PROJETO 41.0 - LOCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÁREAS URBANAS

COORDENADORES - LUIZ CLEMENTE MARIANI BITTENCOURT
ENEIDA DUARTE GASPAR

PROJETO PEPPE 41.0

"LOCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÁREAS URBANAS"



## I - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

### 1. A PRODUÇÃO E O CONSUMO DO CUIDADO MÉDICO

Estudando os métodos de análise e de organização de serviços de saúde que vêm sendo usados habitualmente, observamos que em geral esses trabalhos pressupõem a idéia de que um conjunto de serviços de saúde, limitado numa área geográfica, é um complexo que permite acesso homogêneo por parte da demanda, e visa atender a um tipo de necessidade que, comumente, é definida de forma muito abstrata - a saúde; e que, uma vez que os serviços são igualmente acessíveis para todos, [illegible] oportunidade [illegible]. Em [illegible] (1967; [illegible]).

Essa posição é a conseqüência de se ver a saúde como uma condição abstrata - a Saúde - inerente a um homem abstrato - o Homem - e não como um fato histórico e concreto na vida de homens concretos e históricos, ou seja, como um produto das relações do homem com o mundo em que vive e, portanto, um produto da sociedade, tanto no ser constituído quanto na sua vivida. A saúde é também a condição essencial em sua individualidade que lhe permite esta ação; são os valores vitais que caracterizam a normatividade da vida, isto é, de acordo com Canguilhem(1971 ____), os padrões de funcionamento do organismo que são compatíveis com a sua preservação enquanto unidade orgânica, em função de seu próprio potencial biológico e das condições do ambiente com que se relaciona. É a forma como aquele organismo age para sobreviver dentro de determinadas condições ambientais. O homem, ao existir no mundo, ao garantir sua sobrevivência, transforma esse mundo através do trabalho. Então, a saúde, que é um produto da ação do homem no mundo(de sua relação com esse mundo), tem também a característica de ser um instrumento para todo o trabalho do homem.

Pode-se supor, então, que não há um conceito único e "verdadeiro" de saúde; o que é saúde, em cada tempo e em cada lugar, é uma definição que depende de como o grupo humano que vive nesse tempo e nesse lugar, se relaciona com o mundo, que tipo de trabalho realiza, que necessidades sente, como se vê dentro do mundo, como pensa que deve viver(Souza, 1976). Depende das necessidades concretas de manter um nível de produtividade orgânica e da sensação de satisfação decorrente da vivência de experiências: desde as necessidades mais flagrantes de realizar um trabalho até as mais sutis de dedicar-se a atividades intelectuais, de passear, de gozar os vários recursos de bem estar, satisfação e desenvolvimento produzidos pela sociedade.

Em alguns momentos da sua vida, o homem se define como doente; restrições à sua capacidade potencial de viver como habitualmente vive, atingiram um tal nível, que há uma mudança qualitativa no modo como ele se vê frente ao mundo. Sua vida não é mais como deve ser seu corpo não está mais como deve estar. Ele vai então buscar meios de recuperar a saúde perdida; e esses meios, a própria sociedade - através de práticas institucionais e organizações paralelas - os organiza de acordo com o modo como se vê as necessidades de saúde de seus componentes, e portanto de acordo com a maneira como é visto o homem, sua importância, como ele deve ser mantido e para que tipo de atividade deve ser restabelecido, considerando o lugar que ocupa e o trabalho que realiza dentro do grupo social. Isto quer dizer que a organização da atenção médica segue um objetivo de reprodução da organização social em que se insere, tanto material, garantindo a existência de trabalhadores, como ideológica, apresentando como produto social apropriado pela população em geral.

No modo de produção capitalista se dá uma exploração intensa da natureza, com a produção de mercadorias cujo valor é fixado em lucro que é apropriado pelo dono da empresa. [illegible] máquinas, a matéria prima, o [illegible]

passa a pesar na composição do valor da força de trabalho(ARBUCA, 1975).

A força de trabalho, se por um lado é a própria expressão da vida produtiva do trabalhador(seu potencial de trabalho), por outro lado é uma mercadoria comprada pelo capitalista para servir como instrumento de produção. A força de trabalho - vendo-se o trabalhador como uma "máquina" integrante do processo de produção - é criada e mantida utilizando o trabalho consumido em determinados setores produtivos tais como a produção de alimentos, a construção civil, a indústria farmacêutica; estas se desenvolvem de acordo com as necessidades do processo produtivo global. Portanto embora se manifeste, em última análise, num potencial biológico individual, a produção da força de trabalho não é uma responsabilidade ou uma prerrogativa do trabalhador individual; ao contrário, resulta da incorporação de uma parte do trabalho total da sociedade, como é definida pelas necessidades da produção. Isto quer dizer que o trabalhador, de acordo com o tipo de trabalho que realiza, poderá manter sua vida por um período e em condições que não são definidas por ele, mas por quem investe na produção da força de trabalho. Dentro da visão capitalista, o trabalhador não é um indivíduo autônomo,livre para fazer o uso que quiser de sua força de trabalho; mas um organismo em que se realiza um potencial energético nele investido sob a forma de alimentos, repouso, higiene, cuidados de saúde, treinamento para tarefas, e transformado em valores vitais que permitem atingir padrões de comportamento necessários à atividade produtiva.

O objetivo do capitalismo, em relação ao trabalhador do qual foi comprada a força de trabalho, será então permitir-lhe o consumo dos produtos que o mantenham por uma unidade de tempo, unidade essa pela qual ele vendeu sua força de trabalho - ou seja durante a qual seu corpo estará incorporado ao processo produtivo.A produção da força de trabalho é uma etapa intermediária no processo produtivo da sociedade capitalista, situada entre a produção das mercadorias necessárias para a criar e manter e a dos bens em cuja produção ela é consumida como instrumento. Considerando-se a força de trabalho como um instrumento ativo, isto é, energia já comprada e não pensando só na lei geral de reprodução da força de trabalho, quem investe na produção da força de trabalho é o próprio capitalista: o salário é a parcela do capital investida neste tipo particular de instrumento. Apenas, não é o capitalista que compra diretamente os produtos para fabricar esse instrumento, mas põe o dinheiro na mão de um indivíduo que realiza por ele essa operação.

O valor de qualquer mercadoria equivale aos valores das mercadorias que foram usadas para produzí-la, ou que podem ser trocadas por ela(BRAGA,1978).A soma dos valores dos bens necessários à produção e conservação da força de trabalho equivale ao valor da força de trabalho como mercadoria; é o que o trabalhador deve ganhar por seu trabalho durante um período para manter-se produtivo nesse mesmo período - não importando que seu trabalho produza uma quantidade de valor muito maior do que a que lhe [illegible]. Dentro da visão capitalista, então, tanto a comida, a casa, a roupa de cama, mesa e [illegible]

O valor da força de trabalho é pago não só pelo salário, como nos outros benefícios a que o trabalhador tem direito como complementação do pagamento. A qualidade e quantidade desses benefícios corresponderão no mínimo ao necessário para realizar o objetivo de manter os indivíduos em condições produtivas. O limite mínimo, tanto do salário quanto dos benefícios sociais, será a sobrevivência física dos indivíduos; o valor deles em cada momento, isto é, a parcela do capital que é investido na produção da força de trabalho, depende não só das condições de escassez ou abundância dessa força, como da sua organização para exigir um melhor pagamento, de tomada de consciência de sua condição humana e conseqüentemente de seu direito a se beneficiar com o produto que ajudou a criar.

A produção e manutenção da força de trabalho é um dos objetivos da produção de cuidados médicos dentro da organização capitalista (AROUCA, 1975); o serviço de saúde pode ser visto com uma unidade produtiva constituída por um conjunto de instrumentos - o saber e a tecnologia médica - que realizarão esse objetivo através da atuação sobre as características orgânicas dos indivíduos de modo a modificar valores vitais de forma tal que garanta a manutenção da população dentro de limites aceitáveis de variação em torno da "normalidade" definida na época; essa normalidade depende tanto das necessidades de rendimento orgânico para as atividades produtivas existentes - o tipo de máquinas, a fonte de energia, etc. - como da forma como é visto o homem em relação à sociedade: que padrão de comportamento individual é compatível com a manutenção da organização social.

Porém não existem na sociedade somente serviços destinados a produzir e manter a força de trabalho - embora esse seja um objetivo básico de sua produção social. Os serviços têm diferentes formas de organização e apresentação, tantas quantas são as forças sociais que participam do processo produtivo. Cada uma dessas forças - cada grupo que tem uma forma de inserção no processo de produção - aparece para a sociedade toda como uma imagem própria, que abrange desde o estado de nutrição de cada indivíduo até a ideologia do grupo. A imagem de cada grupo e a própria necessidade de que ele se mantenha em condições de realizar suas atividades dentro do processo produtivo, determinam que a sociedade normatize o tipo de serviços que o grupo pode e deve consumir. Se os setores que participam com o trabalho assalariado recebem cuidados para continuar capazes de realizar esse trabalho, aqueles que se apropriam do produto do trabalho também se apropriam da saúde. Se a apropriação da mais valia é o que permite ao capitalista usufruir os benefícios que a sociedade produz em seu tempo, também a aquisição da saúde, como a de instrução e outros bens, se incorporam ao processo de extração de lucro na medida em que é o desgaste físico do trabalhador que permite a preservação do proprietário; que é o empobrecimento daquele que permite o enriquecimento deste; que é o trabalho essencialmente manual do primeiro que permite o trabalho puramente intelectual do segundo; que é a atividade produtiva de um - valores de uso dos bens concretos imediatos - [illegible] na composição do valor dos bens produzidos - [illegible] do outro - valores de uso realizados [illegible]

prietária dos meios de produção.

Setores que se aproximam de um ou de outro dos polos descritos dentro da organização das forças produtivas - trabalhadores mais ou menos especializados; comerciantes; intelectuais; burgueses - terão redes de sentir, necessidades e formas de satisfazê-las, que de modo geral corresponderão a sua inserção nas relações de produção e à necessidade de sua aceitação e apoio ao modelo político dentro do qual está vivendo.

Um outro objetivo dos serviços de saúde refere-se à sua posição dentro do processo produtivo. Esse tipo de serviço, como unidade produtiva, é consumidor de produtos da indústria farmacêutica e de instrumental médico e, portanto, sua atividade está condicionada pela possibilidade de garantir o crescimento deste ramo da produção. Ainda estamos pensando no sistema capitalista; a produção está voltada para as mercadorias de maior liquidez e que permitam maior lucro a curto prazo. Isso condiciona o tipo de instrumental utilizado: entre as alternativas de possibilitar a setores cada vez mais amplos da população o consumo de um material pouco variável ou de levar ao consumo de material de curta vida útil e rapidamente modificado em detalhes, esta segunda, considerando-se a manutenção de amplos setores da população com baixo poder aquisitivo, é a que se mostra mais rentável; orienta-se a organização dos serviços segundo padrões de tecnologia impostos pela indústria de equipamentos, à qual interessa o consumo crescente de material que deve ser rapidamente substituído e que tem alto custo. A consequência disto é a oferta de serviços caros e sofisticados, e o abandono do desenvolvimento de uma infraestrutura para os serviços, o que faz com que grande parte deles seja ineficaz e desaparelhada, apenas com uma aparência de sofisticação. Então, da mesma forma como a ação de saúde vista como objeto consumido não corresponde (pelo menos para todas as classes) às necessidades de desenvolvimento humano mas sim à produção da força de trabalho e à busca de consenso social sob a forma de "normalidade", também a ação de saúde como produção baseada no consumo de outros bens não as satisfaz, pois seu objetivo neste caso é garantir a reprodução do capital aí aplicado.

Conclui-se, então, por uma modificação no conceito inicial: como todo produto social, dentro do sistema capitalista, a assistência médica, além de funcionar como redistribuidora dos bens produzidos e garantia dos direitos básicos embora abstratos dos [illegible], volta-se também para um objetivo econômico: dentro do objetivo mais geral de garantir a viabilidade do modo de produção, ela pretende especificamente, ao voltar-se para o trabalhador, garantir a produtividade do instrumento que é a força de trabalho, ao consumir equipamentos e material [illegible], viabilizar a reprodução do capital [illegible] produzido de conformidade [illegible] diferentes tipos de [illegible] diferentes usos dos [illegible] diferenciados ou, ao contrário, [illegible]

classes - embora o seguimento desse padrão não implique em eficiência do serviço , uma vez que a sofisticação não pressupõe a formação de infraestrutura.

2. A organização dos serviços de saúde

A partir das idéias expostas, pode-se repensar o problema da localiza - ção dos serviços de saúde.

Embora o cuidado com a saúde seja uma ação básica do homem,uma ação instintiva de conservação da vida, exercida de muitos modos diferentes estamos nos referindo neste estudo apenas ao cuidado médico oficial, isto é, aquele que é prestado por profissionais a quem é oficialmente reconhecido a legitimidade dessa prática;e que tem um espaço próprio para realização, também definido de acordo com a organização social.

A própria distribuição geográfica dos serviços se dá num espaço que não é neutro, mas compreende uma organização social baseada nas relações de trabalho existente entre seus componentes'.

A fixação de um grupo humano numa região, e a forma como se faz essa fixação, dependem em princípio das condições naturais- do substrato físico que esse grupo aí encontra(LABASSE,1973); mas a própria fixação e o processo de organização, quando os homens trabalham utilizando os recursos da região para viver, transformam a natureza; essa transformação dependerá do tipo de relação que os homens estabelecem com os objetos, de acordo com as finalidades definidas do seu trabalho: cultivo ou predação , destruição ou conservação. Por sua vez, a própria transformação criará novas necessidades de organização.

Se o cuidado de saúde é um bem de consumo, vendido pelos serviços de saúde à população, estes serviços, conforme existem numa dada organização social,refletem as necessidades e interesses na área de saúde dessa organização. Não estão, portanto, igualmente acessíveis, integrados e atendendo igualmente a toda a população mas se caracterizam por um tipo de organização interna, um tipo de produto oferecido e uma localização decorrentes do objetivo que orienta sua produção e das condições de mercado a que estão sujeitos. Do objetivo de sua atividade produtiva enquanto são produtores de um bem ( o cuidado de saúde ) que permite a existência dos outros setores da produção através do controle da produtividade da força de trabalho e ao qual, portanto, os diversos setores da população terão diferentes acessos de acordo com sua atividade no processo de produção. Das condições de mercado, enquanto são dependentes da possibilidade de consumo de seu produto pela população e da existência de determinados produtos e instrumentos que permitam a realização de sua atividade produtiva.

Nos primeiros tempos de existência de uma povoação, desde que ela começa a ter [illegible] o profissional de [illegible] relacionados à região. [illegible]

ral, observa-se uma tendência histórica de se localizarem os serviços nas áreas mais importantes economicamente e politicamente (Santos Filho)

Conforme o núcleo urbano vai crescendo, os serviços se expandem seguindo as linhas de deslocamento da população, de acordo com as atividades produtivas que se desenvolvem e determinam novas formas de ocupação do espaço. A localização de um serviço nas dado momento atende, não só ao tipo de cuidado médico a que a população da área tem acesso, como à possibilidade de consumo do tipo de serviço oferecido.

Um núcleo urbano extenso e complexo como o Rio de Janeiro tem uma rede de saúde que, nesse momento, reflete o resultado das etapas históricas por que passou a organização espacial da região. Diferentes tipos de serviço correspondem a sobrevivências de diferentes orientações de políticas de saúde; múltiplas instituições são responsáveis por setores distintos da rede de serviços; grupos da população têm diferentes possibilidades de acesso aos serviços. A essas características se somam as tendências dominantes da atenção médica: especialização, concentração nos pontos mais centrais, tecnificação de uma conduta predominantemente curativa, baseada em diagnóstico e terapêutica, e portanto exigindo instalações complexas. Essas tendências orientam o tipo de clientela que terá acesso aos serviços complexos, especializados e de alta tecnologia e, portanto, caros: por outro lado, aprofundam a contradição entre as necessidades dominantes no complexo saúde-doença da população e as soluções técnicas oferecidas.

É importante o papel do setor privado, em primeiro lugar na prestação do cuidado médico, tanto de forma direta como através de convênios com instituições estatais; e como produtor de medicamentos e equipamentos que orientam a organização do setor saúde.

Pode-se supor que, numa organização social sem as limitações rígidas de divisões como segregação social e espacial dos vários setores de população, os serviços que atendem a essa população seguem sua organização espacial : num mesmo espaço estarão superpostas as demandas de diversas redes de serviços de saúde, que coexistem nesse espaço, podendo-se definir o conjunto constituído pelo serviço e a demanda segundo a posição social do serviço e do setor da população que constitui sua demanda.

Isto quer dizer que um serviço de saúde se organiza, quanto à sua constituição técnica e às atividades que realiza, menos levando em consideração a necessidade de complementar as ações dos outros serviços existentes na área em que ele se implantou, do que as necessidades e possibilidades de consumo de um setor da população a que ele se destina. Então, uma rede de serviços de saúde localizada numa área, constituída de diferentes tipos de serviços destinados ao atendimento de diferentes grupos da população. Como estes grupos não estão distribuídos especialmente de forma estanque, mas se interpenetram, podemos supor que o mesmo ocorre com as redes de serviços de saúde.

É possível, porém, que atualmente não se encontrem diferenças marcantes quanto ao [illegible] tipo de cuidado prestados à população pelos serviços [illegible] isso, contudo, em parte, será a impossibilidade [illegible] padrões de conduta [illegible] tal como [illegible] a "medicalização-

nalidade" baseada em princípios administrativos que visam a redução das despesas.

Desde o século XIX, mudanças importantes começam a ocorrer na organização de saúde em vários países. Dois fatos aparecem como principais determinantes da mudança: o primeiro é o projeto da Medicina Preventiva como meio de controle da vida dos trabalhadores, necessário para criar um trabalhador de novo tipo, que se adapte física e psiquicamente ao ritmo da moderna produção industrial. Para isso, torna-se necessária a expansão de saúde centrada em cuidados primários, ações preventivas e educação. O segundo fato é a crise econômica que se espalha por todo o mundo capitalista durante o século XX, começando na 1ª Guerra Mundial e agravando-se com a 2ª;as idéias de racionalização administrativa que aí surgem - redução dos gastos com maximização dos resultados - atingem o setor saúde,e assim começam a ser elaborados projetos de planificação em saúde. Alguns são aplicados a diversos países(Inglaterra, Suécia, EUA),e outros são propostos por organização internacionais(OPAS,OMS) para outros - na América Latina, África, Ásia. A idéia central é permitir a toda população o acesso ao cuidado de saúde a que tem direito, mas partindo da premissa de que os recursos para tal são escassos; portanto é necessário definir prioridades,planejar e simplificar os serviços. É importante não duplicar os serviços,utilizar mais os serviços baratos que os caros e reduzir o aparato administrativo,criando diferentes níveis de organização que permitam o desafogo da estrutura burocrática central. Essa linha de planejamento chega a uma proposta de regionalização dos serviços de saúde, caracterizada pela extensão dosserviços simplificados, coordenação entre diferentes níveis hierárquicos de atenção e descentralização administrativa e técnica - que não implica necessariamente em descentralização das decisões. Em geral, é considerada indispensável a participação da população, vista como a aceitação dos programas e realizações de ações simples de saúde como mão-de-obra de baixo custo(OPAS,1976).

Porém essa proposta traz em seu interior uma contradição entre a organização dos serviços determinada a nível central, e os problemas de saúde tais como se apresentam a cada unidade de prestação de cuidados médicos; entre a racionalidade necessária ao funcionamento de cada serviço e a determinada nos níveis superiores da estrutura de saúde. Com base nesta crítica, surge outra linha de planejamento que privilegia as necessidades existentes(ROGAS, 1977), definindo como objetivo básico aproximar os serviços de saúde da população de acordo com suas necessidades. Aqui também se chega a uma proposta de regionalização, porém preocupada primordialmente em criar serviços que cubram a maior parte possível das necessidades definidas - e para isso precisa abranger formas de manifestações dessas necessidades; que sejam de fácil acesso;que se integrem num plano de saúde geral resultante de trabalhos locais e regionais que envolvam toda a população na tomada de decisões; e que se organizem de modo a permitir uma utilização racional dos recursos a eles destinados.

O êxito de um ou outro enfoque depende, é claro, do contexto mais geral que define [illegible] a regionalização como instrumento para a [illegible] dos serviços.

3. Modelo de análise de uma rede de serviços de saúde

Da análise das várias idéias sobre regionalização, podemos retirar alguns pontos básicos que caracterizam, na sua forma mais abstrata, esse modelo de organização de serviços de saúde:

a - Existência de uma rede de serviços cuja distribuição espacial permita o atendimento de maneira hierarquizada a todos os níveis de atenção à saúde, de modo acessível a toda a população.

b - Organização dos serviços de modo que seu funcionamento integrado faça com que se completem reciprocamente através de mecanismos de referência entre os diferentes níveis de atenção.

c - Administração integrada da rede de serviços.

d - Definição de vários níveis de decisão, desde os mais centrais ligados à política de saúde, até os mais locais ligados às necessidades da área atendida, supondo a participação da população nas ações de saúde, seja ao nível de tomada de decisões, seja apenas aceitando e utilizando os serviços oferecidos.

Como já foi dito, estas idéias compõem o modelo abstrato mais geral. Sua operacionalização em distintas situações, orientadas por diferentes políticas de saúde, determinará as características particulares de cada projeto.

Pode-se dizer, no entanto, que o modelo teórico não funciona, ou não existe na realidade: que não há integração entre os serviços de uma área, nem "racionalidade" na forma como a população é atendida. Isto ocorre porque a utilização atual dos serviços de saúde pela população é resultante, por um lado, da maneira como essa população ocupou o espaço em que vive e como aí evoluiram as relações sociais, resultando na sua organização atual; e por outro lado, da história da localização dos serviços de saúde, desde sua destinação e organização primitiva, até suas características atuais, que seguiram ou não as mudanças da população.

O confronto do modelo teórico com a realidade permite observar, numa região metropolitana como o Rio de Janeiro - com toda a complexidade das relações a que sua população está sujeita e com toda a sua história - algumas características importantes da interação da população com os serviços médicos:

a - Multiplicidade dos sistemas de saúde existentes e de instituições dentro de cada sistema, atendendo diferentes parcelas da população e distintos níveis de atenção, o que determina os hábitos de utilização dos serviços de saúde pela população.

b - Ausência de uma definição formal quanto aos níveis de atendimento das várias instituições de saúde, incluindo-se aí principalmente os hospitais de vários níveis.

c - Facilidade de acesso pela população a uma grande variedade de instituições, devido à relativa [illegible] nos centros urbanos.

d - Conhecimento pela população de uma grande variedade de instituições à sua disposição, [illegible] pessoais ou dos meios de comunicação, [illegible].

e - Existência, formal ou informal, de mecanismos de referência de instituições de nível hierárquico inferior ou de médicos isolados para os serviços mais complexos.

f - Utilização diferencial dos serviços médicos pela população, havendo tendência à menor utilização por agentes mais distantes dos serviços e conseqüente concentração da demanda atendida nas áreas mais próximas aos mesmos.

g - utilização diferencial dos serviços pelos diferentes estratos demográficos e econômicos da população, devido às suas possibilidades de acesso e características culturais.

Um projeto de reorganização da rede de serviços de saúde, com base na regionalização, traz a necessidade, em primeiro lugar, de definir quais serão as atribuições de cada serviço: que tipo de cuidado ele prestará e a que população atenderá ou qual será sua área de influência. Têm sido usadas, para conhecer a disponibilidade de cuidados de saúde numa área e para avaliar as necessidades presentes e futuras, medidas da capacidade instalada, do número de serviços e do volume de demanda atendida. Essas medidas são relacionadas com o total da população da área, a qual é então dividida em setores, segundo critérios de distância dos serviços, ficando cada setor vinculado aos serviços que nele existem.

A importância do fator distância, e da presença ou ausência de serviços, é flagrante nas áreas rurais, onde a população é esparsa, os serviços poucos e as distâncias grandes. Porém, nas áreas urbanas, com as características já discutidas, surgem algumas perguntas acerca da organização real dos serviços na região:

a - Como estão distribuídos os serviços de saúde e que tipo de cuidado cada um deles oferece?

b - Por que eles estão atualmente distribuídos desta forma ?

c - Quais as possibilidades teóricas de acesso, geográficas e econômicas, aos serviços?

d - Quem usa realmente os diferentes serviços ?

e - Por que os pacientes procuram o serviço ?

f - Qual é a relação real entre o serviço e a região em que ele se localiza ?

g - Qual a relação teórica e a real entre os vários serviços de uma região ?

h - Qual a relação entre a organização real dos serviços e as necessidades de saúde da população, admitindo-se um sistema regionalizado ?

i - Que nível de decisão, na prática, está determinando a organização dos serviços, quanto às necessidades a serem atendidas e ao tipo de cuidados oferecidos ?

[illegible] quando questiona: o diagnóstico da qualidade de atenção [illegible] pobres; [illegible] feito através da relação bruta [illegible] precisa [illegible] dos [illegible] serviços de saúde ?

[illegible] o [illegible] de problemas, que a [illegible] política [illegible]

a - Processo de organização do espaço, visto como a forma pela qual o tipo de atividades produtivas realizadas, e as correspondentes relações a que a população está submetida, determinam a localização, a conformação e a expansão dos núcleos populacionais, e a distribuição de vários setores da população por esses núcleos, configurando uma distribuição espacial de diferentes padrões de consumo.

b - A criação dos serviços de saúde, que deve obedecer ao uso que no momento está sendo feito do cuidado de saúde para satisfazer as necessidades do modelo econômico e para aliviar áreas de tensão social; e que, portanto, deve mostrar os diferentes tipos de serviços que aparecem segundo a conjuntura em que surgem, o local em que são criados e a população a que se destina.

c - A organização atual dos serviços de saúde, vistos estes serviços como fornecedores de um produto a ser consumido pela população. Portanto, o padrão de consumo de cuidados de saúde deve ser relacionar com o padrão de consumo de outros bens, não só quanto ao acesso ou não aos serviços, como ao tipo de serviço utilizado: voltado para cuidados gerais ou especializados; muito ou pouco complexo; com pagamento mais ou menos direto.

d - A utilização real do serviço vai depender da forma como o serviço se relaciona com a área em que se localiza: a densidade populacional, as características demográficas e econômicas da população, as características de acessibilidade geográfica e de competição com outros serviços da área.

A comparação das características da demanda atendida com as da população da área de que ela se origina; a comparação entre as necessidades manifestas pela demanda e o tipo de instrumental de que o serviço dispõe para o atendimento, e entre esse instrumental e as necessidades manifestas pela população da área; e o conhecimento do padrão de utilização de serviços de saúde pela população da área, podem permitir conclusões sobre:

a - O que representa cada serviço de saúde dentro da rede da região em que se localiza.

b- Qual é a área de influência do serviço e, nessa área, que setor da população constitui sua demanda.

c - Que fatores estão determinando a procura dos serviços pela população.

d - Qual é a relação entre as necessidades de saúde manifestas pela população e os cuidados médicos que lhe são oferecidos.

B I B L I O G R A F I A

1. APOTEA, A.F.S. - O cálculo preventivo: contribuição para a compreensão [illegible] Tese de doutoramento apresentada [illegible], Campinas, 1975.

2. [illegible] Boletim [illegible] Grande, Lugar 1,7306: [illegible], 1977.

3. BRAGA,C.S. - A questão da saúde no Brasil, um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista - Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Economia e Planejamento Econômico da UNICAMP. Campinas,1978.

4. CANGUILHEM, G. - Lo normal y lo patológico. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1971.

5. LABASSE, J. - La organización del espacio. Madrid, Instituto de Estudos de Administración Local, 1973.

6. NAVARRO, V. - Planificación para la distribución de los servicios personales de salud. Cuad Salud Publ, 4/5: 17-30,jul 1969/jun 1970.

7. NAVARRO, V. - Metodologia sobre planificación regional de servicios de salud. Estudio de un caso: Suécia. Cuad. Salud Publ., 6/7:25-35, jul 1970/jun 1971.

8. OPAS. Procesos de extensión de la cobertura de servicios de salud.Tema 18 del proyecto de programa: El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud frente a la necesidad de la extensión de la cobertura. Washington, 1976(Discusiones Técnicas).

9. PUGLIESI, C. et allii. - Inquérito sobre assistência hospitalar no município de Salvador (Bahia). Brasil. R. Saúde Publ., São Paulo, 5 (1): 1-16, jun. 1971.

10.ROSAS, E.J; SOUZA, C.R.M. & CASPAR, E.D. - Saúde e saneamento: as condições do Rio de Janeiro. Documento apresentado na I Semana de Debates sobre o Rio de Janeiro, 1977.

11.SANTOS , FILHO,L. - História Geral da Medicina Brasileira. São Paulo, HUCITEC, Ed. USP, 1977.

12.SOUZA, C.R.M. et allii - História do conceito de saúde. Trabalho apresentado ao Curso Básico de Saúde Pública da USP,SP, 1976.

## II - FORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

### 1 - SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Historicamente a distribuição dos médicos e dos serviços da atenção médica tenderam a acompanhar, no Brasil como em todo o mundo, as áreas de maior desenvolvimento econômico, estando portanto a sua concentração por áreas geográficas mais relacionada à capacidade econômica da população do que às suas necessidades de saúde..

Dadas as características do modelo de organização econômica e política do Brasil, desde o início de sua exploração como colônia portuguesa, a grande concentração das atividades, da população e da riqueza em uns poucos grandes centros urbanos refletiu-se também na distribuição dos serviços de saúde. Com efeito, até meados do século XIX , apenas nos grandes centros - Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo - encontravam-se alguns hospitais. No resto do país, a atenção médica se resumia nos serviços das Santas Casas de Misericórdia(1).

Desde o tempo do 1º Reinado, no entanto, aparecem tentativas formais de expandir os serviços de saúde, tirando-os da responsabilidade direta da Coroa e transferindo seu controle e fiscalização aos Governos Municipais então criados(1). Essa tentativa ficou no papel, pois, não sendo acompanhada de mudanças na política econômica do país, a permanência da concentração da riqueza e do poder impediu mesmo que se efetivassem os Governos Municipais.

A primeira importante rede de serviços públicos de saúde, as delegacias de saúde responsáveis pela fiscalização das atividades das campanhas sanitárias do início do século XX, é criada no principal centro urbano, da época - o Rio de Janeiro - e pertence ao Governo Federal(2). O mesmo ocorre, alguns anos mais tarde , quando começam a ser criados os postos da Assistência Pública, depois transformados em hospitais de Pronto-Socorro. A característica da política de saúde ainda é a centralização, tanto geográfica, quanto do poder responsável pelos serviços.

Paralelamente, desde o início do século XX, a ascensão do movimento trabalhista se [illegible] uma nova modalidade de [illegible] e [illegible] a [illegible] e as diversas categorias profissionais [illegible] contratar médicos, ofe-

lecendo atendimento a seus beneficiários(1). Esse atendimento tanto poderia manter uma forma ambulatorial mais próxima da tradicional prática liberal do médico de consultório, como tomar a forma de grandes hospitais construídos nas proximidades das grandes aglomerações das categorias profissionais beneficiadas.

Em 1940, o Serviço Nacional de Saúde elaborou um plano de criação de uma rede de hospitais em todo o país, antecipando todos os projetos atuais de extensão de serviços de saúde(3). É feito um censo hospitalar de todo o país, são ministrados cursos de planejamento e administração hospitalar, são tomadas todas as medidas legais para a implementação do plano. No entanto, em pouco tempo deixam de existir quaisquer informações sobre ele, ao que tudo indica, a partir do momento em que só faltava construir os hospitais já projetados.

A criação do SESP, na década de 40, representou a implantação de um modelo de organização de serviços médicos para áreas rurais, que até hoje domina as redes de serviços de Saúde Pública(4) Este modelo se caracteriza por uma forte centralização decisória coordenando uma rede de serviços hierarquizados e não concentrados num só ponto da área a ser coberta.

Assim, progressivamente, a criação de diferentes redes de serviços, ligadas a diferentes instituições e com diferentes objetivos e organizações, produz a rede de saúde do país tal como se apresenta hoje: um setor Previdenciário resultante da fusão dos Institutos de Previdência; os serviços de assistência médica e Saúde Pública dos governos federal , estadual e municipal; um setor privado constituído, em sua maioria, por empresas médicas vinculadas de alguma forma à Previdência ; e diversos órgãos ligados a vários Ministérios voltados para problemas especificos.

Data de 1975 a discussão sobre a criação de um Sistema Nacional de Saúde. No documento final da V Conferência Nacional de Saúde, é colocado como objetivo básico desse sistema "a extensão dos serviços de saúde à população de difícil acesso"(5). No documento preparado pelo MPAS para discussão do tema na mesma conferência, é dito que " a regionalização e hierarquização dos órgãos de prestação de serviços e de treinamento do pessoal de saúde se [illegible] responsabilidade de utilização do pessoal [illegible] maior e melhor [illegible]"(6). Por isso, " é necessário implantar [illegible] um grande número de unidades de prestação de serviços de saúde [illegible] equipadas para empregar

procedimentos técnicos simplificados, com pessoal local. É a única estratégia conhecida para retardar os efeitos da vertiginosa elevação universal do custo dos serviços de saúde , que, de modo geral, se comportam como as indústrias de custos crescentes"(7).

De acordo com a lei número 6229(8) são definidas as atribuições dos diversos órgãos da administração pública e privada que constituem o Sistema, cabendo às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde implementar as ações locais de assistência médico-sanitária e elaborar os planos de saúde locais e regionais , compatibilizando-os com a Política Nacional de Saúde e com a visão do setor saúde constante do programa de desenvolvimento econômico-social do II Plano Nacional de Desenvolvimento (9).

Pode-se então identificar a articulação entre a reforma do setor saúde e o planejamento do desenvolvimento econômico e social do país, não só em suas linhas gerais, mas também no aspecto formal da organização regionalizada. Com efeito, desde 1966, o Plano Decenal de Desenvolvimento(10) exigia a divisão do país em áreas que permitissem a implantação dos planos de desenvolvimento regional, chegando a ser construído um "sistema hierarquizado de divisões territoriais e de cidades que pode servir de modelo tanto para uma política regionalizada de desenvolvimento, como para orientar a racionalização no suprimento dos serviços de infraestrutura urbana através da distribuição espacial mais adequada"(11).

## 2 - A REGIÃO

O primeiro problema com que se defrontam os planejadores é como realizar na prática a divisão de uma área em regiões . Que fatores devem ser considerados na divisão ? Como se darão na realidade as relações intra e inter-regionais? Vêm da geografia diversos modelos teóricos que tentam superar essas questões. Analisando as mudanças das divisões regionais brasileiras, poderemos ter uma rápida visão da evolução histórica do conceito de região.

O modelo [illegible] divisão [illegible] vigente desde 1940 até... [illegible] natureza físico - [illegible] (6). Deixava transpare- [illegible] independente da [illegible], e isso, hi- [illegible]

Em 1968 foi apresentado o modelo das Micro-Regiões Homogêneas, que tentava responder às necessidades de planejamento da atividade econômica(10). É definido o espaço homogêneo como uma "forma de organização em torno da produção", expressa por combinações de fatores físicos, econômicos e sociais; uma dada combinação de espaços homogêneos naturais, demográficos, agrários, industriais, terciários e de transportes, define uma micro-região homogênea. A mudança de um dos elementos muda a combinação,e assim se caracteriza outra região.

A falha deste modelo está justamente em seu pressuposto de homogeneidade intra-regional e na conseguente limitação estanque das áreas, não levando em conta os movimentos de pessoas e bens que se dão entre pontos de uma região mais ampla. Em outras palavras, o modelo ainda ignora a dinâmica real das atividades humanas no espaço geográfico.

Em 1972 o IBGE divulgou uma divisão do Brasil em Regiões Funcionais Urbanas(11). O modelo é construído segundo conceito proposto por Haggett e Charley: consiste num sistema simplificado de divisões territoriais e de núcleos urbanos hierarquizados, "que apresenta, supostamente, características significativas e relações de forma generalizada".

A teoria da hierarquia dos lugares foi desenvolvida por Christaller(citado em 12), que se refere a três princípios segundo os quais um sistema de lugares pode se desenvolver: a administração, o transporte e o mercado. Cada princípio fornece uma série hierarquizada de lugares, segundo o crescimento do número de lugares no centro - que segue uma progressão aritmética - e de áreas complementares - que segue uma progressão geométrica.

A posição de um lugar é calculada, pelo IBGE,pela contagem dos relacionamentos ou vínculos mantidos entre os centros urbanos em três setores de atividades: fluxos agrícolas, distribuição de bens e serviços à economia e à população. O conceito básico é que a cidade é uma "estrutura dada pela existência de uma economia básica urbana, capaz de estabelecer laços econômicos entre as cidades e suas regiões"(11) e que as cidades e as linhas [illegible] uma estruturação específica do [illegible] nodal, definida pela [illegible] de produção e comu[illegible]

Ainda aqui cabe uma crítica, quando essa teoria, embora levando em conta a atividade da população, transforma-a em valores médios ,dando medidas uniformes para uma região concêntrica (14). Além disso, a teoria dos lugares centrais se baseia em dois conceitos, a nosso ver, errôneos: o primeiro, o da existência de uma economia urbana; o segundo, de que a caracterização dessa economia se faz antes pelo consumo que pela produção.

Para validar essas críticas, é útil a discussão de... Castells sobre o processo de urbanização(15). O primeiro ponto levantado é a inexistência de uma economia urbana, de uma cultura urbana, enfim, de um urbano "em si" distinto de um rural "em si". Por trás dessa idéia está o conceito de modernidade do urbano que nada mais é do que a justificativa teórica para o ajustamento de todo agrupamento humano a determinado padrão de relações sociais consideradas "as melhores". E mesmo eliminando-se a valorização de modernidade dada ao urbano, resta a idéia falsa do urbano oposto ao rural, que ignora que estas duas distintas formas de organização se complementam e constituem uma determinada formação social.

Chegamos, assim, ao centro da questão: tentar caracterizar áreas pelo que nelas se consome(de bens materiais ou serviços) só permite criar uma tipologia que delimita regiões mutuamente exclusivas e sem contatos detectáveis: porque este método, no máximo, seguirá as rotas de transporte para identificar as relações inter-regionais. O caminho indicado por Castells é a compreensão de como se organiza espacialmente uma formação social, em função da forma como se organizam suas atividades produtivas. Em outras palavras, a hipótese é que as atividades e a população de uma área se organizam de modo a realizar da forma mais eficiente possível as ações necessárias para manter um determinado modo de produção da existência da coletividade.

Ao planejador cabe, na verdade, reconhecer, e não ... criar regiões. A ordenação do espaço depende tanto do marco natural do espaço geográfico, quanto da história e das relações econômicas e sociais. Ou seja, a partir de um espaço concreto que determina a princípio a forma da atividade humana, o processo de o- [illegible] de elementos materiais sobre o espaço que condiciona uma certa organização espacial da atividade humana na região; organização essa que passa a [illegible] do lugar.

A divisão de uma área em regiões, quando não leva em consideração as relações sociais a que a população está submetida, tem função puramente administrativa, pois não permite a visualização das diferenças de oportunidades de acesso aos bens por parte dos diversos setores da população, dando uma falsa visão generalizada acerca da satisfação ou não das necessidades dos vários grupos(16).

## 3 - EXTENSÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A primeira notícia que se tem sobre a implantação de um programa de extensão de serviços de saúde simplificados ocorre na China no início do século XX; é trazido pelos americanos e, nele, elementos das próprias comunidades locais são treinados para prestar cuidados elementares de saúde.(17). Desde então, no decorrer do século XX , vários projetos vêm sendo tentados, com ou sem êxito, a nível nacional ou local. De modo geral, as propostas de reorganização do setor saúde aparecem dentro de projetos de planificação econômica e social. Isso pode ser visto, tanto na organização inglesa, criada dentro de uma perspectiva de redução de custo de todos os encargos sociais numa economia em crise, como na criação de serviços básicos progressivamente organizados até formar a rede de saúde da União Soviética(18).

A crise econômica mundial deflagrada a partir da Primeira Guerra Mundial e agravada com a Segunda, trouxe para os países europeus a necessidade de planificar sua economia e, conseqüentemente,os gastos com o setor saúde. Juntava-se a isso o grande impacto causado pelos mutilados de guerra, a quem foi dada atenção especial.

Nessa época são iniciados vários programas oficiais de organização de redes de saúde(19): desde 1912 a Dinamarca implanta a coordenação de hospitais rurais e urbanos; em 1920 é proposta na Inglaterra a coordenação entre centros primários de saúde, centros secundários e hospitais docentes - proposta essa que se concretiza em 1946 no Sistema Nacional de Saúde; em 1933 o Chile é dividido em 12 zonas hospitalares, sendo em 1952 aperfeiçoado o sistema com a criação do Sistema Nacional de Saúde;em 1935 o [illegible] regulamenta o sistema responsabilizando os Es- [illegible] os Serviços Coope-

rativos de Saúde Pública. Em 1970, Navarro(20) estuda a organização da rede regionalizada da Suécia. Em 1972, a Organização Panamericana da Saúde(21) propõe a regionalização como instrumento administrativo para coordenar a utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis da região , a qual é vista como uma unidade auto-suficiente formada por um setor urbano e um rural.

Da observação desses casos podem-se identificar duas propostas distintas de regionalização de serviços de saúde: uma , a implantada nos países europeus, cujo ponto de referência é a estrutura hospitalar à qual estão vinculados todos os serviços de saúde, e que mostra a preocupação com o acesso de toda a população a serviços que disponham pelo menos de clínicos gerais e a garantia de recursos diagnósticos e terapêuticos(20).

Uma outra, recomendada por organismos internacionais para os países pobres, propõe o atendimento às populações rurais e dos cinturões urbanos por serviços mínimos de saúde que utilizem pessoal local treinado e que mantenham conexão com serviços de maior complexidade(22). Desde logo se mostra necessário estabelecer um diálogo com a comunidade, para que esta conheça melhor seus problemas e assuma sua responsabilidade de resolver os problemas locais; a participação da comunidade é vista como requisito básico para o funcionamento do sistema simplificado. "La experiencia demuestra que los niveles de mayor complejidad evidencian una carga de trabajo creciente a medida que el sistema de referencia se perfecciona y que los programas, destinados a las poblaciones bajo la influencia directa de cada nivel, alcanzan éxito.

Por lo tanto, la ya mencionada escasez relativa de recursos y la consiguiente necesidad de asegurar su máxima productividad plantea, en esos niveles, la necesidad de organizar dispositivos de "tamiz"(screening) con personal del más bajo costo social posible del nivel correspondiente para atender y orientar la demanda de la población de la zona de influencia directa de esos niveles. Se hace así valedero el concepto de atención primaria como puerta de entrada aún para los niveles de más alta complejidad" (22, pág.14).

Observamos então que, se numa proposta a tendência é [illegible] estrutura mais complexa [illegible] tradicional, na outra a busca de formas alternativas de organização dos serviços pretende apenas ingressar o uso dos serviços mais eficazes e mais eficientes, redu-

zindo assim os gastos com a saúde. É necessário encontrar uma terceira alternativa que, ao lado de buscar formas de prestação de cuidados de saúde mais flexíveis e mais adequadas à nossa realidade e às nossas necessidades, tenha como ponto de referência a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

O ponto central de discussão da maioria das propostas é a racionalização da distribuição dos serviços de saúde. Navarro (23) sistematiza os vários métodos empregados para avaliar as necessidades de serviços por locais.

A transformação da morbidade em necessidade medida em termos de recursos necessários para sua satisfação é capaz de levar em conta a demanda potencial, mas é um dado difícil e subjetivo; a mortalidade é mais confiável, mas não leva em conta mudanças no uso de recursos para cada doença e na sua letalidade; a utilização medida pela demanda atendida num período, quando projetada no tempo, mantém as falhas do serviço e ignora mudanças. Variações dessa medida aparecem nos cálculos de distribuição da demanda de uma área pelos serviços de saúde da mesma área, para indicar a área coberta segundo padrão de acessibilidade medido em tempo e custo de transporte; na medida de efetividade dos recursos disponíveis, permitindo definir, como no plano CENDES, as prioridades entre os danos redutíveis onde poderão ser aplicados recursos; e na transformação dos dados da demanda em probabilidades de utilização dos serviços pela população. Podem-se chegar a modelos matemáticos de grande complexidade, (24,25) que jogam com dados de localização e custo dos serviços, características da demanda e da população geral, distâncias entre os pontos da área e taxas de utilização dos serviços.

Considerando a escassez de recursos do setor saúde, e observando que em geral esses métodos vêm apenas confirmar decisões tomadas com base no conhecimento assistemático do lugar, e que, quando voltadas para o objetivo de melhoria dos serviços de saúde, se mostram tão eficazes quanto as mais elaboradas, pergunta-se se não será mais conveniente a elaboração de uma metodologia simplificada que forneça algumas informações confiáveis e úteis para a planificação. Essa conveniência se torna mais flagrante [illegible] em que a deficiência dos serviços de saúde são [illegible], [illegible] qualquer ponto, será necessária, podendo-se assumir como meta inicial proporcionar a toda a população o acesso a um mínimo de cuidados de saúde, para de-

pois detalhar as necessidades de melhorias progressivas gerais ou localizadas.

## III - FORMAÇÃO DA REDE DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

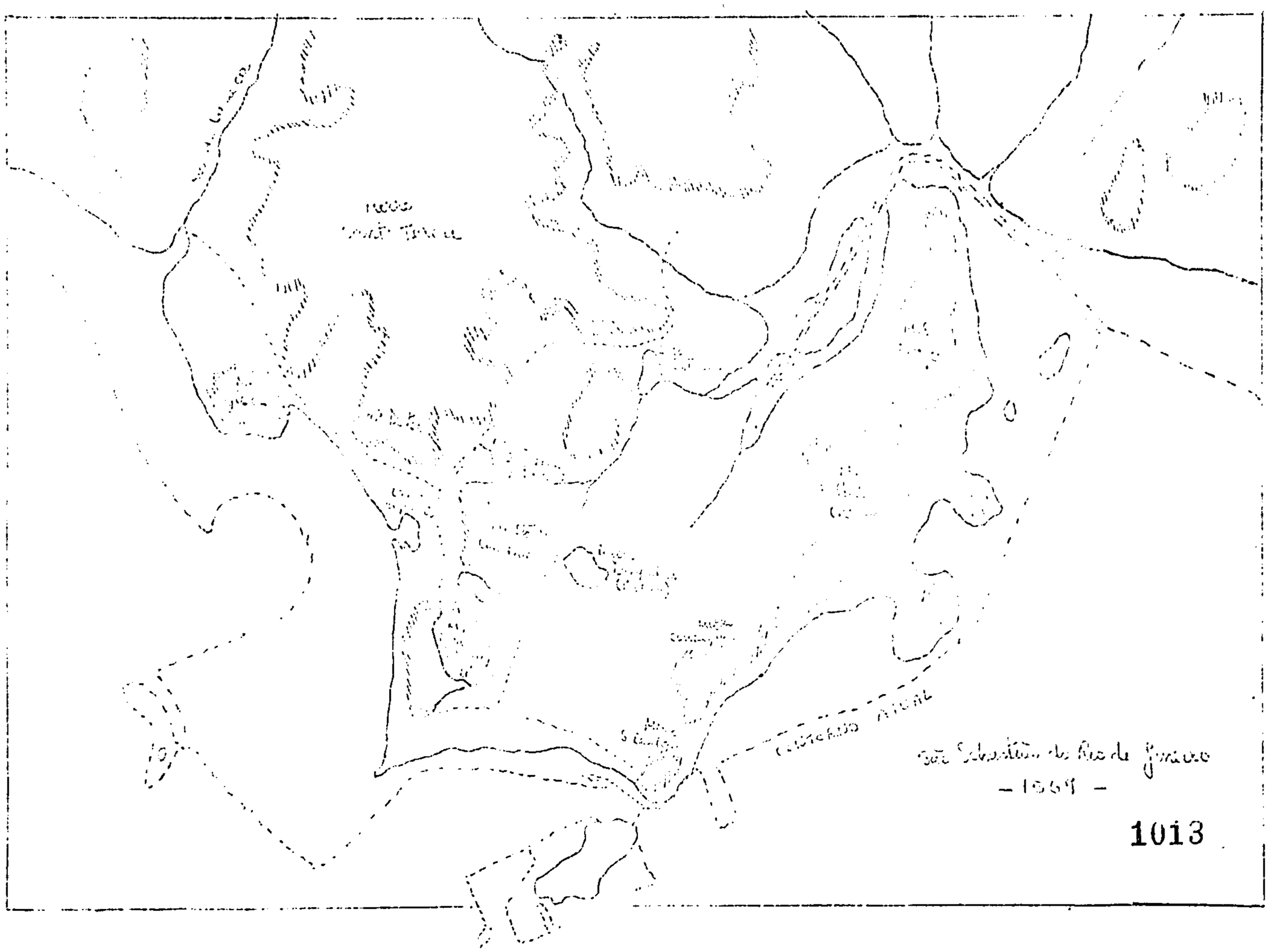
### 1 - HISTÓRIA DA REGIÃO

O Rio de Janeiro se explica por ser um porto. Considerando as condições avessas à fixação do homem nesta região, somente a privilegiada situação estratégica da baía de Guanabara justifica a persistência dos colonizadores em aí fundar uma cidade e , em especial, uma cidade destinada a ser um centro administrativo.

Dentro da maneira predatória como Portugal explorava sua colônia brasileira, começou a surgir a necessidade de formar núcleos de colonização somente quando a Coroa portuguesa sentiu muito fortemente a ameaça de perder tão vasta fonte de recursos naturais para outros países, principalmente a França. Mesmo quando, em meados do século XVI, a parte norte da colônia já tinha uma ocupação litorânea razoavelmente organizada, a orla sul, abandonada pelos portugueses, era alvo de intensa exploração francesa,que culminou com a criação de uma colônia em terras habitadas pelos índios tamoios, aliados dos franceses. Nesse momento, a Coroa e o governo da colônia reúnem seus esforços para anular a influência da França, aproveitando a ocasião para criar um núcleo de defesa do litoral sul do país.

A região atualmente chamada de baixada fluminense,área pantanosa cercada pelas escarpas da Serra do Mar, circunda a única entrada importante de toda a parte sul do litoral da colônia , nos limites a que esta se prendia no século XVI: a baía de Guanabara. A baixada é cortada por vários rios navegáveis, que desaguam na baía. Embora pantanosa e com difícil acesso à água potável, a entrada da baía se revelou um excelente local para uma fortificação, por ser difícil acesso por barra - tanto por causa dos [illegible] - e por permitir o con[illegible], [illegible] do fundo da baía. 1012

A povoação ali criada pelos portugueses tinha a finalidade expressa de se tornar como centro administrativo e polo de co




1013

lonização da região. Por isso, quando ainda era um pequeno arraial habitado por tropas, recebeu o nome pomposo de Cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro, e teve logo os principais cargos de administração e justiça necessários a uma cidade. Grande extensão de terras em torno, desde Cabo Frio até Angra dos Reis, foi dividida em sesmarias, incentivando-se a sua exploração econômica. Os principais proprietários da região foram os jesuítas, que assim se mantiveram até sua expulsão de Portugal.

Durante vários séculos, a cidade se limitou a um pequeno pedaço de terra junto à praia, entre os Morros do Castelo, de Santo Antônio, da Conceição e de São Bento. As terras em torno foram ocupadas, principalmente, por plantações de cana de açúcar, havendo também, em menor proporção, a produção de outros vegetais, como milho e mandioca, a pesca e toda uma indústria ligada a produtos da baleia, e a indústria naval.

A cidade se tornou, então, o núcleo de exportação e importação do sul da colônia, aumentando de importância, a ponto de tornar-se capital, quando a mineração deslocou a atividade econômica para a região centro-oeste do país. Além da ligação marítima com a metrópole e com os portos brasileiros, criaram-se dois caminhos terrestes para o interior: o caminho velho de Parati, que, passando por Santa Cruz, ligava o Rio de Janeiro a São Vicente; e o caminho das Minas Gerais, que passava por Petrópolis e Teresópolis, indo para a zona de mineração.

Mesmo antes de se tornar oficialmente a capital de toda a colônia, o Rio de Janeiro assumiu esse papel quando, sendo criadas as Repartições do Norte e do Sul, a ela coube a administração da última parte. Conforme o sul passou a adquirir maior importância econômica, sua capital tornou-se politicamente mais forte, até que, em 1763, foi transferida para o Rio de Janeiro a sede do Vice-Reinado.

Atualmente, a geografia do centro do Rio de Janeiro, entre o mar, a praça da Bandeira e o Passeio Público, pouco lembra do seu aspecto original.

1014

Lembremos que a cidade, fundada no alto do morro do Castelo, com [illegible] necessário conquistar terras nos pântanos [illegible]. [illegible] o desmonte dos morros [illegible] e as lagoas do [illegible] Passeio Público), Boqueirão (Carioca) e Sentinela (Campo de [illegible]). A água do rio da Carioca foi trazida por aqueda -

tos para bicas públicas no centro da cidade.

Até o século XVIII formou-se um núcleo urbano que terminava na altura da rua Uruguaiana, e que era ocupado pelos funcionários da administração pública, pelos dirigentes do clero local e pelos negociantes que monopolizavam a importação e exportação, além das forças armadas sediadas nos fortes São João, São Tiago e Santa Cruz. O litoral povoou-se rapidamente, com a criação de engenhos e lavouras. Fora da área urbana, aproximadamente 75% da população era constituída por escravos; e mesmo dentro da cidade era grande a proporção de escravos, ocupados em serviços domésticos.

A expansão da cidade seguiu os caminhos de sua atividade econômica: núcleos de população foram se formando ao longo da orla da baía, junto aos diversos portos de embarque e desembarque de mercadorias; no trajeto das estradas que ligavam a cidade ao interior do país; e, mais recentemente, ao longo das ferrovias. O núcleo mais antigo da cidade é a região que compreende o Centro da cidade (II RA), a zona Portuária (I RA), Rio Comprido (III RA) e Santa Teresa (XXIII RA).

No século XIX, a região de Copacabana (V RA) e Gávea (VI RA) estava ocupada por manufaturas e vilas operárias; o mesmo ocorreu nas partes baixas da Tijuca, sendo que os Morros, totalmente desmatados pela lavoura intensiva, e agora com o solo esgotado, começaram a ser reflorestados. No entanto tal região, como já ocorria com Botafogo (IV RA), logo se foi transformando em zona de residências de luxo e de turismo, pela proximidade das praias e das matas. As atividades agrícolas e industriais se extinguiram, e a população trabalhadora deslocou-se para a região de São Cristóvão (VII RA), Méier (X RA), Penha (X RA), Engenho Novo..... (XIII RA) e Madureira (XV RA), onde já se criava uma área industrial, que continuou crescendo com essa característica. Áreas contíguas a esta, mas mais afastadas do centro da cidade, como Irajá, (XIV RA), Penha (X RA) e Jacarezinho (XXII RA), passaram a ter um acréscimo da população, mas caracterizando-se [illegible] como zona residencial dos trabalhadores. Além disso o crescimento ao longo da ferrovia [illegible], [illegible] o crescimento ao longo da linha da [illegible], com a criação de núcleos industriais na direção de [illegible] o [illegible] pois [illegible] Santa Cruz, além de [illegible] outros locais, na [illegible]

zios foram sendo ocupados por núcleos populacionais. As áreas restantes, Jacarepaguá (XVI RA), Barra da Tijuca (XXVI RA), Campo Grande (XVIII RA) e Santa Cruz (XIX RA) - permaneceram quase desabitadas, com pequena atividade de lavoura e pesca. As ilhas de Governador (XX RA) e Paquetá (XXI RA), de início ocupadas por engenhos.. (na ilha do governador) ou colônias de pescadores, transformaram-se em local de turismo e de moradia de famílias ricas.

Apesar do desenvolvimento das atividades agrícolas e industriais, o Rio de Janeiro se manteve como uma cidade predominantemente terciária. Nele se localizavam os representantes do comércio importador e exportador; realizava-se aí todo o movimento financeiro da colônia. Era, portanto, o centro administrativo e político do país.

Em consequência desses fatos, até o final do século... XIX, o centro da cidade foi a área de maior concentração de população e de maior taxa de crescimento demográfico. No início do século XX, o Centro, a Zona Sul e a zona Norte, abrangendo uma área aproximada de um quarto da área do município, compreendiam 85% de sua população.

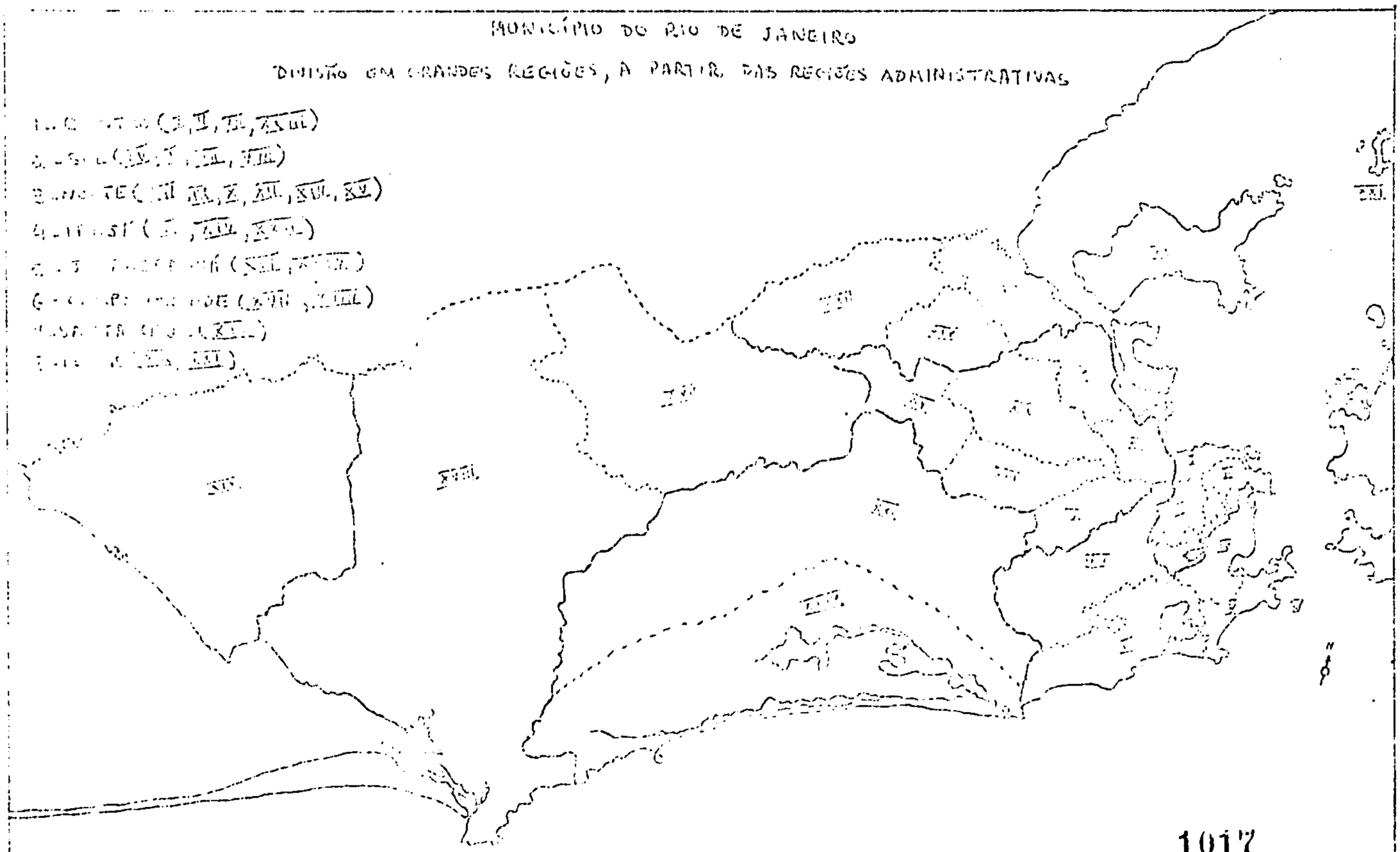
A partir de então, a distribuição espacial da população sofreu algumas mudanças. O primeiro fato que contribuiu para isso foi o programa de modernização do centro da cidade, vinculado às atividades de erradicação de endemias, que provocou grande deslocamento da população em consequência da derrubada de extensas áreas para a abertura de ruas e construção de novos prédios.

O segundo marco nas mudanças da organização espacial do Rio de Janeiro foi o aumento da migração para as grandes cidades, provocada pela industrialização. A partir dessa época, começou a ser ocupada a região mais ao norte do município, ao longo das ferrovias e rodovias. Até hoje esta é a região de maior concentração de favelas do município, rivalizando apenas com as grandes áreas faveladas da zona sul.

O terceiro momento importante foi o início dos programas de habitação popular que, retirando as populações faveladas das áreas mais valorizadas para a exploração imobiliária, transferiram-nas para loteamentos e conjuntos habitacionais na parte oeste do município, [illegible] Santa Cruz. Conforme vai se [illegible] de moradias de luxo em Jacarepaguá, os moradores dos conjuntos tendem a ser expulsos para as [illegible] do centro.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

DIVISÃO EM GRANDES REGIÕES, A PARTIR DAS REGIÕES ADMINISTRATIVAS



## 2 - A REDE DE SAÚDE

Até o final do século XIX, pouco se tem a dizer sobre os serviços de saúde do Rio de Janeiro. Nessa época, a cidade contava com o Hospital da Santa Casa da Misericórdia e mais os serviços de umas poucas ordens religiosas, além do atendimento aos militares. Os hospitais cumpriam mais a função de asilos para enfermos pobres, à espera da morte, que de centros de tratamento médico. A assistência médica era prestada pelos médicos liberais e pelos cirurgiões e cirurgiões-barbeiros, além dos curandeiros; os dois últimos davam atendimento à grande massa de escravos e trabalhadores livres, enquanto os outros atendiam aos grupos mais ricos.

O fim do século XIX teve duas importantes características em relação à saúde: uma foi a mudança da visão da prestação de cuidados médicos, causada tanto pela mudança de orientação terapêutica trazida pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, como pela melhoria das condições de higiene dos hospitais. Outra, mais específica do Rio de Janeiro, foi a crescente pressão dos países importadores de nossos produtos, pelo saneamento das regiões portuárias, assoladas por epidemias de cólera, tifo e febre amarela.

Então, vemos ser criado, em 1889, um hospital de doenças transmissíveis onde hoje é a periferia do centro da cidade ; cria-se no início do século XX o Instituto Soroterápico, em Manguinhos (também fora da cidade), destinado a combater as grandes endemias em todo o país; e cria-se também uma rede de serviços de saúde pública, no Rio de Janeiro, a cargo do Governo Federal , e constituída por 16 Distritos Sanitários (com a função de fiscalizar o cumprimento da legislação sanitária), 7 postos de Assistência Rural e 5 postos de salvamento nas praias.

Nos subúrbios afastados do centro, a assistência médica era geralmente prestada por médicos de bairro que, ao mesmo tempo em que faziam atendimento domiciliar, mantinham consultório ligado a uma farmácia (produtora dos medicamentos, e não revendedora de [illegible]). O [illegible]to cirúrgico e odontológico era prest[illegible] nos [illegible] de bairro. A população mais rica tinha [illegible] nos bairros [illegible]. Nessa época ainda era ge[illegible] onde se ia morrer.

Durante as três primeiras décadas do século, a política de saúde se caracterizou pelas tentativas de controle das grandes endemias e pelo atendimento aos desvalidos, especialmente em situações de emergência. Neste período criaram-se serviços de três tipos. Logo no início do século, ligado ao grande movimento de saúde pública, formaram-se Ligas de Ti-Tuberculose e movimentos para atenção a outras doenças, como a lepra. Esses movimentos criaram serviços próprios, posteriormente absorvidos pelos órgãos do governo. Vários dos hospitais de Tuberculose e o início da colônia de leprosos se caracterizaram pela localização bem distante da área urbana da época.

Data também desse período a criação dos primeiros serviços de assistência pública do governo. Começando com alguns postos no centro da cidade, logo no início da década de 30 foi inaugurada uma rede de hospitais de pronto-socorro descentralizados, atingindo até as regiões de Penna(ao norte) e Santa Cruz(a oeste). Esta rede, acrescida de alguns serviços, se mantém até hoje como parte dos mais importantes serviços de atendimento à população , cobrindo as emergências e a população não previdenciária.

O terceiro tipo de serviços criados nessa época foi o hospital beneficente das ordens religiosas ou das associações de imigrantes. Estes serviços se localizaram, ou no centro da cidade, ou junto às sedes das Ordens que os mantinham. Prestavam atendimento às pessoas filiadas às ordens ou da nacionalidade da associação em questão. Também nessa linha de atendimento beneficente, são criados alguns poucos serviços por cooperativas de categorias profissionais, como é o caso do hospital Nossa Senhora da Saúde, na Gamboa, que se mantém até hoje atendendo aos dependentes dos trabalhadores portuários filiados à cooperativa que o fundou. Também hospitais para os servidores públicos e para militares são criados nessa época.

Entre a terceira e a quarta décadas do século, a economia brasileira passa por importantes mudanças que se refletiram na política de saúde. A industrialização, criando massas de [illegible] em condições pre- [illegible] do modo de vida dos [illegible] foi orientada p[illegible] pelas empre- [illegible] dependentes.

A política de saúde vai se caracterizar, então, por programas de atenção a determinados grupos da população e por atividades de saneamento das frentes de exploração econômica. São criados os primeiros programas de saúde do Serviço Nacional de Saúde, como a atenção à mulher e à criança; e surge o embrião da Previdência Social com a transformação das Caixas em Institutos de Previdência vinculados ao governo. Os serviços de saúde pública começam a se transformar, adquirindo uma estrutura semelhante à atual: em cada Distrito Sanitário e Posto de Assistência Rural são montados dispensários de Tuberculose, centros de atenção Materno-Infantil e núcleos de todos os demais programas. São também criadas maternidades em diversos pontos do Rio de Janeiro, inclusive na então zona rural.

A partir da criação dos Institutos, começou a se formar outra rede de serviços. Cada Instituto criou serviços de saúde, de acordo com suas possibilidades financeiras e junto às moradias dos trabalhadores a ele filiados (que, em geral, moravam em conjuntos construídos pelo próprio Instituto). Assim, no Centro e na Zona Sul foram feitos os grandes hospitais dos institutos mais ricos - e que são até hoje a elite dos serviços previdenciários; na zona Norte e em Irajá foram criados poucos hospitais e alguns ambulatórios junto aos conjuntos residenciais onde moravam os trabalhadores mais pobres ligados ao Instituto. Para a Zona Oeste, não se criou este tipo de serviço.

Observando os dados de diversos censos, verificamos que em 1920, a cidade do Rio de Janeiro (ou seja, o atual Município do Rio de Janeiro) contava com 26 hospitais, sendo 12 no centro da cidade, 5 na zona sul, 5 na região norte, 1 em Campo Grande, 1 em Santa Cruz e 2 na Ilha do Governador. Não conseguimos identificar 9 hospitais, que devem ter acabado.

O número de hospitais aumentou, até 1958, para 186. Destes, 34 se localizavam no Centro, 49 na zona Sul, 43 na zona Norte, 4 em Irajá, 10 em Jacarepaguá, 7 em Campo Grande, 1 em Santa Cruz, 5 nas Ilhas do Governador e Paquetá e 33 não identificados. Observemos que no Centro e nas regiões mais afastadas (Irajá, Jacarepaguá, [illegible]) o crescimento se deveu mais à criação [illegible] médicos, [illegible] e beneficentes enquanto que, nas zonas Sul e Norte, foi importante o surgimento de [illegible].



[illegible] não havia [illegible], os poucos deixou de operar

o número de serviços existentes. É interessante notar também que, considerando os serviços que conseguimos identificar entre dois censos, 1958 e 1973) a região Norte parece ser a que teve maior número de serviços privados fechados, possivelmente pelo estreitamento do mercado causado pela piora progressiva das condições de vida dos moradores da região nas últimas décadas.

Estas observações se baseiam no censo hospitalar de 1973, que mostra a existência de 45 serviços no Centro, 84 na zona sul, 57 na zona Norte, 8 em Irajá, 18 em Jacarepaguá, 13 em Campo Grande, 2 em Santa Cruz e 7 nas ilhas. O fato mais importante que aparece, tanto neste censo quanto no de 1975, é que não vêm sendo criados hospitais públicos, sendo o crescimento da rede exclusivamente devido ao setor privado. Observamos quanto a este fato, um pequeno aumento do número de serviços no Centro, na zona norte, em Jacarepaguá e Campo Grande; um grande aumento na zona Sul; e aumento nulo em Irajá, Santa Cruz e Ilhas.

Também as características dos serviços vêm mudando. Enquanto os antigos hospitais públicos e beneficentes são grandes e com inúmeros serviços, as novas clínicas são pequenas e simplificadas.

Não conseguimos trabalhar com dados de rede não hospitalar, bem como com a distribuição, nesses vários períodos, dos consultórios, farmácias e laboratórios. Levantamos a hipótese, porém, de que deve existir uma complementação entre os serviços, fazendo com que as mudanças nas características dos serviços sejam resultado de rearticulações no setor. Assim, podemos pensar que os novos serviços de saúde, aparentemente simplificados, na verdade funcionam com base na utilização de laboratórios e serviços especializados que tem seu lucro aumentado ao pôr sua capacidade instalada a serviço de várias clínicas simultaneamente.

B I B L I O G R A F I A (referente Parte II)


1 - SANTOS, Francisco, L. - História Geral da Medicina no Brasil (vol.1), São Paulo, Edgard Blücher, 1978.

2 - BARROSO, S.M. - Os Serviços de Higiene e Saúde Pública na cidade do Rio de Janeiro. Rev. Méd. São Paulo, 12(23): 455-466, 15 de dezembro de 1909.

3 - BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DOH. - História e evolução dos hospitais. In: _____ - Coletânea dos trabalhos publicados pela DOH(2a. ed.), RJ, 1965.

4 - RODRIGUES, B.A. - Fundamentos de administração sanitária, RJ, USAID, 1967.

5 - BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - V Conferência Nacional de Saúde. Tema 1: Sistema Nacional de Saúde(pág.31). Brasília, 1975.

6 - BRASIL, MPAS. - Contribuição para a discussão do tema oficial "Sistema Nacional de Saúde" da V Conferência Nacional de Saúde(pág.30), Brasília, 1975.

7 - _____ - idem(pág.31)

8 - BRASIL, LEIS, DECRETOS, ETC. - Lei número 6229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

9 - BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO - II Plano Nacional de Desenvolvimento, Brasília, 1975.

10- FIGBE - Divisão do Brasil em micro-regiões homogêneas(Introdução), Rio de Janeiro, 1970.

11- _____ - Divisão do Brasil em Regiões Funcionais Urbanas(Introdução), Rio de Janeiro, 1972.

12- LINDGREN, CES, BARBOSA, EF & PETTERLE, RT. - Hierarquia de centros na cidade do Rio de Janeiro. Rev. Bras. Geog., Rio de Janeiro, 38(1): 61-123, jan./mar. 1976.

13- [illegible] - [illegible] humana. Barcelona, Gustavo Gili, 1975.

14 - LABASSE, J. - La organización del espacio(trad.), Madrid,Instituto de Estudios de Administración Local, 1973.

15 - CASTELLS, M. - Problemas de investigación en sociología urbana (trad.), México, Siglo Veintiuno, 19--.

16 - BITTENCOURT, ICM & GASPAR, ED. - Localização de serviços de saúde em áreas urbanas: considerações teóricas. Cadernos de Saúde Pública - ENSP, 1(1): 8-19, 1980.

17 - FERRARA, FA, ACEBAL, A PAGANINI, JM. - Medicina de la comunidad (Regionalización), 2a.ed., Buenos Aires, Intermédica, 1976.

18 - O.M.S. - Les services de santé en URSS, Genève, 1960(Cahiers de Santé Publique, nº 3).

19 - BRAVO, AL. - Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. Bol. Ofic. San. Panam.,73(3): 231-246, sep.,1974.

20 - NAVARRO. V. - Metodología sobre planificación regional de servicios de salud. Estudio de un caso: Suecia. Cuad Salud Publ., 6/7: 25-35, 1970.

21 - OPAS. - Sistemas de Salud. Publicación científica nº 234, Washington, 1972.

22 - ____ - Procesos de extensión de la cobertura de servicios de salud. Tema 18 del proyecto de programa: El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud frente a la necesidad de la extensión de cobertura. Discusiones técnicas, Washington. 1976.

23 - NAVARRO, V. - Planificación para la distribución de los servicios personales de salud. Cuad Salud Publ., 4/5: 17-30, 1971.

24 - ACHERNATHY, WJ & HERSHEY, JC. - A spatial-allocation model for regional health services planning. Oper. Res., 20: 629-642, 1972.

25 - CLARK, AP & WARREN, DM. - Location of health care facilities: an analytical approach. Socio-Econ. Plan. Sci., 7:407-422, 1973.

B I B L I O G R A F I A (parte III)

Este texto é resultado da condensação de inúmeras referências, além de contar com observações e análises pessoais. Frequentemente, um mesmo dado aparece em diversas fontes, e uma frase contém informações de várias fontes. Tudo isso dificulta enormemente a indicações de fontes bibliográficas ao longo do texto. De modo geral, pode-se dizer que a bibliografia se divide em dois grupos : as fontes referentes à história e processo de urbanização do Rio de Janeiro, e as referentes ao dados estatísticos sobre a população e a rede hospitalar da cidade(os Censos Demográficos e os Hospitalares).

Assim sendo,apresentamos a seguir toda a bibliografia utilizada, apesar de não estar indicada no texto.


1 - ABREU, C.DE. - Caminhos Antigos e Povoamento do Brasil(4a.ed.), RJ., Civ. Brasileira, 1975.

2 - _____ - Capítulos de História Colonial(6a.ed.), RJ., Civ. Brasileira, 1976.

3 - AZEVEDO, M. DE.-O Rio de Janeiro(3a.ed.), RJ. , Brasiliana,1969.

4 - BANDECCHI, B. - História do Brasil(3a. ed.), SP., Irradiante. 1971.

5 - BARRETO, C.X.P. - A cidade do Rio de Janeiro e as suas dúvidas. (6a.ed.), RJ., Aurora, 1976.

6 - BARROSO, S.M. - Os Serviços de Higiene e Saúde Pública na cidade do Rio de Janeiro. Rev. Méd. São Paulo, ano 12, 15 de dezembro, 1909.

7 - BRASIL - Recenseamento do Brasil. RJ, 1906

8 - _____ - Recenseamento do Brasil. RJ, 1920

9 - _____ - Recenseamento do Brasil. RJ. 1940

10- _____ - Recenseamento do Brasil. RJ. 1950

11- [illegible] Vazamento dos Hospitais. In: _____. - Coletânea dos Trabalhos Publicados

pela DOH(2a. ed.), RJ, 1965.

12 - CADASTRO HOSPITALAR DO BRASIL. RJ, 1973.

13 - CADASTRO HOSPITALAR DO BRASIL. RJ, 1975

14 - CALENDÁRIO SHELL. 1965

15 - DOURADO,M. - A cidade do Rio de Janeiro, sua fundação em 1567. RJ., São José. 1965.

16 - EDMUNDO, L. - O Rio de Janeiro no tempo dos Vice-Reis(4a.ed.), RJ., Conquista, 1956.

17 - FIBGE - Enciclopédia de Municípios do Brasil: Rio de Janeiro. RJ., 1959.

18 - _____ - Enciclopédia de Municípios do Brasil: Distrito Federal. RJ., 1959.

19 - _____ - Censo Demográfico Brasileiro. RJ, 1960.

20- _____ - Censo Demográfico Brasileiro. RJ., 1970

21- GERSON, B. - História das ruas do Rio(4a.ed.), RJ, Brasiliana, 1965.

22- GUIA REX, 1960.

23- JORNAL DO BRASIL - Eis o plano de Ocupação da Barra. Caderno B., pág.1, 18 de novembro de 1977.

24- LOBO, E.M.L. - História do Rio de Janeiro(do capital comercial ao capital industrial e financeiro) RJ., IBMEC, 1978.

25- MACEDO, J.M.DE - Um passeio pela cidade do Rio de Janeiro. RJ., Zélio Valverde, 1942.

26- MAIOR, A.S. - História do Brasil(2a.ed.), SP.CEN., 1965.

27- MAURÍCIO,A. - Algo do meu velho Rio. RJ, Brasiliana,1965.

28 - [illegible] - O Rio de Janeiro de "Bonde" (2a.ed.), RJ, São José, 1965.

29- [illegible] - [illegible] no Brasil. RJ., MS. 1958.

30 - [illegible] RJ., L. C. Jackson, 1959.

31- PRADO JR., C. - História Econômica do Brasil,...

32- PREFEITURA DO DF. - Atividades da Secretaria Geral de Saúde e Assistência em 1951-1952.

33- PREFEITURA DO RJ. - Plano Urbanístico Básico, 1978.

34- QUINTILIANO, A. - A Guerra dos Tamoios. RJ. REPER, 1965.

35- SARTHOU, C. - Passado e Presente da Baía de Guanabara. RJ, Freitas Bastos, 1964.

36- _____ - Relíquias da Cidade do Rio de Janeiro.(2a.ed.), RJ., Atheneu, 1965.

37- SCHNOOR, J. - A harmonia do desenvolvimento urbano em função da rede de transporte coletivo de massa. RJ., BNH, 1975.

38- SEIDLER, C. - Dez anos no Brasil(3a.ed.) SP., Martins, 1976.

39- SILVA, J.R. - Denominações indígenas na toponímia carioca RJ., Brasiliana, 1966.

40- TEIXEIRA, Francisco, A. - Roteiro Cartográfico da Baía de Guanabara - Cidade do Rio de Janeiro, séculos XVI e XVII. RJ., São José, 1975.