

# *Estrutura e Funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro*

---

## Uma Proposta para Debate

---

---

**NINA VIVINA PEREIRA NUNES**

*Professor Auxiliar do Instituto de Medicina Social da UERJ*

**ANTONIO AUGUSTO FERNANDES QUADRA**

*Mestre em Medicina Social. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ*

**MÁRIO ROBERTO DAL POZ**

*Mestre em Medicina Social. Professor Assistente do Instituto de Medicina Social da UERJ*

**EDUARDO LEVCOVITZ**

*Aluno do Mestrado em Saúde Pública da ENSP. Professor Auxiliar do Instituto de Medicina Social da UERJ*

---

Documento elaborado como contribuição ao grupo de  
Coordenação da Transição do Governo Estadual do RJ,  
em janeiro de 1983

---

### 1 – INTRODUÇÃO

---

O governo de uma metrópole constitui-se em tarefa um pouco mais complexa do que meramente a administração de bens e dinheiros públicos. A Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro é responsável pela qualidade de vida de mais de 5 milhões de habitantes do município e ainda tem papel importante na vida de muitos outros que, originários da Baixada Fluminense e de demais setores da região metropolitana, aqui encontram trabalho e lazer.

A crítica situação dos moradores dos subúrbios e das favelas da cidade, aguçada pela política antipopular do governo federal e pela desconsideração e ineficiência da administração estadual que se encerrou, exigem medidas emer-

genciais na área social, que combinadas a planos de médio e longo prazos, venham, de fato, a interferir nesta realidade.

A Prefeitura da Cidade terá, assim, que conjugar a absoluta prioridade às questões sociais – educação, saúde, urbanização das favelas, posse de terra – com os princípios de uma gestão ágil e profundamente aos mecanismos de participação popular intensa.

Na área de Saúde, este documento procura trazer algumas contribuições e principalmente suscitar dúvidas e discussões.

---

### 2 – SAÚDE E CIDADE

---

O processo de urbanização, realizado de forma irreversível e caótica, tem

gerado uma série de modificações na vida humana, repercutindo sobremodo na saúde. A formação de grandes bolsões populacionais, atraídos por uma perspectiva de melhoria nas condições e estilo de vida, tem sido apontada, de forma genérica, como causa e consequência não de incremento, mas de deteriorização das condições existentes.

Neste sentido, antes de se tornarem núcleos irradiadores de riqueza e prosperidade, as grandes cidades começam a configurar grande concentração de pobreza e miséria. O acesso aos benefícios da moderna civilização, a garantia de emprego e trabalho, a certeza da escolaridade para toda a população podem ser consideradas como meras utopias.

Também no campo do acesso aos serviços de saúde, as cidades progressivamente têm exibido a face da precarida-

de e da seleção em favor dos grupos mais favorecidos. A maioria das habitações não dispõe de água encanada ou esgotos sanitários, os índices de imunização persistem assustadoramente baixos e a assistência médica é proporcionada de maneira eventual.

As obrigações do Estado são desempenhadas de maneira precária, assistemática e não coordenada, embora incipientes experiências venham sendo realizadas no sentido de as municipalidades assumirem progressivamente um papel atuante no atendimento das necessidades básicas da coletividade.

A cidade do Rio de Janeiro, não obstante, apresenta um quadro privilegiado, dadas suas características históricas de antiga capital da República e de cidade-estado, durante curto período. Como município da capital representa um pólo de concentração de riquezas, sendo objeto de sistemática migração proveniente de diversas áreas do país.

Uma ampla rede de serviços de assistência à saúde foi sendo construída ao longo do tempo, como resultado de iniciativas dos sucessivos governos, categoriais profissionais, e particulares. Utilizando como indicador o número de hospitais existentes na cidade, pode ser dito que há cerca de 30 hospitais gerais públicos e 30 hospitais especializados, com mais de 20 mil leitos. Se a eles agregarmos também a oferta de leitos de instituições privadas, será alcançado um total de quase 40 mil leitos.

Essa oferta de recursos não representa necessariamente o atendimento da demanda ou o alcance de expressivos níveis de saúde. A correlação entre capacidade instalada e indicadores de sanidade não é consistente. É truísmo dizer-se que tais níveis são efetivamente modificados por medidas de controle do meio ambiente, imunizações e pela profunda alteração do chamado estilo de vida, conseqüente a transformações econômicas.

A estrutura administrativa deve, portanto, adequar-se à adoção de políticas de saúde voltadas à obtenção da mais alta eficácia, alcançada por meio da racionalização da alocação de recursos em programas especialmente voltados aos grupos mais vulneráveis e às regiões mais carentes.

### 3 — DIRETRIZES BÁSICAS PARA UMA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE

A formulação de uma política setorial consiste, em síntese, na identificação de medidas concretas e viáveis que, ao serem implantadas, atendam as necessidades básicas de saúde da coletividade, reconhecida também como participante ativa do processo de mudança.

A prioridade absoluta é, então, a garantia do direito a uma assistência médico-sanitária permanente, acessível e de qualidade. Nenhuma mãe ou criança, nenhum idoso, em suma, nenhuma família deverá encontrar obstáculos em procurar por um médico, um dentista, um enfermeiro ou qualquer outro profissional de saúde. Esta política é necessariamente baseada numa atenção integral e harmônica à população; integral por superar as compartimentalizações hoje ainda existentes entre saúde pública e assistência hospitalar e harmônica por contemplar o peso específico de cada modalidade assistencial de acordo com a realidade efetiva da demanda.

A *Atenção Primária à Saúde* surge, na atualidade, como modelo conceitual capaz de instrumentar tal concepção assistencial. A experiência, não só internacional, como de algumas prefeituras do país tem demonstrado que a atenção primária possibilita oferecer serviços de qualidade a toda a população, com padrões aceitáveis de custo. Trata-se, no caso concreto, de ampliar a rede de postos de saúde e unidades sanitárias de forma a que cada bairro, favela, conjunto habitacional ou comunidade de qualquer tipo tenha, nas suas proximidades, um serviço de tal natureza, sendo a integração entre profissionais e usuários, íntima e permanente.

A viabilidade de tal projeto depende intrinsecamente da articulação com Associações de Bairros, FAMERJ, FAPERJ e todos os demais grupos organizados de pessoas que trazem um conhecimento efetivo da realidade, assim como a idealização das formas de correção mais desejáveis.

Uma política de Atenção Primária à Saúde só poderá corresponder às necessidades da população se estiver garantida a referência de pacientes a unidades de maior porte, como os Centros de Saúde e ambulatórios de hospitais gerais. Assim, os Centros deverão ser radicalmente modificados, passando a funcionar em horário integral e com atividades reais de assistência médica.

Também como atividade fundamental surge a vigilância epidemiológica, tornando mais eficiente o controle das doenças transmissíveis, especialmente em infantes e pré-escolares, evitando que estes contraiam tais enfermidades.

As escolas são locais privilegiados para a implementação da Atenção Primária à Saúde, desenvolvendo-se nelas não apenas atividades assistenciais a alunos e familiares como atividades especialmente voltadas à elevação do rendimento escolar e à educação em saúde.

Em uma cidade com as características do Rio de Janeiro, a violência urbana, os acidentes de trânsito e de trabalho emergem como causas alarmantes de óbito, invalidez ou doença. A reorga-

nização do atendimento de *Emergência* e a criação de atividades de *Saúde Ocupacional* são responsabilidades prementes da Secretaria.

Atualmente é a rede de hospitais de pronto-socorro do município e alguns estaduais, que suporta tal tipo de atendimento, sendo notórias as deficiências e a má qualidade do mesmo. É urgente reestruturar estes hospitais para cumprimento dessa função, criando um sistema rápido e eficiente de pronto-socorro que atenda todo o município e sirva de suporte à Baixada Fluminense e mesmo às restantes do Estado.

A rede hospitalar concentra a maior parte do orçamento da Secretaria, face ao alto custo de manutenção dos serviços. Será necessária a eliminação de atividades não essenciais e a redistribuição de equipamentos, de forma a privilegiar os serviços de emergência e permitir um remanejamento de recursos para a rede de atenção primária.

A terceira área básica de atuação é a de *Vigilância e Fiscalização Sanitária*, atividade essencial para a defesa do consumidor e do cidadão numa sociedade altamente industrializada. A implementação desta área significa uma mudança no atual comportamento, apenas burocrático e repressor, para uma efetiva defesa do consumidor. Isto só poderá ser concretizado com a ampla participação da população, a utilização de todas as unidades da Secretaria e a adoção de medidas preventivas e educativas. Desta forma, conseguir-se-á sustar o atual surto de envenenamento e intoxicações com produtos deteriorados, bem como garantir à população a certeza da boa qualidade dos alimentos e produtos adquiridos.

Ainda nesta área, é preciso disciplinar a ação do órgão público, tantas vezes acusado de corrupção e coação aos comerciantes e industriais.

Não basta, entretanto, assumir diretrizes para as áreas de execução e prestação de serviços. O combate ao burocratismo, à centralização, ao clientelismo e ao apadrinhamento deverá ser traço comum ao funcionamento de toda a administração estadual e municipal, associando-se intimamente à participação popular em todos os níveis desde as unidades locais até as decisões do Secretário.

A *Reforma Administrativa* necessária deve ser calcada na descentralização de ações, de recursos e de decisões. Para tanto, é necessário modificar toda a estrutura da Secretaria, quebrando as fendas existentes e colocando a burocracia a serviço da população. A administração ágil, moderna e participativa não se efetivará sem tais modificações de fundo, que apaguem da memória o tipo de funcionamento do passado recente.

Por fim, é redundante reafirmar que a *participação política* da população e dos profissionais de saúde é a diretriz que engloba e condiciona todas as demais.

#### 4 – MEDIDAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA: SUPERAÇÃO DOS OBSTÁCULOS E LIMITAÇÕES ATUAIS

##### a) REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE – REORDENAMENTO DE FUNÇÕES

Dois graves obstáculos se interpõem, hoje, a uma adequada cobertura de saúde a toda a população do município, no que se refere à rede de unidades.

Inexiste uma definição das funções das Secretarias estadual e municipal, no

particular da prestação de cuidados hospitalares de forma que a divisão de funções se faz por motivos geográficos ou de clientelismo. É óbvio que os hospitais gerais que atuam em emergência e como ambulatórios de referência à rede de serviços básicos devem estar integrados na rede da Secretaria Municipal, sob um comando e uma política institucional únicas. Da mesma forma, institutos e hospitais especializados que prestam cuidados de nível predominantemente terciários devem integrar a rede estadual. Esta hierarquização se completa com o rearranjo interno das unidades próprias do município, com uma definição mais clara das atividades a serem executadas e relocação de pessoal.

A segunda limitação reside na ausência de unidades de cuidados primários

(UCPS) as quais toda a população tenha acesso. A Zona Oeste tem sido a área prioritária de implantação de unidades e há 7 delas programadas para funcionamento em 83/84, em construção atualmente com recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS. Além destas, restam ainda muitas a construir ou a adaptar sedes de associações de moradores, escolas, templos, tanto na Zona Oeste, como em áreas suburbanas e favelas. Os Centros Municipais de Saúde necessitam de reformas e adequações, mas principalmente de dinamização e funcionamento a plena capacidade e em horário integral.

No Quadro I apresentamos uma proposta de rede regionalizada, com as unidades já existentes. Os mapas I e II nos mostram a disposição espacial desta mesma rede.

QUADRO I – Rede Proposta para as Unidades já Existentes

AP/DRS	RA	NOME DA RA	UCPS	CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE	HOSPITAL
1	I	Portuária	—	José Messias do Carmo	—
	II	Centro	—	Oswaldo Cruz	Souzã Aguiar
	III	Praça da Bandeira	—	Marcolino Candau	—
	VII	São Cristóvão	—	Ernesto Zeferino Tibau Júnior	Maternidade Fernando Magalhães
	XXI	Paquetá	—	—	U.I.S. Manoel Arthur Villaboim
XXIII	Santa Teresa	—	Ernani Agrícola	—	
2	IV	Botafogo	—	Manoel José Ferreira	Rocha Maia
	V	Copacabana	—	João Barros Barreto	—
	VI	Gávea	Vidigal – Rocinha	Píndaro de Carvalho Rodrigues	Miguel Couto
	VIII	Tijuca	—	Heitor Beltrão	—
	IX	Vila Isabel	Alto da Boa Vista	Maria Augusta Estrella	Jesus
3	X	Ramos	Germano Sinval Faria	Américo Veloso	—
	XI	Penha	Cidade Alta	José Paranhos Fontenelle	Getúlio Vargas
	XII	Meier	—	Ariadne Lopes de Menezes	Salgado Filho
	XIII	Engenho Novo	Bicuíba	Milton Fontes Magarão	—
	XIV	Irajá	Vila São Jorge	Clementino Fraga	—
	XV	Madureira	Carmela Dutra	Alberto Borgerth	Carlos Chagas
	XX	I. do Governador	—	Necker Pinto	Maternid. Herculano Pinheiro Paulino Werneck Nossa Senhora do Loreto
XXII	Anchieta	Fazenda Botafogo	Augusto Amaral Peixoto	—	
4	XVI	Jacarepaguá	Cidade de Deus	Jorge Saldanha Bandeira de Mello	—
	XXIV	Barra da Tijuca	Vargem Grande	—	Lourenço Jorge
5	XVII	Bangu	Padre Miguel Fazenda Coqueiro	Waldyr Franco	Olivério Kraemer
	XVIII	Campo Grande	Fazenda Coqueiro Fazenda Modelo Mendanha Cosmos Barra de Guaratiba Pedra de Guaratiba Jardim Santa Margarida Rio da Prata Raul Barroso	Belizário Penna	Rocha Maia
XIX	Santa Cruz	Jardim Maravilha Jardim 7 de Abril Cesário de Mello	—	Lincoln de Freitas Filho	Pedro II

CONVENÇÕES: AP/DRS – Área de Planejamento/Diretoria Regional de Saúde

RA – Região Administrativa

UCPS – Unidade de Cuidados Primários de Saúde

CMS – Centro Municipal de Saúde

MAPA I

REDE HOSPITALAR ESTADUAL E MUNICIPAL

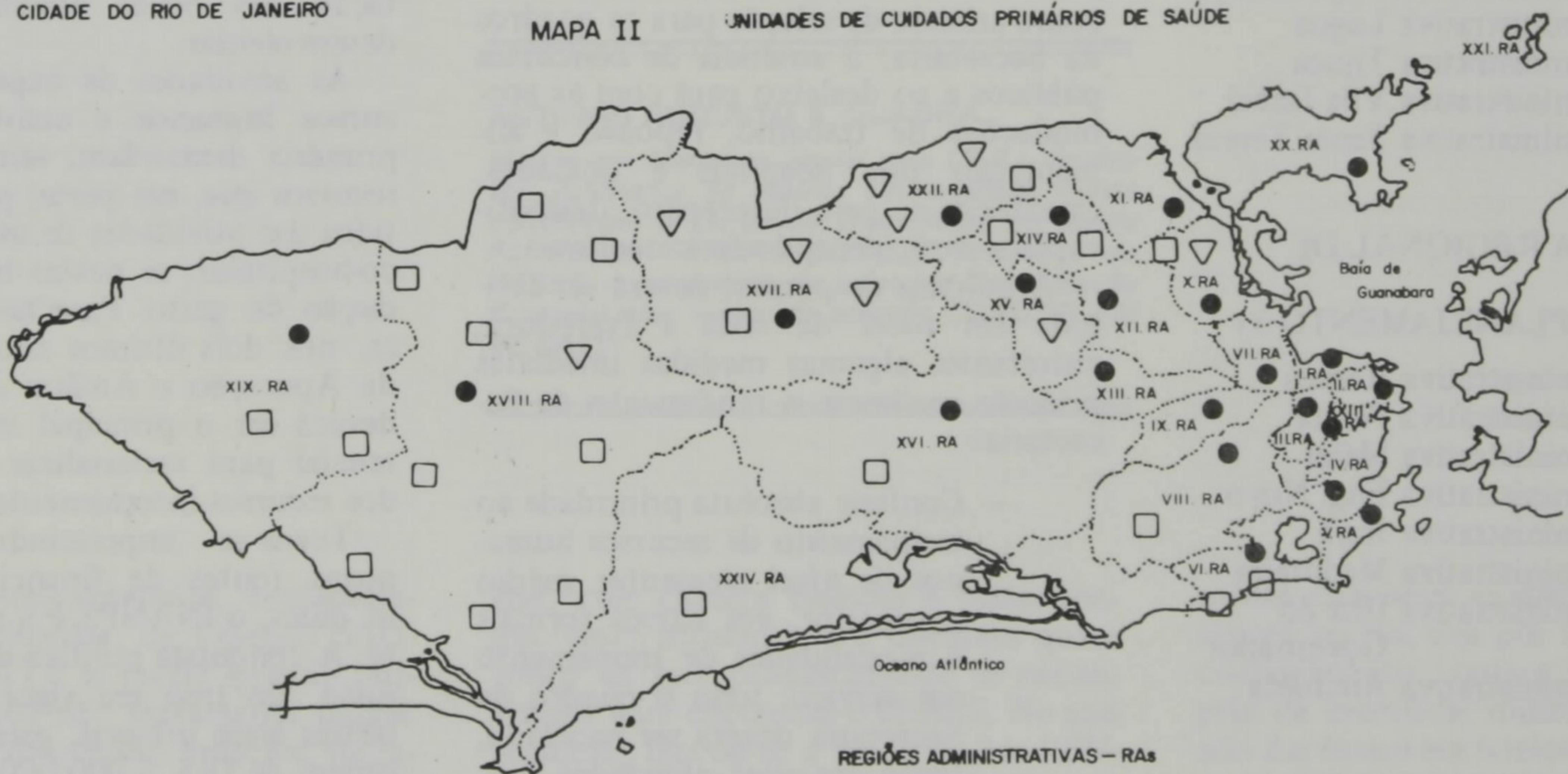


REGIÕES ADMINISTRATIVAS - RAs

- |                       |                        |                     |                     |                         |
|-----------------------|------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|
| □ HOSPITAIS ESTADUAIS | ● HOSPITAIS MUNICIPAIS | I - Portuária       | IX - Vila Isabel    | XVII - Bangu            |
|                       |                        | II - Centro         | X - Ramos           | XVIII - Campo Grande    |
|                       |                        | III - Rio Comprido  | XI - Penha          | XIX - Santa Cruz        |
|                       |                        | IV - Botafogo       | XII - Meier         | XX - Ilha do Governador |
|                       |                        | V - Copacabana      | XIII - Engenho Novo | XXI - Paqueta           |
|                       |                        | VI - Lagoa          | XIV - Irajá         | XXII - Anchieta         |
|                       |                        | VII - São Cristóvão | XV - Madureira      | XXIII - Santa Teresa    |
|                       |                        | VIII - Tijuca       | XVI - Jacarepaguá   | XXIV - Barra da Tijuca  |

MAPA II

UNIDADES DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE



REGIÕES ADMINISTRATIVAS - RAs

- |       |         |                     |                     |                     |                         |
|-------|---------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|
| ● CMS | □ UACPS | ▽ UACPS A IMPLANTAR | I - Portuária       | IX - Vila Isabel    | XVII - Bangu            |
|       |         |                     | II - Centro         | X - Ramos           | XVIII - Campo Grande    |
|       |         |                     | III - Rio Comprido  | XI - Penha          | XIX - Santa Cruz        |
|       |         |                     | IV - Botafogo       | XII - Meier         | XX - Ilha do Governador |
|       |         |                     | V - Copacabana      | XIII - Engenho Novo | XXI - Paqueta           |
|       |         |                     | VI - Lagoa          | XIV - Irajá         | XXII - Anchieta         |
|       |         |                     | VII - São Cristóvão | XV - Madureira      | XXIII - Santa Teresa    |
|       |         |                     | VIII - Tijuca       | XVI - Jacarepaguá   | XXIV - Barra da Tijuca  |

**b) ESTRUTURA ADMINISTRATIVA**

A excessiva centralização, a compartimentalização em departamentos estanques das atividades assistenciais e uma

estrutura arcaica e enferrujada dificultam sobremaneira a gestão da Secretaria. Tal situação exige medidas como a regionalização da rede de unidades e a substituição do organograma atual por

outro mais compatível com a organização regional e com a implementação das diretrizes políticas expostas. Ele deve ser centrado no princípio da descentralização, permitindo que em cada ní-

vel sejam exercidas as decisões necessárias a seu funcionamento, com ampla participação de todos os servidores e usuários.

A estrutura proposta organiza-se não por tipo de atividade (saúde pública, assistência hospitalar e fiscalização sanitária) mas por área geográfica, integrando as ações e atendendo à divisão por áreas de planejamento de saúde da cidade do Rio de Janeiro, o que poderá ser feito sem aumento de despesas, ou seja, a custo da transformação dos atuais 3 departamentos gerais e dezenas de divisões.

#### 1ª DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE (ÁREA DE PLANEJAMENTO 1)

- 1ª Região Administrativa Centro
- 2ª Região Administrativa Portuária
- 3ª Região Administrativa Rio Comprido
- 7ª Região Administrativa São Cristóvão
- 21ª Região Administrativa Ilha de Paquetá

#### 2ª DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE (ÁREA DE PLANEJAMENTO 2)

- 4ª Região Administrativa Botafogo
- 5ª Região Administrativa Copacabana
- 6ª Região Administrativa Lagoa
- 8ª Região Administrativa Tijuca
- 9ª Região Administrativa Vila Isabel
- 23ª Região Administrativa Santa Teresa

#### 3ª DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE (ÁREA DE PLANEJAMENTO 3)

- 10ª Região Administrativa Ramos
- 11ª Região Administrativa Penha
- 12ª Região Administrativa Méier
- 13ª Região Administrativa Eng. Novo
- 14ª Região Administrativa Irajá
- 15ª Região Administrativa Madureira
- 20ª Região Administrativa Ilha do Governador
- 22ª Região Administrativa Anchieta

#### 4ª DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE (ÁREA DE PLANEJAMENTO 4)

- 16ª Região Administrativa Jacarepaguá
- 24ª Região Administrativa Barra da Tijuca

#### 5ª DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE (ÁREA DE PLANEJAMENTO 5)

- 17ª Região Administrativa Bangu
- 18ª Região Administrativa Campo Grande
- 19ª Região Administrativa Santa Cruz

Além da regionalização assistencial, os níveis centrais e intermediários têm que ser reformulados. Nesta proposta, cabe ao Secretário a formulação da política e o comando de sua implementação. As funções técnicas são concentradas na Subsecretaria, tanto no que diz respeito ao planejamento (*lato sensu*) como ao desenvolvimento de recursos humanos e toda a ação técnico-normativa em epidemiologia, controle de doenças, fiscalização sanitária, cuidados básicos, programas especiais, emergência.

As Diretorias Regionais são responsáveis pela avaliação, supervisão e apoio a todas as unidades executoras.

A idéia da regionalização traz ainda, em si, a da integração programática e hierarquizada de atividades com outras instituições, principalmente do setor público — INAMPS, Secretaria Estadual e Universidades — buscando estabelecer, sob a liderança do município, um Plano Municipal Diretor de Saúde.

#### c) PESSOAL

A má remuneração, o baixo nível de capacitação técnico profissional e as precárias condições de trabalho constituem os principais problemas desta área. Esta situação, gerada por um Plano de Classificação de Cargos, que não atende aos anseios do funcionalismo, aos mais de 15 anos de apadrinhamento como critério de seleção para os quadros da Secretaria, à ausência de concursos públicos e ao desleixo para com as acomodações de trabalho, repouso e alimentação nos hospitais e unidades, caracteriza-se pelo despreparo, desmotivação e ineficiência do funcionalismo.

A política de pessoal deverá ser definida em nível de toda a Prefeitura, entretanto, algumas medidas imediatas poderão melhorar o rendimento da Secretaria:

- Conferir absoluta prioridade ao treinamento de recursos humanos de nível elementar, médio e superior, em cursos formais e modalidades de treinamento em serviço; todo o quadro da Secretaria deverá ser reciclado, tanto em suas atividades fins, como em gerência do serviço público.
- Criar a função de sanitarista — grupo de servidores (médicos, enfermeiros e assistentes sociais, principalmente) em tempo integral com contratos de 40 horas semanais, com responsabilidades na área de planejamento e supervisão.
- Adotar o concurso público como forma privilegiada de admissão de servidores.

— Definir tecnicamente os perfis dos ocupantes dos cargos DAS e principais DAI e seus critérios de seleção.

— Equiparar o pessoal de saúde aos servidores federais de mesmo nível ou a outras categorias de servidores da Prefeitura, tais como engenheiros ou professores, que desfrutavam de melhores condições salariais.

— Redistribuir o pessoal entre as unidades, de acordo com a prioridade e função estabelecida.

— Reavaliar as condições de trabalho tais como alimentação, vestiário, locais de repouso; transferência para as proximidades da própria moradia.

#### d) RECURSOS FINANCEIROS

A escassez de recursos financeiros é sempre uma limitante ao desenvolvimento das propostas políticas. No orçamento de 1983, a Secretaria Municipal de Saúde conta com um volume razoável de recursos para a manutenção de suas atuais atividades, sendo necessário incrementá-los tanto para o aumento da produção de atividades, como para implantação das novas atividades a serem desenvolvidas.

As atividades de capacitação de recursos humanos e assistência médica primária demandam, sem dúvida, mais recursos que, em parte, poderão ser obtidos das atividades de assistência médico-hospitalar, se nestas houver uma redução do gasto. Para tanto implantou-se, nos dois últimos anos, um Sistema de Apuração e Análise de Custos, que deverá ser o principal instrumento gerencial para racionalizar a distribuição dos recursos internamente.

Torna-se imprescindível conseguir novas fontes de financiamento, entre as quais, o INAMPS é a mais importante. A conquista política de um convênio justo, do tipo em vigor em Niterói e outras áreas urbanas, geraria recursos da ordem de Cr\$ 5.000.000.000,00 (cinco bilhões de cruzeiros), que significaria um acréscimo de quase 30% ao orçamento atual.

A Secretaria Estadual também deverá participar do financiamento, pois os hospitais municipais atendem enormes contingentes de moradores da Baixada e de outras regiões do Estado.

Necessita-se por fim, buscar o relacionamento com os organismos internacionais, em especial a OPAS/OMS e a UNICEF, visando auxílio principalmente para a implantação da rede básica de atenção primária à saúde e para a capacitação de pessoal.