

REUNIÃO REGIONAL SOBRE SISTEMAS LOCAIS DE
SAÚDE NAS GRANDES CIDADES

13-17 fevereiro de 1989

Rio de Janeiro, Brasil

APRESENTAÇÃO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

DR. JOSÉ CARVALHO DE NORONHA

A REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

Situado na Região Sudeste, o Estado do Rio de Janeiro abriga em sua superfície de 44.268 km², 13.500 pessoas. Destas, cerca de 95% moram em áreas urbanas.

A Região Metropolitana desenvolveu-se ao redor da Cidade do Rio de Janeiro e hoje inclui 14 municípios que em conjunto ocupam uma área de pouco mais de 6.500 km² aproximadamente 15% da área total do Estado, onde habita cerca de 80% de sua população. A metade desta população mora na cidade do Rio de Janeiro e a segunda maior população é a do município de Nova Iguaçu, também situada na Região Metropolitana.

Esta Região pode, para fins de análise, ser dividida em 4 faixas de limites pouco precisos, circulares e concêntricas cujo núcleo, ou região central é formado pelo centro financeiro e comercial da cidade do Rio de Janeiro e pelas Zonas Sul e Norte da cidade. As outras faixas ou círculos são: a Periferia Imediata, que se expande ao longo das linhas excêntricas formadas pelas estradas de ferro; a Periferia Intermediária constituída pelos 4 municípios da Baixada Fluminense, São Gonçalo e parte de Magé e a Periferia Distante constituída dos demais municípios da Região Metropolitana, fora da área conurbada da cidade do Rio de Janeiro.

No período que vai de 1940 - 1980 o crescimento da população total do Estado se deu às custas da população da Região Metropolitana sem que esse incremento populacional fosse acompanhado por um aumento dos equipamentos de uso coletivo.

Como característica do modo de ocupação, há que se notar o uso de áreas não próprias como baixadas e encostas e os problemas daí decorrentes para as instalações de equipamentos urbanos.

Essa ocupação de áreas não próprias por populações de baixa renda se dá não apenas na periferia, mas também em áreas onde residem e se concentram as classes média e alta. Um exemplo disso é o bairro da Lagoa, tipicamente de classe alta na Zona Sul da cidade, onde se situa a Rainha, a maior favela da cidade com mais de 200.000 moradores, o que faz conviver os piores e os melhores indicadores do mundo.

A economia da Região Metropolitana é do tipo urbano com grande participação do mercado informal e enormes desigualdades de renda o que tem como consequência natural uma probabilidade de morte antes do 1º ano de vida 60% maior para aqueles que ganham menos de um salário mínimo (US\$60.00) em relação aos que ganham de 3 a 5 salários.

Para a região, como um todo, as cinco primeiras causas de morte, em 1986 tiveram a seguinte distribuição:

1º - Doenças do aparelho circulatório	38.2%
2º - Acidentes, envenenamentos e violências	12.6%
3º - Neoplasmas	12.4%
4º - Doenças do aparelho respiratório	11.3%
5º - Doenças das glândulas endócrinas, nutri- ção e metabolismo	5.1%

O drama da saúde na Região mostra duas caras. Por um lado, a persistência junto às camadas mais pobres da população, aquela que mora nas favelas, nos conjuntos habitacionais, nos barracos e cortiços da periferia urbana, de óbitos por causas em grande parte controláveis, instadamente entre os menores de um ano. Por outro lado, o crescimento das doenças crônico-degenerativas com suas sequelas incapacitantes e, o que é ainda mais alarmante, o constante crescimento das mortes violentas que afetam principalmente a homens na idade ativa, faixa etária onde se constitui na primeira causa de morte.

Em relação à organização dos serviços de saúde, tem se caracterizado historicamente por uma total predominância do setor privado, financiado com recursos públicos, responsável por quase 75% da capacidade de internação existente e por pouco menos de 50% da capacidade de atendimento ambulatorial, sem levar em consideração os consultórios médicos privados. O restante da capacidade instalada distribui-se entre as instâncias federais, estaduais e municipais. Em relação a rede pública esta se concentra fundamentalmente na Região Centro no Rio de Janeiro respondendo a um maior poder de pressão das populações aí localizadas. A obediência exclusiva a esse poder de pressão sem críticas norteadoras de uma adequada expansão de recursos, ocasionam a superposição de atividades além de aprofundar as desigualdades na distribuição de equipamentos médico-assistenciais que se expressa, por exemplo, numa relação leito/habitante de 12/1000 na região central da cidade até 0.5/1000 na região periférica não referente ao financiamento institucional o setor saúde consome, no Brasil, cerca de 3.9% do PIB sendo que 1/3 destes recursos são destinados ao setor privado exclusivo, isto é, aquele que não é financiado nem presta serviços ao setor público. Os restantes 2.6% destinam-se a cobertura de 80% da população, cerca de 120 milhões de pessoas.

O financiamento do setor tem como fontes as contribuições sociais (2/3) e recursos estatais (1/3) sendo a principal fonte financiadora de todos os sub-setores a Previdência Social.

Face ao exposto, colocam-se 3 grandes problemas que se constituem em verdadeiros desafios não só ao setor saúde mas também aos diferentes setores diretamente envolvidos com a área social.

O primeiro grande desafio que se coloca é o de responder às grandes diferenças na distribuição dos equipamentos

urbanos. Considerando as características peculiares ao modo de ocupação, há que se responder, por um lado à escassez de recursos em áreas periféricas com um déficit de 7.000 leitos na Região Metropolitana e, por outro, as dificuldades técnicas e ao alto custo da instalação de equipamentos urbanos naquelas áreas consideradas não próprias para ocupação que concentram grandes contingentes populacionais.

O segundo ponto, que mantém estrita relação com o anterior, diz respeito ao redirecionamento dos investimentos públicos para essas áreas, viabilizando uma distribuição mais equânime dos equipamentos sociais com o objetivo de corrigir as distorções historicamente determinadas no processo de urbanização da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

O terceiro desafio colocado mais específico do setor saúde, é o de adequar, a rede assistencial ao perfil de morbi-mortalidade observado. Isto faz com que se tenha a um só tempo, que investir na criação de novas unidades e na readequação das existentes, incorporando a tecnologia necessária ao padrão epidemiológico observado. Significa dizer que a rede de serviços de saúde deve se adequar no sentido de responder à problemas tais como o trauma, aos agravos decorrentes do desenvolvimento industrial, do desenvolvimento urbano e dos transtornos mentais. Soma-se a isso a necessidade de investimentos crescentes para a assistência aos casos de AIDS já que o Rio de Janeiro é a 3ª Cidade do Brasil em número de casos.

Esses desafios se potencializam na medida em que as soluções devem dirigir-se a grandes contingentes populacionais marcados pela heterogeneidade típica dos grandes conglomerados urbanos.

HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS
ORGANIZATION IN MONTREAL
QUEBEC, CANADA

Robert S. Lariviere, L. Sc. Com., M.A.H., Adm. A
Director of Administrative Services
and Associate Executive Director
Regional Council of Health and
Social Services of Montreal
February 1989

Health and Social Services as well as Education are under the jurisdiction of the provinces in Canada. Each provincial government determines its own orientations and policies through a specific Ministry. The Quebec Health System is characterized by its universality, its accessibility and a system free of charge.

The Ministry of Health and Social Affairs determines goals, policies, priorities such as the distribution of the medical force throughout the province and puts forward the incentives needed to improve the medical presence in such or such medical specialty in the different regions of the province.

The Ministry decides with the help of the Treasury Board to invest or not in high technology. But these decisions are not entirely political decisions. They are based on studies, evaluations, opinions of the regional population and of the Regional Council, a public body designated by the government to:

- encourage the participation of the population in the formulation of its needs (board of directors, commissions, etc.);
- receive and hear the complaints of the population (1200 files per year);
- advise and assist the establishments in the preparation of their programs);
- promote the exchange, the elimination of duplication, a better distribution of services and the setting up of shared services (group purchasing);
- present recommendations to the Minister on a modified distribution of resources.
- manage different programs, such as
 - * the home care services for the region;
 - * the building constructions and renovations up to one million dollars per project;
 - * the medical equipment without cost limitation;

The entire budget of this province was 30 billion dollars for the year 1987-1988.

The Education Mission was taking 7 billion dollars and the Social Mission 11 billion dollars, that is 37% of the Government's budget.

- * The Health and Social Affairs Ministry was taking 7/11 billion dollars.
- * The Health Insurance was taking 2/11 billion dollars.
- * And the Income Security (Social Welfare) was taking 2/11 billion dollars.

Among the difficulties encountered in organizing health services in urban areas of the provinces of Quebec, I believe the major ones are the following:

1. THE PERSONAL RIGHTS AND THE SELF INTEREST OF THE CORPORATIONS,
(THE INSTITUTIONS).

In accordance with the legislation in force in Quebec, the rights are for example:

- The personal freedom of choice, that is the freedom of choosing the doctor and the hospital to be diagnosed and treated free of charge, providing the availability of the resources, including the medical personnel. The personal right is opposed, as usual, to collective rights; collective rights of having an ideal resources distribution where the individual has no choice but to get a particular service at a particular point without shopping possibility. Such an orientation is far away from a situation where balanced rights are put forward, and that is what we are trying to reach.
- The corporation such as a hospital is less and less free to offer different services, but it is still very hard for us to convince one or the other to allow more beds in medicine and less in surgery in order to respond to the emergency room demands.

- The Regional Council interferes in a hospital policy by negotiation, because, as a public corporation, the hospital wants to preserve its autonomy as much as possible.

2. The second difficulty is TO ASSURE THE POPULATION GOOD EMERGENCY SERVICES.

Because the occupation rate of hospitals is over 90% in Montreal, the admission of emergency patients is difficult. The treating doctor has to make room for elective cases among the emergency cases. Sometimes elective cases wait too long for admission. At first sight, there is a shortage of beds. However most of the hospital administrators along with the physicians are saying:

"take away the 15% of long term cases in the acute care hospitals and we will have enough beds."

Many long term hospitals or centers are under construction in Montreal and home care investments are rising year after year. But I suppose these actions are not taken quickly enough to cope with the very fast increase of the elderly population which is around 12% in certain areas of Montreal.

3. As a consequence of the first two difficulties, the next difficulty is TO MAKE FEASIBLE SERVICE PLANS. That is to have all but just sufficient services for the needs of a given population. If we need one and only one cardiac transplantation surgery department in Montreal according to our needs, why should we let different hospitals try to develop such resources?

If we need five hospitals in the different sub-regions of Montreal organized to accept a minimum of 2 000 and a maximum of 3 500 deliveries a year in obstetric, why should we continue to support other obstetric departments?

If Montreal and Quebec, as teaching and research centers, are covering the population of the whole province for the treatment of burn patients, why should we let any other region develop additional resources?

Real efforts are made in that sense at all levels. But there are sometimes political reasons, there are sometimes professional reasons, there are sometimes linguistic and cultural reasons and there are sometimes corporate reasons to create great competition.

The development of health systems and institutions has been oriented for too many years on a plan designed by the establishments themselves. The government is now talking about a network of services and not a network of institutions.

Some groups of people, some pockets of poverty have been left out. We have to reorient our resources towards the person, by determining goals per target groups, making sure preventive actions and rehabilitation actions are developed before and after each disease. We have to consider the person as a whole. The patient has to keep contact with society, with his environment, hoping he will regain confidence in his ability to be part of society. That is why we are relocating the mental patients for instance in smaller institutions keeping close contacts with the surrounding population.

By looking at a patient in his own environment, we believe his needs will be known more precisely, enabling us to assure continuous care to particular groups of patients.

Thus, to achieve or to redesign our network of services or our health systems around particular target groups, our resources have to be complementary. Each institution has to take his neighbour into consideration. The patient has to feel the flow of care giving him better chances of recovery.

If the immediate environment of the person is to be considered, the government of Quebec and the Regional Councils believe that community groups have an important role to play, and we should support them, we should take their advice, we should have them on our discussion groups, we should look at them as partners.

There are four to five hundred so called Volunteer Groups in Montreal with their own particular goals, all different from one another.

It is our belief that those groups can define more accurately the needs of the different people abandoned by society, the needs of the youth, the needs of the elderly, the needs of the lonesome woman, the needs of the beaten woman, the needs of the molested child. They will be of assistance not only by defining their needs but by indicating some ways to help these individuals.

These are the main problems we are faced with today. But these are current issues appearing as results of a philosophy, results of an approach to health and social affairs.

Health condition is influenced by different parameters such as: the geographic conditions, the political economic and education conditions, so on and so forth.

The government has to set goals behind specific health and social objectives in order to cope with the different parameters influencing the health condition of a country. And, he has to show the will to invest the answers to achieve these goals.

Many countries seem to look towards decentralization and integration of services.

One practical way to reach aims is to go step by step according to the feasibility, the priorities set by government and the local capacity to take charge of decentralization that is to proceed per program or to focus on target groups.