortalidade por doenças infecciosas intestinais já foi acentuadamente reduzida para o conjunto do município, mais ainda persistem regiões com excedentes importantes, em especial no centro, em alguns subúrbios das Zonas da Central e Leopoldina e em Santa Cruz.

No grupo etário de 15 a 49 anos, as causas de morte evitáveis formam um conjunto relacionado mais à mobilidade interna na cidade e a fatores de risco individuais. Muitas vezes, o lugar onde os fatores de risco se concretizam não é o mesmo da área de residência.

MAPA 1

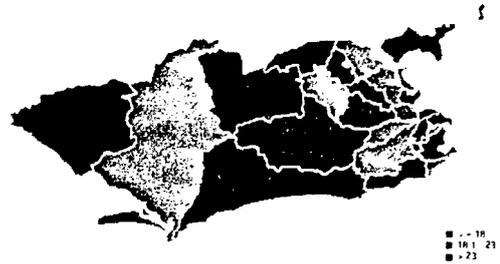
Distribuição geográfica da expectativa de vida
Município do Rio de Janeiro - 1991 • Segundo RAs



Fonte: SIG - FIOCRUZ. Dados Primários: SIMMS, 1997 & FIBGE, 1994

MAPA 2

Distribuição geográfica da taxa de mortalidade infantil
Município do Rio de Janeiro - 1991 • Por 1.000 habitantes • Segundo RAs



Fonte: SIG - FIOCRUZ. Dados Primários: SIMMS, 1997 & FIBGE, 1994

MAPA 3

Diferenciais dos coeficientes de mortalidade infantil
Município do Rio de Janeiro - 1996-97 • Segundo RAs de residência



Fonte: SMS - RJ & SIG - FIOCRUZ

MAPA 4

Diferenciais de mortalidade por afeções no período perinatal
Município do Rio de Janeiro - 1996 - 97 • Faixa etária de 0 a 14 anos



Fonte: SMS - RJ & SIG - FIOCRUZ

MAPA 5

Diferenciais de mortalidade por causas externas
Município do Rio de Janeiro - 1996-97
Faixa etária de 0 a 14 anos • Segundo RAs de residência



Fonte: SMS - RJ & SIG - FIOCRUZ

MAPA 6

Diferenciais de mortalidade por doenças infecciosas intestinais
Município do Rio de Janeiro - 1996-97
Faixa etária de 0 a 14 anos • Segundo RAs de residência

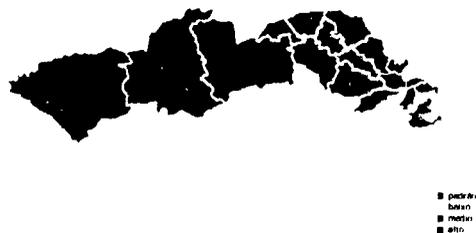


Fonte: SMS - RJ & SIG - FIOCRUZ

MAPA 7

Diferenciais de mortalidade por agressões

Município do Rio de Janeiro - 1996-97
Faixa etária de 15 a 49 anos - Segundo RAs de residência

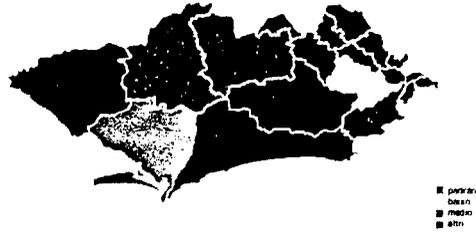


Fonte: SMS-RJ & SIG-FIOCRUZ

MAPA 8

Diferenciais de mortalidade por acidentes de trânsito

Município do Rio de Janeiro - 1996-97
Faixa etária de 15 a 49 anos - Segundo RAs de residência

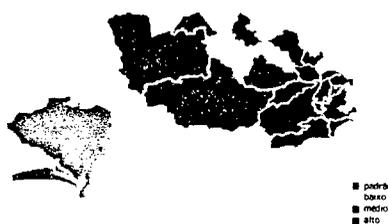


Fonte: SMS-RJ & SIG-FIOCRUZ

MAPA 9

Diferenciais dos coeficientes de mortalidade por HIV

Município do Rio de Janeiro - 1996-97
Faixa etária de 15 a 49 anos - Segundo RAs de residência

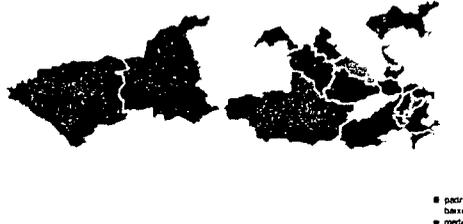


Fonte: SMS-RJ & SIG-FIOCRUZ

MAPA 10

Diferenciais de mortalidade por doenças cérebro-vasculares e isquemias do coração

Município do Rio de Janeiro - 1996-97
Faixa etária dos 50 anos e mais - Segundo RAs de residência



Fonte: SMS-RJ & SIG-FIOCRUZ

MAPA 11

Diferenciais de mortalidade por doenças crônicas

Município do Rio de Janeiro - 1996-97
Faixa etária de 50 anos ou mais - Segundo RAs de residência



Fonte: SMS-RJ & SIG-FIOCRUZ

MAPA 12

Diferenciais de mortalidade por diabetes mellitus

Município do Rio de Janeiro - 1996-97
Faixa etária de 50 anos ou mais - Segundo RAs de residência



Fonte: SMS-RJ & SIG-FIOCRUZ

Os diferenciais de mortalidade apontam principalmente para grupos populacionais de risco e com condições de vida desfavoráveis. A análise dos diferenciais de mortalidade por agressões mostrou que a região de menor risco nessa faixa etária foi a de Botafogo, ficando ainda no estrato inferior as de Copacabana, Leblon, Barra da Tijuca, Tijuca, Jacarepaguá e Guaratiba.

Os coeficientes mais altos estão nas regiões de Rio Comprido e São Cristóvão, sendo ainda elevados os da Zona da Leopoldina, Madureira, Bangu e Santa Cruz. Destaca-se ainda a situação de Vila Isabel, por sua condição de excesso de risco mesmo estando rodeada por regiões mais seguras.

Os acidentes de transporte, outra das causas de morte mais relevantes nesse grupo etário, mostraram um padrão espacial bem definido, com três zonas bem demarcadas: a primeira, com os indicadores mais altos, integrada pelo Centro e as áreas do trajeto inicial da avenida Brasil; a segunda, na região de Santa Cruz; e a terceira, composta por Jacarepaguá e Barra da Tijuca. Essa distribuição sugere que, como se sabe de outros estudos, os acidentes de transporte fatais ocorrem com frequência em locais próximos da residência. Além da intensidade do trânsito, cada uma das áreas de risco identificadas parece possuir características específicas que precisariam ser analisadas para que se possa efetivamente promover a proteção dos grupos expostos a este tipo de risco.

Já o diferencial de mortalidade por Aids, que desde o início da década de 90 passou a ser uma das principais causas de morte prematura em adultos jovens, mostra um padrão diferente. Há um risco proporcionalmente muito grande em uma região que começa no Centro e, a partir daí, abrange áreas contíguas e se estende para a Zona da Leopoldina, incluindo Ramos e Penha, para a Zona Norte, passando por Tijuca, Rio Comprido e Vila Isabel, e, na Zona Sul, Copacabana.

Além dessas áreas de maior risco, a mortalidade por Aids já mostra uma segunda faixa de ocorrência, classificada aqui como de risco médio. É um dado preocupante, pois a expansão dessa epidemia, como já mostrado, associa-se ao aumento da incidência em mulheres, numa perspectiva de expansão progressiva que, embora mais lenta, pode vir a resultar em um problema de saúde ainda muito maior.

Em relação ao grupo etário de 50 anos e mais de idade foram selecionadas causas de morte de grande magnitude e que já poderiam ter sido reduzidas por ações intersetoriais, medidas preventivas eficazes e cuidados médicos perfeitamente adequados aos conhecimentos técnicos e aos recursos de saúde disponíveis.

Por sua carga sobre as condições de saúde de populações urbanas como a do Rio de Janeiro, esses problemas não podem mais ser tratados apenas como questões relacionadas ao envelhecimento e a estilos de vida inadequados. Precisam ser também assumidos como problemas prioritários de saúde, redirecionando os modelos assistenciais e a prioridade na alocação de recursos.

A mortalidade por doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração foram tratadas em conjunto, por se considerar que seus fatores de risco e as possibilidades de controle são semelhantes. Esse grupo de causas se destaca tanto por sua magnitude como por sua distribuição particular na cidade.

Dois áreas de risco se destacam. A primeira abrange regiões do Centro, da Zona Norte, como Tijuca e Rio Comprido, e da Zona Sul, a exemplo de Botafogo e Copacabana. O excesso de mortalidade nessas áreas pode ser atribuído à frequência nas suas populações de fatores de risco, como obesidade, sedentarismo e estresse decorrente de modos de vida extremamente competitivos. Mas também deve-se considerar que em algumas delas as médias de idade são maiores do que em outras regiões do município.

A segunda área de maior risco tem um excesso de mortalidade nas regiões centrais e na faixa de subúrbios da Zona da Central, incluindo São Cristóvão, Méier e Madureira, indican-

do a necessidade de análises específicas dos fatores de risco ali presentes e a implementação de ações de atenção à saúde direcionadas a grupos de risco.

A mortalidade por doenças crônicas das vias aéreas inferiores, que vem crescendo, mostra uma distribuição espacial muito semelhante à anterior, apontando para grupos de risco e deficiências do modelo assistencial semelhantes. Uma diferença é a presença na faixa de maior risco da região da Ilha do Governador, que para todos os outros indicadores selecionados não havia se destacado como área crítica.

O terceiro problema selecionado foi a mortalidade por diabetes, que apresentou um padrão de distribuição espacial distinto das demais. Chega a ser instigante, na medida em que os dados são de difícil interpretação com os conhecimentos disponíveis. Além da mortalidade excessiva no Centro, presente para as diversas causas analisadas, e também presente em Copacabana, possivelmente em decorrência de sua composição por idade e sexo particular, destaca-se uma faixa de mortalidade excessiva indo de São Cristóvão a Anchieta, o que aponta a necessidade de estudos sobre seus determinantes e direcionamento da atenção dos serviços de saúde para seu atendimento.

Conclusão

O município do Rio de Janeiro conseguiu atingir no início dos anos 80 um padrão diferenciado de saúde. O principal motivo foi a redução da mortalidade por doenças infecciosas na infância, destacadamente as gastroenterites e as doenças evitáveis por imunizações. Como resultado, aumentou a expectativa de vida da população carioca. Isso foi obtido essencialmente através da implementação de políticas públicas de saneamento e programas de saúde pública dirigidos essencialmente aos problemas materno-infantis, através de ações básicas realizadas em unidades de saúde.

Mas o padrão de transição epidemiológica do Rio foi diferente dos países desenvolvidos. Além do excesso de mortes por causas externas nos adultos jovens, persiste a incidência de doenças infecciosas, principalmente aquelas transmitidas de pessoa a pessoa (como a meningite meningocócica, a tuberculose e a hanseníase), e de outras transmitidas por vetores adaptados ao espaço urbano, como a dengue.

A oferta dos serviços públicos do SUS manteve-se constante na década, embora os problemas enfrentados tenham se tornado mais complexos e necessitem de maior monitoramento clínico. A proporção de idosos vem aumentando na população carioca, já sendo das maiores entre as grandes cidades brasileiras. A questão atual é que a grande demanda por atenção médica está cada vez mais concentrada em problemas de saúde para os quais os serviços têm menor eficácia (se comparados aos enfrentados na década anterior) e cujos custos são mais elevados. A vida tornou-se mais longa, mas os anos acrescidos não necessariamente são vividos com qualidade.

Desde 1980, e mais nitidamente na década de 90, registrou-se uma estabilização no comportamento das taxas de mortalidade, apesar da alta concentração de serviços de assistência médica. Ocorre que o modelo assistencial continua privilegiando a atenção médica hospitalar e ambulatorial, dando pouca ênfase à atenção básica preventiva e à promoção da saúde.

Mudanças significativas no sistema de atenção à saúde da população carioca necessitam ser implementadas para que o aumento da duração da vida das pessoas efetivamente se constitua em um bem que possa ser usufruído com saúde e bem-estar.