

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI

→ maio 1977

PLANO DE AÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
E PROMOÇÃO SOCIAL PARA 1977/80

2ª Edição

Reprodução, com correções, da
edição de 1977.

Maria Manuela P. C. A. Santos
MÉDICA
CRA-RJ 27.715 - CPF 171.800.070/00

JULHO 1978

Há um documento para a
SUS, a obra de Tomassini!

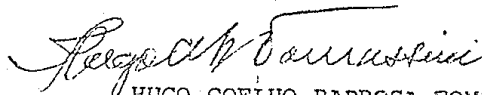
Considerando-se a saúde como uma realidade complexa, na qual intervem inúmeras variáveis, e, ecologicamente, como um processo permanente e dinâmico de relacionamento do homem com o meio ambiente que o circunda, a preocupação imediata desta Secretaria constituiu-se, portanto, em montar uma equipe de trabalho pluri-profissional que possibilita-se a elaboração de um plano de ação que contribuísse para a melhoria da qualidade de vida da população de Niterói, conforme meta de governo do Prefeito Moreira Franco.

Dentro dessa perspectiva, a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência, designou um Grupo de Trabalho constituído por elementos da própria Secretaria e outros convidados, para a elaboração de uma proposta preliminar de um PLANO DE AÇÃO PARA O PERÍODO 77/80.

Dizemos proposta preliminar, porque, ao submetermos este documento a discussão, não só no âmbito interno mas, também, de todos os outros setores interessados, estamos implicitamente aceitando sugestões e opiniões, favoráveis ou não, no sentido de sua melhoria ou de sua modificação.

Acreditamos que só num processo democrático de participação os programas de saúde pública poderão ter sucesso, como está expresso no DECRETO LEI Nº 79.056 DE 30/12/76 (dispõe sobre a Organização do Ministério da Saúde) no seu artigo 1º, parágrafo único: "Entende-se por atividades e medidas de interesse coletivo aquelas que, utilizando técnicas operativas de Saúde Pública, procuram a elevação dos níveis de saúde da população, com a utilização de equipes multi-profissionais e de formação interdisciplinar e com a participação da comunidade".

Niterói, maio de 1977.



HUGO COELHO BARBOSA TOMASSINI

Secretário Municipal de Saúde e Assistência

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

ANTONIO ALEXANDRE NETO	Almoxarife
BRAULIO DE LIMA CAPUTO	Motorista
CARMEM LÚCIA DA COSTA ALMEIDA	Datilógrafa
CLÁUDIO ALENCAR DO REGO BARROS	Médico
CARLOS ALBERTO DA SILVA BASTOS	Coletor de Dados
EDMÉIA DE AQUINO LOMBA	Assistente Social
IRENE STARECKI GALLINDO	Enfermeira
IRENE ABREU DE AZEVEDO	Enfermeira
JORGE BERNARDINO DE AZEREDO	Datilógrafo
JOSE CARLOS DE CAMPOS MONTEIRO	Médico
MARIA DO ESPÍRITO SANTO TAVARES DOS SANTOS	Médica
MARIO ROBERTO DAL POZ	Médico
NELCY FERREIRA THOME FERNANDES	Nutricionista
NEUZA MARIA NOGUEIRA MOYSES	Socióloga
RUY TAMOYO VANDAS RODRIGUES	Dentista
SUELI GRECORES	Datilógrafa
WALDIRA CACIANA ALVES	Datilógrafa

S U M Á R I O

PÁGINA

I - INTRODUÇÃO	4
1 - Justificativa	
2 - Metodologia	
II - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	7
1 - Aspecto Sócio-Econômico	
1.1 Características Físico-Demográficas	
1.2 Histórico do Município	
1.3 Posição Geográfica	
1.4 Economia	
1.5 Indicadores Sócio-Econômicos	
1.6 Quadro Fisiográfico	
1.7 Processo de Ocupação Urbana	
1.8 Infra-Estrutura Urbana	
2 - Situação de Saúde	
2.1 Indicadores de Mortalidade	
2.2 Indicadores de Morbidade	
2.3 Serviço de Saúde	
2.4 Serviço de Assistência Social	
3 - Síntese	
III - MODELO DE INTERVENÇÃO	59
1 - Caracteres Gerais	
2 - Definição dos Níveis	
3 - Recursos Humanos	
4 - Modelo de Supervisão	
5 - Reestruturação Administrativa	
IV - PLANO DE AÇÃO PARA O PERÍODO DE 77/80	65
1 - Objetivos Gerais e Específicos	
2 - Prioridades	
3 - Programação Geral	
INDICES	87
ANEXOS	89

I - INTRODUÇÃO

1 - JUSTIFICATIVA

A perda da condição de capital de Estado, sofrida pelo nosso município, resultante do processo de fusão dos antigos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, repercutiu de forma aguda nas condições institucionais de atendimento médico à população. Por outro lado, ao nível da população, as contradições vividas pelo processo de desenvolvimento em curso no país, manifestam-se em um complexo sindrômico que nos alerta em relação às altas taxas de morbi-mortalidade. Niterói, diante deste quadro geral, exige uma estratégia de ação, no campo da saúde, capaz de render frutos a curto prazo, aliviando de forma rápida a pressão de demanda insatisfeita em relação aos serviços de saúde e corrigindo as distorções mais flagrantes do quadro institucional atual.

Salta aos olhos, mesmo ao observador mais desatento, que a multiplicidade de órgãos desempenhando funções idênticas, de forma paralela e a desconexão existente entre os vários setores encarregados da prestação de serviços de saúde, determinam lamentável dispersão de esforços e perdas na relação custo-benefício, ao mesmo tempo que privilegiam uma determinada área (centro) e geram acentuada desproporção entre as atividades ambulatoriais e hospitalares. Em última análise, da forma pela qual se configura o quadro atual, encontra-se ameaçada, dadas as falhas de atendimento, a saúde da população. Se tomarmos como base para avaliação desta a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde, onde considera-se saúde não apenas a ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar, físico, mental e social, não apenas constataremos sua precariedade atual, mas também delimitaremos a magnitude da tarefa a que nos propomos e os desafios que encerra.

No desenrolar dos trabalhos preliminares à elaboração deste Plano, identificou-se, no grande contingente populacional situado nos extratos de renda mais baixos, alto índice de morbi-mortalidade, basicamente por doenças erradicáveis e redutíveis. As más condições de saneamento, o baixo padrão nutricional e a incompatibilidade entre o tipo de recurso preferencialmente alocado na Região - de caráter hospitalar - e os problemas de saúde mais frequentes, dão um quadro do diagnóstico do estado de saúde da população de Niterói e indica um esboço do desempenho do atual sistema de atendimento no Município.

O princípio básico adotado é o de iniciar os cuidados primários à saúde da população nas regiões que se revelaram mais carentes e/ou de maior incidência mórbida.

O primeiro passo proposto é o de racionalizar a utilização dos serviços de saúde atualmente existentes, bem como dos recursos humanos disponíveis. Considerando as propostas e objetivos explicitados na Lei 6.229 que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, e atendendo ao disposto no Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência, em especial ao seu artigo 1º: "Dentre suas finalidades está a de junto com outras instituições contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade", formulou-se um Plano de Ação da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência para o período 1977/80.

2 - METODOLOGIA

No sentido de ampliar a perspectiva de trabalho para além da visão puramente médica, foi criado o Grupo de Assessoria Técnico-Científica, de caráter multi-disciplinar, com as atribuições de analisar as atividades desenvolvidas por esta Secretaria, planejar suas ações futuras, e, para torná-la coerente com o Plano proposto, reformulá-la administrativamente (D.O. de 10/04/77), e avaliar seu desempenho.

Na etapa inicial do diagnóstico da situação de saúde do Município defrontou-se com a precariedade dos dados disponíveis e as deficiências do sistema de informação na área de saúde. Entretanto, o material empírico acumulado permitiu identificar, no que se refere, tanto ao estado de saúde da população, como aos serviços de saúde, os principais problemas de Niterói. Tanto em um como em outro caso, fazia-se necessário para maior riqueza de dados, um contato direto e íntimo, maior conhecimento das condições de vida da população e das instituições que a ela prestam serviços.

Após este levantamento elaborou-se um modelo de intervenção que permitisse atingir os objetivos do Plano. Neste modelo, privilegiava-se o aumento da cobertura da população, mediante um sistema regionalizado e hierarquizado de serviços de saúde, cabendo ao Município a implantação de uma rede de Unidades Municipais de Saúde, base da estrutura do sistema, com as atribuições da atenção primária; os níveis superiores do sistema sendo ocupados por entidades de complexidade crescente: centros de saúde e hospitais.

II - CARACTERIZAÇÃO
DO MUNICÍPIO

1. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS

1.1 - CARACTERÍSTICAS FÍSICO-DEMOGRÁFICAS

A Região Metropolitana do Grande Rio ocupa a primeira posição dentre as demais regiões metropolitanas do Brasil, em volume de população e grau de urbanização; junto com São Paulo detêm 65,4% da população total das regiões metropolitanas, com um crescimento urbano de 4,15% ao ano.

O censo de 1970 registra uma população metropolitana de 7.080.661 habitantes dos quais 6.838.363 na zona urbana e 242.298 na zona rural.

Os 13 municípios que compõem o Grande Rio apresentam estágios bastante diversos de desenvolvimento, o que não permite pensar a região como um todo homogêneo.

Dentre os municípios da Região Metropolitana, destaca-se o Município de Niterói, como antiga capital do Estado do Rio de Janeiro, posição esta perdida com o advento da fusão administrativa e política dos antigos Estados da Guanabara e Rio de Janeiro.

Niterói, em 1970, era o quarto município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro no que se refere à concentração demográfica, com uma densidade de 2.495,13 hab./Km². (tabela 2)

Tem um elevado índice de urbanização. Sua população urbana de 1970 ultrapassa o índice de 89%, sendo superada por São João de Meriti, Nilópolis, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e Duque de Caxias. (tabela 1)

Sua força de população economicamente ativa é de aproximadamente 36%, estando superior ao índice global da Região que é de aproximadamente 33%. (tabela 2)

Sua estrutura ocupacional, é a seguinte:

Setor Primário-----	1,5%
Setor Secundário-----	17,4%
Setor Terciário-----	68,7%

T A B E L A 1

COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO DA REGIÃO

METROPOLITANA DO GRANDE RIO, 1970

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO TOTAL	POPULAÇÃO URBANA %
RIO DE JANEIRO	4.251.918	100,0
NOVA IGUAÇU	727.140	99,6
DUQUE DE CAXIAS	431.397	93,8
SÃO GONÇALO	430.270	100,0
NITERÓI	324.367	89,5
SÃO JOÃO DE MERITI	302.394	100,0
PETRÓPOLIS	189.140	81,7
NILÓPOLIS	128.011	100,0
MAGE	113.023	74,2
ITABORAÍ	65.912	21,3
ITAGUAÍ	55.912	31,3
PARACAMBI	25.365	87,3
MARICÁ	23.644	27,5
MANGARATIBA	12.338	49,6

fonte: Centro de Pesquisas Urbanas do IBAM - 1973

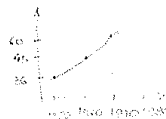
TABELA 2

POSIÇÃO DE NITERÓI EM RELAÇÃO AOS DEMAIS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA EM 1970

CARACTERIZAÇÃO	NITERÓI	REGIÃO METROPOLITANA	POSIÇÃO DE NITE RÓI EM RELAÇÃO MUNIC. DA R.M.
ASPECTOS FÍSICOS E DEMO GRÁFICOS			
- Superfície	130 km2	6.464 km2	109
- População residente	324.367	7.082.404	59
- População urbana	292.255	6.839.933	59
- População rural	32.112	242.471	49
- Densidade demográ fica	2.495.13hab/km2	1.095,66hab/km2	49
INDICADORES ECONÔMICOS			
- População Econom. Ativa	115.259	2.361.606	59
- Pop. Econ.Ativa/ Pop. Total	35,53	33,34	29
- Primário (%)	1,5	2,5	109
- Secundário (%)	17,4	26,5	79
- Terciário (%)	81,1	71,0	39
- Nº estabelecimen to varejistas	2.260	44.033	49
- Nº estabelecimen tos atacadistas	173	3.514	29
- Salário médio/pes soa ocupada	CR\$3.650,00	CR\$4.480,00	29
- Nº estabelecimen tos de prest. de serviços	1.750	34.590	39
- Salário médio/pes soa ocupada	CR\$2.180,00	CR\$3.730,00	29
- Nº estabelecimen tos industriais	411	11.162	69
- Salário médio/pes soa ocupada	CR\$6.140,00	CR\$5.430,00	29
- Emprego industrial			
- Ramos Dinâmicos	6.862	141.002	39
- Ramos não Dinâmi cos	4.280	152.316	59
- Valor da transfor. industrial	CR\$169.291.000,00	CR\$4.103.543.000,00	39
- Participação % do valor da produção industrial da RM	3,8	100	39
INDICADORES DE NÍVEL DE VIDA			
- Rádios existentes	58.148	437.400	49
- TV existentes	51.011	249.755	29
- Geladeiras existentes	50.358	270.593	39
- Automóveis existentes	15.089	392.002	29
- % de alfabetizados	89,2	87,1	19
- Hab./veículo	16	15	39
- % de domicílios liga dos à rede de água	71,66	65,40	29
- % de domicílios liga dos à rede de esgotos	37,9	30,9	39
fonte: Anuário Estatístico do IBGE, 1970			
NOTA:- População residen te - 1975	389.954	8.174.471	59
- Densidade demográ fica - 1975	2.999.64hab/km2	1.261,32hab/km2	49

A partir de 1950 até o presente houve um crescimento progressivo do setor terciário:

36% -----1950
 45% -----1960
 60% -----1970



A população do Município, de 1977-1980, segundo estimativa do F.I.B.G.E. e S.E.S. estaria distribuída por faixa etária conforme tabela 3.

T A B E L A 3

POPULAÇÃO ESTIMADA POR GRUPOS
 ETÁRIOS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI - 77/80

GRUPO ETÁRIO	1 9 7 7	1 9 7 8	1 9 7 9	1 9 8 0
total	397900	409400	421300	433400
- de 1	7650	7870	8100	8330
1 - 4	31600	32510	33460	34420
5 - 9	43600	44870	46170	47490
10 - 14	42430	43660	44920	46210
15 - 19	44230	45510	46840	48180
20 - 24	39130	40260	41430	42620
25 - 29	30870	31760	32680	33620
30 - 34	28120	28930	29770	30630
35 - 39	26700	27470	28260	29080
40 - 49	43940	45210	46530	47870
50 - 59	29900	30760	31660	32570
60 e mais	29730	30590	31480	32380

fonte: I B G E - S E S

NOTA: Para o grupo etário 15 - 49 a estimativa é:

	1 9 7 7	1 9 7 8	1 9 7 9	1 9 8 0
Mas.	98430	101570	104220	107220
Fem.	114560	117870	121290	124780

1.2. HISTÓRICO DO MUNICÍPIO

Fundada no século XVI, a primitiva Aldeia de Índios de São Lourenço, foi o ponto inicial do grande centro urbano, que veio posteriormente a se constituir na capital do Estado.

Não foi, entretanto, esta aldeia indígena que exerceu o papel de centro gerador da futura cidade. Este pequeno núcleo foi reduzido com o passar do tempo e suas terras foram, progressivamente, sendo apropriadas pelos colonizadores brancos e mestiços que aqui estabeleceram-se, fundando chácaras, "fabricando engenhos" e pedindo sesmarias. Estes colonizadores é que nas regiões de Praia Grande, São Domingos, Icaraí e Maruí, iniciaram a colonização de Niterói.

A cidade se desenvolveu a partir do pequeno núcleo de São Domingos, estendendo-se posteriormente por Praia Grande e Icaraí, o mesmo acontecendo em relação a São Francisco e Santa Rosa.

No período de transmigração da família real e da corte portuguesa para o Brasil e no da independência, a cidade se encontrava a gregada em torno da Praça de São Domingos.

Nesta época os principais acontecimentos históricos foram: "as visitas de D. João VI e do Imperador, a fundação da Vila Real, as primeiras edificações indicativas da organização do poder político".

Daí em diante a cidade evoluiu rotineiramente, tendo como episódios mais destacados a concentração de tropas de Avilez e as visitas de D. Pedro II. Com o advento da República, culmina sua importância histórica com os acontecimentos consequentes da revolta da Armada, chefiada pelo Almirante Saldanha da Gama, tendo sido Niterói o centro de toda a reação legalista contra os rebeldes.

Como zona marginal da antiga Capital da Nação, a cidade de Niterói não pode ter uma verdadeira história, nem "revelar sua reatividade própria e particular, um espírito local desenvolvido"; justamente devido a esta fatalidade geográfica e topográfica.

"Há em toda a sua história, uma condição de vida reflexa, própria dos arrabaldes, dos bairros, dos subúrbios".

(1) Os dados dos itens 1.2 e 1.3 foram obtidos dos livros:

Maia Forte, J.M. - "Notas para a História de Niterói" e o Município de Niterói".

- 2a. Edição INDC - PMN, 1973 e 1941, respectivamente.

1.3 - POSIÇÃO GEOGRÁFICA

Altitude: 2,5m
 Latitude: 22º 53' 37'' latitude sul
 Longitude: 43º 07' 15 '' longitude W.Gr.
 Área: 130 Km²

Pontos extremos do município: ao Norte o prolongamento da Rua Padre Marcelino, divisa com São Gonçalo;
 ao Sul o prolongamento do eixo do caminho do Aperta o Cinto, divisa com São Gonçalo;
 a Este a ponte sobre o rio Muriquĩ, no lugar denominado Paciência, pouco antes do entroncamento do caminho de Muriquĩ com a Estrada de Maricã;
 a Oeste a ponta do Gragoatã.

Confrontação p/Municípios e distritos:

ao Norte e Este com São Gonçalo;
 no Sul com o Oceano Atlântico;
 a Oeste com a Baía de Guanabara que o separa do Rio de Janeiro.

Distância do Rio de Janeiro: 16 Km.

1.4 - ECONOMIA

Niterói concentra sua atividade econômica, basicamente, no comércio varejista e nos demais setores de prestação de serviços (setor terciário), coloca-se em 4º lugar na Região Metropolitana no que se refere ao comércio varejista e no 2º lugar ao atacadista. (tabela 2)

No que tange ao setor industrial, Niterói com 411 estabelecimentos, representa, 3,7% do total da Região Metropolitana.

A participação de Niterói na formação da renda estadual é muito reduzida - pouco mais de 3%. Em 1960, a população contava com uma renda média muito superior a estadual. Em 1970, a renda já se apresentava aproximadamente similar à média do Estado, sendo que verificou-se, neste período, 60-70, o contingente ocupado na indústria reduziu-se em 10%, enquanto o restante do Estado cresceu. O setor terciário é o mais importante na formação da renda do município, responsável por um total de 81% da população economicamente ativa, sendo o seu ritmo de crescimento, com relação à renda, mais intensivo que o do Estado.

As dificuldades no setor industrial, podem ser relacionadas às limitações que o espaço físico do Município apresenta, reduzindo as possibilidades de implantação industrial a uma pequena faixa plana, vizinha às instalações portuárias e, em decorrência, especializam-se em atividades ligadas ao mar.

A produção industrial do Município encontra-se nos setores de material de transportes e produtos alimentares. O primeiro é responsável por 44,4% do valor da produção e o segundo por 20%.

A construção naval ocupa uma posição excepcional no setor. Com relação a produtos alimentares, destacam-se as conservas de pescado com sete fábricas operando.

1.5 - INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICO E CULTURAIS

Com relação a maioria dos indicadores, Niterói reúne as melhores condições da Região Metropolitana equiparando-se ao Rio de Janeiro (tabela 4).

T A B E L A 4

INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS DO
MUNICÍPIO DE NITERÓI, 1970

INDICADOR	INDICE
Analfabetismo (população de 10 anos e mais) - percentagem	10,8
Moradores/automóveis	20,7
Moradores/Ap. de rádio	5,4
Moradores/Televisor	6,5
Moradores/Geladeira	6,2

1.6 - QUADRO FISIOGRÁFICO

A Região se compõe de:

- a) Pequenas planícies e colinas voltadas para a Baía de Guanabara.
Região de maior densidade populacional, onde se concentra, praticamente toda a zona urbanizada do município.
- b) Zona de lagoas, restingas, praias e planícies voltadas para o oceano.

Região com baixa densidade demográfica, cujo processo de ocupação é recente, e que dado ao esgotamento das áreas construíveis nas zonas mais urbanizadas de Niterói, vem sofrendo uma expansão desordenada em função de uma nova clientela que gradativamente vem adquirindo terrenos e construindo moradias não só para fins de semanas, como para residências permanentes (moradores em sua maioria com alta renda mensal); no presente configura-se uma grande distorção no que diz respeito ao padrão de vida da população local, verificando-se de um lado os antigos habitantes cujo padrão é baixo (pequenos agricultores, operários e pescadores) de outro, os novos de padrão alto, cujas atividades econômicas estão, em sua maioria, vinculadas à cidade do Rio de Janeiro ou a zona centro do município de Niterói. A infra-estrutura da Região é muito precária.

- c) Zona dos valés dos Rios Sapê e Pendotiba

Região com baixa densidade demográfica, ocupa a parte central do Município, com relevo de colinas de ondulados de altitudes entre 100 e 200 metros, seu processo de ocupação se deu pelas encostas. O sistema viário determina o acesso aos terrenos, que se apresentam inicialmente como pequenas chácaras e progressivamente são parcelados em lotes urbanos de menor tamanho. A rica vegetação, o relevo movimentado, um clima local ameno, estimulam um tipo de ocupação residencial caracterizado por habitações unifamiliares, desenvolvendo-se li nearmente ao longo das vias de penetração e, frequentemente, galgando as encostas dos morros.

1.7 - PROCESSO DE OCUPAÇÃO URBANA

A taxa de crescimento populacional se apresenta de maneira desuniformizada nas áreas urbanizadas de Niterói. Registra-se um crescimento em Icaraí (zona sul), no período 1970/76, de 47%, enquanto em outros bairros a população declina ou estaciona.

A população que se desloca no sentido de Icaraí e bairros próximos, em sua maioria é levada em função da melhoria do nível de renda da família; enquanto a população de baixa renda tende a se deslocar no sentido de Niterói para municípios vizinhos - cujas moradias apresentam uma taxa de valorização mais baixa - ou incrementar, consideravelmente, as áreas de favelas.

A taxa global de crescimento do Município é semelhante a do município pólo da Região Metropolitana. Niterói se coloca nas mesmas condições do Rio de Janeiro e diferencia-se claramente dos demais municípios, onde o processo de urbanização é acelerado pela chegada de imigrantes provenientes de outras regiões.

A forma de ocupação do município foi e é condicionada pela topografia, uma barreira montanhosa que se inicia nos pontos rochosos da entrada da baía de Guanabara e se desenvolve penetrando pelo interior do Município, seguindo um rumo paralelo à linha costeira, constitui um obstáculo de difícil transposição, seccionando as áreas urbanizáveis, dificultando o interrelacionamento funcional dos núcleos populacionais, relativamente próximo, devido a problemas de acessibilidade. A área urbana apresenta zonas de ocupação compacta e densidade elevada que contrastam com outras de baixa densidade e ocupação descontínua. (ver mapa do município - Anexo 1.).

1.8 - INFRA-ESTRUTURA URBANA E SERVIÇOS PÚBLICOS

PAVIMENTAÇÃO

Excluídas as vias centrais e os eixos principais, geralmente pavimentados, o restante do sistema viário urbano é, em aproximadamente 90%, revestido em saibro ou mantido em estado natural, com raspagem e regularização do leito. (tabela 5)

T A D E L A S

ESTRADAS DO MUNICIPIO DE ITIPEVA, 1974

Nº	NOME DAS ESTRADAS	LIGAÇÃO	LOCAL DE INÍCIO	LOCAL DE TÉRMINO	SINALIZAÇÃO										LOCALIDADES INTERMEDIÁRIAS	Nº		
					R.P.	R.C.	R.T.	R.A.	R.M.	R.T.	R.S.	Placa de Direção	Placa de Nome	Placa de Distância				
01	Est. Serra Grande	NR-92	1, Est. Estádio Tiracó	NR-64	Gruta Farda	X	-	-	X	X	-	X	-	-	-	-	-	NR-50
02	Est. Celso Peçanha	NR-01	16,7	Vilaourum-Ruínas Vila	Prata do Itaipu NR-73	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
03	Est. Dyonisio do Mato	NR-02	6,9	Est. Celso Peçanha NR-01	NR-5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
04	Est. Rio do Ouro	NR-06	5,6	Est. Castro Guimarães NR-02	Barro Preto NR-5	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
05	Est. Rio do Ouro Pequeno	NR-16	1,4	NR-06	Rio do Ouro	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
06	Est. Arinos de Matos	NR-02	3,6	Piedade-Est. Marizal NR-10	Barro do Jacaré	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
07	Est. Sumaré	NR-44	1,2	Est. da Cadeira NR-47	Piedade NR-05	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
08	Est. do Sapé	NR-03	4,2	Largo da Batalha NR-07	NR-101	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
09	Est. de Piratininga	NR-04	5,7	Est. Celso Peçanha NR-07	Prata da Barra	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
10	Est. do Itaipu	NR-07	3,4	Largo da Batalha NR-03	Est. Celso Peçanha NR-03	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
11	Est. Jean Pinheiro	NR-12	1,5	Est. Castro Guimarães NR-49	Est. do Itaipu NR-07	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
12	Est. José Mendes	NR-15	1,3	Rod. Anacleto Pinheiro NR-101	João Pinheiro	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
13	Est. Lucretina Alves/Itaipu	NR-09	0,4	Est. Lucretina Alves NR-38	Est. Jean Pinheiro NR-16	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NR-516
14	Est. Castro Monteiro	NR-45	1,7	Est. Celso Peçanha NR-01	Largo da Batalha NR-01	X	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
15	Est. Várzea das Neves	NR-48	2,7	Est. Dyonisio do Mato NR-02	Rod. Anacleto Pinheiro NR-101	X	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
16	Est. Castro Guimarães	NR-49	5,4	Largo da Batalha NR-07	Rod. Anacleto Pinheiro NR-101	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
17	Lig. C. Peçanha/Piratininga	NR-04	1,1	Est. Celso Peçanha NR-01	Est. de Piratininga NR-04	X	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
18	-	NR-06	0,8	Est. Celso Peçanha NR-01	Condado do Itaipu NR-01	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
19	Est. do Colina	NR-20	0,5	Est. Castro Guimarães NR-49	Est. Indaiva NR-20	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
20	Est. João Geronzi/Itaipu	NR-21	0,8	Est. Mata Grossa NR-19	Sem denominação	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
21	Est. Marizal Pequeno	NR-20	2,4	Est. do Marizal NR-10	Est. Rio do Ouro NR-06	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
22	Est. do Mato Grosso	NR-19	1,1	Est. do Sapé NR-03	NR-21	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
23	Est. do Jacaré	NR-16	7,4	Est. Celso Peçanha NR-01	Barro do Jacaré	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
24	Est. Jerônimo Afonso	NR-17	2,4	Est. Nilo Peçanha NR-23	São José Otaviano	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
25	Est. Jean Pinheiro	NR-16	3,0	Barro do Jacaré	Rod. Anacleto Pinheiro NR-101	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
26	Est. Jean Pinheiro	NR-16	0,5	Est. Castro Guimarães NR-49	Est. Celso Peçanha NR-01	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
27	Est. Lucretina Alves/Itaipu	NR-09	2,1	Est. da Favelinha NR-11	Rod. Est. Castro Guimarães NR-49	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
28	Est. do Marizal	NR-10	3,7	Est. Castro Guimarães	Est. Rio do Ouro/Piedade	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
29	Est. França	NR-03	3,1	Est. Cast. Dyon. M. Paula	Est. do Sapé NR-03	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
30	Est. Independência	NR-05	1,9	Est. C. Peçanha/Condado	Est. do Marizal NR-10	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
31	Est. Alarcão de Sousa	NR-05	4,8	Largo da Batalha NR-01	Amã Grossa	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
32	Est. Marizal	NR-22	3,9	Est. Celso Peçanha NR-01	Est. Dyonisio do Mato NR-02	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
33	Est. Nilo Peçanha	NR-23	3,7	Est. do Sapé NR-03	Carneiro NR-101	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
34	Est. da Várzea	NR-24	4,4	Ruínas NR-44	São Francisco	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
35	Est. da Tapera	NR-25	1,4	Est. do Sapé NR-03	Est. Alarcão de Sousa NR-05	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
36	Est. do Chibante	NR-26	2,7	Est. do Marizal NR-10	Rodo do Chibante	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
37	Est. Itaipu	NR-07	1,9	Est. Alarcão de Sousa NR-05	Barro do Ouro NR-03	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
38	Est. 20 de outubro	NR-29	0,6	Est. Alarcão de Sousa NR-05	Est. Alarcão de Sousa NR-05	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
39	Est. Indaiva	NR-20	1,6	Est. Castro Guimarães NR-49	Sem denominação	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
40	Est. Capim Verde	NR-31	1,8	Est. Itaipu NR-07	Murtins Torres	X	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
41	Est. Café	NR-32	1,8	Est. Celso Peçanha NR-01	Café	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
42	Est. Bento Freitas	NR-33	1,9	NR-41	Rod. Anacleto Pinheiro NR-101	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
43	Est. Itaipu	NR-34	2,3	Est. Celso Peçanha NR-01	Mata Grossa	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
44	Est. Barro do Jacaré	NR-16	1,5	Barro do Jacaré NR-16	Rod. Anacleto Pinheiro NR-101	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
45	Est. Indaiva	NR-20	4,8	Est. Dyonisio do Mato NR-02	Est. Dyonisio do Mato NR-02	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
46	Est. Papa Lopo	NR-37	1,9	Est. Alarcão de Sousa NR-05	Capim Verde	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
47	Est. Lucretina Alves	NR-09	0,7	Est. Castro Guimarães NR-49	Sem denominação	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
48	Est. Rio das Neves	NR-39	0,8	Rod. Anacleto Pinheiro NR-101	Sem denominação	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
49	Est. Teófilo de Freitas	NR-41	2,8	Est. Bento Freitas NR-33	Teófilo de Freitas	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
50	Est. Jeanor de Oliveira	NR-42	0,7	Est. do Sapé NR-03	Est. do Sapé NR-03	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
51	Est. Vitorino Jacaré	NR-43	3,2	Est. Jerônimo Afonso NR-17	Est. Nilo Peçanha NR-23	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
52	Est. do Morro	NR-44	0,9	NR-16	Est. do Itaipu NR-07	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
53	Est. da Cadeira	NR-47	2,0	São Francisco NR-46	Largo da Batalha NR-03	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
54	Est. Várzea do Nogueira (Itaipu)	NR-50	0,9	Est. Dyonisio do Mato NR-02	Indaiva NR-20	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
55	Lig. Piratininga/Indaiva	NR-04	2,6	Piratininga	Indaiva NR-20	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
56	Est. Pedro Branco	NR-50	0,6	Est. da Cadeira NR-47	Est. Castro Monteiro NR-15	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
57	Est. Carlos Geronzi	NR-08	0,5	Est. do Marizal NR-10	Gruta Farda	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
58	Est. Cadeira (transv.)	NR-05	0,7	Est. da Cadeira NR-47	Sem denominação	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
59	Est. Santa Inês	NR-04	0,3	Est. Castro Guimarães NR-49	Pedra Farda	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
60	Est. Alarcão de Sousa	NR-05	1,2	Rod. Est. Castro Guimarães	Est. Carneiro NR-101	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
61	Est. Santo Inácio	NR-70	1,3	Est. do Morro NR-44	Est. da Cadeira NR-47	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
62	Est. São Luís	NR-76	0,5	Est. Castro Monteiro NR-15	Est. da Cadeira NR-47	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
63	Est. do Condado	NR-74	1,3	Est. Castro Guimarães NR-49	Est. Independência NR-05	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
64	Est. Cordeiro Grande	NR-70	2,0	Costa do Pôrto NR-04	Itaipu NR-07	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
65	Est. da Cadeira	NR-48	2,0	Est. de Piratininga NR-04	Costa do Pôrto NR-04	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
66	Est. Estádio Tiracó	NR-64	2,3	Est. do Marizal NR-10	Condado	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
67	Est. Nélio	NR-62	0,2	Várzea das Neves	Est. Jean Valentim Nogueira NR-16	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
68	Est. Santa Inês	NR-66	0,6	Est. Celso Peçanha NR-01	Est. do Itaipu NR-07	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
69	Lig. Dyonisio do Mato/Barro Preto	NR-72	0,6	Est. Dyonisio do Mato NR-02	Est. Barro Preto NR-5	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
70	Lig. Dyonisio do Mato/Barro Preto	NR-50	1,0	Est. Dyonisio do Mato NR-02	Est. Barro Preto NR-5	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516
71	Lig. Marizal/Dyonisio do Mato	NR-05	1,0	Est. Marizal NR-2	Est. Dyonisio do Mato NR-02	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	NR-516

1974 - Município de Itaipu - 1974
 (*) apenas no trecho

LIXO

A produção média de lixo habitante/dia é superior em grande escala ao que é coletado. Informações estatísticas indicam um recolhimento de 3.000 t./mês apenas a quarta parte do lixo produzido. O lixo recolhido é encaminhado ao vazadouro público localizado no bairro Viçoso Jardim o que polui consideravelmente a área.

REDE TELEFÔNICA

Ainda não se apresenta satisfatória do ponto de vista da distribuição espacial. Os bairros de Icaraí, Santa Rosa, Centro e Fonseca estão sendo servidos, no que tange às redes particular e comercial, regularmente. Sendo os demais bairros e a zona rural ainda bastante precários em relação a este serviço. No que se refere a telefones públicos (TP's), os mesmos se concentram nestes mesmos bairros com maior quantitativo instalado na área central (zona centro) de Niterói. De um total de 169 TP's, instalados em Niterói até 31.03.77, 117 estavam localizados no centro da cidade e os 52 restantes em Icaraí, Santa Rosa, São Francisco e Fonseca. (tabela 6).

T A B E L A 6

TELERJ - TELEFONES INSTALADOS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, 1977

PREFIXO ESTAÇÃO	PREFIXO						TOTAL
	709	710	711	718	719	722	
Central				5078	2258	8029	15361
Icaraí		775	9762				10537
Itaipú	189						189
TP's			52			117	169
Total Geral							26256

fonte: Relatório de expansão da TELERJ de 31.03.77

Nota: As estações de Icaraí (prefixos: 710 e 711) atendem aos bairros de: Icaraí, Santa Rosa, São Francisco, parte do Cubango e Pendotiba.

As estações do Centro (prefixos: 718, 719 e 722) atendem aos bairros de: Centro, São Domingos, Ingã, pequena parte de Icaraí, Fonseca, Barreto e parte do Cubango.

A estação de Itaipú (prefixo: 709) atende aos bairros de: Itaipú; Piratininga e Itacoatiara.

CEMITÉRIOS

Niterói possui 6 cemitérios, sendo 3 municipais e 3 particulares, atendendo uma média mensal de 78 sepultamentos. Chama a atenção a disparidade existente entre o total de falecimentos (mais de 4.500 em 1976) e de sepultamentos (menos de 3.000 no mesmo ano).

DRENAGEM DE ÁGUAS PLUVIAIS

A precariedade da rede coletora de águas pluviais agrava-se pelas condições topográficas do Município, sobre os quais a urbanização não controlada impôs modificações nos cursos naturais de drenagem, obstruindo-os ou deixando canais de capacidade insuficiente. No centro da cidade o problema se agrava pela falta de declividade, pequena capacidade do equipamento existente e baixa capacidade de utilização das galerias como meio de escoar o esgoto sanitário.

REDE VIÁRIA E TRANSPORTE

A rede viária está hierarquizada em categorias de vias arteriais, subarteriais e locais, sendo as primeiras destinadas ao tráfego rápido e de maior fluxo. O aumento do fluxo de veículos não foi correspondido no que respeita a uma adequação das vias arteriais. Isto resulta em estrangulamentos observados em certos locais nas horas de "rush".

Pela comparação da capacidade técnica das vias com fluxo em U.C.P., constatado nas contagens de tráfego, verificou-se a existência de congestionamento durante o "rush" matutino nas ruas Feliciano Sodré, Alameda São Boaventura, Marques de Paraná, Praia das Flexas, Dr. Paulo Alves, Dr. Paulo Cesar, Noronha Torreção e Fagundes Varela.

Pesquisas realizadas em 1975, pela Companhia do Metropolitano do Rio de Janeiro - METRÔ, indicam que do total de passageiros que utilizam o sistema de transportes hidroviários Rio-Niterói, Niterói contribui com 65,8%.

A nível de bairro Icaraí lidera o número de passageiros do sistema com um total de 16% dos passageiros que utilizam as lanchas, no caso dos aerobarcos Icaraí reforça sua posição com 26% dos passageiros.

Quando o destino é Niterói, constata-se que o motivo dominante da viagem é o de "casa", 74,3%; no sentido inverso, tendo o Rio de Janeiro como destino, o motivo predominante é "trabalho", 70%, totalizando 40.000 pessoas que, diariamente, se deslocam, para exercer suas atividades profissionais.

Sendo estimado em 35.000 o número de pessoas que desempenham suas atividades profissionais em Niterói, comparando-se este dado com o número de pessoas que cruzam a Baía de Guanabara com destino ao Rio de Janeiro para exercerem suas atividades profissionais, concluiu-se que mais da metade dos habitantes de Niterói que trabalham, exercem suas atividades no Rio de Janeiro; o que caracteriza a condição de Niterói como "cidade dormitório".

Aproximadamente 65% do pessoal residente em Niterói que chega ao terminal hidroviário com destino ao Rio de Janeiro, utiliza como meio de transporte o ônibus.

EDUCAÇÃO

O índice de alfabetização em Niterói apresenta enorme vantagem em relação aos demais municípios da Região Metropolitana.

A taxa de escolaridade é muito superior à média do Estado. Entretanto a evasão escolar reduz em aproximadamente 40% o número de alunos que se matriculam na 2a. série do primeiro grau em relação às matrículas da 1a. série.

O grau de participação da rede de ensino está assim distribuído:

Municipal:	4,0%
Estadual	74,0%
Federal:	0,4%
Particular:	21,6%

As 16 escolas mantidas pela municipalidade participaram em 1976 com uma oferta aproximada de 6.000 vagas.

Quanto ao ensino do 2º grau, observa-se uma baixa oferta de vagas por parte da rede pública, comparecendo a rede particular com 60,3% do total de matrículas.

O ensino superior é centrado na Universidade Federal Fluminense que em 1975 ofereceu 17.291 matrículas em 31 cursos regulares e 10 cursos em nível de pós-graduação, correspondendo a 10,8% do total das matrículas universitárias do Estado, onde a cidade do Rio de Janeiro contribui com 70%.

HABITACÃO

O uso habitacional é predominante na maioria dos setores urbanos, apenas uma área do Centro da cidade e na Ponta D'Areia e Ilhas predomina o uso não residencial. A média geral do município de habitantes/domicílio é de 4,63.

Um levantamento feito pela Fundação Leão XIII em 1975, indicava a existência de uma população favelada de 131.920 pessoas, com 54 favelas cadastradas; sendo a população estimada pela FIBGE para o município no mesmo ano de 376.033 habitantes, este dado nos parece bastante expressivo, visto que a população favelada representa em termos percentuais 35% da população total do município. De 1971 em diante verificou-se um crescimento acelerado desta camada da população, pois naquele ano haviam apenas 6.184 pessoas assim qualificadas (2). No caso das populações faveladas é a migração a principal responsável pelo aumento populacional.

A região que apresenta maior dinamismo no crescimento de novos domicílios é a correspondente aos bairros de Icaraí, Ingá e Boa Viagem; bairros voltados para a orla marítima e melhor servidos pelo sistema de transportes, esta região aumentou em 47,7% seu estoque habitacional no período entre 1970 e 1976, enquanto o conjunto do município aumentou apenas 16% no mesmo período.

Verifica-se com relação a habitação, uma disparidade em termos de crescimento; enquanto alguns bairros permanecem estacionários, (a maioria); os da zona sul da cidade crescem de forma dinâmica e agrava-se aceleradamente o problema da população favelada.

SANEAMENTO

Segundo relatórios disponíveis, no que se refere ao abastecimento de água potável, 74% da população do município está sendo atendida, porém de maneira precária, pois, em 1976 o consumo real per-capita foi de 155 litros/dia, insatisfatório segundo o índice mínimo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (250 litros).

O problema se vê agravado pela perda e ligações clandestinas (estimadas em 32%), e pelo sistema de manobras de distribuição, cabendo a cada zona uma média de 30 horas semanais. Um sistema de poços artesianos em Pendotiba, Itacoatiara e Caramujo supre parte das necessidades em suas áreas de influência.

(2) Plano Diretor da PMN, 1976 - mimeografado

No que se refere a rede de esgotos sanitários, informações de 1973 apontam 30% dos prédios existentes no Município ligados à rede de esgotos sanitários, concentrada nas áreas centrais. Os extravasores lançam os efluentes diretamente nas praias ou em galerias de águas pluviais.

Segundo dados publicados pelo Jornal do Brasil ("Falta de saneamento torna insolúvel poluição da baía" - 03.04.77), na zona sul de Niterói que compreende os bairros de Icaraí, Ingá, São Francisco e Santa Roca, onde residem aproximadamente 135 mil pessoas, o esgoto da Região - 200 litros por segundo - é lançado in-natura nas águas da baía de Guanabara, o que representa 17 milhões e 280 mil litros por dia. A estação de tratamento de esgotos que atendia à região está paralizada desde 1955. Na zona norte, o bairro do Barreto, densamente povoado, não tem sistema de esgoto.

Uma pesquisa constatou na praia de Icaraí, um índice de 16 milhões de coliformes fecais por mililitro de água.

De recente pesquisa, realizada pela Escola de Serviço Social da UFF, com 291 famílias moradoras em áreas de cultivo de produtos hortigranjeiros de Niterói (3), alguns dados mostram a gravidade do problema de saneamento básico:

- apenas 2,5% recebem água tratada;
- 28,5% utilizam água de poço descoberto;
- 4,4% estão ligados à rede geral de esgotos;
- 42,8% lançam fezes no terreno;
- 5,5% enterram seu lixo;
- 29,5% lançam lixo nas cercanias das residências;
- 49,5% das casas apresentam baratas;
- 50,6% das casas apresentam indício de presença de ratos.

(3) "Contribuição aos Estudos de Ecologia de Focos dos Planorbídeos no Estado do Rio de Janeiro" - coordenação da Profa. Flora Amélia - Escola de Serviço Social da UFF - 1955, mimeografado.

2. - SITUAÇÃO DE SAÚDE

Na tentativa de avaliar uma Situação de Saúde específica, diversos obstáculos vão aparecendo, a começar pelo próprio conceito de Saúde a ser adotado. Desde conceitos subjetivistas como o que transparece em "o sã o é o enfermo que ignora sua condição" (4); passando por enfoques simplesmente clínicos e individualizantes como "é o estado de harmonia e equilíbrio funcional que se traduz por um silêncio orgânico" (5); até o conceito usado atualmente pela Organização Mundial de Saúde "saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidades" - em todos esses níveis podemos observar limitações maiores ou menores.

No desenvolvimento do presente trabalho, adotou-se o conceito da OMS com algumas observações adicionais:

- 1 - antes de ser um estado, saúde seria uma SITUAÇÃO - definida socialmente e variável, portanto, segundo cultura, tempo etc.
- 2 - além de abranger os terrenos "físico, mental e social", e não ser "apenas ausência de enfermidades", Saúde prevê a oportunidade para que certa população possa DEFINIR E PRODUZIR sua própria Situação de Saúde.

Em seguida usam-se indicadores que possibilitam estudar a Situação de Saúde no Município de Niterói - ainda que de forma limitada, em função, por exemplo, da deficiência amplamente conhecida do atual Sistema de Informações Estatísticas.

2.1 - INDICADORES DA MORTALIDADE

A mortalidade é uma variável demográfica muito influenciada pela qualidade de vida de uma população. Condições de alimentação, de trabalho, de habitação, de saneamento ambiental - entre outras - determinam de que modo o fenômeno morte ocorre em cada grupo humano.

MORTALIDADE GERAL

Para estudar a mortalidade geral (sem distinção de idade) usamos a TAXA BRUTA (ou GERAL) de MORTALIDADE (TBM), definida pela fórmula:

(4) ROJAS, R.A. - "Epidemiologia Básica" - Buenos Aires - Intermédica Editorial, 1974 - vol. 1, pág. 1

(5) ídem.

$$\text{TBM} = \frac{\text{Total de \u00f3bitos ocorridos numa \u00e1rea, durante um per\u00edodo} \times 10^3}{\text{Popula\u00e7\u00e3o total dessa \u00e1rea (estimada para o meio do per\u00edodo considerado)}}$$

Geralmente se expressa o resultado obtido em rela\u00e7\u00e3o a 1 000 habitantes.

A TBM tem algumas importantes limita\u00e7\u00f5es como:

- a) - desconsiderar a migra\u00e7\u00e3o de pessoas doentes para regi\u00f5es onde existam melhores recursos para tratamento.
- b) - desconsiderar a varia\u00e7\u00e3o da mortalidade nos v\u00e1rios grupos et\u00e1rios.

Examinando a tabela 7, observamos que a TBM variou em torno da m\u00e9dia de 10,4 \u00f3bitos por mil habitantes (10,4%) no per\u00edodo de 1966 a 1970.

T A B E L A 7

\u00d3BITOS E TAXA BRUTA DE MORTALIDADE NO MUNIC\u00cdPIO DE NITER\u00d3I - 1966 a 1970

ANO	N\u00b0 ANUAL DE \u00d3BITO	TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (o/oo)
1966	3004	10,2
1967	3164	10,4
1968	3277	10,5
1969	3406	10,6
1970	3338	10,2

fonte: Anu\u00e1rio do Servi\u00e7o de Estat\u00edstica - SES - 1971.

Situando-se essa m\u00e9dia, 10,4o/oo, na Escala Padr\u00e3o, tabela 7, constata-se que a TBM do Munic\u00edpio enquadra-se na categoria "REGULAR".

Pode-se considerar as cifras da tabela 7 indicativas de condi\u00e7\u00f5es de Sa\u00fade regulares ou baixas, na medida em que \u00e9 admiss\u00edvel certo grau de sub-registro de \u00f3bitos no Munic\u00edpio.

As informações sobre a mortalidade recente (1970 a 1976) foram inacessíveis na época de elaboração do presente trabalho. O que existia eram os dados de mortalidade de 75 a 76 (estes incompletos) ainda não consolidados (ou seja: encontráveis somente nos atestados de óbito). O conjunto das informações de mortalidade referido estava sendo processado pelo Centro de Processamento de Dados do Estado do Rio de Janeiro (CPDERJ) para a Secretaria de Estado de Saúde.

Para o estudo da mortalidade segundo a localidade de residência, optamos pelo Método de Amostragem. Assim usamos como fonte de dados, aproximadamente, 40% dos atestados de óbitos do ano de 1975.

Sendo essas informações usadas principalmente no sentido de planejar a localização de serviços de saúde (Postos de Saúde, Hospitais, etc.), importa observar que se deu prioridade às localidades encontradas MAIS CARENTES destes serviços. Assim, não são aqui considerados os bairros em que se acumulam serviços de saúde estatais e/ou particulares: Centro, Icaraí, Ingã, São Domingos, São Francisco e Santa Rosa.

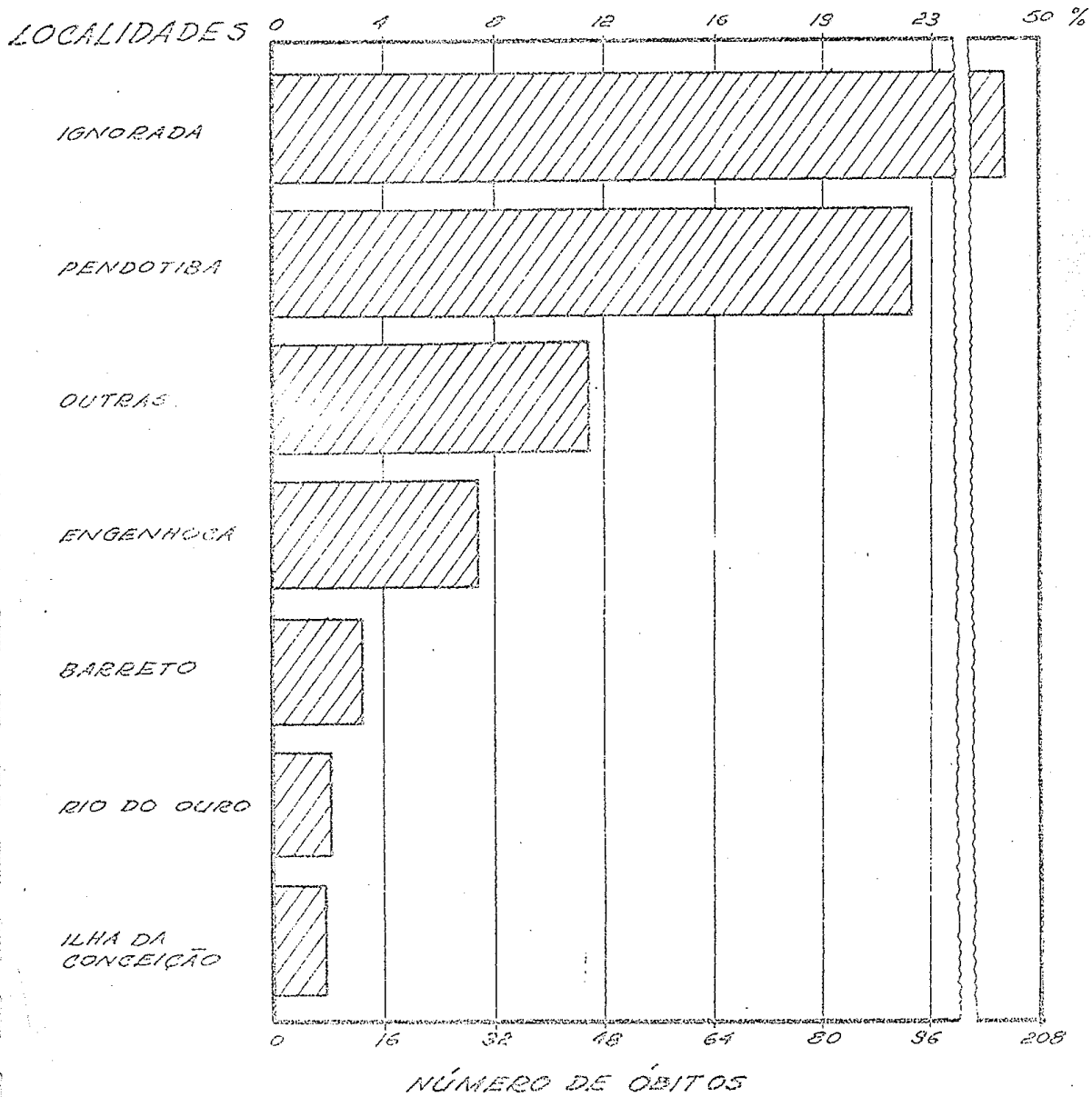
No gráfico I estão representadas as 5 (cinco) principais localidades em termos de suas contribuições ao volume total de óbitos registrados em Niterói. Em princípio, vale notar o seguinte:

- 1 - Perto de metade dos atestados de óbitos não especificam a residência do falecido (localidade ignorada).
- 2 - Um volume considerável dos óbitos procede de Rio do Ouro, situada no limite com o Município de São Gonçalo.

Dentre as localidades consideradas, Pendotiba, Engenhoca, Barreto e Ilha da Conceição, são as que mais contribuem para a mortalidade (por ordem decrescente de volume de óbitos). Vale dizer que o número muito maior de mortes observado em Pendotiba (em relação a todas as demais localidades) já sugere que essa região é particularmente necessitada de cuidados de saúde - mesmo não sendo conhecido o número exato de seus habitantes, o que possibilitaria o cálculo de sua TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (e conseqüentemente, mais rigoroso estudo de sua Situação de Saúde). Sabe-se, contudo que a densidade demográfica de Pendotiba é baixa, o que - de certa forma - autoriza o raciocínio acima.

GRÁFICO I

NITERÓI - MORTALIDADE POR PROCEDÊNCIA
- 1975 -



MORTALIDADE INFANTIL:

É convencionalmente considerada como sendo a que se observa em pessoas MENORES DE 1 ANO DE IDADE. Pode ser medida pela TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (TMI), definida pela equação:

$$\text{TMI} = \frac{\text{Total de Óbitos de MENORES DE 1 ANO DE IDADE, ocorrido numa área durante um período} \times 10^3}{\text{Número total de NASCIDOS VIVOS no mesmo período e área}}$$

Costuma-se expressar o resultado em relação a 1000 nascidos vivos.

Em certos países europeus (Suécia e Noruega por exemplo) onde em geral as condições de vida são boas, esse indicador já apresenta resultados da ordem de 12-15 óbitos por 100 nascidos vivos. Por outro lado, uma TMI alta indica "seguramente, grande incidência de doenças infecciosas e de desnutrição, além de precária assistência pré-natal e ao parto". (6).

A tabela 8 mostra coeficientes de mortalidade infantil sempre superiores ao valor 70‰, durante o período 1966/70. Se comparadas as diversas TMI dessa Tabela com a Escala Padrão (Tabela 9) veremos que elas se enquadram nas categorias de MORTALIDADE INFANTIL "ALTA" e "MUITO ALTA".

T A B E L A 8

ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO, NASCIDOS VIVOS E TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, 1966 a 1970.

ANO	ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO	NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS	TAXA DE MORTALIDADE DE INFANTIL (‰)
1966	543	7319	74,2
1967	585	7162	81,7
1968	597	6668	89,5
1969	665	6628	87,22
1970	607	6713	90,4

fonte: SES.

(6) Forattini, O.P.: "Epidemiologia Geral" - S.Paulo - Ed. Edgard Blucher Ltda (Editora da Universidade de São Paulo) - 1976 - pág. 71.

TABELA 9

CATEGORIAS DE MORTALIDADE INFANTIL E GERAL

Taxa de Mortalidade Infantil (%)	Taxa Bruta de Mortalidade de (%)	Escala de Mortalidade
até 30	até 8	MUITO BAIXA
30 - 49	8 - 9	BAIXA
50 - 69	10 - 11	REGULAR
70 - 89	12 - 13	ALTA
90 e mais	14 e mais	MUITO BAIXA

fonte: Estatística Médica Y Salud Publica - P.C.

Analisando a Tabela 8, observa-se que de 66 a 69 há um aumento considerável da TMI, fato que pode ser observado, em diversas regiões urbanas do País. Estudos que correlacionam o Salário Mínimo Real e a Mortalidade Infantil, dos maiores centros urbanos brasileiros mostram uma variação inversa entre as duas variáveis, ou seja: tem-se observado um aumento da Mortalidade Infantil a medida que o Salário Mínimo Real diminui (6).

Para fazer outro tipo de comparação, observe-se, as TMI médias de Buenos Aires, durante quinquênios a partir de 1941, Tabela 10. Nota-se que as TMI niteroienses entre 1966 e 1970, são comparáveis às de Buenos Aires apenas no quinquênio de 1941-1945. Vale, ainda, atentar para o fato de que a TMI média em Niterói no período de 1966-70, 87,22, é aproximadamente o dobro da observada em Buenos Aires, no quinquênio 1962-66.

TABELA 10

TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL-BUENOS AIRES, 1941 a 1966

QUINQUÊNIOS	MÉDIAS POR QUINQUÊNIOS DAS TAXAS ANUAIS DE MORTALIDADE INFANTIL (%)
1941/45	74,8
1946/50	55,4
1951/55	50,4
1956/60	51,6
1962/66	46,8

fonte: Ferrara, Acebal, Paganini: "Medicina de la Comunidad"-B.Aires-Argentina-Intermédica Editorial - 1976.

MORTALIDADE PROPORCIONAL (MP)

É definida como uma proporção entre o número de óbitos ocorridos em grupos etários padronizados e o número total de óbito, com forme a fórmula:

- (6) Vários autores - Diretrizes Gerais para a Política Estadual de Promoção, Proteção e Recuperação de Saúde Materno-Infantil-S. Paulo, Instituto de Saúde (SES-SP), 1973 - pág. 5, publicação n.19.

Óbitos ocorridos em determinado grupo etário

$$MP = \frac{\text{durante em período numa área} \times 10^2}{\text{Total de Óbitos no mesmo período e área}}$$

para avaliar a M.P., usaremos os dois instrumentos abaixo definidos:

a) Razão de Mortalidade Proporcional (RPM) - que é a proporção entre os óbitos de pessoas de 50 anos e mais e os óbitos totais.

Este é considerado um bom indicador de Situação de Saúde e Vida de uma população, a RPM tende para 100% com a melhoria da situação. Dessa forma, por exemplo, em 1968, a RPM nos E.E.U.U. foi de 82,7%. Por outro lado, "quando o valor está abaixo de 50%, há ainda grande mortalidade por doenças infecciosas e a mortalidade infantil é alta" (7).

Observando a Tabela 11 constata-se que, no período de 1966 a 1970, a RPM niteroiense oscilou em torno de 50%.

T A B E L A 11

RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL EM NITERÓI, 1966 a 1970

ANO	NÚMERO DE ÓBITOS ACIMA DE 50 ANOS	TOTAL ANUAL DE ÓBITOS	RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL (%)
1966	1427	3004	47,5
1967	1438	3164	45,4
1968	1636	3277	49,9
1969	1968	3406	49,9
1970	1758	3338	52,7

fonte: Anuário do Serv. de Estatística de Saúde - SES - 1971

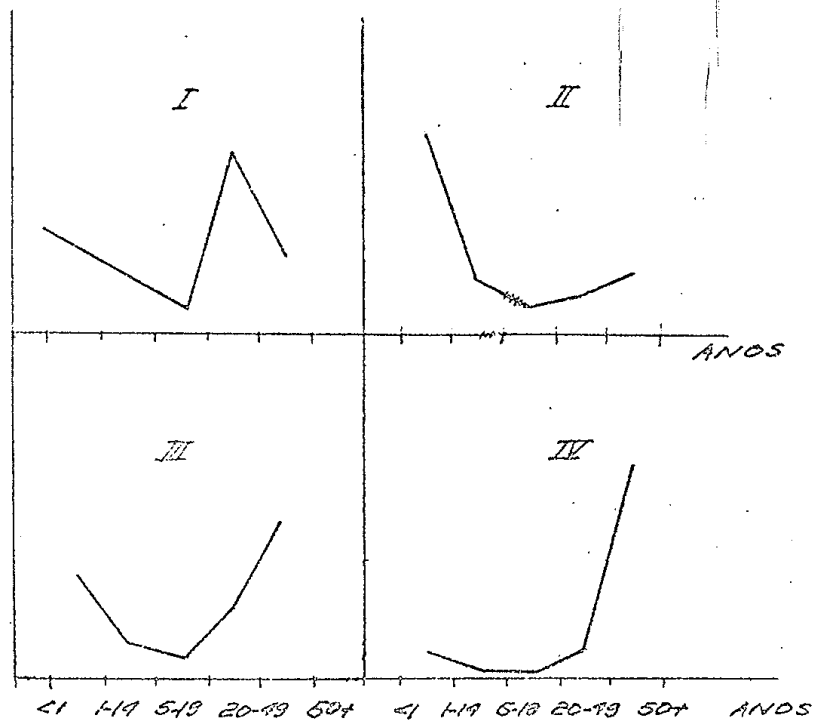
b) Curva de Mortalidade Proporcional - que é a representação, segundo a fórmula da MP, mostrada acima, dos valores correspondentes aos seguintes grupos etários (8):

- menores de 1 ano
- 1 a 4 anos
- 5 a 19 anos
- 20a 49 anos
- 50 anos e mais (sendo este grupo o da Razão de Mortalidade Proporcional vista acima).

(7) Forattini, O.P. : "Epidemiologia Geral" - S.Paulo - Ed.Edgard (Ed. da USP) - 1976 - pág. 76

(8) Assim padronizados por Moraes (1959).

GRÁFICO II
 CURVAS - PADRÃO PARA MORTALIDADE
 PROPORCIONAL

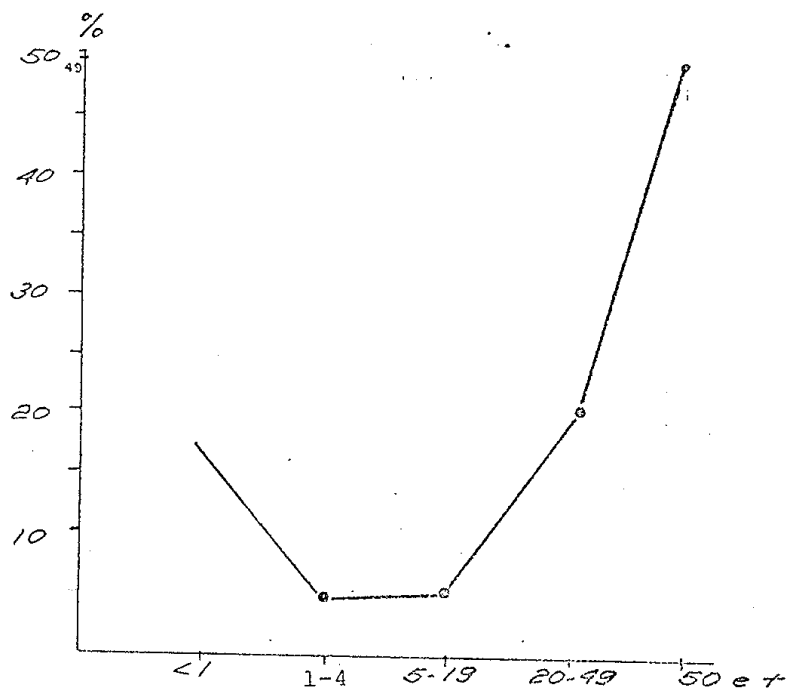


TIPO	ESCALA
I	MUITO BAIXO
II	BAIXO
III	REGULAR
IV	ELEVADO

FONTES: FORATTINI, C.P.: EPIDEMIOLOGIA
 GERAL - ED. EDGARDO BLUMBERG
 LTDA (ED. DA USP) - 1976

GRÁFICO III

CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL
DE NITERÓI, 1966 - 70



FONTE: SES

TABELA 12

MORTALIDADE PROPORCIONAL, SEGUNDO CERTOS GRUPOS ETÁRIOS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, 1966 - 70.

GRUPOS ETÁRIOS	1966		1967		1968		1969		1970		MÉDIA DO PERÍODO 66/70 (%)
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
1	543	18	585	18	597	18	665	20	617	18	18
1 a 4	203	7	293	9	174	5	192	6	149	4	6
5 a 19	143	5	138	4	150	5	177	5	146	4	5
20 a 49	672	22	688	22	694	1	654	19	652	20	21
50 e mais	1427	48	1438	45	1636	50	1698	50	1758	53	49
Ignorado	16	-	22	-	26	-	20	-	16	-	-
TOTAL	3004	100	3164	100	3267	100	3406	100	3338	100	100

fonte: Anuário do Serviço de Estatística de Saúde - Secretaria de Saúde e Assistência /RJ - 1971 e 1969/70.

Constata-se na Tabela 12, que além da alta mortalidade infantil, já observada por meio de outros indicadores, uma percentagem muito alta de óbitos no grupo etário de 20 a 49 anos, desde já, indica um relativo esvaziamento na força de trabalho que reside no Município. A curva de mortalidade proporcional para Niterói (Gráfico III que representa a última coluna da Tabela 12) se comparada com as curvas padronizadas (Gráfico II), enquadrá-se no tipo III (REGULAR).

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE

A TABELA 13 apresenta as 5 principais causas de morte para 5 países americanos.

T A B E L A 13

CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE PARA CINCO PAÍSES AMERICANOS,
1962 - 3

CAUSA	CANADÁ E E.E.U.U.	ARGENTINA	BRASIL	PERU
1.	Enfermidade Coração	Enfermidade Coração	Enfermidade Coração	Enfermidade Pneumonia
2.	Tumor Maligno	Tumor Maligno	Gastrite, en- terite e outras	Enferm. pró- prias la. Infância
3.	Lesão Vascular	Enferm. pró- prias la. Infância	Enferm. pró- prias la. Infância	Gastrite, en- terite e outras
4.	Acidentes	Lesão Vascular	Influenza Pneumonia	Tuberculose
5.	Enferm. pró- prias la. Infância	Acidentes	Tumor Maligno	Tumor Maligno

Modificado de Ferrara, Acebal, Paganini: Medicina de la
Comunidad - 2ed. - Intermédica Edit. (Buenos Aires-Argen-
tina) - 1976.

Ao se analisar as principais causas de Mortalidade de Niterói no período 1966-70 (Gráfico IV), nota-se que, de modo geral, a estrutura da Mortalidade Niteroiense, pelas 5 ou 6 principais causas, se comparado com a Tabela 13:

- ASSEMELHA-SE muito ao observado nos E.E.U.U. e Canadá:

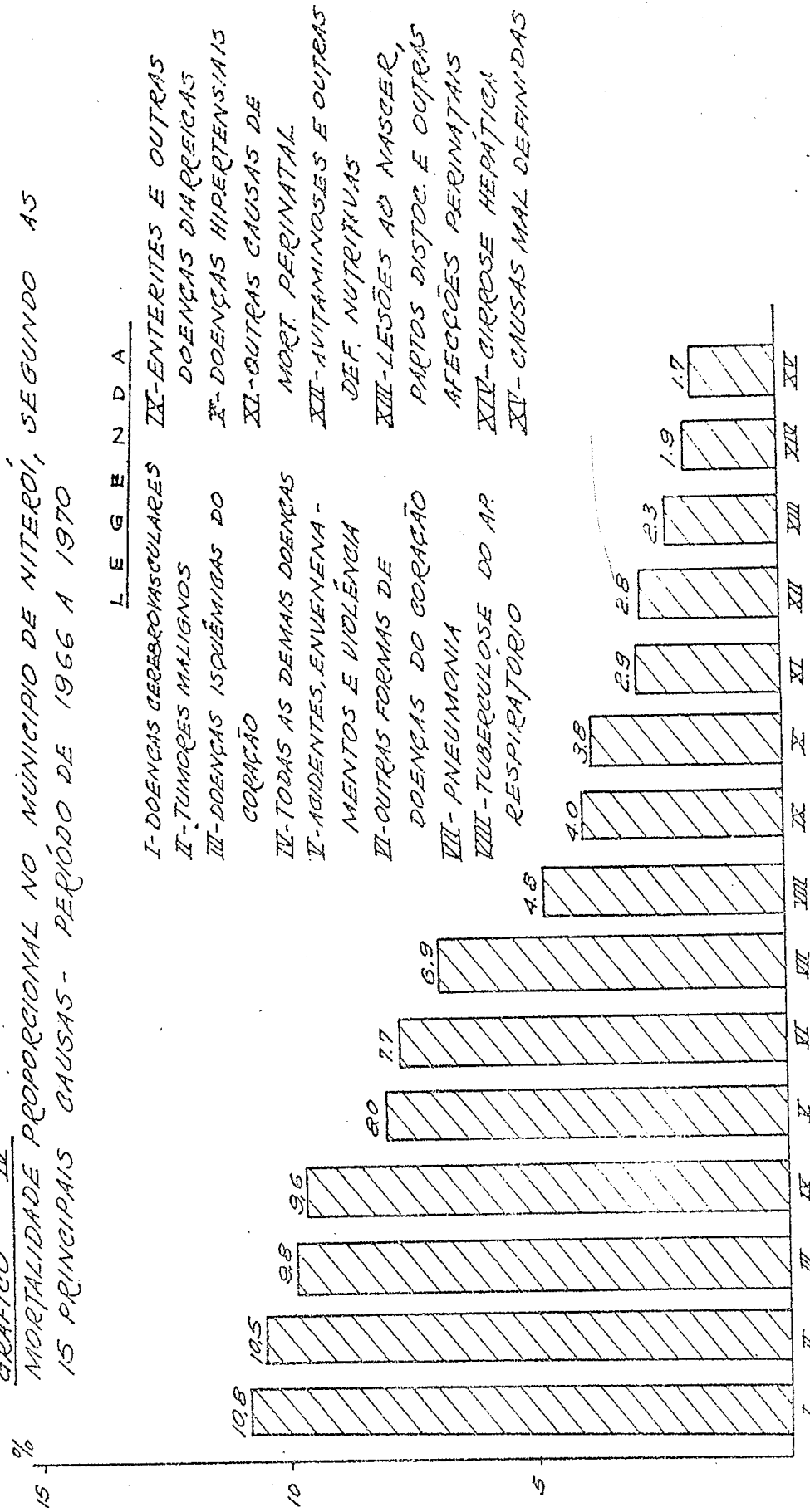
- DIFERE do constatado para o Brasil - fato que, num primeiro momento, indicaria que em Niterói as condições de saúde são comparáveis às daqueles países.

No entanto, se considerarmos as 15 primeiras causas de morte (ainda através do Gráfico IV), observa-se que:

1 - Pneumonia é a sétima causa de morte mais importante. Vale notar que boa parte dos casos da afecção (em Niterói), segundo os dados disponíveis de morbidade, está associada ao sarampo - face ao péssimo estado nutricional dos pacientes (geralmente crianças); uma grande quantidade de casos se complica (a maior parte das vezes com Pneumonia pós-Sarampo).

GRÁFICO III

MORTALIDADE PROPORCIONAL NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, SEGUNDO AS 15 PRINCIPAIS CAUSAS - PERÍODO DE 1966 A 1970



FONTE: ANUÁRIO DO SERVIÇO DE ESTATÍSTICA DE SAÚDE - SES PUBLICAÇÕES 1969 - 70 E 1971

2 - Tuberculose Pulmonar é a oitava causa, fato que, por si só, demonstra a precariedade das condições de vida no Município. Vale notar que morreram POR ANO, em média, 156 pessoas dessa doença no período 1966-70 (ver também "tuberculose do aparelho respiratório". (Tabela 15).

3 - Gastroenterite "matou" por ANO, em média, 129 pessoas (principalmente crianças). É a nona causa mais importante.

4 - em 12º lugar está "AVITAMINOSE E OUTRAS DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS".

5 - "Causas mal definidas" está em 15 º lugar.

Isso indica, fundamentalmente, deficiência no sistema de prestação de serviços de saúde - quando não, especificamente, descaso e/ou ignorância no preenchimento dos atestados de óbito.

Cumpra ainda, observar a presença de "Cirrose hepática" em 14º, de "outras causas de mortalidade perinatal" (reduzíveis estas por atenção materno-infantil) em 11º lugares como causa de morte.

Os itens expostos acima, falam do convívio mantido, no Município de Niterói, entre dois padrões mais gerais de vida - como que duas qualidades de viver - que não se assemelham nem mesmo na morte.

MORTALIDADE SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS PADRONIZADOS

Para o estudo deste tópico, usa-se o agrupamento das enfermidades (classificadas segundo a lista B da Nomenclatura Internacional) (10);

Na tabela 14, observamos a Mortalidade pelos grupos de causas cujas composições estão no anexo 2.

Logo de princípio é importante notar o limite de validade da classificação proposta acima. Assim é que, por exemplo, Tuberculose Pulmonar, Sarampo, e outras doenças, estão alinhadas entre as "REDUTÍVEIS POR IMUNIZAÇÃO". No entanto, o que se observa na prática é que essas doenças continuam grassando (em Niterói, no Brasil e em grande parte do mundo) ainda hoje, muito tempo após a entrada em uso corriqueiro das vacinas específicas.

(10) Modificado de Costa, E.A. e Souza A.G. : "Plano de Desenvolvimento Local Integrado para Cuiabá" - CUIABÁ -MT- NEW PLAN - 1973 - CAPÍTULO DO SETOR SAÚDE.

T A B E L A 14

MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS PADRONIZADOS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, 1966 - 70

GRUPOS DE CAUSAS	MÉDIA DO PERÍODO(66/70)		ORDEM DE IMPORTÂNCIA DOS GRUPOS
	Nº	%	
NÃO REDUTÍVEIS ou POUCO REDUTÍVEIS	1614	49,8	I
REDUT.POR ACOMPANHAMENTO CLÍNICO PREVENTIVO	822	24,4	II
REDUT. por ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL	228	7,0	III
REDUT. por IMUNIZAÇÃO	221	6,9	IV
REDUT. por SANEAMENTO BÁSICO	136	4,2	V
REDUT. por TRATAMENTO e/ou QUIMIOPROFILAXIA	120	3,7	VI
CAUSAS MAL DEFINIDAS	57	1,7	VII
REDUT. por SANEAMENTO (controle de vetores)	0	0,0	VIII
TOTAL DE ÓBITOS NO PERÍODO	3237	100,0	

fonte: SES - RJ

Uma das coisas que ocorrem é que classificações, como esta acima, podem induzir os menos avisados a encarar a PROBLEMÁTICA SAÚDE/DOENÇA de uma forma simplista : ignorar os determinantes sócio-econômicos e - principalmente no caso do exemplo acima - culturais. Quando isso acontece, o que se observa é a repetição de antigas experiências e esquemas de trabalho ineficazes : planeja-se a vacinação de um certo setor populacional e parte-se para "campanhas", visando sensibilizar a "comunidade". Como todo o esquema é baseado em propaganda - para interessar a população por algo que para ela foi instituído sem ouvir a sua opinião - e não em um processo educativo, o trabalho, geralmente, não alcança nem mesmo seus objetivos.

Aproximadamente a metade das mortes em Niterói têm causas "Não redutíveis ou Pouco Redutíveis". Na verdade, é possível exercer algum controle sobre certas afecções e/ou danos alinhados neste grupo. Assim, por exemplo, é possível diminuir a mortalidade por câncer de mama ou de útero mediante exame do grupo populacional susceptível: mulheres de 20 anos ou mais, e tratamento dos casos precocemente revelados. Outro exemplo seria o dos Acidentes dentre estes os que aparecem em maior quantidade são os de trânsito. Experiências em várias partes do mundo já demonstraram que um esquema de trabalho em trânsito menos punitivo e melhor planejado consegue reduzir sensivelmente os danos nessa área (serviço de transporte coletivo eficiente, barato e de boa qualidade, diferenciação dos veículos de transporte segundo as necessidades de cada área urbana, preservação de certas vias, em áreas particularmente movimentadas para uso exclusivo de pedestres e/ou bicicletas, etc).

Os seguintes 5 grupos mais importantes de causas de morte da Tabela 14, indicam os tipos de Programa de Saúde mais eficazes na contribuição para a melhoria do padrão de saúde municipal, quais sejam, aqueles redutíveis por:

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO PREVENTIVO
 ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL
 IMUNIZAÇÃO
 SANEAMENTO BÁSICO
 TRATAMENTO E/OU QUIMIOPROFILAXIA

O que de mais importante existe em comum nesses 5 tipos de programas é o FATOR RECURSOS HUMANOS, enquanto variável fundamental para implantação de Programas de Saúde. Vale dizer que, para isso, pode-se lançar mão de pessoal de escolaridade 1ª e 2ª grau que, sob supervisão técnica e após formação específica de curta duração, tem se mostrado eficaz em diversos projetos e planos de Saúde que tem sido realizados no país.

O grupo de enfermidades "Redutíveis por controle de vetores", segundo os dados disponíveis, revelou-se irrelevante no Município durante o período estudado.

Importa observarmos ainda que "Causas mal definidas" corre com aproximadamente 2% das causas mortis, fato já comentado anteriormente.

MORTALIDADE PROPORCIONAL NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, SEGUNDO:
TODAS AS CAUSAS E GRUPOS DE CAUSAS - PERÍODO DE 1966 A 1970;
MÉDIA DO PERÍODO E ORDEM DE IMPORTÂNCIA SEGUNDO GRUPOS DE CAUSA, CAUSAS E CAUSAS POR GRUPOS

GRUPOS E CAUSAS	1966		1967		1968		1969		1970		MÉDIA DO PERÍODO		ORDEM DE IMPORTÂNCIA POR		
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	GRUPOS DE CAUSAS	CAUSAS	CAUSAS NOS GRUPOS
REDUTÍVEIS POR IMUNIZAÇÃO	264	8,8	270	8,5	231	7,0	193	5,7	148	4,4	221	6,9	IV		
Tuberculose do Aparelho Resp.	197	6,5	192	6,0	171	5,2	128	3,7	94	2,8	156	4,8		8	1
Outras Tuberculoses	5	0,1	12	0,4	8	0,2	9	0,3	12	0,3	9	0,3			4
Difteria	6	0,2	9	0,3	4	0,1	7	0,2	4	0,1	6	0,2			5
Coqueluche	1	0,0	2	0,1	8	0,2	3	0,1	1	0,0	3	0,1			6
Poliomielite Aguda	6	0,2	-	0,0	1	0,0	-	0,0	-	0,0	1	0,0			7
Variola	-	-	1	0,0	-	-	-	-	1	0,0	0	0,0			8
Sarampo	1	0,0	35	1,1	6	0,2	22	0,6	9	0,3	15	0,4			3
Tétano	48	1,6	18	0,6	33	1,0	24	0,7	27	0,8	30	0,9			2
REDUTÍVEIS POR SANEAMENTO BÁSICO	104	3,5	143	4,5	134	4,1	144	4,2	153	4,6	136	4,2	V		
Febre Tifóide	1	0,0	3	0,1	1	0,0	2	0,1	-	-	1	0,0			3
Difteria Bacilar e Amebíase	7	0,2	8	0,2	4	0,1	2	0,1	2	0,1	5	0,1			2
Enterites e outras d. diarréicas	96	3,2	132	4,2	129	3,4	140	4,1	151	4,5	129	4,0		9	1
Febre Paratífóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			-
REDUTÍVEIS POR SANEAMENTO (Cont. de vetores)	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0,0	VIII		
Tsetse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Mão e outras Rickettsioses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Malária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Febre Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Leishmaniose	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0,0			1
Tripanosomiase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Esquistossomose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Lepidoptirinae	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
REDUTÍVEIS POR ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL	237	7,9	220	7,0	254	7,8	225	6,6	202	6,0	228	7,0	III		
Aborto	-	-	-	-	-	-	4	0,1	1	0,0	1	0,0			5
Outras complicações de Gravidez Parto e Puerpério	20	0,7	11	0,3	12	0,4	6	0,2	5	0,1	11	0,3			4
Anemias Complicadas	30	1,0	44	1,2	66	2,0	48	1,4	56	1,7	48	1,5			3
Lesões no parto, Partos distóc., e outras afecções perinatais	56	1,9	94	3,0	71	2,2	85	2,6	63	1,9	74	2,3		13	2
Outras causas de mortalidade Perinatal	131	4,4	71	2,2	105	3,2	78	2,3	77	2,3	92	2,9		11	1
REDUTÍVEIS POR TRATAMENTO E/OU QUIMIOPROFILAXIA	76	2,5	72	2,3	160	4,9	181	5,3	112	3,3	120	3,7	VI		
Angina Estreptoc. e Escarlatina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			7
Infecções Meningocócicas	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	0	0,0			6
Staf. e suas Sequelas	5	0,2	3	0,1	4	0,1	1	0,0	3	0,1	3	0,1			7
Lepra	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,0			1
Avitaminoses e outras deficienc. Nutritivas	-	-	-	-	51	2,3	115	3,4	57	1,8	88	2,8		12	7
Anemias	4	0,1	1	0,0	6	0,2	15	0,4	3	0,1	6	0,2			4
Meningites	44	1,5	58	1,8	31	1,0	27	1,0	21	0,6	36	1,1			2
Febre Reumática Ativa	2	0,3	2	0,1	4	0,1	3	0,1	4	0,1	4	0,1			5
Doença Reum. Crôn. do Coração	14	0,5	8	0,2	23	0,7	20	0,6	24	0,7	17	0,5			3
REDUTÍVEIS POR ACOMPANHAMENTO CLÍNICO PREVENTIVO	544	26,1	770	24,3	802	24,5	818	24,0	876	26,3	822	24,4	II		
Diabete Mellito	37	1,2	26	1,0	42	1,3	30	1,0	40	1,2	35	1,0			4
Doenças Hipertensivas	111	3,7	119	3,8	117	3,6	137	4,0	124	3,7	122	3,6		10	3
Doenças Isquêmicas do Coração	358	11,9	307	9,7	263	8,0	316	9,3	337	10,1	316	9,8		3	2
Doenças Cerebrovasculares	338	11,3	318	10,0	350	11,6	335	9,8	375	11,3	349	10,8		1	1
NÃO REDUTÍVEIS OU POUCO REDUTÍVEIS	1360	45,3	1529	48,3	1609	49,0	1754	51,5	1817	54,5	1614	49,8	I		
Encefalites Viriais	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	0	0,0			
Hepatite Infeciosa	6	0,2	4	0,1	7	0,2	-	-	3	0,1	4	0,1			9
Tumores Malignos	271	9,0	310	9,5	324	9,9	394	11,6	400	12,0	340	10,5		2	1
Tumores Benignos	25	0,8	33	1,0	32	1,0	31	1,0	30	0,9	30	0,9			9
Outras formas de Doenças do Cor.	147	4,9	164	5,2	163	5,0	286	8,4	375	11,3	241	7,7		6	4
Gripe	13	0,4	11	0,3	22	0,7	10	0,3	17	0,5	15	0,5			4
Pneumonia	130	4,3	198	6,3	223	6,4	303	8,9	263	7,8	223	6,9		7	5
Franquite, Infitema e Arma	10	0,3	16	0,5	40	1,2	45	1,3	44	1,3	31	0,9			8
Acidente, Envenenamento e Violenc.	243	8,0	227	7,2	286	8,7	268	8,0	284	8,5	262	8,0		5	3
Glicera Pútrida	15	0,5	21	0,6	20	0,6	15	0,5	17	0,5	18	0,5			10
Apendicite	3	0,1	4	0,1	2	0,1	2	0,1	3	0,1	3	0,1			
Obstrução Intestinal e Hernia	22	0,7	22	0,7	10	0,3	8	0,2	15	0,4	75	2,3			
Cirrose Hepática	74	2,5	54	1,7	65	2,0	60	1,8	54	1,6	54	1,6		14	6
Nefrite e Nefrose	46	1,5	46	1,5	40	1,2	48	1,4	46	1,4	45	1,4			7
Hiperplasia da Prostata	1	0,0	4	0,1	7	0,2	5	0,1	6	0,2	5	0,1			
Todas as demais doenças	362	12,0	415	13,1	248	7,6	279	8,2	259	7,8	313	9,6		4	2
CAUSAS MAL DEFINIDAS	42	1,4	53	1,7	66	2,0	52	1,5	70	2,1	57	1,7	VII	15	
TOTAL DE GRUPOS	3004	100	3164	100	3742	100	3405	100	3215	100	3237	100			

FONTE: Anuário de Serviço de Estatística de Saúde - SES, publicações 1969-70 e 1971.

LEGENDA: ... dados desconhecidos
-- fenômenos não observados

2.2 - INDICADORES DE MORBIDADE

O melhor seria o conhecimento da morbidade através de estudos epidemiológicos do tipo coortes ou história de casos, onde se poderia medir o tipo e a extensão mais exatos das doenças. Entretanto, a impossibilidade de realizar este tipo de levantamento obriga-nos a recorrer aos registros de algumas instituições, geralmente baseados na demanda satisfeita de consultas médica ou de internações hospitalares. Neste caso, utilizou-se algumas informações disponíveis no Hospital Universitário Antonio Pedro (para os anos 1975-6) e nos registros de notificação compulsória dos Postos de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde (período 1966-76). Esses dados podem não retratar a real situação dos problemas, pois são muitas as doenças que passam inadvertidamente e muitos os enfermos que não se dão conta do necessitarem de tratamento médico ou mesmo não tem acesso à assistência médica. Estas restrições não invalidam a utilização diagnóstica desse tipo de dado, que reflete a busca deliberada de assistência médica e traduz, com isso, importantes aspectos da morbidade, no tocante à demanda atendida.

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Na análise das doenças notificadas, deve-se levar em conta o sub-registro (os hospitais, casas de saúde e consultórios médicos praticamente não notificam). Apesar disso, podemos notar que no período de 1966-76 a tuberculose, a infecção gonocócica e a sífilis detêm números elevados. Não obstante a existência de vacinas que poderiam reduzir o aparecimento da coqueluche, sarampo, difteria, poliomelite e tétano, os números que aparecem nas estatísticas ainda são bastantes expressivos. Devendo-se salientar que faltam alguns dados referentes a meningite e à poliomelite (Tabela 16).

De acordo com os dados obtidos na enfermaria de Doenças infecto-Parasitárias do Hospital Universitário Antonio Pedro de UFF (Tabela 17), dos 290 doentes internados em 75 e 296 em 76, a meningite (principalmente as formas meningocócica e a produzida por vírus) detêm a maior parcela das internações, seguida pelo tétano e sarampo, o que reforça a idéia anterior de que existe um número muito alto de doenças redutíveis por imunização, tendo entre seus fatores causais e de agravamento, a desnutrição infantil e as más condições de moradia.

T A B E L A 1 6
DISTRIBUIÇÃO DAS 15 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS MAIS NOTIFICADAS--MUNICÍPIO DE NITERÓI, 1966-76

D O E N Ç A	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
INFECÇÃO GONOCOCICA	143	93	28	179	432	149	369	1728	857	755	470
TUBERCULOSE PULMONAR	654	856	662	800	392	342	353	330	376	321	250
SIFILIS	297	157	109	93	140	80	160	592	344	216	265
COQUELUCHE	200	277	462	155	113	270	275	72	142	317	76
SARAMPO	42	328	49	269	112	179	93	171	105	88	198
CANCRO MOLE	-	8	4	42	79	13	44	125	29	49	18
VARICELA	82	115	262	58	67	127	161	90	103	138	88
DIFTERIA	66	155	68	64	43	39	55	54	47	21	50
CACHUMBA	15	31	52	36	43	41	77	46	27	85	55
LINFOMAGNITOMA VENEREO	1	6	2	8	33	5	12	73	24	30	11
HEPATITE INFECCIOSA	59	67	33	28	28	49	56	37	64	59	48
LEPRA	--	--	--	4	25	30	36	29	36	33	13
POLIONIELITE AGUDA	10	3	11	3	25
TÉTANO	50	92	69	34	24	24	23	19	15	13	16
FEBRE TIFÓIDE	53	116	30	34	21	6	7	7	7	8	8

fonte: Secretaria de Estado de Saúde - RJ

LEGENDA: -- fenômeno não observado
... dados desconhecidos

TABELA 17

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PACIENTES INTERNADOS NO D.I.P. DO
H.U.A.P., SEGUNDO AS CAUSAS, 1975 - 6

ANO DOENÇAS	1975 (%)	1976 (%)
MENINGITE	20	27
TETANO	13	16
SARAMPO	13	14
DIPTERIA	11	4
HEPATITE	9	4
SEPTICEMIA	5	3
COQUELUCHE	4	1
FEBRE TIFÓIDE	2	1
LEPTOSPIROSE	2	3
MALÁRIA	1	2
ESQUISTOSSOMOSE	1	1
POLIOMIELITE	1	1
OUTRAS	18	23
TOTAL	100	100

fonte: Hospital Universitário Antonio Pedro - UFF.

TABELA 18

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PACIENTES INTERNADOS NA ENFERMARIA DE
D.I.P. - H.U.A.P., SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS, 1975-6.

ANO GRUPO ETÁRIO	1975 (%)	1976 (%)
MENOS DE 1 ANO	26	18
1 - 4	16	17
1 - 14	17	20
15 - 49	28	33
50 e mais	06	09
Ignorada	07	03
TOTAL	100	100

fonte: Hospital Universitário Antonio Pedro - UFF.

TABELA 19

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PACIENTES INTERNADOS NA ENFERMARIA DO D.I.P. - H.U.A.P., SEGUNDO LOCAL DE MORADIA - 1975 - 6.

LOCALIDADE	1975 (%)	1976 (%)
NITERÓI	35	40
Fonseca	04	09
Centro	01	04
Engenhoca	03	03
Itaipu	01	03
Barreto	04	03
Pendotiba	04	03
Santa Rosa	01	03
Caramujo	02	02
Jurujuba	01	02
Santa Bárbara	01	01
Riodades	--	01
Icaraí	03	01
Outros Bairros	10	05
SÃO GONÇALO	22	21
ITABORAÍ	05	06
ARARUAMA	01	04
MAGÉ	03	04
MARICÁ	02	03
RIO BONITO	01	03
SILVA JARDIM	01	02
OUTROS MUNICÍPIOS	20	13
IGNORADO	10	04
TOTAL	100	100

fonte: H.U.A.P. - UFF.

Em relação a idade dos pacientes internados em 1975 - 6, nota-se, que, em média, 62% são menores de 14 anos, com 32% abaixo de 4 anos, o que confirma a idéia da criança de baixa idade ser o alvo principal dos programas de controle de doenças infecto-contagiosas (tabela 18).

A análise do local de moradia dos pacientes internados (tabela 19) traz uma boa contribuição na tentativa de delimitar as áreas prioritárias de atuação, pois mostra quais as localidades onde são piores as condições de vida da população, além de mostrar a

grande importância que tem o Hospital Antonio Pedro como centro de referência dos Municípios circunvizinhos (principalmente São Gonçalo e Itaboraí).

SAÚDE ORAL

A cárie dental é uma doença que atinge a 98% das pessoas. Embora seja um tipo de doença crônica quase nunca levando a desfecho fatal, torna os indivíduos relativamente incapazes para exercer suas atividades normais. Ausência ao trabalho e à escola por causas odontológicas tem sido comprovada no mundo inteiro (11)

A cárie dental é uma doença típica do indivíduo jovem. Uma criança aos 6 anos de idade apresenta - 2,7 dentes com experiência de cárie e aos 14 anos 10,2 dentes cariados, perdidos e obturados (tabela 20). Significando que nesta idade, mais de 35% dos dentes dos indivíduos já foram afetados.

T A B E L A 20

MEDIA DE DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS EM ESCOLARES DE 7 A 14 ANOS EM 54 CIDADES BRASILEIRAS LOCALIZADAS EM DIVERSOS ESTADOS, 1968.

IDADE	INDICE-CPOD
7	2,78
8	3,40
9	4,03
10	5,24
11	6,47
12	7,78
13	9,54
14	10,20

fonte: Fundação SESP e Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo

Levantamento epidemiológico da cárie dental realizado em Niterói e São Gonçalo comprovou aqueles resultados conforme demonstra a tabela a seguir:

(11) CHAVES, M.M. : "Manual de Odontologia Sanitária" Organização Sanitária Panamericana-1962.

TABELA 21

RESULTADO DO INQUÉRITO DENTÁRIO REALIZADO EM 848 ESCOLARES DE 7 A 12 ANOS DE IDADE EM NITERÓI E SÃO GONÇALO, NOVEMBRO DE 1971.

IDADE	Nº DE PESSOAS EXAMINADAS	PERCENTUAL DE PESSOAS COM CPO ZERO	MÉDIA DE DENTES PERMANENTES	MÉDIA DE DENTES CARIADOS	MÉDIA DE DENTES PERDIDOS	MÉDIA DE DENTES OBTURADOS	CPO
7	97	3,03	9,74	3,07	0,21	0,10	3,39
8	110	2,72	12,97	3,17	0,32	0,12	3,63
9	156	0,66	16,32	5,64	0,50	0,08	6,23
10	150	0,00	19,65	7,02	0,70	0,11	7,83
11	171	0,00	23,14	9,51	1,23	0,41	11,16
12	154	0,00	25,00	11,15	1,58	0,23	12,92
H 12	848	0,83	18,71	7,07	0,82	0,19	8,09

CPO = CARIADO - PERDIDO - OBTURADO

fonte: FSESP -Secretaria de Saúde e Saneamento - RJ

A análise da tabela 21 nos mostra que a prevalência de cárie nas duas cidades é bastante alta. Aos 12 anos a metade dos dentes irrompidos já sofreram experiência de cárie. Menos de 1% das pessoas estão livres dessa afecção.

Verifica-se que a cárie aumenta com a idade (Gráfico V).

A necessidade satisfeita é de aproximadamente 6% em termos de dentes obturados e extraídos, percentual extremamente baixo, considerando-se que a relação dentista/habitante é de 1/1.055 para as duas cidades (12)

Fofo que já foi exposto podemos concluir que a cárie dental é o problema prioritário em odontologia, e que a faixa etária de 6 a 14 anos é o período ideal para investir os recursos disponíveis.

(12) RODRIGUES, R.T.V.: "ANÁLISE DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO" (setor público)
Tese de Mestrado - 1974.

2.3 - SERVIÇOS DE SAÚDE

As instituições que prestam serviços no setor saúde do Município de Niterói agrupam-se em 2 Sub-Setores: Público e Privado, excetuado os consultórios particulares.

SUB-SETOR PÚBLICO

Este sub-setor pode ser desdobrado em 3 esferas de subordinação:

a) Federal:

- 1 - Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense.
- 2 - Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que mantém 1 hospital e 5 outras unidades de atendimento:

- 2 Postos de Assistência Médica
- 1 Posto de Urgência
- 1 Posto de Perícias Médicas
- 1 Posto de Acidentes de Trabalho

Além disso mantém convênio com 24 casas de saúde e/ou clínicas.

- 3 - Legião Brasileira de Assistência - mantém 4 postos assistenciais:

- Centro Social nº 1 em Pendotiba
- Centro Social nº 2 na Engenhoca
- Centro Social nº 4 no Centro
- Centro Social nº 6 em Jurujuba

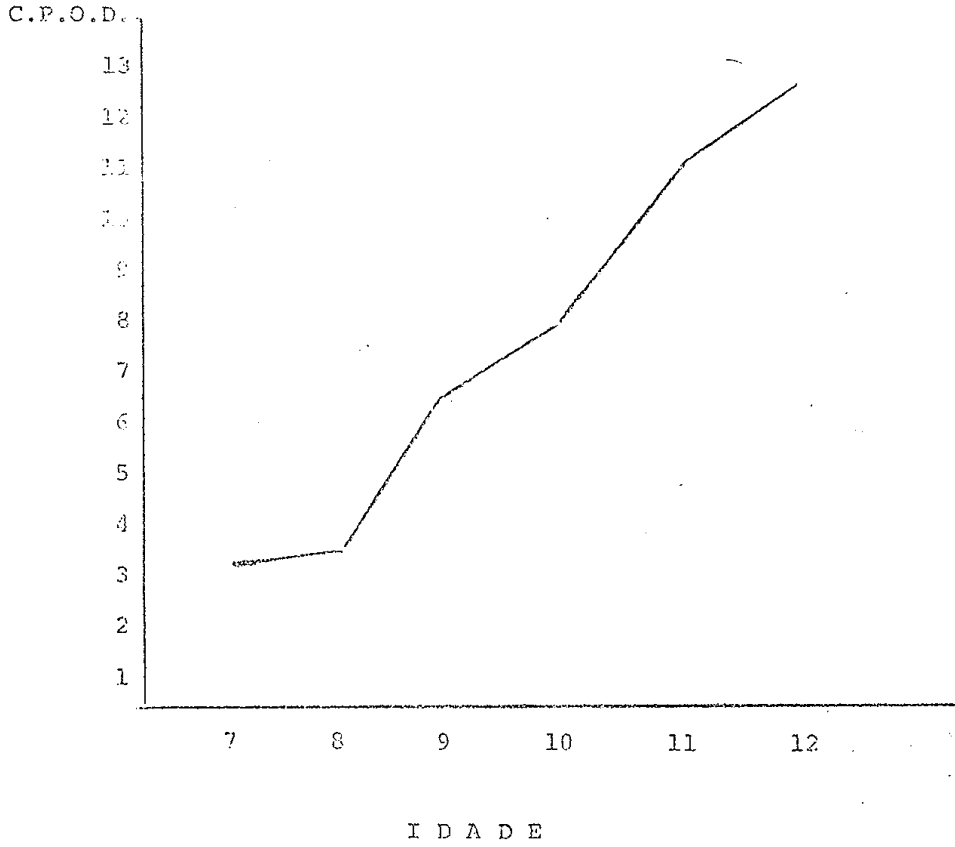
- 4 - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM - Ministério da Saúde.

b) Estadual:

- 1 - Hospitais:
 - Hospital Ary Parreiras - Tisiologia
 - Hospital Infantil Getúlio Vargas - Pediatria
 - Hospital Azevedo Lima - Geral (em reformas)

GRÁFICO V

PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTAL EM 848
ESCOLARES DE 7 A 12 ANOS EM NITERÓI E SÃO
GONÇALO



- Hospital Heitor Carrilho - Psiquiatria
- Hospital Psiquiátrico de Jurujuba - Psiquiatria
- * Hospital Penitenciário
- * Hospital da Polícia Militar do Estado - Geral

2 -- Centros de Saúde:

- Centro de Saúde Dr. Carlos Antonio da Silva (São Lourenço)
- Centro de Saúde Santa Rosa
- Posto de Saúde Itaipú
- Posto de Saúde Dr. Rui Carlos Decnop (Ilha da Conceição), em comodato com a Prefeitura Municipal.
- Posto de Saúde Barreto (Ex-Dispensário João da Silva Vizella)
- Posto de Saúde Caramujo
- Sub-Posto de São Francisco

e) Municipal:

- O Município não possui nenhuma Unidade de Saúde para a população em geral.
- Instituto de Benefícios e Assistência ao Servidor Municipal (IRASM), possui 1 unidade ambulatorial e médicos credenciados.

SUB-SETOR PRIVADO

Este pode ser distinguido em lucrativo e não lucrativo.

a) Lucrativo: - representado por 32 clínicas e/ou casas de saúde.

b) Não Lucrativo: -

- Hospital do A.S.P.E.R.J. (Associação dos Servidores Públicos do Estado do Rio de Janeiro).
- Círculo Beneficente São José Operário (apenas ambulatorio), atualmente UMS Dr. José Francisco da Cruz Nunes Filho.

Dos serviços hospitalares existentes em Niterói, a maioria é composta por hospitais e casas de saúde particulares mantidas através de convênio com o INPS, possuindo em média 40 a 60 leitos cada, num total de 1141 (tabela 22).

Os hospitais públicos, em número de 9 (1 fechado para reformas), possuem características diversas: porte maior, várias especialidades e aproximadamente 1.600 leitos.

A grande maioria dos hospitais e casas de saúde, com raras exceções, localiza-se na área urbana central (anexo 1).

Os serviços do tipo ambulatorial (e também aqueles oferecidos pelos Postos de Saúde), não vinculados a hospitais (em número de 11), tanto filantrópicos quanto os do INPS e da Secretaria de Estado de Saúde, possuem melhor distribuição geográfica - apesar de insuficientes e de proporcionar baixa cobertura da população.

As unidades do INPS funcionam em 3 turnos (7 às 19 horas), o que não ocorre com as unidades da Secretaria de Estado de Saúde, onde o funcionamento é feito em 1 ou 2 turnos.

A imensa maioria das instituições do setor público que prestam Serviços de Saúde em Niterói, o fazem quase exclusivamente através de médicos, recurso humano mais usado. Em contrapartida, constata-se a utilização excessivamente baixa de enfermagem - tanto de nível auxiliar, quanto superior. A relação geral MÉDICO/ENFERMEIRA é de 11/1 - completamente invertida em relação ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde - sendo que no INPS é de 46/1.

A situação mostrada na tabela 23 ainda é boa se comparada à do setor privado (consultórios, casas de saúde, clínicas, etc.), visto que neste é praticamente exclusiva a utilização de certos profissionais de nível superior (médico ou dentista).

TABELA 2.2

CAPACIDADE INSTALADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI, 1976

ESTABELECIMENTO	NÚMERO DE LEITOS									NÚMERO DE CONSULTÓRIOS									
	OBSTETRICIA	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA GINECOLÓGICA	CLÍNICA PEDIÁTRICA	CLÍNICA DE DOENÇAS TROPICAIS	CLÍNICA DE DOENÇAS INFANTIS	CLÍNICA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VETUS	CLÍNICA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VETUS	TOTAL	CLÍNICA GINECOLÓGICA	CLÍNICA PEDIÁTRICA	CLÍNICA DE DOENÇAS TROPICAIS	CLÍNICA DE DOENÇAS INFANTIS	CLÍNICA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VETUS	CLÍNICA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VETUS	CLÍNICA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VETUS	CLÍNICA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VETUS	CLÍNICA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VETUS	
NES																			
H. UNIV. ANTONIO FERRO	12	119	69	33	60	--	--	90	383	1	1	1	--	1	--	12	21		
DES																			
P. DE ASSISTÊNCIA GÊNICA	--	--	--	--	--	--	--	--	--	11	13	6	13	5	14	45	107		
P. DE URGÊNCIA	8	--	--	--	--	--	--	--	8	2	--	--	--	--	1	--	1		
P. DE ATENDIMENTO DO DOENÇA	--	--	--	--	--	--	--	--	--	6	--	--	--	--	--	--	6		
GERENCIAMENTO DE DOENÇAS GÊNICAS	--	--	--	--	--	--	--	--	--	8	--	--	--	--	--	--	8		
H. GRUPO DE SAÚDE	--	--	--	--	--	--	--	90	70	--	--	--	--	--	--	--	--		
SES																			
H. SÃO BARTOLOMEU	--	14	--	10	--	106	--	--	202	1	--	--	--	--	1	--	2		
H. HENRIQUE GOMES LEITE	5	--	--	69	--	--	--	--	74	--	9	--	--	--	1	3	12		
H. ANTÔNIO LIMA (EM RECONSTRUÇÃO)	10	--	12	--	--	276	--	117	268	1	--	--	--	1	1	3			
H. EPÍFANIO CARVALHO	3	--	--	--	--	--	250	--	203	--	--	--	--	--	1	4	4		
H. PSICOTERAPIA DA FAMÍLIA	--	--	--	--	--	--	250	--	350	--	--	--	--	--	1	1	2		
H. FORTALECIMENTO	--	10	10	--	--	--	--	--	20	1	--	--	--	--	1	--	2		
C. DE SAÚDE SÃO JOSÉ	--	--	--	--	--	--	--	--	--	3	3	1	1	1	1	4	15		
C. DE SAÚDE DR. ANTÔNIO LIMA FERREIRA	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	1	1	2	1	4	15		
P. DE SAÚDE DE JARDIM	--	--	--	--	--	--	--	--	--	3	--	--	--	--	1	1	5		
P. DE SAÚDE DR. PAV. C. SACRE	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	1	--	2		
P. DE SAÚDE DO BARRIO	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	5	--	1	1	6		
P. DE SAÚDE GOMES	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	1	--	2		
OUTRAS																			
IBAM	--	--	--	--	--	--	--	--	--	2	1	1	1	--	1	2	8		
H. ASFERO	--	--	16	10	14	--	--	24	64	--	--	--	--	--	--	--	--		
H. SANTA CRUZ	--	115	113	25	10	--	--	10	273	7	1	--	--	--	--	--	8		
C. B. SÃO JOSÉ GOMES	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	1	--	--	1	--	4		
H. DA IGREJA MILITAR	--	--	54	13	24	--	--	24	115	1	3	1	1	1	--	12	15		
H. PRIV. ORGANIZADAS DO TRF	37	205	262	252	111	90	152	222	1141	31	10	5	1	1	8	31	87		
T O T A L	77	485	536	312	318	384	702	557	3272	82	45	17	25	11	37	114	151		

TABELA 23

RECURSOS HUMANOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI, 1976

DISCRIMINAÇÃO	P.S.	C.S.	P.S.	P.S.	P.S.	C.S.	I	U	S	L	FUNDO	FUNDO	FUNDO	A	I	X	S	S	AMB.	AMB.	AMB.	H	TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
MÉDICO	12	48	03	01	04	04	28	54	658	01	32	01	02	01	79	512	35	100	19	01	01	02	03	1201
DENTISTA	03	68	--	--	04	01	25	02	15	01	04	--	01	--	14	66	08	05	12	--	02	01	--	232
ENFERMEIRA	04	14	--	--	--	--	09	--	94	--	03	--	--	01	01	11	02	--	--	--	--	--	02	141
VETERINÁRIO	--	04	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	04
ASSIST. SOCIAL	--	--	--	--	--	--	--	19	07	06	--	--	06	--	16	01	--	01	--	--	--	12	--	68
NUTRICIONISTA	--	--	--	--	--	--	--	24	--	01	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	01	28
FARMACÊUTICO	--	--	--	--	--	01	--	19	--	--	--	--	--	--	19	02	--	--	--	--	--	--	--	18
PSICÓLOGO	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	01	--	--	--	--	--	01	02
FISIOTERAPEUTA	--	--	--	--	--	--	--	01	--	--	--	--	--	--	--	01	01	--	--	--	--	--	--	02
ANEX. DE SERV. MÉDICOS	23	78	02	02	05	32	85	04	198	--	12	02	01	02	46	164	61	03	--	02	02	02	--	628
PERSONAL ADMINISTRATIVO	18	55	02	02	--	01	28	--	--	--	13	--	07	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	121
HISTORIISTA	03	03	--	--	--	--	04	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	10
FARMACIA	--	01	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	01
TECNICO	01	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	01
ELETRICISTA	--	01	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	01
SERVENTES E COZINHAS	33	110	03	--	06	08	51	18	252	02	66	10	--	05	07	220	66	01	14	--	--	--	--	973
TOTAL	97	377	10	05	19	17	229	78	1371	11	124	26	04	22	147	1688	176	111	46	03	05	05	03	1914

Quanto às atividades desenvolvidas pelos Postos de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde, nota-se que, em 1976, o número de inscrições de gestantes, lactentes, pré-escolares e escolares foi de 3230, num total aproximado de 12000 consultas nas sete unidades, o que dá uma cobertura muito pequena para o Município (1% apenas).

T A B E L A 24

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS 7 UNIDADES SANITÁRIAS DA S.E.S. NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, 1976

G R U P O	Nº DE INSCRIÇÕES	TOTAL DE CONSULTAS
GESTANTES	800	4780
LACTENTES	1200	2850
PRE-ESCOLAR	680	2550
ESCOLAR	550	1670

fonte: S E S - RJ

No que se refere às imunizações realizadas em 76, pode-se observar nas tabelas 25 e 26 que, em relação às crianças menores de 1 ano, está havendo uma pequena cobertura, quaisquer que sejam as razões apontadas.

Quanto à varíola e à poliomielite, há um relativo excesso de cobertura, certamente das crianças que tinham passado da data de vacinar e foram vacinadas em outra idade. Porém, em relação a sarampo e tétano, a cobertura é extremamente pequena, mesmo se considerando as vacinações feitas fora da idade indicada.

T A B E L A 25

VACINAÇÕES REALIZADAS PELAS UNIDADES SANITÁRIAS DA S.E.S. - 1976

VACINAS		GRUPOS DE IDADE				IGN	TOTAL
		≥ 1 a	1 - 4	5-14	15 e +		
B C G	ORAL	1025	585	756	76	274	2716
	I.D.	2983	2964	10582	5	4021	20555
ANTI-POLIO (Vacina Sabin)	1a.	3883	3096	933	-	445	8357
	2a.	2685	1834	412	-	226	5157
	3a.	2879	1738	713	-	228	5558
	REF.	-	2093	1105	-	336	3534
	TOTAL	9447	8761	3163	-	1235	22606
ANTI-SARAMPO	UNICA	1982	1245	691	-	409	4527
D T P (VACINA TRÍPLICE)	1a.	4629	2500	119	-	281	7529
	2a.	2873	1729	149	-	113	4864
	3a.	2289	1410	97	-	87	3883
	REF.	-	1959	487	-	94	2540
	TOTAL	9791	7598	852	-	575	18910
ANTI-VEIOLA	PRIMO	962	1490	9743	1692	431	14318
	REVAC	-	868	25009	48192	6380	80449
	TOTAL	962	2358	34752	49884	6811	94767
TOXOIDE TETANI CO (GESTANTE)	1a.	-	-	43	1112	151	1306
	2a.	-	-	36	645	64	745
	3a.	-	-	-	68	18	86
	REF.	-	-	-	205	64	269
	TOTAL	-	-	79	2030	297	2400
TOXOIDE TETANI CO (OUTROS)	1a.	10	29	2057	4561	1773	8430
	2a.	8	28	959	2734	779	4508
	3a.	-	-	-	-	-	-
	REF.	-	41	553	605	63	1262
	TOTAL	18	98	3569	7900	2615	14200
TOXOIDE DIFTE- RICO TETÂNICO (DUPLA)	1a.	72	167	793	-	30	1062
	2a.	116	177	644	-	348	1335
	REF.	-	168	369	-	2	539
	TOTAL	188	512	1806	-	430	2936
ANTI-TIFÓIDICA	1a.	-	3	27	256	1102	1388
	2a.	-	4	24	164	1130	1322
	REF.	-	-	5	33	20	58
	TOTAL	-	7	56	453	2252	2768
ANTI-RÁBICA		-	-	20	10	-	30

fonte: S E S - RJ

TABELA 26

COBERTURA DE IMUNIZAÇÕES NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS, em % - 1976.

VACINA	GRUPOS ETÁRIOS				GESTANTES
	>1 ano	1 a 4 anos	5-14 anos	15-44 anos	
Contra tuberculose (BCG intradérmico)	40	*	63	65	--
Contra poliomelite (Sabin)	42	115	38	--	zero
Contra difteria, coqueluche e tétano (DPT)	44	100	10	--	--
Contra sarampo	27	**	**	--	--
Contra varíola	13	***	207	134	--
Contra tétano	--	--	--	--	32

fonte: S.E.S. - RJ

OBSERVAÇÕES:

- * caso sejam somadas as crianças vacinadas nesse grupo, a cobertura sobe para 79%
- ** caso sejam somadas as crianças vacinadas nesses grupos, a cobertura sobe para 55%
- *** caso sejam somadas as crianças vacinadas nesse grupo, a cobertura sobe para 45%

2.4 - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

No que se refere aos Serviços de Assistência Social, a partir do cadastro junto desta Secretaria Municipal, foi elaborada a tabela 27 que põe em evidência o amplo predomínio de entidades cujo atendimento é bastante diversificado, em um total de 26 entidades.

A maioria das Instituições de Assistência Social são particulares, filantrópicas, mantidas através de subvenções, convênios e contribuições de associados, localizadas na área urbana mais central da cidade.

A diversidade de seus objetivos, em face da complexidade da clientela, exige um esforço muito grande para sua manutenção, além de não lhes oferecer condições de eleger um objetivo principal. Este aspecto, contribui para o aumento de gastos com recursos humanos, necessidade de maior área física, aumento de despesas com montagem, manutenção e pessoal.

Ocupou o 2º lugar os serviços cuja clientela exclusiva é o menor. Estão, em sua maioria, localizadas no perímetro urbano central, em prédio próprio, sem possuir entretanto áreas para lazer, o que compromete bastante o desenvolvimento normal da clientela.

Os serviços existentes tem, quase sempre, objetivos educacionais, atendimento médico e dentário. Os dois últimos são, na maioria das vezes, prestados por voluntários, sem preparação adequada para a atenção ao menor.

Alguns Serviços funcionam em regime de semi-internato. A maioria funciona em regime de internato e o menor sai apenas nos períodos de férias.

Além das atividades escolares os menores recebem aulas de trabalhos manuais obrigatórios e orientação religiosa. Não possuem nenhum horário para atividades livres.

Poucas são as entidades que tem as condições mínimas para a assistência ao menor.

A maioria dos Serviços liberam a criança aos 14 anos, período de adolescência. Ele nada, ou quase nada, pode oferecer à sociedade da qual, de agora em diante, fará parte mais diretamente. Por outro lado, também a sociedade nada lhe oferece. Diante deste quadro, o que infelizmente pode-se prever não é mais "menor abandonado" mas o desajustado social.

Os Serviços que realizam trabalho com os deficientes físicos e mentais são todos particulares, mantidos através de subvenções, convênios e associados. Uma delas, encontra-se localizada em zona distante do centro de Niterói. Caracterizam-se por possuir pessoal mais especializado e tentar focar o trabalho mais globalmente.

Os Serviços que tratam do problema da doméstica, são particulares com finalidade filantrópica. Localizam-se em Icaraí e Santa Rosa, bairros que concentram maior e melhor mercado de trabalho. As pessoas procuram a entidade em busca de emprego e, após o cadastramento da cliente, e de acordo com as disponibilidades, são encaminhadas.

O objetivo principal da entidade é proporcionar à doméstica melhores condições para exercer a profissão. Para atingir seus objetivos é oferecido à clientela cursos de culinária, corte e costura, previdência social e orientação religiosa.

A doméstica que não possui família tem oportunidade de passar os domingos na Instituição, evitando assim, a exploração de mão de obra e proporcionando mais apoio e maior segurança emocional.

Quanto às Instituições que cuidam do problema do velho, são todas particulares, situadas no centro da cidade. A grande maioria não possui áreas livres, nem oferece atividade alguma a sua clientela. A única opção, quase sempre, é o aparelho de televisão.

Como se observa, o problema do gerontino é bastante sério. Contrariando a Constituição, os maiores de 50 anos têm a possibilidade de emprego bastante reduzida. Tal medida agrava-se mais ainda quando se sabe que a média de vida do brasileiro para o ano de 1975, foi estimada em 63 anos.

Diante desse quadro, é necessário maior atenção no atendimento ao idoso.

Em relação aos detentos, as entidades oficiais embora com equipe especializada, não possuem pessoal suficiente, na maioria dos casos, para dar continuidade ao tratamento após a saída da penitenciária.

As Instituições particulares, sem pessoal especializado, limitam-se ao trabalho de puro assistencialismo. O objetivo destas entidades é o apoio espiritual ao detento e sua família. Para tal, realizam visitas às penitenciárias, em alguns casos é prestada a assistência jurídica.

A análise, envolveu apenas 26 Instituições, porém, permitiu avaliar a carência de pessoal habilitado, principalmente no atendimento ao menor, exceção feita aos serviços que atendem excepcionais. Nota-se também, pelo fato da direção das Instituições estar entregues a pessoas leigas em Serviço Social, certas dificuldades, em alterar as atuais formas de assistencialismo, para outras formas que promovam mais integralmente o homem, no contexto da família e da sociedade.

T A B E L A 27

CAPACTERIZAÇÃO DAS ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE NITERÓI, 1977

TIPO DE CLIENTELA	FINALIDADE	FAIXA ETÁRIA	TIPO DE ATENDIMENTO	CONVÊNIO
38	Assistência Geral: médica, social e religiosa	não há limite	Cursos semi-profissionais, assistência médico-social, escolas de 1º grau	Sec. de Educ. e Cultura
31	Assistência Social ao Menor	3 aos 18	Jardim de Infância, Maternal IMA, Sec. de Escola de 1º grau, cursos semi-profissionalizantes, orientação religiosa	IMB, Sec. de Educ. e Cultura, FEFEM, FUNAREM, JUIZADO
19	Assistência médica, social, psicológica e Jurídica	não há limite	Educacional, médico, social e Profissional	INPS, IASERJ, Sec. Educ., IPAPERJ, Ministério do Exército, Aero-náutica, Marinha, IBA, FEEM
4	Assistência Social, orientação religiosa	5 a 35 anos	Cursos semi-profissionais, cursos supletivos	-
4	Amparar e assistir à velhice	-	Assistência alimentar, cursos	-
4	Assistência Social ao interno e a família	não há limite	Assistência espiritual e jurídica	-

3 - SINTESE

O Município de Niterói apresenta características semelhantes às de outras cidades componentes da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, destacando-se as seguintes:

A - DEMOGRÁFICAS E SÓCIO-ECONÔMICAS

- largo setor populacional de baixa renda;
- alta percentagem de população favelada;
- predomínio de população abaixo de 15 anos de idade;
- grande parte da população (e dos serviços em geral) concentra-se na região central e sul do Município - condicionado este fato, até certo ponto, pela caracterização topográfica;
- nas áreas centro e sul, predominam as camadas populacionais de média e alta rendas;
- metade, aproximadamente, da população economicamente ativa não trabalha em Niterói (caracterização de cidade dormitório);
- pequena parcela da população servida em termos de água, esgoto e coleta de lixo;
- esvaziamento dos serviços públicos quanto às áreas de influência e capacidade decisória.

B - DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

- forte mortalidade, notadamente infantil;
- padrão de mortalidade híbrido: causas de morte típicas de boas condições de vida concomitantes com outras de características poli-carência;
- esvaziamento da força de trabalho por mortalidade precoce (ocorrida abaixo de 50 anos de idade);
- alta incidência e prevalência de doenças nos grupos de baixa idade da população;
- alta morbidade por doenças infecto-contagiosas redutíveis por diversos tipos de intervenção;
- inadequação dos serviços de intervenção social (relativos ao menor, gerontino, presidiário, etc...);
- difícil acesso da população aos serviços de saúde existentes, seja pela localização destes, seja por discriminação de clientela (INPS, IPASE, FUNRURAL, IASERJ, etc...). Fica descoberta grande parte da população, principalmente a de residência peri-urbana;
- serviços de saúde de baixa eficácia e eficiência, fato vinculado principalmente a distorções de composição dos recursos humanos (excesso de profissionais de nível superior em relação aos de nível médio e auxiliar).

III - M O D E L O D E I N T E R V E N Ç Ã O

Conforme se deduz da "Caracterização do Município", torna-se necessário implementar certas correções no conjunto de Serviços de Saúde de Niterói (principalmente no que se refere ao sub-setor público), ao lado de instituir maior racionalidade e funcionamento integrado no setor Saúde como um todo. Para tanto, propõe-se um Modelo de Intervenção de acordo com as características que se detalham a seguir.

1 - CARACTERES GERAIS

- a) REGIONALIZAÇÃO - a problemática SAÚDE/DOENÇA assume características particulares conforme a área geográfica, o tipo de população, o contexto social, e etc. considerados. Esses condicionantes determinam, inclusive, direção e sentido do fluxo de pacientes na procura dos Serviços de Saúde. A regionalização conceitua-se como a divisão de certa área, como a do Município de Niterói, em "regiões" CONFORME o fluxo de pacientes à procura de Serviços de Saúde, de tal modo que considera fatores como: facilidade de transporte, características da população em demanda, recursos de serviços já existentes e os necessários, etc.
- b) HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIÇOS - é conceituado como a organização funilar dos Serviços de Saúde, de custos crescentes e cobertura decrescente. Dessa forma, o nível mais elementar do conjunto de Serviços de Saúde, é composto por certo número de unidades que, oferecendo serviços simplificados, cobrem grande parte da demanda. Pelo mesmo motivo, o custo de cada paciente deste nível é baixo. Importa enfatizar que a simplificação referida não prejudica a qualidade do serviço - antes a incrementa, uma vez que é imperativo o constante reajuste às necessidades locais de todos os serviços aí prestados, além de ser possível a utilização de recursos humanos de nível médio. Para os níveis mais complexos do sistema, são encaminhados todos os casos que ultrapassem a capacidade de intervenção desse primeiro nível. Desse modo, tais níveis mais complexos necessitam estar mais instrumentados (pessoal treinado em nível mais alto e serviços especializados) - e essa característica redundará nos "custos crescentes" já referidos. Em contrapartida, o número de pacientes atendidos a esse nível é menor que o que demanda o nível mais simples.
- c) AUMENTO DA COBERTURA - a racionalização ensejada pela organização dos serviços em um Sistema Regionalizado, possibilita conseguir - pelo aumento da eficiência das diversas unidades componentes - um aumento quantitativo e qualitativo da cobertura da população com Serviços de Saúde, necessidade imperiosa identificada em Niterói.

- d) COORDENAÇÃO INTERINSTITUCIONAL - o Sistema Regionalizado de Saúde, exige a inexistência de duplicidade de ação. Todas as instituições atuantes no Município dentro do setor Saúde necessitam unir esforços, formando um conjunto ordenado com objetivos, funções e atividades afins e complementares.
- e) FINANCIAMENTO MULTILATERAL - busca centralizar no Sistema Regionalizado a captação e utilização dos recursos financeiros disponíveis, em fontes internas e externas, para o setor Saúde.
- f) RELACIONAMENTO COM O SISTEMA INFORMAL - face à cobertura historicamente baixa ou nula da população no que se refere a Serviços de Saúde, o que se observa é que as comunidades forjam mecanismos com que procuram suprir suas necessidades. São os sistemas informais de saúde que, por meio de conhecimento e ações empíricas (e frequentemente empírico-místicas) realizam aquela tarefa com maior ou menor eficácia. Exemplos concretos destes sistemas seriam: parteiras, curandeiros e pessoas que exercem auto ou heteromedicação. Sendo portanto, dados da realidade, faz-se necessário um adequado relacionamento entre os sistemas informal e formal.
- g) PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA - sendo a saúde uma situação que abrange os terrenos físico, social e mental, variável continuamente com o tempo e segundo o contexto sócio-econômico e cultural, impõe-se o ensejo para que determinada população influencie nos instrumentos destinados à intervenção em sua realidade sanitária. Esse conceito ecológico de Saúde - que inclui a noção de que os homens definem Saúde na relação que mantêm com a Natureza e entre si - encara as comunidades como autores, agentes e destinatários do Sistema de Saúde, e não simplesmente seu objeto. Desse modo, acata-se a idéia que ao longo do tempo tem-se firmado como definitiva de que nenhum Programa de Saúde é realmente útil se não inclui a aceitação da população e sua participação ativa nele.
- h) USO DE EQUIPE DE SAÚDE - para o trabalho de intervenção na realidade sanitária do Município é necessário um Sistema de Saúde que cubra suas complexas necessidades. É sabido que o trabalho de saúde pública excede o âmbito meramente médico, uma vez que abrange as áreas "física, social e mental". Desse modo a equipe institucional de saúde deve ser multiprofissional - para que cubra aquelas áreas referidas - e polivalente - para que não se formem no interior do trabalho, compartimentos estanques de atuação.

9 - INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE - o trabalho dentro do Sistema Regionalizado é o de agenciamento da Saúde da população durante todo o ciclo vital. Desse modo identifica a artificialidade dos limites de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em Saúde. Em todos os momentos e níveis do trabalho, todos esses "estágios", necessariamente, estarão sendo exercidos, o que caracterizará a Integralidade da Atenção de Saúde. A universalização da atenção à Saúde que é coerente com o Sistema Regionalizado, exige a eliminação das clientela cativas em qualquer nível de atenção.

10 -REPRODUTIVIDADE - assim como em outros Sistemas Regionalizados que se está implementando no Brasil, o do Município de Niterói deve ter como um dos objetivos a obtenção de um modelo viável política, técnica e economicamente.

2 - DEFINIÇÃO DOS NÍVEIS

NÍVEL I - correspondendo desde o domicílio familiar até as unidades de saúde periféricas implantadas em áreas abrangendo alguns bairros ou favelas ou em um bairro específico dependendo da densidade demográfica e suas necessidades de serviços de saúde, visto que a divisão distrital e sub-distrital do município não oferece subsídios fundamentais em relação aos parâmetros citados.

De acordo com as diretrizes da Lei 6.229/75 é da competência dos municípios a manutenção dos serviços de saúde de interesse da população local, como também articular os planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área; manter vigilância e epidemiológica e integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde.

Dentro dessas competências, neste nível acima citado, a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência pretende atuar preenchendo o espaço vazio existente nas áreas periféricas urbanas do Município de Niterói, criando uma rede de Unidades Municipais de Saúde (UMS) voltadas para as ações simples de saúde.

Será operado basicamente por pessoal auxiliar e médico generalista com responsabilidades de desenvolver atividades de medicina, comunitária integrada e simplificada tendo em vista a vigilância epidemiológica, imunizações, saneamento básico, educação e demais atividades pertinentes.

NÍVEL II - atenderá a áreas programáticas, às quais oferecerá ações de nível I, atividades ambulatoriais, hospitalizações, laboratório e radiologia básica.

Em Niterói esse nível compreenderá os hospitais da Secretaria de Estado de Saúde e do Instituto Nacional de Previdência Social.

NÍVEL III - hospital, que cobrirá todo o Município desempenhando as seguintes funções: atendimento ambulatorial, hospitalizações por especialidade médica, laboratório, radiologia e odontologia especializados; como centro natural de referência dos demais níveis tem-se o Hospital Universitário Antonio Pedro.

CONSIDERAÇÕES

Como se depreende da análise feita, torna-se difícil, sem um trabalho prévio de educação, formar as UMS constituídas basicamente por auxiliares de saúde polivalentes, em regime de supervisão. Contudo pretende-se desenvolver essa mentalidade frente aos problemas de saúde. Para tanto, a escolha dos locais da implantação das unidades - feita com base na caracterização do Município - recai sobre áreas carentes, algumas distantes do Centro e desprovidas de serviços de saúde, aonde é possível desenvolver ações básicas com pessoas da própria comunidade.

3 - RECURSOS HUMANOS

Para cada UMS pretende-se ter um quadro básico de profissionais, podendo sofrer alterações quanto à quantidade e qualificação profissional, dependendo da área. A escolha está sujeita a sucessivas revisões, na medida em que a experiência na adequação dos serviços, permita visualizar dificuldades e erros que se apresentem.

A UMS, operando de maneira integrada, permitiria desconcentrar a demanda do Hospital Antonio Pedro, e, ao mesmo tempo, ampliaria a área programática, tornando-se mais acessível, pela proximidade de no atendimento da população.

Pretende-se que a maior parte dos profissionais ligados aos serviços de saúde municipais tenham relativa polivalência.

4. - MODELO DE SUPERVISÃO

De modo a ser coerente com o modelo proposto, a supervisão deverá efetuar-se por equipes multiprofissionais, dentro de um fluxo hierárquico dos níveis apresentados abaixo.

Um primeiro nível de supervisão é o da unidade, de modo a garantir a crescente qualidade da atenção à saúde.

Um segundo nível, deverá ser o do núcleo técnico central, multiprofissional, às diversas UMS e seu pessoal.

E por fim, o terceiro nível é das outras instituições envolvidas nos programas, tanto a nível central quanto a nível local (Secretaria de Estado de Saúde, Universidade Federal Fluminense, e demais instituições).

A supervisão deverá se caracterizar principalmente por atividades educativas (treinamento em serviço) procurando o aperfeiçoamento e o desenvolvimento do profissional em atividade, qualquer que seja o seu nível.

5. - REESTRUTURAÇÃO ADMINISTRATIVA

Visando a ampliar e dinamizar as atividades da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência, bem como atender aos novos objetivos propostos, torna-se necessário modificações dos métodos de trabalho, e a introdução de técnicas administrativas inovadoras, além de profundas alterações na própria estrutura da Secretaria.

A situação atual é esdrúxula, pois coexistem, sem subordinação hierárquica, Departamento e Divisão. As UMS, caso existissem, estariam subordinadas à Seção de Assistência a Programas Sanitários. Os serviços funerários e cemitérios municipais subordinam-se ao Serviço de Assistência Social Geral.

Em síntese, o que existe são órgãos com atividades unicamente a nível central, com uma hierarquia funcional bastante confusa e conflitante, propondo-se então a elaboração de uma nova estrutura, mais simples e funcional.

IV - PLANO DE AÇÃO PARA O PERÍODO

77 / 80

1 - OBJETIVOS GERAIS

Contribuir, através de programas e atividades, para a melhoria do nível de saúde e bem estar social da população niteroiense.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 - Intensificar o combate às doenças transmissíveis, sobretudo aquelas redutíveis e erradicáveis por agentes imunizantes;
- 2 - Implantar o Programa Materno-Infantil, conforme as diretrizes da Coordenação de Proteção Materno-Infantil;
- 3 - Intensificar as ações relativas à Suplementação Alimentar, de acordo com as diretrizes do INAN;
- 4 - Promover medidas adequadas à participação comunitária nos programas e atividades, notadamente aquelas de caráter local;
- 5 - Reorganizar administrativamente a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência;
- 6 - Montar ações e atividades que permitam atender adequadamente a população niteroiense durante as 24 horas;
- 7 - Preparar pessoal auxiliar em larga escala para aumentar a cobertura de serviço;
- 8 - Construir, instalar e ampliar as unidades de saúde e promoção social;
- 9 - Estabelecer um sistema de informações bio-estatística no âmbito municipal, abrangendo os vários setores de atividade;
- 10 - Implantar programa de saneamento ambiental.

2 - PRIORIDADES

Conforme pode ser observado na análise diagnóstica, existem certas áreas, dentro do Município de Niterói, que podem ser consideradas carentes (quanto a localização, ausência de Serviços de Saúde, população de baixa renda, condições de moradia precária, ocorrência de surtos epidêmicos de certas doenças, número elevado de óbitos, etc.), enumeradas a seguir, nas quais torna-se imperativo uma atuação dos órgãos governamentais :

- Pendotiba - 77
- Ilha da Conceição 28-78
- Tenente Jardim - 79
- Santa Bárbara 78
- Morro do Cavalão 78
- Cubango - 29
- Itaipu - Município de Itaipu (Dep. de Itaipu)
- Fonseca
- Riódades
- Jurujuba 29/80
- Barreto - Município de Barreto
- Caramujo - Município de Caramujo
- Engenhoca - 79
- Atalaia 78
- Várzea das Moças 50
- São Francisco (englobando Charitas). - Município de São Francisco

Dentre essas áreas, foram consideradas, para o ano de 1977, com as limitações financeiras atuais, 4 áreas onde a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência iniciará o desenvolvimento de seus programas (Pendotiba, Ilha da Conceição, Tenente Jardim e Santa Bárbara).

Havendo disponibilidade financeira 2 outras áreas poderão também ser beneficiadas (Morro do Cavalão e Cubango).

Dentro do espírito de prioridade, a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência procurará atuar através do estabelecimento de programas, definidos da seguinte forma:

Programas - meios:

- administração geral.
- instalação e construção de unidades de saúde e promoção social.
- treinamento de recursos humanos.

Programas - fins:

- materno-infantil.
- assistência geral.
- assistência odontológica.
- controle e erradicação de doenças transmissíveis.
- saneamento ambiental.
- promoção social.

Programas especiais:

- alimentação do trabalhador municipal.
- serviços funerários e cemitérios municipais.

3 - PROGRAMAÇÃO GERAL

PROGRAMA 1 ADMINISTRAÇÃO GERAL

Objetivos:

- oferecer meios, a fim de que as técnicas e os princípios administrativos sejam aplicados de forma eficiente, garantindo assim a continuidade da execução das Ações de Saúde e Promoção Social.
- reestruturar a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência, tendo em vista os objetivos gerais da Secretaria e da Prefeitura Municipal, capaz de assegurar a execução e a avaliação dos seus resultados;
- delegar responsabilidades técnicas e administrativas a fim de fortalecer a descentralização administrativa.
- fornecer o processo de supervisão e treinamento em serviço, inclusive com determinação de normas e procedimentos.

Justificativa:

A atual estrutura organizacional é extremamente precária, não permitindo a execução de uma política concreta de extensão de serviços de saúde à população niteroiense.

Neste programa pretende-se concentrar todos os dispêndios financeiros com pessoal, tanto a nível central quanto local, além de propor uma nova estrutura para a Secretaria, mais adequada ao desenvolvimento das suas atividades procurando ter o mínimo de pessoas fora dos programas-fins, e com funções normativas e de supervisão/treinamento em serviço.

Orgãos envolvidos:

- Secretaria Municipal de Saúde e Assistência (SMS)
- Secretaria Municipal de Administração (SMA)
- Secretaria Municipal de Fazenda (SMF)
- Coordenação de Planejamento e Desenvolvimento Urbano (CPDU)

- Secretaria de Estado de Saúde (SES)
- Universidade Federal Fluminense (UFF)

metas

DISCRIMINAÇÃO	1 9 7 7	1 9 7 8	1 9 7 9	1 9 8 0
personal de administração e supervisão geral	20	24	26	26
personal de coordenação e execução local	200	250	180	310

dispêndios programados

EM CR\$ 1.000,00

ATIVIDADES	1 9 7 7	1 9 7 8	1 9 7 9	1 9 8 0
administração, coordenação, supervisão e execução dos serviços técnicos e administrativos	4.970,0	6.828,3	8.200,0	9.100,0

PROGRAMA 2 CONSTRUÇÃO, INSTALAÇÃO E AMPLIAÇÃO DE UNIDADES
MUNICIPAIS DE SAÚDE E DE PROMOÇÃO SOCIAL

objetivos:

- ter uma rede de Unidades Municipais de Saúde, nas áreas mais carentes do município, composta de pelo menos 12 unidades;
- instalar mais 2 unidades tipo Centro Social Urbano;
- equipar as unidades com material necessário, para seu funcionamento.

justificativa:

No momento atual, a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência dispõe de uma unidade de promoção social (Centro Social Urbano "Marcolino Gomes Candau"), e nenhuma unidade de saúde.

órgãos envolvidos:

- Secretaria Municipal de Saúde e Assistência
- Secretaria Municipal de Obras e Urbanismo
- Coordenadoria de Planejamento e Desenvolvimento Urbano
- Secretaria de Estado de Saúde
- Fundação Leão XIII
- Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN).

metas

DISCRIMINAÇÃO	1977	1978	1979	1980
Instalar Unidades Municipais de Saúde	4	4	2	2
Instalar Centros Sociais Urbanos	-	-	1	1

dispêndios programados

EM CR\$ 1.000,00

ATIVIDADES	1977	1978	1979	1980
Construção, instalação e ampliação de unidades municipais de saúde	2.648,0	4.000,0	3.000,0	3.000,0
Construção e instalação de Centros Sociais Urbanos	--	--	4.000,0	4.000,0
Equipamentos	352,0	1.200,0	2.400,0	3.600,0
TOTAL	3.000,0	5.200,0	9.400,0	10.600,0

PROGRAMA 3 TREINAMENTO DE RECURSOS HUMANOSobjetivo

Treinar o pessoal em todos os níveis, para atuação nas Unidades Municipais de Saúde/Promoção Social.

justificativa

A atualização de pessoal - através de programas contínuos de treinamento e supervisão - torna-se imperativo para o desenvolvimento eficaz de um programa de saúde comunitária, caracterizado pela integração das atividades de saúde pública e promoção social.

situação atual

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência praticamente não dispõe de pessoal profissionalmente envolvido na área de saúde pública e promoção social.

Órgãos envolvidos

- Secretaria Municipal de Saúde e Assistência
- Secretaria de Estado de Saúde
- Universidade Federal Fluminense
- Programa Intensivo de Preparação de Mão de Obra (PIPMO)
- Instituto Presidente Castelo Branco
- Legião Brasileira de Assistência (LBA)
- Fundação Kellogg.
- Escola Nacional de Saúde Pública

metas

DISCRIMINAÇÃO	1977	1978	1979	1980
formação e atualização de pessoal de nível auxiliar	20	30	30	40
treinamento do pessoal de nível superior	8	8	8	8

dispêndios programados

EM CR\$ 1.000,00

ATIVIDADES	1977	1978	1979	1980
formação e atualização do pessoal de nível auxiliar	60,0	90,0	90,0	120,0
treinamento do pessoal de nível superior	32,0	32,0	32,0	32,0
TOTAL	92,0	122,0	122,0	152,0

PROGRAMA 4 MATERNO-INFANTIL

objetivo - contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade do grupo materno-infantil.

justificativa

A maior parcela da população é composta de crianças e mulheres em idade fértil, o que por si só justificaria um programa para esse grupo. Mas o problema se agrava, devido ao elevado número de doenças que afetam as crianças de 0 - 6 anos (altas taxas de morbidade e mortalidade infantís), e dos números também significativos de óbitos por complicações de parto e puerpério.

- atividades
- Captação de gestantes
 - Controle e pré-natal
 - Aplicação de imunizantes
 - Visita domiciliar
 - Inscrição na suplementação alimentar
 - Encaminhamento ao médico
 - Seguimento de casos de doenças infecciosas
 - Detecção e encaminhamento de gestantes de alto risco
 - Controle de puerperas
 - Inscrição da nutriz na suplementação alimentar
 - Controle de saúde oral
 - Captação precoce da criança
 - Controle de saúde da criança
 - Aplicação de imunizantes
 - Encaminhamento ao médico
 - Seções educativas
 - Visita domiciliar
 - Controle de saúde oral
 - Inscrição na suplementação alimentar
 - Controle do estado nutricional das crianças

órgãos envolvidos

- Secretaria Municipal de Saúde e Assistência (SMS)
- Secretaria de Estado de Saúde (SES)
- Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil (PISMI)-
UFF
- Legião Brasileira de Assistência (LBA)

- Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).
- Fundação Kellog
- Ministério da Saúde (M.S.)
- Central de Medicamentos (CEME)
- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN).

metas

DISCRIMINAÇÃO	1977	1978	1979	1980
gestantes	5728	11767	24258	37434
nutrizes	382	787	1620	2499
lactentes (0-1 ano)	382	787	1620	2499
pré-escolares (1-6 anos)	2016	4148	8538	13175
TOTAL	8508	17509	36036	55607

dispêndios programados

EM CR\$ 1.000,00

ATIVIDADE	1977	1978	1979	1980
assistência materno- infantil	353,2	726,8	1495,8	2308,2

PROGRAMA 5 ASSISTÊNCIA GERALobjetivos

- Controle das doenças redutíveis por acompanhamento clínico-preventivo;
- Oferecer serviços de saúde local a grupos populacionais desassistidos;
- Dar atendimento de primeiros socorros.

justificativa

As características de cidade urbanizada de Niterói, com grande contingente de população favelada ou em condições precárias de moradia (em torno de 130.000 em 1975) colocam, em termos de saúde, problemas de ordem diversa (desnutrição x doenças cardíovasculares), que exigem, portanto, soluções distintas e de portes diversos.

atividades

- Atenção ao adulto.
- Indicação de medicamentos de rotina de acordo com as normas.
- Seguimento de casos de tuberculose, lepra, sífilis e câncer cêrvico-uterino.
- Saúde oral.
- Educação para a saúde.
- Notificação compulsória.
- Participar no controle e tratamento de doentes mentais.
- Primeiros socorros.
- Prevenção do choque.
- Controle de hemorragia.
- Dificuldades respiratórias.
- Fraturas.
- Queimaduras.
- Corpo estranho.
- Envenenamento.
- Mordeduras e picadas de animais venenosos.
- Prevenção de acidentes.
- Aplicação de imunizantes.

Órgãos envolvidos

- Secretaria Municipal de Saúde e Assistência
- Secretaria de Estado de Saúde
- INPS
- FUNRURAL
- CEME.

metas quantitativas

DISCRIMINAÇÃO	1977	1978	1979	1980
Assistência Geral	2.726	8.474	14.534	29.904

dispêndios programados

EM CR\$ 1.000,00

	1977	1978	1979	1980
Assistência Geral	54,5	211,9	508,7	1.166,3

PROGRAMA 6 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICAobjetivos

- dar ênfase máxima a ações de baixo custo e alta eficácia, em relação à proteção contra a cárie bem como a de fluoretação da água, da rede geral ou de reservatórios;
- realizar um programa permanente de aplicação de flúor;
- dar preferência a equipamentos de baixo custo para a estruturação dos gabinetes odontológicos;
- dar prioridade ao atendimento clínico de crianças escolarizadas a nível de 1º grau;
- delegar funções, hoje exclusiva do dentista, a pessoal formado a curto prazo, para atender às necessidades básicas da população, atuando sob supervisão.

justificativas

- alta prevalência de cárie dental, notadamente nos escolares;
- inexistência de uma rede municipal estruturada para atender as áreas escolar e sanitária.

atividades

- instalar equipes odontológicas em 2 ou 3 escolas municipais de maior porte com recursos da S.M.E.;
- reequipar a KOMBI (unidade volante);
- nas unidades escolares desenvolver o plano incremental (crianças de 7 a 11 anos) além da aplicação de flúor;
- nas unidades municipais de saúde manter equipamentos de baixo custo para atividades de extração e aplicação tópica de flúor, além de atividades educativas.

órgãos envolvidos

- Secretaria Municipal de Saúde e Assistência
- Secretaria Municipal de Educação e Cultura
- Secretaria de Estado de Saúde
- Secretaria de Estado de Educação e Cultura
- Universidade Federal Fluminense
- Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP)
- FUNRURAL.

metas

DISCRIMINAÇÃO	1977	1978	1979	1980
Odontologia Sanitária	2016	4148	8538	13175
Odontologia Escolar	1400	3800	6200	7200

dispêndios programados

EM CR\$ 1.000,00

ATIVIDADES	1977	1978	1979	1980
Odontologia Sanitária	47,7	83,2	90,3	103,1
Odontologia Escolar	320,7	675,5	519,3	622,2
TOTAL	368,4	758,7	609,6	725,3

PROGRAMA 7 CONTROLE E ERRADICAÇÃO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEISobjetivos

- promover o controle da tuberculose, tétano e sarampo e das outras doenças evitáveis por imunizantes: poliomielite, difteria, coqueluche, varíola, febre tifóide e rai-va;
- reduzir os índices de mortalidade por sarampo, tétano e coqueluche;
- melhorar o sistema de informação das doenças de notifi-cação compulsória.

justificativa

- a participação das doenças transmissíveis no total de óbitos é alta.
- os custos sociais extremamente elevados pelos óbitos de crianças de menos de 5 anos devido a essas enfermida-des;
- a grande incidência de doenças transmissíveis é agrava-da nos grupos populacionais de baixa renda, fazendo com que aquelas crianças, já debilitadas pela desnutrição, se-jam levadas a internações de elevados custos, por doen-ças tais como sarampo, coqueluche, poliomielite e tuber-culose.

órgãos envolvidos

- Secretaria Municipal de Saúde e Assistência
- Secretaria Municipal de Educação e Cultura
- Secretaria de Estado de Saúde
- Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) - (UFF)
- Ministério da Saúde
- Instituto Nacional de Previdência Social
- Legião Brasileira de Assistência
- Central de Medicamentos.

metas

DISCRIMINAÇÃO	1977	1978	1979	1980
BCG oral	6650	7870	8100	8330
intradérmico	31223	32127	33060	33976
Sabin (poliomielite)	47103	48010	49874	51175
DPT (difteria, coque luce e tétano)	39453	40590	41774	42875
VAV (antivariólica)	63060	64883	66767	68653
ATT (tétano)	7650	7870	8100	8330
Anti-Sarampo	7650	7870	8100	8330
Anti-Rábica (popula ção canina)	(*)	(*)	(*)	(*)

(*) dados ainda não estimados.

No cálculo das metas deste programa, utilizou-se a população total do Município de Niterói, visto que pretende-se, envolver na execução do mesmo, não só a Secretaria de Estado de Saúde, que tradicionalmente já desenvolve programas desse tipo, mas todos os órgãos e instituições de saúde de Niterói, visto que não basta vacinar, mas é, de fundamental importância, a notificação das doenças infecto-contagiosas, não só para fins estatísticos, mas, também, para tornar possível, medidas mais eficazes de vigilância epidemiológica, e controle das doenças transmissíveis.

dispêndios programados

EM CR\$ 1.000,00

ATIVIDADES	1977	1978	1979	1980
Controle e/ou erradi cação das doenças transmissíveis	200,0	400,0	600,0	800,0

PROGRAMA 8 SANEAMENTO AMBIENTALobjetivos

- reduzir a morbidade e a mortalidade por doenças transmissíveis de origem hídrica e parasitária, através de medidas de saneamento domiciliar, de baixo custo;
- fornecer elementos e conhecimentos capazes de evitar a poluição do ambiente físico.

justificativas

- o alto índice de doenças causadas por poluição ambiental;
- os dados de estudos sobre o destino de lixo e dejetos indicam a gravidade do problema.

atividades

- Procurar soluções individuais trabalhando-se, inicialmente (metas), com as famílias matriculadas no programa materno-infantil.
- Estudar soluções de saneamento de baixo custo, que possam ser executados ao nível da municipalidade.

órgãos envolvidos

- Secretaria Municipal de Saúde e Assistência
- Secretaria Municipal de Educação e Cultura
- Secretaria Municipal de Obras e Urbanismo
- Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (FEEMA)
- Fundação Serviços de Saúde Pública
- Fundação para o Desenvolvimento da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (FUNDREM)
- FINEP.

metas

DISCRIMINAÇÃO	1977	1978	1979	1980
Orientação, construção e manutenção de melhorias sanitárias	382	787	1620	2499

dispêndios programados

EM CR\$ 1.000,00

ATIVIDADES	1977	1978	1979	1980
Orientação, construção e manutenção de melhorias sanitárias	24,9	71,8	206,8	446,5

PROGRAMA 9 PROMOÇÃO SOCIALobjetivos

- proporcionar à comunidade elementos para torná-la mais consciente do binômio saúde-doença, dos problemas que a acometa e das necessidades de buscar soluções adequadas, através de um processo de educação permanente;
- procurar sempre a participação comunitária no processo de planejamento, execução e avaliação das atividades de saúde;
- considerar os padrões culturais da comunidade como ponto de partida de qualquer mudança desejada.

justificativas

A medicina integral considera o homem, sujeito de suas ações, como um ser em sua tríplice dimensão física, psíquica e social, em interação com seu meio ambiente. Em consequência, atua dentro do contexto global do ser humano e do fenômeno saúde-doença, e se traduz mediante ações integradas de saúde. São ações integradas de saúde as medidas de prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação de saúde, realizadas por uma equipe de saúde.

Além disso, se somam naturalmente os propósitos de que os objetivos dos programas de saúde, sejam alcançados através da obtenção de uma ampla participação dos "grupos" ou "comunidades" da população.

órgãos envolvidos

- Secretaria Municipal de Saúde e Assistência
- Secretaria Municipal de Educação e Cultura
- Secretaria de Estado de Saúde
- Fundação Leão XIII
- Fundação Estadual de Educação do Menor (FEEM)
- Secretaria de Bem-Estar do INPS
- Legião Brasileira de Assistência.

metas

DISCRIMINAÇÃO	1977	1978	1979	1980
Comunidades ou locais de atuação	4	8	12	16

dispêndios programados

EM CR\$ 1.000,00

ATIVIDADES	1977	1978	1979	1980
Promoção Social	25,5	51,5	64,3	77,9

Í N D I C E S

<u>TABELAS</u>	<u>PÁGINA</u>
01 - Composição da População da Região Metropolitana do Grande Rio, 1970	9
02 - Posição de Niterói em relação aos demais municípios da Região Metropolitana - 1970	10
03 - População Estimada p/Grupos Etários no Município de Niterói, 1977/1980	11
04 - Indicadores sócio-econômicos do Município de Niterói, 1970	14
05 - Estradas do Município de Niterói	17
06 - TELERJ - Telefones instalados no Município de Niterói - 31/03/1977	18
07 - Óbitos e taxa bruta de Mortalidade- Município de Niterói - 1966/1970	24
08 - Óbitos em menores de 1 ano, nascidos vivos e taxas de Mortalidade Infantil - Município de Niterói - 1966/1970	27
09 - Categorias de Mortalidade Infantil e Geral	28
10 - Taxas de Mortalidade Infantil - Buenos Aires (Argentina) - quinquênios 1941/1966	28
11 - Razão de Mortalidade Proporcional, em Niterói - 1966/1970.....	29
12 - Mortalidade Proporcional segundo certos grupos etários no Município de Niterói, 1966/1970	32
13 - Cinco principais causas de morte para cinco países americanos, 1962/1963	33
14 - Mortalidade por grupos de causas padronizadas no Município de Niterói, 1966/1970	36
15 - Mortalidade Proporcional no Município de Niterói segundo todas as causas e grupos de causas - período 1966/1970 - média do período e ordem de importância segundo grupos de causas, causas e causas nos grupos	38
16 - Distribuição das 15 doenças transmissíveis mais notificadas - Município de Niterói - 1966/1976	40
17 - Distribuição percentual dos pacientes internados no D.I.P. do HUAP - UFF, segundo as causas 1975/1976..	41

PÁGINA

18 - Distribuição percentual dos pacientes internados na enfermaria do D.I.P. - HUAP, segundo grupos etários - 1975/1976	41
19 - Distribuição percentual de pacientes internados na enfermaria do D.I.P. - HUAP, segundo o local de moradia - 1975/1976	42
20 - Média de dentes cariados, perdidos e obturados em escolares de 7 a 14 anos em 54 cidades brasileiras localizadas em diversos estados-1968.	43
21 - Resultado do inquérito realizado em 848 escolares de 7 a 12 anos de idade - Niterói e São Gonçalo - novembro de 1971	44
22 - Capacidade instalada dos Serviços de Saúde no Município de Niterói, 1976	49
23 - Recursos Humanos dos Serviços de Saúde do Município de Niterói, 1976	50
24 - Atividades desenvolvidas pelas 7 Unidades Sanitárias da S.E.S. - 1976	51
25 - Vacinações realizadas pelas Unidades Sanitárias da S.E.S. - 1976	52
26 - Cobertura de imunizações do Município de Niterói, segundo grupos etários, em % - 1976	53
27 - Caracterização das entidades de assistência social do Município de Niterói - 1977	57

GRÁFICOS

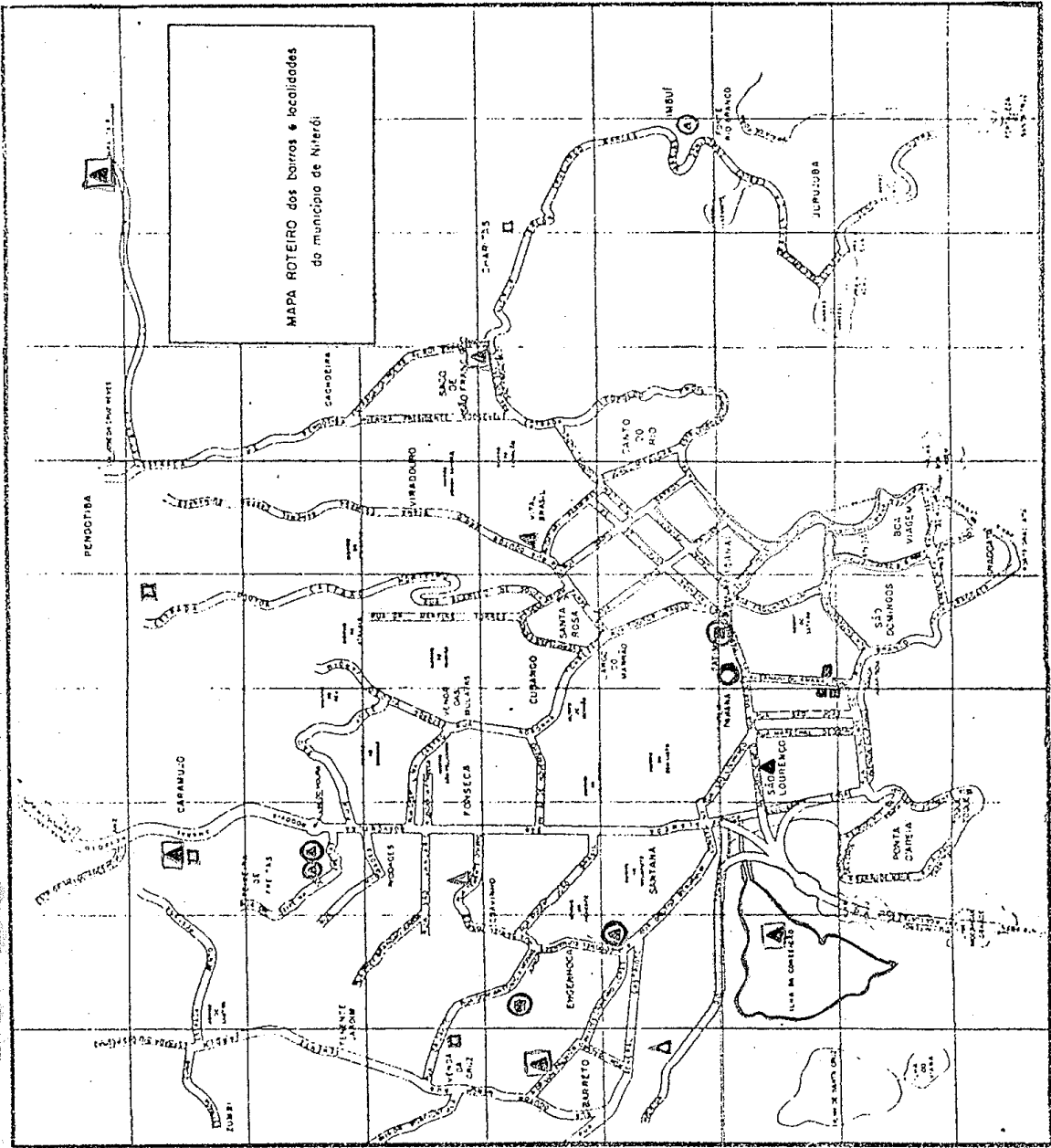
I - Niterói - Mortalidade por Procedência - 1975..	26
II - Curvas padrão para Mortalidade Proporcional ..	30
III - Curva de Mortalidade Proporcional de Niterói , 1966/1970	31
IV - Mortalidade Proporcional no Município de Niterói, segundo as 15 principais causas, 1966-70..	34
V - Prevalência de cárie dental em 848 escolares de 7 a 12 anos em Niterói e São Gonçalo	45

- A N E X O S

A N E X O I

SERVIÇOS DE SAÚDE DO SETOR
PÚBLICO

- △ C.C. - F. LEÃO XIII
- ▲ C.S. - SES
- ▣ C.S. - LBA
- ▤ PAM. - INPS
- ⊙ HOSP. - SES
- ⊙ HOSP. - INPS
- HUAP. - UFF
- ▲ C.S. - SES - A Municipalizaç.



A N E X O 2

DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS DA LISTA B -
NOMENCLATURA INTERNACIONAL POR GRUPO
DE CAUSA

- I - Redutíveis por IMUNIZAÇÃO
- B.5 - Tuberculose do aparelho respiratório
 - B.6 - Outras tuberculosas
 - B.8 - Difteria
 - B.9 - Coqueluche
 - B.12- Poliomielite aguda
 - B.13_ Varíola
 - B.14- Sarampo
 - B.18- Tétano
- II - Redutíveis por SANEAMENTO BÁSICO
- B.2 - Febre tifóide
 - B.3 - Disenteria bacilar e amebiose
 - B.4 - Enterites e outras doenças diarreicas
 - B.18a - Febre paratifóide
- III - Redutíveis por SANEAMENTO (Controle de Vetores)
- B.7 - Peste
 - B.15- Tifo e outras rickettsioses
 - B.16- Malária
 - B.18d - Febre amarela
 - B.18f - Raiva
 - B.18g - Leishmaniose
 - B.18h - Tripanossomíase
 - B.18i - Esquistossomíase
 - B.18k - Leptospirose
- IV - Redutíveis por atenção Materno-Infantil
- B.40 - Aborto
 - B.41 - Outras complicações de gravidez, parto e puerpério
 - B.42 - Anomalias congênitas
 - B.43 - Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções perinatais
 - B.44 - Outras causas de mortalidade perinatal

V - Redutíveis por tratamento e/ou Quimioprofilaxia

- B.10 - Angina estreptocócica e Escarlatina
- B.11 - Infecções meningocócicas
- B.17 - Sífilis e suas sequelas
- B.19b - Lepra
- B.22 - Avitaminoses e outras deficiências nutricionais
- B.23 - Anemias
- B.24 - Meningite
- B.25 - Febre reumática ativa
- B.26 - Doenças reumáticas crônicas do coração

VI - Redutíveis por acompanhamento clínico preventivo

- B.21 - Diabetes mellitus
- B.27 - Doenças hipertensivas
- B.28 - Doenças isquêmicas do coração
- B.30 - Doenças cerebrovasculares

VII - Não redutíveis ou pouco redutíveis

- B.18e - Encefalites viricas
- B.18j - Hepatite infecciosa
- B.19 - Tumores malignos
- B.20 - Tumores benignos
- B.29 - Outras formas de doenças do coração
- B.31 - Gripe
- B.32 - Pneumonia
- B.33 - Bronquite, enfizema e asma
- B.34 - Úlcera péptica
- B.35 - Apendicite
- B.36 - Obstrução intestinal e hérnia
- B.37 - Cirrose hepática
- B.38 - Nefrite e nefrose
- B.39 - Hiperplasia da Próstata
- B.46 - Todas as demais doenças
- B.47 a 50 - Acidentes, Envenenamentos e Violência

VIII - Causas mal definidas

- B.45 - Sintomas e Estados mórbidos mal definidos



PUBLICADO
Em 17 de novembro de 1982
Buckley

DECRETO Nº 3865/82

Aprova o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social.

O PREFEITO MUNICIPAL DE NITERÓI, com fundamento no art. 212, inciso I, da Constituição Estadual de 23 de julho de 1975, combinado com o art. 101, inciso I, da Lei Complementar nº 01, de 17 de dezembro de 1975, e tendo em vista o disposto na Lei nº 215, de 01 de dezembro de 1979 e no Decreto nº 3285, de 10 de janeiro de 1980,

DECRETA:

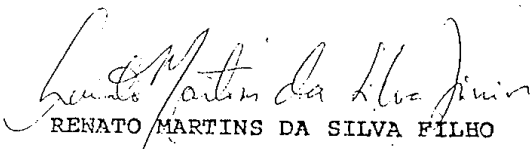
Art. 1º - Fica aprovado o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, anexo ao presente Decreto.

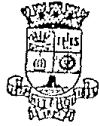
Art. 2º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI, EM 16 DE NOVEMBRO DE 1982.


ARMANDO BARCELLOS
PREFEITO

aan/.


RENATO MARTINS DA SILVA FILHO
SECRETÁRIO MUN. DE SAÚDE E PROM. SOCIAL



REGIMENTO INTERNO da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, a que se refere o Decreto nº de de

TÍTULO I

DAS FINALIDADES E DAS FUNÇÕES DA SECRETARIA

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º - A Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social tem por finalidade contribuir, através da integração com as demais pessoas jurídicas de direito público interno, na ativação dos programas e serviços atinentes a sua área de competência, com vistas à melhoria dos níveis de qualidade de vida da comunidade.

Art. 2º - A ação da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social fundamentar-se-á na política assistencial, médica, sanitária e social, emanada das diretrizes nacionais, regionais e estaduais e será implementada em planos, programas e projetos necessários ao cumprimento de metas no campo da saúde e promoção social, de modo compatível com os objetivos do plano de desenvolvimento urbano local.

CAPÍTULO II

DAS FUNÇÕES GERAIS

Art. 3º - A Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, para execução de seus objetivos, terá como funções gerais no âmbito da administração direta e no que lhe couber da administração indireta:

f.



- I - o assessoramento técnico ao chefe do Poder Executivo;
- II - o planejamento, a execução, o controle e a avaliação das atividades atinentes à saúde da comunidade e à promoção social, em articulação com órgãos públicos e privados;
- III - o intercâmbio técnico-científico com entidades nacionais e estrangeiras, nas áreas de sua competência;
- IV - a observância da legislação aplicável à saúde e à promoção social;
- V - a propositura ou participação em convênios ou consórcios, com órgãos ou entidades de direito público ou privado, federais, estaduais ou municipais;

CAPÍTULO III


DAS FUNÇÕES ESPECÍFICAS

Art. 4º - São funções específicas da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social:

- I - participar do sistema municipal de Planejamento com vistas ao desenvolvimento econômico-social do município e da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, em articulação com as demais esferas do governo;
- II - participar do planejamento de ocupação e uso do solo municipal;
- III - desenvolver programas de promoção social, de higiene e segurança do trabalho, de associativismo e de alimentação, dentre outros, junto aos Servidores Municipais;



- IV - prover os serviços funerários e de cemitérios;
- V - regulamentar a concessão de subvenções na sua área de competência;
- VI - prover sobre a organização do quadro de seus servidores;
- VII - dispor sobre a administração e utilização de seus bens, na forma regulamentar em vigor;
- VIII - propor à administração superior medidas referentes à aquisição de bens, mediante desapropriação por necessidade ou utilidade pública, ou por interesse social;
- IX - prover serviços de saúde de interesse da população local;
- X - participar do controle da poluição e do saneamento ambiental, bem como adotar medidas de proteção à flora e à fauna, na forma regulamentar;
- XI - implementar a pesquisa científica e tecnológica na sua área de competência;
- XII - promover a assistência social de âmbito comunitário;
- XIII - participar da execução dos programas de alimentação escolar;
- XIV - executar programas de difusão cultural, nas áreas de saúde e assistência social.
- XV - participar do exercício da fiscalização sanitária na conformidade dos atos normativos próprios.

f. 



TÍTULO II

DA ESTRUTURA DA SECRETARIA

(Decreto nº 3285/80 de 10.1.80)

CAPÍTULO I

DA ESTRUTURA BÁSICA

Art. 5º - A Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social será dirigida por um Secretário Municipal, com a colaboração de um Chefe de Gabinete, que o substituirá em seus impedimentos e terá a seguinte estrutura básica:

I - ÓRGÃOS COLEGIADOS

- COLEG*
- I-A - Conselho Municipal de Saúde - CMS
 - I-B - Conselho de Entidades de Bem Estar Social - CEBEN
 - I-C - Conselho Municipal de Pessoas Deficientes - COMAD

II - ÓRGÃO DE ASSISTÊNCIA DIRETA E IMEDIATA AO SECRETÁRIO:

II-A - Gabinete - SGA

III - ÓRGÃO SETORIAL DE PLANEJAMENTO

III-A - Coordenação de Planejamento - SPL

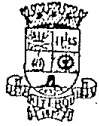
IV - ÓRGÃOS TÉCNICOS EXECUTIVOS

- COLEG*
- IV-A - Coordenação de Saúde Pública - SSP
 - IV-B - Coordenação de Promoção Social - SPS
 - IV-C - Serviço Funerário Municipal - SFM

V - ÓRGÃO DE APOIO ADMINISTRATIVO

V-A - Serviço de Administração - SAD

[Handwritten signature]

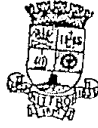


CAPÍTULO - II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 69 - A Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, terá a seguinte estrutura orgânica:

- I - Gabinete do Secretário - SGA
- II - Coordenação de Planejamento - SPL
- III - Coordenação de Saúde Pública - SSP
 - III-A - Unidade Municipal de Saúde de Pendotiba
 - 1-UMS - Dr. José Francisco da Cruz Nunes
 - III-B - Unidade Municipal de Saúde da Ilha da Conceição
 - 2-UMS - Dr. Ray Carlos Decnop
 - III-C - Unidade Municipal de Saúde do Morro do Cavalão
 - 3-UMS - São Vicente de Paulo
 - III-D - Unidade Municipal de Saúde do Morro do Atalaia
 - 4-UMS - Dr. Lauro Pinheiro Motta
 - III-E - Unidade Municipal de Saúde de Santa Bárbara
 - 5-UMS - Dr. Adelmo de Mendonça e Silva
 - III-F - Unidade Municipal de Saúde da Engenhoca
 - 6-UMS - Dr. Renato Silva
 - III-G - Unidade Municipal de Saúde do Morro do Castro
 - 7-UMS - Dr. José Sally
 - III-H - Unidade Municipal de Saúde do Morro do Estado
 - 8-UMS - Dr. Mário Pardal
 - III-I - Unidade Municipal de Saúde de Piratininga
 - 9-UMS - Dom Luiz Orione



III-J - Unidade Municipal de Saúde de Várzea das Moças

10-UMS - Dr. Tobias Tostes Machado

III-K - Unidade Municipal de Saúde de Jurujuba

11-UMS - Dr. Aureliano Barcelos

SECRETARIA

IV - COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO SOCIAL - SPS

IV-A - Gerência de Creches - SPC

IV-B - Gerência de Desenvolvimento Comunitário - SDC

IV-C - Centro Social Urbano "Marcolino Gomes Candau" - CSU

V - SERVIÇO FUNERÁRIO MUNICIPAL - SFM

V-A - Agência Funerária Municipal - AFM

V-B - Cemitério Municipal do Maruí - CEMA

V-C - Cemitério Municipal de São Francisco-CESF

V-D - Cemitério Municipal de Itaipū-CEIT

VI - SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO - SAD

VI-A - Seção de Material - SMT

VI-B - Seção de Pessoal - SPE

VI-C - Seção de Protocolo - SPR

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

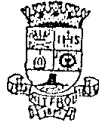
Art. 7º - A Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social terá na sua estrutura hierárquica Cargos em Comissão - Símbolo C e Funções Gratificadas - Símbolo FG, divididos em Cargos de Direção e Chefia e Cargos de Assessoramento e Assistência.

I - CARGOS DE DIREÇÃO E CHEFIA

I-A - Secretário Municipal

I-B - Chefe de Gabinete

f *B*



- Gerentes*
- I-C - Coordenador
 - I-D - Chefe de Serviço de UMS
 - I-E - Chefe de Serviço de Administração
 - I-F - Gerente do Creche
 - I-G - Gerente do Desenvolvimento Comunitário
 - I-H - Gerente do CSU
 - I-I - Chefe do Serviço Funerário
 - I-J - Agente I da Agência Funerária
 - I-K - Agente I dos Cemitérios
 - I-L - Chefe de Seção Administrativa

II - CARGOS DE ACESSORAMENTO E ASSISTÊNCIA

II-A - Gabinete

- Assistente I
- Assistente II
- Assistente III
- Agente II - FG-2
- Agente IV - FG-4

II-B - COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO

- Assistente III
- Agente II - FG-2

II-C - COORDENAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA

- Agente II - FE-2

II-D - COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO SOCIAL

- Agente II - FG-2

II-E - CEMITÉRIO MUNICIPAL DO MARUIM

- Agente II - FG-2



TÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES DA SECRETARIA

CAPÍTULO I

DAS ATRIBUIÇÕES DOS TITULARES DE CARGOS EXECUTIVOS

Art. 8º - São atribuições do Secretário Municipal de Saúde e Promoção Social, além das conferidas por lei, decretos e regulamentos.

- I - Assessorar diretamente o Prefeito na consecução dos objetivos governamentais, afins a sua área de competência;
- II - autorizar despesas à conta de recursos orçamentários da Secretaria;
- III - formular as políticas de saúde, saneamento e promoção social, de acordo com o plano de governo;
- IV - referendar os atos normativos expedidos pelo Prefeito, na área de sua competência;
- V - fazer cumprir a legislação municipal;
- VI - promover a execução dos programas de governo, assegurando o cumprimento das prioridades nelas estabelecidas;
- VII - avaliar o comportamento administrativo dos órgãos subordinados e corrigir as distorções observadas;
- VIII - apresentar ao órgão competente da administração municipal, a proposta orçamentária da Secretaria;
- IX - celebrar, com a autorização do Prefeito, contratos e convênios de interesse da Secretaria, observadas as prescrições legais;
- X - propor ao Prefeito, na forma da legislação vigente, as alterações orçamentárias que se fizerem necessárias à consecução de metas prioritárias;




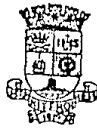
- XI - dirimir conflitos de competência, no âmbito da Secretaria;
- XII - aprovar planos anuais e plurianuais elaborados pela Secretaria;
- XIII - determinar a realização de sindicâncias ou adotar outras providências que considerar necessárias à apuração de irregularidades ocorridas no âmbito da Secretaria;
- XIV - solicitar ao órgão próprio da administração municipal, a abertura de inquéritos administrativos;
- XV - propor ao Prefeito a nomeação ou exoneração para cargos em comissão, assim como propor as substituições eventuais;
- XVI - designar ou dispensar titulares de funções gratificadas, assim como, indicar seus substitutos eventuais;
- XVII - promover a instalação e presidir os órgãos colegiados vinculados à Secretaria, excetuando-se o COMAD, mas garantindo a todos, assistência técnica e apoio administrativo necessário;
- XVIII - delegar competência, por ato expresso, aos seus subordinados;
- XIX - criar, quando achar necessário, comissões, grupos de trabalho e equipes técnicas, todas de natureza transitória;
- XX - decidir sobre os assuntos que estiverem omissos neste regimento.

Art. 99 - São atribuições do Chefe de Gabinete:

- I - programar as reuniões a serem presididas pelo Secretário e organizar suas audiências;
- II - supervisionar o preparo do expediente ao Secretário;

f

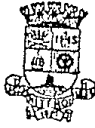




- III - manter sob guarda e responsabilidade direta, a correspondência sigilosa da Secretaria, e dar-lhe, também, o destino previsto;
 - IV - controlar a divulgação de atos oficiais de competência da Secretaria;
 - V - presidir, por ordem do Secretário, as reuniões dos órgãos colegiados;
 - VI - representar oficialmente o Secretário, quando assim for determinado;
 - VII - assinar a correspondência oficial do Gabinete;
 - VIII - manter arquivo de todos os atos oficiais de competência da Secretaria, e em especial, dos expedidos pelo Secretário;
 - IX - cumprir e fazer cumprir as ordens emanadas do Secretário, assim como exigir o cumprimento das leis, resoluções e ordens de serviço;
 - X - supervisionar, por ordem do Secretário, a política de pessoal da Secretaria;
 - XI - substituir o Secretário em suas faltas e impedimentos;
 - XII - exercer outras atividades, no âmbito da Secretaria, desde que expressamente delegadas pelo Secretário.
- Art. 10 - São atribuições dos Coordenadores:
- I - prestar assistência técnica ao Secretário, aos órgãos colegiados e aos demais órgãos dentro de sua área de competência;
 - II - acompanhar o Secretário, quando convocado, para assessorá-lo em assuntos de sua área de atuação;
 - III - propor ao Secretário alterações no orçamento para que se possa atender programas prioritários afetos à sua área de competência;

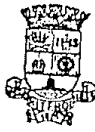


- IV - supervisionar a aplicação de verbas nas áreas afetas ao seu comando;
- V - orientar o expediente e despachos do Secretário, quando solicitado, nos assuntos ligados à sua área de atuação;
- VI - propor a criação ou extinção de setores, serviços ou programas vinculados à sua área de competência;
- VII - participar da elaboração de acordos, convênios e contratos, no âmbito de sua atuação;
- VIII - fiscalizar e controlar todas as Unidades subordinadas, comunicando, ao Secretário, as irregularidades observadas e as medidas tomadas para corrigi-las;
- IX - aprovar os programas e projetos elaborados pelos órgãos subordinados, acompanhando e supervisionando o desenvolvimento dos mesmos;
- X - cumprir e fazer cumprir as leis, resoluções e ordens de serviço emanadas de autoridades superiores;
- XI - diligenciar no sentido de manter perfeito entendimento e a máxima colaboração entre os servidores subordinados;
- XII - relacionar-se e exigir de seus subordinados o melhor entrosamento com os demais setores da Secretaria;
- XIII - solicitar ao Gabinete do Secretário a movimentação do pessoal subordinado;
- XIV - aprovar e encaminhar ao setor competente a escala de férias dos servidores subordinados;
- XV - solicitar ao Secretário, por estrita necessidade de serviço, a prorrogação ou antecipação do horário de Serviço;



- XVI - fiscalizar o cumprimento do horário de serviço e visar a folha de frequência do pessoal subordinado;
 - XVII - promover quando julgar necessário e conveniente, reuniões, que serão assistidas obrigatoriamente pelos servidores subordinados;
 - XVIII - baixar instruções complementares, relativas ao funcionamento específico de sua área de atuação;
 - XIX - sugerir ao Secretário abertura de inquérito para apurar irregularidades em seus setores subordinados;
 - XX - executar outras tarefas, ao nível de seus conhecimentos, atribuídas pelo Secretário;
- Art. 11 - São atribuições dos Chefes de Serviço e Gerentes:

- I - supervisionar os programas desenvolvidos dentro de sua área específica de ação;
- II - dirigir todas as atividades restritas aos seus setores subordinados, fiscalizando a atuação dos servidores neles lotados;
- III - cumprir e fazer cumprir as leis, resoluções e ordens de serviço, emanadas de autoridades superiores;
- IV - diligenciar no sentido de manter perfeito entendimento e a máxima colaboração entre os servidores subordinados;
- V - relacionar-se e exigir de seus subordinados o melhor entrosamento com os demais setores da Secretaria;
- VI - indicar à chefia superior da necessidade de movimentação do pessoal subordinado;
- VII - indicar à chefia superior da necessidade imediata de prorrogação ou antecipação do horário de trabalho;



- VIII - comunicar à chefia superior a frequência dos servidores subordinados;
- IX - indicar à chefia superior a época em que os servidores subordinados fazem jus às férias regulamentares;
- X - manter-se atualizado quanto à legislação específica do interesse de sua área de ação;
- XI - submeter-se hierarquicamente ao seu superior imediato, não podendo dirigir-se oficialmente a quaisquer outros setores não vinculados à sua área, a não ser que previamente autorizado;
- XII - assistir a todas as reuniões quando convocado;
- XIII - executar outras tarefas, ao nível de seus conhecimentos, atribuídas pela chefia imediata;
- XIV - informar, por escrito, ao superior hierárquico, quando ocorrerem irregularidades dentro de sua área de atuação.

Art. 12 - São atribuições dos Chefes de Seção e Agentes I do Serviço Funerário:

- I - realizar todas as atividades inerentes à sua área de ação;
- II - preparar os processos e todas as informações afetas à sua área de competência;
- III - informar a seu superior hierárquico das irregularidades ocorridas, propondo medidas para corrigi-las;
- IV - cumprir e fazer cumprir as leis, resoluções e ordens de serviço, emendas de autoridade superior;
- V - diligenciar no sentido de manter perfeito entendimento e a máxima colaboração entre os servidores subordinados;



- VI - relacionar-se e exigir de seus subordinados melhor entrosamento com os demais setores da Secretaria;
- VII - indicar à chefia superior da necessidade de movimentação do pessoal subordinado;
- VIII - informar à chefia superior da necessidade de prorrogar ou antecipar o horário de trabalho;
- IX - manter-se atualizado quanto à legislação específica de interesse de sua área de ação;
- X - submeter-se hierarquicamente à sua chefia imediata, não podendo dirigir-se oficialmente a qualquer outro setor que não estiver vinculado à sua área de atuação, a não ser que previamente autorizado;
- XI - indicar à chefia superior os servidores em condições de gozo de férias;
- XII - assistir as reuniões programadas, quando convocado;
- XIII - fiscalizar todos os serviços ou programas sob a responsabilidade de seu setor de trabalho;
- XIV - fiscalizar a frequência dos servidores subordinados;
- XV - executar outras tarefas, ao nível de seus conhecimentos, atribuídas pela chefia imediata.

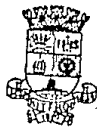
CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES DOS TITULARES DOS CARGOS

DE ASSESSORAMENTO E ASSISTÊNCIA

Art. 13 - São atribuições dos Assistentes I, com lotação no Gabinete:

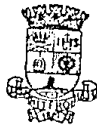
netes:



- I - colaborar com o Chefe de Gabinete, nas atribuições de direção e substituí-lo em seus impedimentos eventuais;
- II - cumprir e fazer cumprir as leis, resoluções e ordens de serviço emanadas de autoridade superior;
- III - diligenciar no sentido de manter perfeito entendimento e a máxima colaboração entre os servidores subordinados;
- IV - relacionar-se e exigir de seus subordinados melhor entrosamento com os demais setores da Secretaria;
- V - auxiliar o Secretário, quando determinado, em todos os assuntos do gabinete;
- VI - participar das tarefas do Gabinete;
- VII - assessorar o Secretário, quando convocado, em assuntos técnicos ao nível de seus conhecimentos específicos;
- VIII - exercer demais atividades, ao seu nível, quando determinadas pelo Secretário.

Art. 14 - São atribuições dos Assistentes II, lotados no Gabinete:

- I - colaborar com o Chefe de Gabinete nas atribuições de comunicação, assistência jurídica, apoio técnico ou quaisquer outras atividades, atribuídas pelo Secretário, ao nível do conhecimento de cada um;
- II - participar das tarefas do Gabinete em assuntos de seus conhecimentos profissionais;
- III - auxiliar o Secretário, quando determinado, nos assuntos gerais do Gabinete;
- IV - Assessorar o Secretário, quando convocado, em assuntos técnicos ao nível de seus conhecimentos específicos;



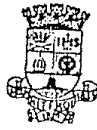
- V - elaborar minutas de contrato, convênios e acordos, solicitados pelo Secretário;
- VI - auxiliar quaisquer setores da Secretaria, no âmbito de seus conhecimentos, quando as sim determinar o Secretário.

Art. 15 - São atribuições do Assistente III, lotado no Gabinete e na Coordenação de Planejamento:

- I - colaborar com o Chefe de Gabinete ou com o Coordenador de Planejamento nas atribuições de apoio técnico ou quaisquer outras atribuídas dentro do seu nível de conhecimentos;
- II - participar do atendimento ao público em as assuntos de seu conhecimento profissional;
- III - auxiliar o assistente II em assuntos de ro tina do Gabinete;
- IV - diligenciar no sentido de manter perfeito entendimento e a máxima colaboração entre os servidores de seu setor de trabalho;
- V - assessorar a Chefia imediata, quando convo cado, em assuntos técnicos ao nível de seus conhecimentos;
- VI - secretariar o Gabinete e em particular o Secretário.

Art. 16 - São atribuições do Agente II, com lotação no Gabinete, nas Coordenações e no Cemitério do Maruí:

- I --desempenhar atividades de apoio administra tivo nos órgãos em que estiver lotado e a seus respectivos titulares;
 - II - participar dos serviços de secretaria;
 - III - executar serviços de datilografia;
 - IV - manter atualizado o cadastro de endereços e organizar os arquivos de seu setor de trabalho;
 - V - responsabilizar-se pelo serviço de comunica ções internas de seu setor;
- f *[Handwritten signature]*



VI - executar outras tarefas, a seu nível, de terminadas por seu superior hierárquico.

Art. 17 - São atribuições do Agente IV, lotado no Gabinete:

- I - prestar serviços de apoio administrativo a seu nível;
- II - auxiliar nas tarefas do Gabinete;
- III - receber e transportar correspondências, volumes e utensílios;
- IV - providenciar a limpeza do Gabinete;
- V - executar serviços externos para o Gabinete;
- VI - executar demais tarefas inerentes ao Gabinete, ao nível da função de contínuo.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES DOS SERVIDORES EM GERAL

Art. 18 - Aos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, serão impostas as normas estatutárias, para aqueles pertencentes ao quadro do funcionalismo da Prefeitura e os preceitos da Legislação Trabalhista, e legislação superveniente aos contratados pelo regime específico da CLT.

Art. 19 - São atribuições dos servidores da Secretaria, executar as tarefas inerentes aos seus cargos ou funções, além daquelas indicadas pela chefia imediata, desde que ao nível de seus conhecimentos profissionais.

Art. 20 - Além de suas atribuições, deve o servidor:

- I - ser assíduo e pontual;
- II - agir com urbanidade e respeito no trato com seus colegas de serviço, independente do grau hierárquico, bem como com terceiros, estranhos à Secretaria;
- III - acatar as ordens recebidas;



- IV - zelar pela conservação do patrimônio público, sob sua responsabilidade direta ou não;
- V - apresentar-se corretamente trajado e em perfeitas condições de asseio pessoal;
- VI - não difundir ideologia política contrária à ordem vigente.

TÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS DA SECRETARIA

CAPÍTULO I

DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS COLEGIADOS CONSELHOS MUNICIPAIS

Art. 21 - Ao Conselho Municipal de Saúde - CMS - Órgão de assessoramento da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, compete promover a articulação entre as diversas instituições de Saúde, públicas ou privadas, existentes em Niterói, seguindo as normas de funcionamento, indicadas no anexo do Decreto nº 3053/78, de 27 de fevereiro de 1978.

Art. 22 - Ao Conselho Municipal de Entidades de Bem Estar Social - CEBEN - Órgão de assessoramento da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, compete promover a articulação das entidades que, no município de Niterói, se dediquem às clientela envolvidas com o deficiente mental, deficiente físico, menor carente, idoso, favelas, creches e treinamento ocupacional, consoante as normas de funcionamento, mencionadas no anexo do Decreto nº 3052/78, de 27 de fevereiro de 1978.

Art. 23 - Ao Conselho Municipal de Assistência às Pessoas Deficientes - COMAD - Órgão de assessoramento da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, compete orientar, promover, coordenar e executar as atividades relacionadas às pessoas deficientes, observadas as normas de funcionamento, de que trata o Decreto nº 3826/82, de 24 de agosto de 1982.

f



CAPÍTULO II

DA COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO DE ASSISTÊNCIA

DIRETA AO SECRETÁRIO - GABINETE

Art. 24 - Ao Gabinete - SGA - Órgão de assistência direta ao Secretário, compete colaborar no desempenho das atribuições relativas à representação social e funcional, bem como exercer as atividades que lhe foram especificamente delegadas.

Parágrafo Único - Cabe ainda ao Gabinete, colaborar com o Secretário nas atribuições de recepção ao público em geral e nas de comunicação e divulgação das atividades, atos e programas da Secretaria, assim como assessorar a Secretaria, quando se tratar de assunto de natureza jurídica.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO SETORIAL DE PLANEJAMENTO

COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO

Art. 25 - A Coordenação de planejamento - SPL, - Órgão setorial de planejamento da Secretaria, compete as atribuições de coordenação e avaliação atinentes à função de planejamento governamental, a nível setorial, bem como exercer as seguintes atividades:

- I - Modelar, classificar, seleccionar, emitir e receber dados básicos municipais, relativos à saúde, saneamento e promoção social;
- II - acompanhar, controlar, avaliar as informações básicas de saúde, saneamento e promoção social, atualizando-as, permanentemente, em articulação com órgãos públicos e privados de atividades congêneres;
- III - implantar métodos e processos rotineiros de trabalho, visando à modernização das atividades da Secretaria;



- IV - catalogar e arquivar publicações técnicas de interesse da Secretaria;
- V - consolidar a programação anual e plurianual de investimentos e as respectivas propostas orçamentárias;
- VI - acompanhar e controlar a execução de projetos, avaliando seus custos e controlando as despesas;
- VII - efetuar o recrutamento, a seleção e o treinamento de recursos humanos para as funções de saúde, saneamento e promoção social;
- VIII - executar outras atividades de planejamento, solicitadas pelo Secretário.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS TÉCNICOS EXECUTIVOS COORDENAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA - COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO SOCIAL E SERVIÇO FUNERÁRIO MUNICIPAL

Art. 26 - A Coordenação de Saúde Pública - SSP - Órgão técnico da Secretaria, compete executar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades relativas à saúde e saneamento, bem assim participar do planejamento setorial e exercer, ainda, as atribuições seguintes:

- I - supervisionar e coordenar a execução das ações de saúde desenvolvidas nos órgãos locais;
- II - implementar programas e projetos específicos de saúde pública e saneamento, firmados pela administração municipal com órgãos públicos ou entidades privadas;
- III - supervisionar e orientar tecnicamente programas de alimentação;
- IV - supervisionar e coordenar as ações relacionadas ao saneamento do meio ambiente e controle da poluição;
- V - elaborar normas técnicas referentes ao exercício do poder de polícia urbanística, no que



tange à prevenção e à proteção da saúde da comunidade;

- VI - prestar apoio técnico aos órgãos colegiados;
- VII - desenvolver estudos e pesquisas na área de saúde e saneamento;
- VIII - executar outras atividades relacionadas com a saúde pública, solicitadas pelo Secretário.

Parágrafo Único - As Unidades Municipais de Saúde-UMS-Órgãos subordinados à Coordenação de Saúde Pública, compete o desempenho, a nível local, das atividades inerentes às ações básicas de saúde e saneamento e as atribuições seguintes:

- I - prestar assistência materno-infantil, pré-escolar e escolar;
- II - oferecer assistência médico-sanitária ao adulto;
- III - providenciar assistência odontológica preventiva e restauradora;
- IV - controlar as doenças transmissíveis e executar exames laboratoriais de rotina;
- V - dar atendimento emergencial e de saúde mental;
- VI - promover atendimento ambulatorial e de enfermagem, dando atenção à alimentação, à nutrição e ao saneamento do meio;
- VII - exercer o controle da tuberculose e da hanseníase;
- VIII - desempenhar outras tarefas técnicas solicitadas pelo coordenador de saúde pública.

Art. 27 - A Coordenação de Promoção Social -SPS - Órgão técnico executivo da Secretaria, compete executar, coordenar, supervisionar e avaliar as funções de promoção social, participar do planejamento setorial e exercer as seguintes atividades:

- I - supervisionar e coordenar o desenvolvimento e a organização de comunidades;

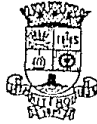


- II - organizar programas de participação comunitária;
- III - implementar projetos específicos de assistência comunitária de iniciativa municipal, decorrentes de convênios ou acordos firmados com entidades públicas ou privadas;
- IV - supervisionar os programas de entidades cooperativas de ação social voltadas ao interesse do servidor municipal e assisti-lo dentro da programação da Prefeitura;
- V - promover programas de segurança e higiene do trabalho, prevenção de acidentes e difusão cultural;
- VI - fiscalizar a aplicação de subvenções destinadas às instituições de bem estar social;
- VII - desenvolver estudos e pesquisas na área de promoção social;
- VIII - executar outras atividades na área de promoção social, solicitadas pelo Secretário.

§ 1º - A Gerência de Creches - SPC - Órgão subordinado à Coordenação de Promoção Social, compete dirigir o Programa de Creches, cuja meta principal é a assistência social à infância e exercer, ainda, as atividades seguintes:

- I - oferecer informações sobre os cuidados básicos com o pré-escolar, visando à preparação de mão de obra específica;
- II - superintender os programas de alimentação e recreação;
- III - fornecer assistência médica e orientação social;
- IV - desempenhar outras tarefas técnicas solicitadas pelo Coordenador de Promoção Social.

§ 2º - A Gerência de Desenvolvimento Comunitário-SDC- Órgão subordinado à Coordenação de Promoção Social, compete o desem



penho de atribuições atinentes ao setor de desenvolvimento comunitário e à edificação do bem estar social, além das atividades seguintes:

- I - elaborar o cadastro de entidades filantrópicas, beneficiárias e assistenciais não lucrativas;
- II - promover estudos e pesquisas quanto ao nível de vida, interesses e aspirações da comunidade;
- III - promover levantamentos no que concerne às necessidades de uma comunidade, caracterizando a incidência, natureza e consequência dos problemas sociais;
- IV - promover cursos, palestras, exposições e outras atividades relativas ao setor;
- V - desempenhar outras tarefas técnicas solicitadas pelo Coordenador de Promoção Social.

§ 3º - A Gerência do Centro Social Urbano - CSU - Órgão subordinado à Coordenação de Promoção Social, compete as atribuições inerentes à administração descentralizada dos serviços locais de promoção social, organizados, segundo critérios geo-econômicos e sociais locais já consolidados e ainda as atividades seguintes:

- I - promover programas, projetos e atividades nas áreas de educação, cultura e desportos;
- II - orientar as comunidades locais com vistas a melhorar as condições sociais e urbanas;
- III - incentivar a programação de atividades recreativas e de lazer;
- IV - dirigir, supervisionar, orientar, controlar e avaliar os programas comunitários desenvolvidos segundo diretrizes pré-fixadas;
- V - desempenhar outras tarefas técnicas solicitadas pelo Coordenador de Promoção Social.



Art. 28 - Ao Serviço Funerário Municipal -SFM - Órgão técnico executivo da Secretaria, compete administrar os serviços funerários e sepulcrais no âmbito do município.

O Serviço Funerário é órgão setorial do sistema de administração tributária, arrecadador de recursos financeiros, cabendo-lhe as seguintes funções:

- I - supervisionar as atividades sepulcrais ou correlatas desenvolvidas pela Agência Funerária e Cemitérios Municipais;
- II - auxiliar na fiscalização das associações particulares que executam atividades correlatas;
- III - promover estudos e projetos relativos à melhoria dos serviços que executa;
- IV - dirigir todos os serviços de apoio vinculados as suas atividades específicas;
- V - desempenhar outras tarefas solicitadas pelo Secretário ou Gabinete.

§ 1º - A Agência Funerária Municipal -AFM - Órgão subordinado ao Serviço Funerário Municipal, compete auxiliar diretamente o Serviço Funerário Municipal na administração dos serviços de sua competência, a saber:

- I - atender ao público, e receber taxas referentes a sepultamentos e exumações;
- II - vender urnas, sepulturas e nichos;
- III - promover o aluguel das capelas municipais e executar a remoção de corpos;
- IV - determinar o horário de sepultamento e examinar a documentação pertinente;
- V - desempenhar outras tarefas solicitadas pelo chefe do Serviço Funerário Municipal.

§ 2º - Aos Cemitérios Municipais - CE - Órgãos subordinados ao Serviço Funerário Municipal, compete executar diretamente

f



te os serviços funerários e atividades correlatas determinadas pelo Serviço Funerário, de acordo com as normas vigentes, como sejam:

- I - conferir documentação e escriturais em livro próprio;
- II - providenciar e construir sepulturas e nichos;
- III - fazer os sepultamentos e exumações encaminhadas pela Agência Funerária;
- IV - providenciar a limpeza, conservação e expansão das áreas sob sua jurisdição;
- V - comunicar previamente à Agência Funerária a relação de sepulturas e nichos vagos;
- VI - desempenhar outras tarefas solicitadas pelo Chefe do Serviço Funerário Municipal.

CAPÍTULO V

DA COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO DE APOIO ADMINISTRATIVO

SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO

Art. 29 - Ao Serviço de Administração - SAD - Órgão de apoio administrativo da Secretaria e vinculado tecnicamente à Secretaria Municipal de Administração, compete desempenhar a nível setorial as atividades concernentes à administração de pessoal, de material de patrimônio, de protocolo e arquivo, bem como as que se seguem:

- I - providenciar o exercício e a lotação dos servidores designados para a Secretaria;
- II - elucidar consultas dos órgãos da Secretaria, na área de sua competência;
- III - orientar, no âmbito da Secretaria, a apuração de irregularidades praticadas pelos servidores;
- IV - manter atualizada a legislação pertinente a área de pessoal, material e patrimônio;



- V - supervisionar as atividades de zeladoria, conservação e manutenção dos bens móveis e imóveis da Secretaria;
- VI - proferir despachos conclusivos em assuntos da área administrativa;
- VII - executar a política administrativa da Secretaria traçada pelo Secretário;
- VIII - desenvolver programas, visando a racionalização dos serviços administrativos;
- IX - elaborar normas e instruções administrativas submetendo-as à apreciação superior;
- X - desempenhar outras tarefas solicitadas pelo Secretário ou Gabinete.

§ 1º - A Seção de Material - SMT - Órgão subordinado ao Serviço de Administração, compete as atribuições inerentes à aquisição de material, guarda e distribuição de material permanente e de consumo, administração de patrimônio, zeladoria, manutenção e conservação de bens móveis e imóveis, e exercer, ainda, as atividades seguintes:

- I - providenciar manual de normas para aquisição, classificação, distribuição e guarda de material permanente e de consumo;
- II - dirigir diretamente os almoxarifados central e locais;
- III - arquivar as requisições e notas de entrega de materiais;
- IV - processar e pesquisar os pedidos de compra;
- V - efetuar o balanço patrimonial de bens da Secretaria;
- VI - supervisionar os serviços de zeladoria, manutenção e conservação dos bens da Secretaria;
- VII - organizar cadastro de fornecedores e efetuar levantamento de preços no mercado;
- VIII - desempenhar outras tarefas solicitadas pelo Chefe do Serviço de Administração.



§ 2º - A Seção de Pessoal - SPE - Órgão subordinado ao Serviço de Administração, compete as atribuições inerentes à administração de pessoal, assim entendidas as de recrutamento, seleção e treinamento de recursos humanos para as atividades de apoio, bem como as de controle funcional do pessoal estatutário e trabalhista da Secretaria, exercendo para tanto as atividades seguintes:

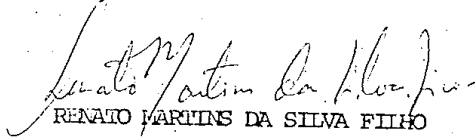
- I - providenciar a divulgação e dar ciência aos interessados de todos os atos relativos ao pessoal;
- II - encaminhar, estudar e opinar sobre as alterações contratuais, sobre as solicitações de acesso, promoção, enquadramento e readaptação de servidores e sobre a movimentação interna;
- III - preparar os processos e todas as informações referentes ao pessoal da Secretaria;
- IV - manter atualizado o cadastro individual do Servidor e o cadastro global de lotação, disposição e requisição;
- V - efetuar o controle geral do ponto do pessoal da Secretaria, assim como a concessão de horas extraordinárias;
- VI - manter cadastro atualizado da vida do servidor, anotando as férias, advertências, elogios e demais fatos pertinentes;
- VII - acompanhar o desenvolvimento da política administrativa da Secretaria sugerindo medidas para modernizá-la;
- VIII - desempenhar outras tarefas solicitadas pelo Chefe do Serviço de Administração.

§ 3º - A Seção de Protocolo - SPR - Órgão subordinado ao Serviço de Administração, compete as atribuições atinentes às atividades de controle de entrada, saída, guarda, arquivamento e distribuição de correspondências, petições e quaisquer outros tipos de documentos, além das atividades a seguir indicadas:

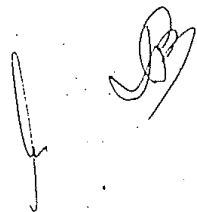


- I - realizar todas as atividades inerentes ao sistema de comunicações administrativas da Secretaria;
- II - prestar informações ao público e aos órgãos da administração municipal sobre a tramitação de processos e documentos em geral;
- III - promover a seleção de documentos a serem arquivados e registrar a sua destinação;
- IV - dirigir diretamente as atividades de organização de protocolo e arquivo a nível central e local;
- V - preparar todos os processos e registrar todas as informações que assegurem o controle de andamento dos mesmos;
- VI - desempenhar outras tarefas solicitadas pelo Chefe do Serviço de Administração.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL, EM


RENATO MARTINS DA SILVA FILHO
SECRETÁRIO

aan/.



PROTÓCOLO DE COOPERAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES INTEGRANTES DO PROJETO DE REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE NITERÓI - PROJETO NITERÓI.

As Instituições de saúde, municipais, estaduais e federais, sediadas no município de Niterói, com base na Lei nº 6.229 de 1975, acordam entre si em desenvolver conjuntamente o projeto de Integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, de acordo com a Portaria IHAMS/PR-697 - 1982, obedecendo as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA I - Comissão Executiva Local (C.E.L.)

É o órgão deliberativo do Projeto Niterói, com atribuição de formalizar as atividades e decisões básicas para a sua implementação.

É formada, inicialmente, por representantes das seguintes Instituições: Universidade Federal Fluminense, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, que atuam como prestadores de serviços de saúde na área Metropolitana de Niterói.

Esta composição inicial poderá ser ampliada com a participação de outras Instituições públicas ou privadas afins.

A C.E.L. deverá seguir os seguintes princípios:

- a) Equidade no processo de decisão por parte das instituições integrantes da comissão.
- b) Preservação da autonomia deliberativa dos representantes institucionais, respeitadas as normas de cada instituição.
- c) Conhecimento e acatamento dos elementos estratégicos básicos, a serem definidos na C.E.L., pelas instituições envolvidas no projeto. Inicialmente podem ser destacados: a hierarquização dos serviços, os critérios para referência e contra-referência, a integração docente-assistencial e outros.

CLÁUSULA 2 - Secretaria Executiva

É órgão com função coordenadora da ação executiva, que atua como elemento de ligação entre a (C.E.L.) e os grupos de trabalho. Essa Secretaria Executiva será gerenciada por técnico indicado pela C.E.L.

CLÁUSULA 3 - Grupo de Trabalho

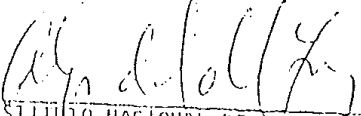
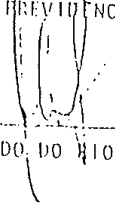
São órgãos com função executiva que atuam de acordo com as deliberações da C.E.L, propondo as alternativas possíveis.


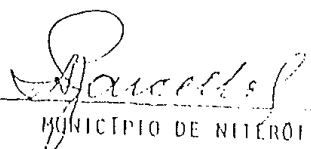
Formados por técnicos indicados pelos representantes das Instituições integrantes do projeto, na Comissão Executiva Local, promovendo:

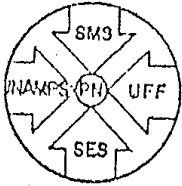
- Definição das atividades a serem implementadas.
- Articulação intra e inter-institucionais.
- Sistema de referência e contra-referência.
- Integração docente-assistencial, com vista ao pleno desenvolvimento dos recursos humanos em saúde.
- Desenvolvimento de linhas de estudo e pesquisas, e
- Avaliação do sistema implantado.

CLÁUSULA 4 - Disposições Gerais

Em consonância com os dispositivos legais de saúde Municipais, Estaduais e Federais, e com o próprio decorrer da implementação das cláusulas 1, 2 e 3, caberá a C.E.L, aprovar as alterações ou complementações ao presente Protocolo, que deverão ser conhecidas e acatadas pelas Instituições envolvidas.


 INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
 DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

 ESTADO DO RIO DE JANEIRO


 UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

 MUNICÍPIO DE NITERÓI



FICHA DE REFERÊNCIA

Nº	_____
DE	_____
PARA	_____

NOME	_____	SEXO	_____
ENDEREÇO	_____	BAIRRO	_____
		MUNICÍPIO	_____

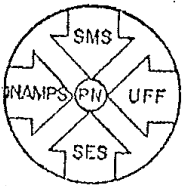
-SUPOSIÇÃO DIAGNÓSTICA E/OU DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO _____

-CONDUTA TERAPEUTICA ADOTADA _____

-SOLICITAÇÕES _____

____/____/____
DATA

ASSINATURA



FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Nº	_____
DE	_____
PARA	_____

-NOME _____ SEXO _____

-ENDEREÇO _____ BAIRRO _____ MUNICÍPIO _____

-DIAGNÓSTICO DEFINITIVO _____

-CONDUTA TERAPEUTICA ADOTADA _____





-SUGESTÕES _____

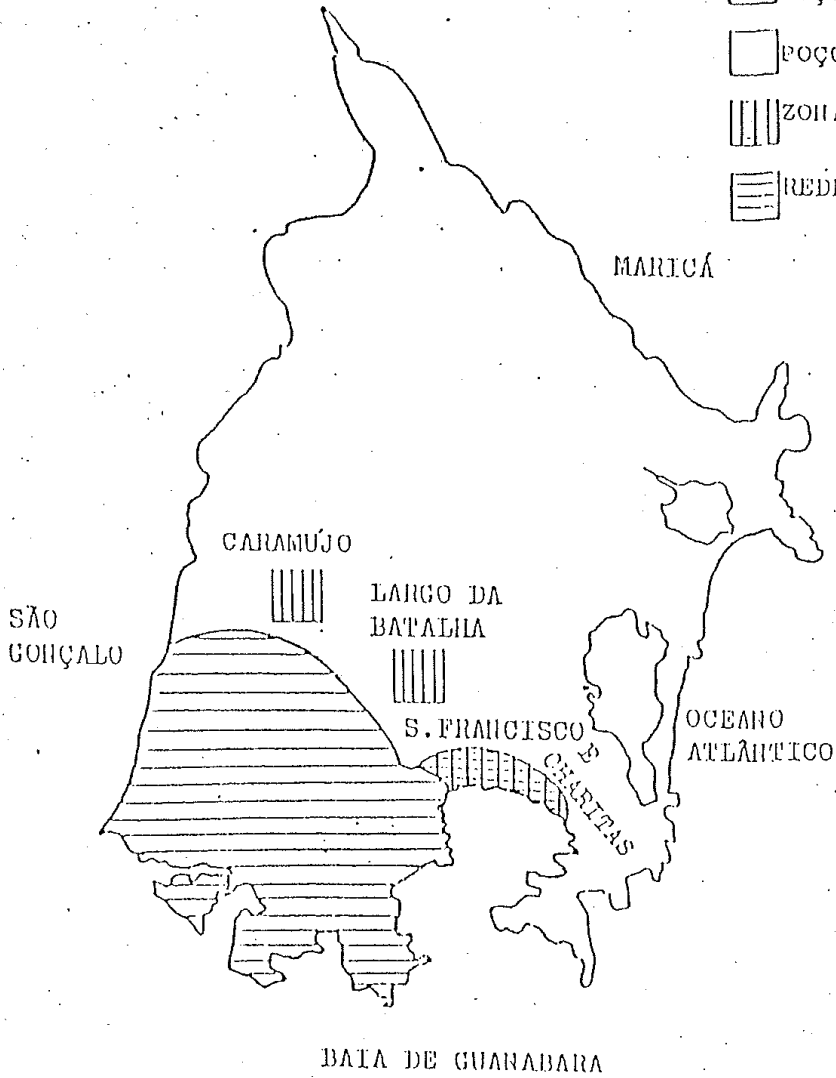
____/____/____
DATA

ASSINATURA


ABASTECIMENTO DE ÁGUA DE NITERÓI

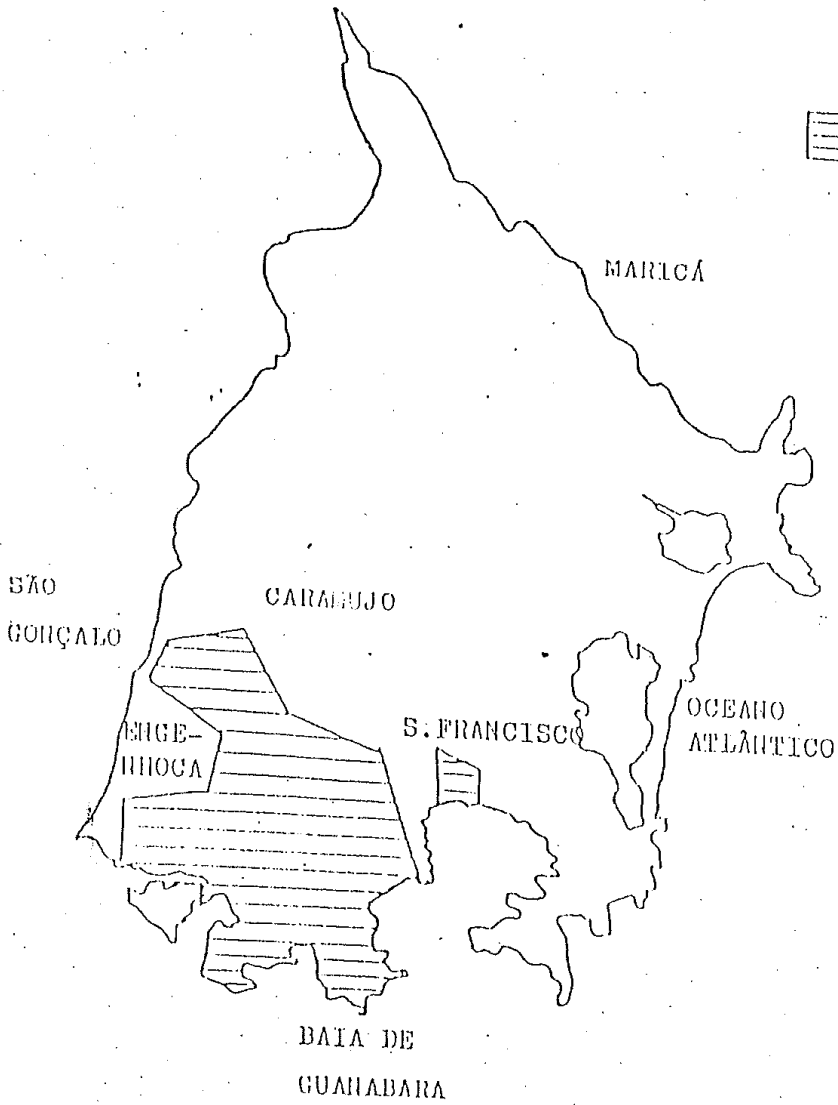
LEGENDA

-  POÇO OU CACHIMBA
-  POÇO ARTEZIANO CEDAE
-  ZONA MISTA - POÇO REDE CEDAE
-  REDE CEDAE

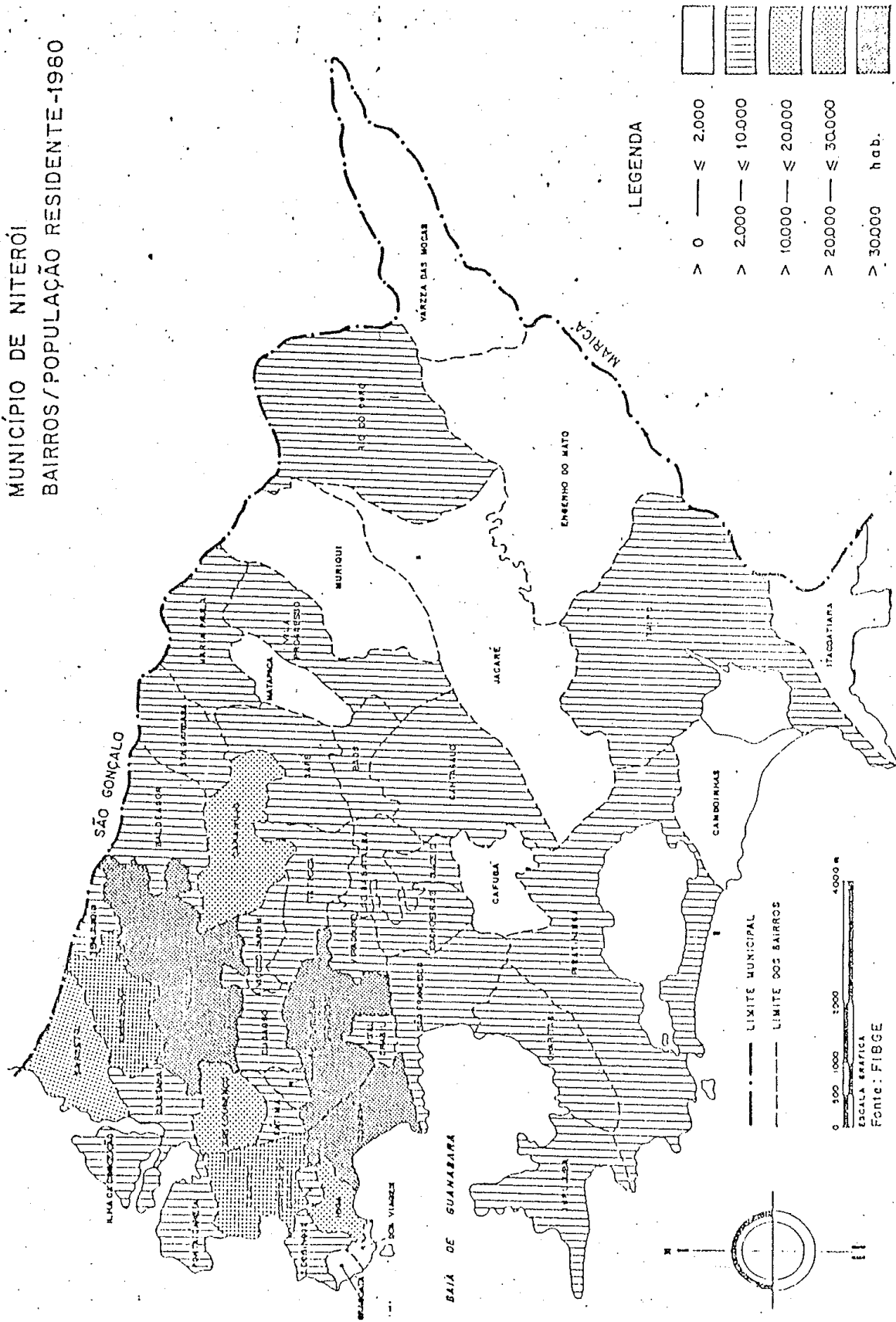


REDE DE ESGOTOS DE NITERÓI

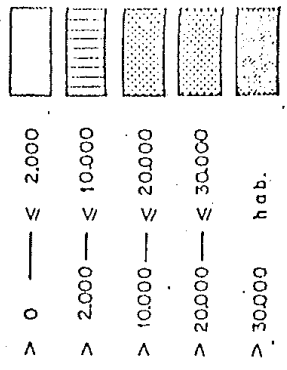
 Cobertura aproximada da rede de esgotos



MUNICÍPIO DE NITERÓI
BAIRROS/POPULAÇÃO RESIDENTE-1980



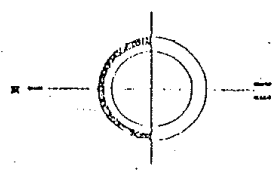
LEGENDA

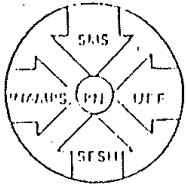


— — — LIMITE MUNICIPAL
- - - LIMITE DOS BAIRROS



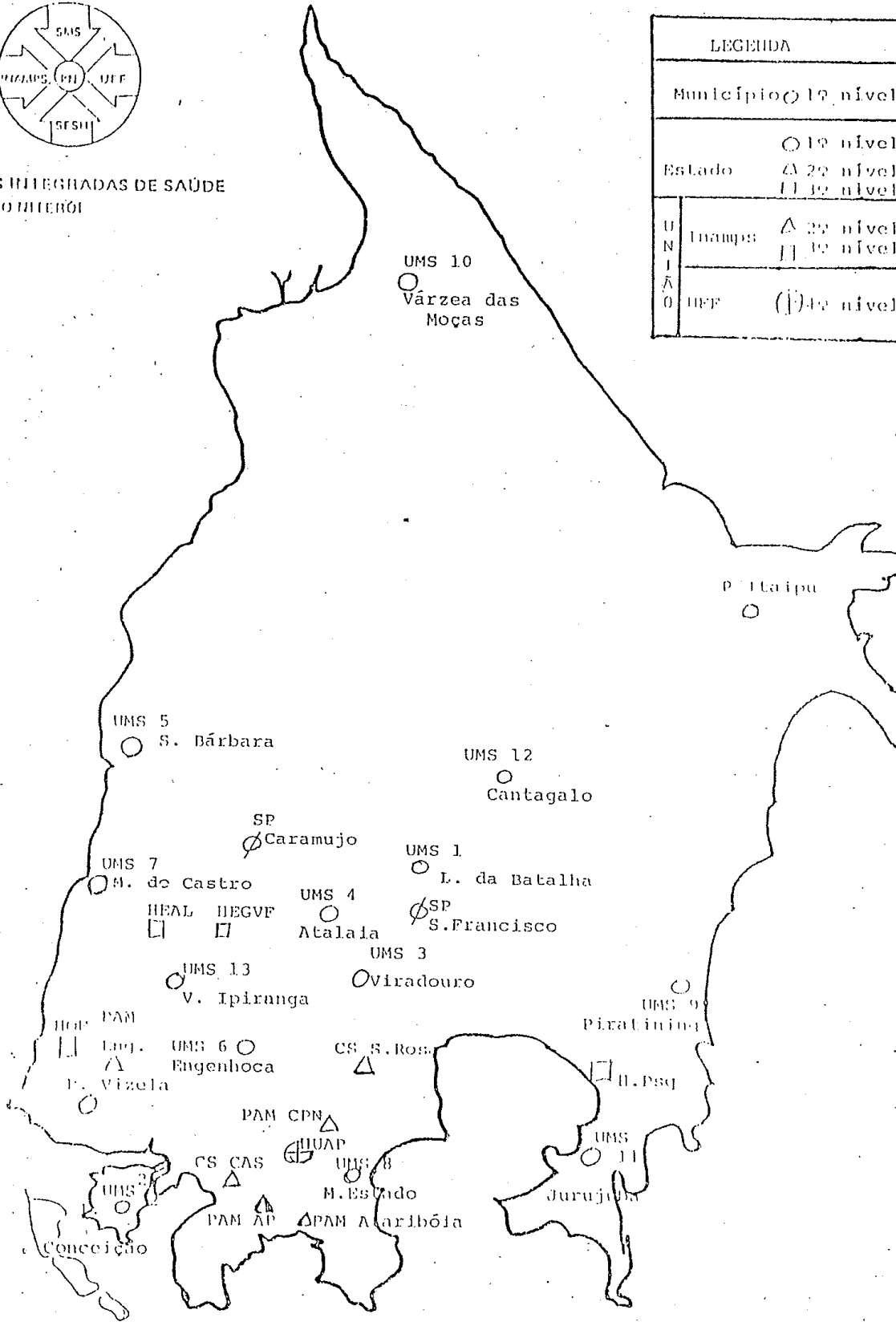
ESCALA GRÁFICA
Fonte: FIBGE





AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
PROJETO INTEROI

LEGENDA	
Município	○ 1º nível
Estado	△ 2º nível
	□ 3º nível
UNIDADES	△ 2º nível
	□ 3º nível
UF	(□) 4º nível



Hugo Coelho Barbosa Tomassini

DADOS PESSOAIS

Nasci na cidade do Rio de Janeiro à 6 de agosto de 1937, no bairro de Santa Teresa. Realizei o primário em Escola Pública do então Distrito Federal, considerado na época de excelente padrão.

O chamado Ginásio e Científico foi efetuado no Colégio Andrews.

FORMAÇÃO ACADEMICA

Após concurso vestibular, ingresso em 1958 na então Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, formando-me no ano de 1963, onde realizei meu internato no Serviço de Doenças Infeciosas e Parasitárias (Doenças Tropicais) que marcou-me profundamente, e direcionando-me para o campo de atividades da Saúde Pública.

ATIVIDADE PROFISSIONAL

Início – médico gastroenterologista no INAMPS, por necessidades financeiras.

DEFINIÇÃO PROFISSIONAL

Fortemente influenciado pelo ilustre sanitarista Prof. Achilles Scorzelli, foi em 1964, após processo seletivo, ingresso na Escola Nacional de Saúde Pública para o Curso Básico de Saúde Pública – Nível Especialização.

Como primeiro aluno do referido curso em 1965, a então direção da ENSP na pessoa do Prof. Edmar Terra Bloes sou contratado como professor de Estatística e Epidemiologia.

Consolida-se então minha formação como sanitarista com uma preocupação sempre voltada para a questão do acesso e da equidade das populações para o sistema de atenção à saúde, visto como questões de Políticas Públicas.

As raízes desta opção advém da minha convivência com a ala progressista da Igreja Católica, através da JUC, ainda no tempo da formação universitária. É através da releitura do Marxismo frente às questões pelo evangelho que, onde revisei boa parte da minha formação ideológica, induzindo-me na atividade profissional como sanitarista.

Confronto-me com o momento político (A revolução de 1964 – A Redentora) e é no trabalho da ENSP, vejo possibilidade de alteração, uma vez que a Escola ressurgiu com uma nova concepção de princípios ideológicos no Campo da Saúde Pública com a formação e o trabalho de equipe pluriprofissional e interdisciplinar de Saúde Pública coincidindo com novas instalações da ENSP, agora junto ao Instituto Oswaldo Cruz em Manguinhos. Nesta nova etapa da vida da ENSP, participo da equipe elaboradora do 1º Curso de Mestrado em Saúde Pública. Apesar do Momento Repressivo de nossa história, na verdade vivíamos internamente intenso processo de propostas vanguardistas no campo da atenção à saúde.

Os anos da década de setenta, principalmente o seu início é marcado por profunda repressão político-ideológica junto ao Corpo Profissional da ENSP e da FIOCRUZ, resultando na minha saída da Instituição.

Resta-me apenas a oportunidade do ensino de Saúde Pública especialmente a Epidemiologia, com a minha formação de auto-didata, junto a Fundação Oswaldo Aranha, entidade mantenedora da Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda, como Professor Adjunto e posteriormente Titular, até o ano de 1994/95.

No ano de 1970 a UFF abre um edital público de âmbito nacional, concurso para a Disciplina de Epidemiologia, com 2 vagas: 1 para professor titular e outra para assistente.

O professor Scorzelli é selecionado para a vaga de Titular. Obtenho eu o 1º lugar na categoria de Professor Assistente, assumindo ambos os cargos em dezembro de 1970.

Assumo integralmente o ensino de Epidemiologia na UFF, desenvolvendo atividades políticas junto a Comunidade da Vila Ipiranga no Centro Comunitário do Fonseca na Fundação Leão XIII.

A receptividade junto a comunidade local e os alunos do Curso de Medicina é extremamente favorável e gratificante, recebendo homenagens dos diferentes turmas de medicina; sendo inclusive eleito paraninfo da turma do 1º semestre de 1975 onde convivi

com alunos como o Professor José Carlos Eduardo futuro diretor da Faculdade de Medicina da UFF e sustentáculo para o desenvolvimento do novo currículo de Medicina, o Dr. Gilson ; secretário Municipal de Saúde de Niterói, atual Secretário Estadual de Saúde e presidente Nacional no CONASS.

A repercussão do trabalho na Vila Ipiranga ressoa favoravelmente frente a Faculdade de Medicina, quando o Professor Aluísio Salles, então presidente da Federação Pan Americana de Escolas de Medicina, designante para o V Curso de Especialização em Saúde e População a se realizar em Cali – Colômbia, com a finalidade de promover profundas mudanças no então direcionamento da Política de Controle da Natalidade, imposta pelos países desenvolvidos principalmente os EEUU, e trazer os cursos futuros para o Brasil com uma nova orientação na Política Populacional com ênfase na questão do Planejamento Familiar espontâneo e de livre deliberação dos indivíduos.

É ainda os ecos, junto principalmente do corpo discente e frente do docente que meu nome é levado pelo Prof. Manoel Barreto Neto, ex-reitor da UFF do então prefeito eleito pelo PMDB (partido de opinião do regime ditatorial) Moreira Franco, para o cargo de Secretário Municipal de Saúde e Promoção Social de Niterói.

Passo a viver uma nova experiência extremamente enriquecedora e gratificante que eu interpreto como um caminho da morte para a vida uma ressurreição de fato. Da administração de cemitérios para a constituição de uma existência voltada para a vida e a saúde – a criação ou nascimento de um sistema de saúde de nível municipal, tendo como cenário o processo de luta pela democratização do país.

È instituído o 1º Plano Municipal de Saúde com base nos princípios da Conferência de Alma Ata, nos resultados dos Encontros Populares de Saúde, e algumas experiências alternativas bem sucedidas como o PIASS e Montes Claros do MS. O plano estabelece a necessidade da criação de uma rede de Unidades Básicas de Saúde em volta da orla periférica do Município, como uma porta de entrada da população, uma vez que as instituições de maior complexidade tanto estaduais como federais localizavam-se na região central do Município, aliás as únicas existentes do aulão da cidade.

O plano prevê a tentativa de hierarquização do serviço das três esferas do governo articuladas e coordenadas por um conselho municipal de saúde assento de representantes das instituições de saúde de nível público e privado assim como de representantes da população a ser assistida sob a presidência do secretário.

Projeta-se um plano de carreira estabelecendo-se cargos e salários tanto para os profissionais de nível superior com os de nível médio e elementos (principalmente os

chamados agentes de saúde) arregimentados e capacitados pela SMS, e posteriormente selecionados dentre os arregimentados e pelos capacitados de comum acordo. Esta equipe de agentes estava colocada para cada unidade criada e constituíram o elo fundamental entre a unidade básica e a população na sua área de abrangência (participação comunitária, um dos princípios do plano).

Experiências similares estavam ocorrendo em Campinas (SP) e Londrinas (PR). A intermediação efetuada pelo grande sanitarista e pensador de saúde Prof. Sérgio Arouca estabeleceu-se os Encontros Municipais do Setor de Saúde a princípio de caráter regional (região sudeste) evoluindo para caráter nacional, desenvolvidos no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), fortificando a idéia de democratização da saúde, alterando os princípios de descentralização e desconcentração das ações de serviço de saúde tanto sob ponto de vista gerencial e financeiro. Gostaria de focalizar o II encontro municipal de saúde da região sudeste, realizado em Niterói de 24 a 27 de Outubro de 1979, onde abandona-se a característica regional. Participaram 67 municípios de 15 estados, com aproximadamente 500 pessoas presentes. Dentre as suas resoluções deste encontro dois tópicos de grande imediatismo:

- a rejeição das leis 6229/776 dita do sistema nacional de saúde e não mais sua regulamentação.
- A diretriz de unificação do Sistema de Saúde tendo MS como único a nível federal as S Estaduais a nível estadual e SM a nível local.

A ruptura do desenvolvimento deste processo, a nível de dos três municípios idealizadores dos encontros, dar-se-á pela mudança partidária não mais opositorista dos 3 prefeitos.

Inicia-se um princípio de caça as bruxas de confronto político-partidário e ideológico, desfigurando-se o ideário proposto.

Em Julho de 1980, entrego o cargo de secretário impossibilitado de atender as exigências de mudança do quadro de pessoal, principalmente pessoal de nível superior sem nenhum compromisso com o ideário proposto.

Retorno a universidade exercendo as atividades docentes como professor adjunto do departamento de saúde comunitária em breve período de tempo.

Ainda no mesmo ano de 80 sou chamado a colaborar com o plano CONASP do MPAS para a elaboração e uma proposta de programas de educação continuada e

capacitação envolvendo profissionais de nível superior, incluindo a residência médica (através da comissão nacional de R.M) e os profissionais de nível médio e elementos do INAMPS.

Durante esta minha permanência no nível central do INAMPS participo ativamente de um grupo designado pelo professor Aluísio Salles, tendo o Doutor Guilherme Sampaio como coordenador para a formulação do embrião que viria a constituir-se na chamada Ação Integrada de Saúde (AIS) centrado num esforço de trabalho conjunto entre as diversas instituições públicas de saúde dos níveis federal, estadual e municipal estabelecendo-se como área de experimentação piloto, o município de Niterói, principalmente em decorrência da estrutura física e gerencial implantada a partir da nossa administração na S.M.S de Niterói.

Esta, portanto, se configurando o pensamento para a constituição do chamado Sistema Único de Saúde (SUS).

Em março de 1983, com a eleição do governador Leonel Brizola, tendo como secretário estadual de saúde o Professor Eduardo Azeredo Costa sou convocado a participar de sua equipe gestora como subsecretário e segundo ele em virtude da minha existente experiência a frente da secretária Municipal de Niterói.

Em dezembro do mesmo ano, com a mudança do prefeito da cidade do Rio de Janeiro, sou convidado por intermédio do professor Azeredo Costa a ocupar o cargo de secretário municipal de saúde da cidade do Rio, pelo então prefeito nomeado Doutor Marcelo Alencar.

Encontramos, já montada, uma estrutura ágil porem baseada num modelo predominantemente hospitalocêntrico.

Procurei então um reajuste de programação, através da implantação de um processo de planejamento participativo onde baseava-se:

A implementação no município do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) coma criação da CIMS (comissão interestadual municipal de saúde), onde sob a coordenação e direção do secretário municipal reunia-se para discutir a programação das ações de saúde, as instituições federais e estaduais, inclusive as universidades atuantes na área da cidade do Rio de Janeiro.

Como o município apresenta as chamadas regiões programáticas em cada uma delas criava-se a comissão interinstitucional local nos mesmo moldes organizacionais da CIMS. Desenvolve-se a idéia do tempo geográfico integral onde por opção de cada

funcionário, ela daria tempo integral na instituição onde melhor se desenvolvesse o seu potencial.

O caminho para o SUS está cada vez mais portanto possível. Outro ponto de minha gestão junto a SMS da cidade do Rio, foi o equilíbrio a nível político, de planejamento administrativo e mesmo financeiro entre a rede hospitalar e a rede de unidades básicas de saúde; incluindo aqui o chamados centros de saúde históricos, procurando redirecionar as demandas sob os hospitais para estas ultimas unidades.

Encontrando-se uma provável carência de profissionais e efetuando um levantamento das necessidades de RH existentes cujo resultado vem desdobrar-se na realização de concurso público para preenchimento das necessidades levantadas. Fato histórico em função da antiga forma de nomeação sem realização de concurso.

A gestão do Prefeito Marcelo Alencar terminou em dezembro de 1985, findando minha gestão junto a SMS.

Retorno a universidade para minhas atividades docente, principalmente a nível de pós-graduação (especialização e Mestrado).

Inicia-se no Departamento de Saúde da Comunidade a discussão para a criação do Instituto de Saúde da Comunidade, propondo-se a seguinte estrutura departamental:

- Saúde e Sociedade;
- Epidemiologia e Bioestatística;
- Planejamento e Gerência da Saúde;
- Psiquiatria e Saúde Mental.

Em 1995, é aprovado no Conselho Universitário o novo Instituto.

À partir de 1990, intensifica-se o processo de Reformulação do Currículo da Faculdade de Medicina, oriundo de 2 ?????????? anteriores com participação ativa do Departamento de Saúde da Comunidade e posteriormente do Instituto, principalmente a nível do ??? Prático – Conceitual.

A nova proposta curricular redireciona a formação do profissional voltada para o Sistema Único de Saúde, sendo que o ?????????? Prático - Conceitual propõe-se a ser desenvolvido junto a rede de unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói.

Propõe-se um novo modelo pedagógico para o curso.

É apresentada uma maior contribuição para a formação do profissional do campo da Saúde coletiva, através da visão do processo social, econômico e cultural com ?????????? das questões da saúde contrapondo-se ao modelo biológico, sem entretanto excluí-lo.

A proposição de um ensino não apenas centrada no hospital é então posto em prática com a possibilidade de participação das unidades assistenciais existentes no município.

É claro que tal mudança, por vezes com excessivas posições, levam ao conflito entre as correntes pensadoras da formação médica.

Cria-se a figura do preceptor, docente encarregado principalmente de acompanhamento do aluno no campo da ação prática e com figura importante em ensinar o aluno a estudar para enfrentar os problemas oriundos do novo modelo pedagógico.

Mais uma vez a estrutura de serviços implantada no Município, cuja origem remonta a minha gestão a frente da Secretaria (1977 ~ 1980), é cenário para a Reforma Curricular do Curso de Graduação em Medicina da UFF.

Hoje, com a institucionalização do PROMED pretende-se inaugurar um processo de avaliação curricular procurando sempre visualizar uma capacitação dos recursos humanos dentro de uma visão de profundo relacionamento academia x serviço.

FORMAÇÃO ACADÊMICA

A formação em Medicina pela histórica Faculdade Nacional de Medicina da UB 1958/1963.

A formação de especialista em Saúde Pública pela ENSP – 1964/1965.

O Exercício Profissional Docente e Pesquisador e Administrador na ENSP – 1965/1970.

Professor Adjunto e Titular da Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda – 1967 a 1994/95.

Especialista em Dinâmica Populacional mais especificamente Planejamento Familiar – Cali – Colômbia.

1976 - O auto didatismo em Epidemiologia e Bioestatística.

Secretário Municipal de Saúde do Município de Niterói – 1977/1980.

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL NA ÁREA DE SAÚDE

" PIDAS "

PROJETO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

ANTE-PROJETO DO:

CURSO DE ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS EM ÁREAS DE SAÚDE DE INTEGRAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO.

1983, 1984

AUTOR: HUGO COELHO BARBOSA TOMASSINI

-Gerente do Projeto-

I - IDENTIFICAÇÃO:

1 - Título:

Curso de Administração de Serviços de Saúde em Áreas de Integração, Regionalização e Hierarquização.

2 - Unidade ou Órgão:

UFF - Hospital Universitário Antonio Pedro - Programa de Integração Docente-Assistencial na Área de Saúde (PIDAS). - Departamento de Saúde da Comunidade.

3 - Responsável:

Hugo Coelho Barbosa Tomassini - Coordenador
Hospital Universitário Antonio Pedro - Rua Marquês do Paranã nº 303 - Niterói - Tel: 719.2828 Ramal 163/248.
Professor Adjunto do Departamento de Saúde da Comunidade - Faculdade de Medicina - UFF - MEC.

II - JUSTIFICATIVA:

Diante do conceito amplo de saúde-doença, como um processo dinâmico e permanente de trocas (ações e reações) entre o homem e seu ambiente, e conseqüentemente como uma realidade complexa na qual intervêm inúmeras variáveis, torna-se cada vez mais explícita a situação de saúde das comunidades humanas, conforme os diferentes estágios de seu processo de desenvolvimento econômico-social e cultural.

O grande impacto do desenvolvimento técnico-científico das ciências da saúde, se por um lado trouxe enormes benefícios, traduzidos pelo real aumento da vida média dos diversos agrupamentos humanos, por outro, conduziu à uma espiral ascendente e incontrolável de aumentos de custo da prestação dos serviços de saúde, já hoje não mais suportável, inclusive pelas economias mais prósperas e fortes do nosso mundo.

É, entretanto, nos países em vias de desenvolvimento como o Brasil, que este paradoxo torna-se mais agudo. É de nosso amplo conhecimento a contradição entre o uso de técnicas as mais sofisticadas e o fato de 40 milhões de brasileiros não usufruírem dos benefícios de qualquer tipo de assistência médico-sanitária.

Uma das possíveis propostas alternativas para arrendizar tal situação paradoxal reside na tentativa de aplicação de processo de regionalização docente-assistencial onde os recursos do Setor de Formação dos Recursos Humanos somar-se-iam aos do Setor de Prestação de Serviços, produzindo siste-

mas de saúde integradas, regionalizadas e hierarquizadas de coberturas crescentes e custos decrescentes, onde o "aprender" e o "fazer" constituem tarefas afins, contínuas e permanentes e de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos com a melhoria de saúde de nossas populações.

Uma das estratégias prioritárias para a implantação e implementação da regionalização docente-assistencial, até hoje pouco contempladas, é indiscutivelmente a da capacitação formal e regular de pessoal docente e assistencial para gerir o processo administrativo proposto nesta nova alternativa.

III - OBJETIVOS:

Capacitar regularmente e conjuntamente pessoal docente e assistencial para administração dos serviços de saúde em áreas integradas, regionalizadas e hierarquizadas.

IV - METODOLOGIA:

O objetivo do presente Projeto envolve a realização de um Curso de Pós-Graduação, com duração de 468 horas a nível de Especialização.

O número de alunos deverá ser no máximo de 30 (trinta) e no mínimo de 10 (dez), número abaixo do qual torna-se anti-econômico sua realização.

A clientela deverá ser constituída por pessoal de nível superior, oriundo da área das Ciências da Saúde e áreas afins, com função docente e/ou assistencial, envolvendo inicialmente e prioritariamente as Instituições de saúde atuantes no Município de Niterói ou seja:

- Universidade Federal Fluminense.
- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
- Secretaria Estadual de Saúde.
- Secretaria Municipal de Saúde de Niterói.

A relação entre pessoal docente e assistencial deverá ser mantida preferencialmente na proporção de 1:1 (um para um).

Para o Curso deverá ser efetuada seleção através de exame do Curriculum Vitae comprovado e Entrevista. Caso o número de candidatos exceda ao número de vagas, deverá também ser executada seleção prévia através de prova escrita.

A seleção será executada por banca examinadora composta por 03 (três) professores da UFF, a ser designada pelo Coordenador do Curso.

O Curso deverá se desenvolver em 04 unidades a saber:

A- Unidade I - Os conhecimentos básicos - 80 horas

Constituída das seguintes sub-unidades:

I.1- Introdução - 6 horas.

I.1-1 - Conferência de Abertura a ser pronunciada pelo Prof. Mário Chaves - 4 horas.

I.1-2 - Explanação sobre o desenvolvimento metodológico do Curso - 2 horas.

I.2 - Relacionamento Humano e Dinâmica de Grupo - 30 horas.

I.3 - Biometria - 56 horas.

Desenvolvimento dos conhecimentos básicos de Estatística e Epidemiologia com ênfase na análise dos dados da população brasileira, especialmente as do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Niterói.

B- Unidade II - Estudo da População Brasileira - 80 horas.

Constituída das seguintes sub-unidades:

II.1 - Demografia - Desenvolvido a partir dos dados da realidade brasileira do Estado do Rio e de Niterói - 24 horas.

II.2 - A Sociedade Brasileira e a Saúde - 24 horas.

II.3 - As Políticas de Saúde no Brasil - 32 horas.

C- Unidade III - A gestão dos Serviços de Saúde para Áreas de Integração, Regionalização e Hierarquização - 116 horas.

Constituída das seguintes sub-unidades:

III.1 - Regionalização e Integração Docente-Assistencial - 12 horas.

III.2 - O Planejamento do Setor de Saúde em face da RDA - 24 horas.

III.3 - O Processo Administrativo em Saúde na RDA - 60 horas.

Abrangendo:

a) Aspectos Gerais do Processo - 12 horas.

b) Administração de Pessoal - 12 horas.

c) Administração de Material - 12 horas.

d) Administração Financeira - 12 horas.

e) Supervisão e Avaliação - 12 horas.

III.4 - Metodologia de Elaboração de Projetos - 20 horas

D- Unidade IV - Estudo de Casos - 160 horas.

Constituída das seguintes sub-unidades:

IV.1 - Estudo analítico de 2 (duas) experiências brasileiras referentes à gerência de áreas integradas, regionalizadas e hierarquizadas - Planejamento, Desenvolvimento e Avaliação - 40 horas.

IV.2 - Elaboração de uma tentativa de modelo de Integração, Regionalização e Hierarquização, dirigida a propostas integradas de administração de Recursos Humanos, Materiais e Financeiros na Área de Saúde - 120 horas.

As Unidades I, II e III serão desenvolvidas com uma carga horária de 4 horas/dia/aluno e a Unidade IV com 8/horas dia/aluno.

A forma de verificação do aprendizado constará de pelo menos uma avaliação em cada sub-unidade, cujo processo será de inteira responsabilidade do docente encarregado de seu desenvolvimento.

Os critérios de aprovação serão os mesmos estabelecidos pela comissão de Pós-Graduação da UFF referentes à resolução nº 9/69 do CEP da UFF, tendo o aluno que frequentar pelo menos 85% (oitenta e cinco por cento) de todas as atividades programadas, conforme Resolução nº 25/81 da CEP-UFF-

Quanto aos instrumentos, procedimentos e técnicas pedagógicas, terão eles como preocupação básica o ensino participativo, onde o discente será sempre o sujeito do processo ensino-aprendizagem.

NOTA: Os trabalhos desenvolvidos pelos alunos durante a IV Unidade do Curso deverão ser entregues até o dia 16 de março de 1984.

A apresentação e discussão destes trabalhos serão realizadas nos dias 19, 20 e 21/03/84.

O resultado referente à Avaliação docente e discente será divulgada no dia 23/03/84.

V - DA SELECÇÃO:

1 - Pré-Requisitos:

Curso Superior.

Área de Saúde ou Áreas afins.

Experiência na Área de Prestação de Serviços e/ou Docente.

Experiência em Áreas de Integração de Serviços de Saúde.

2 - Etapas

a) Avaliação do Curriculum Vitae em relação aos objetivos do Curso.

A nota final do postulante será a média ponderada da nota da prova, peso sete, e do Curriculum Vitae, peso três.

b) Prova objetiva, escrita, dissertativa sobre assuntos referentes a Saúde - Caso o número de candidatos exceda o número de vagas.

Esta etapa é eliminatória. Será atribuída à prova, notas de zero a dez, sendo eliminado o candidato que não obtiver nota igual ou superior a cinco.

c) Entrevista para os candidatos aprovados nas etapas anteriores.

VI - CRONOGRAMA FÍSICO:

- __ Apresentação do Projeto à Coordenação do PIDAS para sua aprovação - 31/03/82.
- __ Estudos posteriores e aprovação pelos órgãos competentes da UFF - 1/04/82 a 29/06/83.
- __ Divulgação - 01/08/83 a 31/08/83
- __ Inscrições - 22/08/83 a 06/09/83
- __ Seleção - 12/09/83 a 16/09/83
- __ Matrícula - 19/09/83 a 23/09/83
- __ Desenvolvimento do Curso - 26/09/83 a 26/03/84
 - . Unidade I - 26/09/83 a 21/10/83
 - . Unidade II - 24/10/83 a 02/12/83
 - . Unidade III - 05/12/83 a 03/02/84
- __ Período de recesso - 24/12/83 a 08/01/84
 - . Unidade IV - 06/02/84 a 02/03/84
- __ Avaliação do Curso - 16/03/84 a 22/03/84
- __ Elaboração e Entrega de Informe Final - 26/03/84.

3930

DECRETO Nº 3920/83

Altera áreas de competência na estrutura básica do Poder Executivo e dá ou tras providências.

RECEBIDO
22. abril 1983
Buckley
12 Publicações 12.4.83

, com fundamento no artigo 212, inciso I, da Constituição Estadual, de 23 de julho de 1975, combinado com o artigo 101, incisos I e XXXII e art. 123, inciso I, alínea "e", da Lei Complementar nº 1, de 17 de dezembro de 1975, e,

Considerando que se faz imperiosa a dinamização do programa destinado a promover o Bem Estar Social, através de "estudo, definição e combate às causas do problema social, a curto, médio e longo prazo";

Considerando que o órgão estruturado, terá como principal atribuição a de assessoramento direto do Prefeito Municipal, em caráter normativo e executivo;

D E C R E T A :

Art. 1º - A Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social (SMSPS) passa a denominar-se Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Art. 2º - A Coordenação de Promoção Social - SPS - fica desligada da Secretaria Municipal de Saúde - SMS - e passa à subordinação direta do Chefe do Poder Executivo, com a denominação de Coordenadoria de Bem Estar Social - COBES - com a seguinte estrutura:

a) Órgãos de Direção:

- I. Coordenadoria de Bem Estar Social - COBES, dirigido por um Coordenador Geral, nomeado em comissão, símbolo C-1 e um Coordenador Adjunto, símbolo C-2, em que fica transformado o cargo de Assistente I, símbolo C-2 do Gabinete da SMS e transferido para a COBES.

3730



REPUBLICADO
22 abril 83
Buckley

b) Órgãos de Assessoramento e Execução:

I. Gerência de Programas Comunitários

I.1. Centro Social Urbano Marcolino Gomes
Gandau

II. Gerência de Programas Específicos

II.1. "Creche Ernani Moraes Franco"-Ilha
da Conceição

II.2. "Creche Odílio Costa Netto"- "Santa
Rosa

II.3. "Creche Lar Substituto no Maruí" -
Barreto

II.4. "Creche Lar Substituto do Morro do
Cavalão" - Icarai

II.5. Centro Social do Trabalhador Municipa
l.

c) Órgãos Colegiados:

I. Conselho Municipal de Entidades de Bem Estar
Social (CEBEN), criado pelo Decreto nº ...
3.083, de 9 de dezembro de 1977;

II. Conselho Municipal de Assistência às PESSO
as Deficientes (COMAD), criado pelo Decreto
nº 3.641, de 17 de dezembro de 1981;

Parágrafo único - As Gerências de Programas Co
munitários e de Programas Específicos serão dirigidos por Geren
tes nomeados em comissão pelo Prefeito, símbolo C-3.

Art. 3º - Ficam transferidos para a Coordenado
ria de Bem Estar Social - COBES - os seguintes cargos de provi
mento em comissão da Coordenação de Promoção Social da Secreta
ria Municipal de Saúde, bem assim a função gratificada menciona
da:

3930



RE 1111
22 abril 1983
Juckly

COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO SOCIAL:

- 1 Coordenador - C-1
- 1 Agente II - FC-2
- 1 Gerência de Desenvolvimento Comunitário - C-3, com a denominação constante do item I, alínea "b" do art. 2º - GGDE
- 1 Gerência de Creches - C-3, com a denominação constante do item II, alínea "b" do art. 2º - GGPE
- 1 Chefe do Centro Social Urbano Marcelino Gomes Candau - C-3, GCSU.

Art. 4º - Os órgãos de que trata o art. 2º, deste Decreto, são transferidos com o pessoal neles em exercício em 1º de fevereiro de 1983, e o posteriormente para eles designado, bem como todo o material, utensílios e tudo o mais que compõe as respectivas instalações e bens, cabendo a Coordenadoria de Bem Estar Social - GCOBES e à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) adotarem as providências complementares ao cumprimento deste Decreto.

Parágrafo Único - A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) fornecerá à Secretaria Municipal de Administração (SMA) e à Coordenadoria de Bem Estar Social - GCOBES - a relação do pessoal e o inventário dos bens para as devidas providências de ordem administrativa.

Art. 5º - As despesas dos órgãos de que trata o artigo 2º deste Decreto, no corrente ano, continuarão à conta das dotações próprias do orçamento vigente, cabendo à Coordenadoria de Bem Estar Social (COBES) providenciar as devidas alocações de verbas na unidade administrativa própria, a partir do próximo exercício financeiro.


Art. 6º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

3930

RE
22. abril 1983
Buckley

Os Secretários Municipais de Saúde, de Administração, da Fazenda e o Secretário Geral do Conselho de Desenvolvimento Municipal assim o tenham entendido e façam executar.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI, EM 11 DE ABRIL
DE 1983.


WALDEMAR DE BRAGANÇA
PREFEITO

MEIS.