

**SUBSECRETARIA DE GESTÃO
COORDENADORIA DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS,
CONVÊNIOS E CONTRATOS
EDITAL COSC Nº 03/2011**

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS COM
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS SMSDC/RJ**

A **Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil (SMSDC) do Rio de Janeiro**, consoante o disposto no art. 9º do Decreto nº. 30.780, de 02 de junho de 2009, **TORNA PÚBLICA** sua intenção de firmar parceria com Organizações Sociais, mediante a celebração de Contrato de Gestão, nos termos da Lei Municipal nº. 5.026/09, e Decreto Municipal nº. 30.780/09, e suas alterações. O processo seletivo destinado à celebração da referida parceria é aberto a todas as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, e que estejam **qualificadas** como Organização Social no âmbito deste Município, nos termos da aludida da Lei Municipal nº. 5.026/09, e Decreto Municipal nº. 30.780/09, e suas alterações, que regerão o processo seletivo, bem como as Leis Federais nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mais correspondentes Normas do Sistema Único de Saúde (SUS), emanadas do Ministério da Saúde (MS), Lei Federal nº. 8.666/93 e suas alterações, no que couber, e o Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei nº. 207, de 19/12/80, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº. 01, de 13/09/90, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto nº. 3.221, de 18/09/81 e suas alterações, e condições fixadas neste Edital e seus Anexos, que estarão disponíveis para consulta no endereço: Rua Afonso Cavalcante nº. 455, 7º andar, sala 701, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ.

1. OBJETO

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE na Maternidade da Zona Oeste, por meio de CONTRATO DE GESTÃO a ser celebrado a partir da PROPOSTA TÉCNICA E ECONÔMICA selecionada nas condições estabelecidas pelo presente Edital, nos termos da Lei nº. 5.026/09, que assegure assistência universal e gratuita à população, no âmbito de todas as Áreas de Planejamento, localizadas no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, por Organização Social qualificada junto à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, conforme definido neste Edital e seus Anexos, que são parte integrante e indissociável deste instrumento.

- 1.1 Passarão a ser **geridas de imediato pela Organização Social** qualificada e selecionada nos termos desse edital, a seguinte unidade e serviço:

Classificação	Unidade	Endereço	Bairro
Hospital Maternidade da AP 5.1	Maternidade da AP 5.1 na Praça 1º de Maio	Avenida Santa Cruz, Praça 1º de Maio	Bangu

- 1.2 O gerenciamento dessas ações e serviços de saúde, na unidade descrita, incluirá ainda:
- 1.2.1 Desenvolvimento de linhas de trabalho que permitam avançar na integralidade da assistência e do acesso da população aos serviços e ações de saúde perinatal, da mulher e da criança;
- 1.2.2 Respeito aos princípios de regionalização e hierarquização da atenção perinatal e à saúde da mulher e da criança estabelecidos pela SMSDC, na qual o papel de cada maternidade seguirá a indicação dos territórios integrados de atenção à saúde;
- 1.2.3 Apoio à gestão do Hospital Maternidade indicado nesta convocação pública pela Organização Social, através da operacionalização (aqui incluída a compra de equipamentos, mobiliários e material permanente, na forma da Portaria MS-GM nº RDG 36 de 03/06/2008), do gerenciamento e da execução de atividades e serviços de saúde;
- 1.2.4 Alcance de metas e indicadores assistenciais e de gestão que se encontram expressas no Anexo C da Minuta de Contrato de Gestão que integra o presente edital; e
- 1.2.5 Promoção da melhoria da qualidade de atenção e do acesso dos cidadãos às ações de saúde no âmbito da atenção pré-natal, ao parto e nascimento, ao recém-nascido e ao desenvolvimento de recém-nascidos de risco.

2. PRAZOS

- 2.1 Todos os prazos mencionados neste edital serão sempre contados em dias corridos, salvo indicação em contrário, excluído o dia de início e incluído o do vencimento. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente no órgão ou entidade.

3. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

3.1 Comprovação da condição de Organização Social qualificada no âmbito do Município do Rio de Janeiro para a área de Saúde, nos termos do Decreto nº. 30.780/2009, e suas alterações, **mediante a apresentação da publicação no Diário Oficial do Município da qualificação da Entidade pela Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (COQUALI)**, com seus objetivos relacionados ao objeto deste Edital.

3.2 Apresentação da Proposta Técnica e Econômica em envelope próprio (Envelope 01), devidamente lacrado, conforme descrito no item 4.1, de acordo com o prazo definido pelo item 5.

3.3 Apresentação da documentação de habilitação na sessão pública, em envelope próprio (Envelope 02), devidamente lacrado, contendo comprovação:

I - da qualificação como Organização Social no Município do Rio de Janeiro;

II - da regularidade jurídica;

III - da boa situação econômico-financeira da entidade; e

IV - de experiência técnica para desempenho da atividade objeto do contrato de gestão.

3.3.1 A comprovação dos itens I, II, III e IV deverá ser feita através da apresentação dos documentos previstos no item 4.2.

3.4 A Organização Social interessada em participar do processo seletivo deverá entregar a documentação completa, encabeçada por índice relacionando todos os documentos e as folhas em que se encontram. A Proposta Técnica e Econômica e a documentação de habilitação deverão ser apresentadas em 01 (uma) via cada, numeradas e rubricadas, sem emendas ou rasuras. A Proposta Técnica e Econômica deverá ser organizada de acordo com as orientações do Anexo II – Roteiro de Elaboração de Proposta Técnica e Econômica, sob pena de desclassificação.

4. APRESENTAÇÃO DOS ENVELOPES DE PROPOSTA TÉCNICA E ECONÔMICA E COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA TÉCNICA E DE DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

4.1 ENVELOPE 1 – PROPOSTA TÉCNICA E ECONÔMICA E COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA TÉCNICA:

Esta Proposta Técnica e Econômica, nos termos do art. 10 do Decreto nº. 30.780/2009, elaborada em conformidade com o Anexo II – Roteiro de Elaboração de Proposta Técnica e Econômica será encabeçada por índice relacionando todos os documentos e as folhas em que se encontram, e apresentada em 01 (uma) via, impressa, numerada e rubricada, sem emendas ou rasuras, na forma de original, e deverá conter os elementos abaixo indicados, obedecida a seguinte ordem: Número do edital de seleção e o objeto do mesmo;

- a) Apresentação da Proposta Técnica e Econômica para gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos nas comunidades selecionadas no âmbito de todas as Áreas de Planejamento conforme o Anexo II – Roteiro de Elaboração de Proposta Técnica e Econômica, e nos precisos termos do art. 10 do Decreto nº. 30.780/2009;
- b) Definição de metas operacionais, no tocante aos aspectos econômico, operacional e administrativo, e os respectivos prazos e cronograma de execução, nos termos do art. 10 do Decreto nº. 30.780/2009;
- c) Proposta Econômica, também impressa, da qual constará ainda o detalhamento do valor orçado para implementação da referida Proposta Técnica, nos termos do art. 10 do Decreto nº. 30.780/2009;
- d) Comprovação de **experiência técnica** para desempenho da atividade objeto do Contrato de Gestão, nos termos do inciso III, art. 14 do Decreto nº. 30.780/2009, apresentando:
- e.1) Comprovação de experiências anteriores, pertinentes e compatíveis com o objeto do Contrato de Gestão, através de atestado(s) fornecido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, indicando local, natureza, volume, qualidade e cumprimento de prazos que permitam avaliar o desempenho da Organização Social;
- e.2) Comprovação, através da documentação legal, de que a Organização Social possui no seu quadro, Responsável Técnico (médico), detentor de atestado(s) emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado registrado(s) no

Conselho Regional de Medicina, que comprove(m) ter realizado ou participado da administração e gerenciamento de Unidade de Saúde equivalentes ou semelhantes ao objeto da presente seleção;

e.3) Comprovação através da documentação legal que a Organização Social possui em seu quadro, profissional de nível superior com graduação ou especialização, em gestão em saúde, com experiência comprovada através de atestado(s) emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado e registrado(s) no conselho profissional competente, que comprove(m) ter realizado ou participado da administração e gerenciamento de Unidade de Saúde equivalentes ou semelhantes ao objeto da presente seleção.

4.1.1 Fica facultada à Comissão Especial de Seleção a verificação da autenticidade dos documentos apresentados, por quaisquer meios disponíveis.

4.1.2 Fica estabelecida a validade da Proposta Técnica e Econômica, envolvendo a totalidade de seus componentes, por até 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data do seu recebimento pela Comissão Especial de Seleção.

4.1.3 É vedada a qualquer pessoa, física ou jurídica, a representação de mais de 01 (uma) Organização Social na presente seleção.

4.1.4 Para a elaboração das Propostas Técnicas e Econômicas, as Organizações Sociais participantes do certame deverão conhecer todos os elementos informativos fornecidos pela SMSDC, além de, a seu critério, se assim entenderem necessário, acessarem as fontes adicionais de informação ali mencionadas, tendo em vista o completo conhecimento do objeto, em prol da apresentação de Proposta Técnica e Econômica adequada aos propósitos do presente processo de seleção.

4.1.5 As Organizações Sociais deverão assumir todos os custos associados à elaboração de suas Propostas Técnicas e Econômicas, não cabendo nenhuma indenização pela aquisição dos elementos necessários à organização e apresentação das propostas.

4.2 ENVELOPE 2 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO: O envelope de Documentação de Habilitação deverá conter os seguintes elementos:

- a) Número do edital de seleção e o objeto do mesmo;
- b) Cópia da publicação no Diário Oficial do Município da qualificação da Entidade pela Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (COQUALI), como Organização Social da área de Saúde no âmbito do Município do Rio de Janeiro;
- c) Comprovação da **regularidade jurídico-fiscal e da boa situação econômico-financeira** da Organização Social, nos termos do art. 14 do Decreto nº. 30.780/2009, apresentando:

- c.1) Ato constitutivo ou estatuto em vigor registrado em cartório, acompanhado da ata de comprovação da eleição de sua atual diretoria, registrados em Cartório do Registro Civil de Pessoas Jurídicas;
- c.2) Prova de inscrição no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas);
- c.3) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, pertinente a sua finalidade e compatível com o objeto do Edital de Seleção;
- c.4) Prova de regularidade relativa aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, através da Certidão Conjunta de Débitos relativos a Tributos Federais – CQTF;
- c.5) Prova de regularidade relativa à Seguridade Social, através da Certidão Negativa de Débitos – CND ou da Certidão Positiva com Efeito de Negativa – CPD-EN;
- c.6) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, através do Certificado de Regularidade de Situação – CRS;
- c.7) Prova de regularidade para com as Fazendas Estadual e Municipal ou outra equivalente, na forma da Lei;
- c.8) Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados do Exercício, exigível em Lei, que comprovem a boa situação financeira da Organização Social. Esta, conforme o caso apresentará autenticados, publicação do Balanço ou cópias reprográficas das páginas do Livro Diário onde foram transcritos o Balanço e a Demonstração de Resultados com os respectivos Termos de Abertura e Encerramento registrados no Registro Civil de Pessoas Jurídicas ou Ofício de Notas da sede da Organização Social, ou no Cartório de Registro de Títulos e Documentos, todos, obrigatoriamente, firmados pelo Contador e por Dirigente, qualificados, vedada a substituição por Balancetes ou Balanço provisórios;
- c.9) Certidão negativa de falência e Recuperação Judicial, expedida pelo(s) distribuidor(es) da sede da Organização Social, emitida, no máximo, 60 (sessenta) dias antes da data de realização da Seleção;
- c.10) Certidão Negativa de Ilícitos Trabalhistas praticados em face de trabalhadores menores, em obediência à Lei nº. 9.854/99, que deverá ser emitida junto à Delegacia Regional do Trabalho no Estado do Rio de Janeiro, conforme disposto no art. 2º do

Decreto nº. 18.345, de 01/02/2000, ou Declaração firmada pela participante, na forma prevista no Anexo do Decreto nº. 23.445, de 25/09/03, de que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de que não emprega menor de dezesseis anos, sob as penas da lei. Para as participantes sediadas fora do Estado do Rio de Janeiro, a certidão deverá ser emitida pelo órgão competente no Estado onde a Organização Social tem sua sede.

5. DATA, LOCAL, HORÁRIO DE REALIZAÇÃO E ESCLARECIMENTOS

5.1 A sessão pública para recebimento e abertura dos envelopes contendo a Proposta Técnica e Econômica dos interessados ocorrerá em sessão no **dia 30/09/2011 às 14 horas**, na sala de reuniões da Comissão Especial de Seleção, instituída nos termos do art. 15 do Decreto nº. 30.780/2009, situada na sede da SMSDC/RJ, na Rua Afonso Cavalcante nº. 455 - 7º andar, sala 701, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ.

5.2 Nesta sessão pública será recebido o envelope 01 (Proposta Técnica e Econômica), conforme indicado neste edital, das Organizações Sociais participantes referentes ao objeto de interesse.

5.3 Nesta mesma sessão será marcada a data da sessão de divulgação do resultado de julgamento da Proposta Técnica e Econômica e de recebimento do envelope 02 (Documentação de Habilitação) das Organizações Sociais que alcançaram a pontuação mínima exigida neste Edital.

5.4 Na eventualidade da não realização da sessão pública na data e hora estabelecidas será marcada nova data e hora, utilizando-se dos mesmos procedimentos da divulgação anterior.

5.5 Até 04 (quatro) dias úteis antes da data fixada para a realização da sessão pública poderão ser solicitados esclarecimentos por escrito, cabendo à Comissão Especial de Seleção prestar as informações no prazo de até 01 (um) dia útil antes da data fixada para a realização da sessão pública. Os esclarecimentos deverão ser encaminhados aos cuidados da Comissão Especial de Seleção e protocolados no Gabinete do Secretário, situado na sede da SMSDC/RJ, na Rua Afonso Cavalcante nº. 455 - 7º andar - sala 701, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ.

5.6 Este descritivo dos procedimentos de seleção e seus anexos poderão ser consultados na sede da SMSDC/RJ, na Rua Afonso Cavalcante nº. 455, 7º andar, sala 701, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ. Estarão disponíveis também para consulta pública, através do site da SMSDC (www.saude.rio.rj.gov.br), bem como a minuta do Contrato e seus respectivos anexos.

6. CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA ANÁLISE E JULGAMENTO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS E ECONÔMICAS, COMPROVAÇÃO DA EXPERIÊNCIA TÉCNICA E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

6.1 O processamento e julgamento das propostas obedecerão às disposições contidas no Decreto nº. 30.780/2009, especialmente nos arts. 18, 19, 20, 21 e incisos.

6.2 Será lavrada ata circunstanciada de todo o ocorrido na sessão pública, como recebimento dos envelopes, credenciais e eventuais impugnações.

6.3 No dia, horário e local indicados no item 5 do Edital, em sessão pública, a Comissão Especial de Seleção procederá ao recebimento das credenciais do representante legal da entidade e do envelope 1 (Proposta Técnica e Econômica), fechado, identificado e lacrado.

6.4 Nesta mesma sessão será marcada a data da sessão de divulgação do resultado de julgamento da Proposta Técnica e Econômica e de recebimento do envelope 02 (Documentação de Habilitação) das Organizações Sociais que alcançaram a pontuação mínima exigida neste Edital.

6.5 A Organização Social, nas sessões públicas, poderá se fazer representar por dirigente, por procurador ou pessoa devidamente credenciada, através de instrumento público ou particular, escrito e firmado pelo representante legal da mesma, a quem seja outorgado ou conferido amplos poderes de representação em todos os atos e termos do Edital.

6.5.1 Quando se tratar de dirigente da Organização Social deverá apresentar o Ato constitutivo ou estatuto em vigor registrado em cartório, acompanhado da ata de comprovação da eleição de sua atual diretoria, registrados em Cartório do Registro Civil de Pessoas Jurídicas.

6.5.2 Quando se tratar de representante designado pela Organização Social, o credenciamento deverá ser feito por meio de procuração pública ou particular, com dados de identificação do representante, devendo constar expressamente poderes de representação em todos os atos e termos do Edital.

6.5.3 A documentação referida no subitem 6.5.2 deverá ser assinada por quem possua inquestionáveis poderes de outorga, sendo que para fins de comprovação destes poderes a licitante deverá apresentar o Ato constitutivo ou estatuto em vigor registrado em cartório, acompanhado da ata de comprovação da eleição de sua atual diretoria, registrados em Cartório do Registro Civil de Pessoas Jurídicas.

6.5.4 A documentação referida nos subitens 6.5.2 e 6.5.3 deverá ser entregue diretamente à Comissão Especial de Seleção e fora de qualquer envelope.

6.6 Quando a representação se fizer por intermédio de instrumento particular, esse, obrigatoriamente, terá a firma reconhecida.

6.7 Quando a representação se fizer por instrumento público ou por Estatuto, apresentados em cópia reprográfica, obrigatoriamente deverão estar autenticados.

6.8 A credencial será acompanhada de documento de identificação do representante, emitido por Órgão Público.

6.9 Ficará impedido de quaisquer manifestações em referência a fatos relacionados com a presente Seleção, o representante da Organização Social participante, que não apresentar o instrumento de representação, ou cuja documentação não atenda às especificações retrocitadas.

6.10 Iniciada a abertura dos envelopes, não será permitida a participação de retardatários.

6.11 No julgamento das Propostas Técnicas e Econômicas apresentadas serão observados os critérios definidos no edital, conforme índices de pontuação expressamente determinados, cuja soma equivale a 10 (dez) pontos.

6.12 As Propostas Técnicas e Econômicas serão analisadas e pontuadas conforme os critérios constantes do quadro abaixo, que se encontram detalhados no Anexo Técnico II – Roteiro para Elaboração da Proposta Técnica e Econômica, que é parte integrante deste edital:

Tabela I

CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PARA A AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS E ECONÔMICAS

CRITÉRIO	ITENS DE AVALIAÇÃO E JULGAMENTO	PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL
1. Avaliação Econômica de Eficiência	1. Volume de Recursos Financeiros Destinados a Cada Tipo de Despesa	1,0 PONTOS
2. Conhecimento do Objeto da Contratação	1. Descrição e Análise das principais características da Demanda por serviços públicos de saúde na Maternidade da Praça 1º de Maio	1,0 PONTOS
	2. Delineamento das diretrizes que deverão ser obedecidas na elaboração da Proposta Técnica e Econômica para o gerenciamento e prestação de serviços na Maternidade da Praça 1º de Maio.	1,25 PONTOS
3. Experiência (avaliada segundo tempo – meses/anos - e volume de atividade) Comprovado mediante apresentação de documentação como: Termos de Parceria, Contratos, Convênios, Planos de trabalho executados.	1. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde Públicos.	0,5 PONTOS
	2. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde Públicos em Municípios com população residente no ano de publicação deste Edital igual ou superior a 500.000 habitantes.	1,0 PONTOS
	3. Experiência em gestão de serviços e ações voltadas à Atenção Perinatal, no âmbito hospitalar	1,5 PONTOS
4. Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade operacional das unidades de saúde	1. Diagnóstico físico e operacional dos recursos humanos, materiais e equipamentos dos serviços de Atenção Perinatal.	0,75 PONTOS
	2. Organização proposta para as diferentes atividades assistenciais.	0,75 PONTOS
	3. Quantidade e qualidade de atividades propostas	0,75 PONTOS

5. Adequação entre os meios sugeridos, cronogramas e resultados presumidos	1. Recursos Humanos estimados.	0,5 PONTOS
	2. Prazos propostos para implantação e pleno funcionamento dos serviços.	0,5 PONTOS
	3. Organização das atividades de apoio.	0,25 PONTOS
	4. Sistemática de programas de equipamentos.	0,25 PONTOS
PONTUAÇÃO TOTAL DA PROPOSTA TÉCNICA E ECONÔMICA: 10 PONTOS		

6.13 As propostas técnicas e econômicas serão classificadas de acordo com a pontuação total obtida na análise realizada conforme o quadro previsto no item 6.12 acima.

6.14 Serão desclassificadas as Propostas Técnicas e Econômicas cuja pontuação total seja inferior a 07 (sete) pontos.

6.15 Ocorrendo a hipótese de igualdade de pontuação total entre mais de uma Proposta Técnica e Econômica o desempate se fará pela pontuação obtida no critério Conhecimento do Objeto da Contratação, vencendo a maior pontuação. Persistindo a igualdade de pontuação, será adotado o critério Experiência (item 3), do quadro anterior, como fator de desempate.

6.16 Será considerado vencedor do processo de seleção a Proposta Técnica e Econômica apresentada que obtiver a maior pontuação na avaliação em relação a cada um dos critérios definidos no edital.

6.17 Quando todas as propostas forem desclassificadas, a Comissão poderá fixar às Organizações Sociais participantes o prazo de 05 (cinco) dias úteis para a apresentação de novas propostas.

6.18 A análise dos elementos da Proposta Técnica e Econômica pela Comissão Especial de Seleção será efetuada em reunião reservada. Para essa análise a Comissão Especial de Seleção poderá recorrer a assessoramento técnico, jurídico e econômico, quando achar necessário.

6.19 O resultado do julgamento declarando a Organização Social vencedora do processo de seleção será proferido no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis contados do recebimento das Propostas e publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.

6.20 Caso restem desatendidas as exigências de qualificação e habilitação à seleção, a comissão examinará os documentos dos candidatos subseqüentes, na ordem de classificação, e assim sucessivamente, até a apuração de uma que atenda ao edital, sendo declarado vencedor.

6.21 Das decisões da Comissão Especial de Seleção caberá recurso, que poderá ser interposto no prazo de 03 (três) dias úteis, contados da data da publicação do resultado do processo de seleção no Diário Oficial do Município. A Comissão Especial de Seleção terá o prazo de 03 (três) dias úteis, contados da interposição do recurso para respondê-lo.

6.22 Decorridos os prazos sem a interposição de recursos ou após o seu julgamento, a Organização Social vencedora será considerada apta a celebrar o contrato de gestão.

6.23 É facultada à Comissão Especial de Seleção, em qualquer fase do processo de seleção, a promoção de diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do Processo, vedada a inclusão posterior de documentos ou informações que deveriam constar originariamente da proposta.

6.24 O processo de seleção poderá ser revogado ou anulado, respeitado o contraditório.

6.25 Até a assinatura do Contrato de Gestão poderá a Comissão Especial de Seleção desclassificar propostas das Organizações Sociais participantes, em despacho motivado, sem direito a indenização ou ressarcimento e sem prejuízo de outras sanções, se tiver ciência de fato ou circunstância, anterior ou posterior ao julgamento da seleção que represente infração aos termos do Edital, respeitado o contraditório.

7. VALOR TOTAL DO CONTRATO DE GESTÃO

7.1 Pela prestação dos serviços objeto deste Edital, especificados no Anexo III, a SMSDC repassará à Organização Social contratada, no prazo e condições constantes no Anexo IV, a

importância global estimada em **R\$ 101.522.728,46 (cento e um milhões quinhentos e vinte e dois mil setecentos e vinte e oito reais e quarenta e seis centavos)**.

7.2 Do montante global mencionado no item 7.1, o valor de **R\$ 54.813.780,32 (cinquenta e quatro milhões oitocentos e traze mil setecentos e oitenta reais e trinta e dois centavos)** é destinado a custear os primeiros 12 meses do Contrato de Gestão, iniciando-se a parceria após janeiro de 2012.

7.3 O valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subsequentes.

8. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1 A despesa com a futura contratação correrá à conta do orçamento da SMSDC-RJ, sendo **R\$ 148.231.676,61 (cento e quarenta e oito milhões duzentos e trinta e um mil seiscentos e setenta e seis reais e sessenta e um centavos)** disponíveis no Plano de Trabalho a ser definido em Lei Orçamentária Anual de 2012, sendo o ordenador de despesa o Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

8.2 O limite máximo de orçamento previsto referente ao primeiro período de 12 meses é de **54.813.780,32 (cinquenta e quatro milhões oitocentos e traze mil setecentos e oitenta reais e trinta e dois centavos)** para o qual serão considerados, quando existentes, os valores praticados no Sistema de Registro de Preços e, nas Tabelas do Sistema de Custos da Administração Municipal sempre que mais econômicos, bem como o disposto no Regulamento de Compras e Contratações da **CONTRATADA**.

8.3 O repasse trimestral de recursos será realizado segundo a Proposta Técnica e Econômica vencedora e as condições previstas no Anexo III – Transferência de Recursos Orçamentários.

8.4 O valor acima apontado refere-se ao custeio das atividades de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde (inclusive aquisição de mobiliários, equipamentos e materiais permanentes), relacionados ao presente Edital, considerando todas as Áreas de Planejamento, objeto de Contrato de Gestão com a Organização Social selecionada.

9. TRANSFERENCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Os valores das transferências de recursos orçamentários, fixos e variáveis, o número de parcelas e as respectivas condições, serão definidos no Anexo Técnico III – Transferência de Recursos Orçamentários – parte integrante deste edital.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 A participação da Organização Social no processo de seleção implica a aceitação integral e irrevogável dos termos, cláusulas, condições e anexos deste instrumento, que passarão a integrar o Contrato de Gestão como se transcritos, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas e legislação aplicáveis. Não serão aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase do processo de seleção e execução do Contrato de Gestão.

10.2 As Organizações Sociais vencedoras do processo de seleção assinarão o Contrato de Gestão com a SMSDC/RJ, no prazo estipulado no item 2.2 deste descritivo.

10.3 A proposta de contrato de gestão deverá ser aprovada pelo Conselho de Administração da Organização Social antes da assinatura do mesmo.

10.4 A Organização Social vencedora que deixar de comparecer para assinatura do Contrato de Gestão, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a contar de sua convocação, perderá o direito à contratação em conformidade com a Lei, sem prejuízo das sanções previstas na legislação que rege este processo de seleção. Este prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte durante o seu transcurso e desde que apresente motivo justificado e aceite pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

10.5 Na ocorrência do estabelecido no item anterior poderá a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil convocar as Organizações Sociais remanescentes, participantes do processo de seleção, na ordem de classificação ou revogar o processo de seleção.

10.6 De forma a subsidiar a tomada de decisão por parte das proponentes, a SMSDC/RJ disponibilizará às interessadas, toda a documentação, com informações complementares detalhadas sobre as comunidades/bairros selecionados de todas as Áreas de Planejamento, que poderá ser consultada junto ao Gabinete da SMSDC/RJ.

10.7 Os anexos da minuta do Contrato de Gestão estão disponíveis para consulta das Organizações Sociais interessadas no Gabinete da SMSDC/RJ.

10.8 Quando da homologação do resultado deste Processo Seletivo e início do processo de assinatura do Contrato de Gestão estarão disponíveis para consulta pública, a minuta do

Contrato e seus respectivos anexos, através do site da SMSDC – www.rio.rj.gov.br/web/smsdc.

Integram o presente descritivo, como se nele estivessem transcritos, os seguintes documentos:

Anexos do Edital:

- I – Informações Sobre todas as Áreas de Planejamento;
- II – Roteiro para a Elaboração da Proposta Técnica e Econômica;
- III – Transferência de Recursos Orçamentários;
- IV – Minuta do Contrato de Gestão e Anexos do Contrato:

- A - Gestão das Unidades de Saúde pela Organização Social;
- B - Apoio à Constituição dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde;
- C - Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os Serviços de Saúde;
- D - Termo de Permissão de Uso;

Rio de Janeiro, 15 de setembro de 2011.

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN

Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

ANEXO TECNICO I: INFORMAÇÕES SOBRE TODAS AS ÁREAS DE PLANEJAMENTO

MATERNIDADE DA PRAÇA 1º DE MAIO

ÁREA DE PLANEJAMENTO 1.0

Formada por 15 bairros e 6 Regiões Administrativas, com 4,6% da população carioca - 268.280 habitantes, segundo o Censo 2000 - e 2,8% do território (34,39 km²). Sua densidade líquida é de 7.801 habitantes por km².

É o centro histórico da cidade, mas também a área que mais sofreu transformações do cenário urbano.

Nos últimos 30 anos perde população - quase 27% entre 1970 e 2000. Por outro lado, atrai diariamente quase um milhão de pessoas que trabalham nesta região, principalmente no setor de serviços. No período 1991/2000 a população decresceu à taxa de 12,6%, maior entre todas as regiões do município. O Centro (-20,3%) e São Cristóvão (-15,1%) sofreram os maiores decréscimos populacionais, seguidos de Rio Comprido (-10,5%), Zona Portuária (-9,3%) e Santa Teresa (-7,6%). A única RA a apresentar crescimento demográfico foi a de Paquetá (+5,0%).

Em 2000, das seis regiões administrativas que compõem a AP 1.0, cinco estavam entre as consideradas de alto desenvolvimento: (respectivos IDH e posição no ranking municipal): Centro (0,894 - 7ª), Santa Teresa (0,868 - 8ª), Rio Comprido (0,836 - 13ª), Paquetá (0,822 - 17ª) e São Cristóvão (0,814 - 18ª). A RA Portuária, por sua vez, apresentou IDH considerado médio (0,775 - 24ª).

Em 2000, a longevidade na área (71 anos) ficou próxima aos níveis médios da Cidade (70,26 anos), destacando-se, duas RA: Portuária - menor taxa (69,59 anos) - e Centro - com a maior (76,12 anos), valor que se aproxima de algumas RA da Zona Sul. O aumento da longevidade no período de 1991 a 2000 foi maior no Centro (+8%), avançando de 70,47 para 76,12 anos. A menor variação no período pertenceu à RA do Rio Comprido (+5,9%), ao sair de 67,37 para 71,36 anos.

Estima-se que em 2000, aproximadamente 76.787 pessoas viviam em favelas - 28,6% do total da população da área. Houve um decréscimo demográfico dessa população de 9,9%, no período 1991/2000, mas a perda populacional nas favelas foi menor que a da região como um todo: -12,6%.

A renda média da região (três salários mínimos) é inferior à média da Cidade (quatro salários mínimos). Somente o Centro (R\$ 633,36) apresenta renda acima da média municipal (Censo IBGE/2000). O bairro da Gamboa possui a renda média mais baixa: R\$ 283,60.

A taxa de alfabetização dos moradores é de 91%, abaixo da média do município (93%), alcançando níveis ainda menores no Caju (79%) e na Mangueira (83%). A população, que possui escolaridade superior é de apenas 11%, inferior a média do Município (18%). Os percentuais mais altos estão no Rio Comprido (23%), Santa Teresa (20%) e Centro (18%). Em compensação, bairros como Gamboa e Santo Cristo apresentam menos de 8%, enquanto Caju e Mangueira apenas 3%. A média de anos de estudo é superior à municipal (6,8 anos) apenas no Centro (7,8 anos) e em Santa Teresa (7,0 anos). Ficam abaixo desta média: Rio Comprido (6,4 anos), Paquetá (6,2 anos), São Cristóvão (6,0 anos) e Portuária (5,2 anos).

ÁREA DE PLANEJAMENTO 2.1 e 2.2

A Área de Planejamento 2, formada por 25 bairros, distribuídos por 6 Regiões Administrativas, representa 17% dos cariocas - 997.478 habitantes, segundo o Censo 2000 - e ocupa 8,2% do território - 100,43 km². Sua densidade líquida é de 9.932 habitantes por km². Para a área da saúde ainda se subdivide na AP 2.1 e AP 2.2.

A AP 2 corresponde à área de expansão da cidade promovida por implantação do sistema de bondes, na segunda metade do século XIX. Com sua configuração geográfica entre o mar e o Maciço da Tijuca, é a região que simboliza a imagem da Cidade do Rio de Janeiro.

Convivem historicamente as edificações de luxo e a ocupação irregular por população de baixa renda, que ocupam principalmente as encostas na AP 2, com a degradação da ambiência e a desvalorização dos imóveis no seu entorno. A quase totalidade das favelas da AP 2 foi objeto de programas de urbanização e regularização.

A população tem se mantido estável. Os dados apontam uma perda de população da ordem de 2,3% entre 1970 e 2000. Por região administrativa, o padrão demográfico não é homogêneo - Copacabana sofreu significativa redução de 32,6%, enquanto Vila Isabel cresceu 10,7%. A Rocinha merece destaque por seu expressivo crescimento de 31,3% no período 1991 e 2000.

AP 2.1 - Nesta região composta por apenas quatro RA (Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha) se instalou a população com maior poder aquisitivo. É onde se concentra a maior proporção de idosos da cidade, 20,5%, ou seja, pelo menos um em cada cinco moradores já ingressou na terceira idade. O IDH encontra na AP 2.1 seus três melhores resultados da cidade, a exceção fica por conta da favela Rocinha (29ª). A RA de Copacabana é o destaque com a maior esperança de vida ao nascer (77,8 anos). A RA da Lagoa desponta com a maior renda média per capita da Cidade (R\$ 2.228,78).

AP 2.2 - Se caracteriza por um perfil muito próximo ao encontrado na AP 2.1, tanto em termos socioeconômicos como no perfil urbano. Esta AP se compõe de apenas duas RA (Tijuca e Vila Isabel), e seu território com 55km² se limita ao sul e a oeste pelo maciço da Tijuca. A leste faz fronteira com a AP 1.0 e ao norte com a AP 3. A participação do grupo etário idoso aqui também é alta, o segundo maior da cidade (19,6%). Os resultados do IDH confirmam a afirmativa anterior, com as RA da Tijuca e Vila Isabel ocupando respectivamente o quarto e sexto melhores resultados da cidade. Seguindo o mesmo padrão da AP 2.1 aqui também a integração, desta região com o Centro, ocorreu a partir da linha de bonde.

A AP 2 está classificada como de alto desenvolvimento humano (censo 2000/IBGE). Das seis regiões administrativas que compõem a área, cinco estão entre as seis primeiras do município em matéria de IDH: Copacabana lidera (0,956), seguida pela Lagoa (0,951), Botafogo (0,947), Tijuca (0,923) e, em sexto lugar no município, a RA de Vila Isabel (0,916). Em contrapartida, a quarta região menos desenvolvida do município encontra-se nessa área: a RA da Rocinha (0,735).

O IDH evoluiu positivamente no período 1991 e 2000. Copacabana saltou da 3ª posição no ranking em 1991 (0,899) para o 1º lugar (0,956); a Rocinha permaneceu na 29ª posição, embora seu IDH tenha variado de 0,678 para 0,735, o maior crescimento da AP 2 (8,4%). A menor variação no período ficou por conta da Lagoa (4,5%), que, com isso, caiu da 1ª para a 2ª colocação no município.

A longevidade, tendo por referência o ano 2000, é consideravelmente alta na AP 2: 77,76 anos na RA de Copacabana, 76,83 na da Lagoa, 76,52 em Botafogo, 75,19 anos na RA de Vila Isabel e 74,73 anos na Tijuca. A Rocinha, mais uma vez, destoa apresentando uma expectativa de vida inferior: 67,91 anos. As maiores variações na longevidade no período 1991/2000 aconteceram nas RA da Lagoa (de 72,04 para 76,83 anos) e de Copacabana (de 71,81 para 77,76 anos). O menor avanço, nesse sentido, pertence à Rocinha (+3,3%), de 65,76 para 67,91 anos.

A AP 2 recebeu um fluxo migratório de 57.651 pessoas. A AP 2.1 (Zona Sul) recebeu, entre 1991 e 2000, 42.837 migrantes e a AP 2.2 (Tijuca e Vila Isabel), 14.814 migrantes. Desses migrantes, 75,9% procediam de fora do Estado do Rio de Janeiro, com destaque para a Rocinha - 90,9% de seus 5.308 imigrados não eram fluminenses nem cariocas.

Na AP 2, estima-se que 14,7% do total da população da Zona Sul - 146.538 pessoas viviam em favelas (censo 2000/IBGE). Houve um acréscimo desta população na ordem de 15,3% no período 1991/2000. Enquanto isso, no mesmo intervalo, a AP viu decrescer sua população total (-3,5%).

Em 2000, a renda média da AP 2.1 era de R\$ 1.619,74 (mais de 10 salários mínimos), superior à média da cidade (cerca de quatro salários mínimos). Lagoa (R\$ 2.228,78) e Copacabana (R\$ 1.631,44) superaram a média da AP 2.1, enquanto Botafogo ficou um pouco abaixo (R\$ 1.498,20). A Rocinha, entretanto, apresentou uma renda média muito inferior: R\$ 219,95. Já na AP 2.2, a renda média era de R\$ 1.093,99 (mais de sete salários mínimos), superior à média da cidade. A renda média da Tijuca (R\$ 1.184,43) era mais elevada que a de Vila Isabel (R\$ 1.005,99).

A taxa de alfabetização dos moradores da AP 2.1 (Zona Sul), é de 98%, acima da média da Cidade (93%). A Rocinha apresenta um nível mais baixo da área: 87,9%. A média de anos de estudo da população residente das RA de Botafogo, Copacabana e Lagoa é de 10 anos, superior à média da cidade (6,8 anos). Na Rocinha, todavia, essa média é inferior: 4,1 anos. Na AP 2.2, a taxa de alfabetização dos moradores, também é elevada (98%). A média de anos de estudo da população residente das RA da Tijuca (9,3 anos) e de Vila Isabel (8,9 anos) também é superior à média da cidade (censo 2000/IBGE).

ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1, 3.2 e 3.3

A Área de Planejamento 3 possui 80 bairros distribuídos em 13 Regiões Administrativas, que correspondem a 16,6% do território municipal - 203,47 km² - e a 40,2% do total da população residente no Rio de Janeiro - 2.353.590 habitantes, segundo o Censo 2000. Sua densidade líquida é de 11.567 habitantes por km².

Para a área da saúde esta subdividida em três:

AP 3.1 - teve como vetor indutor do crescimento o eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina sendo composta de seis RA (Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré).

AP 3.2 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a Estrada de Ferro Central do Brasil. Fazem parte desta região as seguintes RA: Méier, Inhaúma e Jacarezinho.

AP 3.3 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso duas linhas férreas a da Central do Brasil e a Auxiliar. Fazem parte desta região as seguintes RA: Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna.

De cada cinco cariocas, dois moram na AP 3 - o maior contingente populacional do município (40,2%). E, de cada dois moradores de favela, um está na AP 3 (49,9% da cidade).

A população cresceu no período de 1991/2000 à taxa de 1,4%. A maioria das RA teve incremento populacional. Destaque para Maré (19,5%), Pavuna (9,3%), Anchieta (9,2%) e Ilha do Governador (7,3%). Enquanto isso, quatro regiões registraram perdas: Méier (-5%), Inhaúma (-5,8%), Irajá (-3,8%) e Jacarezinho (-11,2%).

Durante muito tempo, as amplas possibilidades de expansão horizontal comandaram a ocupação da AP 3, gerando um espaço com pouca identidade. Nos últimos anos, a estrutura urbana da AP 3 apresenta-se em processo de mudanças. A inauguração da Linha Amarela, em 1997, tornou possível a abertura de novas articulações e acessos no conjunto de bairros diretamente afetados, bem como a conexão, com maior rapidez, entre as AP 3 e 4.0. Por outro lado, aconteceu a segmentação de bairros, cortados pela via expressa.

Das 13 regiões administrativas que compõem a AP 3, apenas 12 são consideradas na pesquisa do IDH (RA de Vigário Geral integrava a RA da Penha à época da pesquisa). Dessas, oito estão entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento: Méier (0,865), Ilha do Governador (0,862), Irajá (0,851), Madureira (0,834), Inhaúma (0,833), Ramos (0,828), Penha (0,805) e Anchieta (0,805). As melhores colocações, Méier e Ilha, correspondem respectivamente à 9ª e à 10ª posição no ranking de 32 regiões administrativas. Em contrapartida, os três piores índices do município estão na AP 3: Jacarezinho (0,731), Complexo da Maré (0,719) e Complexo do Alemão (0,709).

Quanto ao desenvolvimento do IDH na área, todas as regiões tiveram taxas de crescimento positivas entre 1991 e 2000: de 5,7% na Pavuna

até 8,1% na região de Madureira. Esta última saltou da 17ª posição no ranking em 1991 (IDH de 0,772) para a 14ª posição (0,834). Jacarezinho, Complexo da Maré e Complexo do Alemão permaneceram nas 30ª, 31ª e 32ª colocações, respectivamente, ficando, nas três últimas posições no ranking municipal (variações em torno de 8%). A menor variação no período ficou por conta da Pavuna, que manteve a 25ª colocação.

A longevidade é considerada média/alta (censo 2000/IBGE): 70,82 anos, ligeiramente acima da média do município (70,26 anos). As RA onde as expectativas de vida são mais elevadas são: Irajá (73,93 anos), Ilha do Governador (72,66 anos), Madureira (72,59 anos), Inhaúma (71,82 anos), Ramos (71,68 anos) e Méier (71,58 anos). Em contrapartida, as regiões com os níveis mais baixos são: Complexo do Alemão (64,38 anos), Complexo da Maré (66,03 anos), Jacarezinho (66,30 anos) e Pavuna (67,41 anos).

As maiores variações na longevidade no período considerado, 1991 a 2000, pertencem às RA de Irajá (de 68,25 para 73,93 anos) e Madureira (de 67,24 para 72,59 anos), respectivamente com +8,3% e +7,9%. O menor avanço nesse sentido ficou por conta da RA do Complexo do Alemão (+2%), de 62,37 para 64,38 anos.

A AP 3 recebeu um fluxo migratório de 72.568 pessoas entre 1991 e 2000 - quase um terço (32%) do total de migrações do município. As regiões administrativas que mais contribuíram para este resultado foram Méier (16,3%), Ilha do Governador (15,4%), seguido por Madureira e Penha (ambas com 11%). Desses imigrantes da AP 3, 70,5% procediam de fora do Estado do Rio de Janeiro. No Complexo da Maré, esse percentual foi ainda maior: 88,1%.

Na AP 3, estima-se que, em 2000, aproximadamente 544.737 pessoas viviam em favelas, o correspondente a 23,1% do total da população da área. Levando em conta que a população de favela, em 1991, correspondia a 480.524 habitantes (ou 20,7%), houve um acréscimo dessa população na ordem de 13,4% no período 1991/2000. Enquanto isso, no mesmo intervalo, a AP viu crescer sua população total em 1,5%.

Em 2000, a renda média da AP 3 era de R\$ 417,02 (cerca de 2,76 salários mínimos), inferior à média da cidade (cerca de 4 salários mínimos ou aproximadamente R\$ 600,00). Duas regiões apresentaram renda acima da média municipal: Méier (R\$ 619,89) e Ilha do Governador (R\$ 616,28). Acima da média da própria AP estavam as seguintes regiões: Irajá (R\$ 450,26) e Ramos (R\$ 427,62). Todas as demais regiões possuíam médias abaixo de R\$ 400,00, sendo que os índices mais baixos pertenciam às regiões do Complexo da Maré (R\$ 187,25), Jacarezinho (R\$ 177,98) e Complexo do Alemão (R\$ 177,31).

A taxa de alfabetização dos moradores, em 2000, era superior à média da Cidade (96%), variando de 97% (RA Méier) até 89% (RA Complexo da Maré). Quanto à evolução da taxa, as maiores variações registradas estavam no Complexo da Maré (7,4%), Complexo do Alemão (6,5%) e Jacarezinho (6,1%).

Na AP 3, a maior média de anos de estudo pode ser encontrada na RA do Méier (7,7 anos). Pouco atrás, estão a da Ilha do Governador (7,2 anos) e a de Irajá (7,1 anos), todas três acima da média municipal (6,8 anos de estudo). Madureira e Inhaúma ficam ligeiramente abaixo desta média (6,7 anos). As piores médias também nesse quesito ficam com o Complexo do Alemão (4,2 anos), Complexo da Maré (4,3 anos) e Jacarezinho (4,7 anos), acompanhadas de perto pela RA da Pavuna (5,5 anos).

ÁREA DE PLANEJAMENTO 4.0

A Área de planejamento 4.0 é formada por 19 bairros distribuídos por três Regiões Administrativas. No conjunto da cidade, a AP 4.0 corresponde a 24% da área - 293,79 km² - e 11,6% da população carioca - 682.051 habitantes, segundo o Censo 2000. Sua densidade líquida é de 2.322 habitantes por km².

Trata-se de extensa área de baixada, limitada pelos maciços da Tijuca e Pedra Branca e pelo Oceano Atlântico, mantida durante muito tempo preservada, sem inserção na malha urbana, em função das próprias características geográficas que lhe dificultavam o acesso, sendo sua base rural, com predominância de sítios e chácaras.

Apenas em meados do século XX ocorreu a inserção definitiva da área ao território da cidade pela implantação de novas conexões rodoviárias. A ocupação foi conduzida pela continuação do eixo litorâneo, vindo da zona sul, expandindo a ação do vetor residencial mais valorizado da cidade. Dois vetores passaram então a conduzir a urbanização da área. Um mais antigo por Jacarepaguá e um novo, pela Barra da Tijuca. Esta última, por extensão, valores ambientais e potencial de crescimento, foi objeto de um plano de ocupação realizado em 1969 por Lucio Costa. Este plano contribuiu para a preservação de diversas áreas naturais de grande importância, mas por outro lado trouxe um modelo de ocupação calçado na segregação de usos, na negação do tecido urbano tradicional - com densidade e espaços públicos de interação, como no Jardim Oceânico e Barrinha - e na dependência em relação ao transporte individual. Um resultado indireto foi a segregação social, com o surgimento e expansão de favelas destinadas a abrigar uma mão de obra para a qual o plano não previu claramente alternativas.

Desde então, a AP 4.0 registra um fantástico crescimento, verificado, sobretudo, na região administrativa da Barra da Tijuca que passou de 5.779 residentes em 1970 para 174.353 em 2000, numa variação de 2.917% em 30 anos. A ação do mercado imobiliário é bastante forte na região, respondendo em 2004 por 69,3% das unidades lançadas em empreendimentos imobiliários efetuados na cidade. Aliás, tal característica se revela constante desde a implantação dos primeiros condomínios residenciais, dotados de infra-estrutura e segurança, construídos em meados da década de 70. Na evolução foram construídos centros comerciais, de entretenimento e lazer. Nos últimos anos, a implantação de centros de serviços tem atraído empresas que tradicionalmente estavam localizadas em áreas mais centrais, fortalecendo a pluralidade de funções localizadas na área.

Os dados demográficos indicam que a população da AP cresceu a 29,6%, no período 1991/2000, o equivalente a um aumento absoluto de 155.749 moradores. A Região Administrativa que mais contribuiu para a obtenção deste resultado foi a da Barra da Tijuca. Nesta, um verdadeiro "boom" vem sendo verificado: variação de 76,5% no período. Em números absolutos isso corresponde a um incremento de 75.562 habitantes. Aliás, no aspecto absoluto, a variação de Jacarepaguá foi ainda maior: mais 80.380 habitantes, com variação percentual de 20,6%. Já a terceira região, a Cidade de Deus, teve ligeira perda populacional, - 0,5%, ou seja, menos 193 habitantes.

O desenvolvimento acelerado que vem ocorrendo na AP 4.0 é indicado por sua participação, da ordem de 25%, na variação verificada no total de domicílios da cidade, entre 1991 e 2000. A velocidade da urbanização encontra um ponto de inflexão, na medida em que não se faz presente na preservação das excepcionais condições naturais da área, sobretudo o sistema lagunar.

Das três regiões administrativas que compõem a AP 4.0, temos o seguinte quadro, com a indicação do IDH e da posição no ranking municipal de cada uma: Barra da Tijuca (0,918 - 5ª), seguida por Jacarepaguá (0,844 - 12ª) e Cidade de Deus (0,754 - 26ª), que está entre as sete últimas.

A observação do IDH no período 1991/2000 demonstra que todas as RA da AP 4.0 tiveram crescimento significativo do índice, acima da média do município, mas apenas a Cidade de Deus melhorou sua posição no ranking municipal (ainda que pouco: da 27ª para a 26ª posição). Barra da Tijuca e Jacarepaguá caíram ambas uma posição no referido ranking. A RA de maior variação foi Cidade de Deus (+8,8%), seguida de Jacarepaguá (+5,8%) e Barra da Tijuca (+5,5%).

Tendo por base o ano 2000, a longevidade média na AP 4.0 era de 71,76 anos, superior à média da cidade (70,26 anos). Nas regiões administrativas, eram estes os resultados em relação à expectativa de vida: 72,69 anos na Barra da Tijuca, 71,78 anos em Jacarepaguá e

67,35 na Cidade de Deus. A maior variação entre 1991 e 2000 foi registrada na Cidade de Deus (+7,7%), responsável pela elevação da longevidade nesta, em mais cinco anos. A menor variação no período foi na RA de Jacarepaguá (+ 4,2% ou + 2,94 anos).

A AP 4.0 recebeu um fluxo migratório de 38.379 pessoas entre 1991 e 2000, o correspondente a 17% do total de migrações do município. No interior da AP, as regiões administrativas que mais contribuíram para este resultado foram Jacarepaguá, com 60,7% e Barra da Tijuca, com 38,4% das migrações. Desses imigrantes da AP 4.0, 81,5% procediam de fora do Estado do Rio de Janeiro, o que significa o maior fluxo deste tipo entre as cinco Áreas de Planejamento. Em Jacarepaguá, este percentual cresceu para 82,3%.

Na AP 4.0, estima-se que, em 2000, aproximadamente 144.394 pessoas viviam em favelas, o correspondente a 21,2% do total da população da área. Levando-se em conta que a população de favela em 1991 era de 72.182 habitantes (então 13,7% da população total da AP 4.0), essa população mais que dobrou no período 1991/2000 (+100%), enquanto a população total cresceu 29,6%.

Em 2000, a renda média da AP 4.0 era de R\$ 808,04 (cerca de 5,35 salários mínimos), superior à média da cidade (de cerca de quatro salários mínimos ou algo em torno de R\$ 600,00). Das três RA desta área, apenas a Barra da Tijuca (com R\$ 1.694,12 ou 11,2 salários mínimos) tem renda acima da média municipal e abaixo desta estão Jacarepaguá (R\$ 527,72) e Cidade de Deus (R\$ 207,56).

A taxa de alfabetização dos moradores da AP 4.0, em 2000, é de 96%, portanto, superior à média da Cidade (93%), assim dividida: Barra da Tijuca (97%), Jacarepaguá (95%) e Cidade de Deus (94%).

A maior média de anos de estudo pode ser encontrada na região da Barra (8,6 anos). Jacarepaguá fica em segundo lugar com 6,8 anos de estudo. Na terceira posição, aparece a região da Cidade de Deus, bem abaixo, com média de cinco anos de estudo.

No período 1991/2000, todas as RA da AP 4.0 apresentaram evolução nos índices de educação, com crescimento nas taxas de alfabetização: Barra da Tijuca (+ 3,9%), Cidade de Deus (+ 3,5%) e Jacarepaguá (+ 1,9%).

ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.1, 5.2 e 5.3

Área de planejamento 5 é formada por 20 bairros e 5 regiões administrativas. Corresponde a 48,4% do território do Município - 592,45km² - e abriga cerca de 26,6% da população carioca. - 1.556.505 habitantes, segundo o Censo 2000. Sua densidade líquida é de 2.627 habitantes por km².

A Zona Oeste, como é conhecida, foi tratada como última fronteira da urbanização do Rio de Janeiro. Nela, foram mantidos, durante muito tempo, os usos agrícolas e as extensas propriedades, que foram se extinguindo com a pressão da urbanização, a partir da década de 1960.

Embora cortada pela ferrovia, que chegava a Santa Cruz, fatores como distância, ausência de serviços e áreas militares, bloquearam a continuidade da expansão urbana, inicialmente concentrada no entorno das estações ferroviárias. Gradativamente, a ocupação foi sendo expandida, o que é atestado pelo crescimento populacional da área, de 124,3% nos últimos 30 anos (1970/2000).

Como local de moradia para um pouco mais de um quarto da população da cidade, a AP 5 apresenta 11,6% desse contingente morando em ocupações irregulares, loteamentos irregulares ou clandestinos e favelas.

Considerando a presença de vazios urbanos passíveis de urbanização, os recursos ambientais, a implantação de grandes empreendimentos e a interação com municípios limítrofes, a AP 5 revela-se como uma possibilidade de expansão da cidade de forma ordenada e equilibrada ambientalmente, sendo, assim, um desafio e uma responsabilidade.

Interferem na estruturação urbana do entorno onde estão situados, o Complexo Penitenciário de Bangu e as áreas de destino final do lixo da cidade em Gerició.

Para a área da saúde está subdividida em três:

AP 5.1 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se compõe de apenas duas RA, Realengo e Bangu, e tem como limite norte os municípios de Nilópolis e Mesquita, a leste com a AP 3.3 e a AP 4.0, a oeste pela AP 5.2 e ao sul pela AP 4.0. O crescimento urbano acelerado da década de 60 se deu em função da remoção de favelas da Zona Sul da cidade. A RA de Bangu é aquela com maior densidade demográfica da Zona Oeste.

AP 5.2 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se compõe de duas RA Campo Grande e Guaratiba e tem como limite norte o município de Nova Iguaçu, a leste com a AP 5.1, a oeste pela AP 5.3 e a Baía de Sepetiba e ao sul pela AP 4.0 e o Oceano Atlântico. A RA de Campo Grande se caracteriza como a mais populosa da cidade, com 484 mil habitantes, em contraposição a Guaratiba, a de menor em toda Zona Oeste. Vale lembrar que Campo Grande é o grande centro de toda a AP 5 estendendo seu raio de influência econômica aos municípios limítrofes (Nova Iguaçu, Seropédica e Itaguaí). A RA de Guaratiba convive com o pior IDH entre todas as RA.

AP 5.3 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se superpõe a RA de Santa Cruz que tem como limite norte os municípios de Nova Iguaçu e Itaguaí, a oeste e ao sul pela Baía de Sepetiba e a leste pela AP 5.2. Esta foi a última AP a sofrer o processo de urbanização. Santa Cruz tem o pior resultado do IDH, ficando em 28º lugar.

Os dados demográficos indicam que, na AP 5, a população cresceu à taxa de 20,5%, no período 1991/2000, o equivalente a um aumento absoluto de 264.329 moradores. Todas as cinco RA da AP tiveram incremento populacional neste período. Porém, em números absolutos, o destaque foi Campo Grande que, com um incremento de 103.420 habitantes, elevou sua população a quase 485 mil habitantes. Já em termos relativos, o destaque foi Guaratiba, com crescimento populacional de cerca de 2/3 (ou 66,5%). O menor crescimento demográfico, tanto absoluto quanto relativo, ficou por conta da RA de Realengo, que atingiu uma população de 239.146 habitantes: foram mais 14.358 habitantes, num incremento de 6,4%.

Na década de 90, as áreas naturais, foram reduzidas de 29% para 25% do território, sendo suprimidos 2.352 hectares de florestas e 51 hectares de vegetação de mangue.

Em 2000, das cinco regiões administrativas que compõem a AP 5, apenas uma estava entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento: Realengo (0,813 - 19ª posição no ranking do município). As demais regiões encontravam-se como a seguir: Campo Grande (0,792 - 22ª posição), Bangu (0,792 - 23ª posição), Santa Cruz (0,747 - 27ª posição) e Guaratiba (0,746 - 28ª posição). Vale lembrar que o ranking era composto por 32 regiões.

Quanto ao desenvolvimento do IDH na área, todas as regiões tiveram taxas de crescimento positivas entre 1991 e 2000: de 7,4% em Campo Grande até 9,3% em Guaratiba. Apesar da melhora do índice nas cinco RA, três mantiveram-se na mesma posição no ranking e duas ascenderam uma posição (Realengo e Santa Cruz).

Em 2000, a longevidade nesta área era de 68,62 anos. As RA onde as expectativas de vida eram mais elevadas resumiam-se a Realengo (70,39 anos) e Bangu (69,81 anos). Completando o cenário, Campo Grande (com 68,71 anos), Guaratiba (67,12 anos) e Santa Cruz (65,99 anos).

As maiores variações na longevidade no período considerado, 1991 a 2000, pertenceram às RA de Guaratiba (de 62,37 para 67,12 anos) e Realengo (de 66,36 para 70,39 anos), respectivamente com + 7,6% e + 6,1%. O menor avanço neste sentido ficou por conta da RA de Campo Grande (+ 5,4%), de 65,19 para 68,71 anos.

A AP 5 recebeu um fluxo migratório de 42.099 pessoas entre 1991 e 2000, o correspondente a quase 19% do total de migrações do município. No interior da AP, as regiões administrativas que mais contribuíram para este resultado foram Campo Grande, com 33,1%, Santa Cruz, com 19,8% e Bangu (19,1%). Mais atrás estavam Guaratiba e Realengo, respectivamente com 14,6% e 13,6%. Desses imigrantes da AP 5, 69,4% procediam de fora do Estado do Rio de Janeiro (sendo que na RA de Guaratiba a incidência é de 82,5%) e 19,3% da Região Metropolitana do Rio.

Na AP 5, estimava-se que, em 2000, aproximadamente 180.020 pessoas viviam em favelas, o correspondente a 11,6% do total da população da área. Levando em conta que a população de favela em 1991 correspondia a 117.491 habitantes (ou 9,1%), houve um acréscimo desta população na ordem de 53,2% no período 1991 - 2000. Enquanto isso, no mesmo intervalo, a AP viu crescer sua população total em pouca mais de 20,5%.

Segundo o texto publicado no Rio Estudo nº 42, em 2002, os dados mais recentes sobre a população de favelas na cidade do Rio de Janeiro, "na Zona Oeste, o IBGE deve ter muito mais dificuldades em distinguir setores normais de subnormais. O padrão de ocupação do solo é relativamente mais homogêneo e contínuo, com uma sucessão de conjuntos habitacionais, loteamentos, parcelamentos irregulares e invasões. Talvez por isso a Zona Oeste tenha apenas 12% de sua população em setores subnormais, menos que qualquer outra área da cidade".

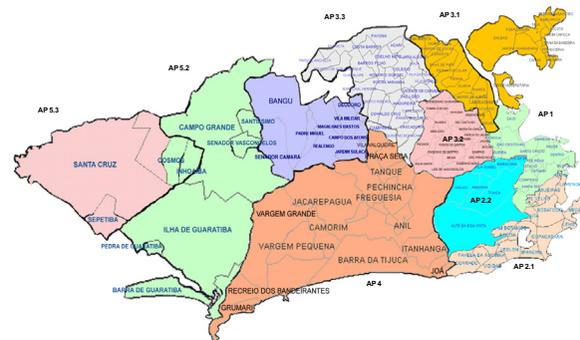
A título de exemplo, a XIX RA - Santa Cruz possui no seu território 114 loteamentos (46 irregulares e 68 clandestinos) e 33 favelas. Este conjunto de assentamentos abriga uma população estimada em cerca de 140.000 habitantes, o que corresponde a aproximadamente 45% do total dos seus moradores (Rio Estudo nº 111 - Santa Cruz e a Fazenda Nacional - Notas sobre a Situação Fundiária, ago. 2004).

Em 2000, a renda média da AP 5 era de R\$ 282,10 (cerca de 1,87 salário mínimo), inferior à média da cidade (em torno de R\$ 600,00). Nenhuma RA da região apresenta renda acima da média municipal, no entanto, a melhor média pertence à RA de Realengo (R\$ 339,73), seguida de Campo Grande (R\$ 304,24), Bangu (R\$ 287,03), Guaratiba (R\$ 234,37) e, por último, Santa Cruz (212,21).

A taxa de alfabetização dos moradores, em 2000, era superior à média da Cidade (93%), com média de 94,8%. A taxa variava de 96,2% (RA Realengo) até 90,7% (RA Guaratiba), com crescimento em todas as RA.

Na AP 5, a maior média de anos de estudo pode ser encontrada na RA de Realengo (6,2 anos). Logo atrás está a de Campo Grande (5,9 anos) e a de Bangu (5,7 anos). As piores médias ficam por conta das regiões de Santa Cruz e Guaratiba, com respectivamente 5,1 e 4,7 anos. Todas as regiões administrativas da AP estão abaixo da média municipal: 6,8 anos de estudo.

Mapa A - Distribuição dos bairros que compõem as áreas de planejamento Cidade do Rio de Janeiro



INDICADORES DE SAÚDE

O acompanhamento das condições de saúde da população carioca se dá a partir de um conjunto de informações produzidas, em grande parte, por dois sistemas de informações - os Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Mortalidade (SIM).

Nascimentos da Cidade do Rio de Janeiro

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC - possibilita a consolidação de indicadores de importância para o acompanhamento das condições de nascimento das crianças desta cidade, assim como a situação da assistência pré-natal.

Desde 1993 as informações sobre condições de nascimento na Cidade vêm sendo analisadas, e, desde 2003 este sistema encontra-se descentralizado para as 10 Coordenações de Área de Planejamento (AP) da Secretaria Municipal de Saúde. Esta descentralização possibilitou maior agilidade na disponibilização dos dados para os gestores.

Ao longo destes anos tem sido realizado o acompanhamento de alguns indicadores - prematuridade, baixo peso, frequência de cesarianas, número de consultas de pré -natal, taxa de fecundidade, taxa de natalidade e cobertura SUS.

Estes dados serão analisados em uma pequena série de anos, de 2000 a 2006 para as AP, observando-se as diferenças de padrão em relação ao perfil da Cidade.

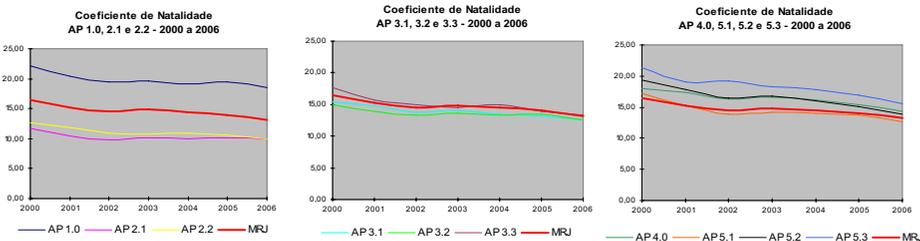
Taxa de Natalidade

A taxa de natalidade é um indicador que expressa a influência dos nascimentos na população em geral, ou seja, possibilita a avaliação do crescimento vegetativo da população quando observada em conjunto com a taxa de mortalidade.

Taxas de natalidade elevadas são encontradas em situações socioeconômicas mais precárias. Para o Brasil a taxa de 2004 foi de 18,11/1000. As taxas das regiões norte/nordeste situam-se acima de 20/1000.

Para a Cidade do Rio de Janeiro em 2006 a taxa de natalidade atingiu o patamar de 13,2/1000. De 2000 a 2006 este indicador apresentou redução de 20%. Entre as AP, as maiores quedas da taxa de natalidade ocorreram nas AP 5.2, 5.3, 5.1 e 3.3. As maiores taxas são encontradas nas AP 1.0 - 18,0/1000 - e AP 5.3 - 15,6/1000. Deve-se levar em consideração a estrutura etária das áreas e o tamanho da população. Neste sentido a AP 1.0, com a taxa mais elevada da Cidade, tem uma população pequena e estrutura etária mais envelhecida que a

AP 5.3. A natalidade mais baixa é encontrada nas AP 2.1 e 2.2. As AP 3.1, 3.2 e 3.3 definem a média da Cidade enquanto que as AP 4.0, 5.2 e 5.3 estão acima dela.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Taxa de Fecundidade

A taxa de fecundidade total é o número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher. Expressa a dinâmica demográfica da população em relação à capacidade de reposição populacional.

"Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego". (Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). / IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.)

A taxa de fecundidade do Brasil para os anos de 2000 e 2004 foi respectivamente 2,36 e 2,04. Neste pequeno período este indicador decresceu 14%. Em uma série maior, de 1991 a 2004, a taxa decresceu 25%.

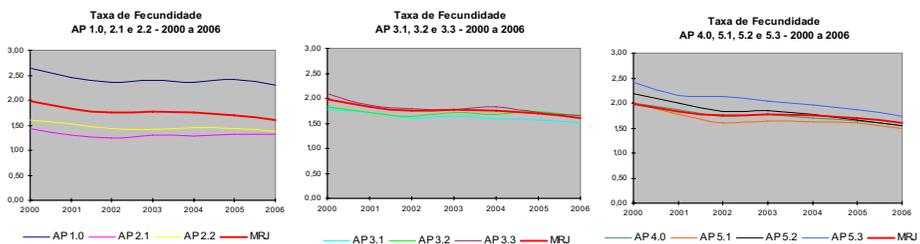
Para o Estado do Rio de Janeiro, a taxa de fecundidade em 1991 era de 2,09 e em 2004 encontrava-se em 1,77.

Para a Cidade do Rio de Janeiro, a taxa no ano 2000 situava-se em 1,98 e em 2006 atingiu 1,60. Esta variação representa um decréscimo de 19%, acima do que foi encontrado para o Brasil no mesmo período.

Apesar de pequenas distorções que possam ocorrer em virtude de se ter que trabalhar no cálculo do indicador com estimativas populacionais, e de no cálculo nacional se considerar a faixa etária de mulheres de 15 a 49 anos, enquanto para Cidade consideramos a faixa de 10 a 49 anos, encontramos resultados compatíveis com o comportamento deste índice nacional e regionalmente.

Os resultados indicam, portanto, que as mulheres cariocas têm menos filhos a cada ano que passa, caminhando para a relação de um filho por mulher.

Dentro da Cidade encontramos realidades pouco diferenciadas, mas com o mesmo padrão de queda do indicador. As AP em que mais caiu a fecundidade foram justamente as de maior crescimento populacional – as AP 5.2, 5.3, 5.1 e 4.0 – denominadas como zona oeste, para onde a Cidade se expande e cresce, com exceção da AP 5.1. A AP 3.3 apresenta também queda expressiva da fecundidade, acima da média da Cidade.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

As AP 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2 apresentam variações de quedas da taxa de fecundidade abaixo daquela observada para a Cidade, mas são áreas que partem de taxas menores, com exceção da AP 1.0. As AP 2.1 e 2.2 têm índice em torno de 1,3 filhos por mulher.

A AP 1.0 apresenta a maior taxa de fecundidade da Cidade, possivelmente influenciada pela intensa perda de população da região e pela população cada vez menor.

Entre as AP da zona oeste, a AP 5.3 tem o maior segundo maior índice da Cidade – 1,74, e a AP 5.1 o terceiro menor – 1,49.

O que se constata é que mesmo para aquelas áreas em que o crescimento populacional é mais dinâmico e positivo a tendência de declínio do indicador é uma verdade inquestionável. A Cidade do Rio de Janeiro caminha desta forma, para padrões populacionais envelhecidos aonde a participação dos grupos etários mais jovens é cada vez menor.

Condições de Nascimento

A prematuridade, o baixo peso, a maternidade precoce, a frequência de cesarianas, o número de consultas de pré-natal e a cobertura SUS são indicadores que possibilitam identificar as condições de nascimento e que determinam risco a sobrevivência dos recém-nascidos.

Prematuridade

A prematuridade – nascimentos ocorridos antes da 37ª semana de gestação – é uma condição de risco para sobrevivência dos recém-nascidos. A prematuridade e o baixo peso ao nascer resultam em fragilidades orgânicas que propiciam o desenvolvimento de complicações como as infecções, e maior risco de morte.

A prematuridade pode ser determinada por várias condições como: infecções maternas – vaginose bacterianas, infecções do trato geniturinário, trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, gestação gemelar, placenta prévia, restrição do crescimento intra-uterino, polidramnio, amnionite, incompetência istmocervical, diabetes, abuso de drogas e pielonefrite.

Algumas das condições determinantes da prematuridade são situações evitáveis através da atenção pré-natal adequada. A identificação precoce do desenvolvimento destas patologias e a disponibilidade de recursos para se enfrentar as complicações existentes definirão o risco de morte para o feto, e em muitas circunstâncias também para a mãe.

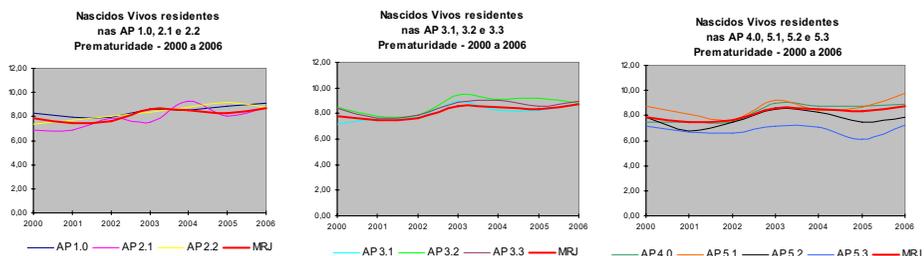
No Brasil, em 2005, a frequência de prematuridade esteve em 6,6%. Para a Cidade do Rio de Janeiro, em 2006 a presença de prematuridade esteve em 8,7%.

Para a Cidade do Rio de Janeiro no ano de 2006, a taxa de mortalidade neonatal de recém nascidos, com duração da gestação abaixo de 37 semanas, foi 78 vezes maior que a observada entre os recém-nascidos a termo. Entre os prematuros a mortalidade dos que tinham entre 22 e 27 semanas de gestação foi de 560,5/1000 nascidos vivos; entre 28 e 31 semanas de gestação cai para 204,1/1000 e entre 32 e 36 semanas cai ainda mais para 25,9/1000. É negável a importância do risco de morte em função da prematuridade.

A prematuridade esteve presente em média no período de 2000 a 2006 em 8,1% dos nascimentos da Cidade do Rio de Janeiro. Em todas as AP a presença de nascimentos prematuros aumentou, no período analisado. Este aumento foi em média de 11,2%.

Algumas AP, entretanto, sobressaíram – 2.1, 3.2, 2.2, 4.0 e 5.1 – situaram-se acima desta média.

É importante lembrar que estamos trabalhando com dados de residência. Neste sentido, deve-se destacar o comportamento da AP em que o peso de aspectos sócio-econômicos podem estar determinando aumento mais expressivo da frequência de nascimentos prematuros.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

De modo geral a presença de prematuridade mostra pouca diferença entre as AP, com todas, muito próximas da média da Cidade, com exceção da AP 5.3.

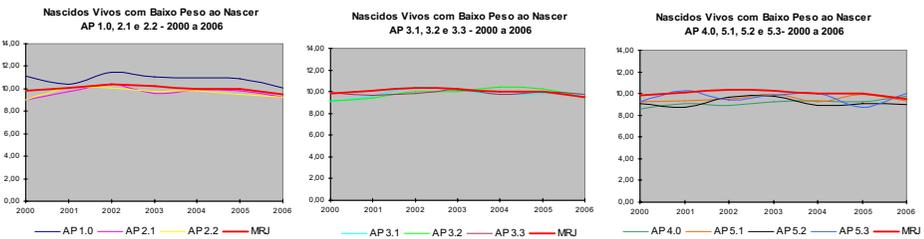
Baixo Peso ao Nascer

O baixo peso ao nascer – menor que 2,5Kg – é definido como um indicador de risco para morbi-mortalidade infantil, em especial no período neonatal.

"O baixo peso ao nascer pode ser devido à menor duração da gestação, ao retardo de crescimento intra-uterino, ou ainda a uma combinação de ambos (Kramer, 1987). Villar & Belizan (1982) apontam o retardo de crescimento intra-uterino como o maior responsável pelo baixo peso ao nascer nos países em desenvolvimento, ao passo que nos países desenvolvidos esta condição é decorrente principalmente de nascimento pré-termo". (HORTA, B. L., et al. 1996 - Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12(Supl.1):27-31, 1996)

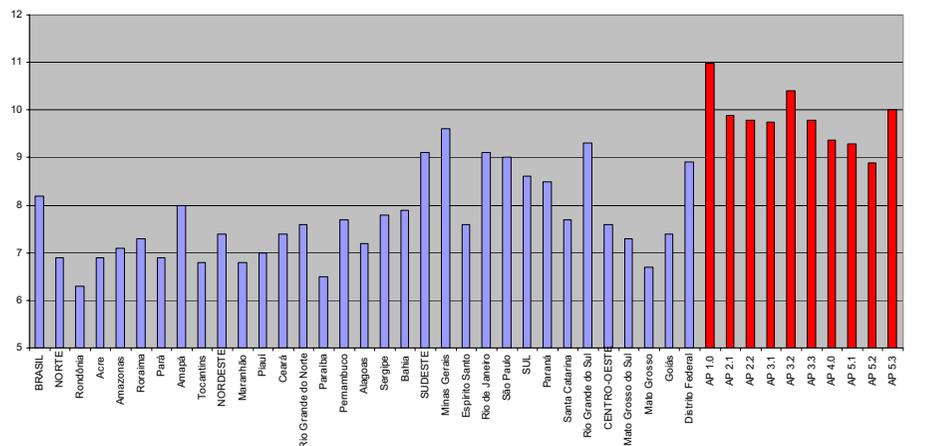
Entre 2000 e 2006 a frequência de baixo peso ao nascer para a Cidade do Rio de Janeiro oscilou entre 10 e 9,5%. Praticamente não se observaram variações importantes no período. Para o Brasil a frequência de baixo peso girou em torno de 8% para o ano de 2004.

A AP 1.0 apresentou no período frequências um pouco mais elevadas que a média da Cidade. As AP 2.1, 2.2, 3.1, 3.2 e 3.3 situaram-se na média, e as AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 um pouco abaixo da média do município. Pode-se observar que a diferença entre as AP é bastante pequena sendo um indicador estável nos últimos sete anos.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Percentual de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao nascer, por regiões, estados e Áreas de Planejamento da cidade do Rio de Janeiro - 2004



Fonte: DATASUS e GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

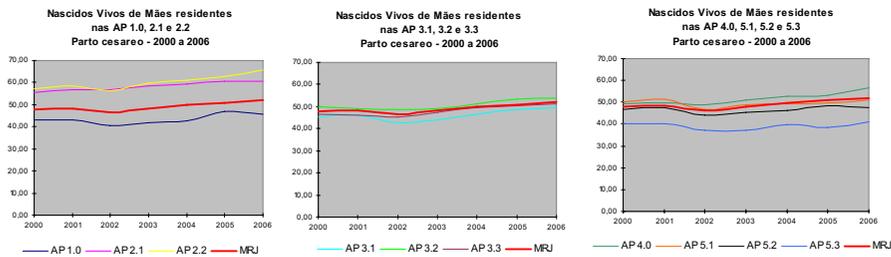
Tipo de Parto – Cesariana

O acompanhamento da informação sobre tipo de parto está associado à importância que a realização de partos cesarianos vem assumindo no cenário de nascimentos no Brasil, em especial em algumas localidades. Para o Brasil a frequência do tipo de parto cesariano em 2005 foi de 43,2%, um patamar elevado quando comparado aos 15% preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

A frequência de cesarianas na Cidade do Rio de Janeiro entre 2000 e 2006 passou de 47,9% para 52%, um aumento de 8,5%.

As áreas com maiores frequências de cesariana na Cidade são: AP 2.1, 2.2 e 4.0 – áreas de maior poder aquisitivo. Nestas AP a frequência foi de respectivamente – 60,7, 65,9 e 56,6%.

O aumento da realização de partos do tipo cesariana não foi uniforme entre as áreas da Cidade. Nas AP 5.1, 5.2 e 5.3, este aumento foi muito menor – variando de 1,2 a 2,5%. Nestas áreas a frequência de cesarianas foi respectivamente – 50,9; 47,4 e 41,1%.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

A realização do parto cesariana segue parâmetros para sua indicação.

"As indicações absolutas mais tradicionais são: desproporção céfalo-pélvica (quando a cabeça do bebê é maior do que a passagem da mãe); hemorragias na final da gestação; ocorrência de doenças hipertensivas na mãe específicas da gravidez; bebê transverso (atravessado); e sofrimento fetal. A ocorrência de diabetes gestacional, ruptura prematura da bolsa d'água e bebê com trabalho de parto prolongado também são consideradas indicações relativas para a cesariana. O Ministério da Saúde acrescentou, recentemente, outra indicação para essa cirurgia. É o caso de gestantes portadoras do vírus HIV. A cesariana passou a ser agendada nessas situações porque se descobriu que a hora do parto é o momento de maior troca sanguínea entre a mãe e o bebê. Dessa forma, a cirurgia programada reduz os riscos de transmissão do vírus". (site da SES do Distrito Federal)

A realização indiscriminada de cesarianas pode determinar o surgimento de complicações obstétricas – como as infecções - e neonatais - como a prematuridade iatrogênica, que definem maior risco para mortalidade infantil e materna.

A Cidade do Rio de Janeiro situa-se neste indicador muito acima do preconizado e com tendência de crescimento. A prática médica e a "escolha" da mulher do parto cesáreo congregam fatores de várias naturezas: socioeconômicos, culturais, emocionais, e todas as questões que tem de um lado os médicos e de outro as pacientes. A mudança deste perfil depende de explicitar para a sociedade a discussão dos aspectos éticos e técnicos sobre cesariana e sobre parto natural/normal, e desta forma garantir aos indivíduos as informações necessárias para esclarecimento dos riscos e indicações de um ou outro procedimento.

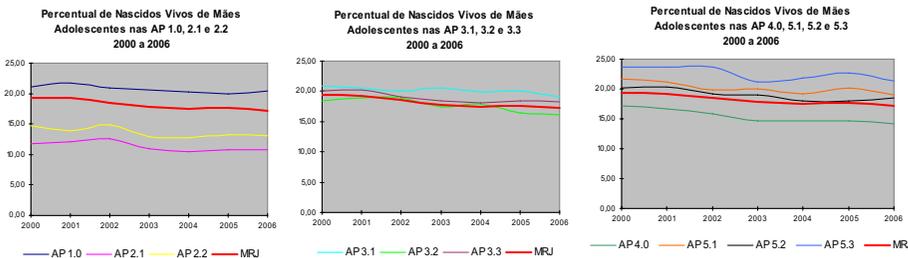
Mães Adolescentes

A frequência de nascidos vivos de mães adolescentes – idade menor que 20 anos, variou de 19 a 17% entre os anos de 2000 e 2006. Para o Brasil, esta proporção variou de 23,4% em 2000 para 21,8% em 2005.

O enfoque da maternidade na adolescência se preocupa com duas questões: o maior risco para mortalidade infantil e materna. As duas situações estão carregadas de dramaticidade relacionada à vivência, em um momento precoce da vida, de situações fortes e definitivas.

"Entre os inúmeros danos relacionados à gestação precoce, são apontados a exposição a abortos e os distúrbios de ordem afetiva, tanto em relação à mulher quanto ao bebê. Uma maior propensão à baixa auto-estima e à depressão também vêm sendo citadas como contribuintes para resultados adversos durante a gestação, o parto e o período neonatal, além de conseqüências emocionais advindas de relações conjugais instáveis".

(Gama SGN da et. rev Saúde Pública 2001; 35(1): 74-80 Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer).



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

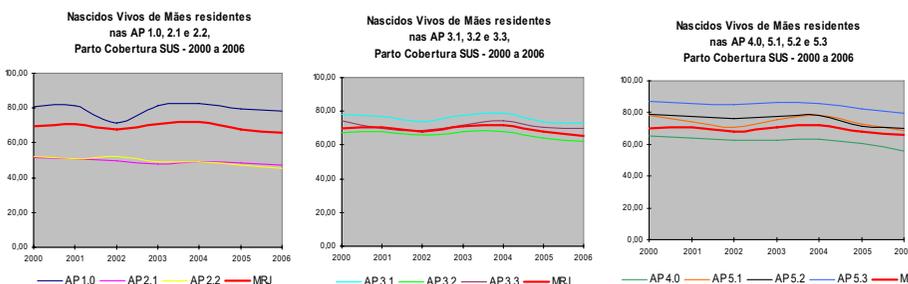
Ao longo do período de 2000 a 2006 as AP 2.1, 2.2 e 4.0 apresentaram-se abaixo da média da Cidade nos nascimentos entre mães adolescentes. Entre as AP 3, a AP 3.1 se manteve acima da média e as AP 3.2 e 3.3 na média. As AP 5.1, 5.2 e 5.3 apresentaram frequências de mães adolescentes acima da média em todo período.

Para as todas as AP encontramos diminuição da frequência de nascimentos entre as adolescentes. Entretanto, as AP 4.0, 3.2 e 5.1 se sobressaíram com quedas acima da média da Cidade. A AP 1.0 foi a AP com menor redução.

A dinâmica demográfica da Cidade deve ser considerada na análise destes resultados. As AP 2.1 e 2.2, com populações mais envelhecidas, apresentam menor expressividade de nascimentos de mães adolescentes. A AP 4.0, apesar de possuir estrutura etária mais jovem apresenta situação sócio-econômica mais privilegiada com perfil mais próximo das AP 2.1 e 2.2 do que das demais AP da chamada zona oeste da Cidade. As AP 3.1 e 3.3 definem o padrão/ média da Cidade pelo tamanho da população que possuem. E as AP 5.1, 5.2 e 5.3, mantêm perfil acima da média da Cidade em virtude de dois aspectos: a estrutura etária e o perfil socioeconômico. Diferente da AP 4.0 as demais AP da zona oeste se caracterizam pela maior homogeneidade das características socioeconômicas, com predomínio dos grupos populacionais mais pobres, enquanto a AP 4.0 têm grupos muito pobres e outros muito ricos convivendo em uma mesma região.

Cobertura SUS – nascimentos em unidades do Sistema Único de Saúde

As unidades de saúde das esferas municipais, estaduais, federais, universitárias e privadas ou filantrópicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) compõem a rede de serviços de saúde da Cidade do Rio de Janeiro. Este conjunto de unidades responde por aproximadamente 65 a 70% dos nascimentos ocorridos na Cidade.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

De 2000 a 2006 observa-se declínio, da ordem de 6%, da cobertura dos nascimentos pela rede SUS. Esta queda ocorre em todas as AP, em especial nas AP 4.0, 2.2, 5.1 e 5.2. Para as AP 4.0 e 5.1 o fechamento de duas unidades – respectivamente, Maternidade Municipal Leila Diniz e Casa de Saúde Santa Helena (unidade conveniada com o SUS), pode explicar este decréscimo de cobertura. Nas AP 2.2 e 5.2, possivelmente existem outros fatores, como ampliação da captação por novos planos de saúde privados.

A AP 1.0 apresenta a menor redução de cobertura e as demais AP situam-se próximas à média municipal.

Deve-se considerar em relação a este indicador a dinâmica de oferta de leitos e serviços pelos setores público e privado e a condição socioeconômica da população de cada área, com maior ou menor possibilidade de aquisição de serviços da rede privada, através dos diversos planos de saúde existentes.

Entre as áreas da cidade se observa a combinação destes fatores demarcando as diferenças de utilização da rede pública. As áreas mais carentes utilizando e dependendo mais do serviço público, e as áreas mais ricas utilizando menos.

Consultas de Pré-natal – 7 consultas ou mais

"As mulheres estão sendo chamadas a fazer pré-natal. Elas estão respondendo a esse chamado. Elas acreditam que terão benefícios procurando serviços de saúde. Elas depositam sua confiança e entregam seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas legalmente, a cuidarem delas" (MS, 2004).

O acompanhamento pré-natal é uma ação básica de saúde que insere abordagens preventivas e curativas. A detecção precoce de problemas é o que se objetiva. Problemas que podem ser específicos do desenvolvimento do feto ou referidos exclusivamente à saúde da mãe pela agudização de problemas pré-existentes.

"A assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde" (MS, 2004).

O pré-natal é, portanto, uma ação estratégica que afeta a condição de saúde de um grupo populacional através da saúde da criança e da mulher. Uma vertente de atuação tão importante deve ser um eixo prioritário na condução das políticas públicas do setor saúde e para além dele.

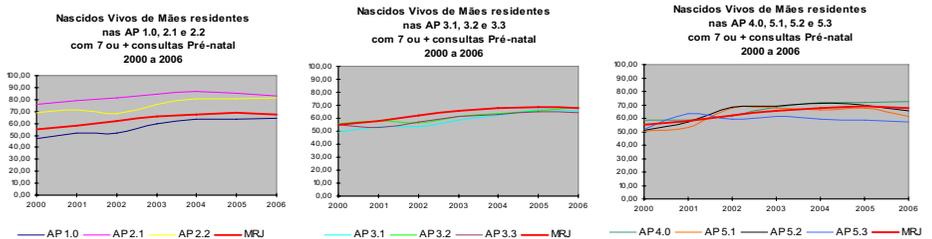
A perspectiva de ampliação da oferta da atenção pré-natal deve ser acompanhada pela preocupação com a qualidade do cuidado que está sendo ofertado. Esta garantia de qualidade significa qualificação profissional e disponibilidade de recursos/insumos. O que se objetiva é a identificação de situações de risco para o desenvolvimento fetal e para a saúde da mulher durante a gravidez ou em decorrência da gravidez, e a disseminação de informações adequadas sobre o cuidado do recém-nascido e da mulher.

"Considerando as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho de parto e abortos, são a maioria, apesar de serem facilmente evitáveis, através de adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal, em todas as suas etapas: pré-natal, parto e puerpério. As condições de assistência e a própria organização dos serviços são também fatores determinantes das condições de saúde da população e transparecem quando os principais problemas da mulher são analisados".

A mortalidade infantil e a materna têm como causas principais: a hipertensão materna, as infecções, a sífilis, as hemorragias - condições identificáveis por adequado acompanhamento pré-natal, e que poderiam evitar a morte de grande número de recém-nascidos e mulheres.

No Brasil a cobertura pré-natal avaliada através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), para 7 ou mais consultas variou de 43,7 para 52,8%, entre 2000 e 2006. Para a Cidade do Rio de Janeiro a variação foi de 55,3 para 67,5% entre os anos de 2000 e 2006.

A expansão da atenção pré-natal foi, no entanto:



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

As AP 2.1 e 2.2 apresentaram de 2000 a 2006 níveis de cobertura pré-natal acima da média da cidade. As AP 1.0, 3.1, 3.2 e 3.3 níveis abaixo da média, e as AP da zona oeste oscilam ao redor da média: a AP 5.3 em geral abaixo, e as AP 4.0 e 5.2 um pouco acima.

Na AP 2.1 os patamares já elevados de cobertura – em torno de 80%, se refletem em menores avanços no período. A AP 2.2 que parte em 2000 de níveis um pouco mais baixos de cobertura que a AP 2.1, atinge em 2006 nível semelhante a esta última, apresentando, portanto, importante incremento desta ação.

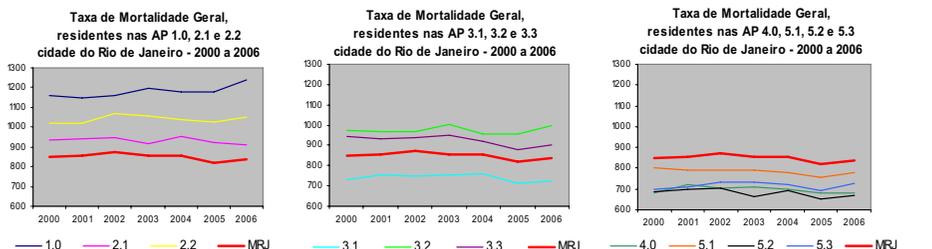
Três AP têm, entretanto, as maiores variações ou ampliações de cobertura pré-natal – AP 1.0, AP 3.1 e AP 5.2 com aproximadamente 30% de aumento. Estas áreas partem de percentuais em torno de 50% em 2000, para algo em torno de 65% em 2006. As AP 5.1 e 5.3 partem de coberturas também próximas de 50%, e atingem 61,3% e 57,5%, respectivamente em 2006. A AP 5.3, depois da AP 2.1 é a área com menor incremento de cobertura pré-natal para 7 ou mais consultas. As AP 3.2, 3.3 e 4.0 apresentam coberturas bem próximas à média da cidade e variações também próximas ao incremento observado para o município.

Óbitos na Cidade do Rio de Janeiro

Taxa Bruta de Mortalidade

A taxa bruta de mortalidade relaciona a mortalidade total de residentes na Cidade do Rio de Janeiro com a sua população. Neste caso, trabalhamos com um índice por 100 mil habitantes em função do tamanho populacional de cada uma das áreas de planejamento da Cidade.

A taxa bruta de mortalidade da Cidade, no período de 2000 a 2006 foi em média de 849/100 mil habitantes, variando muito pouco de um ano para outro. A maior taxa é encontrada na AP 1.0 (1180,3). 0 e a menor na AP 5.2 (681,4). Os menores índices são encontrados nas AP da zona oeste, onde a estrutura demográfica é mais jovem. Deste modo, a intensidade da taxa é muito condicionada pela composição etária de cada região.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Mortalidade Infantil

Atualmente a diminuição da taxa de mortalidade infantil na Cidade está atrelada a redução das mortes neonatais, em particular aquelas que ocorrem até o sétimo dia de vida - neonatais precoces. Desse modo, esta redução está relacionada a ações de saúde que envolvem o acompanhamento da gestação, do parto e da assistência em neonatologia.

Nas décadas de 80 e 90, as ações de controle da doença diarreica, desidratação e desnutrição resultaram em importante decréscimo da mortalidade pós-neonatal - acima dos 28 dias de vida, principal responsável pelas elevadas taxas. Ao mesmo tempo ocorrem melhorias nas condições de oferta de saneamento básico e água tratada. Além disto, a ampliação da oferta de serviços de saúde determinou a possibilidade de intervenções curativas e preventivas a grupos populacionais especialmente vulneráveis ao adoecimento e a morte. A queda da mortalidade de menores de um ano naquelas duas décadas se deveu a diminuição das mortes acima dos 28 dias de vida.

Na década de 80 observa-se também diminuição da mortalidade neonatal precoce, mas que não se compara à magnitude da queda do componente pós-neonatal.

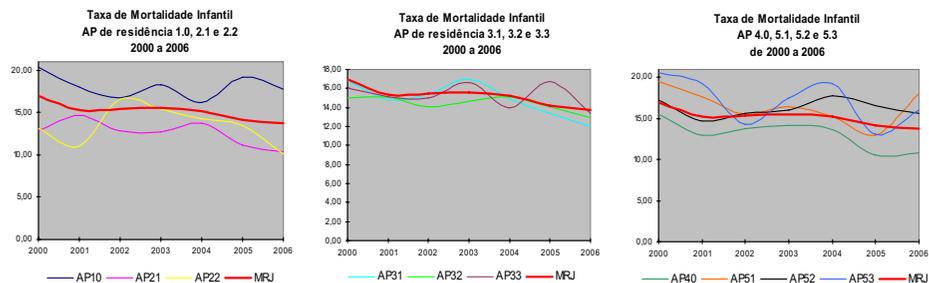
A partir da década de 90 a redução da mortalidade infantil está principalmente condicionada à redução da mortalidade neonatal, mas o grupo pós-neonatal ainda tem sua importância. Subsistem em diversas áreas da cidade, grupos populacionais especialmente vulneráveis vivendo em precárias condições e que enfrentam situações determinantes de condições de risco para mortalidade pós-neonatal.

De 2000 em diante a queda da mortalidade infantil ocorre em função principalmente do componente neonatal e principalmente a partir do neonatal precoce.

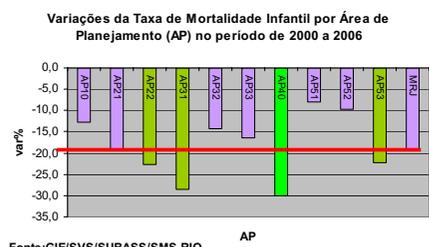
No período entre os anos de 2000 e 2006, a taxa de mortalidade infantil da Cidade variou de 16,9 para 13,7/1000 nascidos vivos. Isto corresponde a um decréscimo de 19%.

Entre as Áreas de Planejamento o comportamento do indicador não é homogêneo, acompanhando a diversidade de organização da cidade. A taxa de mortalidade infantil das AP 2.1, 4.0 e 2.2, mantém-se em quase todo o período abaixo da média da Cidade. Enquanto as AP 3.1, 3.2 e 3.3 determinam o perfil da Cidade.

As AP 4.0, 3.1, 2.2 e 5.3 apresentaram expressivas variações da taxa com decréscimo do indicador acima da média da Cidade - decréscimos que oscilaram entre 30 e 22%. As AP 5.1, 5.2 e 1.0 obtiveram reduções bem abaixo da média - entre 8 e 12%.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO



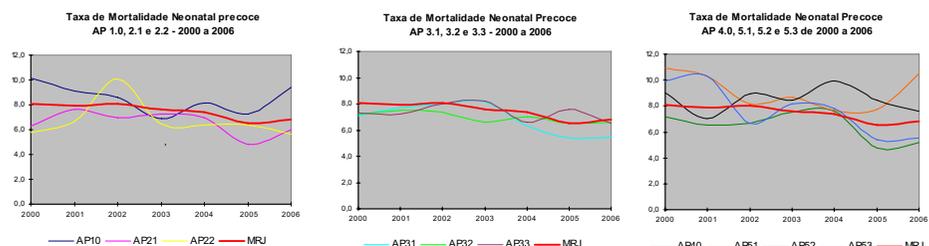
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Os componentes da mortalidade infantil

Neonatal Precoce

Entre 2000 e 2006 a mortalidade neonatal precoce da cidade decaiu 16% - variando de 8,1 a 6,8/1000 nascidos vivos. Três AP se destacam - 5.3, 4.0 e 3.1, com respectivamente 44%, 28% e 23% de redução da mortalidade nos sete primeiros dias de vida. As demais AP alcançam resultados abaixo da média de queda observada para a Cidade - 16%.

A AP 2.1 sempre se manteve abaixo da média da Cidade ao longo do período. Encontramos as AP 3.1, 3.2 e 4.0 próximas do perfil encontrado para a AP 2.1. A AP 3.3 determina no período a média da Cidade.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

As diferenças de declínio da mortalidade neonatal precoce entre as áreas têm múltiplas explicações, mas a maioria delas relacionadas à atenção durante o pré-natal, parto e assistência neonatal. Em relação ao pré-natal respondem por este declínio a expansão do Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários, os investimentos em capacitação profissional e a melhora de captação das gestantes pelas unidades de saúde. Se observarmos a variação de cobertura do pré-natal para 7 e mais consultas constatamos que praticamente todas AP incrementaram em aproximadamente 20% sua atuação, a não ser AP 2.1, que já parte de níveis mais elevados de cobertura.

Outro aspecto importante é a organização da assistência em neonatologia. Esta organização contempla a estruturação dos serviços, com a disponibilidade de equipamentos adequados e de pessoal qualificado, e a organização dos fluxos de encaminhamento às situações de risco - gestantes e recém-nascidos - para serviços de referência na Cidade.

Alguns outros fatores podem também influenciar o comportamento do indicador, como a redução da natalidade e fecundidade. As mais expressivas reduções destes dois indicadores se dão nas AP 5 - chegando perto de reduções da ordem de 30%.

Neonatal Tardia

As mortes neonatais tardias, que ocorrem do 7º ao 28º dia de vida, sofrem decréscimo no período analisado. Esta queda é da ordem de 30%, mas não ocorre de forma progressiva, apresentando importantes flutuações no período. De 2005 para 2006 observa-se maior queda deste componente em algumas AP, entretanto, entre as AP 5 este indicador aumenta. Estas flutuações podem estar relacionadas ao número absoluto de mortes, menor que o observado na mortalidade neonatal precoce. Os óbitos neonatais tardios correspondem a menos da metade, em números absolutos, das mortes dos neonatais precoces.

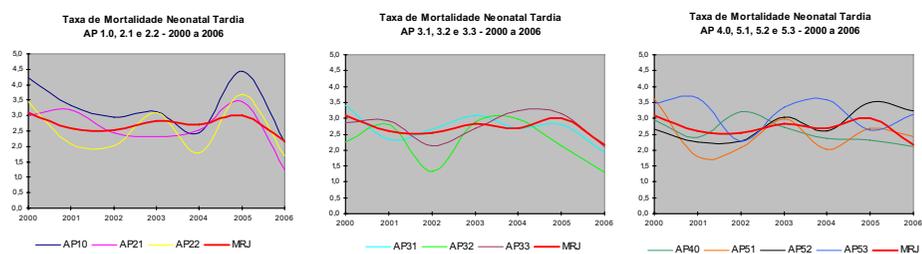
Assim como na mortalidade neonatal precoce, os recursos disponíveis para a assistência neonatal atualmente, conseguem evitar a morte de recém-nascidos que há 10 anos atrás não seriam considerados viáveis, e consegue prolongar a vida de muitos em que a possibilidade de sobrevivência era muito pequena.

O aprimoramento da assistência neonatal intensiva, com a utilização de recursos tecnológicos cada vez mais potentes consegue postergar a morte, mas para uma parcela de casos não consegue evitá-la. Dois aspectos desta discussão são os conceitos de viabilidade e evitabilidade.

A viabilidade está atrelada às condições mínimas de desenvolvimento do recém-nascido - peso, maturidade pulmonar, e a não ocorrência de complicações durante a própria assistência, que possibilitem que ele sobreviva com uma perspectiva de ter qualidade para o seu futuro.

A evitabilidade se refere ao enfreitamento da morte, e as possibilidades, com os recursos terapêuticos e tecnológicos disponíveis, de se evitar que ela ocorra.

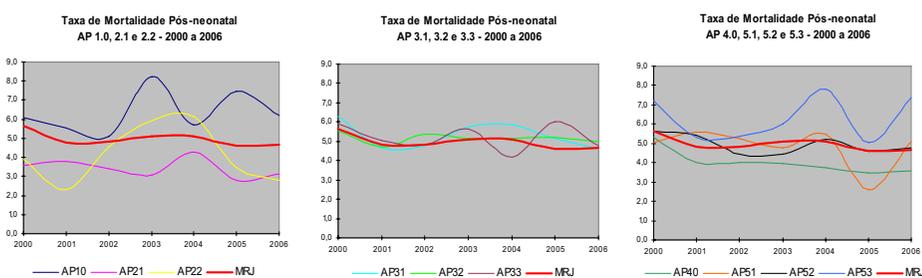
Entre as áreas de planejamento observam-se oscilações mais expressivas em relação à média da Cidade para as AP 1.0, 2.2, 3.2, 5.3 e 5.1. As demais AP acompanham bem de próximo esta média.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Pós-neonatal

A mortalidade pós-neonatal, que ocorre acima de 28 dias de vida e antes de completar um ano de idade, corresponde a aproximadamente 1/3 das mortes de menores de um ano. As causas de morte mais frequentes são as Anomalias Congênitas, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas Mal Definidas. Em cada um destes grupos de causas destacam-se as Anomalias Congênitas do coração e pulmão, Causa Indeterminada, Septicemias, Diarreia, Pneumonias, Bronquite e Broncoaspiração. Aproximadamente metade das mortes pós-neonatais ocorre nos três primeiros meses de vida.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Este componente da mortalidade infantil contém uma parcela de óbitos que migra do período neonatal para o pós-neonatal, pelo adiamento do óbito, ou seja, a evitabilidade da morte é improvável.

Parte importante das mortes pós-neonatais - quase metade delas, poderia ser evitada pela ampliação da cobertura das ações de saúde e de infraestrutura (fornecimento de água e esgotamento sanitário).

De 2000 a 2006 a mortalidade pós-neonatal baixou aproximadamente 17%. Entre as AP se destacaram a AP 2.2, 3.1 e 4.0, com quedas da taxa maiores que a média da Cidade, seguidas das AP 3.3 e 5.2. As AP 5.1 e 5.3 apresentaram de 2005 para 2006, elevação do indicador, o que afeta a variação no período, que passa a ser positiva.

Em relação à taxa média da Cidade as AP 1.0 e 5.3 apresentam taxas mais elevadas.

Mortalidade Perinatal

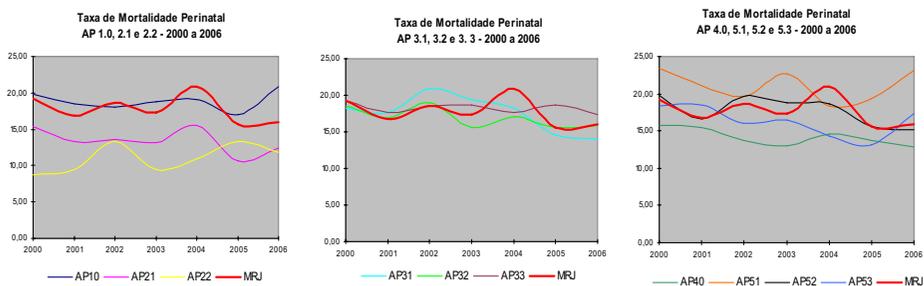
A mortalidade perinatal engloba os óbitos neonatais precoces e fetais, estes últimos considerados em relação ao peso ao nascer - acima de 500 gramas. É um indicador que, de forma mais direta, enfoca os aspectos relacionados ao acompanhamento da gestação e parto. A parcela

relativa aos óbitos fetais está relacionada diretamente as intercorrências, durante a gravidez ou durante o trabalho de parto, e ainda sofre influências de problemas como o subregistro.

A mortalidade perinatal está associada a uma gama de situações em que as ações de saúde, voltadas para o acompanhamento pré-natal e identificação de situações que possam colocar em risco a gestação, não obtiveram êxito. A hipertensão materna, a infecção de trato urinário e a sífilis congênita aparecem como principais causas de mortalidade deste grupo.

De 2000 a 2006 a mortalidade perinatal decaiu 17%. Entre as AP somente as AP 1.0 e 2.2 têm elevações da taxa. Deve-se relativizar os resultados de variação do indicador, pois a melhoria da notificação dos óbitos fetais faz aumentar o indicador.

As AP 3 determinam a taxa média da Cidade e a AP 5.1 apresenta índices mais elevados. As AP 2.1, 2.2 e 4.0 apresentam taxas mais baixas que a média.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Mortalidade Materna

O indicador de mortalidade materna se refere às mortes de mulheres por causas relacionadas à gestação, parto ou puerpério.

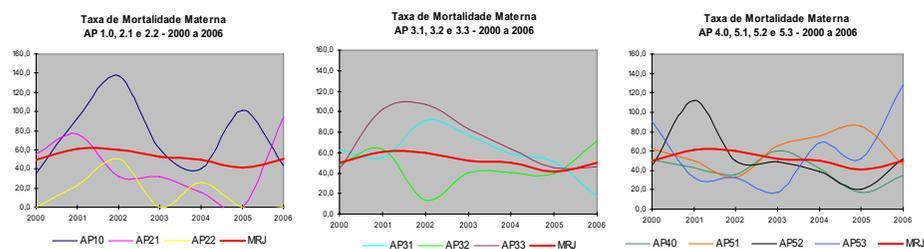
É um indicador clássico do acompanhamento das condições de saúde e de vida.

O comportamento da taxa de mortalidade materna reflete problemas relacionados à identificação dos casos de morte materna não notificados como tais.

O subregistro da morte materna impõe a necessidade de investigação de todos os óbitos das mulheres em idade fértil, na busca de dados que possibilitem identificar se ela estava ou esteve grávida.

Na Cidade do Rio de Janeiro a taxa de mortalidade materna está situada em 50/100 mil nascidos vivos. Uma taxa elevada e que apresenta ainda um fator de ajuste de 1,35 para a região sudeste, identificado por trabalho realizado em 2001 (LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Maternal mortality in Brazilian State Capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 7, n. 4, 2004.).

A intensa flutuação do indicador, de um ano para outro, representa a dificuldade de identificação dos casos, e a variação acontece de acordo com a capacidade, maior ou menor, de investigação dos casos de óbitos de mulheres em idade fértil.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

A taxa de mortalidade materna na cidade praticamente não variou no período de 2000 a 2006. Entre as AP podemos observar comportamentos opostos e variações muito intensas ou irrisórias do indicador. Esta ausência de padrão reflete o problema de registro da informação.

A principal questão que se coloca para a mortalidade materna é o real conhecimento da sua magnitude. A investigação sistemática das mortes de mulheres em idade fértil – meta do Pacto pela Saúde, estabelecido pelo Ministério da Saúde, deve ser implementada em toda Cidade, como forma de identificação e prevenção das situações que ainda expõem a mulher ao risco de morte. A maioria das causas de morte maternas está relacionada a causas evitáveis por ações de saúde eficientes no pré-natal e na assistência obstétrica.

Mortalidade Geral

O Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, anteriormente de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil – SESDEC-RJ, passou a ser gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) em 1995.

As informações aqui apresentadas, referentes aos anos de 2000 a 2006, tratam de período em que o gerenciamento do SIM já se encontrava na esfera municipal. Seguindo a proposta de descentralização da SMS-RJ, o SIM foi descentralizado para as 10 Áreas de Planejamento da cidade a partir de 2005.

Em todos os anos abordados, foram trabalhadas as informações referentes a Óbitos de Residentes no Município do Rio de Janeiro, visando traçar um perfil dos óbitos para cada uma das AP e para a cidade, ao longo destes anos.

As taxas de mortalidade foram calculadas por 100.000 habitantes, e foram expressas em gráficos por conjuntos de AP, incluindo sempre a média do município do Rio de Janeiro. O agrupamento de AP foi feito considerando a localização geográfica e as características semelhantes.

Não foram feitas padronizações de taxas, portanto será preciso considerar, na análise, a composição diferente da população das diversas AP. As Áreas de Planejamento 2.1, 2.2, 3.2 e 1.0 apresentam maior percentual de população idosa, por isso apresentam também as maiores taxas de mortalidade.

As sete principais causas de morte na cidade do Rio de Janeiro, ao longo destes anos analisados, foram:

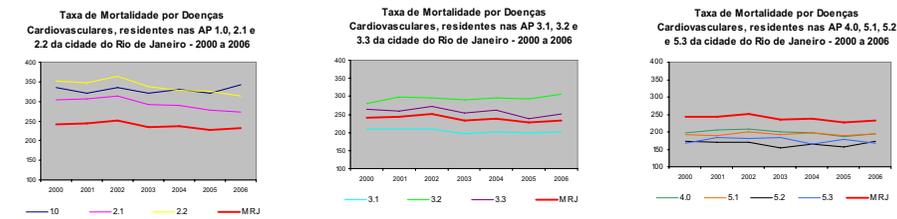
- Doenças Cardiovasculares

- Neoplasias
- Causas Externas
- Doenças do Aparelho Respiratório
- Causas Mal Definidas
- Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
- Doenças Infecciosas e Parasitárias

Desta forma trabalharemos mais detalhadamente estas causas de óbito.

Doenças Cardiovasculares

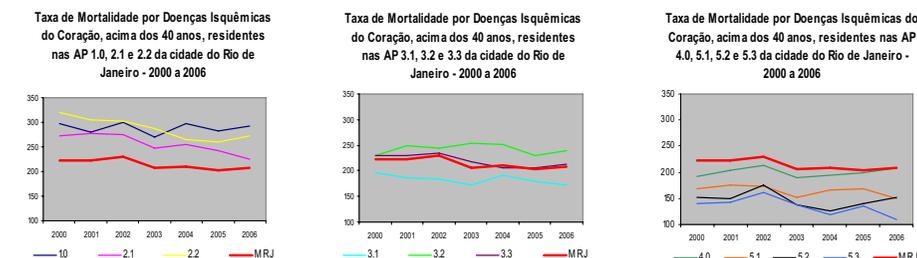
Nas AP com a estrutura etária mais jovem (4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 principalmente), as taxas de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares são menores pela ocorrência preferencial destas nas faixas etárias mais elevadas.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

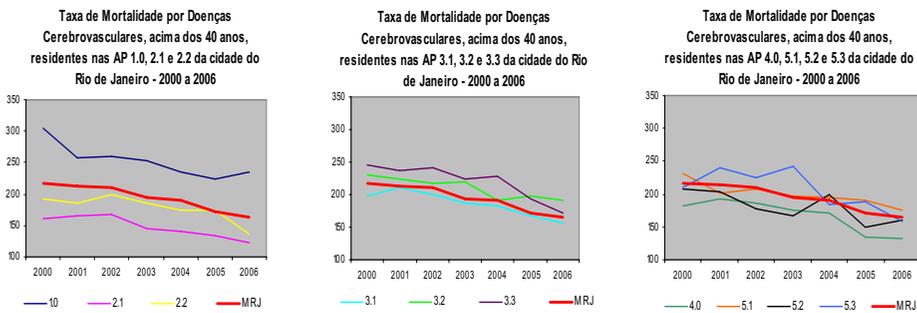
No grupo das Doenças Cardiovasculares destacam-se as Doenças Isquêmicas do Coração e as Doenças Cerebrovasculares, e em ambas foram considerados os óbitos acima de 40 anos, que é a faixa etária predominante de ocorrência destes casos. Observa-se que as Doenças Isquêmicas são a principal causa dentro do capítulo das Doenças Cardiovasculares.

Observando-se que, no conjunto das AP 3, as Doenças Isquêmicas se destacam na AP 3.2, onde a estrutura etária é mais elevada.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

A AP 5.3 tem a taxa de mortalidade mais elevada por Doenças Cerebrovasculares dentre as AP da Zona Oeste. Cabe questionar problemas de acesso à assistência, ou ainda pontuar as alterações de curvas entre a AP 5.3 e a AP 5.2 que pode apontar para problemas de identificação de endereço.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

Neoplasias

As Neoplasias se destacam em áreas que combinam duas situações: maior contingente de população idosa e de maior renda.

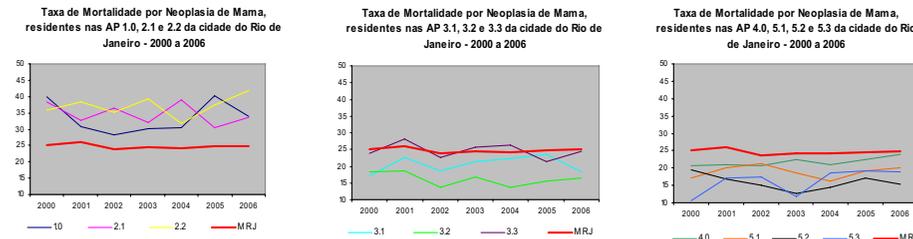
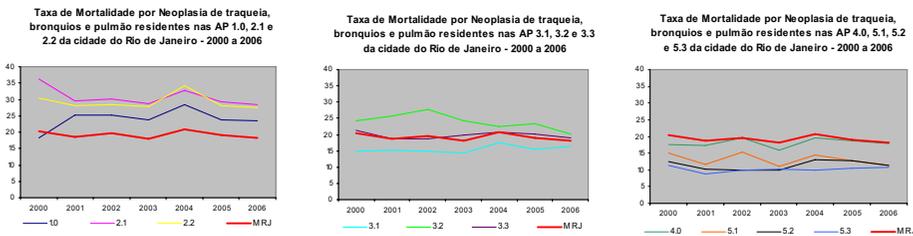
A necessidade de exames de apoio diagnóstico para confirmação da existência de uma neoplasia pressupõe o acesso à assistência especializada e aos serviços de diagnóstico, e podem fazer a diferença na definição das causas de morte. Observa-se que nas AP com melhores características sócio-econômicas – em particular as AP 2.1 e 2.2, o número de óbitos por neoplasias é maior do que em outras, onde este acesso é mais restrito, seja pela distância geográfica ou pelo menor poder aquisitivo que restringe, aos serviços públicos, a busca por assistência.

No conjunto das AP 3 e das AP da Zona Oeste da cidade destacam-se as AP 3.2 e 4.0, o que pode representar maior acesso ao diagnóstico nestas áreas, e faixa etária mais elevada da sua população.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

Dentre as Neoplasias o maior número de casos ocorre por Neoplasias da Traquéia, Brônquios e Pulmão, seguida pela de Mama. No cálculo das Taxas de Mortalidade por estas duas causas tem-se que a Neoplasia de Mama, como ocorre praticamente de forma exclusiva nas mulheres, aparece com uma taxa mais elevada que a Neoplasia da Traquéia, Brônquios e Pulmão.



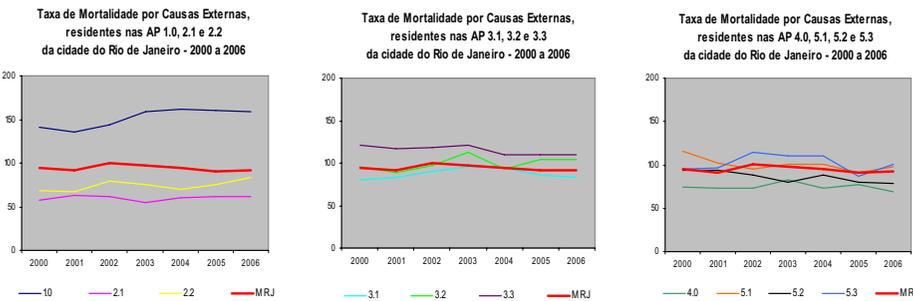
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

Causas Externas

As Causas Externas encontram-se entre as três primeiras causas de morte na cidade ao longo destes anos.

A AP 1.0 foi a área que apresentou as taxas mais elevadas de óbitos por Causas Violentas.

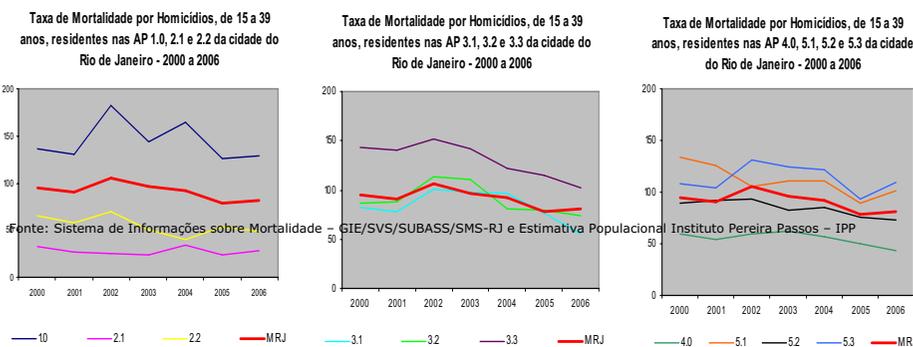
Dentre as violências destacam-se os homicídios e os acidentes. Nos homicídios foram selecionados os óbitos ocorridos entre 15 e 39 anos, faixa etária mais suscetível a este agravo.



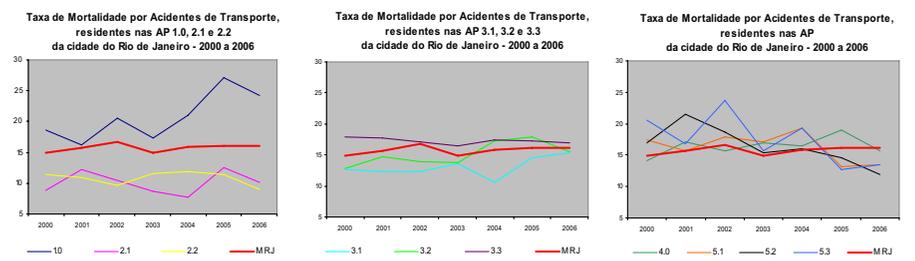
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

Os homicídios predominaram nas áreas 1.0 e 3.3. Nas AP 2.1, 2.2 e também na 4.0 apresentaram-se abaixo da média do município, o que pode representar, tanto questões da faixa etária – população mais idosa (homicídios foram calculados para faixa etária de 15 a 39 anos), quanto uma menor incidência de violências nestas áreas.

A análise dos óbitos por Homicídios deve considerar áreas de maior vulnerabilidade, como as áreas de ocupação subnormal, que tem uma população residente mais exposta ao risco e de faixa etária mais jovem.



Os óbitos por Acidentes de transporte foram calculados considerando a população em geral, sem especificação de faixa etária ou sexo. A área que apresentou a maior taxa de mortalidade por acidentes de transporte foi a AP 1.0. As menores taxas apareceram nas AP 2.1 e 2.2. Porém, de uma maneira geral, os óbitos por acidentes de transporte tiveram uma apresentação bastante heterogênea nas AP ao longo do período analisado. Isto pode demonstrar a dificuldade de captação da informação destes eventos, com momentos de maior ou menor possibilidade de esclarecimento da intencionalidade junto a outras bases de dados.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

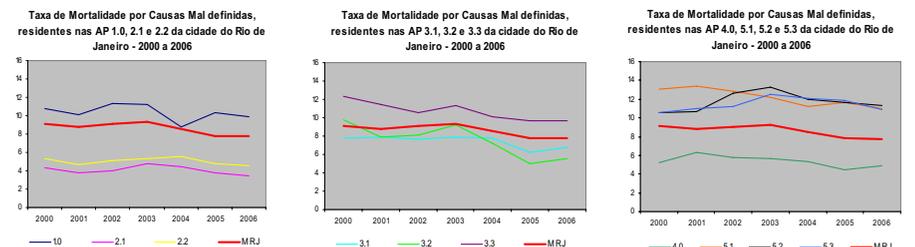
A AP 3.1 tem estrutura populacional relativamente mais jovem entre as AP 3 o que pode explicar as taxas mais baixas para as Doenças Cardiovasculares e Neoplasias, com padrão semelhante às áreas da zona oeste. Em relação às Causas Externas, a AP 3.1 apresentou menores taxas em relação as demais áreas da área 3 como um todo. Isto pode ter ocorrido em virtude de problemas de registro de endereço de residência.

Causas Mal Definidas

O aparecimento das Causas Mal Definidas como causa básica do óbito pode refletir a maior ou menor qualidade e confiabilidade das informações no SIM. O alto percentual de Causas Mal Definidas dificulta a análise do perfil de mortalidade de uma população.

A meta desta cidade é diminuir o percentual de Causas Mal Definidas para 8% do total dos óbitos até 2008, e por isso têm sido feitos investimentos na CAP para qualificar o preenchimento da declaração de óbito. A proposta de investigação descentralizada - nas Divisões de Vigilância em Saúde, também contribuiu para melhorar a qualidade das informações sobre mortalidade.

As Causas Mal Definidas também apontam para a dificuldade de acesso a um diagnóstico definido da causa da morte. Nas AP de menor poder aquisitivo da população e, portanto, com menor acesso a meios diagnósticos mais sofisticados, este percentual ainda se encontra elevado, como se observa nas AP 5.1, 5.2, 5.3 e 3.3. Entretanto estas áreas já estão realizando um trabalho diferenciado na tentativa de melhorar este indicador.



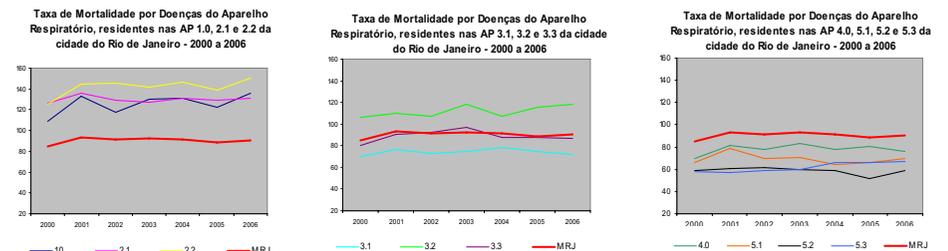
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

A AP 3.1 tem um comportamento nas diversas taxas de mortalidade, e na Mortalidade por Causas Mal Definidas não é diferente, que não é de fácil explicação. Em todas as taxas, a AP 3.1 encontra-se com valores abaixo da média do município, sem que a composição de sua população por faixa etária, ou dificuldades de acesso, ou mesmo nível sócio-econômico de seus moradores, possa explicar este fato. Serão necessários outros estudos que possam esclarecer este comportamento.

Doenças do Aparelho Respiratório

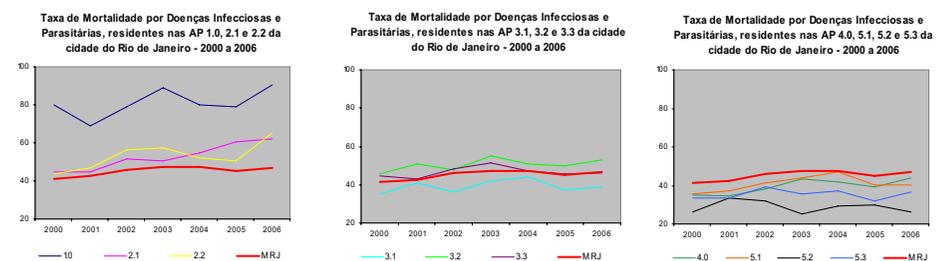
As Doenças do Aparelho Respiratório também ocorrem com maior frequência nas faixas etárias mais elevadas (óbitos por pneumonia) e desta forma os maiores percentuais ocorreram nas AP 1.0, 2.1, 2.2 e 3.2.

As AP 3.1, 3.2 e 3.3 por serem as de maior quantitativo populacional, influenciam a construção da média do município. Por este motivo são as áreas que encontram suas taxas mais próximas à taxa da cidade do Rio de Janeiro.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

No capítulo das Doenças Infecciosas e Parasitárias a principal causa de óbito, ao longo dos anos, e praticamente em todas as áreas, é a Septicemia. Esta é uma causa não bem definida, e é registrada principalmente na população mais idosa. Por esta razão as AP 1.0, 2.1 e 2.2 apresentam taxas mais elevadas destas causas.

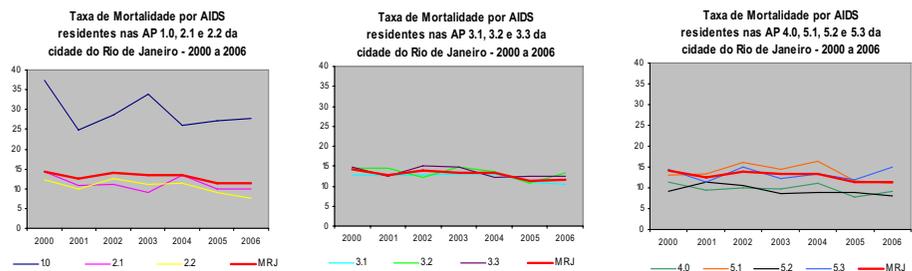


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

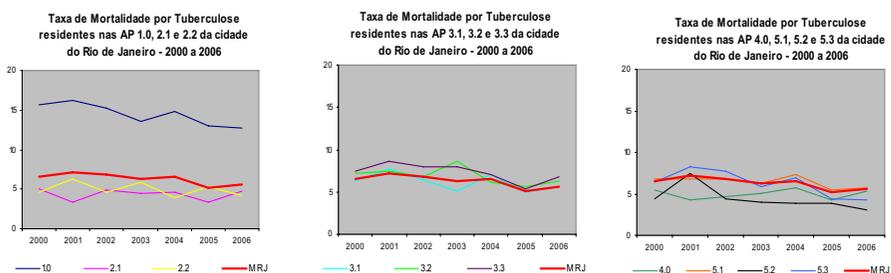
A análise das outras principais Causas Infecciosas e Parasitárias de óbitos, que são a AIDS e a Tuberculose, mostra um comportamento diferente entre as AP, por se tratarem de causas que ocorrem principalmente em faixas etárias mais jovens.

A taxa de mortalidade por AIDS vem se mantendo ao longo dos anos nas AP, com pequenas variações da média do município.

Na AP 1.0 a taxa é mais elevada. Cabe ressaltar que a análise das taxas encontradas na Área de Planejamento 1.0 tem que considerar o pequeno contingente populacional desta área. Com populações menores, qualquer caso de óbito a mais influencia de maneira significativa o cálculo das taxas. Nesta área a concentração de moradores de rua e profissionais do sexo pode ser uma explicação para este comportamento da AIDS, que é uma doença sexualmente transmissível.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP
A tuberculose é uma causa de óbito que voltou a ter importância com o aparecimento da AIDS, tendo inclusive registrado o aparecimento de formas mais graves pela deficiência imunológica que a AIDS causa. Assim o comportamento dos óbitos por tuberculose é bastante semelhante ao dos óbitos por AIDS.

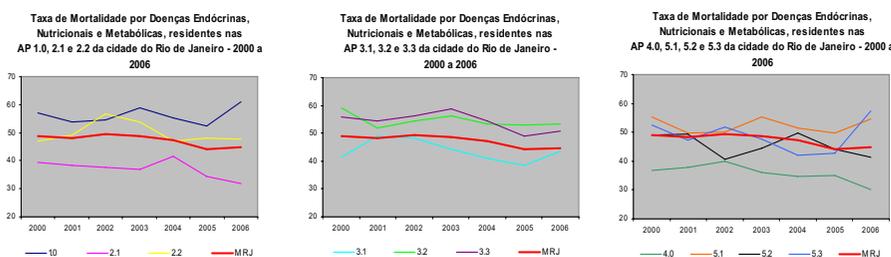


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

Os óbitos por estas causas apresentaram variações ao longo dos anos analisados. Este comportamento heterogêneo pode ser explicado por problemas na informação da ocorrência destes eventos.

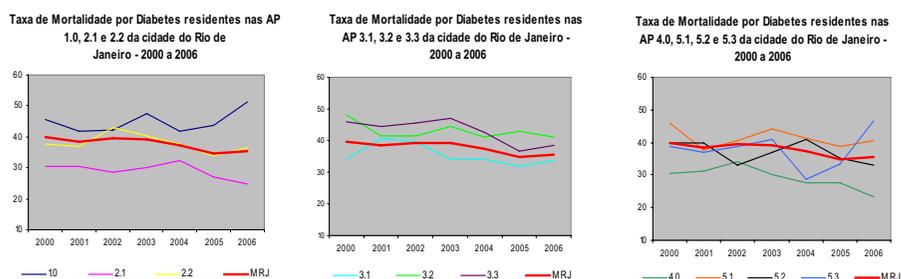
Estas alterações foram observadas em todas as AP, ao longo do período analisado, mas foram principalmente percebidas nas AP 5.1, 5.2 e 5.3.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

Dentre as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas destaca-se a Diabetes Mellitus.

Apesar do aumento da prevalência com a idade, e do nível sócio-econômico poder influenciar no acesso a novos medicamentos para controle do Diabetes Mellitus não se encontraram diferenças significativas entre as áreas que pudessem ser explicadas por estes fatos. As pequenas diferenças encontradas podem refletir uma maior ou menor dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento em dado período. Também pode estar subestimado como causa básica, pois é uma doença que acarreta complicações crônicas, podendo estar contribuindo como causa associada, principalmente nas doenças cardiovasculares,



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

Comentários

As informações consolidadas neste trabalho possibilitam o reconhecimento de particularidades entre cada uma das dez áreas de planejamento da Cidade, que representam suas características em termos históricos, demográficos e socioeconômicos.

Os indicadores de saúde, mortalidade e nascimentos, possibilitam a identificação e monitoramento de padrões adoecimento, morte e assistência. A análise da situação de saúde exclusivamente a partir destas informações, entretanto não permite o entendimento da realidade de saúde dos diferentes grupos que vivem nesta Cidade. Esta análise deve incorporar informações de outras áreas do conhecimento.

Cada área da Cidade é um universo próprio, como se tivéssemos 10 grandes cidades dentro de uma só. A identidade de cada uma delas determina formas de viver às vezes muito diferentes. E ainda, dentro de uma mesma área temos regiões muito diversas, heterogêneas o que pode se refletir na indefinição de padrões.

A organização do espaço e da distribuição de bens e serviços também não se dá de forma homogênea, e sua maior ou menor oferta reflete diretamente nos resultados dos indicadores de saúde.

ANEXOS

ANEXO I

Indicadores de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2006								
Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	n°	5.857.904	5.875.229	5.919.825	5.968.657	6.021.959	6.105.632	6.194.862
	Homens	2.748.143	2.754.176	2.772.801	2.793.293	2.815.747	2.852.545	2.892.259
	Mulheres	3.109.761	3.121.052	3.147.025	3.175.364	3.206.212	3.253.086	3.302.603
	15 a 39 anos	2.400.074	2.396.677	2.403.707	2.411.977	2.421.596	2.443.265	2.467.044
	>= 40 anos	2.134.248	2.166.190	2.211.225	2.258.430	2.307.939	2.368.589	2.432.740
	>= 60 anos	751.637	765.268	783.308	802.277	822.239	845.819	870.859
	%	12,8	13,0	13,2	13,4	13,7	13,9	14,1
Mortalidade								
Óbitos Totais	n°	49866	50173	51747	51165	51367	49992	51721
	coef**	8,5	8,5	8,7	8,6	8,5	8,2	17,9
Óbitos Infantis	n°	1655	1340	1272	1369	1335	1207	1123
	coef**	16,9	15,3	15,4	15,5	15,2	14,2	13,7
Mortalidade Neonatal	n°	1093	909	896	920	886	815	734
	coef**	11,3	10,1	10,6	10,4	10,1	9,6	8,9
	Neonatal precoce	802	678	669	671	649	558	556
	coef**	8,1	7,9	8,1	7,6	7,4	6,5	6,8
	Neonatal tardio	307	231	202	249	237	257	178
	coef**	3,1	2,6	2,5	2,8	2,7	3,0	2,2
	Mortalidade Pós-Neonatal	546	431	401	449	449	392	381
	coef**	5,6	4,8	4,8	5,1	5,1	4,6	4,7
Mortalidade Perinatal	coef**	19,3	16,8	18,6	17,4	20,9	15,6	16,0
Mortalidade Materna	n°	49	62	52	46	43	38	41
	coef*	50,8	68,2	59,9	52,2	49,4	44,6	50,1
DÇs Cardiovasculares (total)	n°	14171	14272	14900	13967	14314	13858	14441
	coef*	241,9	242,9	251,7	234,0	237,7	227,0	233,1
	DÇ Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)	4741	4824	5091	4673	4839	4825	5051
	coef#	222,1	222,7	230,2	206,9	209,7	203,7	207,6
	DÇ Cerebrovascular(acima de 40 anos)	4639	4629	4642	4389	4391	4070	3994
	coef#	217,4	213,7	209,9	194,3	190,3	171,8	164,2
Neoplasias	n°	7862	7842	7794	7811	8048	7943	8136
	coef*	134,2	133,5	131,7	130,9	133,6	130,1	131,3
	Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão	1190	1094	1166	1079	1249	1167	1129
	coef*	20,3	18,6	19,7	18,1	20,7	19,1	18,2
	Neoplasia da mama	777	809	747	773	779	802	824
	coef*	25,0	25,9	23,7	24,3	24,3	24,7	25,0
Causas Externas (total)	n°	5536	5387	5930	5831	5721	5554	5702
	coef*	94,5	91,7	100,2	97,7	95,0	91,0	92,0
	Homicídios (de 15 a 39 anos)	2274	2182	2545	2311	2227	1913	2007
	coef##	94,7	91,0	105,9	95,8	92,0	78,3	81,4
	Acidentes de Transporte(total)	872	924	989	888	956	985	997
	coef	14,9	15,7	16,7	14,9	15,9	16,1	16,1
Causas Mal Definidas	n°	5335	5187	5361	5550	5133	4771	4803
	coef*	91,1	88,3	90,6	93,0	85,2	78,1	77,5
DÇs Respiratórias	n°	4955	5491	5422	5637	5487	5434	5628
	coef*	84,6	93,5	91,6	92,8	91,1	89,0	90,8
DÇs Infecciosas e Parasitárias	n°	2413	2495	2720	2826	2848	2748	2904
	coef*	41,2	42,5	45,9	47,3	47,3	45,0	46,9
	AIDS	837	741	824	796	806	692	711
	coef*	14,3	12,6	13,9	13,3	13,4	11,3	11,5
	Tuberculose	366	423	404	377	393	314	349
	coef*	6,6	7,2	6,8	6,3	6,5	5,1	5,6
DÇs Endócr. Nutricionais Metabólicas	n°	2867	2834	2928	2911	2840	2695	2770
	coef*	48,9	48,2	49,5	48,8	47,2	44,1	44,7
	Diabetes Mellitus	2328	2265	2333	2336	2242	2121	2200
	coef*	39,7	38,6	39,4	39,1	37,2	34,7	35,5
Nascidos Vivos								
Número		98846	90925	86912	88317	87641	85303	82040
Coefficiente de Natalidade	coef**	17	15	14	15	14	14	13
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2	2	2	2	2	2	2
	Taxa Fecun.especifica 10-14	0,0039	0,0036	0,0036	0,0035	0,0033	0,01120	0,00291
	Taxa Fecun.especifica 15-19	0,0718	0,0654	0,0596	0,0577	0,0557	0,05416	0,04992
Mães Adolescentes	%	19,3	19,2	18,5	17,8	17,4	17,6	17,2
Baixo Peso	%	9,8	10,1	10,4	10,2	10,0	10,0	9,5
Prematuridade	%	7,8	7,5	7,6	8,6	8,5	8,3	8,7
Cesareanas	%	47,9	48,3	46,4	48,1	49,8	50,9	52,0
	Pré-Natal Nenhuma consulta	5,4	5,9	4,2	3,5	3,3	3,0	2,7
	4 e + consultas	85,8	85,3	85,5	87,3	88,5	89,1	88,9
	7 e + consultas	55,2	58,1	62,0	65,6	67,7	68,9	67,5
Cobertura do SUS	%	69,8	70,8	67,7	70,9	71,9	67,8	65,7
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ *** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Especifica								
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ # Taxa de mortalidade idade especifica para 40 anos ou mais								
NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab; ** Coef/1000 ## Taxa de mortalidade idade especifica de 15 a 39 anos								
***Coef./1000								

Comentários

As informações consolidadas neste trabalho possibilitam o reconhecimento de particularidades entre cada uma das dez áreas de planejamento da Cidade, que representam suas características em termos históricos, demográficos e socioeconômicos.

Os indicadores de saúde, mortalidade e nascimentos, possibilitam a identificação e monitoramento de padrões adoecimento, morte e



Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 1.0 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 2.1 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Demográficos									
População Total		n°	630.473	630.909	631.691	632.828	634.326	636.193	638.440
	Homens	n°	277.556	277.677	277.941	278.351	278.908	279.616	280.479
	Mulheres	n°	352.917	353.231	353.750	354.477	355.418	356.577	357.962
15 a 39 anos		n°	240.384	239.120	237.950	236.875	235.896	235.013	234.227
>= 40 anos		n°	296.005	299.216	302.602	306.171	309.932	313.895	318.068
>= 60 anos		n°	129.402	131.192	133.086	135.088	137.203	139.438	141.797
		%	20,5	20,8	21,1	21,3	21,6	21,9	22,2
Mortalidade									
Óbitos Totais		n°	5907	5953	5976	5818	6031	5864	5832
		coef**	936,9	943,6	946,0	919,4	950,8	921,7	913,5
Óbitos Infantis		n°	94	96	79	82	87	71	66
		coef**	12,8	14,6	12,8	12,7	13,7	11,1	10,4
Mortalidade Neonatal		n°	68	71	58	62	60	53	46,00
		coef**	9,3	10,8	9,4	9,6	9,5	8,3	7,2
	Neonatal precoce	n°	46	50	43	47	44	31	38
		coef**	6,3	7,6	7,0	7,3	6,9	4,8	6,0
	Neonatal tardio	n°	22	21	15	15	16	22	8
		coef**	3,0	3,2	2,4	2,3	2,5	3,4	1,3
	Mortalidade Pós-Neonatal	n°	26	25	21	20	27	18	20
		coef**	3,5	3,8	3,4	3,1	4,3	2,8	3,1
Mortalidade Perinatal		coef**	15,4	13,3	13,7	13,2	15,5	10,7	12,5
Mortalidade Materna		n°	4	5	2	2	1	0	6
		coef*	55,6	76,1	32,5	31,8	15,8	0,0	94,1
Dçs Cardiovasculares (total)		n°	1916	1935	1986	1844	1831	1759	1739
		coef*	303,9	306,7	314,4	291,4	288,7	276,5	272,4
	Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	n°	805	828	835	754	794	761	714
		coef#	272,0	276,7	275,9	246,3	256,2	242,4	224,5
	Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	n°	474	493	504	445	438	420	393
		coef#	160,1	164,8	166,6	145,3	141,3	133,8	123,6
Neoplasias		n°	1289	1231	1198	1170	1266	1238	1222
		coef*	204,4	195,1	189,6	184,9	199,6	194,6	191,4
	Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão	n°	228	187	191	181	207	187	182
		coef*	36,2	29,6	30,2	28,6	32,6	29,4	28,5
	Neoplasia da mama	n°	135	115	129	114	138	109	120
		coef*	38,3	32,6	36,5	32,2	38,8	30,6	33,5
Causas Externas (total)		n°	365	395	392	344	381	389	390
		coef*	57,9	62,6	62,1	54,4	60,1	61,1	61,1
	Homicídios (de 15 a 39 anos)	n°	78	62	61	56	79	57	67
		coef##	32,4	25,9	25,6	23,6	33,5	24,3	28,6
	Acidentes de Transporte(total)	n°	56	77	66	55	49	80	65
		coef	8,9	12,2	10,4	8,7	7,7	12,6	10,2
Causas Mal Definidas		n°	276	240	250	301	279	241	222
		coef*	43,8	38,0	39,6	47,6	44,0	37,9	34,8
Dçs Respiratórias		n°	793	859	816	805	833	821	838
		coef*	125,8	136,2	129,2	127,2	131,3	129,0	131,3
Dçs Infeciosas e Parasitárias		n°	283	282	327	319	347	384	397
		coef*	44,9	44,7	51,8	50,4	54,7	60,4	62,2
	AIDS	n°	90	69	71	58	85	64	63
		coef*	14,3	10,9	11,2	9,2	13,4	10,1	9,9
	Tuberculose	n°	32	21	31	28	29	21	30
		coef*	5,1	3,3	4,9	4,4	4,6	3,3	4,7
Dçs Endócrinas Nutricionais Metabólicas		n°	249	242	238	234	263	219	203
		coef*	39,5	38,4	37,7	37,0	41,5	34,4	31,8
	Diabetes Mellitus	n°	193	191	181	191	205	172	158
		coef*	30,6	30,3	28,7	30,2	32,3	27,0	24,7

Nascidos Vivos									
Número			7335	6567	6176	6457	6338	6396	6371
Coefficiente de Natalidade		coef**	11,6	10,4	9,8	10,2	10,0	10,1	10,0
Taxa Fecundidade 10-49		coef***	1,4	1,3	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3
	Taxa Fecun.especifica 10-14	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Taxa Fecun.especifica 15-19	coef***	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Mães Adolescentes		%	11,8	12,2	12,5	11,0	10,4	10,8	10,8
Baixo Peso		%	9,0	9,7	10,4	9,6	9,9	9,8	9,2
Prematuridade		%	6,8	6,9	7,9	7,5	9,3	8,1	8,8
Cesareanas		%	55,6	56,9	56,8	58,3	59,5	60,7	60,6
Sem pré-natal		%	2,1	2,6	2,8	2,2	1,9	2,0	1,8
4 e + consultas de PN		%	91,3	91,7	92,3	92,8	94,2	93,9	96,7
7 e + consultas de PN		%	76,0	79,2	81,8	84,8	86,4	85,4	82,7
Cobertura do SUS		%	51,3	51,0	41,9	47,5	49,0	46,3	47,5

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ *** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa de Fecundidade Específica
 Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ # Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais
 NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab ## Taxa de mortalidade idade especificada de 15 a 39 anos; **Coef./1000

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 2.2 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Demográficos									
População Total		n°	367.005	364.952	363.064	361.339	359.775	358.371	357.125
	Homens	n°	162.727	161.597	160.536	159.541	158.611	157.747	156.947
	Mulheres	n°	204.278	203.355	202.528	201.798	201.164	200.624	200.178
15 a 39 anos		n°	136.670	134.976	133.331	131.736	130.187	128.685	127.228
>= 40 anos		n°	168.144	169.556	171.027	172.559	174.152	175.809	177.531
>= 60 anos		n°	71.804	72.679	73.594	74.549	75.547	76.588	77.673
		%	19,6	19,9	20,3	20,6	21,0	21,4	21,7
Mortalidade									
Óbitos Totais		n°	3738	3713	3888	3826	3743	3673	3753
		coef**	1.018,5	1.017,4	1.070,9	1.058,8	1.040,4	1.024,9	1.050,9
Óbitos Infantis		n°	61	48	66	60	56	51	36
		coef**	13,1	11,1	16,6	15,4	14,3	13,5	10,2
Mortalidade Neonatal		n°	43	38	48	37	32	38	26

		coef**	9,2	8,8	12,1	9,5	8,2	10,0	7,3
	Neonatal precoce	n°	27	29	40	25	25	24	20
		coef**	5,8	6,7	10,1	6,4	6,4	6,3	5,6
	Neonatal tardio	n°	16	9	8	12	7	14	6
		coef**	3,4	2,1	2,0	3,1	1,8	3,7	1,7
	Mortalidade Pós-Neonatal	n°	18	10	18	23	24	13	10
		coef**	3,9	2,3	4,5	5,9	6,1	3,4	2,8
Mortalidade Perinatal		coef**	8,8	9,4	13,3	9,5	10,9	13,4	11,8
Mortalidade Materna		n°	0	1	2	0	1	0	0
		coef*	0,0	23,1	50,4	0,0	25,5	0,0	0,0
Dçs Cardiovasculares (total)		n°	1294	1267	1318	1220	1184	1169	1124
		coef*	352,6	347,2	363,0	337,6	329,1	326,2	314,7
	Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	n°	539	517	519	494	463	457	485
		coef#	320,6	304,9	303,5	286,3	265,9	259,9	273,2
	Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	n°	325	316	341	321	303	305	241
		coef#	193,3	186,4	199,4	186,0	174,0	173,5	135,8
Neoplasias		n°	746	715	701	743	744	710	708
		coef*	203,3	195,9	193,1	205,6	206,8	198,1	198,3
	Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão	n°	112	103	103	101	123	101	98
		coef*	30,5	28,2	28,4	28,0	34,2	28,2	27,4
	Neoplasia da mama	n°	73	78	71	79	64	75	84
		coef*	35,7	38,4	35,1	39,1	31,8	37,4	42,0
Causas Externas (total)		n°	251	243	286	270	249	270	297
		coef*	68,4	66,6	78,8	74,7	69,2	75,3	83,2
	Homicídios (de 15 a 39 anos)	n°	89	77	93	66	52	69	62
		coef##	65,1	57,0	69,8	50,1	39,9	53,6	48,7
	Acidentes de Transporte(total)	n°	42	40	35	42	43	41	32
		coef	11,4	11,0	9,6	11,6	12,0	11,4	9,0
Causas Mal Definidas		n°	197	170	186	191	198	173	163
		coef*	53,7	46,6	51,2	52,9	55,0	48,3	45,6
Dçs Respiratórias		n°	458	527	529	511	528	499	538
		coef*	124,8	144,4	145,7	141,4	146,8	139,2	150,6
Dçs Infeciosas e Parasitárias		n°	160	170	205	207	188	182	233
		coef*	43,6	46,6	56,5	57,3	52,3	50,8	65,2
	AIDS	n°	45	36	46	40	41	32	27
		coef*	12,3	9,9	12,7	11,1	11,4	8,9	7,6
	Tuberculose	n°	17	23	17	21	14	19	15
		coef*	4,6	6,3	4,7	5,8	3,9	5,3	4,2
Dçs Endócrinas Nutricionais Metabólicas		n°	172	179	206				

	n°	580	631	614	582	584	550	521
<i>Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	coef#	197,7	210,6	200,7	186,2	182,8	168,4	156,0
Neoplasias	n°	961	966	969	1028	1043	990	1030
	coef'	111,8	113,9	111,1	116,9	117,6	110,6	114,0
<i>Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão</i>	n°	127	132	130	125	155	139	148
	coef'	14,8	15,2	14,9	14,2	17,5	15,5	16,4
<i>Neoplasia da mama</i>	n°	77	103	85	99	104	111	87
	coef'	17,0	22,6	18,5	21,3	22,2	23,5	18,2
Causas Externas (total)	n°	686	714	781	841	839	769	752
	coef'	79,8	82,5	89,5	95,6	94,6	85,9	83,2
<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>	n°	297	283	365	354	353	280	204
	coef##	82,7	78,6	101,0	97,6	97,0	76,6	55,6
<i>Acidentes de Transporte(total)</i>	n°	109	106	107	119	94	130	139
	coef	12,7	12,2	12,3	13,5	10,6	14,5	15,4
Causas Mal Definidas	n°	671	680	665	694	690	561	617
	coef'	78,1	78,6	76,2	78,9	77,8	62,7	68,3
Dçs Respiratórias	n°	600	661	639	658	692	668	646
	coef'	69,8	76,4	73,2	74,8	78,0	74,6	71,5
Dçs Infecciosas e Parasitárias	n°	304	354	317	370	389	333	352
	coef'	35,4	40,9	36,3	42,1	43,8	37,2	39,0
<i>AIDS</i>	n°	110	111	111	115	117	99	93
	coef'	12,8	12,8	12,7	13,1	13,2	11,1	10,3
<i>Tuberculose</i>	n°	54	67	56	45	63	45	51
	coef'	6,3	7,7	6,4	5,1	7,1	5,0	5,6
Dçs Endócrinas Nutricionais Metabólicas	n°	355	424	421	389	364	346	393
	coef'	41,3	49,0	48,3	44,2	41,0	38,7	43,5
<i>Diabetes Mellitus</i>	n°	294	353	346	299	301	286	303
	coef'	34,2	40,8	39,7	34,0	33,9	32,0	33,5

		13205	12839	11982	12323	11930	11811	11323
Nascidos Vivos								
Número		13205	12839	11982	12323	11930	11811	11323
Coefficiente de Natalidade	coef**	15,4	14,8	13,7	14,0	13,4	13,2	12,5
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	1,8	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5
<i>Taxa Fecun.especifica 10-14</i>	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Taxa Fecun.especifica 15-19</i>	coef***	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05
Mães Adolescentes	%	21,0	20,5	20,1	20,6	19,8	20,0	19,1
Baixo Peso	%	9,1	9,6	10,4	10,1	9,7	9,8	9,8
Prematuridade	%	7,2	7,6	7,7	9,0	8,3	8,3	8,8
Cesareanas	%	45,2	46,0	42,8	44,0	46,4	48,5	49,4
Sem pré-natal	%	4,3	4,9	4,9	3,9	3,8	3,4	3,2
4 e + consultas de PN	%	84,1	83,9	83,2	85,2	86,9	87,7	94,5
7 e + consultas de PN	%	49,6	53,2	53,7	58,8	62,2	66,4	65,6
Cobertura do SUS	%	78,0	77,0	73,9	77,6	78,9	73,9	73,2
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ	*** Taxa	*** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Especifica						
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ	# Taxa	# Taxa de mortalidade idade especifica para 40 anos ou mais						
NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab;	## Taxa	## Taxa de mortalidade idade especifica de 15 a 39 anos						
	**Coef./1000							

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 3.2 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	n°	565.580	562.884	560.439	558.242	556.292	554.586	553.123
	Homens	259.786	258.231	256.787	255.453	254.227	253.108	252.095
	Mulheres	305.794	304.653	303.652	302.789	302.065	301.478	301.028
15 a 39 anos	n°	221.732	219.337	217.019	214.774	212.602	210.499	208.466
>= 40 anos	n°	228.382	230.649	233.015	235.482	238.053	240.730	243.517
>= 60 anos	n°	87.149	88.333	89.574	90.876	92.239	93.666	95.159
	%	15,4	15,7	16,0	16,3	16,6	16,9	17,2
Mortalidade								
Óbitos Totais	n°	5494	5446	5435	5603	5306	5290	5514
	coef**	971,4	967,5	969,8	1003,7	953,8	953,9	996,9
Óbitos Infantis	n°	127	118	105	111	112	105	90
	coef**	15,0	15,1	14,1	14,6	15,1	14,0	12,9
Mortalidade Neonatal	n°	80	81	65	72	74	65	55
	coef**	9,5	10,4	8,7	9,5	10,0	8,7	7,9
<i>Neonatal precoce</i>	n°	61	59	55	50	52	49	46
	coef**	7,2	7,5	7,4	6,6	7,0	6,5	6,6
<i>Neonatal tardio</i>	n°	19	22	10	22	22	16	9
	coef**	2,2	2,8	1,3	2,9	3,0	2,1	1,3
<i>Mortalidade Pós-Neonatal</i>	n°	47	37	40	39	38	39	35
	coef**	5,6	4,7	5,4	5,1	5,1	5,2	5,0
Mortalidade Perinatal	coef**	18,5	17,0	18,9	15,6	17,0	15,6	15,9
Mortalidade Materna	n°	4	5	1	3	3	3	5
	coef'	48,5	63,9	13,4	40,9	40,6	40,0	71,5
Dçs Cardiovasculares (total)	n°	1581	1677	1661	1625	1648	1628	1698
	coef'	279,5	297,9	296,4	291,1	296,2	293,6	307,0
<i>Dç Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)</i>	n°	527	572	570	595	600	552	582
	coef#	230,8	248,0	244,6	252,7	252,0	229,3	239,0
<i>Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	n°	527	518	508	515	456	475	465
	coef#	230,8	224,6	218,0	218,7	191,6	197,3	191,0
Neoplasias	n°	925	893	921	880	864	862	901
	coef'	163,5	158,6	164,3	157,6	155,3	155,4	162,9
<i>Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão</i>	n°	137	145	155	136	125	129	111
	coef'	24,2	25,8	27,7	24,4	22,5	23,3	20,1
<i>Neoplasia da mama</i>	n°	103	105	77	94	77	87	91
	coef'	18,2	18,7	13,7	16,8	13,8	15,7	16,5
Causas Externas (total)	n°	541	501	544	627	516	579	574
	coef'	95,7	89,0	97,1	112,3	92,8	104,4	103,8
<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>	n°	191	193	245	237	172	168	155
	coef##	86,1	88,0	112,9	110,3	80,9	79,8	74,4
<i>Acidentes de Transporte(total)</i>	n°	72	83	78	77	96	99	86
	coef	12,7	14,7	13,9	13,8	17,3	17,9	15,5
Causas Mal Definidas	n°	552	447	455	513	400	277	306

	coef'	97,6	79,4	81,2	91,9	71,9	49,9	55,3
Dçs Respiratórias	n°	602	620	602	662	596	638	652
	coef'	106,4	110,1	107,4	118,6	107,1	115,0	117,9
Dçs Infecciosas e Parasitárias	n°	259	287	267	308	284	277	292
	coef'	45,8	51,0	47,6	55,2	51,1	49,9	52,8
<i>AIDS</i>	n°	82	81	68	83	75	59	74
	coef'	14,5	14,4	12,1	14,9	13,5	10,6	13,4
<i>Tuberculose</i>	n°	41	42	38	48	34	31	35
	coef'	7,2	7,5	6,8	8,6	6,1	5,6	6,3
Dçs Endócrinas Nutricionais Metabólicas	n°	334	292	304	313	296	294	295
	coef'	59,1	51,9	54,2	56,1	53,2	53,0	53,3
<i>Diabetes Mellitus</i>	n°	273	233	233	248	229	239	227
	coef'	48,3	41,4	41,6	44,4	41,2	43,1	41,0
Nascidos Vivos								
Número		8463	7825	7461	7598	7398	7484	6993
Coefficiente de Natalidade	coef**	15,0	13,9	13,3	13,6	13,3	13,5	12,6
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	1,8	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6
<i>Taxa Fecun.especifica 10-14</i>	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Taxa Fecun.especifica 15-19</i>	coef***	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,05
Mães Adolescentes	%	18,4	18,8	19,0	17,5	17,9	16,4	16,1
Baixo Peso	%	9,1	9,4	10,0	10,0	10,4	10,3	9,4
Prematuridade	%	8,5	7,8	7,9	9,4	9,2	9,2	8,8
Cesareanas	%	49,9	48,9	48,6	49,1	51,0	53,3	54,0
Sem pré-natal	%	3,7	4,0	4,1	3,3	3,5	3,1	2,8
4 e + consultas de PN	%	87,6	86,8	84,3	87,4	88,6	88,4	88,6
7 e + consultas de PN	%	55,7	57,9	56,7	61,3	63,2	65,4	68,3
Cobertura do SUS	%	*** Taxa Fecundidade	66,1	67,7	68,2	63,9	61,9	
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ		# Taxa de mortalidade idade especifica para 40 anos ou mais						
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ		## Taxa de mortalidade idade especifica de 15 a 39 anos						
	**Coef./1000							

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 3.3 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	n°	928800	933634	938966	944815	951198	958135	965648
	Homens	434763	436484	438419	440576	442962	445585	448456
	Mulheres	494037	497150	500547	504239	508236	512550	517192
15 e 39 anos	n°	375743	375319	375014	374831	374772	374841	375040
>=40 anos	n°	336620	343496	350647	358086	365827	373884	382273
>= 60 anos	n°	115734	118814	122033	125397	128914	132592	136439
	%	12,5	12,7	13,0	13,3	13,6	13,8	14,1



Taxa Fecun.especifica 10-14	coef ^{***}	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa Fecun.especifica 15-19	coef ^{***}	0,08	0,07	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05
Mães Adolescentes	%	20,1	20,3	19,1	18,5	18,1	18,4	18,2
Baixo Peso	%	9,9	9,7	9,8	10,1	9,8	10,0	9,8
Prematuridade	%	8,4	7,7	7,9	8,9	9,0	8,6	9,0
Cesareanas	%	46,4	46,2	45,1	47,4	49,6	50,3	51,2
Pré-Natal Nenhuma consulta	%	5,3	6,0	4,6	3,9	3,6	3,6	3,1
4 e + consultas	%	85,7	84,7	84,6	86,8	87,9	88,4	87,8
7 e + consultas	%	54,8	53,2	57,2	61,2	62,6	65,3	64,3
Cobertura do SUS	%	74,1	70,1	68,4	72,1	74,7	70,7	69,7

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ
NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab
**Coef./1000

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 4.0 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	n°	682051	675302	692978	712206	733128	763877	797387
	Homens	326280	323023	331211	340115	349801	364140	379756
	Mulheres	355771	352280	361768	372091	383327	399737	417631
	15 e 39 anos	293746	290765	297445	304712	312616	324599	337616
	>=40 anos	230404	228310	237853	248089	259081	273762	289698
	>= 60 anos	69464	68920	72092	75489	79129	83909	89094
	%	10,2	10,2	10,4	10,6	10,8	11,0	11,2
Mortalidade								
Óbitos Totais	n°	4640	4872	4894	5049	5100	5199	5424
	coef ^{***}	680,3	721,5	706,2	708,9	695,6	680,6	680,2
Óbitos Infantis	n°	189	152	156	168	162	124	124
	coef ^{***}	15,5	13,0	13,8	14,2	13,7	10,6	10,8
Mortalidade Neonatal	n°	124	105	111	121	118	83	83
	coef ^{***}	10,1	9,0	9,8	10,2	10,0	7,1	7,2
Neonatal precoce	n°	88	77	75	89	90	56	59
	coef ^{***}	7,2	6,6	6,7	7,5	7,6	4,8	5,2
Neonatal tardio	n°	36	28	36	32	28	27	24
	coef ^{***}	2,9	2,4	3,2	2,7	2,4	2,3	2,1
Mortalidade Pós-Neonatal	n°	65	47	45	47	44	41	41
	coef ^{***}	5,3	4,0	4,0	4,0	3,7	3,5	3,6
Mortalidade Perinatal	coef ^{***}	15,8	15,5	13,7	12,9	14,6	13,8	12,9
Mortalidade Materna	n°	6	5	4	7	5	2	4
	coef ^{***}	50,7	42,6	35,5	60,6	42,3	17,0	34,9
Dcs Cardiovasculares (total)								
	n°	1342	1383	1435	1422	1442	1423	1543
	coef ^{***}	196,8	204,8	207,1	199,7	196,7	186,3	193,5
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	n°	441	463	506	472	504	544	601
	coef ^{***}	191,4	202,8	212,7	190,3	194,5	198,7	207,5
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	n°	419	438	445	436	443	370	384
	coef ^{***}	181,9	191,8	187,1	175,7	171,0	135,2	132,6
Neoplasias								
	n°	783	783	793	808	861	897	927
	coef ^{***}	114,8	115,9	114,4	113,5	117,4	117,4	116,3
Neo traq.brônquios/ pulmão	n°	119	116	135	113	144	142	142
	coef ^{***}	17,4	17,2	19,5	15,9	19,6	18,6	17,8
Neoplasia da mama	n°	73	74	75	83	80	90	100
	coef ^{***}	20,5	21,0	20,7	22,3	20,9	22,5	23,9
Causas Externas (total)								
	n°	507	495	509	589	537	589	552
	coef ^{***}	74,3	73,3	73,5	82,7	73,2	77,1	69,2
Homicídios (de 15 a 39 anos)	n°	176	158	176	191	177	162	148
	coef ^{***}	59,9	54,3	59,2	62,7	56,6	49,9	43,8
Acidentes de Transporte(total)	n°	96	115	109	121	121	145	125
	coef ^{***}	14,1	17,0	15,7	17,0	16,5	19,0	15,7
Causas Mal Definidas								
	n°	355	423	403	404	394	343	392
	coef ^{***}	52,0	62,6	58,2	56,7	53,7	44,9	49,2
D.Respiratórias								
	n°	474	549	540	594	571	612	609
	coef ^{***}	69,5	81,3	77,9	83,4	77,9	80,1	76,4
D.Infecciosas e Parasitárias								
	n°	238	234	264	309	306	300	350
	coef ^{***}	34,9	34,7	38,1	43,4	41,7	39,3	43,9
AIDS	n°	78	63	69	70	81	60	74
	coef ^{***}	11,4	9,3	10,0	9,8	11,0	7,9	9,3
Tuberculose	n°	37	29	32	36	42	33	42
	coef ^{***}	5,4	4,3	4,6	5,1	5,7	4,3	5,3
D.Endócrinas Nut.Imunit.								
	n°	252	255	277	258	255	267	239
	coef ^{***}	36,9	37,8	40,0	36,2	34,8	35,0	30,0
Diabetes Mellitus	n°	209	211	236	214	202	212	187
	coef ^{***}	30,6	31,2	34,1	30,0	27,6	27,8	23,5
Nascidos Vivos								
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Número		12227	11730	11270	11841	11832	11747	11453
Coef.Natalidade	coef ^{***}	17,9	17,4	16,3	16,6	16,1	15,4	14,4
Taxa Fecundidade 10-49	coef ^{***}	2,0	1,9	1,7	1,8	1,7	1,6	1,5
Taxa Fecun.especifica 10-14	coef ^{***}	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Taxa Fecun.especifica 15-19	coef ^{***}	0,07	0,06	0,05	0,05	0,05	0,04	0,04
Mães Adolescentes								
	%	17,2	16,6	15,8	14,7	14,6	14,6	14,1
Baixo Peso	%	8,6	9,1	8,9	9,2	9,4	9,2	9,7
Prematuridade	%	7,5	7,5	7,5	9,0	8,8	8,7	8,9
Cesareanas	%	49,1	49,5	48,9	51,1	52,9	53,2	56,6
Pré-Natal Nenhuma consulta	%	4,0	5,6	4,4	3,1	2,9	2,8	2,5
4 e + consultas	%	86,4	82,7	83,9	87,4	89,3	89,8	90,2
7 e + consultas	%	58,5	58,3	62,0	68,3	72,0	71,6	72,1
Cobertura do SUS (%)	%	65,3	63,9	62,5	62,9	62,9	60,2	56,1

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ
NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab
**Coef./1000

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 5.1 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	n°	659649	661463	663421	665525	667776	677232	687045
	Homens	317511	318240	319024	319865	320762	325102	329591
	Mulheres	342138	343223	344396	345659	347014	352131	357453
	15 e 39 anos	278973	278441	277913	277391	276872	279265	281711
	>=40 anos	215987	220399	224928	229575	234344	241756	249458
	>= 60 anos	66478	68060	69702	71406	73175	75801	78555
	%	10,1	10,3	10,5	10,7	11,0	11,2	11,4
Mortalidade								
Óbitos Totais	n°	5309	5247	5230	5254	5196	5114	5352
	coef ^{***}	804,8	793,2	788,3	789,5	778,1	755,1	779,0
Óbitos Infantis	n°	222	178	142	155	142	121	156
	coef ^{***}	19,6	17,7	15,5	16,4	15,2	13,0	18,0
Mortalidade Neonatal	n°	165	122	94	110	91	97	112
	coef ^{***}	14,6	12,1	10,2	11,7	9,7	10,4	13,0
Neonatal precoce	n°	124	104	75	82	72	72	91
	coef ^{***}	10,9	10,3	8,2	8,7	7,7	7,7	10,5
Neonatal tardio	n°	41	18	19	28	19	25	21
	coef ^{***}	3,6	1,8	2,1	3,0	2,0	2,7	2,4
Mortalidade Pós-Neonatal	n°	57	56	48	45	51	24	44
	coef ^{***}	5,0	5,6	5,2	4,8	5,5	2,6	5,1
Mortalidade Perinatal	coef ^{***}	23,4	21,1	19,7	22,7	18,3	19,3	23,1
Mortalidade Materna	n°	7	5	3	6	7	8	4
	coef ^{***}	62,6	49,6	32,8	65,4	74,9	85,9	46,2
Dcs Cardiovasculares (total)								
	n°	1267	1252	1329	1276	1321	1282	1335
	coef ^{***}	192,1	189,3	200,3	191,7	197,8	189,3	194,3
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	n°	366	389	392	347	387	407	373
	coef ^{***}	169,5	176,5	174,3	151,1	165,1	168,4	149,5
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	n°	502	442	467	450	457	458	436
	coef ^{***}	232,4	200,5	207,6	196,0	195,0	189,4	174,8
Neoplasias								
	n°	685	669	684	646	662	677	683
	coef ^{***}	103,8	101,1	103,1	97,1	99,1	100,0	99,4
Neo traq.brônquios/ pulmão	n°	99	77	101	74	97	86	78
	coef ^{***}	15,0	11,6	15,2	11,1	14,5	12,7	11,4
Neoplasia da mama	n°	59	69	73	64	56	68	72
	coef ^{***}	17,2	20,1	21,2	18,5	16,1	19,3	20,1
Causas Externas (total)								
	n°	763	675	634	670	670	614	677
	coef ^{***}	115,7	102,0	95,6	100,7	100,3	90,7	98,5
Homicídios (de 15 a 39 anos)	n°	374	350	294	307	305	248	284
	coef ^{***}	134,1	125,7	105,8	110,7	110,2	88,8	100,8
Acidentes de Transporte(total)	n°	115	104	119	114	129	89	93
	coef ^{***}	17,4	15,7	17,9	17,1	19,3	13,1	13,5
Causas Mal Definidas								
	n°	863	884	851	811	746	787	752
	coef ^{***}	130,8	133,6	128,3	121,9	111,7	116,2	109,5
D.Respiratórias								
	n°	435	520	461	468	428	44	

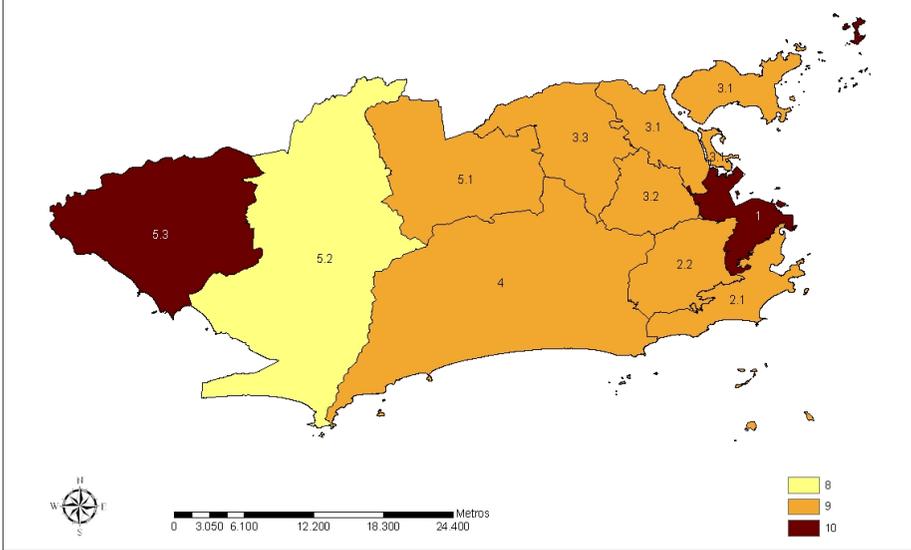
	n°	196	157	158	168	184	166	150
Óbitos Infantis								
	coef**	17,3	14,7	15,7	16,0	17,8	16,5	15,6
Mortalidade Neonatal								
	n°	132	99	113	121	130	120	104
	coef**	11,7	9,3	11,2	11,5	12,6	12,0	10,8
<i>Neonatal precoce</i>								
	n°	102	75	90	89	103	85	73
	coef**	9,0	7,0	8,9	8,5	10,0	8,5	7,6
<i>Neonatal tardio</i>								
	n°	30	24	23	32	27	35	31
	coef**	2,6	2,2	2,3	3,0	2,6	3,5	3,2
<i>Mortalidade Pós-Neonatal</i>								
	n°	64	58	45	47	54	46	46
	coef**	5,7	5,4	4,5	4,5	5,2	4,6	4,8
Mortalidade Perinatal	coef**	19,7	16,7	19,7	18,8	18,7	15,5	15,2
Mortalidade Materna								
	n°	5	12	5	5	4	2	5
	coef*	44,6	112,3	49,7	48,8	38,7	19,9	52,1
Dçs Cardiovasculares (total)								
	n°	1007	1014	1039	964	1069	1040	1200
	coef*	172,0	169,1	169,2	153,2	165,8	155,7	173,3
<i>Dç Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)</i>								
	n°	267	273	337	272	261	305	346
	coef#	151,0	148,5	176,4	136,9	126,4	140,5	151,6
<i>Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>								
	n°	368	374	338	330	412	326	364
	coef#	208,1	203,5	176,9	166,1	199,5	150,2	159,5
Neoplasias								
	n°	486	516	549	495	543	586	594
	coef*	83,0	86,1	89,4	78,7	84,2	87,7	85,8
<i>Neo traq,brônquios/ pulmão</i>								
	n°	73	62	61	63	85	85	78
	coef*	12,5	10,3	9,9	10,0	13,2	12,7	11,3
<i>Neoplasia da mama</i>								
	n°	59	52	48	41	48	59	55
	coef*	19,6	16,8	15,1	12,6	14,4	17,0	15,3
Causas Externas (total)								
	n°	547	565	540	501	566	530	545
	coef*	93,4	94,2	87,9	79,6	87,8	79,3	78,7
<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>								
	n°	223	234	244	220	233	212	211
	coef##	88,9	91,5	93,4	82,5	85,6	75,4	72,7
<i>Acidentes de Transporte(tota)</i>								
	n°	99	129	115	97	103	97	82
	coef	16,9	21,5	18,7	15,4	16,0	14,5	11,8
Causas Mal Definidas								
	n°	618	640	776	834	774	781	786
	coef*	105,5	106,8	126,4	132,6	120,1	116,9	113,5
D.Respiratórias								
	n°	342	366	380	374	380	345	406
	coef*	58,4	61,1	61,9	59,5	58,9	51,6	58,6
D.Infecciosas e Parasitárias								
	n°	154	200	197	159	189	201	181
	coef*	26,3	33,4	32,1	25,3	29,3	30,1	26,1
<i>AIDS</i>								
	n°	53	69	65	55	57	59	55
	coef*	9,1	11,5	10,6	8,7	8,8	8,8	7,9
<i>Tuberculose</i>								
	n°	26	45	27	25	25	26	21
	coef*	4,4	7,5	4,4	4,0	3,9	3,9	3,0
D.Endócrinas Nut.Imunit.								
	n°	297	297	249	280	320	295	285
	coef*	49,0	49,5	40,6	44,5	49,6	44,2	41,2
<i>Diabetes Mellitus</i>								
	n°	234	239	203	233	264	236	228
	coef*	40,0	39,9	33,1	37,0	40,9	35,3	32,9
Nascidos Vivos								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Número		11321	10686	10063	10508	10340	10032	9587
Coef.Natalidade	coef**	19,3	17,8	16,4	16,7	16,0	15,0	13,8
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2,2	2,0	1,8	1,9	1,8	1,7	1,6
<i>Taxa Fecun.especifica 10-14</i>	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Taxa Fecun.especifica 15-19</i>	coef***	0,08	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05
Mães Adolescentes	%	20,2	20,4	19,2	18,9	18,0	18,1	18,6
Baixo Peso	%	9,1	8,8	9,7	9,8	8,9	9,1	9,0
Prematuridade	%	7,8	6,7	7,5	8,5	8,3	7,5	7,9
Cesareanas	%	46,9	47,5	43,9	45,6	46,4	48,3	47,4
<i>Pré-Natal</i>	%	8,9	7,8	3,8	3,5	3,0	2,3	2,3
<i>Nenhuma consulta</i>	%							
<i>4 e + consultas</i>	%	84,2	85,8	87,3	87,3	88,9	88,8	88,4
<i>7 e + consultas</i>	%	50,9	57,3	68,6	68,7	70,8	69,8	65,7
Cobertura do SUS	%	79,1	77,4	76,2	77,2	77,9	71,7	70,1
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ		*** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Especifica						
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ		# Taxa de mortalidade idade especifica para 40 anos ou mais						
NOTAS: *		Taxa de mortalidade/100 mil hab. de 15 a 39 anos						
**Coef./1000								

	coef'	168,3	184,3	180,6	184,9	165,1	178,5	166,9
<i>Dç Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)</i>	n°	124	130	151	134	120	142	121
	coef#	140,8	142,8	160,4	137,7	119,2	134,9	109,9
<i>Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	n°	184	218	211	236	186	199	173
	coef#	208,9	239,5	224,2	242,5	184,8	189,1	157,1
Neoplasias								
	n°	232	254	259	256	275	278	285
	coef'	74,5	80,4	80,8	78,6	83,2	81,9	81,7
<i>Neo traq,brônquios/ pulmão</i>								
	n°	35	28	32	33	33	36	38
	coef'	11,2	8,9	10,0	10,1	10,0	10,6	10,9
<i>Neoplasia da mama</i>								
	n°	17	28	29	20	32	34	34
	coef'	10,6	17,2	17,5	11,9	18,7	19,3	18,8
Causas Externas (total)								
	n°	298	303	368	361	367	296	352
	coef'	95,7	95,9	114,8	110,9	111,0	87,2	100,9
<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>								
	n°	142	138	176	169	168	132	159
	coef##	107,7	103,4	130,4	123,8	121,6	93,4	110,0
<i>Acidentes de Transporte(tota)</i>								
	n°	64	53	76	51	64	43	47
	coef	20,6	16,8	23,7	15,7	19,4	12,7	13,5
Causas Mal Definidas								
	n°	330	346	358	408	398	403	380
	coef'	106,0	109,5	111,7	125,3	120,4	118,7	109,0
D.Respiratórias								
	n°	180	181	190	193	219	224	233
	coef'	57,8	57,3	59,3	59,3	66,2	66,0	66,8
D.Infecciosas e Parasitárias								
	n°	104	106	126	116	122	109	127
	coef'	33,4	33,6	39,3	35,6	36,9	32,1	36,4
<i>AIDS</i>								
	n°	45	36	48	40	44	41	52
	coef'	14,5	11,4	15,0	12,3	13,3	12,1	14,9
<i>Tuberculose</i>								
	n°	20	26	25	19	23	15	15
	coef'	6,4	8,2	7,8	5,8	7,0	4,4	4,3
D.Endócrinas Nut.Imunit.								
	n°	164	149	166	155	139	145	200
	coef'	52,7	47,2	51,8	47,6	42,0	42,7	57,3
<i>Diabetes Mellitus</i>								
	n°	121	117	124	133	95	113	163
	coef'	38,9	37,0	38,7	40,9	28,7	33,3	46,7
Nascidos Vivos								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Número		6655	6038	6148	5977	5876	5723	5434
Coef.Natalidade	coef**	21,4	19,1	19,2	18,4	17,8	16,9	15,6
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2,4	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,7
<i>Taxa Fecun.especifica 10-14</i>	coef***	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
<i>Taxa Fecun.especifica 15-19</i>	coef***	0,10	0,09	0,09	0,07	0,07	0,07	0,07
Mães Adolescentes	%	23,7	23,6	23,7	21,2	21,9	22,7	21,4
Baixo Peso	%	9,2	10,3	9,4	9,9	10,0	8,7	10,0
Prematuridade	%	7,2	6,7	6,6	7,2	7,1	6,2	7,3
Cesareanas	%	40,1	40,2	37,3	37,1	39,8	38,6	41,1
<i>Pré-Natal</i>	%	9,7	8,1	5,8	4,9	4,3	3,2	2,9
<i>Nenhuma consulta</i>	%							
<i>4 e + consultas</i>	%	83,2	86,3	82,1	83,0	83,8	85,8	85,8
<i>7 e + consultas</i>	%	51,8	63,7	59,5	61,3	59,0	58,6	57,5
Cobertura do SUS	%	87,1	85,6	85,2	86,5	85,7	82,5	79,6
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ		*** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Especifica						
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ		# Taxa de mortalidade idade especifica para 40 anos ou mais						
NOTAS: *		Taxa de mortalidade/100 mil hab. de 15 a 39 anos						
**Coef./1000								

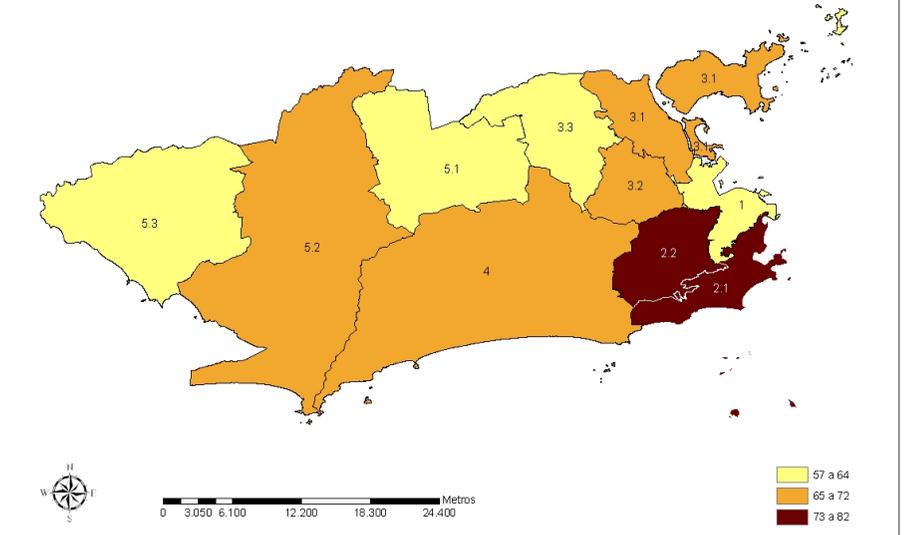
ANEXO II



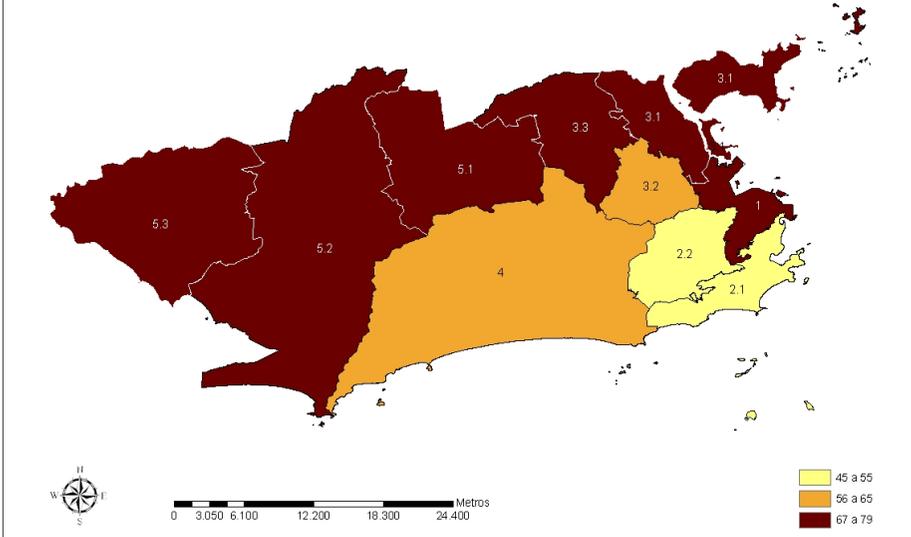
Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso por AP de Residência - 2006



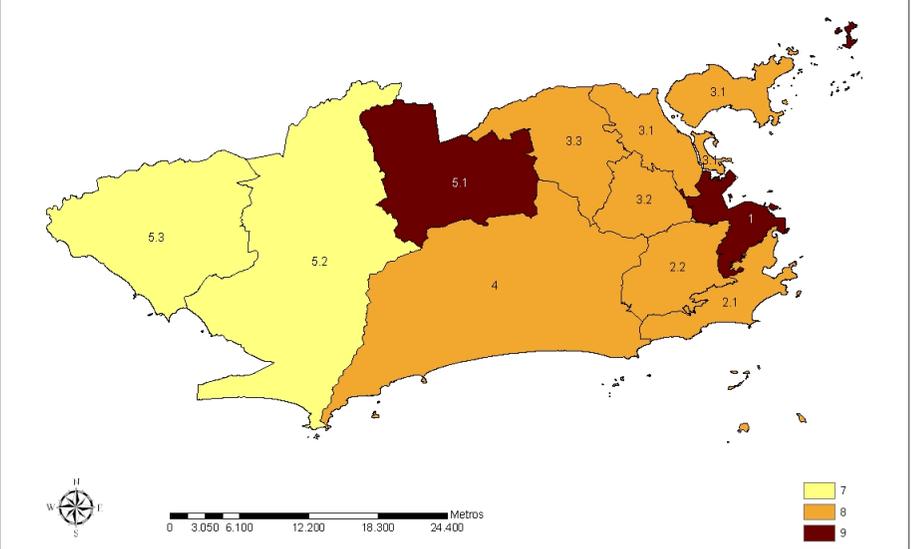
Proporção de Nascidos Vivos de Mães que Fizeram mais de Seis Consultas Pré-Natal por AP de Residência - 2006



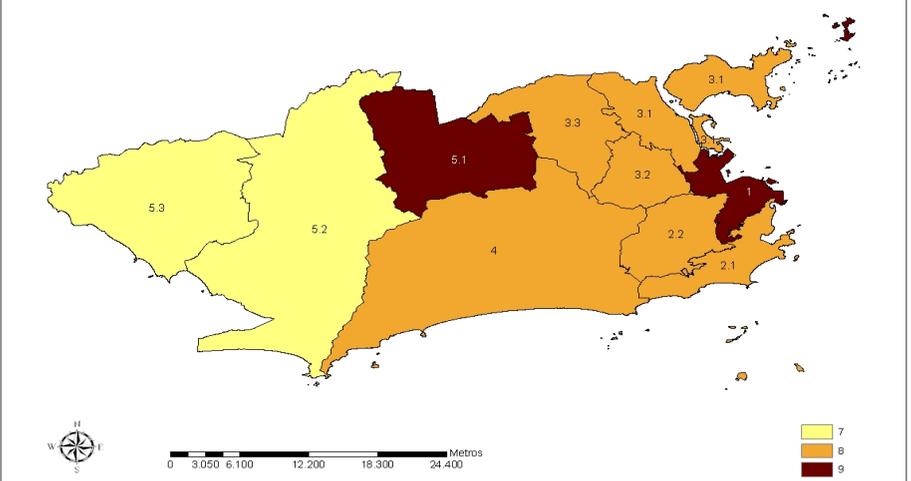
Proporção de Nascidos Vivos com Cobertura do SUS por AP de Residência - 2006



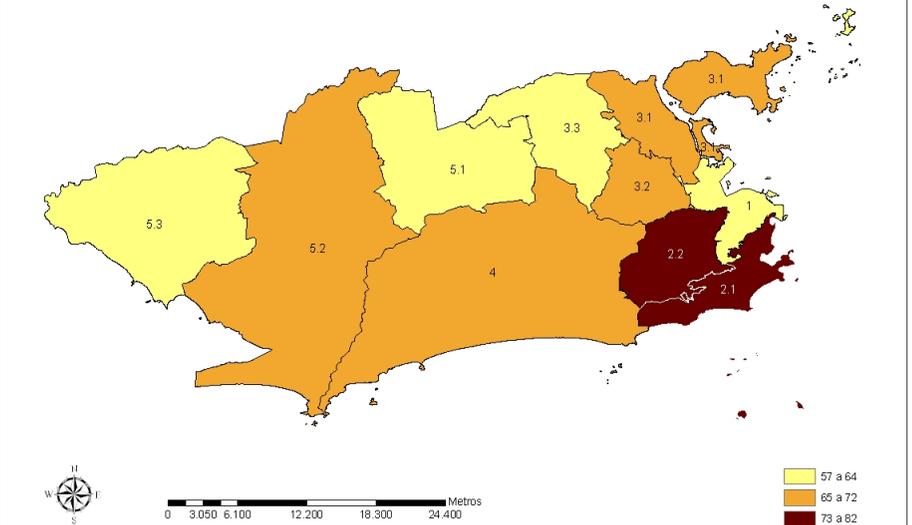
Proporção de Nascidos Vivos com Prematuridade por AP de Residência - 2006



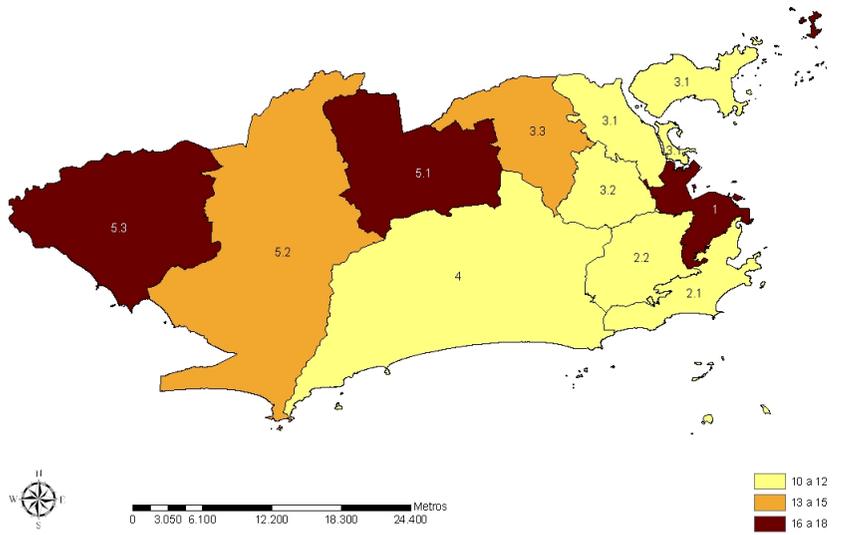
Proporção de Nascidos Vivos com Prematuridade por AP de Residência - 2006



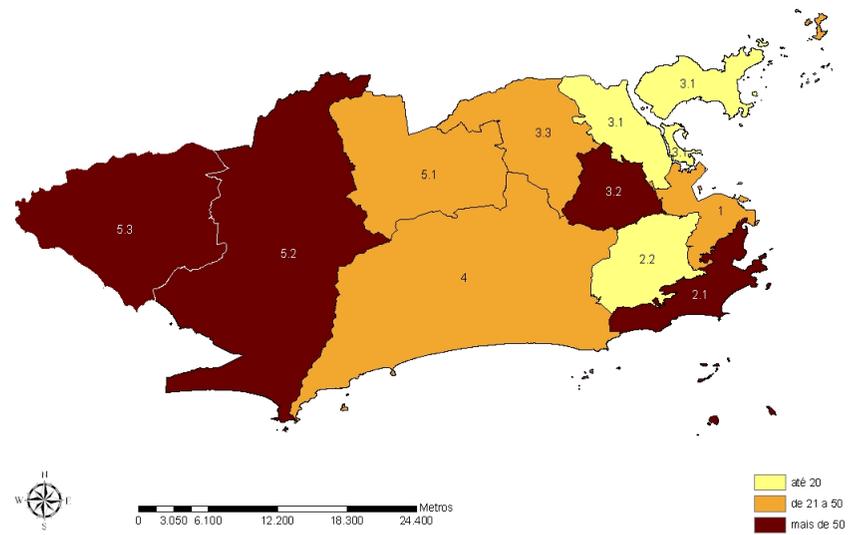
Proporção de Nascidos Vivos de Mães que Fizeram mais de Seis Consultas Pré-Natal por AP de Residência - 2006



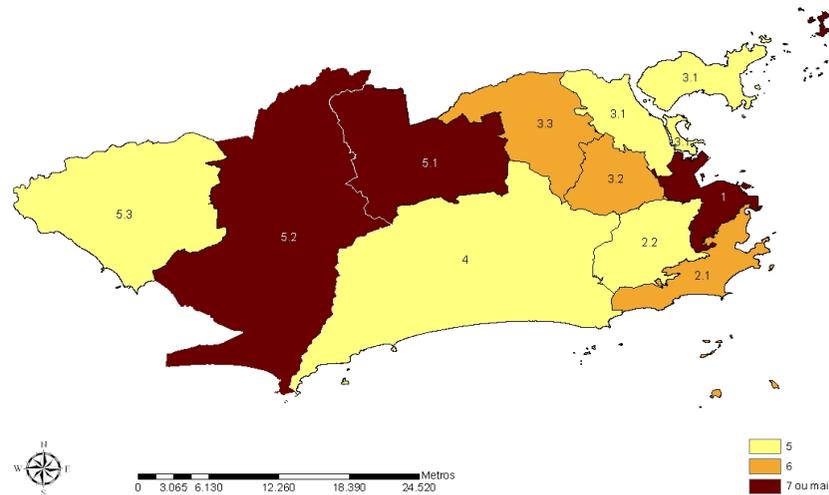
Taxa de Mortalidade Infantil por AP de Residência - 2006



Taxa de Mortalidade Materna por AP de Residência - 2006



Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce por AP de Residência - 2006



Caracterização

AP 1	AP 2	AP 3	AP 4	AP 5
Principal centralidade da cidade, o Centro é o bairro com maior influência na região metropolitana;	Principal referência da imagem da Cidade em nível nacional e internacional;	Proximidade com a Região Metropolitana;	Área de expansão do município, com o maior número de licenças de construção e conseqüentemente com grande aumento de moradores;	Proximidade com a Região Metropolitana – ligação com os municípios de Itaguaí, Mangaratiba e Angra dos Reis através de Santa Cruz, com os municípios de Seropédica e Nova Iguaçu, através de Campo Grande;
Área de ocupação antiga, abrangendo o Centro Histórico da Cidade, com a presença de várias áreas protegidas (APACs) e bens tombados;	Área próxima ao Centro da Cidade e a Barra da Tijuca; 3. Abriga os principais pontos turísticos da Cidade;	Principal porta de entrada da Cidade – Av. Brasil e Aeroporto Internacional Antônio Carlos Jobim;	Grande baixada, circundada pelos Maciços da Tijuca e Pedra Branca com grande parte da sua área ainda preservada.	Elxos viários estruturadores com o Município e com a Região Metropolitana - Av Brasil, BR 101, Av. das Américas e Estrada Rio/São Paulo;
Presença de vários equipamentos, edificações, instituições, consideradas referências da Cidade, alguns se impondo como centralidades; Transporte: Aeroporto, Rodoviário Estadual, Porto, Terminais: rodoviários, hidroviário, ferroviários, Metrô; Esporte e Lazer: Estádios de futebol, Sambódromo, Cidade do Samba, Escolas de Samba, Quinta da Boa Vista/Jardim Zoológico, casas noturnas (Lapa), Centro de Tradições Nordestinas etc.; Cultura: Museus (Histórico Nacional, do Primeiro Reinado, Nacional de Belas Artes, de Arte Moderna, da Marinha etc.), Observatório Nacional, Teatros (Municipal, João Caetano, Carlos Gomes etc.), Centros Culturais (CCBB, Correios, Casa França Brasil, LIGHT etc.); Saúde: Hospitais Municipais, Estaduais, Federais e particulares; Educação: Universidades públicas e particulares, colégios tradicionais como Colégio Pedro II; Igrejas: Candelária, Catedral Metropolitana, Mosteiro de São Bento, Convento de Sto Antônio etc.; Institucional: Sede da Prefeitura da Cidade, Secretarias de Estado, Consulados, Assembléia Legislativa, Câmara Municipal, Áreas Militares, Polícia Federal, Complexo Penitenciário, Palácio da Justiça; comércio/Serviços/Negócios:	Áreas, equipamentos, edificações e instituições de referência para a Cidade, alguns se impondo como centralidades; Praias e orla marítima; Parque do Flamengo; Lagoa Rodrigo de Freitas; Maracanã; Centros de comércio dos bairros de Copacabana, Ipanema, Leblon, Tijuca e Catete; Shoppings Centers; Cinemas, teatros, casas de espetáculos; Restaurantes; Campi Universitários da UFRJ, UERJ e de universidades particulares, como PUC, Santa Úrsula e Bennett; Jôquei Clube; Jardim Botânico; Estações Metroviárias; Escolas; Clubes de Futebol: Flamengo, Fluminense e Botafogo; Cemitério São João Batista; Hospitais: Miguel Couto, Rocha Maia, Pedro Ernesto, Lagoa e Hospitais Particulares; Palácio Guanabara e Palácio da Cidade.	Grandes equipamentos como : Aeroporto Internacional Antônio Carlos Jobim; Cidade Universitária , na Ilha do Fundão, Complexos militares; Complexos industriais; Complexos comerciais; Centros de abastecimento; Estações Metroviárias; Estações Ferroviárias; Refinaria de Manguinhos; Instituto Oswaldo Cruz, Escolas de Samba; Universidades particulares;	Áreas de Proteção Ambiental , como a de Marapendi e Grumari, Chico Mendes, Parque Estadual da Pedra Branca, Bosque da Barra e diversas outras áreas, com potencial para o turismo ecológico; Pólo industrial de Jacarepaguá com ênfase na indústria farmacêutica; Pólo de Cine, Vídeo e Comunicações que congrega as indústrias do setor; Aeroporto de Jacarepaguá e o Riocentro , assim como Parques Temáticos .	Áreas militares em Deodoro, Realengo, Vila Militar, Santa Cruz e Guaratiba, destacando-se em Guaratiba o Centro Tecnológico do Exército e a Restinga de Marambaia, em Santa Cruz a Base Aérea; Centros de comércio dos bairros de Campo Grande e Bangu; Distritos Industriais de Santa Cruz, Palmares e Campo Grande e Zonas Industriais; Presença de núcleos pesqueiros em Guaratiba e Sepetiba; Áreas de cultivo agrícola , em especial na região de Santa Cruz, onde se situa a colônia agrícola, nas regiões do Mendanha e Rio da Prata em Campo Grande e na região de Guaratiba com expressiva produção de plantas ornamentais; Centro Tecnológico do Exército , a FIPERJ, a



Página 1

Sede de grandes empresas (Petrobrás, BNDES), comércio popular (SAARA/Camelódromo), CADEG, comércios especializados;				Embratel em Guaratiba; a Base Aérea em Santa Cruz; Quartelão Cultural do Matadouro em Santa Cruz; Hospitais : Rocha Faria e Pedro II.
Grandes Complexos de Áreas de Especial Interesse Social: São Carlos/Mineira, Mangueira, Providência, Morro da Coroa, entre outros;	Grandes complexos de Áreas de Fragilidade Urbana: Rocinha, Vidigal, Santa Marta, Pavão-Pavãozinho, Chapéu Mangueira, Tabajaras, Borel, Macacos, entre outros; 6. Grandes conjuntos habitacionais: Cruzada São Sebastião, "Minhocão" da Gávea;	Grandes complexos de Áreas de Fragilidade Urbana – Alemão, Maré e Jacarezinho, entre outros; 5. Grandes conjuntos habitacionais – antigos IAPs;	Uma grande favela apenas, a de Rio das Pedras, não considerada uma área crítica de segurança, e diversas favelas de pequeno porte, principalmente ao longo de rios e canais. Loteamentos irregulares, tanto na área das Vargens Grande e Pequena como na XVI R.A., modificando o tipo de ocupação destes locais; Dois grandes conjuntos habitacionais, como a Cidade de Deus, com problemas de segurança;	Grande número de conjuntos habitacionais;
Malha viária de alcance metropolitano e elementos estruturantes da Cidade, tais como: Av. Brasil, Linha Vermelha, Av. Presidente Vargas, Av. Rodrigues Alves, Av. Francisco Bicalho, Elevado da Perimetral, Paulo de Frontin, Av. 31 de Março;	Malha viária estruturadora dos eixos Norte-Sul-Centro da Cidade e Barra da Tijuca;	Malha viária de alcance metropolitano, destacando-se a Av. Brasil, as linhas Amarela e Vermelha;	Ao longo das Av. das Américas estão dispostos os shoppings, fazendo desta área um Centro de Comércio de alcance Metropolitano.	Principais corredores de transporte de massa – Av. Brasil e rede ferroviária; ramal de cargas e passageiros – ligação com a Baixada Fluminense através de Deodoro;
Área antiga preservada convivendo com área renovada; Áreas de reconstrução do tecido urbano após intervenções estruturais (Metrô, Túneis Santa Bárbara e Rebouças, Av. Presidente Vargas, Perimetral); A expansão das favelas, modificando o padrão de vida do entorno imediato, promovendo o êxodo da população residente e das atividades econômicas; Diversidade de estilos de vida, ligados diretamente à ocupação e aos usos existentes no local (escala humana, casas simples e relação das pessoas com a comunidade, a rua e o bairro, presença de grande quantidade de vilas, principalmente nos bairros periféricos ao Centro); Edificações Desativadas (industriais, comerciais e institucionais)/Subutilizadas, vazios urbanos;	Principais áreas de proteção: a. Do ambiente natural: Parque Nacional da Tijuca; Lagoa Rodrigo de Freitas; Orla Marítima; Jardim Botânico; Parque da Cidade; Parque Laje - b. Do ambiente cultural: APAC: Urca, Cosme Velho, Catete, Glória, Laranjeiras, Botafogo Apresenta características das grandes metrópoles: oferta de todos os serviços, áreas de lazer, cultura e turismo, vida noturna intensa, grande circulação de veículos e pessoas, estrutura social complexa.	Complexos industriais desativados; Estilo de vida que ainda preserva a escala humana – casas simples e relações pessoais com a comunidade, a rua e o bairro, convivendo com núcleos habitacionais de classe média.	Grandes "condomínios", áreas fechadas com segurança, criando um novo estilo de vida, com qualidade diferenciada do restante da cidade;	O Complexo Penitenciário de Bangu e as áreas de destino final do lixo da cidade em Gericinó interferem na estruturação urbana do entorno onde estão situados.

Principais Problemas

AP 1	AP 2	AP 3	AP 4	AP 5
Perda de população residente e de atividades econômicas, resultando na degradação da área (bairros periféricos ao Centro);	Degradação e esvaziamento de alguns bairros em virtude da proximidade das favelas;	Carência de Áreas Verdes (menos de 1 m ² por habitante), espaços culturais, esportivos, de lazer, de contemplação;	A carência de infra-estrutura urbana em boa parte de Jacarepaguá, Vargens e Recreio.	Carência de espaços verdes e arborização pública escassa, com efeitos sobre o microclima.
Existência de áreas críticas de segurança, relacionadas principalmente aos corredores viários próximos às favelas;	Existência de áreas críticas de segurança, relacionadas aos corredores próximos aos complexos e às grandes favelas;	Existência de áreas críticas de segurança – relacionadas aos corredores próximos aos complexos e às grandes favelas e, ainda, aos grandes imóveis invadidos;	Área de fragilidade ambiental com severos problemas de poluição das lagoas e cursos d'água, agravados pela rapidez da sua ocupação, sem a mesma velocidade de implantação de infra-estrutura.	Precariedade de saneamento básico e de abastecimento de água em várias regiões;
Ocupação dos espaços públicos por atividades econômicas e ambulantes;	Ocupação irregular nas encostas;	Seccionamento dos bairros pelas linhas férreas e metroviárias;	O modelo urbanístico segregador de usos adotado em boa parte da Barra da Tijuca e sua dependência do transporte individual, criando uma situação que afeta, inclusive, outras áreas da cidade.	Precariedade de equipamentos públicos de saúde e educação; Deficiência de equipamentos de cultura e lazer;
Existência de população de rua, principalmente no Centro;	Sistema de drenagem incompatível com o adensamento, resultando em enchentes durante o período de chuvas;	Áreas remanescentes de grandes obras viárias, abandonadas e à mercê de invasões;	Inexistência de transporte de massa na área cria grandes congestionamentos nas vias de acesso/saída.	Incidência significativa de invasões de terras públicas e privadas; Expansão das ocupações irregulares: favelas, loteamentos irregulares e clandestinos; Ocupação descontrolada de áreas frágeis de baixada – manguezais e faixas marginais de rios de canais
Grande quantidade de ônibus, vans e automóveis que circulam e estacionam no Centro;	Rede de esgotamento sanitário em estado obsoleto;	Falta de manutenção do espaço público;	A não implantação da totalidade da malha viária projetada, gerando longos percursos.	Presença de conjuntos habitacionais desarticulados da malha urbana; Precariedade do sistema de transporte;
Falta de manutenção dos espaços públicos e uso inadequado desses espaços pela população (lixo);	Sistema viário saturado;	Incompatibilidade do volume de tráfego com o sistema viário;		Alto nível de poluição da baía de Sepetiba devido à ausência de saneamento e poluição industrial; Assoreamento de rios e canais;
Áreas vazias e subutilizadas remanescentes de obras viárias, de urbanizações não concluídas ou por esvaziamento econômico;	Praias e Lagoa sujeitas à poluição.	Degradação de bairros inteiros em função da não implantação de Projetos de Alinhamento (muitos há mais de meio século em vigor e não implantados!)		Escassez de produção e oferta de habitação para a população de baixa renda;
Expansão das favelas.				Ausência de política para o setor agrícola.

ANEXO II:

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DE

PROPOSTA TÉCNICA E

ECONÔMICA

MATERNIDADE DA PRAÇA 1º

DE MAIO

Introdução

Entende-se que a Proposta Técnica e Econômica é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequada para caracterizar o perfil da unidade e o trabalho técnico gerencial definido no objeto da convocação pública com base nas indicações e estudos preliminares dos informes básicos conforme Anexo Técnico I - Informações Sobre as todas as Áreas de Planejamento, parte integrante deste edital.

O proponente deverá demonstrar a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução, assegurada a plena exequibilidade do objeto da contratação prevista.

O projeto apresentado deverá conter a descrição sucinta, com clareza, da proposta, evidenciando os benefícios econômicos e sociais a serem alcançados pela comunidade, a abrangência geográfica a ser atendida, bem como os resultados a serem obtidos.

Na formulação das Propostas Técnicas e Econômicas, as Organizações Sociais deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

Fica esclarecido que a SMSDC não admitirá qualquer alegação posterior que vise ao ressarcimento de custos não considerados nos preços, ressalvadas as hipóteses de criação ou majoração dos encargos fiscais.

A análise das Propostas Técnicas e Econômicas será feita comparativamente. Este Anexo destina-se a orientar os interessados para elaboração do projeto a ser apresentado, **que deve conter obrigatoriamente todos os seus itens indicados neste roteiro.**

A. ÍNDICE DO DOCUMENTO

O Índice deverá relacionar todos os tópicos e as respectivas folhas em que se encontram.

B. TÍTULO

Proposta Técnica e Econômica para o gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde da Maternidade da Praça 1º de Maio.

C. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

Este item deverá caracterizar o Modelo Gerencial, descrevendo:

1. Projeto para pesquisa, com cronograma de execução, de diagnóstico físico e operacional dos recursos humanos, materiais e equipamentos dos serviços de Atenção Perinatal;
2. As rotinas dos procedimentos dos diversos serviços de saúde que caracterizem os serviços assistenciais das unidades;
3. As rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico-hospitalares;
4. O número de comissões ou grupos de trabalho que implantará nas unidades de saúde, especificando nome, conteúdo, membros componentes (apenas enunciar o perfil dos componentes que integram a Comissão), objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato, frequência de reuniões, controle das mesmas pela coordenação médica, etc;
5. Organização específica da Comissão de Prontuário Clínico: membros que a compõem, organização horária, organização da distribuição de tarefas, etc;
6. Outras iniciativas e Programas de Qualidade que o proponente já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação; neste caso deve apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, tempos de implantação, orçamento previsto etc;
7. Ações voltadas à qualidade relacionadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes, implantação de um serviço de acolhimento;
8. Recursos Humanos estimados, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em reais), sem a incidência dos encargos patronais, os quais deverão ser discriminados à parte indicando claramente os percentuais;
9. Prazos propostos encadeando a pesquisa e o pleno funcionamento de cada serviço proposto (cronograma) de acordo com a atividade prevista;
10. Organização das atividades de apoio, incluindo a sistemática e cronogramas de programas de manutenção de equipamentos;
11. Apresentação de regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços e obras necessários à execução do contrato de gestão, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

D. PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

As atividades a serem desempenhadas na Rede, correspondem ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações assistenciais e de serviços de saúde na Maternidade da Praça 1º de Maio, garantida a assistência universal e gratuita à população.

Poderá à Comissão de Seleção Especial, desqualificar o proponente que apresentar proposta de atividade assistencial que coloque em risco a exequibilidade da Proposta Técnica.

Planilha de Estimativa de Custos Mensais da Maternidade da Praça 1º de Maio

Categoria	Especificação Mensal	Total
Serviços		
Limpeza		
Lavanderia		



Laboratório		
Informática (sistema de informações)		
Energia elétrica		
Água		
Telefonia		
Serviço de Impressão e Cópia		
Recursos Humanos		
Manutenção de material permanente (equipamentos, mobiliário) e de informática		
Despesas Gerais Administrativas		
Contabilidade		
Compras		
Jurídico		
Seleção e Contratação de RH		
Treinamento		
Seguros (roubo, incêndio, resp.social)		
Demais taxas e tarifas		
TOTAL		

As Propostas Econômicas classificadas após o critério acima receberão pontuação de acordo com a tabela abaixo:

Pontuação – proposta econômica – prontuário eletrônico	
Nº de Proponentes (n)	Pontuação
01	0,50
	Não atende as especificações: 0,00
02	Menor valor: 0,50
	Maior valor: 0,25
	Não atende as especificações: 0,00
03	Primeiro menor valor: 0,50
	Segundo menor valor: 0,33
	Terceiro menor valor: 0,17
	Não atende as especificações: 0,00
04	Primeiro menor valor: 0,50
	Segundo menor valor: 0,38
	Terceiro menor valor: 0,25
	Quarto menor valor: 0,13
	Não atende as especificações: 0,00
Etc	(*)

(*) Acima de quatro proponentes, o critério de pontuação seguirá o cálculo $0,50 / n$ - para definir o ponto de corte da pontuação de menor valor, isto é, por exemplo, se $n = 5$; o valor de 0,50 ponto deverá ser atribuído ao menor valor de proposta econômica para este item; 0,40 para o segundo menor valor; 0,3 para o terceiro menor, 0,2 para o quarto menor; 0,1 para o quinto menor e, 0,0 caso o proponente não atenda às especificações. Será sempre considerado o critério de arredondamento para duas casas decimais.

E. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

O Dimensionamento de Pessoal também deverá seguir o modelo de planilha abaixo, como ocorrido com o dimensionamento de atividade. Aqui deverá observar-se a necessidade de pessoal de acordo com o percentual de atividade prevista para o período. Assim, esse dimensionamento também deverá ser realizado de acordo com um cronograma de implementação e incremento de pessoal, como realizado para a atividade prevista.

Categoria	Carga horária Semanal	Nº.	Salário	Área de Trabalho

A OS selecionada deverá se pautar nos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos seus dirigentes e empregados, no exercício de suas funções, definidos em seu Regulamento de Compras e Contratações, conforme art.17 da Lei nº5026/09.

F. AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS E ECONÔMICAS

Este item descreve os critérios que serão utilizados para a avaliação e pontuação das Propostas Técnicas e Econômicas a serem elaboradas pelas Organizações Sociais participantes deste processo seletivo.

G. PROPOSTA ECONÔMICA

G.1 Volume de Recursos Financeiros Destinados a Cada Tipo de Despesa

Neste item a avaliação se dará sobre o detalhamento do volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa, apontado em quadro indicativo, como mostra o modelo apontado no item correspondente – Planilha de Estimativa de Despesas.

Poderá a Comissão de Seleção Especial, desqualificar o proponente que apresentar propostas de eficiência econômica traduzidas por descontos sobre o valor máximo de custeio a ser disponibilizado para o exercício, que coloque em risco a exequibilidade da Proposta Técnica.

H. CONHECIMENTO DO OBJETO DA CONTRATAÇÃO

Neste critério serão avaliados 2 itens:

H.1. Descrição e análise das principais características da demanda por serviços públicos de saúde na Maternidade da Praça 1º de Maio.

Neste item de avaliação será considerado o conhecimento da proponente sobre os problemas mais prevalentes das Áreas de Planejamento da Cidade do Rio de Janeiro e da demanda por serviços públicos de saúde da sua população. As informações relevantes para que a proponente elabore suas considerações estão contidas no Anexo Técnico I – Informações Sobre as Áreas de Planejamento, que é parte integrante deste.

H.2. Delineamento das diretrizes, que no entendimento da proponente, deverão ser obedecidas na elaboração da Proposta Técnica e Econômica para o gerenciamento e prestação de serviços na Maternidade da Praça 1º de Maio.

Neste item de avaliação será considerada a priorização dada na elaboração da Proposta Técnica e Econômica, quanto aos problemas e demandas prevalentes na área.

I. EXPERIÊNCIA

Neste critério serão avaliados 3 itens (I.1, I.2 e I.3), sempre pontuados levando-se em consideração os seguintes aspectos:

- Tempo de atividade;
- Número de serviços de saúde ou volume de atividade;
- Tipo de serviço, segundo sua natureza e complexidade;
- Localização;
- População alvo;
- Escala do atendimento;
- Tempo de atuação.

I.1. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde

Este item de avaliação visa pontuar a proponente, quanto à sua experiência na gestão de rede de serviços de saúde públicos e privados, independente de onde se

encontrem localizados estes serviços. **Aqui se entende por serviços de saúde as unidades de atenção primária, secundária e terciária.**

Pontuação Experiência em Gestão de Serviços de Saúde

Tempo de Atividade (em anos completos)	Nº de Unidades de Saúde		
	1 - 5	6 - 10	+ de 10
1 a 3	0,05	0,1	0,2
4 a 6	0,1	0,2	0,3
7 a 9	0,2	0,3	0,4
10 ou mais	0,3	0,4	0,5

I.2. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde em Municípios com população residente no ano de publicação deste Edital igual ou superior a 500.000 habitantes

Este item de avaliação visa pontuar a proponente, quanto à sua experiência na gestão de rede de serviços de saúde públicos e privados no âmbito de municípios com população residente no ano de publicação deste Edital igual ou superior a 500.000 habitantes. **Aqui se entende por serviços de saúde as unidades de atenção primária, unidades de atendimento de urgência fixa e móvel e atenção hospitalar.**

A proponente deverá indicar a população de cada área.

Pontuação Experiência em Gestão de Serviços de Saúde em Municípios com população residente no ano de publicação deste Edital igual ou superior a 500.000 habitantes

Tempo de Atividade (em anos completos)	Nº de Unidades de Saúde		
	1 - 5	6 - 10	+ de 10
1 a 3	0,1	0,2	0,3
4 a 6	0,2	0,4	0,6
7 a 9	0,6	0,7	0,8
10 ou mais	0,8	0,9	1,0

I.3. Experiência em gestão de serviços e ações voltadas à Atenção Perinatal

Este item de avaliação visa pontuar a proponente, quanto à sua experiência na gestão de serviços de saúde públicos e privados no âmbito da Atenção Perinatal.

Pontuação Experiência em Gestão de serviços e ações voltadas à Atenção Perinatal

Tempo de Atividade (em anos completos)	Nº de Unidades de Saúde		
	1 - 5	6 - 10	+ de 10
1 a 3	0,1	0,2	0,3
4 a 6	0,4	0,6	0,7
7 a 9	0,8	0,9	1,0
10 ou mais	1,2	1,3	1,5

J. ADEQUAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL À CAPACIDADE OPERACIONAL DAS UNIDADES DE SAÚDE

A avaliação se dará sobre o detalhamento da Proposta de Organização dos Serviços a serem contratados e ofertados. Para tanto deverá utilizar os dados contidos no Anexo Técnico I – Informações sobre as AP, que é parte integrante deste edital.

J.1. Diagnóstico físico e operacional dos recursos humanos, materiais e equipamentos dos serviços de Atenção Perinatal.

Projeto para um estudo com o objetivo de gerar proposta para a otimização do fluxo operacional do serviço de Atenção Perinatal. Tal estudo deve contribuir para um atendimento eficiente e ágil com redução do tempo de espera entre os atendimentos, melhora do aproveitamento dos recursos materiais e humanos, redução de desperdícios e melhora da percepção de qualidade no atendimento pelo usuário (paciente).

J.2. Organização Proposta para as Diferentes Atividades Assistenciais

Detalhamento das diferentes atividades assistenciais, organização funcional e operacional, tendo em conta, como limitante, a capacidade instalada das unidades de saúde que serão objeto deste contrato.

J.3. Quantidade e Qualidade de Atividades Propostas

Detalhamento da quantidade de atividades propostas, tendo em conta, como limitante, a capacidade instalada das unidades de saúde. A avaliação se dará sobre quadro indicativo do tipo de serviço e respectivas quantidades mínimas asseguradas, segundo o tipo de serviço e demais características descritivas do atendimento e sobre o detalhamento das características e estratégias de implantação das principais ações da proponente que estarão voltadas para a apuração de indicadores associados à Qualidade dos Serviços Prestados, sendo estes relacionados à mensuração da satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes e, no que couber, dos funcionários e dirigentes, indicando os procedimentos que serão praticados com regularidade para esse fim:

- Instrumentais;
- Critérios de aplicação;
- Objetivos;
- Populações Alvo.

K. ADEQUAÇÃO ENTRE OS MEIOS SUGERIDOS, CRONOGRAMAS E RESULTADOS PRESUMIDOS

Neste critério a avaliação se dará sobre 4 itens, sendo considerados a adequação aos meios sugeridos, cronogramas e resultados presumidos.

K.1. Recursos Humanos Estimados

A avaliação se dará sobre o detalhamento da adequação entre as atividades propostas, seus volumes e os recursos humanos estimados.

K.2. Prazos Propostos para Implantação e Pleno Funcionamento dos Serviços

A avaliação se dará sobre o detalhamento da implantação dos serviços até a chegada ao pleno funcionamento das unidades de saúde objeto deste edital e a proposta de implantação progressiva das atividades apontada no item C deste anexo.

K.3. Organização das Atividades de Apoio

A avaliação deste item se dará sobre o detalhamento da organização das atividades de apoio, ou seja, atividades não estritamente assistenciais, mas essenciais ao funcionamento adequado da rede de saúde, tais como:

- Serviços administrativos de apoio a assistência;

K.4. Sistemática de Programas de Equipamentos

Neste item será avaliado o detalhamento da sistemática de programas de equipamentos através da implantação de um serviço especializado. Serão observados: a organização funcional e operacional, os programas desenvolvidos, seus cronogramas de execução, preferencialmente na forma de tabela dentro da linha do tempo, entre outros aspectos.



ANEXO III

TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

MATERNIDADE DA PRAÇA 1º DE MAIO

A. CONDIÇÕES GERAIS

Para o repasse dos recursos previstos neste Contrato de Gestão, a Organização Social deverá seguir os seguintes critérios:

- ✓ Possuir uma conta corrente única no banco a ser indicado pela Secretaria Municipal de Fazenda para as movimentações bancárias;
- ✓ Apresentar mensalmente extratos bancários de movimentação de conta corrente e de investimentos, demonstrando a origem e a aplicação dos recursos;
- ✓ Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias anuais realizadas por empresas externas.

Todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais ficarão permanentemente à disposição da SMSDC/RJ e da Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento (CTAA), responsável pelo acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão.

A proposta de orçamento e o programa de investimentos deverão ser aprovados pelo Conselho de Administração da Organização Social.

B. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos transferidos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** serão mantidos por esta em conta especialmente aberta para a execução do presente Contrato de Gestão no banco a ser indicado pela Secretaria Municipal de Fazenda e os respectivos saldos, se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês, serão obrigatoriamente aplicados, conforme previsto no art. 116, § 4º da Lei Federal nº. 8.666/93 e Decreto Municipal nº 33.010 de 3/11/2010.

A **CONTRATADA** deve zelar pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar *deficit* orçamentário ou financeiro.

C. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS

Para a execução orçamentária do presente Contrato de Gestão e para sua respectiva prestação de contas, será seguido o seguinte procedimento:

- ✓ O acompanhamento orçamentário/financeiro será efetivado por meio da entrega mensal dos Relatórios Gerenciais preenchidos de acordo com os modelos constantes deste Anexo, assim como Extrato Bancário de Conta Corrente e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos, informação requerida pela Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.
- ✓ Um relatório de Prestação de Contas mensal deverá ser entregue à **CONTRATANTE**, até o 5º dia útil de cada mês para fins de acompanhamento pela CTA;

- ✓ Um relatório de Prestação de Contas trimestral deverá ser entregue à **CONTRATANTE**, até o 5º dia útil de cada mês subsequente ao trimestre de referência para fins de repasse financeiro;
- ✓ No ato da prestação de contas deverão ser entregues as certidões negativas de INSS e FGTS dos funcionários contratados em regime CLT para execução deste Contrato de Gestão, além da demonstração do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão.
- ✓ A **CONTRATADA** deverá providenciar a aquisição de mobiliário, equipamentos e materiais permanentes e de informática, devendo seguir, para tanto, o procedimento previsto no seu Regulamento de Compras, conforme disposto no art.17 da Lei nº5.026/2009.
- ✓ Na hipótese de reformas de natureza física ou estrutural das instalações, à **CONTRATADA**, deverá submeter à **CONTRATANTE** o respectivo projeto com orçamento para prévia análise dos Órgãos Técnicos desta última.

D. FORMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As formas de transferência de recursos orçamentários estão divididas em 02 (duas) partes, sendo uma parte fixa e uma parte variável, conforme descritas a seguir:

D.1 Transferência de Recursos Orçamentários pela Gestão Direta das Unidades (Fixa)

A transferência de recursos orçamentários por Apoio a Gestão da Unidade consistirá em um montante fixo trimestral antecipado **de acordo com o apêndice 1 deste anexo (Cronograma de desembolso trimestral – OSS) para a Maternidade da Praça 1º de Maio**, destinado ao custeio de recursos humanos, serviços (contratos e consumo) e manutenção, conforme previstos no Plano de Orçamento no final deste Anexo e a partir do cumprimento do estabelecido como produção mínima esperada por unidade conforme previsto no programa de trabalho (apêndice 2).

O valor para custeio mensal de RH deverá considerar apenas os valores referentes a profissionais contratados diretamente pela Organização Social. A Organização Social deverá dotar a Maternidade da Praça 1º de Maio com o Mobiliário, Materiais Permanentes e de Informática e Equipamentos de acordo com o previsto neste edital e com as especificações fornecidas pela SMSDC. A transferência de recursos orçamentários pelo investimento de mobiliário, equipamentos e materiais permanentes consistirá em um montante de **R\$ 9.216.950,00 (Nove milhões duzentos e dezesseis mil novecentos e cinquenta reais)**, a ser transferido em duas parcelas, a primeira a partir da assinatura do contrato no valor de R\$ 7.757.643,76 (sete milhões setecentos e cinquenta e sete mil seiscentos e quarenta e três reais e setenta e seis centavos) e a segunda no mês 7 no valor de R\$ 1.459.306,24 (um milhão quatrocentos e cinquenta e nove mil trezentos e seis reais e vinte e quatro centavos) e de acordo com o calendário da Secretaria Municipal de Fazenda.

Deverá ser realizada a atualização cadastral do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática, através de um inventário de todos os equipamentos existentes, informando sua localização, o nome e tipo do equipamento, assim como seu número de patrimônio, conforme demonstrativo em anexo. O Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática adquiridos com recursos do Contrato de Gestão também deverão ser objeto de patrimônio pela Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda

Deverá ser mantida na Unidade de Saúde uma ficha histórica com as intervenções sofridas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

Deverão ser informados à SMSDC/RJ todos e quaisquer deslocamento do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática para outros setores, assim como deverá ser atualizada sua localização na ficha cadastral.

Os Equipamentos de Infra-Estrutura, tais como elevadores, autoclaves, grupo gerador, caldeiras, centrais de gases, deverão ser contemplados com os mesmos procedimentos.

A primeira parcela trimestral será liberada a partir da assinatura deste contrato para possibilitar a implantação das atividades da Maternidade da Praça 1º de Maio. A liberação desta parcela não está condicionada à apresentação de qualquer relatório, o qual deverá ser apresentado até o 5º (terceiro) dia útil do mês subsequente ao trimestre em referência.

A transferência de recursos orçamentários das demais parcelas trimestrais relativas a este item será realizada de acordo com a apresentação de relatório de prestação de contas acompanhado dos Relatórios Gerenciais Correspondentes obedecendo ao calendário da Secretaria Municipal de Fazenda, após avaliação trimestral da CTAA.

As despesas previstas e não realizadas no mês de referência deverão ser objeto de ajustes nos demonstrativos do mês subsequente.

D.2 Transferência de Recurso Orçamentário Variável em Função da Apresentação dos Dados e Indicadores Estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro - SMSDC/RJ

Para fazer jus à transferência de recurso orçamentário da parte variável trimestral, que corresponde a **5% (nove por cento) do valor de custeio, excluído o valor de investimento e pesquisa, conforme o Apêndice 1 (Cronograma de Desembolso Trimestral) e anexo C do contrato**, conforme Plano de Orçamento – parte variável no final deste anexo. A **CONTRATADA** deverá comprovar os resultados previstos no Quadro de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação, através da apresentação de Relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMSDC, conforme Anexo C.

A transferência de recurso orçamentário desta parte variável está condicionada ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para cada mês. A falta da entrega de qualquer um dos itens estabelecidos acarretará o desconto proporcional, dentro do mês correspondente, de forma percentual, na transferência de recurso orçamentário da parte variável correspondente àquele mês, sendo 100 pontos equivalentes a 100% da parcela variável. Os relatórios deverão ser entregues até o 5º. dia útil do mês subsequente ao trimestre em referência.

A avaliação será realizada pela Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação (CTAA), parte integrante da SMSDC/RJ. Esta se reunirá com periodicidade trimestral e analisará os documentos entregues, pela Organização Social, já mencionados anteriormente. Após a análise, emitirá parecer determinando o desconto ou desembolso correspondente à parte variável do período analisado.

Como condição necessária para a análise das metas estabelecidas e vinculadas à parte variável deste contrato, a Organização Social deverá cadastrar a Unidade e manter todos os profissionais contratados com seus dados atualizados, bem como alimentar os dados de produção mensal da unidade no **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)** do Ministério da Saúde. Para isso a OS terá apoio da SMSDC – Rio de Janeiro.

Esta transferência de recurso orçamentário será feita **a cada trimestre**, conforme cronograma de desembolso, (apêndice 1) correspondendo à soma dos meses em que foi cumprido o conjunto de metas e obedecendo os critérios das avaliações trimestrais.

As regras da remuneração variável estão contidas no anexo C.

D.3 Áreas de Planejamento

Os valores mensais e totais do orçamento que compõem este Edital encontram-se apontados na Tabela de Orçamento deste Anexo.

E. Dotação Onerada

A execução dos Contratos de Gestão onerará as seguintes dotações orçamentárias, abaixo, no valor total de **R\$ 101.522.728,4654.813.780,32 (cento e um milhões quinhentos e vinte e dois mil setecentos e vinte e oito reais e quarenta e seis centavos)**.

a) **R\$ 54.813.780,32 (cinquenta e quatro milhões oitocentos e traze mil setecentos e oitenta reais e trinta e dois centavos)** disponíveis no Plano de Trabalho a ser definido na Lei Orçamentária Anual de 2012.

F. Despesas Glosadas

Todas as inconsistências apontadas devem ser analisadas e explicadas no relatório mensal entregue a SMSDC/RJ.

As despesas que forem eventualmente glosadas serão descontadas no repasse imediatamente posterior.

G. Manutenção e Apresentação dos Documentos Fiscais e Contábeis

A **CONTRATADA** deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Relatório de Prestação de Contas assinado pelo responsável da **CONTRATADA** e também por via magnética.

Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data, posterior à assinatura do Contrato de Gestão e de seus respectivos termos aditivo.

G. Aquisição de Materiais Permanentes e de Informática

As aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste Contrato de Gestão deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela Secretaria Municipal de Fazenda, devendo a **CONTRATADA** apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição.

H. Modelos

- ✓ Relatório Financeiro;
- ✓ Relatório de Bens Adquiridos;
- ✓ Relatório de Gestão de Pessoas I
- ✓ Relatório de Parte Variável

RELATÓRIO GESTÃO DE PESSOAS I

ÍNDICE

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: _____ CPF: _____ / _____

DEMONSTRATIVO DE PESSOAL CONTRATADO PELA OS																
Cadastro	C N E S	Nome	Cargo	Forma de contratação	Carga-Horária (Semanal)	Duração do contrato	Remuneração Bruta (A)	Encargos (R\$) (B)					Benefícios (C)		Despesa total por Trabalhador (A+B+C)	
								INSS	FGTS + Provisão p/multa rescisória	PIS	13º	Férias	1/3 Férias	Tipo		Valor
1.11			Líder de Projeto	Celetista	40	indeterminado	3.000,00	1,00						Plano de Saúde	1,00	3.002,00
2.120			Gerente de RH	Celetista	44	indeterminado	2.500,00	3,00							0,00	2.503,00
			Assistente Administrativo	Celetista	30	indeterminado	1.500,00	5,00							0,00	1.505,00
			Técnico especialista em educação	Celetista	20	12 meses	1.000,00	5,00							0,00	1.005,00
			Estagiário	Contrato de Estágio	20	12 meses	600,00	9,00						vale alimentação	9,00	627,00
		vale transporte												9,00		
Total							R\$ 8.600,00	23,00						Total	R\$ 19,00	R\$ 8.642,00

Apêndice 1

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO TRIMESTRAL - OSS - 1º ANO										
TIPO	Trimestre 1 (implementação)				Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	TOTAL		
	Parte Fixa: Apoio a gestão das unidades	R\$	11.121.178,13	R\$					11.121.178,13	R\$
Parte Variável (5% da parte fixa realizada no trimestre)					R\$	556.058,91	R\$	556.058,91	R\$	1.112.117,81
Investimento - Material permanente, de informática e mobiliário	R\$	7.757.643,76	R\$	-	R\$	1.459.306,24	R\$	-	R\$	9.216.950,00
TOTAL	R\$	18.878.821,89	R\$	11.121.178,13	R\$	13.136.543,27	R\$	11.677.237,03	R\$	54.813.780,32

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO TRIMESTRAL - OSS - 2º ANO										
TIPO	Trimestre 1		Trimestre 2		Trimestre 3		Trimestre 4		TOTAL	
	Parte Fixa: Apoio a gestão das unidades	R\$	11.121.178,13	R\$	11.121.178,13	R\$	11.121.178,13	R\$		11.121.178,13
Parte Variável (5% da parte fixa realizada no trimestre)	R\$	556.058,91	R\$	556.058,91	R\$	556.058,91	R\$	556.058,91	R\$	2.224.235,63
Investimento - Material permanente, de informática e mobiliário	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-
TOTAL	R\$	11.677.237,04	R\$	11.677.237,04	R\$	11.677.237,03	R\$	11.677.237,03	R\$	46.708.948,14

Apêndice 2

Programa de Trabalho - Quadro de Metas e Indicadores													
Item	Unidade de medida	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Produção													
Obstetrícia	Internações Obstétricas	XXXXX	XXXXX	XXXXX	350	450	500	570	570	570	570	570	570
Neonatologia	Internações Neonatais	XXXXX	XXXXX	XXXXX	45	55	65	76	76	76	76	76	76
Ginecologia	Internações Ginecológicas	XXXXX	XXXXX	XXXXX	100	150	170	356	356	356	356	356	356
Ambulatório - Pré-Natal	Consultas	XXXXX	XXXXX	1000	1.200	1.400	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920
Ambulatório - Ginecologia	Consultas	XXXXX	XXXXX	600	800	1.000	1.280	1.280	1.280	1.280	1.280	1.280	1.280
Ambulatório - Seguimento RN Risco	Consultas	XXXXX	XXXXX	XXXXX	200	400	600	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680
Gestão													
Atualização do CNES	% de profissionais de saúde cadastrados	XXXXX	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação das Comissões de Revisão de Prontuário e de Análise de Óbitos Maternos e Neonatais	% Comissões implantadas	XXXXX	XXXX	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Relatório das Atividades Financeiras dentro do prazo estabelecido pela SMSDC	Data de entrega em relação ao prazo estabelecido	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Relatório dos Diagnósticos Assistenciais	Apresentação mensal	XXXXX	XXXX	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Indicadores Qualidade da Assistência													
Tempo Médio entre Acolhimento e Atendimento Médico	% de gestantes atendidas no limite de tempo preconizado pela SMSDC	XXXXX	XXXXX	XXXXX		70	80	80	90	90	90	90	90
Acompanhante no trabalho de parto / parto no baixo risco	% de gestantes com acompanhante	XXXXX	XXXXX	XXXXX		50	60	70	80	80	80	80	80
Taxa Máxima Cesárea	% máximo de cesáreas	XXXXX	XXXXX	XXXXX		35	35	35	30	30	30	30	30
Taxa Máxima de Asfixia Perinatal	% máximo de RN com Asfixia Perinatal	XXXXX	XXXXX	XXXXX		2	2	2	2	2	2	2	2

Item	Unidade de medida	MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18	MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24
Produção													
Obstetrícia	Internações Obstétricas	570	570	570	570	570	570	570	570	570	570	570	570
Neonatologia	Internações Neonatais	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
Ginecologia	Internações Ginecológicas	356	356	356	356	356	356	356	356	356	356	356	356
Ambulatório - Pré-Natal	Consultas	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920
Ambulatório - Ginecologia	Consultas	1.280	1.280	1.280	1.280	1.280	1.280	1.280	1.280	1.280	1.280	1.280	1.280
Ambulatório - Seguimento RN Risco	Consultas	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680
Gestão													
Atualização do CNES	% de profissionais de saúde cadastrados	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Implantação das Comissões de Revisão de Prontuário e de Análise de Óbitos Maternos e Neonatais	% Comissões implantadas	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Relatório das Atividades Financeiras dentro do prazo estabelecido pela SMSDC	Data de entrega em relação ao prazo estabelecido	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Relatório dos Diagnósticos Assistenciais	Apresentação mensal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Indicadores Qualidade da Assistência													
Tempo Médio entre Acolhimento e Atendimento Médico	% de gestantes atendidas no limite de tempo preconizado pela SMSDC	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
Acompanhante no trabalho de parto / parto no baixo risco	% de gestantes com acompanhante	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Taxa Máxima Cesárea	% máximo de cesáreas	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Taxa Máxima de Asfixia Perinatal	% máximo de RN com Asfixia Perinatal	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

DECLARAÇÃO DO DIRIGENTE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL E DO SUPERVISOR DO CONTRATO

Declaro, para todos os fins, que são verídicas todas as informações contidas neste relatório do Contrato de Gestão nº xxx firmado entre a Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil - SMSDC e a nome da OS.

Rio de Janeiro, de de .

Nome do Representante legal da OS

Nome do Diretor administrativo da OS

ANEXO IV

MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO E ANEXOS DO CONTRATO

MATERNIDADE DA PRAÇA 1º DE MAIO



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

ANEXO IV – MINUTA

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E DEFESA CIVIL - SMSDC E XXXXX, COM VISTAS À REGULAMENTAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DE TODAS AS ÁREAS DE PLANEJAMENTO

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº. 455, Bloco 1, 7º andar, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, **HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN**, brasileiro, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº. 05.461.657-8, expedida pelo IFP, CPF nº. 834.202.317-68, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado XXXXX, inscrita no CNPJ sob o nº. XXXX, com endereço à XXXXXXXXXXX, neste ato representada por

XXXXXXXXXXXX na qualidade de XXXXXX, portador da Cédula de Identidade nº. XXXXXXXXXXX, CPF nº XXXXXXXXXXX, doravante denominada **CONTRATADA**, realizada através do processo administrativo nº. 09/XXX/11, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/90, o Decreto nº. 30.780, de 02/06/09, e suas alterações, que regulamenta a Lei Municipal nº. 5.026, de 19/05/09, bem como a Lei Federal nº. 8.666/93 e suas alterações, no que couber, e o Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei nº. 207, de 19/12/80, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº. 01, de 13/09/90, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto nº. 3.221, de 18/09/81 e suas alterações, RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito de todas as Áreas de Planejamento, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização, apoio e execução pela **CONTRATADA**, de atividades e serviços de saúde no âmbito da Maternidade da Praça 1º de Maio, de todas as Áreas de Planejamento, em conformidade com os Anexos que são partes integrantes e indissociáveis deste instrumento:

- a) Anexo A - Gestão da Unidade de Saúde pela Organização Social;
- b) Anexo B - Apoio à constituição dos Territórios Integrados de Atenção a Saúde;
- c) Anexo C - Acompanhamento do contrato, avaliação e metas para os serviços de saúde;
- d) Anexo D - Termo de Permissão de Uso.

1.1.1 A execução do presente contrato dar-se-á pela filial da **CONTRATADA**, especificamente criada para este fim, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** na Proposta Técnica e Econômica e no Edital.

- a) Passarão a ser geridas de imediato pela **CONTRATADA** a Maternidade da Praça 1º de Maio:

Classificação	Unidade	Endereço	Bairro
Hospital Maternidade	Maternidade da Praça 1º de Maio	Avenida Santa Cruz, Praça 1º de Maio	Bangu

PARÁGRAFO ÚNICO

Para atender ao disposto neste **CONTRATO DE GESTÃO**, as partes estabelecem:

- I. Que a **CONTRATADA** dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.
- II. Que a **CONTRATADA** não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este **CONTRATO DE GESTÃO** com a **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA SEGUNDA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

São da responsabilidade da **CONTRATADA**, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas, que deste ficam fazendo parte integrante e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

- 1) Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexos A, B e C, de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:
 - I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;
 - II - gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
 - III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - V - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização

pelo usuário;

VII – fomento dos meios para participação da comunidade;

VIII – prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

1.1) Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

I – Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

II – Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

III - Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

IV – Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

V – Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;

VI - Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.

VII – Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

VIII – Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

2) Apoiar a integração territorial dos equipamentos de saúde de todas as Áreas de Planejamento, nos termos do Anexo B, visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública;

3) Apoiar e integrar o complexo regulador da SMSDC;

4) Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.

5) Contratar serviços de terceiro para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

6) Responsabilizar-se, civil e criminalmente perante os pacientes, por eventual indenização de danos morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à **CONTRATADA**, e também responsabilizar-se por eventuais danos materiais e morais oriundos de ações por erros médicos além daqueles decorrentes do desenvolvimento de suas atividades, ou relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores.

7) Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos que entender pertinentes.

8) Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;

9) Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Unidade, da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil e do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa;

10) Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão/permissão de uso – Anexo D que deverão definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;

10.1) A permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, e da Lei Orgânica do Município, devendo ser realizada mediante a formalização de termo específico, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens pela Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda.

10.2) O termo especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção.

10.3) A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.

10.4) Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

11) Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham

a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro - hipótese em que a **CONTRATADA** deverá entregar à **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens;

12) Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação da Organização Social;

12.1) No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido;

13) Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público.

14) Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.

14.1) Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente a três vezes o montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

14.2) A retenção prevista no item 15.1 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados contratados pela **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

14.3) A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA**.

14.4) Em não ocorrendo nenhuma das hipóteses previstas no item 15.3 o **CONTRATANTE** efetuará o pagamento devido nas ações trabalhistas ou dos encargos previdenciários, com o valor retido, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**.

14.5) Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

14.6) Excepcionalmente o valor retido conforme item 15.1 poderá ser reduzido mediante requerimento fundamentado formalizado pela **CONTRATADA**.

15) Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria Municipal de Fazenda para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência (SubHUE) e à **CONTRATANTE**.

16) Comprometer-se a manter como dirigente deste **CONTRATO DE GESTÃO** profissional com a qualificação mencionada no Edital de Convocação Pública, item 4.1, (e).

17) Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com material (Decreto nº. 28.937/08).

18) Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

19) Utilizar sistema de informática que permita a gestão clínica, administrativa e financeira, com acesso a servidores predeterminados da SMSDC que permitam exclusivamente consultas e geração de relatórios, que obrigatoriamente terá que ter integração com sistema

utilizado e que venha a ser utilizado pela SMSDC.

20) Publicar na imprensa e no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços e obras necessários à execução do contrato de gestão, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente Contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

- 1) Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;
- 2) Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, fazendo o repasse trimestral nos termos do Anexo III, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;
- 3) Programar no orçamento do Município, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;
- 4) Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos da Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009 e da Lei Orgânica do Município, mediante termo de permissão de uso, conforme modelo constante do Anexo D.
 - 4.1) Para a formalização do termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;
- 5) Promover a cessão de servidores públicos para a **CONTRATADA**, nos termos do art. 14 da Lei nº. 5.026/2009, quando houver interesse, desde que haja manifestação de vontade por parte desses, mediante autorização governamental e observando-se o interesse público, efetuando-se os descontos previstos no Anexo III;
- 6) Analisar, anualmente, a capacidade e as condições da **CONTRATADA** para a continuidade da prestação dos serviços, com vistas à identificação do seu nível técnico-assistencial;
- 7) Acompanhar a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através da Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação (CTAA), com fulcro no estabelecido no presente **CONTRATO DE GESTÃO** e respectivos anexos.

CLÁUSULA QUARTA - DA AVALIAÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação a ser nomeada por resolução do Sr. Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, em conformidade com o disposto no artigo 8º e respectivos parágrafos, da Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, procederá à avaliação trimestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela **CONTRATADA** com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado para o Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A avaliação de que trata o "caput" desta cláusula restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Acompanhamento e Avaliação referida nesta cláusula deverá elaborar relatório trimestral, em duas vias, cujas cópias deverão ser encaminhadas para a **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será de 02 (dois) anos, a partir da data de assinatura, podendo ser renovado, por igual período e, outra, pela metade, após a comprovação da consecução dos objetivos estratégicos e de pelo menos oitenta por cento das metas estabelecidas, nos termos do artigo 8º, inciso VII do decreto 30780/09.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência do **CONTRATO DE GESTÃO** não exime a **CONTRATANTE** da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes.

CLÁUSULA SEXTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste **CONTRATO DE GESTÃO**, a importância global estimada em **R\$** de acordo com as condições definidas no Anexo Técnico III – Transferência de Recursos Orçamentários.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado na Cláusula Sexta, o valor de **R\$** é destinado a custear os primeiros 12 meses deste **CONTRATO DE GESTÃO**, sendo que o valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subsequentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A despesa objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** correrá à conta do orçamento da **CONTRATANTE**, sendo **54.813.780,32 (cinquenta e quatro milhões oitocentos e traze mil setecentos e oitenta reais e trinta e dois centavos)** disponíveis no Plano de Trabalho nº. **1801.10.302.0331.2851 (custeio)**.

PARÁGRAFO QUARTO

Os saldos do **CONTRATO DE GESTÃO**, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em cadernetas de poupança de instituição financeira oficial se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública, quando a utilização dos mesmos verificar-se em prazos menores que um mês.

PARÁGRAFO QUINTO

Fica facultado à **CONTRATADA** como Unidade do Sistema Único de Saúde solicitar o ressarcimento pelas operadoras, as quais aludem o art. 1º da Lei nº. 9.656, de 03/06/98. Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros.

PARÁGRAFO SEXTO

Todos os recursos usados na execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, através de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

PARÁGRAFO SÉTIMO

Os recursos financeiros necessários à execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da **CONTRATADA** e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, bem como, nos termos do artigo 29 do Regulamento Geral aprovado pelo Decreto nº 30.780 de 02.06.2009, contrair empréstimos junto a organismos nacionais e internacionais.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As transferências de recursos orçamentários, fixos e variáveis, o número de parcelas e as respectivas condições, encontram-se definidos no Anexo Técnico III – Transferência de Recursos Orçamentários.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas correspondentes ao primeiro trimestre do cronograma de desembolso e a parcela destinada à aquisição de Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática serão creditadas como 1º (primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(31) de cada mês.

CLÁUSULA OITAVA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como os seus anexos, poderá ser anualmente atualizado e revisto, mediante prévia justificativa por escrito que irá conter a declaração de interesse de ambas as partes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A alteração do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como dos anexos que o integram deverá ser submetida à autorização do Secretário Municipal da Saúde e Defesa Civil, após parecer fundamentado da Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação- CTAA.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Os anexos que compõem este **CONTRATO DE GESTÃO**, em razão de seu caráter transitório, são passíveis de adequação e atualização, a fim de contemplar novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, vigentes nos novos períodos de contratualização.

PARÁGRAFO TERCEIRO - À **CONTRATANTE** será permitida a alteração do **CONTRATO DE GESTÃO** para melhor adequação às finalidades de interesse público ou para adequação técnica do projeto aos seus objetivos, assegurados os direitos da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA NONA - RESCISÃO

A rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO** obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer das hipóteses passíveis de ensejar rescisão contratual prevista no artigo 78, da Lei nº 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a rescisão dos termos de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à Organização Social direito a indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A rescisão se dará por ato do titular da **CONTRATANTE**, após manifestação da CTAA e da Procuradoria Geral do Município.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** ressarcirá exclusivamente danos materiais, inclusive - mas não limitadamente - os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela **CONTRATADA** para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO QUARTO

O ressarcimento dos custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela **CONTRATADA** para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** ficará condicionado (i) à apresentação dos Termos de Rescisão de Contrato de Trabalho (TRCTs) devidamente homologados pelo órgão do Ministério do Trabalho ou pelo Sindicato de Classe, bem como à comprovação do cumprimento das obrigações de entrega de guias para levantamento de FGTS e para habilitação ao Seguro Desemprego, se for o caso, ou (ii) à apresentação de documento comprobatório do pagamento judicial de tais haveres, ficando vedado o ressarcimento de quaisquer valores decorrentes da mora no pagamento das verbas resilitórias, como por exemplo as penalidades previstas no art. 477, §8º e no art. 467, *caput*, da CLT e a indenização substitutiva do Seguro Desemprego.

PARÁGRAFO QUINTO

Em caso de amigável, por conveniência da Administração, a **CONTRATADA** se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa por parte da **CONTRATANTE**, por um prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data da autorização escrita e fundamentada do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, nos termos do art. 79, §1º da Lei nº. 8.666/93, devendo, no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES

A inobservância pela **CONTRATADA** de cláusula ou obrigação constante deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 todos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

I) Advertência;

II) Multa, no valor de 5% (dois e cinco por cento) sobre o valor mensal de transferência de recursos orçamentários, estipulada pela **CONTRATANTE**, dependendo da gravidade da infração, a ser cobrada nos termos da legislação municipal;

III) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

IV) Declaração de idoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

V) Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nos itens I, III, IV e V desta cláusula poderão ser aplicadas conjuntamente com o item "II".

PARÁGRAFO TERCEIRO

Da data de publicação da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado das transferências devidas em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA - DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** se regerá ainda pelas seguintes disposições:

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde -, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil e ao Prefeito Municipal, propor a devolução de

bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

PARÁGRAFO QUARTO

Fica vedada a cessão total ou parcial do referido **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO

O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado às expensas da **CONTRATADA** no Diário Oficial do Município, no prazo até o 5º dia útil do mês seguinte ao da sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA - DO FORO

Fica eleito o Foro Central da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas as **CONTRATANTES**, assinam o presente **CONTRATO DE GESTÃO** em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2010.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX

TESTEMUNHAS:

1 - _____

2 - _____

ANEXO A DO CONTRATO

**GESTÃO DAS UNIDADES DE
SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO
SOCIAL**

**MATERNIDADE da Praça 1º de
Maio**

A. GESTÃO DAS MATERNIDADES

Do conjunto de equipamentos de saúde da rede de atenção, serão geridos pela Organização Social – OS somente aqueles apontados no Contrato de Gestão.

A.1. OBJETO

Gerenciamento e administração, pela **CONTRATADA**, da prestação dos serviços de saúde, assim como das adaptações e programação visual das unidades e dos gastos operacionais atribuídos à **CONTRATADA** previstos nos planos de trabalho das unidades de saúde onde estes serviços estão localizados.

A.2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados, tal como definido no final do Contrato de Gestão.

A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde

A.2.1.2 Descrição da Unidade e Produção mínima de procedimentos esperados.

Consultas ambulatoriais

Especialidade	Nº de consultórios	Nº de consultas por turno	Consultas por dia	Consulta por mes
Clinica médica	01	12	24	480
Ginecologia	04	8	64	1280
Obstetrícia	04	12	96	1920
Pediatria- Follow up	03	8	48	960
Multiprofissional	02	12	48	960
Emergência obstétrica	02	---	100	3000
TOTAL				8600

levando-se em conta 02 turnos

Exames ambulatoriais

Serviço	Nº procedimentos mês
Procedimentos cirúrgicos ginecológicos	400
Exame de USG	800
Exame de CTG	400
Exame de Mamografia	500

Serão efetuados exames, todos correlacionados com as consultas disponíveis

Internação

Setor	Numero de leitos	Taxa de ocupação	Tempo médio de permanência	Nº procedimento mes	Nº procedimento ano
Internações obstétricas	60	95%	3 dias	570	6840
Internações Ginecológicas Cirúrgicas (Videolaparoscopia, Vídeohisteroscopia, Estereotaxia entre outros)	08	95%	3 dias	76	912
Internações Hospital Dia	08	95 %	1	280	2736
Internações clínicas	12	95%	8	43	516
Internações uti neonatais	12	95%	10 dias	23	276
Internações UI neonatais	28	95%	15 dias	53	638

A.2.3. Equipe de Profissionais das Maternidades

A Maternidade, objeto deste Contrato de Gestão, deverão contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais com atribuições definidas, sendo o quadro abaixo somente uma base exemplificativa para atendimento, devendo a quantidade de profissionais ser adequado a assistência:

Categoria/Profissionais	Carga Horária	Descrição Atividades
Medicina		
Coordenador /Diretor de Unidade	40 horas semanais	Orientar, coordenar, controlar e dirigir as atividades da Unidade; responder pelo bom andamento e pela regularidade do serviço; manter a Coordenação da SUBHUE informada sobre as atividades da Unidade; conceder férias e licenças do pessoal que lhe é diretamente subordinado; movimentar internamente o pessoal da Unidade; responsabilizar-se pela carga do material da Unidade; representar desde que devidamente autorizado pela Coordenação da SUBHUE a unidade nas comissões, comitês, ou outros fóruns de debate e decisão sobre problemas que envolvam o atendimento às emergências; zelar pelo cumprimento das disposições regulamentares em vigor; responder como Diretor Técnico da Unidade, junto ao CREMERJ, fazendo cumprir as normatizações dos Conselhos de Medicina; assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis a prática da Atenção Perinatal.
Médicos	Plantão de 24 horas semanais	Executar as atividades da Atenção Perinatal; manter-se em dia com o CREMERJ; seguir os protocolos assistenciais da unidade; guardar e preservar sigilo médico dos casos atendidos; zelar pelo material de consumo e permanente da unidade; desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento profissional de acordo com o determinado pela Coordenação.
Enfermagem		
Enfermeiro de Rotina	40 horas semanais	Executar as atividades da Atenção Perinatal; Executar a supervisão dos profissionais de Enfermagem de serviço na Unidade; fazer-se a interface da Unidade junto ao Conselho de Classe de Enfermagem (COREN); manter em dia suas obrigações junto ao Conselho Profissional de Classe; confeccionar a escala de serviço dos profissionais de Enfermagem da Unidade; fazer parte com outros profissionais do sistema de classificação de risco; realizar juntamente com outros órgãos, a educação continuada em serviço dos Profissionais de Enfermagem; seguir os protocolos assistenciais da unidade; guardar e preservar sigilo profissional dos casos atendidos; zelar pelo material de consumo e permanente da unidade;
Enfermeiro de Plantão	Plantão 12 X 60 horas	Executar as atividades da Atenção Perinatal; Conhecer o estado de conservação e operação dos equipamentos médicos do local de trabalho que lhe foi designado ao assumir o serviço, bem como o estoque de material de consumo; solicitar reposição/reparo de equipamentos danificados; consolidar todas as alterações observadas, procurando saná-las ou solicitar apoio, se necessário; informar ao chefe de equipe de Enfermagem aquelas alterações que impedirem ou dificultarem a atividade assistencial normal; supervisionar, corrigir e orientar os procedimentos de seus subordinados; anotar ao final do serviço o resumo das ocorrências e intercorrências em livro próprio, quando pertinente; recolher e relacionar quando indicado os bens materiais, documentos e valores encontrados com a(s) vítima(s) incapazes de zelar por eles, guardando-os em local apropriado; orientar e supervisionar o trabalho dos maqueiros da unidade (setor de transporte de pacientes);
Técnico de Enfermagem de plantão	Plantão 12 X 60 horas	Acolhimento e atendimento individual para medicações, nebulização e coleta de exames. Atendimento individual para cuidados gerais de enfermagem e coleta de exames. Atendimento individual para cuidados gerais de

		enfermagem e coleta de exames. Atendimento individual para cuidados gerais de enfermagem e coleta de exames
Farmácia		
Farmacêutico	Plantão de 24 horas	Controlar as atividades da farmácia; supervisionar a atividade de seu pessoal durante o serviço; identificar problemas na atividade da farmácia; verificar se os protocolos para armazenamento de medicamentos são adequados; solicitar em tempo hábil ao setor de Logística a aquisição de medicamentos ou de material permanente que atinjam limite de reposição do estoque; responsabilizar-se pela segurança patrimonial dos bens de consumo e permanentes sob seu controle; notificar os desvios de padrão de consumo de medicamentos a sua chefia imediata;
Outros Profissionais		
Assistente Social	30 horas semanais	Executar as atividades de Assistência Social dentro da unidade; manter-se em dia com seu Conselho Profissional; seguir os protocolos assistenciais estabelecidos da unidade; guardar e preservar sigilo dos casos atendidos; zelar pelo material de consumo e permanente da unidade; desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento profissional de acordo com o determinado pela Coordenação; notificar os órgãos competentes sempre que houver suspeita ou confirmação de negligência e/ou maus tratos contra criança, adolescente e idoso; fazer contato com os órgãos competentes para providenciar remoções de pacientes que necessitem de encaminhamento para centrais de triagem e recepção ou abrigos; registrar os atendimentos, arquivando-os em local apropriado resguardando o sigilo profissional; atuar como Ouvidoria da Unidade, servindo como canal de comunicação da unidade com seus usuários e encaminhando a Coordenação Assistencial as sugestões, elogios e queixas.
Técnico de Raio X	Plantão de 24 horas semanais	Apresentar-se ao Médico Chefe de Equipe ao assumir o serviço; conferir o estoque de material de consumo do setor, procedendo à reposição segundo relação-carga, caso necessário; encaminhar solicitação de material ao setor administrativo, quando algum item da relação carga chegar ao nível crítico; verificar condições de limpeza do setor, solicitando ao setor de limpeza; comunicar alterações encontradas ao Médico Chefe de equipe; auxiliar os procedimentos odontológicos dentro dos protocolos; providenciar após cada atendimento a reposição do material consumido.
Maqueiros de plantão	Plantão 12 X 36 horas	Transporte de pacientes para os vários setores da unidade, incluindo a Unidade de Transporte Móvel (ambulância)
Administração		
Administrador nível superior	40 horas semanais	Controlar todos os processos administrativos inerentes a unidade; controlar a frequência e desempenho do pessoal da unidade; informar o Coordenador da Unidade das alterações ocorridas; propor melhorias nos processos administrativos e de gestão
Auxiliares Administrativos	40 horas semanais	Realizar processos administrativos inerentes a unidade relacionados a cadastro de pacientes, rouparia, serviços administrativos em geral e aquisição e armazenamento de bens de consumo e permanentes.

A.2.4. Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implantar um plano de qualidade dos serviços prestados. Para tanto deverá atuar sobre dois aspectos:

- Prontuários Clínicos:
 - Implantação da Comissão de Prontuários;
 - Implantação da Comissão de Óbito;

- o Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMSDC/RJ.
- **Atenção ao Cliente/Usuário:**
 - o Implantar Serviços de Atendimento ao Cliente/Usuário;
 - o Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

A.2.5. Cobertura

A Organização Social deverá realizar os serviços para os quais está sendo celebrado este Contrato de Gestão de acordo com território e população apontados nas áreas de abrangência definidas pela SMSDC/RJ para a Maternidade apontada neste Contrato de Gestão.

A.2.5.1. ATENÇÃO PERINATAL

O termo Atenção Perinatal refere-se aos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal nos termos da - RDC Nº 36, de 03 de junho de 2008. Neste sentido, esta norma tem por objetivo estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente. Este Regulamento Técnico se aplica aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, funcionando como serviço de saúde independente ou inserido em hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

A.2.6. INSERÇÃO DA MATERNIDADE NOS PROGRAMAS DA SMSDC

- **Cegonha Carioca**
Programa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro que tem como objetivo central a redução da morbi-mortalidade materna e neonatal através da garantia de referência do pré-natal para o parto e implantação do Acolhimento e Classificação de Risco nas maternidades, conforme detalhado abaixo:
 - o Linha de Cuidado Pré-Natal / Parto – abrange estratégias como incentivo ao pré-natal; visita da gestante e seu acompanhante a maternidade de referência para o parto no terceiro trimestre da gestação, quando conhece a maternidade, recebe o kit enxoval e participa de atividade educativa; garantia da referência para o parto e garantia de transporte adequado até a maternidade no momento do parto.
 - o Acolhimento e Classificação de Risco – envolve um modo de atuar diferente na emergência obstétrica, onde a mulher e seu acompanhante são inicialmente acolhidos pela equipe de enfermagem do referido setor no intuito de ouvir seus pedidos e assumir uma postura capaz de escutar e dar respostas mais adequadas à usuária do serviço. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação por cores das mulheres que necessitam de atendimento médico imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. As maternidades da rede municipal aplicam o protocolo da classificação de risco elaborado pela Câmara Técnica de Obstetrícia da SMSDC/RIO.
- **Humanização do Parto e Nascimento**
Diretrizes para atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas e recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS, entendendo os processos de gestação e parto como eventos fisiológicos, cabendo a equipe profissional de saúde acompanhar o processo e interferir apenas quando necessário.

A humanização da assistência ao parto e nascimento inclui um conjunto de ações que abrangem o estímulo ao parto normal, o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento, revisão de práticas assistenciais não recomendadas pela OMS, adequação da ambiência, estímulo ao aleitamento materno, dentre outras.

- **Redução de Cesáreas Desnecessárias**
 - o A taxa de cesariana é utilizada como indicador de qualidade no atendimento ao parto. De acordo com a OMS a taxa populacional de cesáreas deve oscilar em 15% e representam as gestantes que apresentam adoecimento e necessitam de cuidados especiais.
- **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso**
 - o Conjunto de ações que visam atender adequadamente o recém-nascido de baixo-peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior vínculo entre a mãe e a criança, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança da criança, inclusive quanto ao manuseio e o relacionamento familiar.
- **Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**
 - o Estas três ações são os pilares do incentivo ao aleitamento materno visando aumentar as taxas de Aleitamento Materno Exclusivo até os 6 meses e de

Aleitamento Materno ao longo dos dois primeiros anos de vida tendo em vista as evidências científicas dos benefícios do aleitamento na saúde da criança.

- **Diretrizes Clínicas na Atenção Obstétrica e Neonatal**
 - o Englobam a utilização de práticas baseadas pelo conhecimento científico. A motivação maior é a perspectiva de melhoria da qualidade da assistência e a perspectiva de alocação mais eficiente de recursos.
- **Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde**
 - o As taxas de infecção relacionada à assistência à saúde, tanto as de provável origem materna, ocorridas até 48 horas de vida quanto as de origem hospitalar, diagnosticadas após 48 horas do nascimento são indicadores de segurança no cuidado. A vigilância das infecções é essencial para identificar problemas e definir prioridades.
- **Acolhimento Mãe-Bebê**
 - o Estratégia adotada para estabelecer referência para uma recepção humanizada na rede básica de saúde após a alta da maternidade, integrando e otimizando ações direcionadas à mãe e ao bebê dentro da primeira semana de vida (5ª dia). Outro objetivo é estabelecer precocemente o vínculo da família com a unidade de saúde mais próxima a sua residência.
- **Acolhimento Mulher**
 - o Estratégia semelhante ao acolhimento mãe-bebê, mas voltado para as mulheres que por motivos diversos saem de alta da maternidade sem seus bebês. As mulheres que apresentaram um quadro de abortamento merecem atenção especial, visto que algumas gestações foram indesejadas e necessitam de orientações quanto ao planejamento familiar.
- **Atendimento a Vítimas de Violência Sexual**
 - o De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, a rede municipal de saúde oferece atendimento integral e humanizado às mulheres vítimas de violência sexual. As maternidades são responsáveis pelo primeiro atendimento ou atendimento emergencial e pelo encaminhamento para o seguimento ambulatorial.
- **Atendimento Humanizado ao Abortamento**
 - o O aborto realizado em condições inseguras é importante causa de morte materna; as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade; e que a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas complicações pode ameaçar a vida, a saúde física e mental das mulheres. Estas mulheres devem ser inseridas no Acolhimento Mulher.

A.2.7 DIRETRIZES OPERACIONAIS – Parâmetros mínimos

Normas Técnicas e Operacionais do Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC)

São documentos produzidos pelo MS e SMSDC estabelecendo um conjunto de recomendações, diretrizes e parâmetros mínimos para os serviços de saúde com o objetivo de produzir ações de maior qualidade. A adoção das normas técnicas e operacionais listadas abaixo é imprescindível nos serviços obstétricos e neonatais.

a. Marcos Legais e Portarias sobre Atendimento Obstétrico e Neonatal

- Estatuto da Criança e do Adolescente / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
- Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998. Regulamenta a realização do parto normal sem distócia realizado por Enfermeiro Obstetra e define novo modelo para laudo de AIH.
- Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002. Aprovar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- PORTARIA MS/GM Nº 1.508, DE 1º DE SETEMBRO DE 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.
- Lei nº 11.108, de abril de 2005. Garante a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nas maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Resolução SMS nº 667 de 20 de outubro de 1998. Garante a presença de acompanhante da escolha da parturiente durante o trabalho de parto e o parto.

- Portaria nº 698, de 09 de abril de 2002, modificada pela Portaria nº 2193, publicada no DOU em 15 de setembro de 2006. Define a estrutura e as normas de atuação e funcionamento dos Bancos de Leite Humano no Brasil.

- Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007. Aprova as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru.

b. Resoluções da Direção Colegiada – RDCs

c. Manuais Técnicos do MS

Disponíveis em

<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>

- Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª edição.
- Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, DF, 2005.
- Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e Criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
- Dengue: manual de enfermagem – adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. atual. e ampl. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- Manual de orientações sobre o transporte neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Neonatologia – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2ª versão, setembro 2010.

B. DESCRIÇÃO DE INDICADORES DE GESTÃO E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA VINCULADOS AO PAGAMENTO DA PARTE FIXA

1. Item de Gestão

- Atualização do CNES: % de profissionais de saúde cadastrados
 - Fórmula: Número de profissionais cadastrados no CNES X 100 por número de profissionais contratados
- Implantação das Comissões de Prontuário, de Análise de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal: % de Comissões Implantadas
 - Forma de comprovação: apresentação de relatório com a composição das comissões e relatórios mensais com os resultados das análises.
- Relatório das Atividades Financeiras dentro dos Prazos estabelecidos pela SMSDC/RJ: data de entrega em relação ao prazo estabelecido
 - Fórmula: Numero de relatórios entregues dentro do prazo previsto_X 100 por número de relatórios que devem ser entregues ao final de 3 meses).
- Relatório de Diagnóstico Assistencial:
 - Forma de comprovação: apresentação mensal de relatório com indicadores assistenciais, conforme acordado com a área técnica da SUBHUE.

2. Item de Qualidade da Assistência

- Tempo Médio entre Acolhimento e Atendimento Médico: % de gestantes atendidas no limite de tempo preconizado pela SMSDC
 - Fórmula: Número de gestantes que receberam atendimento médico em tempo inferior ao limite máximo de tempo de acordo com sua classificação de risco X 100 por número de gestantes atendidas
- Acompanhante no trabalho de parto/parto no baixo risco: % de gestantes com acompanhante no trabalho de parto / parto de baixo de risco
 - Fórmula: $\frac{N^{\circ} \text{acompanhantes de gestantes em TP}}{N^{\circ} \text{total de gestantes em TP}} \times 100$
- Taxa máxima de cesárea compatível com as boas práticas perinatais para o perfil de risco da população atendida na unidade: % máxima de cesárea no total de nascimentos.
 - Fórmula: $\frac{\text{Número partos cesáreos}}{\text{Número total de nascimentos}} \times 100$
- Taxa de Asfixia Perinatal: %máxima de recém-nascido com asfixia perinatal (Apgar no quinto minuto menor que 7)
 - Fórmula: $\frac{N^{\circ} \text{RNs com Apgar} < 7}{N^{\circ} \text{total de nascimentos}} \times 100$

ANEXO B DO CONTRATO

APOIO À CONSTITUIÇÃO DOS TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO A SAÚDE

MATERNIDADE DA PRAÇA 1º DE MAIO

A. OBJETO

Desenvolver as linhas de trabalho que permitam o acesso da população a serviços de saúde organizados em sistemas de atenção funcionais e resolutivos na Atenção Perinatal, permitindo referência organizada para os demais níveis de atenção.

B. OBJETIVOS

- Desenvolvimento de linhas de trabalho que permitam avançar na integralidade da assistência e do acesso da população aos serviços e ações de saúde perinatal, da mulher e da criança;

- Respeito aos princípios de regionalização e hierarquização da atenção perinatal e à saúde da mulher e da criança estabelecidos pela SMSDC, na qual o papel de cada maternidade seguirá a indicação dos territórios integrados de atenção à saúde;
- Apoio à gestão do Hospital Maternidade indicado nesta convocação pública pela Organização Social, através da operacionalização (aqui incluída a compra de equipamentos, mobiliários e material permanente, na forma da Portaria MS-GM nº 1.020, de 13/05/09), do gerenciamento e da execução de atividades e serviços de saúde;
- Alcance de metas e indicadores assistenciais e de gestão que se encontram expressas no Anexo C da Minuta de Contrato de Gestão que integra o presente edital; e
- Promoção da melhoria da qualidade de atenção e do acesso dos cidadãos às ações de saúde no âmbito da atenção pré-natal, ao parto e nascimento, ao recém-nascido e ao desenvolvimento de recém-nascidos de risco.

C. LINHAS DE ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL E RESULTADOS ESPERADOS

Todos os resultados esperados listados abaixo serão elaborados sob a forma de relatórios técnicos e deverão ser apresentados a Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SMSDC/RJ/Subsecretaria de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência - SUBHUE devendo considerar a lista de unidades relacionadas no Contrato de Gestão.

C.1. CONHECIMENTO DO PERFIL POPULACIONAL DA CIDADE E OS SEUS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE.

A Organização Social, a partir dos dados existentes na SMSDC/RJ, referentes aos principais problemas de saúde da Cidade do Rio de Janeiro objeto deste contrato, desenvolverá algumas atividades de consenso de acordo com os principais atores chaves: gestores, profissionais, representantes da comunidade, para identificar os problemas de saúde suscetíveis de serem priorizados nas intervenções que serão realizadas nas diferentes unidades de saúde. Esta atividade deverá ser desenvolvida em parceria com a Coordenação da ÁREA DE PLANEJAMENTO local e sob os auspícios da Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência - SUBHUE.

Resultado esperado: Documento técnico pactuado entre os Entes Públicos - que tenham unidades de saúde sob a administração direta - a respeito dos problemas de saúde priorizados nas diversas áreas de planejamento da Cidade.

C.2. CONHECIMENTO DOS FLUXOS DA DEMANDA DE SERVIÇOS NAS ÁREAS DE PLANEJAMENTO DA CIDADE.

A Organização Social estabelecerá um mecanismo para conhecer a origem e fluxos de pacientes entre as diferentes unidades de saúde. Especificamente, o mecanismo permitirá conhecer os seguintes fluxos e elementos:

- Origem da demanda os pacientes atendidos;
- Fluxos existentes entre Unidades de Saúde da ÁREA DE PLANEJAMENTO;
- Fluxos provenientes das diversas ÁREAS DE PLANEJAMENTO;
- Fluxos de pacientes atendidos de fora do município do Rio de Janeiro.

Esta atividade deverá ser desenvolvida em parceria com as Coordenações das ÁREAS DE PLANEJAMENTO e outros equipamentos públicos de saúde.

Resultado esperado: Identificação das respectivas zonas ou territórios de influência das diferentes ÁREAS DE PLANEJAMENTO e orientação do fluxo de saída e/ou encaminhamento, referência e contra-referência dos pacientes.

C.5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO E PRINCIPAIS PROBLEMAS NA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE AS DIFERENTES UNIDADES DE SAÚDE

A Organização Social implantará um mecanismo para identificar os principais problemas e limitações existentes na referência e contra-referência dos usuários das Unidades de Atenção Perinatal. Esta atividade será realizada em conjunto com a SUBHUE e com as coordenações das ÁREAS DE PLANEJAMENTO.

Resultado esperado: Informe técnico com a análise de situação dos principais problemas e limitações na referência e contra-referência dos pacientes/usuários e as propostas de melhoria acordadas com os gestores das diferentes unidades públicas de saúde.

C.6. APOIO À GESTÃO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PERINATAL.

Com base nos itens anteriores, que compõem o DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, objeto maior deste anexo, caberá à Organização Social, devidamente instrumentalizada, apresentar plano de ações pontuais para suprir deficiências de estrutura, equipamentos e recursos humanos que tenham reflexo negativo nas metas pactuadas para a Unidade de Atenção Perinatal.

O referido plano deverá ser devidamente endossado pela SUBHUE, condicionado necessariamente à disponibilidade orçamentária da SMSDC/RJ.

D. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Cronograma do Desenvolvimento das Atividades de Apoio à Integração

Etapas	Primeiro Trimestre
	Elaboração do diagnóstico situacional das unidades de saúde que integram as ÁREAS DE PLANEJAMENTO DA CIDADE

Relatório Final Mensal e trimestral

A Organização Social CONTRATADA deverá entregar, mensalmente, um DIAGNÓSTICO ASSISTENCIAL à Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE/SMSDC).

O Relatório Final Trimestral deverá trazer dentro de si os seguintes itens:

- Documento técnico, elaborado de forma consensual, com os problemas de saúde priorizados passíveis de serem enfrentados pelas Unidades de Atenção Perinatal;
- Identificação das respectivas zonas ou territórios de influência das diferentes Unidades de Atenção Perinatal;
- Relatório de Serviços e Ações de Saúde ofertadas pelas Unidades de Atenção Perinatal;
- Informe técnico com a análise situacional dos principais problemas e limitações na referência e contra-referência dos pacientes/usuários e as propostas de melhoria acordadas com os gestores das diferentes unidades de saúde públicas das ÁREAS DE PLANEJAMENTO;
- Relatório consolidado das atividades de Apoio à constituição dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde realizado no período (por trimestre).

ANEXO C DO CONTRATO

MATERNIDADE DA PRAÇA 1º DE MAIO

ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

O presente contrato de gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades assistenciais através da criação de instrumentos de monitoramento e avaliação e da atribuição de incentivos financeiros. Estes permitirão uma gestão rigorosa e ao mesmo tempo equilibrada que, consciente das necessidades da população, vise a mudança de perspectiva assistencial, com uma abordagem totalizante, gerando autonomia para os indivíduos e melhorando assim, o acesso da população aos cuidados de saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de direção do contrato a identificação e a avaliação de problemas, discussão e negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implantadas. A Subsecretaria de Gestão - SUBG- da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/SMSDC/RJ, através da CTAA, elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência - SUBHUE.

A.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMSDC/RJ como entidade Contratante é responsável por monitorar a execução do contrato visando à qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios. Para tal será criada uma Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação.

A.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação - CTAA - realizará o monitoramento e a avaliação do funcionamento dos serviços de saúde contratados de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente acordados com a Organização Social.

Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão serão analisados, periodicamente, pela CTAA que emitirá relatório de avaliação conclusivo, a ser encaminhado ao Secretário da SMSDC e aos órgãos de controle interno e externo.

A coordenação das reuniões da CTA caberá à Subsecretaria de Gestão, Coordenadoria de Organizações Sociais, Convênios e Contratos (SUBG/COSC).

Sempre que necessários outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e coadjuvantes às ações de avaliação da CTA.

A.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída por profissionais de notória especialização, sendo no mínimo de 10 pessoas:

- 1 representante da SMSDC/ASSESSORIA/GAB
- 2 representante da SMSDC/SUBHUE;
- 2 representantes da SMSDC/SUBHUE/SHPM
- 2 representante da SMSDC/SUBG
- 2 representante da S/SUBPAV

A.4. FUNÇÕES

As funções da comissão serão:

- Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado de forma consensual pelos membros que a compõem;
- Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pelo SMSDC/RJ ou pela contratada,

- Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CTAA e participantes presentes;
- Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços, assim como os relatórios econômico-financeiros apresentados pela instituição parceira, analisando os desvios ocorridos e suas possíveis causas em relação às metas e ao orçamento estabelecido no Contrato de Gestão;
- Analisar as ocorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, mormente em relação às metas e ao orçamento estabelecido no Contrato de Gestão.
- Indicar as medidas corretivas aos desvios observados e realizar discussões com a instituição parceira, quando necessárias;
- Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços executados;
- Avaliar a pontuação do quadro de indicadores de acompanhamento, avaliação e metas;
- Elaborar relatórios à SMSDC/RJ sobre os dados analisados.

B. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

B.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social descrever e executar:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre
 - o Os serviços que oferta
 - o Indicadores de avaliação de desempenho destes serviços utilizando padrões estabelecidos pela SMSDC/RJ.
 - o Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados.
- Sistema gerencial de informação com acesso pela internet
 - o Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
 - o Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
 - o Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
 - o Referência e contra-referência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, Plano Municipal de Saúde/RJ e com os Planos e Protocolos assistenciais de Atenção Perinatal da SMSDC/RJ.

B.2. Diagnóstico físico e operacional dos recursos humanos, materiais e equipamentos dos serviços de Atenção Perinatal

Após dois meses de execução do diagnóstico, serão disponibilizados à OSS pela SMSDC/RJ os indicadores referentes a este item. O alcance das metas durante a execução do diagnóstico não faz jus às parcelas variáveis, servindo apenas para nortear o pagamento das parcelas fixas. As parcelas variáveis se aplicam apenas às atividades de coordenação dos serviços de Atenção Perinatal.

B.3. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apóiam a boa prática clínica são:

- As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- Manuais, protocolos e diretrizes clínicas do Ministério da Saúde para atenção obstétrica e neonatal;
- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros serviços no âmbito territorial;
- Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela SMSDC/RJ.

As cinco referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTAA são:

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico;
- Uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMSDC, como no caso das capacitações para dengue, gripe A da SMSDC/RJ e Ministério da Saúde;
- Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMSDC;
- Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SESDEC RJ e SMSDC RJ.
- Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, sobre a atenção ao parto e nascimento e recém-nascido de baixo risco e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Perinatal;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, caso proceda, dos agravos;
- Respeito às diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH e aos preceitos da Humanização da Atenção ao Parto e Nascimento e da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método do Canguru;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- Avaliação externa da prática assistencial;
- Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

B.4. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Garantia do direito ao acompanhante no pré-parto e parto normal;
- Incentivo à participação da família durante o período de internação materna e neonatal;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo a informação obtida através de questionário de pesquisa de opinião realizado pela instituição parceira ou por órgão designado ou contratado para tal fim.

B.5. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade na linha de cuidado perinatal (pré-natal / atenção ao parto e nascimento) de acordo com as referências estabelecidas pelo Programa Cegonha Carioca. Esta articulação se dará com o apoio da SUBHUE e se fará entre a Instituição Parceira, a coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção básica responsável pelo atendimento pré-natal, as Maternidades da SMSDC/RJ, as Unidades de Urgência e Emergência, a UPA da região onde a Unidade está instalada e a Central de Regulação da SMSDC/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e Classificação de Risco e sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nas Unidades de Atenção Perinatal;
- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra-referências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede.
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.

C. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS – Pagamento da Parte Variável

Nos últimos anos observou-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (*pay-for-performance* (P4P) ou *“value based purchasing”*), principalmente no Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que a má qualidade quase sempre aumenta os custos através da ineficiência, prolongamento da necessidade de cuidados, de tratamentos e de cirurgias complementares.

Os programas de pagamento por desempenho visam à melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo em que promovem o aumento do acesso aos serviços de saúde.

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002), tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

- Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão;
- Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade;
- Parte variável 03 - incentivo às equipes de plantão.

3.1. Parte variável 01

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMSDC. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do contrato de gestão.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 3.1.1 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até 2% do valor total conforme cronograma de desembolso (excluindo-se o item de adaptação de unidades), deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMSDC/RJ, definidos no Quadro 3.1.1

O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.

Caso a OSS cumpra a totalidade das metas, a parte variável 01 deverá ser repassada para a OSS, devendo esta apresentar à SUBHUE o plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS,

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS. O 1% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela SUBHUE, alocado na rubrica “Custeio de rede”.

(iii) cumprimento de menos de 60% das metas implica em destinação do total do recurso (2%), mediante plano de aplicação elaborado pela SUBHUE, alocado na rubrica “Custeio de Rede”.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação – CTAA, que é parte integrante da SMSDC/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela **CONTRATADA**, já mencionados anteriormente.

Quadro de Indicadores, Avaliação e Metas

Indicador	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da Avaliação	Meta
01	Implantação de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de comissões de prontuários implantadas e de relatórios emitidos	$\frac{\text{Nº de unidades com comissões implantadas}}{100 \times \text{total de unidades instaladas}}$	Relatórios da OS	A partir do 3º mês de contrato Trimestral	100% de comissões instaladas

02	Acompanhamento do cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	Nº de profissionais cadastrados _____ x 100 Nº de profissionais contratados	CNES	Mensal	100%
03	Serviço de Atendimento ao Usuário. Pesquisa de satisfação	Proporção de número de usuários atendidos e número de usuários entrevistados	N de usuários atendidos _____ X 100 N de usuários entrevistados	Prontuário Eletrônico e formulário de entrevistas	A partir do 3º mês, periodicidade trimestral	5 %
04	Educação continuada em temas relevantes para a assistência obstétrica e neonatal de risco habitual, médio e alto risco.	Proporção de profissionais treinados	Nº de profissionais _____ x100 total de profissionais capacitados	Relatório da CTAA com os profissionais contratados e o relatório com a presença dos profissionais nas atividades de capacitação	Trimestral (a partir do 1º mes de implantação do serviço)	90%
05	Informatização dos postos de trabalho	Proporção de consultórios, salas de procedimentos (aqui inclui o Centro Cirúrgico) e clínicas especializadas de internação com terminais do prontuário eletrônico	Numero de consultórios e salas de procedimentos com terminais do prontuário eletrônico - _____ X 100 total de consultórios, salas de procedimento e clínicas especializadas constantes do projeto	Relatório OS	Trimestral	40%
06	Relatório das Atividades Financeiras dentro dos Prazos estabelecidos pela SMSDC/RJ	Data da entrega em relação à data estabelecida	Numero de relatórios entregues dentro do prazo previsto _____ X 100 por (número de relatórios que devem ser entregues ao final de 3 meses)	Relatório	Trimestral	100%

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMSDC – Rio de Janeiro juntamente com a OS deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

Mesmo após o cumprimento de todas as metas elencadas no Quadro de Indicadores, Avaliação e Metas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à administração da OSS, a CTAA, baseada em relatório fundamentado enviado pela SUBHUE, poderá descontar até 50% (cinquenta por cento) do valor da parte variável 01.

3.2 - Parte variável 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de Atenção Perinatal destinará um valor trimestral pré-estabelecido equivalente a 1% do custeio fixo para a Maternidade, a ser aplicado na própria Maternidade. A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre ou o não cumprimento das metas acordadas acarretará na destinação do valor à rubrica "custeio de rede", devendo ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela SUBHUE.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por indicadores agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico, conforme Quadro a seguir.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMSDC – Rio de Janeiro juntamente com a OS deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

Mesmo após o cumprimento de todas as metas elencadas no Quadro de Indicadores, Avaliação e Metas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à administração da OSS, a CTAA, baseada em relatório fundamentado enviado pela SUBHUE, poderá descontar até 50% (cinquenta por cento) do valor da parte variável 01.

3.2 - Parte variável 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de Atenção Perinatal destinará um valor trimestral pré-estabelecido equivalente a 1% do custeio fixo para a Maternidade, a ser aplicado na própria Maternidade. A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre ou o não cumprimento das metas acordadas acarretará na destinação do valor à rubrica "custeio de rede", devendo ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela SUBHUE.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por indicadores agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico, conforme Quadro a seguir.

Quadro descritivo dos indicadores que compõem a parte variável 02

<p>Atendimento ao usuário</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percentagem de pacientes registrados e acolhidos – 100% 2. Tempo Médio entre o acolhimento e o atendimento médico, considerando os tempos preconizados pela Política Municipal de Acolhimento da SMSDC/RJ e pelo Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca. 3. Taxa de Usuários e Profissionais ouvidos pela ouvidoria com relatório cada 3 meses - 10% 4. Taxa de preenchimento completo de cadastro dos pacientes (100%). <p>Desempenho Assistencial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mortalidade Materna, Morbidade Materna <i>Near Miss</i> e Mortalidade Neonatal avaliadas pela comissão dentro do esperado para unidades de Atenção Perinatal. 2. Inserção no Sistema de Regulação vigente dos pacientes – 100% <p>Satisfação dos Usuário/Pacientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMSDC). (Caso este indicador não seja alcançado os demais sequer serão analisados) – 60% <p>Eficiência</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percentual dos prontuários organizados e assinados pelo (s) profissional (ais) responsável (eis) – 90% 2. Percentual de postos de trabalho informatizados e operacionais – 95%
--



Após o primeiro ano do contrato de gestão as metas definidas pela SMSDC serão revistas pela SUBHUE juntamente com as unidades, que o farão de acordo com o histórico do ano anterior (linha de base).

O monitoramento dos indicadores deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo coordenado médico da unidade.

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTAA e a unidade. Sempre que existirem incongruências entre os dados da OSS e os da SMSDC cujos motivos de discordância não forem apurados, os dados registrados deverão ser auditados pela SUBHUE.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a aplicação de questionários – os modelos dos questionários elaborados pela OSS deverão ser submetidos e aprovados pela SUBHUE/SMSDC.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades onde deve estar explícito as razões pelas quais algumas metas podem não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pela SMSDC ou pelo Ministério da Saúde.

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo, sendo submetido a SUBHUE para validação.

Caberá às CTAA aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela SUBHUE, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

3.3. Parte variável 03

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de plantão destinará um valor variável de recursos a serem recebidos semestralmente por cada equipe a título de remuneração por desempenho. O valor repassado para o pagamento que a contratada efetue o pagamento desta parte variável estará limitado a, no máximo, 2% do custeio fixo. Caso a equipe atinja menos de 20% das metas acordadas para o trimestre, isto acarretará em destinação dos recursos orçamentários para utilização na rubrica "Custeio de Rede", tendo plano de aplicação definido pela SUBHUE.

Durante o ano de 2010, a PCRJ e a SMSDC identificou a contratualização como ponto fundamental, indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência.

O objetivo é evoluir como alguns sistemas de saúde do mundo fizeram, avaliado o desempenho clínico de cada profissional da unidade e oferecendo a eles incentivos e gratificações associadas ao seu desempenho.

CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (parte variável 03).

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas.

Uma equipe terá como teto o alcance de 300 unidades contábeis no trimestre e, como limite mínimo para receber o incentivo, 60 UC no trimestre (20%).

Baseado nos protocolos assistenciais existentes de Atenção Perinatal, nos protocolos de classificação de risco e no preenchimento adequado do Boletim de Atendimento, definiu-se as ações de saúde a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser paga trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes da Maternidade.

A compensação prevista está associada a assistência aos pacientes, segundo as orientações técnicas da SUBHUE/SMSDC, devendo contemplar os indicadores apresentados no quadro a seguir:

Quadro – indicadores da parte variável 03 – contratualização dos incentivos financeiros aos profissionais

1. Humanização do Parto e Nascimento

- a. Percentual de gestantes com acompanhante no trabalho de parto (TP) (**Meta 1º semestre Contrato > 80% - 2º semestre Contrato > 90%**)
Fórmula: $\frac{\text{Nº acompanhantes de gestantes em TP}}{\text{Nº total de gestantes em TP}} \times 100$

Nº total de gestantes em TP

- b. Percentual de gestantes com acompanhante no parto (**Meta 1º semestre Contrato > 60% - 2º semestre Contrato > 80%**)
Fórmula: $\frac{\text{Nº acompanhantes no momento do parto}}{\text{Nº total de partos}} \times 100$

Nº total de partos

- c. Percentual de puérperas adolescentes com acompanhante no alojamento conjunto (**Meta > 90%**)

- d. Percentual de puérperas pós-cesárea com acompanhantes no alojamento conjunto (**Meta > 70%**)

2. Taxa de cesárea compatível com as boas práticas perinatais para o perfil de risco da população atendida na unidade

- a. Indicador
i. % de cesárea no total de nascimentos (**Meta < 25%**)
Fórmula: $\frac{\text{Número partos cesáreos}}{\text{Número total de partos}} \times 100$

Número total de partos

3. Taxa de Asfíxia Perinatal

- a. Indicador
i. Apgar no quinto minuto menor que 7 (**Meta < 2%**)
Fórmula: $\frac{\text{Nº RNs com Apgar} < 7}{\text{Nº total de nascimentos}} \times 100$

Nº total de nascimentos

4. Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – Método Canguru

- a. Indicador
i. Percentual de RNs elegíveis internados por, no mínimo, 05 dias na Unidade Canguru (**Meta > 70%**)

5. Obtenção do Título Hospital Amigo da Criança

- a. Indicador
i. Processo de avaliação em curso (**Meta: 1ª avaliação externa entre 6º e 8º mês**)
ii. Obtenção do Título (**Meta: Certificação até o 12º mês do contrato**)

6. Manutenção das taxas das IRAS dentro dos parâmetros definidos pela equipe técnica da S/SUBHUE/SHPM

- a. Indicadores
i. Envio mensal dos relatórios de acompanhamento das taxas de IRAS de origem materna e de origem hospitalar com as informações discriminadas abaixo (**Meta: 90% dos relatórios entregues no prazo estipulado**):
1. Taxa de incidência acumulada de IRAS de origem materna estratificada em cinco faixas de peso ao nascimento: <750g, 750-999g, 1.000-1499g, 1.500-2.499g, ≥2.500g
2. Taxa de densidade de incidência de IRAS de origem hospitalar estratificada em cinco faixas de peso ao nascimento: <750g, 750-999g, 1.000-1499g, 1.500-2.499g, ≥2.500g
3. Taxa de densidade de incidência de infecções associadas a dispositivos invasivos (taxa de infecção da corrente sanguínea associada a cateter umbilical, taxa de infecção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central, taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica), estratificadas em cinco faixas de peso ao nascimento: <750g, 750-999g, 1.000-1499g, 1.500-2.499g, ≥2.500g
4. Taxa de densidade de incidência de colonização e infecção por microrganismos multirresistentes em pacientes neonatais
5. Taxa de incidência acumulada de infecção do sítio cirúrgico e em episiotomia em puérperas
6. Taxa de incidência acumulada de IRAS em gestantes e puérperas

7. Incidência de retinopatia da prematuridade (**Meta < 2,5%**)

Fórmula: $\frac{\text{Número de RN} < 1500\text{g com ROP} > 3}{\text{Número de RN admitidos com} < 1500\text{g}} \times 100$

Número de RN admitidos com <1500 g

8. Incidência de displasia broncopulmonar (**Meta < 4%**)

Fórmula: $\frac{\text{RN} < 1500\text{g de PN c/ O2 com IGC de 36 sem}}{\text{Número de RN admitidos com menos de 1500g}} \times 100$

Número de RN admitidos com menos de 1500g

9. Recuperação de peso de nascimento em RN < 1500g (**Meta > 80%**)

Fórmula: $\frac{\text{Nº RN} < 1500\text{g que atingiram PN com 15 dias}}{\text{Nº RN} < 1500\text{g internados no período}} \times 100$

Nº RN < 1500 g internados no período

10. Seguimento das diretrizes clínicas para atenção obstétrica e neonatal

a. Indicadores

- i. Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro - semanas IG (**Meta > 90%**)
- ii. Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave (**Meta = 100%**)
- iii. Utilização do Surfactante na primeira hora de vida para os RNs com menos de 31 semanas. (**Meta > 90%**).
- iv. Utilização de ocitocina no trabalho de parto (**Meta < 30%**)
- v. Utilização de ocitocina intramuscular no pós-parto imediato (**Meta > 95%**)
- vi. Utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor no pré-parto (**Meta > 30%**)

11. Inserção da maternidade no Programa Acolhimento Mãe-Bebê

a. Indicador

- i. Percentual de mães encaminhadas para o Acolhimento Mãe-Bebê nas unidades básicas de referência (**Meta > 95%**)
Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ encaminhamentos ao Acolhimento Mãe-Bebê}}{\text{N}^\circ \text{ total binômios de alta hospitalar}} \times 100$

Nº total binômios de alta hospitalar

12. Inserção da maternidade no Programa Acolhimento Mulher

a. Indicador

- i. Percentual de mulheres encaminhadas para o Acolhimento Mulher nas unidades básicas de referência (**Meta > 95%**)
Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ encaminhamentos ao Acolhimento Mulher}}{\text{N}^\circ \text{ total mulher de alta hospitalar s/ RN}} \times 100$

Nº total mulher de alta hospitalar s/ RN

13. Atendimento a Vítimas de Violência Sexual

a. Indicadores

- i. Percentual de atendimento emergencial às vítimas de violência sexual (**Meta > 95%**)
Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ atendimento emergencial a VVS}}{\text{N}^\circ \text{ total demanda de VVS}} \times 100$

Nº total demanda de VVS

- ii. Percentual de atendimento sequencial às vítimas de violência sexual (**Meta > 90%**)
Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ encaminhamento ambulatorial a VVS}}{\text{N}^\circ \text{ total de atendimento emergencial a VVS}} \times 100$

Nº total de atendimento emergencial a VVS

- iii. Realização do aborto legal, conforme previsto no Art. 128 do Código Penal Brasileiro

14. Atendimento Humanizado ao Abortamento

a. Indicador

- i. Percentual de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento, de acordo com a recomendação do Protocolo da SMSDC/Rio (**Meta = 100%**)

Os pagamentos da parte variável 01,02 e 03 estão previstos a partir do segundo trimestre de vigência do contrato de gestão, conforme previsto em cronograma do apêndice 1 – Anexo III

4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A OSS deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da SUBHUE / SMSDC, as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde das suas áreas de abrangência;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMSDC/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMSDC- Rio de Janeiro.

4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

4.1.1. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

4.1.6. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;

Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, com o apoio de técnicos da SVS / SUBPAV.

Os itens discriminados na tabela de avaliação serão analisados em datas comunicadas pela SMSDC/RJ, a partir do início de vigência do Contrato de Gestão.

Os relatórios gerais e específicos deverão ser entregues pela Organização Social até o 3o dia útil do mês subsequente. Os relatórios de produção deverão ser diários com consolidados semanais entregues a SUBHUE/SMSDC/RJ.

D.1.4 SISREG - Sistema Nacional de Regulação.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores (*Internet Explorer, Mozilla Firefox, etc.*) instalados em computadores conectados à internet. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. Existe ainda um espaço on-line denominado ambiente de treinamento para que gestores estaduais, municipais, profissionais de saúde e profissionais de informática naveguem e conheçam o escopo de funcionalidades que permitem compor uma central de regulação de maneira rápida e prática.

Este sistema é composto por dois módulos principais:

Central de Marcação de Consultas (CMC)

Visa atender ao processo regulatório dos procedimentos especializados como as consultas médicas e exames de média/alta complexidade e para tal, utiliza sistema próprio de agendamento destes procedimentos.

Central de Internação Hospitalar (CIH)

Visa o atendimento das internações hospitalares, com o controle central de leitos da rede permitindo o gerenciamento do processo de regulação e autorização das solicitações para internações, tanto emergenciais quanto eletivas.

Operacionalização do Sistema:

O sistema é operacionalizado através da inter-relação entre as Centrais de Regulação e as Unidades Solicitantes e Executantes.

ANEXO "D" AO CONTRATO

TERMO DE PERMISSÃO DE USO

MATERNIDADE da Praça 1º de Maio

TERMO DE PERMISSÃO DE USO

I - Fica permitido, na forma da Lei Municipal nº. 5.026/09, o uso dos bens públicos



relacionados no Apenso, de acordo com o Contrato de Gestão oriundo do processo administrativo 09/XXXX/11, assim como os bens que lhes guarnecem.

II - O prazo de vigência da presente permissão é o mesmo do Contrato de Gestão ao qual se vincula.

III - Quaisquer construções ou benfeitorias realizadas no imóvel, bem como, a instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, serão incorporadas ao patrimônio municipal, sem direito à retenção.

IV - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições, adequadas à sua destinação.

V - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato de Gestão, deverão ser incorporados ao patrimônio da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à CONTRATANTE a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens patrimoniais.

VI - A realização de benfeitorias ou acréscimos nos bens arrolados deverá ser realizada mediante prévia aprovação e por escrito do Poder Público Municipal

VI - Os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações que forem destinados à CONTRATADA para o objeto do Contrato de Gestão, bem como, as, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde cujo uso foi permitido por este anexo, serão incorporados ao patrimônio municipal ora arrolado.

VII - Ficará assegurado o acesso dos servidores municipais vinculados à área técnica e ao Contrato de Gestão às dependências dos bens cedidos.

VIII - Não poderá ser permitido a terceiro a utilização do bem público cedido sem prévia autorização por escrito, nem poderá ser autorizado o uso do bem público cedido em atividade distinta da prevista no Contrato de Gestão.

IX - Deverá a CONTRATADA providenciar seguro contra incêndio, raio, explosão e riscos diversos (danos elétricos, vendaval, quebra de vidros e responsabilidade civil) para o prédio, instalações e equipamentos indispensáveis ao funcionamento do bem imóvel cedido. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados.

X - Deverá a CONTRATADA pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do imóvel, inclusive tarifas e taxas.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2011.

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

Organização Social

1) _____
Nome:
R.G.:

2) _____
Nome:
R.G.:

**O RIO ESTÁ SE TRANSFORMANDO. CONHEÇA:
CIDADEOLIMPICA.COM**

Vídeos, fotos, animações 3D, documentários e reportagens sobre todas as transformações que já estão a caminho dos Jogos Olímpicos de 2016.

Cidade Olímpica
http://cidadeolimpica.com/htm/home.php
CIDADE OLÍMPICA
RIO DE JANEIRO | BRASIL
RIO PREFEITURA
SEMPRE PRESENTE