

UMA EXPERIÊNCIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE A NÍVEL LOCAL: PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE UMA REDE DE UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI

MÁRIO ROBERTO DAL POZ*

SUELI GOMES COSTA**

HUGO COELHO BARBOSA TOMASSINI***

1. Justificativa; 2. O contexto social de abrangência; 3. Localização; 4. Objetivos; 5. Características do projeto.

1. Justificativa

A Prefeitura Municipal de Niterói, em face das diretrizes nacionais e estaduais de saúde, com base na Lei n.º 6.229,¹ e da competência que lhe é pertinente por força deste dispositivo e da Lei Complementar n.º 01,² fixou dentre os projetos prioritários, para o período de 1977-80, a implantação da rede de unidades municipais de saúde, com vistas à organização do sistema municipal de saúde.

Este projeto compreende as iniciativas destinadas à instalação de unidades municipais de saúde em áreas periféricas do município prioritariamente naquelas em conturbação com os municípios de São Gonçalo e Maricá, selecionadas segundo as necessidades atuais de crescimento urbano, metropolitano e local. Por outro lado, além de levar serviços básicos de saúde às populações mais necessitadas, o projeto em causa define-se, também, como um dentre outros meios de revitalização de centros de bairros, de fortalecimento de vida comunitária e dos laços de vizinhança, sob o impacto da metropolização da cidade, bem como de correção das conhecidas deseconomias urbanas, decorrentes da centralização de equipamentos e serviços. Insere-se, portanto, numa política urbana de objetivos mais gerais, através da qual o Governo venha a atuar em programas intersetoriais sobre os indicadores de nível de vida do município.

Cabe, pois, ressaltar as características do processo de expansão urbana do município, suas condições atuais de saneamento geral e básico, e reavaliação dos indicadores sanitários da cidade e a cobertura disponível dos serviços de saúde.

* Médico, ex-coordenador de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social da Prefeitura de Niterói. (Endereço do autor: Rua Visconde de Pirajá, 82/811 — Rio de Janeiro, RJ.)

** Economista, ex-assessora da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social.

*** Médico, professor-adjunto do Departamento de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, ex-secretário Municipal de Saúde e Promoção Social.

¹ A Lei n.º 6.229, de julho de 1975, criou o Sistema Nacional de Saúde.

² Lei Complementar n.º 1, de 17 de dezembro de 1975 — Lei Orgânica dos Municípios.

2. O contexto social de abrangência

2.1 O processo de expansão urbana do município

A potencialidade de crescimento de Niterói vincula-se, historicamente, ao processo de desenvolvimento da atual região metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ). A fisiografia do município e sua situação em relação à região estão ligados às bases da ocupação humana, desde os primeiros tempos da colonização até a fundação e expansão da cidade na extremidade sudoeste da baía da Guanabara.

Do século XVI ao XVIII a vida econômica do município desenvolveu-se através de sítios e engenhos de cana-de-açúcar (como no restante da Baixada Fluminense), cujos pólos de atração eram pequenos povoados em volta de capelas.

No decorrer do século XIX, o município experimentou o primeiro impulso para a vida urbana. Escolhida pela família real como área de temporadas de lazer, estruturou-se como cidade-sede de poder. A Vila Real da Praia Grande, elevando-se à condição de sede da província e à categoria de cidade (1835), teve sua vida urbana expressa pela função administrativa. A função industrial surgiu em 1845 com a implantação dos estaleiros navais na Ponta da Areia. As indústrias localizaram-se na faixa costeira, entre os bairros de São Lourenço e São Gonçalo, beneficiando-se, no fim do século, da proximidade da linha ferroviária da Leopoldina e aproveitando, freqüentemente, terrenos de fazendas em decadência. A agricultura de então se orientava para a policultura destinada ao abastecimento interno e ao da cidade do Rio de Janeiro.

No fim do século XIX, Niterói já apresentava as funções que floresceram no século XX. Na mesma época já estavam definidas também tendências da urbanização atual, pelo menos no que diz respeito à zona nordeste, na direção de São Gonçalo. Consolidaram-se a ocupação do centro atual da cidade e a construção das vias de penetração em direção ao Ingá.

A função administrativa de Niterói sedimentou-se a partir de 1903. Logo após a proclamação da república, Niterói ganhou o papel de capital, perdendo-o em decorrência de crises políticas entre 1893 e 1904.

De 1903 a 1950 a expansão urbana, a indústria e a agricultura evoluíram, de modo indissolivelmente vinculado ao processo urbano e industrial da cidade do Rio de Janeiro. Entre 1920-1930 a agricultura, apesar de ocupar áreas cada vez menores, fornecia produtos para o consumo regional e frutas cítricas para exportação (sob crises cíclicas). Em 1930, a maior parte da população rural já não vivia da agricultura. Ainda que a II Guerra Mundial provocasse investimentos nos setores industrial e imobiliário na região que hoje corresponde à atual área metropolitana do Rio de Janeiro, em Niterói a maior parte da produção industrial se destinava ao consumo da cidade (em 1950, o valor da produção alimentícia ultrapassava em muito outros ramos, inclusive o naval, que assumia o segundo lugar). A especulação imobiliária provocou, por outro lado, a valorização de áreas centrais da região metropolitana e rejeitou, em algumas áreas periféricas, populações de várias faixas sócio-econômicas. Niterói, junto com São Gonçalo, se caracterizava então como cidade-dormitório da região, e suas faixas litorâneas se valorizavam como áreas residenciais de padrão médio para alto e áreas de lazer.

Em 1950 a configuração urbana evidenciava-se em três conjuntos: *Centro — São Domingos*, com uma série de locais não-ocupados por razões topográficas, num eixo de penetração para o interior — a atual Rodovia Amaral Peixoto; *Sul*

— *Icarai*, com direção de crescimento para os bairros de Santa Rosa e Viradouro; *Norte*, a faixa residencial e semi-residencial, que só se alarga no Barreto, no limite do município de São Gonçalo.

É importante destacar a expansão da cidade em direção a São Gonçalo, cuja ocupação foi impulsionada por esse fato. Nessa área localizam-se, predominantemente, populações de média-baixa e baixa rendas.

Depois de 1950, reforçou-se o papel de dormitório da orla niteroiense da baía, com a inflação que presidiu a especulação imobiliária nas áreas centrais da metrópole e rejeitou as classes de baixa renda nas áreas periféricas. A migração diária de trabalhadores se processa pela travessia das barcas.

Na década de 60, a expansão urbana desenvolveu-se segundo as mesmas direções e a cidade começou a crescer em altura. Ao norte, o vetor de expansão em direção a São Gonçalo continuou a se reforçar, e a construção da Avenida do Contorno, autopista que liga Niterói a São Gonçalo, estabeleceu novo elo de interdependência das duas cidades. Ao sul, a urbanização de São Francisco recebeu um grande impulso, nesse bairro situam-se populações de média-alta e alta rendas.

Na década de 70, obras rodoviárias novas (Estrada Velha de Maricá, do Engenho do Mato, dentre outras), em articulação com a ponte Rio-Niterói, constituíram-se em novos vetores em relação à ocupação de outras áreas em expansão, a médio e a curto prazo. Pode-se prever para a década de 80 um processo de expansão urbana cada vez mais articulado ao da região metropolitana.

Assim é que as tendências gerais verificadas no período 60-70, em face das recentes mudanças institucionais da fusão dos estados do Rio de Janeiro e Guanabara e da criação do solo metropolitano, devem ser reavaliadas com vistas a propiciar uma perspectiva mais coerente com tais alterações político-administrativas.

Em 1960, Niterói era a terceira cidade mais populosa da atual região e ocupava a 12.^a posição dentre as cidades brasileiras; em 1970, Niterói caiu para a 6.^a posição no Grande Rio, situando-se em 15.^o lugar dentre as cidades brasileiras com maior população.

Em princípio, poderíamos afirmar que o forte crescimento das periferias, observado nas regiões metropolitanas do país, entre 1960 e 1970, como consequência do movimento migratório desta década, teria afetado pouco a cidade de Niterói. Cabe, aqui, ressaltar que Niterói e Itaboraí formam os dois únicos casos em que a participação da população urbana sobre a população total, no período, apresentou um decréscimo de 93%, em 1960, para 90,1%, em 1970.

No caso de Niterói, isto poderia ser explicado pelo fato da cidade estar fora, até então, do acesso principal do sistema rodo-ferroviário que liga as regiões centro e norte do país, grandes fornecedoras de contingentes migratórios para a região. Além disso, apesar de existirem áreas disponíveis para ocupação, o fato dos novos contingentes se constituírem de população de baixo poder aquisitivo não coloca essas áreas ao alcance desse grupo social, que não possui condições para enfrentar os custos de localização mais elevados, à semelhança do que ocorre no município do Rio de Janeiro. Assim, mantendo-se o tipo de estratificação social que vem sendo observado, a população de Niterói deveria apresentar um crescimento populacional em que predominasse grupos de faixas média e alta de renda.

Por outro lado, porém, entre 1971 e 1975, registrou-se um incremento de 334% da população favelada, significando não o aparecimento de novas con-

centrações, mas sim o retorno de favelas erradicadas a partir de 1970, e a densificação das favelas existentes, uma vez que o processo de expansão urbana do município restringe cada vez mais a disponibilidade de terrenos para construção de novas favelas. Niterói sedimentou-se, no fim dos anos 70, como subcentro da região metropolitana do Rio de Janeiro — RMRJ — à medida que a metrópole se torna mais complexa e populosa, Niterói tende a fornecer respostas não só a necessidades aparentemente locais, mas a setores da região que dependem ou gravitam em torno delas.

Portanto, Niterói, enquanto cidade de porte médio, mesmo que polarize grande parte da função residencial da RMRJ e atraia contingentes de classe média e de baixa renda, tem sua ocupação submetida à dinâmica metropolitana e, nesse contexto, deve oferecer respostas a outras funções complementares.

Nesse sentido, no que tange à sua função econômica, Niterói vê-se impelida a subsidiar a consolidação das atividades dos setores terciário e secundário (indústria de construção naval, de alimentação e de mecânica pesada). No que diz respeito às funções sociais, impõe-se-lhe o atendimento de exigências decorrentes da condição de cidade-dormitório: de subcentro educacional e cultural (como sede da Universidade Federal Fluminense e de extensa rede de ensino público e privado de 1.º grau, principalmente), de subcentro de lazer (orla marítima) e de subcentro médico-assistencial (pela capacidade instalada e pela demanda metropolitana).

A população, estimada hoje em 90 mil habitantes, poderá crescer em 15 anos em cerca de 25%. Considerando as condições de infra-estrutura urbana e de serviços públicos, pode-se afirmar que esse crescimento populacional dar-se-á em ritmo mais acelerado que a realização dos investimentos públicos que se fazem necessários. Neste enfoque, o incremento à ocupação do solo municipal na perspectiva de uso metropolitano deve realizar-se com custos sociais crescentes. É de se levar em conta, pois, que o nível de investimentos exigíveis nos próximos 10 anos venha assegurar ao município a possibilidade de que a polarização que exerce e venha a exercer, ainda mais sobre a população regional, se efetive com retornos, capazes de reduzir as conseqüências do crescimento urbano desordenado.

2.2 As condições atuais de saneamento básico e geral

No que tange ao abastecimento de água, a cargo da Companhia Estadual de Águas e Esgotos — CEDAE — a rede atende a 75% da população do município. O volume, porém, é considerado insatisfatório — (155,4 l/hab/dia) — já que a OMS considera satisfatório o volume de 250 l/hab/dia. Considerando o número de ligações efetuadas em 1973 (o aumento anual do número de ligações até 1973 era de 3% e a partir de então foi de 7%) não houve qualquer remanejamento significativo no sistema de abastecimento, podendo-se concluir que as deficiências apontadas tenderam a se agravar.

O levantamento efetuado pela CEDAE em 1975 indica 25 mil economias ligadas à rede de esgoto sanitário existente no município. Hoje, a rede coletora já atingiu o limite máximo de sua capacidade e se mostra insuficiente para as vazões atuais da cidade. Apenas as áreas centrais são servidas pela rede, perfazendo um total de 37,9% dos imóveis cadastrados pela prefeitura. Bairros populosos como a Engenhoca e a Ilha da Conceição não possuem rede de esgoto.

Por se tratar de rede muito antiga, passaram a ser constantes os vazamentos, inclusive, até pouco tempo, a infiltração da rede de esgoto na rede de água potável (o que veio a ser corrigido pela CEDAE, numa ação de emergência, a partir de 1975).

“De um modo geral, a rede coletora se apresenta insuficiente para atender às vazões atuais, razão pela qual existem vários extravazores que lançam esgotos diretamente na praia ou em galerias de drenagem da água pluvial cujo destino final é o mar.”³

A primeira etapa do Plano de Esgotamento Sanitário para Niterói, ora em execução, além do remanejamento e substituição de coletores e da recuperação da estação depuradora de Lemos Cunha, propôs-se a reduzir, em 85% pelo menos, o grau de poluição das praias da zona sul até 1980, e a solucionar o esgotamento sanitário dos bairros do Ingá, parte de Santa Rosa e São Francisco.

A expansão do plano a todo o município não tem ainda prazo previsto de início e término e, por se tratar de obra de grande porte, dependente de estudos econômicos, é de se crer que o atendimento pleno das necessidades sanitárias, em função do processo de expansão urbana, não ocorrerá de imediato.

Quanto ao serviço de drenagem de águas pluviais, sob responsabilidade municipal, ressurte-se de uma série de deficiências, localizáveis tanto na administração dos serviços quanto no baixo rendimento do sistema. A avaliação desta insuficiência é possível quando qualquer aumento pluviométrico, dentro dos índices normais da região, submete a cidade a inundações. Constituída de galerias e canais (predominantemente canais), a rede dispõe de instalações antigas e em mau estado de conservação.

Muito embora a Prefeitura de Niterói tenha iniciado gestões junto aos órgãos estaduais competentes para o equacionamento dessas questões, a solução necessária não se efetivará de imediato.

Impõe-se à prefeitura, através da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, o desenvolvimento de programas comunitários de saúde e promoção social, prioritariamente em áreas não-cobertas pela rede estadual de Saúde Pública, com base nas características demográficas, sócio-econômicas e no nível de saúde da população, que se esboçaram na década de 70.

2.3 Características demográficas e sócio-econômicas

As características demográficas e sócio-econômicas mais gerais do município desfiguram, de certa forma, a dinâmica de uso do solo municipal e suas relações metropolitanas. Deve-se considerar, pois, as tendências demográficas e sócio-econômicas mais recentes, articuladas ao crescimento da RMRJ.

Das informações levantadas para a elaboração do Plano Diretor Urbano de Niterói destacamos as seguintes tendências:

— adensamento crescente das áreas já ocupadas, tanto nas de alto custo da terra (centro, centro-sul e sul), como nas de menor custo (centro-norte e norte) o que exprime, em última análise, a dinâmica metropolitana de ocupação do

³ Companhia Estadual de Águas e Esgotos — Cedae. *Plano de Esgotamento Sanitário para Niterói*. Diretoria Técnica, Superintendência de Planejamento Técnico, agosto, 1975. v. 1, p. 3.

solo municipal na década de 70, com crescimento geral da demanda por serviços públicos;

— remanejamento populacional metropolitano, reforçando a função residencial da cidade, principalmente no que concerne à demanda por moradias da classe média da RMRJ;

— remanejamento populacional interbairros, quer pela deterioração paulatina da função residencial de alguns bairros, até pouco tempo tipicamente de classe média (como, por exemplo, o Fonseca, que se alicerça como um subcentro de comércio atacadista, especializado e industrial, e Icaraí, como um subcentro de serviços), quer pela oferta de moradias em áreas de ocupação recente (Pendotiba, Itaipu e Piratininga) para esta mesma classe;

— concentração de serviços e investimentos públicos e privados nas zonas centro e sul, expressando um atendimento maior a populações de rendas mais elevadas;

— deterioração crescente da zona norte em conturbação com São Gonçalo (Barreto, Engenhoca), de alta densidade demográfica (mais de 501 hab/ha) e baixo nível de atendimento dos serviços públicos;

— estagnação da área nordeste da cidade em conturbação simultânea com a área rural de São Gonçalo e Maricá (Rio do Ouro e Várzea das Moças), de baixa densidade (0-10 hab/ha), e baixo nível de atendimento por parte dos serviços públicos, mas com investimentos públicos (Estrada Velha de Maricá e do Engenho do Mato) e privados (Veplan-Residência no Engenho do Mato) que fazem prever alterações dos custos atuais da terra e geração de uma nova dinâmica de ocupação (hoje, com predominância de habitantes de baixa renda e sitiantes de fins de semana).

Quanto à localização dos serviços de saúde pretendidos pela prefeitura, extrai-se a orientação necessária das informações que sugerem, com clareza, a prioridade das áreas em processo de deterioração, ocupadas por população de baixa renda e onde a demanda de serviço urbano, pelas tendências observadas dos investimentos públicos, permanecerá insatisfeita por muito tempo.

A análise e padrões habitacionais da cidade permite distinguir e definir tais áreas. O padrão habitacional dominante é o padrão normal (ABNT-140). O padrão alto pode ser encontrado em Icaraí, São Francisco, Itacoatiara, Vital Brasil e em novas ocupações de Pendotiba, como o condomínio Jardim Ubá e outros.

As habitações de padrão normal serão encontradas em bairros tradicionais como Fonseca (em mutação recente), Santa Rosa, Gragoatá, Boa Viagem e em alguns núcleos ao norte da cidade.

As habitações de padrão baixo, além de estarem associadas à zona de casario em deterioração do Centro e suas áreas de extensão (Ponta da Areia, São Domingos, Gragoatá) encontram-se, em grande parte, no norte (Barreto e Engenhoca, dentre as maiores concentrações), como também encravadas em diversos bairros da cidade.

As habitações *substandards*, segundo levantamento efetuado pelo Departamento de Serviço Social da Ex-Cohab-RJ somariam, em 1970, 16 mil barracos, isto é, em torno de 20% do número total de habitantes da cidade (66.452 domicílios, abrigando um total de 80.000 habitantes, se considerada a estimativa

do IBGE de 4,8 pessoas por domicílio, para esse ano). Este número parece elevado, se consideramos que o Censo de 1970 acusa um percentual de 12% de domicílios *rústicos*, ou seja, 7.974 domicílios, abrigando cerca de 40 mil pessoas.

É importante, por outro lado, a análise do processo de densificação das favelas de Niterói, como dado relevante para a orientação dos programas de saúde. O primeiro cadastramento de favelas do município data de 1971. Foi realizado pela Fundação Leão XIII, tendo sido registradas, na época, 44 favelas e uma população de 6.194 habitantes, correspondentes a 2% da população total do município.

Com relação à distribuição da população favelada, por bairros, as maiores concentrações verificaram-se no Fonseca, Engenhoca, Cubango e Centro (respectivamente 21%, 5%, 14% e 9% da população favelada). O restante concentrava-se nos bairros de Ponta da Areia, Icaraí, Caramujo, Santa Rosa, Barreto, Jurujuba e Pendotiba. Entre essas, a maior concentração verificava-se no Barreto, mais especificamente no morro do Maruí, que já possui uma expressiva população favelada.

Em 1975, a Fundação Leão XIII realizou outro levantamento, quando cadastrou 51 favelas e 26.890 habitantes, o que representa 7,15% da população total do município.

A localização espacial das favelas em 1975 manteve-se praticamente a mesma de 1971, constatando-se apenas uma mudança na distribuição percentual da população. No bairro da Engenhoca, localizam-se agora 19,84% da população favelada do município, dado a presença de duas grandes concentrações: as favelas de Nova Brasília e Cel. Leôncio que abrigam, respectivamente, 3 mil e um mil habitantes. No Fonseca, o número de favelados representa 17,80% do total e tem, no morro da Boa Vista a favela de maior expressão numérica, abrigando perto de 2 mil habitantes.

O relevante neste processo é que o crescimento de favelas inserido na tendência de crescimento geral da população, vai expressar um aumento considerável da pressão por serviços, repercutindo sobre a necessidade de ampliação de sua cobertura.

A composição etária da população deve também ser considerada. A população de 1 a 19 anos representava, em 1970, 42,6% da população total. Estimando-se uma população em 169.510 habitantes, em 1977, constata-se a necessidade de reforço no atendimento, por meio de serviços da população jovem.

As características do setor terciário de Niterói absorve 80% da população ativa. Cabem ao comércio 2/3 e aos serviços 1/3 do contingente ocupado no setor, o que permite levantar, como hipótese provável, a participação expressiva de mão-de-obra feminina no setor. Considerando os dados populacionais anteriormente citados e a terciarização da cidade, é de se presumir a ocorrência de uma demanda crescente de serviços de assistência maternal (creche).

2.4 Situação na área da saúde

A análise de óbitos e da taxa de mortalidade no município enquadra Niterói na categoria *regular*, segundo a tabela 1.

Tabela 1

Óbitos e taxa bruta de mortalidade no município de Niterói, 1966-70

Ano	Óbitos	Taxa bruta de mortalidade (0/00)
1966	3.004	10,2
1967	3.164	10,4
1968	3.277	10,5
1969	3.406	10,6
1970	3.338	10,2

Fonte: Anuário do Serviço de Estatística de Saúde, SES, RJ. 1971.

Tendo como fonte de dados cerca de 40% dos atestados de óbitos do ano de 1975, estudo realizado pela Secretaria Municipal de Saúde constatou que, no município:

- perto da metade dos atestados de óbitos não especificam a residência do falecido (localidade ignorada);
- 4% procedem de Rio do Ouro, localidade do município de Niterói situada no limite com São Gonçalo.

Pendotiba, Engenhoca, Barreto, Ilha da Conceição e Rio do Ouro são as cinco localidades que mais contribuem para a mortalidade, o que coincide com a precariedade das condições sanitárias e com a presença de populações de baixa renda.

Vale ressaltar ainda as taxas de mortalidade infantil (TMI), sempre superiores a 70%, durante o período 1966-1970, consideradas pela OMS como *alta e muito alta*.

Verifica-se, na tabela 2, que de 1966 a 1969 há um aumento considerável da TMI, fato este observado em diversas regiões urbanas do país.

No que diz respeito à razão de mortalidade proporcional, verifica-se que, no período de 1966 a 1970, oscilou em torno dos 50% (tabela 3). Sabendo-se que “quando o valor está abaixo de 50%, há ainda grande mortalidade por doenças infecciosas e a mortalidade infantil é alta”, pode-se afirmar que, embora Niterói se aproxime de indicadores similares aos de país desenvolvido, guarda as características que dominam o estado de subdesenvolvimento.

Tabela 2

Óbitos em menores de 1 ano, nascidos vivos e taxas de mortalidade infantil, no município de Niterói — 1966-1970

Ano	Óbitos em menores de 1 ano	Nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil(%)
1966	543	7.319	7,42
1967	585	7.162	8,17
1968	597	6.668	8,95
1969	665	6.628	10,03
1970	607	6.173	9,04

Fonte: Anuário do Serviço de Estatística de Saúde, SES, 1971.

Tabela 3

Razão de mortalidade proporcional, Niterói, 1966-70

Ano	Óbitos		Razão de mortalidade proporcional (%)
	50 anos e mais	Total	
1966	1.427	3.004	47,5
1967	1.438	3.164	45,4
1968	1.636	3.277	49,9
1969	1.968	3.406	54,8
1970	1.758	3.338	52,6

Fonte: Anuário do Serviço de Estatística de Saúde, SES, 1971.

Ressalte-se, neste quadro geral da situação da saúde do município que, como subcentro metropolitano, Niterói concentra parte expressiva do equipamento médico-hospitalar da RMRJ, o que, em contrapartida, faz com que uma considerável população da região carente de atendimento procure a cidade para tratamento, deslocando-se de seus municípios de origem.

A análise do local de moradia dos pacientes internados no Hospital Universitário Antonio Pedro, Huap, conforme a tabela 4 que se segue, demonstra esta afirmação.

Tabela 4

Distribuição percentual dos pacientes internados na enfermaria do DIP — HUAP, segundo local de moradia — 1975-76

LOCALIDADE	1975 %	1976 (%)
Niterói	35	40
Fonseca	04	09
Centro	02	04
Engenhoca	03	04
Itaipu	01	03
Barreto	04	03
Pendotiba	04	04
Santa Rosa	01	03
Caramujo	01	03
Jurujuba	01	02
Santa Bárbara	01	02
Riodades	—	01
Icaraí	03	02
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: Hospital Universitário Antonio Pedro, UFF.

2.5 Serviços de saúde

Na área hospitalar, a capacidade instalada do município de Niterói era, em 1975, de 3.272 leitos entre a rede pública e a privada, o que dá uma relação de 8,5 leitos/1.000 habitantes. Aproximadamente 50% dos leitos pertencem a casas de saúde e hospitais privados, com fins lucrativos e conveniados com o Inamps.

O Hospital Universitário Antonio Pedro, bem como o Hospital Infantil Getúlio Vargas e o Hospital Azevedo Lima (este último ainda em reformas) são a referência natural de um sistema municipal de saúde, pois são todos hospitais gerais, de médio/grande porte. Deve-se ainda ressaltar o Hospital Orêncio de Freitas, do Inamps, apesar de ser apenas um hospital de cirurgia.

Tabela 5

Número de leitos da rede hospitalar do município de Niterói — 1975

Instituição	Clínica médica	Cirurgia	Pediatria	Obstetrícia	Tisiologia	Psiquiatria	Outros	Total
Hospital Universitário Antonio Pedro Inamps	119	69	33	60	—	—	102	383
Hospital Orêncio de Freitas SES	—	70	—	—	—	—	—	70
Hospital Ary Parreiras	36	—	10	—	156	—	—	202
Hospital Azevedo Lima	240	117	—	—	—	—	12	369
Hospital Heitor Carrilho	—	—	—	—	—	200	—	200
Hospital Psiq. Jurujuba	—	—	—	—	—	350	—	350
Hospital Asperj	24	16	10	14	—	—	16	80
Hospital da Polícia Militar	54	24	13	24	—	—	—	115
Rede Privada Conveniada com o Inamps	205	262	152	111	—	152	259	1.141
Outros não-especificados	—	—	—	—	—	—	378	378
Total	678	558	218	209	156	702	767	3.272

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Niterói; SMS/PMN; SAM/Inamps.

Na área de cuidados ambulatoriais a situação é um pouco diferente, apesar de recentes ampliações da capacidade de consultas do Inamps (mais no sentido de melhoria de instalações do que de número de consultórios). A Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro conta com 2 Centros de Saúde (Santa Rosa e São Lourenço), um no Centro da cidade e outro no bairro de Santa Rosa, enquanto que no centro localizam-se todas as unidades ambulatoriais do Inamps. Possui, ainda, a SES-RJ 4 postos de saúde e 1 subposto cujo funcionamento é deficiente (apenas pela manhã).

Quadro 1

Rede ambulatorial do município de Niterói — 1975

Instituição	Consultórios
Inamps	110
SES — RJ	45

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Niterói — SMS/PMN.

Destaca-se, também, a forte concentração espacial, tanto ambulatorial quanto hospitalar, já que a imensa maioria das instituições localiza-se nos bairros centrais do município (Centro, Barreto, Santa Rosa e Fonseca).

3. Localização

O projeto de implantação da rede de unidades municipais de saúde para o período 77-80 localiza-se em 11 áreas distintas da cidade, tomadas como pólos principais ou secundários de bairros, de ocupação mais ou menos densa, mas habitadas predominantemente por populações de baixa renda:

- *Ilha da Conceição* — articulado com três outros grandes bairros em deterioração — o próprio Centro, Fonseca e o Barreto, de densificação crescente, com população estimada em 6 mil pessoas;
- *Engenhoca* — articulado também com bairros em deterioração como o próprio Barreto e Tenente Jardim, e ao município de São Gonçalo, e que absorve 14,9% da população favelada do município, e tem grande densidade demográfica (16 mil pessoas em 1976);
- *Morro do Castro* — bairro articulado com áreas de São Gonçalo e Tenente Jardim, com população estimada em 6 mil pessoas;
- *Santa Bárbara* — ao longo da Rodovia Amaral Peixoto, não recebe diretamente atendimento médico-sanitário e conta com aproximadamente 6 mil pessoas;

- *Pendotiba* — no Largo da Batalha, abrangendo bairros como o Sapê, Mata-paca, Badu, dentre outros, locais em que mais cresceram as favelas nos últimos anos (estima-se em 10 a 12 mil pessoas sua população).
- *Várzea das Moças* — área desservida de equipamentos urbanos, em emi-nente processo de crescimento demográfico (obras públicas como atração), em conurbação com a região rural de São Gonçalo-Maricá, com uma população estimada de 5 mil pessoas;
- *Jurujuba* — área ocupada pela Colônia de Pesca Z-8 (comunidade pesquei-ra), recebe atendimento de uma unidade da LBA em processo de desativação, no bairro de Charitas; sua população é estimada em 6 mil pessoas.
- *Atalaia* — área de ocupação irregular (morro), por população de baixa renda, estimada em 2 mil pessoas;
- *Piratininga* — área de ocupação mista, parte por casas de veraneio das classes média e alta e parte nitidamente distinta, por pescadores e pessoas de renda baixa (aproximadamente 3 mil pessoas);
- *Morro do Estado* — trata-se da maior área favelada do município, com aproximadamente 20 mil pessoas;
- *Morro do Cavalo* — favela semi-urbanizada, encravada entre Icaraí e São Francisco, população de 4 mil a 8 mil pessoas.

Constroem-se, com esta localização inicial do projeto, dois grandes círculos de abrangência que se interpenetram na parte central do município, onde o relevo de colinas de altitudes entre 100 e 200 metros estabelece uma estrutura urbana fortemente compartimentada diferenciando nitidamente duas regiões, mas que contém todo o município:

1. Uma, praticamente toda urbanizada, onde ocorrem as maiores densidades populacionais e que inclui os bairros do Centro, São Lourenço, Fátima, Ponta da Areia, Fonseca, Engenhoca, Barreto, Ingá, São Domingos, Vital Brasil, Icaraí, São Francisco e Jurujuba.

Nela a estrutura urbana compartimenta-se pela ocupação dos vales e das áreas de declividade moderada. A presença de pequenas colinas, intercaladas por espaços planos, cria barreiras naturais e gera núcleos populacionais bem definidos, cuja interligação é dificultada. Nas áreas planas, encontra-se a tradicional quadrícula de ruas formando quarteirões de dimensões variáveis enquanto, nas encostas, de declividade mais moderada, apresenta-se uma configuração mais livre.

Nela constata-se categorias de ocupação bem definidas: uma área comercial que se desenvolve a partir da denominada Praia Grande, onde se localiza a estação das barcas; moradias populares ao norte, ocupando as colinas, e estabelecimentos industriais ou de prestação de serviços, intercalados com residências, ocupando a planície. Ao sul, uma área de ocupação mais recente, definida pelos bairros de Icaraí, Ingá, Boa Viagem, São Francisco e Charitas, de natureza claramente habitacional e de padrão elevado. O equipamento de infra-estrutura urbana concentra-se nas planícies e colinas voltadas para a baía da Guanabara.

2. A outra, compreendida por duas zonas fisiográficas em processo de expansão:

- a zona de lagoas, restingas, praias e planícies voltadas para o mar, com densidades populacionais baixas, onde o parcelamento do solo em lotes se deu de forma indisciplinada e sem corresponder a uma efetiva urbanização.

De infra-estrutura urbana precária essa zona interliga-se às demais áreas voltadas para a baía da Guanabara ou ao restante do município por poucos acessos, em condições de tráfego difícil. A disponibilidade de áreas planas nessas zonas indicam-nas como a grande área residencial de Niterói;

- a zona dos vales dos rios Sapê e Pendotiba ocupa a área central do município, entre as maiores altitudes da cidade, onde o processo de ocupação se deu nas encostas. O sistema viário determinou a acessibilidade aos terrenos que se apresentavam inicialmente como pequenas chácaras e progressivamente sofreram parcelamento em lotes de menor tamanho. As habitações são caracteristicamente unifamiliares, ao longo das vias de penetração, e freqüentemente galgam as encostas. Os vales existentes entre os relevos colinosos de maior altitude permitiram a penetração por estradas provenientes das planícies voltadas para a baía da Guanabara ou para o oceano. Nessa zona ocorreu o maior crescimento da população favelada do município (837% entre 1971/1975), embora a distribuição da população ocorra de maneira esparsa.

Além do mais, esta zona ressenete-se de serviços urbanos de toda a ordem, detendo ainda os maiores percursos de acesso aos centros urbanos melhor equipados.

O projeto propõe, num primeiro momento, ampliar a cobertura dos serviços primários de saúde.

Admite, também, a médio prazo, face à possibilidade de municipalização dos postos de saúde do governo do estado, o estabelecimento de uma maior divisão de trabalho por grau de complexidade de assistência médica, mantendo o município no atendimento básico, nas unidades objeto deste projeto.

4. *Objetivos*

O objetivo fundamental do projeto é a implantação de uma rede de unidades municipais de saúde, responsável por ações básicas de saúde, saneamento e promoção social em áreas habitadas principalmente por população de baixa renda e com difícil acesso aos serviços de saúde.

Entre as ações a serem desenvolvidas pelas unidades, encontram-se as de assistência materno-infantil (controle de pré-natal, puericultura), controle de doenças transmissíveis (vacinação, vigilância epidemiológica), saneamento básico (controle de roedores, destino de lixo e dejetos), assistência odontológica (prevenção da cárie dentária, extrações), assistência geral (primeiros socorros, carteira de saúde) e de promoção social (desenvolvimento da comunidade).

5. *Características do projeto*

Identificada a necessidade de ampliação de cobertura de cuidados básicos à saúde, a Prefeitura de Niterói, considerando as peculiaridades do processo de

ocupação do espaço urbano, e suas funções de subcentro metropolitano de serviços, propôs-se uma ação que implementasse, a curto prazo, a correção de atendimento, das mais urgentes, no conjunto de serviços de saúde de Niterói (principalmente no que se refere ao setor público) e instituísse maior racionalidade e integração no setor saúde como um todo.

Para tanto, definiu o projeto de implantação da rede de cuidados básicos à saúde, centrado num modelo de intervenção com as seguintes características:

- *Regionalização* — entendida como a divisão do espaço municipal em unidades de planejamento urbano, definidas segundo a homogeneidade físico-territorial, demográfica e social e o processo de integração entre as unidades.

Com esta característica o modelo visa produzir a integração dos investimentos municipais, de caráter intersetorial, por área geográfica, atender à demanda local de serviços urbanos primários, reduzindo os fluxos de transporte em direção à zona central, e fortalecer os centros de bairros sob efetiva descaracterização, com vistas a atuar diretamente sob os níveis de vida da população.

Nesta estratégia, a Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, articulada às demais secretarias municipais, estabeleceu como orientação geral para o período 77-80, o atendimento às áreas de concentração de população de baixa renda, sob condições precárias de saneamento básico e geral, diferenciadas, segundo a densidade demográfica e grau de cobertura, por serviços básicos de saúde, por meio de programas de saúde comunitária desenvolvidos por unidades de saúde que se distinguem na hierarquização dos serviços de saúde existentes no município;

- *Hierarquização dos serviços* — conceituada como a organização funilar dos serviços de saúde, de custos crescentes e cobertura decrescente. Por esta característica, o modelo fixa para o município o nível mais elementar do conjunto de serviços de saúde, através de serviços simplificados e que cobrem grande parte da demanda (com custo decrescente), mas que assegure o ajustamento permanente de serviços a necessidades locais além de ser possível a utilização de recursos humanos de nível médio e elementar quando cabível;

- *Aumento de cobertura* — conceituada como aplicação do raio de abrangência do atendimento médico-sanitário, correspondendo ao nível que vai do domicílio familiar até as unidades primárias de saúde, numa perspectiva de regionalização dos serviços. Essa característica propicia ao modelo atender não só à demanda insatisfeita de serviços médicos primários, mas principalmente reduzir a demanda global por serviços mais complexos, em geral desnecessários. Com isto, pode-se reduzir os grandes afluxos de pacientes sobre a rede pública e privada de assistência médica, geral e/ou especializada;

- *Coordenação interinstitucional* — as características do setor serviços em geral do município — como consequência principalmente de sua condição de subcentro metropolitano — exigem que o modelo tenha como uma das peculiaridades subsidiárias, a implementação de método de trabalho que assegure a coordenação interinstitucional de programas médico-sanitários, com vistas a anular a duplicidade de ações de mesmos objetivos. Define, pois, a prefeitura que o modelo proposto desenvolver-se-á no sentido de reduzir os custos gerais de atendimento médico-sanitário criando, também, condições de exercício de gerência interinstitucional de programas locais.

- *Relacionamento com o sistema informal* — as características anteriores, portanto, exigem que o modelo em causa se articule com os sistemas informais (frequentemente até empírico-místicos) quase sempre reconhecidos como mecanismos de suprimento a necessidades não-cobertas pelo sistema formal, com vistas a integrá-los nos processos simplificados de atendimento básico;
- *Participação comunitária* — o modelo em causa, considerando a saúde como o estado que abrange os aspectos social e mental dos indivíduos e, portanto, como uma variável do tempo e do contexto sócio-econômico e cultural, adota como uma de suas características mais relevantes o processo pelo qual uma dada população influi nos instrumentos destinados à intervenção em sua realidade sanitária;
- *Equipe polivalente* — como o trabalho de saúde pública excede o âmbito médico e sanitário, o projeto, em coerência com as demais características, estabelece a previsão de equipe multiprofissional visando romper com esquemas de atuação compartimentados e propiciar a atenção integral à saúde;
- *Integralidade de atenção à saúde* — característica que se vincula ao objetivo de conduzir os problemas de saúde não somente pela determinação da doença, mas também das condicionantes sócio-econômicas e culturais de saúde. A partir daí, integra o modelo o esforço do Executivo municipal de harmonizar os programas setoriais da prefeitura e de desenvolver uma política urbana que atue sobre os níveis de vida da população em geral;
- *Financiamento multilateral* — o modelo caracteriza-se ainda, num primeiro nível, pela integração de planos de aplicação de recursos intersetoriais do município, sobre determinadas áreas geográficas (regionalizadas) definidas como prioritárias. Num segundo nível, pela articulação horizontal de recursos financeiros de órgãos públicos e privados, federais e estaduais, que atuam nas mesmas áreas. E, finalmente, num terceiro nível para articulação vertical, no sistema regionalizado, da política de captação e aplicação de recursos disponíveis, em fontes internas e externas, de recursos de saúde ou outros setores, que assegurem a realização de programas destinados à melhoria de qualidade de vida da população niteroiense.

Bibliografia

- Cedae — Companhia de Água e Esgoto do Estado do Rio de Janeiro. Planidro, 1975.
 ECP/HPU. Proposta Técnica para o Plano Diretor Urbano de Niterói, 1975.
 Forattini, O. P. *Epidemiologia geral*. 1976.
 Ibge. Censo demográfico, 1970.
 Instituto de Saúde. Diretrizes gerais para a política estadual de promoção, proteção e recuperação de saúde materno-infantil.
 Estado de São Paulo, 1973 (Publicação n. 19).
 Inamps — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Plano de Localização de Unidades de Serviço, 1978.
 Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social. Plano de ação para o período de 1977-80 Niterói, 1977.
 Witt-Olaff. Plano Diretor Urbano de Niterói, 1976.