

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.

c.11) Certidão Negativa de Débitos Trabalhista, conforme Lei nº 12.440, 07/07/2011.

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 16/04/2012 às 14:00 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 Esta sessão pública obedecerá aos princípios e normas já observadas pela SMSDC/RJ para a realização de processos de seleção.

5.3 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.

5.4 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.

5.5 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.

5.6 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.

5.7 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 obedecerá 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 orçamentários destinados a cada tipo de despesa (recursos humanos, custeio e investimento).	0,5 PONTOS

SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

COORDENADORIA DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, CONTRATOS E CONVÊNIOS

EDITAL Nº 03/2012

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 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 E SERVIÇOS DE SAÚDE, 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 das Áreas de Planejamento, localizada 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.

O presente chamamento público está distribuído em dois lotes. Cada lote representa uma unidade de Pronto Atendimento, Porte Tipo III, conforme descrição de quadro abaixo:

LOTE	Classificação	Porte da unidade	Serviço a ser oferecido	Endereço	Bairro
01	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Tipo III	Pronto Atendimento	Estr. Manoel Nogueira de Sá com Rua Prof. José Rodrigues	Magalhães Bastos
02	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Tipo III	Pronto Atendimento	Praça Santa Bárbara	Rocha Miranda

1.2 O gerenciamento dessas ações e serviços de saúde, nas unidades descritas, incluirá ainda:

- Desenvolvimento de linhas de trabalho que permitam avançar na integralidade da assistência e do acesso da população local aos serviços e ações de saúde;
- Respeito à Área de Planejamento de Saúde estabelecida pela SMSDC, na qual o papel de cada Unidade de Saúde na rede regionalizada seguirá a indicação dos territórios integrados de atenção à saúde;

- Apoio à gestão de Unidades de Pronto Atendimento indicadas 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 2.648, de novembro de 2011, 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 I – Termo de Referência que integra o presente edital;
- Promoção da melhoria da qualidade de atenção e do acesso dos cidadãos às ações de saúde no âmbito das urgências e emergências.

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.

2.2 O prazo para a assinatura do Contrato de Gestão será de até 120 (cento e vinte) dias após a homologação do resultado do Processo de Seleção, prorrogáveis pelo mesmo período, observadas as condições previstas no próprio contrato.

3. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

As Organizações Sociais participantes do presente certame poderão concorrer apenas para um lote, devendo apresentar a escolha do lote no envelope 01 – Proposta Técnica e Econômica, conforme descrição do Anexo II deste edital.

3.1 NO ATO DO CREDENCIAMENTO DOS REPRESENTANTES

3.1.1 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.

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

3.1.2 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.

3.1.1.3 A documentação referida no subitem 3.1.2.2 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, ambos os documentos podem ser originais ou fotocópias autenticadas.

3.1.3 A documentação referida nos subitens 3.1.1, 3.1.2.1, 3.1.2.2 e 3.1.2.3 deverá ser entregue diretamente à Comissão Especial de Seleção e fora de qualquer envelope.

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

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

3.1.5 A credencial será acompanhada de documento de identificação do representante, com foto, emitido por Órgão Público.

3.1.6 Caso não seja credenciado representante, a OS não fica impedida de apresentar sua Proposta Técnica e Econômica em envelope próprio (Envelope 01). Neste caso, a OS ficará impedido de quaisquer manifestações em referência a fatos relacionados com a presente Seleção.

3.1.7 A OS poderá credenciar um novo representante no início das sessões de qualquer fase do processo seletivo.

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

3.2 Apresentação da Proposta Técnica e Econômica em envelope próprio (Envelope 01)

3.2.1 Atender ao previsto no item 3.1.1 e apresentar a 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)

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

- I – da regularidade jurídica;
- II – da boa situação econômico-financeira da entidade; e
- III – de experiência técnica para desempenho da atividade objeto do contrato de gestão.

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

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 na **Unidade de Pronto Atendimento**, 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:

d.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 (que não seja a proponente), indicando local, natureza, volume, qualidade, tempo de atuação (especificando a quantidade de dias, meses e anos ou a data de início e fim da prestação de serviço) e cumprimento de prazos que permitam avaliar o desempenho da Organização Social;

d1.1. As comprovações descritas no item d.1, limitar-se-ão à demonstração, pela entidade, de sua experiência técnica e gerencial na área relativa à atividade a ser executada, ou pela capacidade técnica do seu corpo dirigente e funcional, conforme previsto no §2º do Inciso III do art.14 do Decreto Municipal nº 30.780/09.

d.2. Comprovação, pela Organização Social, através da documentação legal:

- a. De possuir no seu quadro responsável Técnico (médico), cuja comprovação como sendo parte do quadro da empresa será caracterizada por:
 - I. Vínculo societário, demonstrado por Contrato Social ou Estatuto atualizado;
 - II. Vínculo empregatício, através de cópia da Ficha de Registro de Empregado, autenticada;
 - III. Vínculo empregatício, através da Carteira de Trabalho, autenticada; e
 - IV. Ser o responsável técnico na Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART) do Conselho de Medicina, desde que juntamente com a cópia do Contrato de Prestação de Serviço.

b. De que o Responsável Técnico (médico) supracitado comprove ter realizado ou participado da administração e gerenciamento de Unidade de Saúde equivalentes ou semelhantes ao objeto da presente seleção através da apresentação de documentação pertinente como: Publicação em Diário Oficial, Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART), Certidão da Vigilância Sanitária;

d.3. Comprovação, pela Organização Social, através da documentação legal:

a. De possuir em seu quadro, profissional de nível superior com graduação ou especialização, em gestão em saúde, cuja comprovação como sendo parte do quadro da empresa será caracterizada por:

- I. Vínculo societário, demonstrado por Contrato Social ou Estatuto atualizado;
- II. Vínculo empregatício, através de cópia da Ficha de Registro de Empregado, autenticada;
- III. Vínculo empregatício, através da Carteira de Trabalho, autenticada; e
- IV. Ser o responsável técnico na Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART) do Conselho de Medicina, desde que juntamente com a cópia do Contrato de Prestação de Serviço.

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 Para a elaboração da Proposta Técnica e Econômica, 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 sua Proposta Técnica e Econômica, não cabendo nenhuma indenização pela aquisição dos elementos necessários à organização e apresentação das propostas.

4.1.6 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, podendo, em caso de não cumprimento, ter sua pontuação penalizada a critério da comissão.

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) 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, através do original ou de fotocópia autenticada.

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-EM;
- 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.

c.11) Certidão Negativa de Débitos Trabalhista, conforme Lei nº 12.440, 07/07/2011.

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 16/04/2012 às 14:00 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 Esta sessão pública obedecerá aos princípios e normas já observadas pela SMSDC/RJ para a realização de processos de seleção.

5.3 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.

5.4 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.

5.5 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.

5.6 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.

5.7 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 obedecerá 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 orçamentários destinados a cada tipo de despesa (recursos humanos, custeio e investimento).	0,5 PONTOS

2. Conhecimento do Objeto da Contratação	1. Descrição e Análise das principais características da Demanda por serviços públicos de saúde na AP.	1,0 PONTOS
	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 AP.	1,5 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 Gestão compartilhada.	0,5 PONTOS
	2. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde públicos ou privados em Outros Municípios com população residente no ano de publicação deste Edital igual ou superior a 150.000 habitantes.	1,0 PONTOS
4. Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade operacional das unidades de saúde	3. Experiência em gestão de serviços públicos ou privados e ações voltadas à atenção as urgências e emergências em unidades de atendimento não-hospitalares.	1,5 PONTOS
	1. Organização proposta para as diferentes atividades assistenciais.	1,0 PONTOS
5. Adequação entre os meios sugeridos, cronogramas e resultados presumidos	2. Quantidade e qualidade de atividades propostas.	1,0 PONTOS
	1. Recursos Humanos estimados.	0,5 PONTOS
	2. Prazos propostos para implantação e pleno funcionamento dos serviços.	1,0 PONTOS
	3. Organização das atividades de apoio.	0,25 PONTOS
4. Sistemática de programas de manutenção predial e 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 06 (seis) 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 10 (dez) 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 **II**, a SMSDC repassará à Organização Social contratada, no prazo e condições constantes no Anexo **III**, a importância global estimada em **R\$ 25.907.800,00 (vinte e cinco milhões novecentos e sete mil e oitocentos reais)** para cada Unidade de Pronto Atendimento.

7.2 Do montante global mencionado no item 7.1, o valor de **R\$ 7.334.770,00 (sete milhões trezentos e trinta e quatro mil setecentos e setenta reais)** é destinado a custear o primeiro exercício financeiro do Contrato de Gestão para cada Unidade de Pronto Atendimento.

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

8. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1 A despesa com a futura contratação correrá à conta do orçamento da SMSDC-RJ, sendo R\$ 6.034.770,00 (seis milhões trinta e quatro mil setecentos e setenta reais) disponíveis no Plano de Trabalho nº. 1801.1030203182.890 (custeio) e R\$ 1.300.000,00 (Hum milhão e Trezentos Mil Reais) disponíveis no Plano de Trabalho nº. 1801.1030203182.890 (custeio) 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 **R\$ 11.025.940,00 (onze milhões vinte e cinco mil novecentos e quarenta reais)**, 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.

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 a Áreas de Planejamento 5.1 e 3.3, 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 legislações 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 aceito 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 da AP 3.1, 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.saude.rio.rj.gov.br. Integram o presente descritivo, como se nele estivessem transcritos, os seguintes documentos:

Anexos do Edital:

- I – Termo de Referência;
- 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 - Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os Serviços de Saúde;
 - C - Termo de Permissão de Uso.
 - D - Apoio à Constituição dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde;

Rio de Janeiro, 29 de março de 2012.

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

UPA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PROJETO BÁSICO VISANDO O **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**, por meio de CONTRATO DE GESTÃO com Organização Social, que assegure assistência universal e gratuita à população, unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito da **Unidade de Pronto Atendimento – UPAs**, DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, localizada na AP, no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC).

Área Responsável pela elaboração do Projeto Básico: Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE).

1. CONTEXTO

O crescimento da demanda por serviços na área de saúde nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes, da violência urbana, da expectativa de vida, dos casos de agravos clínicos crônicos agudizados e a insuficiente estruturação da rede assistencial, contribui decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência. Aliado a isto o atendimento a essa demanda deve ser franqueado em todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando sua resolução integral ou transferindo-a responsabilmente regulada, para um serviço de maior complexidade, dentro da lógica de organização da Rede de assistência em saúde e da Rede de Atenção às Urgências, trabalhando dentro de um conceito amplo de saúde que atue desde a promoção e prevenção até a recuperação da saúde.

Desta forma direcionando a intervenção e a resposta às necessidades de saúde, e organizando a rede de assistência, integra-se a rede a UPAs.

2. JUSTIFICATIVA

A SMSDC entende que deve estar presente e atenta aos cuidados de urgência e emergência bem como a estruturação de rede de assistência e de atenção às urgências a toda sua população. E particularmente a fará crescer neste projeto, construindo, estruturando e aumentando a capacidade de sua rede de serviços de urgência e emergência ampliando através de estudo técnico assistencial a rede de atenção às urgências, possibilitando acesso e acolhimento, assistência resoluta e se necessário a manutenção do paciente sob observação amarela ou vermelha, sendo que essa última possibilita a estabilização do paciente grave bem como cuidados de alta complexidade, até seu direcionamento definitivo para leito de internação em unidade fechada de terapia intensiva.

A organização da rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos pacientes em situação de urgência aos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

Tendo como base as portarias do Ministério da Saúde - MS 1.600 de 07 de julho de 2011 que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, 2.648 de 07 de novembro de 2011 que redefine as diretrizes para a implantação do componente unidade de pronto atendimento – UPA e 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde com o conceito de Redes de Atenção à Saúde – RAS, onde:

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Salientando que a solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando

suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

RAS - Síntese:

1) Objetivo: promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

2) Característica: formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

3) Fundamentos:

a) Economia de Escala (ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados), Qualidade (A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, e equidade) , Suficiência (significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população), Acesso (ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado) e Disponibilidade de Recursos (Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados).

b) Integração Vertical e Horizontal, conceitos que vêm da teoria econômica e estão associados à concepções relativas às cadeias produtivas. Integração Vertical - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo). Integração Horizontal - consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).

c) Processos de Substituição, são definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis. Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos da RAS, no que se refere a prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo.

d) Região de Saúde ou Abrangência, a organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

e) Níveis de Atenção, fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

A **UPAs** vai integrar e interagir-se com os demais serviços de saúde, dando suporte ao atendimento dos pacientes com quadros agudos, crônico agudizados e traumáticos, compondo a rede regional de assistência e atenção a saúde e as urgências, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, cada um deles sendo um elo da corrente de manutenção da vida.

Dentro da lógica de organização de rede, haverá também o desenvolvimento das linhas de cuidados, que por definição são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

A **UPAs** vai ser capaz de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves – Portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002. Ampliando o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção inicial adequada e necessária aos diferentes agravos; garantindo a universalidade, equidade e integralidade no primeiro atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); regionalizando o atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; humanizando a atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; implantando modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; articulando e integrando os diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; atuando no território, definindo e organizando as regiões de saúde e as redes de atenção a partir das necessidades de saúde das populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; atuando de forma profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; monitorando e avaliando a qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; articulando de forma interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada; estimulando a participação e controle social dos usuários sobre os serviços; apoiando e executando projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas. Participará da regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; participado ativamente da qualificação da assistência por meio da educação permanente de suas equipes de saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização – Portaria 1.600, de 07 de novembro de 2011.

A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, na busca da modernização do setor de saúde do Município, traçou como objetivo principal iniciar uma nova fase na oferta de serviços de saúde à população, através da reestruturação de sua rede de saúde, de acordo com as necessidades e fragilidades de cada área da Cidade, tendo como importante coadjuvante a **UPAs**, integrante da estruturação das ações de suporte de urgência e emergência.

A **UPAs** é unidade pública, do SUS, que tem como atividade-fim o pronto atendimento ao usuário do SUS e exclusivamente do SUS, que necessita de cuidados de saúde de urgência, necessitando para o seu adequado funcionamento, de apoio administrativo e técnico para execução de suas finalidades gerenciais e assistenciais, tais como logística e abastecimento, gerenciamento de pessoas, faturamento, informação, etc..

A Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência elaborou o presente Termo de Referência/Projeto Básico, com vistas à contratação de prestação de serviços unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, que contemplem todas as necessidades que viabilizem o gerenciamento e a execução de atividades de serviços de saúde por intermédio de contrato de gestão com indicadores e metas na **UPAs**, nova unidade de saúde da rede municipal, construindo em conjunto com as demais unidades de saúde a rede de assistência à saúde e às urgências.

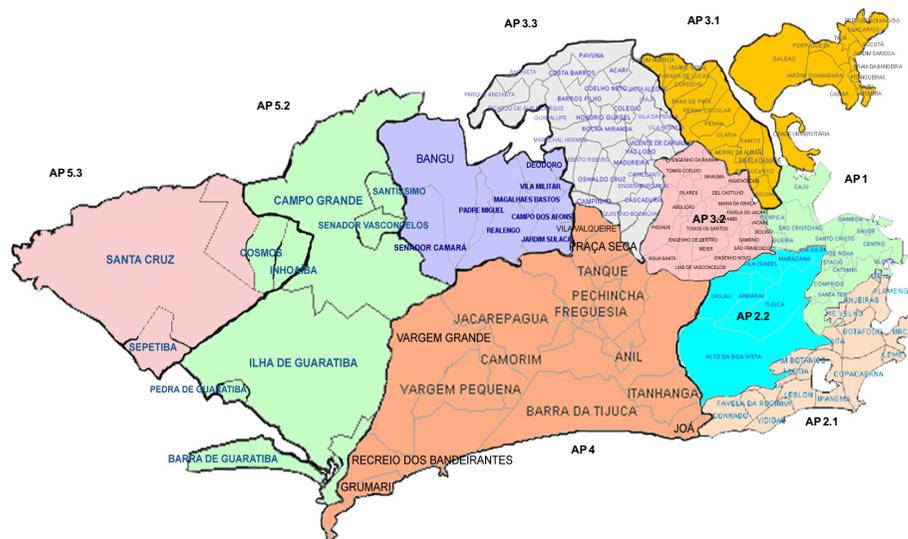
3. OBJETO

O presente Projeto Básico visa contemplar as necessidades essenciais para o efetivo acolhimento, atendimento e assistência aos pacientes da região das APs, dentro da lógica de construção da rede de assistência, interagindo e articulando-se através de pactuações e da regulação com a atenção primária, com a atenção ambulatorial especializada e com a rede hospitalar. O desenvolvimento de todas as ações assistenciais de urgência e emergência, exclusivamente aos usuários do SUS, será executado através da contratação por contrato de gestão, de Organização Social, para o gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde para as **UPAs**. Garantindo assim, assistência adequada, contínua, integral e humanizada aos pacientes, com conseqüente e organizada referência para os diversos níveis de atenção.

Para a oferta dos relevantes serviços de saúde a serem prestados por essa nova unidade se faz necessário a realização de contrato de gestão, a ser prestado quando da abertura da unidade após o término das obras de construção. Não havendo como acrescentar esta nova unidade com demanda de material, equipamentos, pessoal e mobiliário a já sobrecarregada estrutura assistencial de saúde da SMSDC, nas AP da Cidade.

As bases para o planejamento estão relacionadas às necessidades da população da Cidade, adequando-as as necessidades de recursos humanos, materiais e de serviços, para sustentar todos os níveis de complexidade das diversas atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **UPAs**.

4. ABRANGÊNCIA



A UPAs está localizada na APS, na Rua Uranos.

O perfil epidemiológico da Cidade não difere muito do perfil epidemiológico do restante do país, com óbitos ocorrendo ainda por doenças crônicas agudizadas e pelo crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, além das doenças parasitárias e infecciosas, ainda prevalentes.

Perfil da Cidade do Rio de Janeiro

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

Dentre estas serão detalhadas aquelas ligadas as condições crônicas agudizadas e as causas externas, mais impactantes as portas de entrada dos serviços de emergência e importantes para a organização da Rede de atenção a saúde e as urgências.

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.

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.

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.

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.

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.

A APS 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 APS 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.

5. PRODUTO

A prestação de serviços abrange a contratação de recursos humanos, de serviços, a aquisição de material permanente, insumos e medicamentos e a programação visual da unidade **UPAs**, ou seja, todos os recursos necessários para assegurar a assistência humanizada e resolutiva no âmbito da porta de entrada de urgência e emergência, exclusivamente aos usuários do SUS que serão acolhidos e assistidos em suas diversas demandas de saúde pela UPAs nas 24h do dia, todos os dias da semana, incluindo sábados domingos e feriados.

Em decorrência da execução do objeto espera-se garantir à população da Cidade e da região da APS, um acolhimento e uma assistência eficiente e segura, agilizando o atendimento dos casos graves e redirecionando de forma ordenada os casos sem gravidade, não sobrecarregando a rede assistencial da área de forma desordenada. Para tal, a UPAs se integra e passa a fazer parte da rede assistencial da Cidade e da região da APS.

A Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência – área técnica da SMSDC, responsável pelo acompanhamento e execução técnica assistencial do presente Projeto Básico fará a coordenação de todas as ações gerenciais e assistenciais da CORE quando do atendimento à população. A Subsecretaria de Gestão fará o acompanhamento da prestação de contas e da execução financeira do contrato de gestão.

6. ATIVIDADES

As atividades assistenciais da **UPAs** com acolhimento e classificação de risco e com seus leitos de observação vermelha com suporte para pacientes graves, seus leitos de observação amarela, serão executadas, nas 24h do dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

A **UPAs** é porta de entrada de emergência, ordenando junto com as demais unidades da rede, a Rede de Atenção à Saúde e as Urgências da Cidade e da região, funcionando como local de primeiro atendimento (acolhimento e atendimento médico), estabilização e observação de pacientes graves (sala vermelha) ou não (sala amarela), oriundos da demanda espontânea, regulados ou referenciados de qualquer serviço de saúde, de qualquer ponto de atenção (atenção básica, pré-hospitalar móvel ou Programa de Atenção Domiciliar), que ficarão em observação nas salas amarelas ou vermelhas ou serão internados pela regulação em vaga zero ou não, para resolução ou seguimento de seus quadros agudos.

A UPA estará diretamente ligada à Central de Regulação. Sua porta de entrada de urgência, seus leitos de estabilização e observação de pacientes graves (sala vermelha), de observação adulto e pediátrico (salas amarelas) serão capazes com seu potencial técnico e assistencial, de acolher, estabilizar, manter estáveis e dar continuidade à assistência, dentro da lógica prioritária de inovações tecnológicas, os pacientes com quadros agudos graves ou não, que tenham apresentado instabilidade orgânica clínica ou traumática. Nos leitos de observação vermelhos ou amarelos permanecerão pelo período de tempo necessário à resolução de seu quadro agudo inicial, à regulação de sua internação eletiva em leito hospitalar de enfermaria ou de terapia intensiva ou sua regulação em vaga zero para o tratamento definitivo de seu agravo agudo inicial estabilizado. Toda a demanda de saída da UPA que necessitar de continuidade na assistência, quer seja de urgência quer seja eletiva, em qualquer nível de atenção da rede, será regulada pela Central de Regulação.

6.1 Para a organização das ações assistenciais de emergência, foram definidas as seguintes estratégias assistenciais básicas:

- a) Acolhimento com classificação de risco na porta de entrada, integrante da humanização da atenção, garantindo um modelo de atenção efetivamente baseado no usuário e em suas necessidades de saúde;
- b) Atendimento de emergência;
- c) Acompanhamento e avaliação dos pacientes em observação nas salas amarelas e vermelha, tanto adulto quanto pediátrica da UPA;
- d) Solicitações de internação, transferência;
- e) Realização de exames e procedimentos compatíveis com a complexidade da UPA;
- f) Atividades atinentes a regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, contato com Central de Regulação;
- g) Referência garantida de retaguarda e acolhimento aos casos agudos demandados dos serviços de saúde em todos os pontos de atenção que necessitem de seguimento de urgência e emergência de maior complexidade;
- h) Protocolos clínicos assistenciais e de procedimentos administrativos;
- i) Organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locais, identificando os principais agravos e condições, além da análise de situação de saúde como subsídio à identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ação;
- j) Gestão baseada em resultado, gestão clínica, com aplicação de tecnologias de gestão para assegurar padrões clínicos ótimos; aumentar a eficiência; diminuir os riscos para os usuários e profissionais; prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde e gestão de caso. Aliando-se a lógica assistencial de atenção às urgências e atenção à saúde, usar o mecanismo de gestão clínica visando a qualificação do cuidado, a organização dos fluxos e processos de trabalho;
- k) Auditoria clínica;
- l) Participação social;
- m) Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes e componentes da assistência;
- n) Utilização de sistemas logísticos e de tecnologia da informação, possibilitando a articulação e integração aos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde que efetivamente atendam as necessidades dos usuários, tendo e mantendo conectividade entre os diferentes pontos de atenção, gerando relatórios assistenciais demandados pela SMSDC e que possibilitem e orientem a tomada de decisão;
- o) Atuação junto a SBHUE na definição e organização territorial das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde, riscos e vulnerabilidades das populações;
- p) Transporte inter-hospitalar dos pacientes da UPAs, que necessitem de continuidade dos cuidados e que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção as urgências, sendo o transporte devidamente regulado;
- q) A qualidade da resolutividade da atenção constitui a base do processo assistencial de toda a rede de Atenção às urgências e deve ser requisito da UPAs;

6.1.2 Com base nesta organização, a contratada deverá prever todas as necessidades de contratação e aquisição de serviços para prestação da assistência prevista nesta convocação pública, no que tange as ações assistenciais de urgência e emergência da **UPAs**, com a garantia de que a estrutura disponibilizada atenda às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, objeto do presente contrato.

Serviços a serem contratados:

- a) Contratação de Recursos Humanos administrativos e assistenciais (profissionais de saúde e de apoio às atividades de urgência e emergência);
- b) Aquisição de Material Permanente (mobiliário hospitalar e equipamentos);
- c) Aquisição de Insumos (material médico-cirúrgico, rouparia, outros);
- d) Aquisição de Medicamentos e materiais de consumo;
- e) Serviços de apoio à diagnose e terapêutica - SADT.

- f) Contratação de serviços de apoio (vigilância, alimentação, limpeza, recolhimento de lixo especial, lavanderia, rouparia).
- g) Contratação de serviço de transporte inter-hospitalar, ambulância tipo D, de acordo com o preconizado na Portaria MS/GM 2.048 de 2002. Sendo que o serviço de ambulância a ser contratado pode ser somente ambulância tipo D com motorista e a composição da tripulação da viatura pode ser feita pelos profissionais da UPA.

6.1.3 A formatação do serviço deverá prover os recursos humanos e materiais para garantir a demanda assistencial mínima de atendimentos médicos/dia, de acordo com o porte da unidade, além de acolhimento, consultas e procedimentos de enfermagem e da equipe multiprofissional para atender os quadros agudos clínicos ou traumáticos.

Tabela 1 – Classificação das UPAs:

UPA	População da região de cobertura	Área Física	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número mínimo de médicos por plantão	Número mínimo de leitos de observação
Porte I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	150 pacientes	2 médicos	7 leitos
Porte II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	300 pacientes	4 médicos	11 leitos
Porte III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	450 pacientes	6 médicos	15 leitos

6.2 Mobiliário e Equipamentos para a UPAs

Caberá a contratada a responsabilidade de aquisição de todos os itens necessários ao funcionamento assistencial da UPAs, bem como a contratação de todos os serviços que permitam a operacionalização da assistência. Os equipamentos e mobiliários adquiridos pela contratada passarão a integrar o patrimônio das Unidades de Saúde, sendo de propriedade do município do Rio de Janeiro.

O mobiliário, materiais e equipamentos por porte da unidade podem ser encontrados no endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/sas>.

6.3 Exames de SADT para a UPAs:

SADT compatível com o perfil de atendimento e com o objeto do serviço a ser prestado.

7 FORMA DE APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO

7.1 Visando o acompanhamento e avaliação do TERMO DE REFERÊNCIA e o cumprimento das atividades estabelecidas para A CONTRATADA na ATIVIDADE ASSISTENCIAL, a contratada deverá encaminhar mensalmente, até o 5º dia útil, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela UPA, as mesmas devem ser encaminhadas por meio eletrônico (disco gravado/ "CD" e correio eletrônico para endereço da SMSDC a ser informado após a assinatura do contrato) e por meio impresso, com o devido ofício referenciando e mencionando as demais modalidades de envio. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através de formulários padronizados da SMSDC-RJ e através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais.

7.1.1 A SMSDC poderá, deverá ter acesso ao sistema informatizado utilizado pela Contratada para permitir um melhor acompanhamento da produção e efetiva fiscalização. Este acesso poderá ser através de senha para acesso direto ao sistema ou por meio de um software integrador.

7.1.2 A Secretaria Municipal de Saúde procederá à análise mensal dos dados enviados pela Gerência da Unidade para que sejam atestados os serviços vinculados aos repasses de recursos.

7.1.3 Será realizada por parte **Comissão Técnica de Avaliação** da SMSDC-RJ, a avaliação a cada período de três meses (trimestral) dos indicadores e metas do trimestre

findo, para a avaliação e pontuação dos indicadores que condicionam o valor de pagamento da variável de 5% do valor do contrato, tal avaliação poderá gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pela unidade. O envio dos dados deverá ser mensal para facilitar o acompanhamento além do consolidado a ser enviado trimestralmente.

7.1.4 Ao final dos 12 meses do contrato, a SMSDC procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas no presente Termo de Referência. Desta análise, poderá resultar uma repactuação das quantidades assistenciais estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao contrato de gestão, na forma e limites estabelecidos em lei. Esta análise não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao contrato de gestão vigente em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se a SMSDC-RJ, a seu critério, entender que condições e/ou ocorrências excepcionais incidem de forma muito intensa sobre as atividades da unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

7.1.5 Todos os bens permanentes adquiridos deverão vir especificados nos relatórios mensais (Consideram-se materiais permanentes aqueles que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem durabilidade superior a dois anos), com as respectivas cópias das notas fiscais e o local de uso dos mesmos dentro da unidade.

Devem ser enviados também, todos os contratos de serviços devidamente assinados por ambas as partes.

7.2 Indicadores

7.2.1 Atendimento ao usuário

7.2.1.1 Percentagem de pacientes atendidos por médico

Objetivo: identificar necessidade e prioridade do paciente

Meta: $\geq 95\%$

Fórmula: Número de atendimentos médicos

Numero Total de pacientes Acolhidos

Numerador: número de atendimentos médicos

Denominador: Total de pacientes acolhidos

7.2.1.2 Índice de absenteísmo por categoria profissional.

Objetivo: Medir a disponibilidade da força de trabalho e dar um indicativo do nível de satisfação dos funcionários, através da análise das faltas ao trabalho.

Meta: 3%

Fórmula: Horas líquidas faltantes X 100

Horas líquidas disponível

Numerador: Horas líquidas faltantes = total de horas faltantes (exceto licença de saúde com menos até 15 dias). Licenças de saúde acima de 15 dias, férias e licença maternidade deverão ter os profissionais substituídos pelo tempo necessário. Denominador: Horas líquidas disponíveis = total de horas brutas mensal (jornada contratual), exceto o repouso remunerado.

7.2.1.3 Ouvidoria para usuários e profissionais.

Objetivo: Transparência nas relações com os usuários, profissionais e gestores, acolhendo reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões referentes aos serviços e atendimento prestados.

Poderá ser feita através de telefone, caixa de sugestões/críticas ou por e-mail sempre em local visível. Os relatórios gerados a partir dessa análise deverão conter o percentual de elogios/críticas e as medidas tomadas pela unidade para sanar possíveis deficiências, inclusive com retorno ao usuário quando o mesmo deixar uma forma de contato.

7.2.2. Desempenho Assistencial

7.2.2.1. Taxa de Mortalidade Avaliada na unidade de Emergência.

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos no setor de emergência.

Meta: 5%

Formula: $\frac{\text{Número de óbitos}}{\text{Número de altas}} \times 100$

Número de altas

Numerador: Número de óbitos – total de pacientes que tiveram alta por óbito.

Denominador: Número total de pacientes que tiveram alta no período.

Excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência no Serviço de Urgências e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos), assim como durante as transferências internas.

7.2.2.2. Tempo Médio de espera entre a classificação de risco do enfermeiro e o atendimento médico.

Objetivo: Acesso rápido ao atendimento médico priorizando o risco de vida

Meta: Pacientes classificado Vermelho: ≤ 15 minutos

Pacientes classificado Amarelo: ideal 30 minutos

Pacientes classificado Verde: 1 hora

Pacientes classificado Azul: até 24h ou redirecionado a rede de atenção primária.

7.2.2.3. Tempo de permanência na emergência

Objetivo: manter o fluxo de alocação de pacientes.

Meta: Nenhum paciente mais de 24h.

Formula: $\frac{\sum \text{Número de pacientes} / \text{dia}}{\text{Número de altas}}$

Numerador: Σ Nº de Pacientes/dia – total de leitos ocupados às 24 horas de cada dia.

Denominador: Número total de pacientes que tiveram alta no período analisado.

Todo paciente que necessitar permanecer mais de 24 horas deve ser inserido no Sistema de Regulação do Município em leito de internação, a UPA não é unidade hospitalar, portanto não interna. Caso algum paciente permaneça mais de 24h em observação, a justificativa deve ser apontada.

7.2.2.4. Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.

Objetivo: medir a taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST que foram submetido a Trombólise via periférica.

Meta: 80%

Formula: $\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST}}$

Numerador: Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST que receberam Trombolítico em veia periférica no período.

Denominador: Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período.

7.2.2.5. Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de Sepsis

Objetivo: medir a taxa de adesão de infusão do antibiótico no tempo adequado, nos pacientes portadores de SEPSE

Meta: ≤ 2 horas

Formula: $\frac{\text{Total de antibióticos infundidos em um tempo } \leq 2 \text{ horas na SEPSE}}{\text{Total de antibióticos prescritos nos pacientes com SEPSE}}$

Numerador: Total de antibióticos administrados no período \leq há 2 horas no paciente com diagnóstico de SEPSE no período.

Denominador: Total de antibióticos prescrito no paciente com diagnóstico de SEPSE no período.

7.2.3. Eficiência

7.2.3.1. Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.

Objetivo: medir o percentual de prontuários organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas

Meta: 90%

Formula: $\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidades}}{\text{Total de BAE analisados}}$

Numerador: Total de BAE organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas no período.

Denominador: Total de BAE analisados no período.

Cabe a comissão de revisão de prontuários/BAE a análise, na qual deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento

7.2.3.2. Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC

Objetivo: medir a taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de AVC que foram submetidos a Tomografia Computadorizada (TC).

Meta: 100%

Formula: $\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}}$

Numerador: Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC no período.

Denominador: Total de pacientes com diagnóstico de AVC no período.

7.2.3.3. Relatório assistencial e financeiro mensal dentro dos padrões estabelecidos pela SMSDC

Objetivo: definir o perfil de atendimento da unidade.

Meta: 100%

Os relatórios deverão ser enviados mensalmente no formato definido em anexo junto com a prestação de contas (relatório financeiro) até o quinto dia útil de cada mês. Seu envio independe do monitoramento trimestral realizado pela CTA.

7.2.4 A parcela variável será avaliada através dos 11 (onze) indicadores e metas de produção, estabelecidos pela SMSDC na tabela abaixo. Com relação ao indicador atendimento ao usuário, cada um dos seus componentes, num total de 3 componentes tem um valor a ser considerado para o repasse se alcançado, somados, corresponderão a 24% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada. Com relação ao indicador desempenho assistencial, cada um dos seus 5 componentes tem um valor a ser considerado para o repasse se alcançado, somados, corresponderão a 52% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada. Com relação ao indicador eficiência, cada um de seus componentes, num total de 3 componentes, tem um valor a ser considerado para o repasse, se alcançado, somados, corresponderão a 24% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada. Cada um dos componentes de meta

que não for alcançado será descontado (vide valor individual na tabela abaixo) dos 5% do valor do contrato a serem repassados. Para receber os 100% dos 5% do valor do repasse, a contratada terá que alcançar as metas relativas aos 11 indicadores avaliados.

Período de Apuração	1º mês	2º ao 12º mês
Atendimento ao Usuário (indicador)		
Percentagem de pacientes atendidos por médico	8,0%	8,0%
Índice de absenteísmo por categoria profissional	8,0%	8,0%
Ouvidoria para usuários e profissionais	8,0%	8,0%
TOTAL	24,0%	24,0%
Período de Apuração	1º mês	2º ao 12º mês
Desempenho Assistencial		
Taxa de Mortalidade Avaliada na unidade de Emergência.	10,0%	10,0%
Tempo médio de permanência de observação da emergência.	12,0%	12,0%
Tempo médio de espera entre a classificação de risco de enfermeiro e o atendimento médico	10,0%	10,0%
Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	10,0%	10,0%
Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de Sepsis	10,0%	10,0%
TOTAL	52,0%	52,0%
Período de Apuração	1º mês	2º ao 12º mês
Eficiência		
Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidade.	8,0%	8,0%
Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	8,0%	8,0%
Relatório assistencial e financeiro mensal dentro dos padrões estabelecidos pela SMSDC	8,0%	8,0%
TOTAL	24%	24%
TOTAL GERAL DOS INDICADORES	100%	100%

As fórmulas listadas acima devem ser utilizadas para o cálculos dos indicadores.

Todos os indicadores listados na tabela acima tem a periodicidade mensal. A SMS poderá, a seu critério, estabelecer novas metas a serem seguidas pela contratada em qualquer momento.

Após a assinatura do contrato a contratada deverá apresentar um plano de aplicação de recursos, detalhando a execução das atividades, a ser submetido à aprovação, revisão ou desaprovação par a SMSDC.

8. PRAZO

8.1 Após a implantação, conforme cronograma financeiro, a OS contratada deverá dar pleno início de todas as atividades constantes do objeto do presente edital.

8.2 Todos os itens constantes da avaliação de indicadores e metas devem estar implantados logo na primeira semana de início das atividades, para não interferir na mensuração mensal e avaliação trimestral dos indicadores e metas.

8.3 A **UPAs** vai funcionar como já descrito neste termo de referência, 24h por dia, 7 dias por semana, incluindo sábados, domingos e feriados.

8.4 Os relatórios constantes do item 7, devem ser apresentados até o 5º dia útil do mês subsequente a prestação do serviço.

9. ESTIMATIVA DE CUSTOS

Porte III	
Descrição do Custeio Mensal Por UPA	
Serviços	R\$ 894.000,00
Recursos Humanos	R\$ 274.800,00
Manutenção equipamentos, mobiliário e material	R\$ 3.000,00
TOTAL	R\$ 1.171.800,00
Equipamentos	R\$ 1.300.000,00
TOTAL com equipamentos	R\$ 2.471.800,00

10. QUALIFICAÇÃO

10.1 Comprovação de experiência anterior, pertinente e compatível com os serviços a serem executados, através de atestado(s) fornecido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado (que não seja a proponente), indicando local natureza, volume, período de atuação (especificando a quantidade de dias, meses e anos ou a data de início e fim da prestação de serviço) e qualidade que permitam avaliar o desempenho da entidade, devendo especificar o porte da unidade de saúde, onde os serviços foram prestados:

a. Comprovação de experiência em gestão de serviço de saúde públicos em unidade de atenção primária secundária ou terciária.

b. Comprovação de experiência em gestão de serviços de saúde públicos ou privados em unidade de atenção primária secundária ou terciária em município com população residente no ano de publicação deste Edital igual ou superior a 150.000 habitantes.

c. Comprovação de experiência em gestão de serviço públicos ou privados e ações voltadas à urgência e emergência, em especial, na implantação ou operacionalização de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que se entende por unidades de atendimento não hospitalares.

d. As comprovações descritas nas letras "a" e "b" limitar-se-ão à demonstração, pela entidade, de sua experiência técnica e gerencial na área relativa à atividade a ser executada, ou pela capacidade técnica do seu corpo dirigente e funcional, conforme previsto no §2º do Inciso III do art.14 do Decreto Municipal nº 30.780/09.

10.2 Possuir protocolos e procedimentos que já tenham sido desenvolvidos em Unidades Hospitalares com o perfil descrito acima devidamente comprovados pelos responsáveis técnicos e administrativos das respectivas áreas, dos tópicos a seguir:

10.2.1 Regimento Interno do Hospital.

10.2.2 Rotinas dos procedimentos por serviços.

10.2.3 Padronização de Medicamentos

10.2.4 Padronização de Material

10.2.5 Procedimentos operacionais padrão referentes aos seguintes processos: Internação; SADT, Suprimentos e Logística, incluindo o protocolo para compras e contratação de serviços e de pessoal.

10.2.6 Quanto aos protocolos, os mesmos não devem ser impressos. Serão anexados a proposta por meio de mídia eletrônica – CD. Devendo o arquivo eletrônico ter um índice que facilite a busca dos protocolos para serem analisados e tenha a fonte de origem informada, mesmo que seja da própria proponente.

10.3 Comprovação de possuir em seu quadro no mínimo 01 (um) profissional, através de contrato ou pela CLT, de nível superior com graduação ou especialização em gestão em saúde, com experiência comprovada através de atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado que comprovem ter realizado ou participado da Administração de Unidade Hospitalar ou Unidade de Saúde equivalente ou semelhante ao objeto do presente termo de referência. O referido profissional devem se manter atuantes e no quadro funcional profissional da contratada durante todo o período de vigência do contrato. Em caso de término de vínculo do profissional supracitado, o mesmo deve ser imediatamente substituído por profissional com igual perfil.

10.4 Todos os recursos humanos destinados às ações assistenciais e de apoio do presente termo de referência, devem estar de acordo com a legislação vigente e com as normas regentes de cada profissão ou atividade.

10.5 A primeira etapa para a contratação de Recursos Humanos inicia com o processo de recrutamento e seleção de pessoal, que deve ser norteado pelos eixos da formação técnica (profissionais devidamente registrados em seus respectivos Conselhos Profissionais) e todos sem exceção com experiência comprovada para exercer a atividade ou função a que se propõem.

11. SUPERVISÃO

11.1 A Coordenação e supervisão da prestação de serviço da **UPAs** são de competência da SUBHUE/SMSDC.

11.2 A Fiscalização da execução dos serviços da **UPAs** caberá à SMSDC-RJ, visando a qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios encontrados, bem como articulará e efetivará o processo de acompanhamento e avaliação com base no cumprimento de metas, dos prazos e da análise de indicadores de produção, de cobertura da população e de qualidade e eficiência dos serviços contratados.

11.3 A contratada se submeterá a todas as medidas, processos e procedimentos da Fiscalização. Os atos de fiscalização, inclusive inspeções pela SMSDC, não eximem a contratada de suas obrigações no que se refere ao cumprimento das normas e especificações, nem de qualquer uma de suas responsabilidades legais e contratuais.

12. ELEMENTOS DISPONÍVEIS

12.1 Portarias vigentes do Ministério da Saúde e legislação em vigor.

12.2 Planta baixa da UPAs

Rio de Janeiro, 29 de março de 2012.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

ANEXO II: ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DE PROPOSTA TÉCNICA E ECONÔMICA UPA

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 C – Informações Sobre as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na Areas de Planejamntos, 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.**

Na capa da proposta técnica a OS concorrente deverá apresentar o quadro abaixo, informando a escolha (Opção) do lote para o qual esta concorrendo. O Lote escolhido esta vinculado à Proposta Técnica e Econômica apresentada no envelope 01.

Opção	Lote	Unidade	Endereço	Bairro
X	02	UPA Magalhães Bastos	Estr. Manoel Nogueira de Sá com Rua Prof. José Rodrigues	Magalhães Bastos
	04	UPA Rocha Miranda	Praça Santa Bárbara	Rocha Miranda

(X) Marcação a título de exemplo.

A. ÍNDICE DO DOCUMENTO

O Índice deverá ser numerado e 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 Rede Assistencial Básica no âmbito das Áreas de Planejamntos.

C. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

Este item deverá caracterizar o Modelo Gerencial, descrevendo:

- As rotinas dos procedimentos dos diversos serviços de saúde que caracterizem os serviços assistenciais das unidades;
- As rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico-hospitalares;
- 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 direção médica etc;
- Organização específica da Comissão de Prontuário Clínico: membros que a compõem, organização horária, organização da distribuição de tarefas, etc;
- 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;
- Regimento da Unidade;
- Ações voltadas à qualidade relacionadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes, implantação de um serviço de acolhimento;
- 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;
- Prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto (cronograma) de acordo com a atividade prevista;
- Organização das atividades de apoio, incluindo a sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos.

Os protocolos não devem ser impressos. Serão anexados à proposta por meio de mídia eletrônica – CD. Devendo o arquivo eletrônico ter um índice que facilite a busca dos protocolos para serem analisados e tenha a fonte de origem informada, mesmo que seja a própria proponente.

D. PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

As atividades a serem desempenhadas na Rede Assistencial na Areas de Planejamntos correspondem ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento, garantida a assistência universal e gratuita à população.

Planilha de Estimativa de Custos Mensais por UPA

Categoria	Especificação Mensal	Total
Serviços		
Limpeza		
Lavanderia		

Segurança		
Nutrição		
Laboratório		
Raio X		
Transporte Móvel		
Informática (sistema de informações)		
Serviço de Impressão e Cópia		
Coleta de Lixo		
Gases		
Medicamentos		
Insumos		
Luz		
Água		
Telefone		
Banda Larga		
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)		
TOTAL		

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 proposta deverá conter o percentual mínimo de trabalho voluntário, nos termos do disposto no inciso V do art. 10 do Decreto nº 30.780/2009,

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 à 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 coloquem em risco a exequibilidade da Proposta Técnica.

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

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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.

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 nas Unidades de Pronto Atendimento da Areas de Planejamentos

Neste item de avaliação será considerado o conhecimento da proponente sobre os problemas mais prevalentes da Areas de Planejamentos 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 a Areas de Planejamentos, 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

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

o gerenciamento e prestação de serviços nas Unidades de Pronto Atendimento da Areas de Planejamentos

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.

As comprovações descritas neste item I, limitar-se-ão à demonstração, pela entidade, de sua experiência técnica e gerencial na área relativa à atividade a ser executada, ou pela capacidade técnica do seu corpo dirigente e funcional, conforme previsto no §2º do Inciso III do art.14 do Decreto Municipal nº 30.780/09.

A valoração dos quadros de pontuação abaixo será da seguinte forma: a OS credenciada receberá pontuação para a quantidade de unidades de saúde geridas que se enquadrem em cada faixa de tempo de atividade. Estas pontuações serão somadas e, caso ultrapassem o valor máximo do item, o valor excedente será desconsiderado.

I.1. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde de Gestão Compartilhada

Este item de avaliação visa pontuar a proponente, quanto à sua experiência na gestão de rede de serviços de gestão compartilhada, independente de onde se encontrem localizados estes serviços. **Aqui se entende por serviços de saúde de gestão compartilhada, aqueles celebrados via instrumento de contrato de gestão.**

Pontuação Experiência em Gestão de Serviços de Saúde

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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 Públicos em Outros Municípios

Este item de avaliação visa pontuar a proponente, quanto à sua experiência na gestão de rede de serviços de saúde públicos no âmbito de municípios com população residente no ano de publicação deste Edital igual ou superior a 150.000 habitantes.

Aqui se entende por serviços de saúde as unidades de atenção primária 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 150.000 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 urgência e emergência

Este item de avaliação visa pontuar a proponente, quanto à sua experiência na gestão

de serviços de saúde públicos no âmbito da Urgência e Emergência, em especial, na implantação ou operacionalização de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) **que se entende por unidades de atendimento não hospitalares.**

Pontuação Experiência em Gestão de Serviços de Saúde

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

Tempo de Atividade (em anos completos)	Nº de Unidades de Saúde		
	1 - 5	6 - 10	+ de 10
1 a 3	0,1	0,2	0,4
4 a 6	0,2	0,4	0,8
7 a 9	0,4	0,8	1,0
10 ou mais	0,5	1,0	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 a APS, que é parte integrante deste edital.

J.1. 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.2. 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.

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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;
- Almojarifado;
- Serviços de limpeza;
- Serviços de segurança;
- Apoio logístico.

K.4. Sistemática de Programas de Manutenção Predial e de Equipamentos

Neste item será avaliado o detalhamento da sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos através da implantação de um serviço especializado. Serão observados: a organização funcional e operacional, os programas desenvolvidos, seus cronogramas, entre outros aspectos.

ANEXO III TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS UPA

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;
- ✓ Apresentar mensalmente o relatório financeiro detalhado, em CD, incluído cópia das notas fiscais;
- ✓ Apresentar trimestralmente gerencial, contendo as seguintes informações:
 - o relatório financeiro;
 - o relatório de bens adquiridos;
 - o relatório dos serviços continuados;
 - o relatório de gestão de pessoal com a cópia da folha de pagamento;
 - o relatório de saldo de estoque;
- ✓ Declaração do dirigente e do supervisor do contrato da Organização social da veracidade das informações prestadas nos relatórios mensais;
- ✓ Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias anuais realizadas por empresas externas.

Os relatórios financeiros mensais devem ser enviados, por meio eletrônico e gravado em CD, para Coordenadoria de Convênios, Organizações Sociais e Contratos na Subsecretaria de Gestão.

Os relatórios gerenciais por meio eletrônico e em papel, para a Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SUBHUE/SUE.

Todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais ficarão permanentemente à disposição da SMSDC/RJ e da Comissão Técnica de Avaliação (CTA), 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.

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, junto com cópia das notas fiscais gravadas em CD, 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 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 submeter à **CONTRATANTE** o respectivo orçamento para prévia análise dos Órgãos Técnicos desta última.
- ✓ A **CONTRATADA** deverá sinalizar todos os contratos realizados em fase de celebração, no relatório gerencial, na parte de serviços continuados.;

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 das Unidades consistirá em um montante fixo mensal **de R\$ 1.171.800,00 (um milhão cento e setenta e um mil e oitocentos reais) por Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**, 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 UPA.

O valor para custeio mensal de RH deverá considerar apenas os valores referentes a profissionais contratados diretamente pela Organização Social. Deverão ser deduzidos mensalmente do limite máximo para custeio de RH estabelecido, os valores referentes à remuneração, encargos e benefícios pagos aos servidores cedidos para atuação nas unidades sob gestão da Organização Social.

A Organização Social deverá dotar a Unidade de Pronto Atendimento com o Mobiliário, Materiais Permanentes e de Informática e Equipamentos mínimos exigidos pela Portaria GM nº. 1.020, de 13/05/09, de acordo com o porte da Unidade e, de acordo 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\$ 1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais) por Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**, a ser transferido em parcela única a partir da assinatura do contrato 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.

Deverão ser enviadas à SMSDC/RJ cópias dos contratos de manutenção que forem firmados com empresas terceirizadas para CTAA.

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 Unidade de Pronto Atendimento. 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 parcela destinada à aquisição de Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática será liberada a partir da assinatura deste contrato para possibilitar a implantação das atividades da Unidade de Pronto Atendimento. 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.

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. Apesar da trimestralidade da liberação e da necessidade de apresentação do relatório consolidado do trimestre, deverá a OS apresentar o relatório de contas mensalmente até o 5º (terceiro) dia útil do mês subsequente.

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% (cinco por cento) do valor total do item D.1**, 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 I.

A transferência de recurso orçamentário desta parte variável está condicionada ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas por três meses. A falta da entrega de qualquer um dos itens estabelecidos acarretará o desconto proporcional, dentro da trimestralidade 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, conforme modelo constante no final deste anexo.

A avaliação será realizada pela Comissão Técnica de Avaliação (CTA), 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 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 antecipadamente **a cada trimestre**, correspondendo à soma dos meses em que foi cumprido o conjunto de metas e obedecendo os critérios das avaliações trimestrais.

D.3 Área de Planejamento 3.3 ou 5.1

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\$ 7.334.770,00 (sete milhões trezentos e trinta e quatro mil setecentos e setenta reais) para os primeiros 12 meses para UPA Magalhães Bastos e R\$ 7.334.770,00 (sete milhões trezentos e trinta e quatro mil setecentos e setenta reais) para os primeiros 12 meses para UPA Rocha Miranda, sendo:

a) R\$ 6.034.770,00 (seis milhões trinta e quatro mil setecentos e setenta reais) disponíveis no Plano de Trabalho nº. 1801.1030203182.890 (custeio); para ambas as UPAs.

b) R\$ 1.300.000,00 (um milhão e Trezentos Mil Reais) disponíveis no Plano de Trabalho nº. 1801.1030203182.890, para ambas as UPAs.



DATA	DISCRIMINAÇÃO	CATEGORIA	ENTRADA (R\$)	SAÍDA (R\$)	SALDO (R\$)	VINCULAÇÃO AO OBJETO - JUSTIFICATIVA
01/09/07	Transporte de Saldo do Mês Anterior			0,00	999.900,00	
02/09/07	Aluguel	Despesas Gerais		100,00	999.800,00	Aluguel da sala 201, onde funciona o escritório da OS no período de 07/07/2010 a 06/08/2010
03/09/07	Salário João da Silva	Pessoal			999.800,00	Salário Vice-presidente referente ao mês de Julho.
04/09/07	RPA para Beltrano	Pessoal			999.800,00	Serviços de engenharia ambiental prestados mês de Julho/2007
05/09/07	RPA para Ciclano	Pessoal			999.800,00	Serviços de arquitetura prestados mês de Julho/2007
06/09/07	Fulano - trabalhador eventual	Pessoal			999.800,00	Serviço de manutenção elétrica da sala 110 - substituição de fiação danificada
07/09/07	Papelaria	Despesas Gerais			999.800,00	100 envelopes para envio do kit Escolar para as crianças participantes do programa .
08/09/07	Telemar	Despesas Gerais			999.800,00	Serviços de telefonia fixa sala 110
09/09/07	Assessoria contábil (empresa xxx)	Serviços Tomados			999.800,00	Serviços prestados de assessoria contábil no mês de Julho
10/09/07	Tarifas Bancárias	Tarifa DOC			999.800,00	
11/09/07	Tarifas Bancárias	Tarifa banco PJ			999.800,00	Tarifa de manutenção bancária da conta corrente do termo de parceria
12/09/07					999.800,00	
13/09/07	Guia da previdência Social - GPS	Contribuições			999.800,00	Referente à salários presidente e vice-presidente - xxxx e xxxx
14/09/07	FGTS de Beltrano	Contribuições			999.800,00	Referente à salários do presidente
15/09/07	Consultoria (empresa xxx)	Consultorias			999.800,00	Consultoria para estruturar e realizar o diagnóstico escolar na CAP X
16/09/07	Josefina - trabalhadora eventual	Pessoal			999.800,00	Faxinas executadas nos dias 02/10 e 06/10 na sede da OS
17/09/07	Cartuchos de tinta	Despesas Gerais - Custo escritório			999.800,00	Cartucho de tinta para impressora da sala do presidente
18/09/07					999.800,00	
19/09/07	Pagamento a Fulano de Tal	Pessoal			999.800,00	Bolsa de estágio paga pelos serviços prestados no mês de junho.
20/09/07	Pagamento a Beltrano	Pessoal			999.800,00	Bolsa de estágio paga pelos serviços prestados no mês de junho.
21/09/07	Pagamento a Ciclano	Pessoal			999.800,00	Bolsa de estágio paga pelos serviços prestados no mês de junho.
22/09/07	Salário presidente (xxx)	Pessoal			999.800,00	Salário presidente referente ao mês de junho.
23/09/07	Salário vice-presidente (xxx)	Pessoal			999.800,00	Salário vice-presidente referente ao mês de junho.
24/09/07	Aplicação Financeira				999.800,00	Rendimento de aplicação em poupança no Banco Itaú
25/09/07	Internet - Banda Larga - Velox	Despesas Gerais			999.800,00	Serviços de conexão de internet referente ao mês de junho/2007
26/09/07	Condominio - sala 201	Despesas Gerais			999.800,00	sala 201 - utilizada com escritório da oscip
27/09/07	Condominio - sala 202	Despesas Gerais			999.800,00	sala 110 - utilizada para armazenamento do kit escolares produzidos e estocagem de matéria-prima
					999.800,00	
					999.800,00	
	PARA INCLUIR NOVAS LINHAS: BOTÃO DIREITO DO MOUSE - INCLUIR - LINHA INTEIRA				999.800,00	LEMBRE-SE DE COPIAR E COLAR A FÓRMULA DO SALDO DEPOIS DE INCLUIR UMA NOVA LINHA
Total MÊS 2			0,00	100,00	-100,00	A SOMA DAS ENTRADAS, SAIDAS E DO SALDO FINAL DEVEM SER ATUALIZADAS CASO HAJA INCLUSÃO DE NOVAS LINHAS

DATA	DISCRIMINAÇÃO	CATEGORIA	ENTRADA (R\$)	SAÍDA (R\$)	SALDO (R\$)	VINCULAÇÃO AO OBJETO - JUSTIFICATIVA
01/10/07	Transporte de Saldo do Mês Anterior				-100,00	
02/10/07	Aluguel	Despesas Gerais			-100,00	Aluguel da sala 201, onde funciona o escritório da OS no período de 07/07/2010 a 06/08/2010
03/10/07	Salário João da Silva	Pessoal			-100,00	Salário Vice-presidente referente ao mês de Julho.
04/10/07	RPA para Beltrano	Pessoal			-100,00	Serviços de engenharia ambiental prestados mês de Julho/2010
05/10/07	RPA para Ciclano	Pessoal			-100,00	Serviços de arquitetura prestados mês de Julho/2010
06/10/07	Fulano - trabalhador eventual	Pessoal			-100,00	Serviço de manutenção elétrica da sala 110 - substituição de fiação danificada
07/10/07	Papelaria	Despesas Gerais			-100,00	100 envelopes para envio do kit Escolar para as crianças participantes do programa .
08/10/07	Telemar	Despesas Gerais			-100,00	Serviços de telefonia fixa sala 110
09/10/07	Assessoria contábil (empresa xxx)	Serviços Tomados			-100,00	Serviços prestados de assessoria contábil no mês de Julho
10/10/07	Tarifas Bancárias	Tarifa DOC			-100,00	
11/10/07	Tarifas Bancárias	Tarifa banco PJ			-100,00	Tarifa de manutenção bancária da conta corrente do termo de parceria
12/10/07					-100,00	
13/10/07	Guia da previdência Social - GPS	Contribuições			-100,00	Referente à salários presidente e vice-presidente - xxxx e xxxx
14/10/07	FGTS de Beltrano	Contribuições			-100,00	Referente à salários do presidente
15/10/07	Consultoria (empresa xxx)	Consultorias			-100,00	Consultoria para estruturar e realizar o diagnóstico escolar na CAP X
16/10/07	Josefina - trabalhadora eventual	Pessoal			-100,00	Faxinas executadas nos dias 02/08 e 06/08 na sede da Oscip
17/10/07	Cartuchos de tinta	Despesas Gerais - Custo escritório			-100,00	Cartucho de tinta para impressora da sala do presidente
18/10/07					-100,00	
19/10/07	Pagamento a Fulano de Tal	Pessoal			-100,00	Bolsa de estágio paga pelos serviços prestados no mês de junho.
20/10/07	Pagamento a Beltrano	Pessoal			-100,00	Bolsa de estágio paga pelos serviços prestados no mês de junho.
21/10/07	Pagamento a Ciclano	Pessoal			-100,00	Bolsa de estágio paga pelos serviços prestados no mês de junho.
22/10/07	Salário presidente (xxx)	Pessoal			-100,00	Salário presidente referente ao mês de junho.
23/10/07	Salário vice-presidente (xxx)	Pessoal			-100,00	Salário vice-presidente referente ao mês de junho.
24/10/07	Aplicação Financeira				-100,00	Rendimento de aplicação em poupança no Banco Itaú
25/10/07	Internet - Banda Larga - Velox	Despesas Gerais			-100,00	Serviços de conexão de internet referente ao mês de junho/2007
26/10/07	Condominio - sala 201	Despesas Gerais			-100,00	sala 201 - utilizada com escritório da oscip
27/10/07	Condominio - sala 202	Despesas Gerais			-100,00	sala 110 - utilizada para armazenamento do kit escolares produzidos e estocagem de matéria-prima
28/10/07					-100,00	
29/10/07					-100,00	
	PARA INCLUIR NOVAS LINHAS: BOTÃO DIREITO DO MOUSE - INCLUIR - LINHA INTEIRA				-100,00	LEMBRE-SE DE COPIAR E COLAR A FÓRMULA DO SALDO DEPOIS DE INCLUIR UMA NOVA LINHA
Total MÊS 3			0,00	0,00	0,00	A SOMA DAS ENTRADAS, SAIDAS E DO SALDO FINAL DEVEM SER ATUALIZADAS CASO HAJA INCLUSÃO DE NOVAS LINHAS
TOTAL GERAL (MÊS 1+MÊS2+MÊS3)						

RELATÓRIO PATRIMONIAL

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: _____ CPF: _____ / _____

LISTA DE BENS PERMANENTES ADQUIRIDOS NO PERÍODO

Numeração	Descrição	Quantidade	Nota Fiscal	Classe	Fornecedor	Data de Aquisição	Valor Total	Alocação	Número do patrimônio	Vinculação do gasto ao objeto (Justificativa para a aquisição)
100-0001	Monitor LCD 17 LG Preto/Prata Flatron	01	000421	Eqptos de informática e	Exccel.com Informatica Ltda	13/02/07	659,90	Sede OS, sala 201/ 202		Para utilização dos trabalhadores da OS
100-0002	Impressora HP 1160	01	721169	Eqptos de	Tech Data Brasil Ltda	14/02/07	845,00			Para utilização na
100-0006	Microcomputador AMD	01	000971	Eqptos de	DDR Informática Ltda	22/02/07	1.770,00			Para compor
100-0009	Purificador Soft Star 110v-	01	000606	Eletrodoméstico	Minas Soft Everest Ltda	02/03/07	629,00			Utilização na copa
100-0012	Câmera Digital Vivitar	01	018676	Eletrônicos	Americanas.com S/A	04/03/07	404,10			Para registro e
100-0018	Cond.Elgin 18.000 BTU/H	01	019725	Outros	Arcongel Refrigeração	05/03/07	1.198,80			Utilização na sede
100-0060	Estação de trabalho	01	003124	Mobiliário	Knowhow - Canadá Móveis	06/03/07	560,00			Para trabalhador da
100-0060	Gaveteiro fixo 3 gavetas	01	003124	Mobiliário	Knowhow - Canadá Móveis	06/03/07	195,60			Para compor
100-0161	Cadeira Star rodizio	01	003127	Mobiliário	Knowhow - Canadá Móveis	08/03/07	186,20			Para compor
	Equipo Ondonto	03	5111	Eqptos ESF	ORALK	08/03/07	30.000,00	Clínica Alemão		Ampliação ESF
Total de Itens		12			Total Financeiro		R\$ 36.448,60			



RELATÓRIO GESTÃO DE PESSOAS I

ÍNDICE

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: _____ CPF: _____ /

DEMONSTRATIVO DE PESSOAL CONTRATADO PELA OS

Table with columns: Cadastro, C N 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). Includes rows for various employee types like Líder de Projeto, Gerente de RH, etc.

RELATÓRIO SERVIÇOS CONTINUADOS

ÍNDICE

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: _____ CPF: _____ /

DEMONSTRATIVO DE SERVIÇOS CONTINUADOS CONTRATADOS

Table with columns: Número da PA na OS ou Pregão Eletrônico, Razão Social, CNPJ, Tipo de serviços prestados, Unidades beneficiadas, Valores (R\$), Período de Vigência do Contrato.

Cronograma de desembolso

Cronograma de desembolso mensal - OS - 1º ano - UPA Magalhães Bastos. Table with columns: TIPO, Valores, Mês 1 to Mês 12, Total.

Cronograma de desembolso mensal - OS - 2º ANO - 2013. Table with columns: TIPO, Valores, Mês 1 to Mês 12, Total.

Cronograma de desembolso mensal - OS / TOTAL. Summary table with columns: TIPO, Valores for years 2012, 2013, 2014, and a Total.

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL - OS - 1º ano - UPA Rocha Miranda															
TIPO	Valores	Mês 1	Abril/12	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10 janeiro/13	Mês 11	Mês 12	Total
Parte Fixa: Apoio a Gestao das Unidades	R\$ 1.171.800,00			R\$ 195.300,00	R\$ 195.300,00	R\$ 390.600,00	R\$ 390.600,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 9.374.400,00						
Parte variável(6% da parte fixa realizada no mês)	R\$ 58.590,00								R\$ 175.770,00			R\$ 175.770,00			R\$ 351.540,00
Investimento - Material Permanente, de Informatica e Mobiliario	R\$ 1.300.000,00	R\$ 1.300.000,00													R\$ 1.300.000,00
TOTAL	R\$ 2.530.390,00	R\$ 1.300.000,00		R\$ 195.300,00	R\$ 195.300,00	R\$ 390.600,00	R\$ 390.600,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 1.347.570,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 1.347.570,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 11.025.940,00

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL - OS - 2º ANO - 2013															
TIPO	Valores	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10 janeiro/14	Mês 11	Mês 12	Total	
Parte Fixa: Apoio a Gestao das Unidades	R\$ 1.171.800,00	R\$ 14.061.600,00													
Parte variável(6% da parte fixa realizada no mês)	R\$ 58.590,00	R\$ 175.770,00			R\$ 175.770,00			R\$ 175.770,00			R\$ 175.770,00		R\$ 117.180,00	R\$ 820.260,00	
Investimento - Material Permanente, de Informatica e Mobiliario	R\$ 1.300.000,00													R\$ 0,00	
TOTAL	R\$ 2.530.390,00	R\$ 1.347.570,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 1.347.570,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 1.347.570,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 1.347.570,00	R\$ 1.171.800,00	R\$ 1.288.980,00	R\$ 14.881.860,00	

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL - OS /TOTAL	
TIPO	Valores
2012	R\$ 7.334.770,00
2013	R\$ 14.764.680,00
2014	R\$ 3.808.350,00
TOTAL	R\$ 25.907.800,00

RELATÓRIO DE SALDO DE ESTOQUE

ÍNDICE

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: _____ CPF: _____ / _____

Itens	Quantidade											
	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
MATERIAL MÉDICO-CIRÚRGICO												
Algodão												
Esparadrapo												
Compressa												
MATERIAL DE ESCRITÓRIO												
Papel												
Toner												
Caneta												
IMPRESSOS												
Receituário												
Evolução												
Solicitação de Exames												
Atestado												

DECLARAÇÃO

Nome do Coordenador Médico da OS

DECLARAÇÃO DO DIRIGENTE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL E DO SUPERVISOR DO CONTRATO

Nome do Coordenador de Recursos Humanos da OS

Nome do Coordenador de Compras da OS

Declaro, para todos os fins, que são verdadeiras 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.

Nome do dirigente máximo da OS
Cargo do dirigente máximo da OS nome da OS

Rio de Janeiro, de de 2012

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 DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.1 ou 3.3

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 XXXXXXXXXXXX, neste ato representada por XXXXXXXXXXXXXXX na qualidade de XXXXXX, portador da Cédula de Identidade nº. XXXXXXXXXXXX, CPF nº XXXXXXXXXXXX, doravante denominada **CONTRATADA**, realizada através do processo administrativo nº. 09/XXX/10, 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 da Área de Planejamento 3.3 ou 5.1, 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 das Urgências e Emergências em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Atendimento não Hospitalar, das Áreas de Planejamento 3.3 ou 5.1, em conformidade com os Anexos que são partes integrantes e indissociáveis deste instrumento:

- a) Anexo A - Gestão das Unidades de Saúde pela Organização Social na Área de Planejamento 3.3 ou 5.1;
- b) Anexo B - Acompanhamento do contrato, avaliação e metas para os serviços de saúde;
- d) Anexo C - Termo de Permissão de Uso.
- d) Anexo D - Apoio à constituição dos Territórios Integrados de Atenção a Saúde da Área de Planejamento 3.3 ou 5.1;

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) Integram atualmente a Área de Planejamento 3.3 ou 5.1, as seguintes unidades de saúde municipais:
- b) Passará a ser gerida de imediato pela **CONTRATADA** a seguinte unidade de saúde:

Classificação	Porte da unidade	Serviço a ser oferecido	Endereço	Bairro
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Tipo III	Pronto Atendimento	Praça Edmundo da Luz Pinto	Rocha Miranda

Ou

Classificação	Porte da unidade	Serviço a ser oferecido	Endereço	Bairro
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Tipo III	Pronto Atendimento	Estr. Manoel Nogueira de Sá com Rua Prof. José Rodrigues	Magalhães Bastos

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 nas Leis nº. 8080, de 19 de setembro de 1990 e 12.401 de 28 de abril de 2011, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- II - integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Município;
- III - 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;
- IV - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- V - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VII - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VIII - fomento dos meios para participação da comunidade;
- IX - 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 da Área de Planejamento 5.3, 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) Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede privada de saúde, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e empregados da **CONTRATADA**;

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

13.3 ou 5.1) 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;

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

15) 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.

15.1) 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.

15.2) 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**.

15.3) 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**.

15.4) 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**.

15.5) 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.

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

16) 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**.

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

18) 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).

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

20) 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.

21) Utilizar sistema informatizado para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela **CONTRATANTE**;

- a. O sistema utilizado pela **CONTRATADA** deverá permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a **CONTRATANTE** já utilize ou outros que venha a utilizar durante a vigência deste contrato;

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 mensal nos termos do Anexo III, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;
- 3) Programar no orçamento do Município, para os exercícios subseqüentes 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) 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;
- 6) Acompanhar a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através da Comissão Técnica de Avaliação (CTA), com fulcro no estabelecido no presente **CONTRATO DE GESTÃO** e respectivos anexos.

CLÁUSULA QUARTA - DA AVALIAÇÃO

A Comissão Técnica de 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, em meio digital.

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 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, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas definidas para o período anterior.

PARÁGRAFO ÚNICO

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

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\$ 25.907.800 (vinte e cinco milhões novecentos e sete mil e oitocentos reais)** 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 **R\$ 7.334.770,00 (sete milhões trezentos e trinta e quatro mil setecentos e setenta reais)** é destinado a custear os primeiro exercício financeiro deste **CONTRATO DE GESTÃO**, sendo que o valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subseqüentes.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A despesa objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** correrá à conta do orçamento da **CONTRATANTE**, sendo R\$ 6.034.770,00 (seis milhões trinta e quatro mil setecentos e setenta reais) disponíveis no Plano de Trabalho nº. 1801.1030203182.890 (custeio) e R\$ 1.300.000,00 (um milhão e Trezentos Mil Reais) disponíveis no Plano de Trabalho nº. 1801.1030203182.890.

PARÁGRAFO TERCEIRO

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 federal, quando a utilização dos mesmos verificar-se em prazos menores que um mês.

PARÁGRAFO QUARTO

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 QUINTO

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 SEXTO

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 revistos, 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 Avaliação- CTA.

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 CTA 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 (TRCT) 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 inidoneidade 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 norteadado, 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 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2012.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

XXXXXXXXXXXX
XXXXXXX

TESTEMUNHAS:

1 - _____

2 - _____

ANEXO A DO CONTRATO

GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

UPA

A. GESTÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

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 - território de abrangência dos bairros e sua respectiva Área de Planejamento de Saúde 3.1, tal como definido no final do Contrato de Gestão.

A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde

A.2.1.2 Produção mínima de procedimentos esperados.

Unidade de Saúde	Porte da Unidade	Número mínimo por categoria	Número de Atendimentos Médicos em 24 horas	Número mínimo de leitos de observação
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Tipo III	6 Médicos por plantão 24 horas.	Até 450 pacientes por 24 horas	15 leitos

A.2.3. Equipe de Profissionais das UPA

As Unidades de Pronto Atendimento às Urgências e Emergências, objeto deste Contrato de Gestão, deverão contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais com atribuições definidas, sendo o quadro abaixo somente a base mínima 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 UPA; responder pelo bom andamento e pela regularidade do serviço; manter a Coordenação da SUBHUE informada sobre as atividades da UPA; conceder férias e licenças do pessoal que lhe é diretamente subordinado; movimentar internamente o pessoal da UPA; responsabilizar-se pela carga do material da UPA; 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 UPA, junto ao CREMERJ, fazendo cumprir as normatizações dos Conselhos de Medicina; assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis a prática do socorro de urgência e

		emergência, visando melhor desempenho dos profissionais, em benefício da população; atuar de acordo com as diretrizes emanadas da SUBHUE
Clínicos e Pediatras	Plantão de 24 horas	Executar as atividades de emergencista; 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 a supervisão dos profissionais de Enfermagem de serviço na UPA; fazer-se a interface da UPA 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 UPA; 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	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 (Medicação e Acolhimento)	Plantão 12 X 60 horas	Acolhimento e atendimento individual para medicações, nebulização e coleta de exames
Técnico de Enfermagem de plantão (Sala de Sutura)	Plantão 12 X 60 horas	Atendimento individual para curativos e suturas
Técnico de Enfermagem de plantão (Sala Vermelha)	Plantão 12 X 60 horas	Atendimento individual para cuidados gerais de enfermagem e coleta de exames
Técnico de Enfermagem de plantão (Sala Amarela de Pediatria)	Plantão 12 X 60 horas	Atendimento individual para cuidados gerais de enfermagem e coleta de exames
Técnico de Enfermagem de plantão (Sala Amarela de Adulto)	Plantão 12 X 60 horas	Atendimento individual para cuidados gerais de enfermagem e coleta de exames
Odontologia		
Dentista	Plantão de 24 horas	Executar as atividades de atendimento odontológico dentro da unidade; manter-se em dia com o Conselho Regional de Odontologia; seguir os protocolos assistenciais da unidade; guardar e preservar sigilo profissional 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; informar ao chefe de equipe sobre problemas operacionais e administrativos graves; encaminhar a Coordenação da SUBHUE, sugestões para aperfeiçoamentos necessários nos processos operacionais e administrativos de seu setor; revisar e remeter regularmente no prazo determinado todos os documentos relativos aos atendimentos efetuados seu setor; atuar de acordo com as diretrizes emanadas da Coordenação da SUBHUE; relatar as alterações, observações e intervenções em livro próprio, rotineiramente vistoriado pela Supervisão; comunicar imediatamente ao Chefe de Equipe as alterações relevantes observadas.
Auxiliar de Consultório Dentário de plantão	Plantão 12 X 60 horas	Apresentar-se ao Dentista de Plantão ao assumir o serviço; conferir o estoque de material de consumo do consultório dentário, procedendo à reposição segundo relação-carga, caso necessário; verificar condições de limpeza do consultório e área física, solicitando ao setor de limpeza;



		encaminhar solicitação de material ao setor administrativo, quando algum item da relação carga chegar ao nível crítico; comunicar alterações encontradas ao Dentista de plantão; auxiliar os procedimentos odontológicos dentro dos protocolos; providenciar após cada atendimento a reposição do
		material consumido; atuar de acordo com as diretrizes emanadas da Coordenação Geral de Enfermagem da SUBHUE
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	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;
 - 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:**
 - Implantar Serviços de Atendimento ao Cliente/Usuário;
 - Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

A.2.4. 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 cada uma das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) apontadas neste Contrato de Gestão.

A.2.4.1. UPA

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de acordo com a Portaria Ministerial Nº 2.648, de 7 de novembro de 2011 que define as diretrizes para a implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e

quatro) horas da Rede de Atenção integral às Urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências:

A UPA 24h será implantada em locais/unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco, observadas as seguintes diretrizes:

A.2.4.1.1 - funcionar de modo ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos; e

A.2.4.1.2 possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte.

A.2.4.1.3 as ações da UPA 24h serão incluídas nos Planos de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências, conforme determina a [Portaria nº 1.600/GM/MS](#), de 7 de julho de 2011.

As Unidades que devem atender às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e SMSDC/RJ, especialmente quanto a organização dos serviços de saúde da rede e quanto as ações de integração promovidas pela CONTRATANTE e demais Organizações Sociais parceiras no território, caso houver;

A UPA, objeto deste Contrato de Gestão são unidades de saúde fundamentais à reorganização da rede de atenção às Urgências e Emergências no Município, de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

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

1 CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

O presente contrato de gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho e a qualidade nas unidades assistenciais através da criação de instrumentos de monitoramento 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 do contrato de gestão através das metas e indicadores deve permitir avaliar se o desempenho sanitário e econômico foram atingidos.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de avaliação do contrato a identificação e a avaliação de problemas, a discussão e a negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas. A Subsecretaria de Gestão - SUBG- da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/SMSDC/RJ, através da Comissão Técnica de Avaliação - CTA, 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 e a Subsecretaria de Gestão - SUBG.

1.1 RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMSDC/RJ como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando à qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios. Para tal será criada uma Comissão Técnica de Avaliação - CTA que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação.

1.2 COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Avaliação - CTA - realizará o seguimento e a avaliação da qualidade sanitária e econômica dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos para a Organização Social.

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.

1.3 COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída, por no mínimo de 9 membros titulares assim definido:

- 1 representante da SMSDC/ASSESSORIA/GAB
- 4 representante da SMSDC/SUBHUE;
- 3 representantes da SMSDC/SUBG
- 1 representante da S/SUBPAV

Os membros da CTA, titulares e suplentes, serão definidos e nomeados pelo Secretário de Saúde e Defesa Civil e publicado em Diário Oficial Municipal.

1.4 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 CTA e participantes presentes;
- Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços;
- Enviar a equipe técnica da Subsecretaria de Gestão - SUBG os relatórios econômico-financeiros apresentados pela instituição parceira, para que a mesma os analise apontando quando ocorram os desvios ocorridos e suas possíveis causas em relação ao orçamento estabelecido no Contrato de Gestão e receber de volta a análise afim de que seja incorporada a ata da CTA;
- Analisar as ocorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, mormente em relação às metas assistenciais;
- Indicar as medidas corretivas aos desvios observados, encaminhando-os ao gestor da OS e realizar quando necessárias discussões com a instituição parceira;
- 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.

2 - B. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

2.1 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.
 - o Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade.
 - o Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a SMSDC o controle diário da frequência dos profissionais que atuam na unidade.
- 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 responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.
 - o Dispor de mecanismos que possibilitem Disponibilizar em tempo real

as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a SMSDC julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pelo Plano Municipal de Saúde/RJ, com os Planos e Protocolos assistenciais de Atenção Hospitalar da SMSDC/RJ e com a Legislação vigente do Ministério da Saúde - MS.

2.2 BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apóiam a boa prática clínica são:

- As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- 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 e pelas portarias do MS;

As 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 CTA são:

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico;
- Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMSDC e do MS, como no caso das capacitações para dengue, entre outros;
- Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMSDC;
- Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e SMSDC RJ.
- Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Hospitalar;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, caso proceda, dos agravos;
- 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.

2.3 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;
- 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.

2.4 ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade nas linhas de cuidado das unidades. 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, a Superintendência dos Institutos nas questões relativas a assistência psiquiátrica 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 Pronto Atendimento;
- 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.

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 e Metas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à administração da OS, a CTA, baseada em relatório fundamentado enviado pela SUBHUE, poderá descontar até 50% (cinquenta por cento) do valor da parte variável.

C.1 Indicadores e Metas para a Unidade de Pronto Atendimento 3.1.

Descritos no anexo I Termo de referência do presente chamamento.

C.2 A fatura variável será avaliada através indicadores e metas e suas formulas de cálculo, conforme os descritos no anexo I – termo de Referência

O monitoramento **dos indicadores** deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada.

Os indicadores devem ser enviados mensalmente até o 5º dia útil.

A OS deve enviar trimestralmente os consolidados dos indicadores de acompanhamento à CTA. Sempre que existirem incongruências entre os dados da OS 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 pressupõem a **aplicação de questionários** – os modelos dos questionários serão elaborados pela SUBHUE/SMSDC.

A OS e a unidade deverão 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 OS e 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.

C.3 Relatórios mensais

Além dos indicadores e metas que são pontuados para a liberação das variáveis, a OS deverá confeccionar relatórios mensais conforme o listado abaixo.

C.3.1 Relatórios mensais da UPA Olaria

1. Número de atendimentos total da unidade:

Enfermagem
Clínica médica
Pediatria
Serviço social
CID mais frequentes –

1.1 Desdobramentos desses atendimentos:

Alta
Encaminhamento para rede básica
Permanência em leito de observação adulto e pediátrico
Transferência para internação
Óbito adulto
Criança

No estudo dos óbitos deverá constar tempo de permanência na unidade, leito de observação, idade do paciente e diagnóstico, observando a qualidade e as condições da assistência prestada na unidade. A SUBHUE disponibilizará planilha a ser preenchida e enviada mensalmente.

1.2 Transferências identificando:

TIH eletiva
Vaga zero
Unidades de destino
Diagnóstico
Data da inserção no sistema de regulação

2. Exames

- 2.1 Laboratório – Exame de emergência
Exames dos pacientes em observação
- 2.2 Imagem

3. Medicamentos

Disponibilizados (cesta básica) - Qualitativo e quantitativo, data e horário. Vizando-se avaliar se a dispensação se dá no horário em que a atenção primária não funciona.

4. Diagnóstico de IAM

- 4.1 Pacientes que permaneceram na unidade
- 4.2 Pacientes transferidos.
- 4.3 Pacientes submetidos a trombólise

5. Diagnóstico de AVC

- 5.1 Fizeram TC
- 5.2 AVC isquêmico
- 5.3 AVC hemorrágico

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

A OS 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 e as atualizações devem ser remetidas à SMSDC.

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 30 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 C DO CONTRATO

TERMO DE PERMISSÃO DE USO

UPA

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, assim como os bens que lhes guamecem.

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 aprovação 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, 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 do bem imóvel cedido.

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 2012.

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

XXXXXXXXXX
Organização Social

Testemunhas:

1) _____ 2) _____

Nome:
R.G.:

Nome:
R.G.:

ANEXO D DO CONTRATO

GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

UPA

INFORMAÇÕES SOBRE TODAS AS ÁREAS DE PLANEJAMENTO

ÁREA DE PLANEJAMENTO

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 deslota 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 líder (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 imigrantes 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 Auxiliária. 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 calcado 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 31 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 Gericinó.

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%.

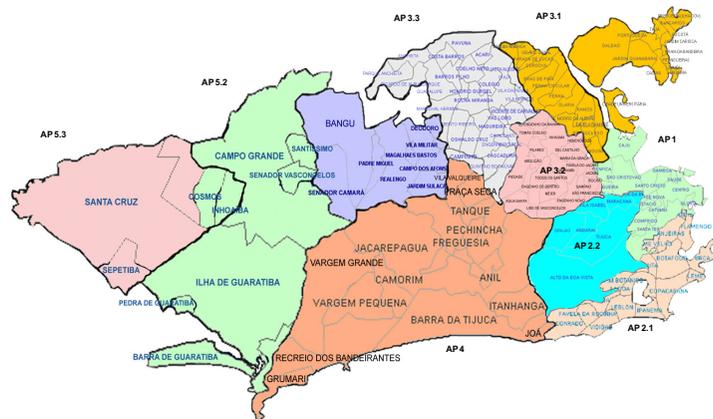
Segundo o texto publicado no Rio Estudo nº 42, em 2002, os dados mais recentes sobre a população de favelas na cidade do Rio de Janeiro, "na Zona Oeste, o IBGE deve ter muito mais dificuldades em distinguir setores normais de subnormais. O padrão de ocupação do solo é relativamente mais homogêneo e contínuo, 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.

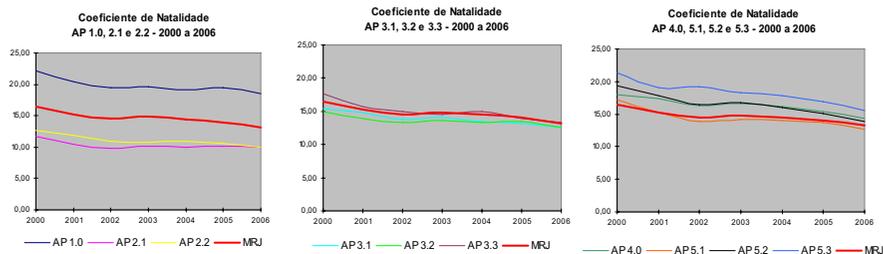
Estes dados serão analisados em uma pequena série de anos, de 2000 a 2006 para as AP, observando-se as diferenças de padrão em relação ao perfil da Cidade.

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%.

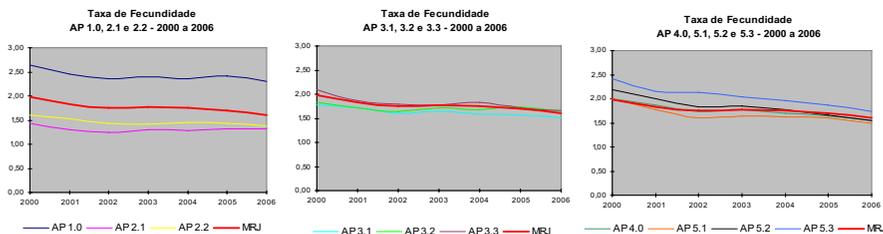
Para o Estado do Rio de Janeiro, a taxa de fecundidade em 1991 era de 2,09 e em 2004 encontrava-se em 1,77.

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, polidrâmnio, amnionite, incompetência istmocervical, diabete, abuso de drogas e pielonefrite.

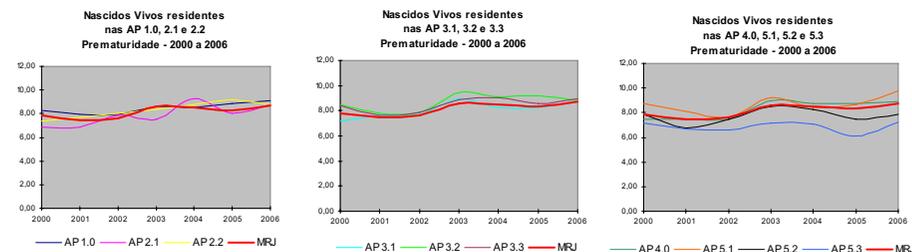
Algumas das condições determinantes da prematuridade são situações evitáveis através da atenção pré-natal adequada. A identificação precoce do desenvolvimento destas patologias e a disponibilidade de recursos para se enfrentar as complicações existentes definirão o risco de morte para o feto, e em muitas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

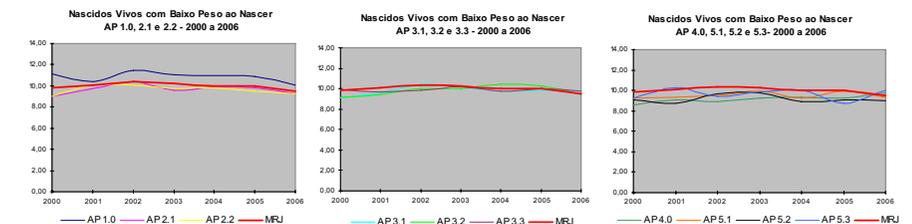
Baixo Peso ao Nascer

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)

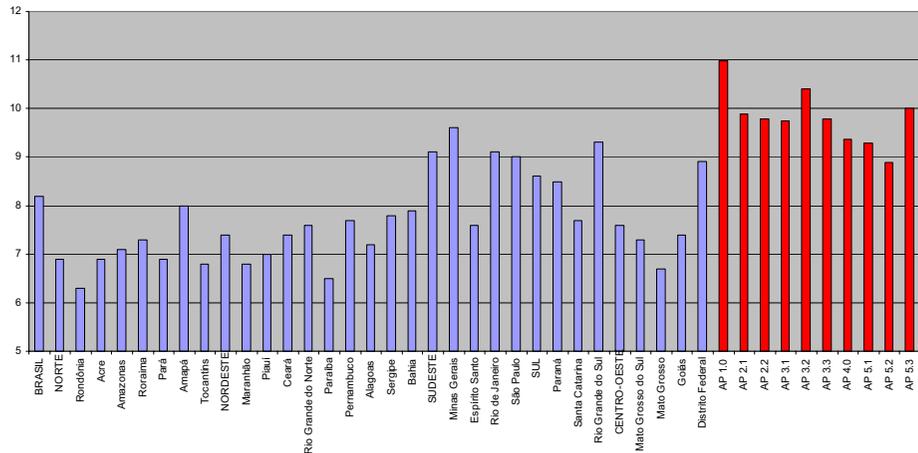
Entre 2000 e 2006 a frequência de baixo peso ao nascer para a Cidade do Rio de Janeiro oscilou entre 10 e 9,5%. Praticamente não se observaram variações importantes no período. Para o Brasil a frequência de baixo peso girou em torno de 8% para o ano de 2004.

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



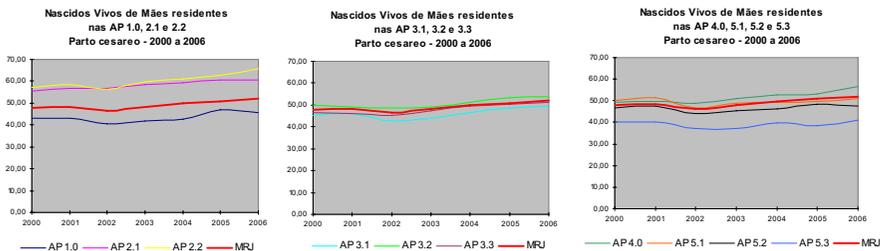
Fonte: DATASUS e GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

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 cesariano 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 no final da gestação; ocorrência de doenças hipertensivas na mãe específicas da gravidez; bebê transversos (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.

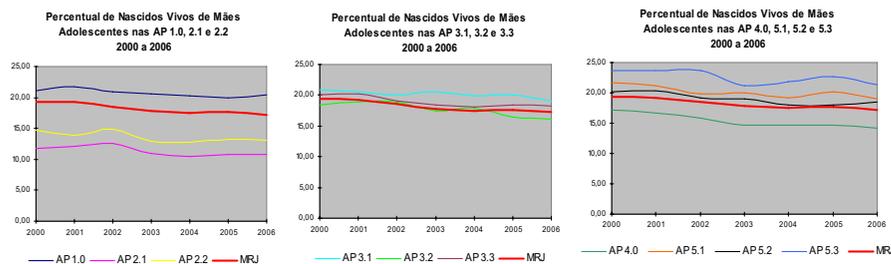
Mães Adolescentes

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 consequências emocionais advindas de relações conjugais instáveis”.

(Gama SGN da et al. 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 sobressairam com quedas acima da média da Cidade. A AP 1.0 foi a AP com menor redução.

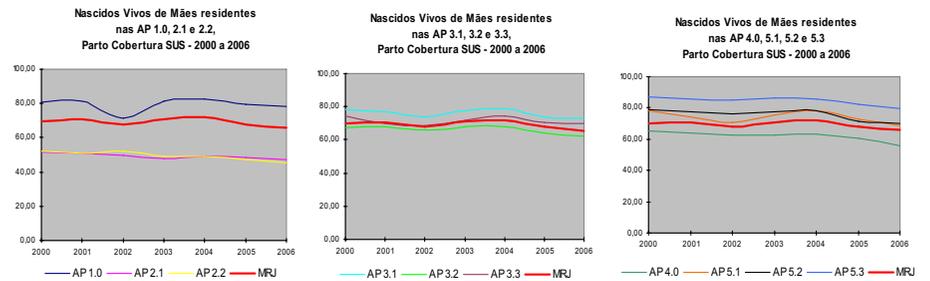
A dinâmica demográfica da Cidade deve ser considerada na análise destes resultados. As AP 2.1 e 2.2, com populações mais envelhecidas, apresentam menor expressividade de nascimentos de mães adolescentes. A AP 4.0, apesar de possuir estrutura etária mais jovem apresenta situação sócio-econômica mais privilegiada 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 tem 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-existent.

“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.

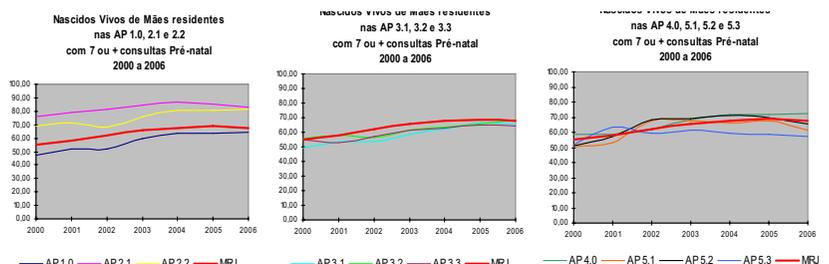
A perspectiva de ampliação da oferta da atenção pré-natal deve ser acompanhada pela preocupação com a qualidade do cuidado que está sendo ofertado. Esta garantia de qualidade significa qualificação profissional e disponibilidade de recursos/insumos. O que se objetiva é a identificação de situações de 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, diferenciada na cidade.



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.

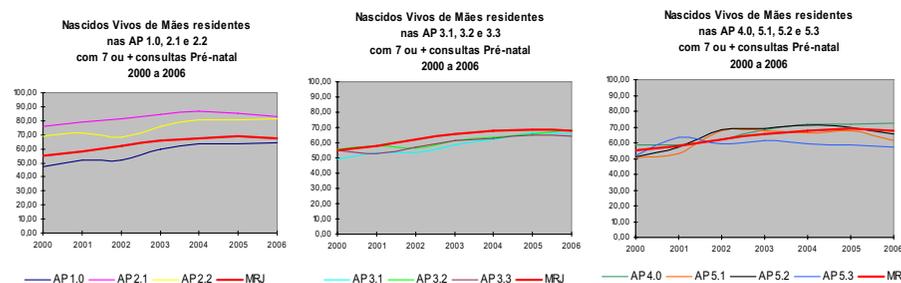
Três AP têm, entretanto, as maiores variações ou ampliações de cobertura pré-natal – AP 1.0, AP 3.1 e AP 5.2 com aproximadamente 30% de aumento. Estas áreas partem de percentuais em torno de 50% em 2000, para algo em torno de 65% em 2006. As AP 5.1 e 5.3 partem de coberturas também próximas de 50%, e 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 a 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.

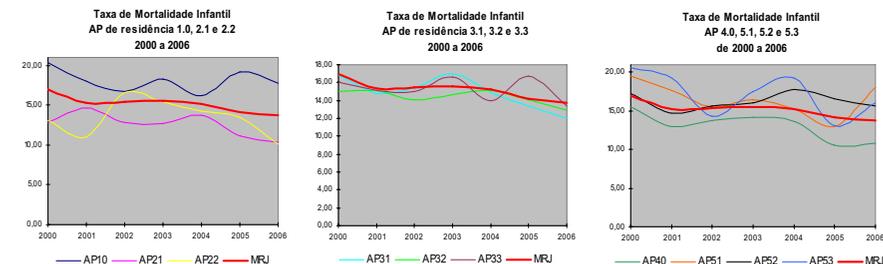
A partir da década de 90 a redução da mortalidade infantil está principalmente condicionada à redução da mortalidade neonatal, mas o grupo pós-neonatal ainda tem sua importância. Subsistem em diversas áreas da cidade, grupos populacionais especialmente vulneráveis vivendo em precárias condições e que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

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

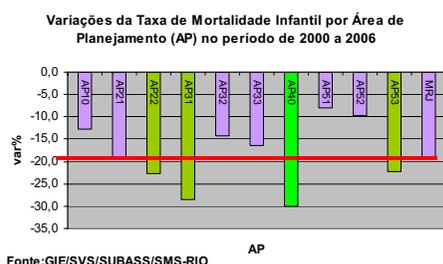
No período entre os anos de 2000 e 2006, a taxa de mortalidade infantil da Cidade variou de 16,9 para 13,7/1000 nascidos vivos. Isto corresponde a um decréscimo de 19%.

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



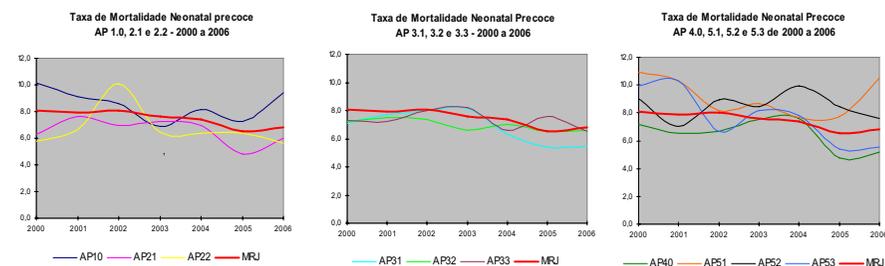
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

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.

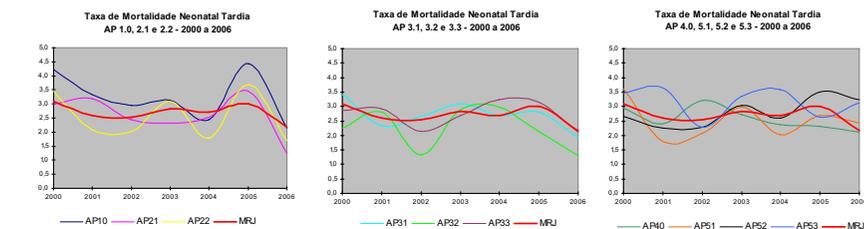
Assim como na mortalidade neonatal precoce, os recursos disponíveis para a assistência neonatal atualmente, conseguem evitar a morte de recém-nascidos que há 10 anos atrás não seriam considerados viáveis, e consegue prolongar a vida de muitos em que a possibilidade de sobrevivência era muito pequena.

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 as 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 enfretamento 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.

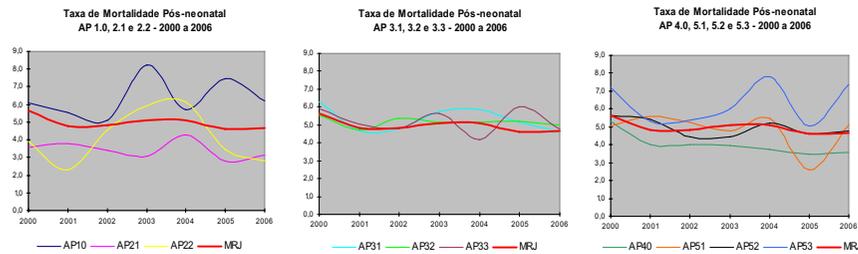


Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

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

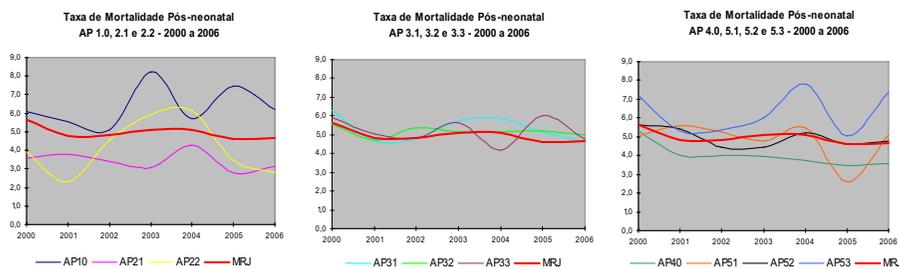
Infeciosas e Parasitárias, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas Mal Definidas. Em cada um destes grupos de causas destacam-se as Anomalias Congênitas do coração e pulmão, Causa Indeterminada, Septicemias, Diarréia, Pneumonias, Bronquiolite e Broncoaspiração. Aproximadamente metade das mortes pós-neonatais ocorre nos três primeiros meses de vida.



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 do coração e pulmão, Causa Indeterminada, Septicemias, Diarréia, Pneumonias, Bronquiolite 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.

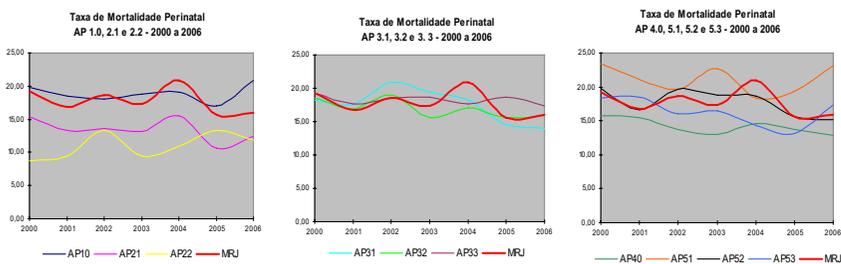
Mortalidade Perinatal

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.

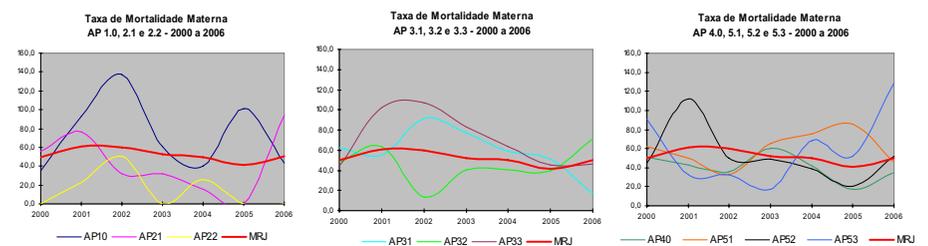
O comportamento da taxa de mortalidade materna reflete problemas relacionados à identificação dos casos de morte materna não notificados como tais.

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 irróricas 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:

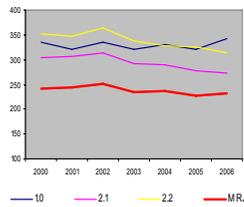
- Doenças Cardiovasculares
- Neoplasias
- Causas Externas
- Doenças do Aparelho Respiratório
- Causas Mal Definidas
- Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
- Doenças Infeciosas e Parasitárias

Desta forma trabalharemos mais detalhadamente estas causas de óbito.

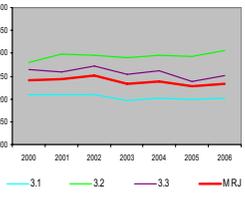
Doenças Cardiovasculares

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.

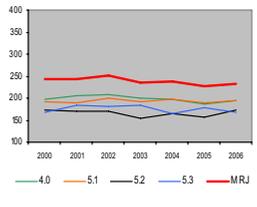
Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



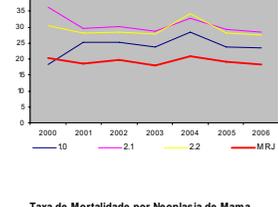
Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



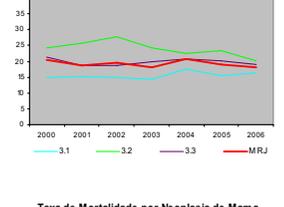
Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



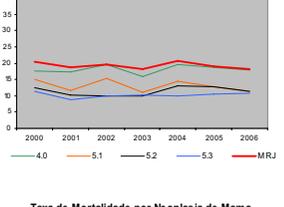
Taxa de Mortalidade por Neoplasia de traqueia, brônquios e pulmão residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Neoplasia de traqueia, brônquios e pulmão residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Neoplasia de traqueia, brônquios e pulmão residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

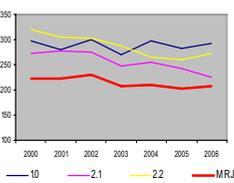


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

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.

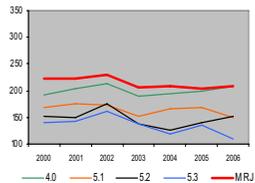
Taxa de Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração, acima dos 40 anos, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração, acima dos 40 anos, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



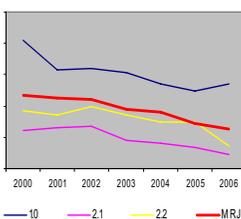
Taxa de Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração, acima dos 40 anos, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



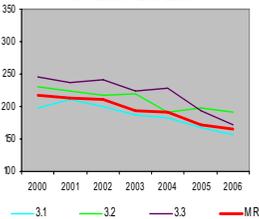
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

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.

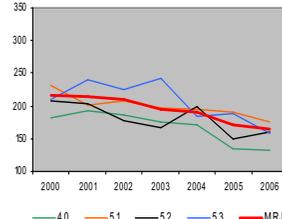
Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares, acima dos 40 anos, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares, acima dos 40 anos, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares, acima dos 40 anos, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



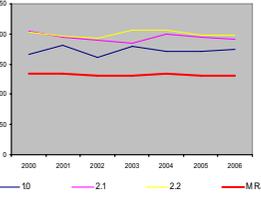
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

Neoplasias

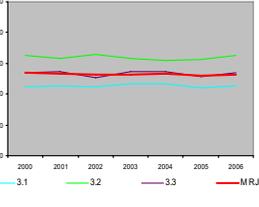
As Neoplasias se destacam em áreas que combinam duas situações: maior contingente de população idosa e de maior renda. A necessidade de exames de apoio diagnóstico para confirmação da existência de uma neoplasia pressupõe o acesso à assistência especializada e aos serviços de diagnóstico, e podem fazer 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 a diagnóstico nestas áreas, e faixa etária mais elevada da sua população.

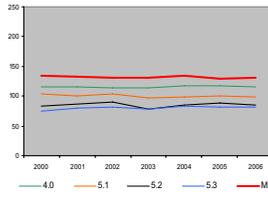
Taxa de Mortalidade por Neoplasias, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Neoplasias, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Neoplasias, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

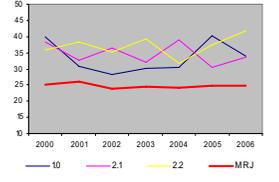


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

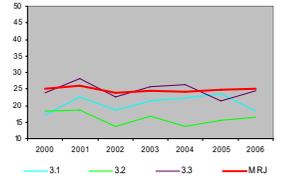
Dentre as Neoplasias o maior número de casos ocorre por Neoplasias da Traquéia, Brônquios e Pulmão, seguida pela de Mama.

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.

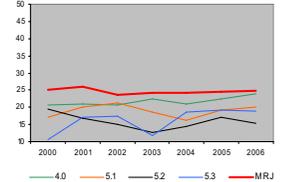
Taxa de Mortalidade por Neoplasia de Mama, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Neoplasia de Mama, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Neoplasia de Mama, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



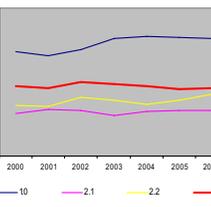
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

Causas Externas

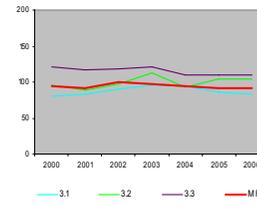
As Causas Externas encontram-se entre as três primeiras causas de morte na cidade ao longo destes anos.

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

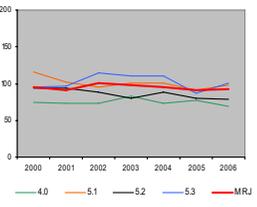
Taxa de Mortalidade por Causas Externas, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Causas Externas, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Causas Externas, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

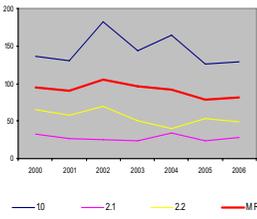


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

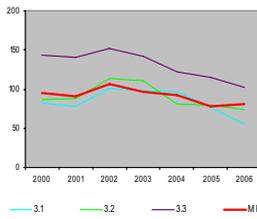
Os homicídios predominaram nas áreas 1.0 e 3.3. Nas AP 2.1, 2.2 e também na 4.0 apresentaram-se abaixo da média do município, o que pode representar, tanto questões da faixa etária – população mais idosa (homicídios foram calculados para faixa etária de 15 a 39 anos), quanto uma menor incidência de violências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

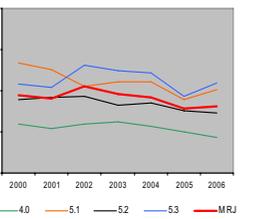
Taxa de Mortalidade por Homicídios, de 15 a 39 anos, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Homicídios, de 15 a 39 anos, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



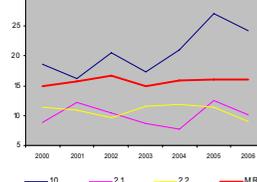
Taxa de Mortalidade por Homicídios, de 15 a 39 anos, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



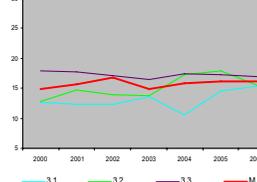
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

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.

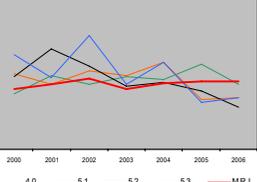
Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



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

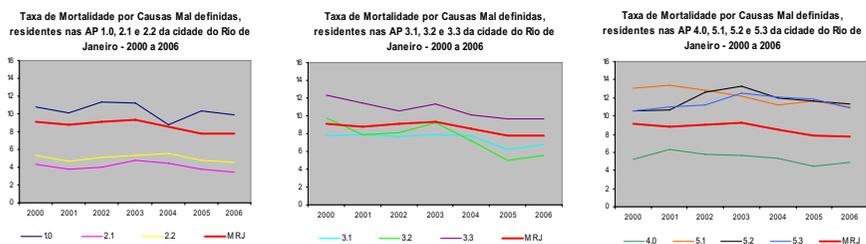
A AP 3.1 tem estrutura populacional relativamente mais jovem entre as AP 3 o que pode explicar as taxas mais baixas para as Doenças Cardiovasculares e Neoplasias, com padrão semelhante às áreas da zona oeste. Em relação às Causas Externas, a AP 3.1 apresentou menores taxas em relação as demais áreas 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 nas 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.



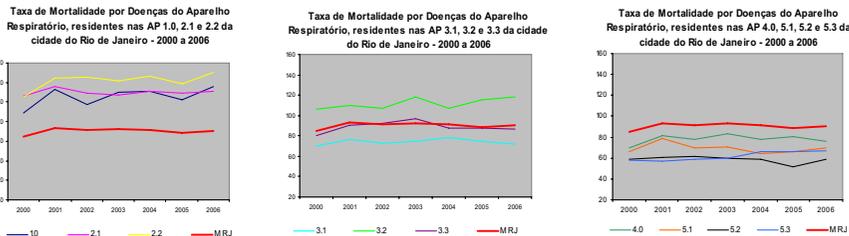
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

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.

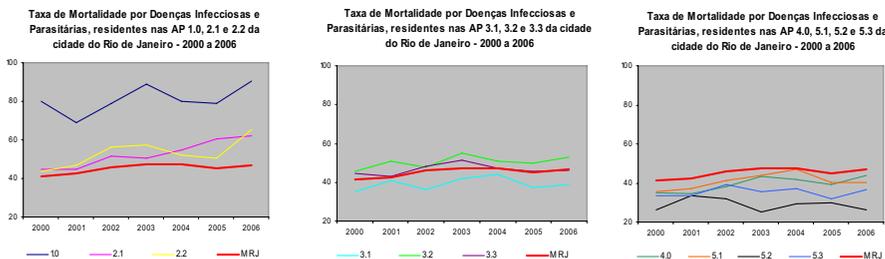
As AP 3.1, 3.2 e 3.3 por serem as de maior quantitativo populacional, influenciam a construção da média do município. Por este motivo são as áreas que encontram suas taxas mais próximas à taxa da cidade do Rio de Janeiro.



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

Doenças Infecciosas e Parasitárias

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.

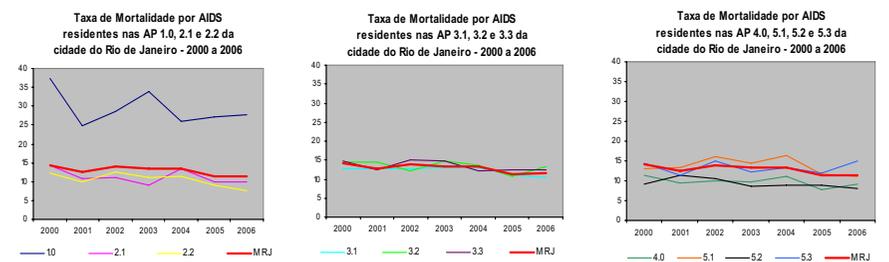


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

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.

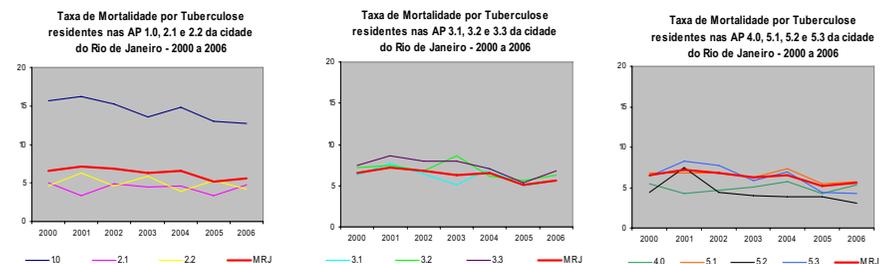
A taxa de mortalidade por AIDS vem se mantendo ao longo dos anos nas AP, com pequenas variações da média do município.

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.

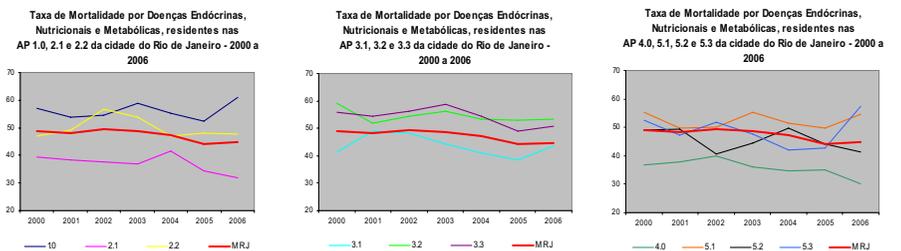


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

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.

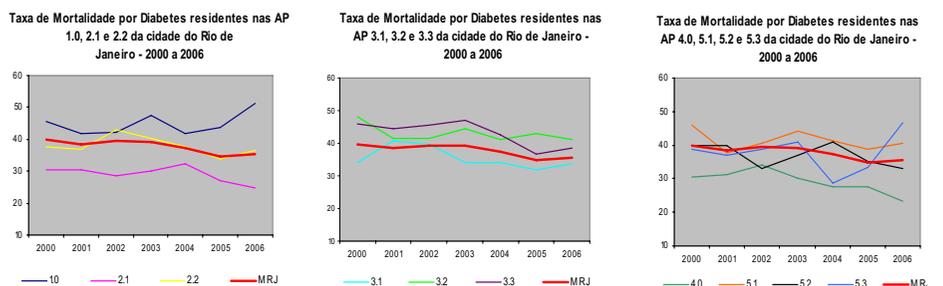
Estas alterações foram observadas em todas as AP, ao longo do período analisado, mas foram principalmente percebidas nas AP 5.1, 5.2 e 5.3.



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
	n°	2.748.143	2.754.176	2.772.801	2.793.293	2.815.747	2.852.545	2.892.259
	n°	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	n°	2.400.074	2.396.677	2.403.707	2.411.977	2.421.596	2.443.265	2.467.044
>= 40 anos	n°	2.134.248	2.166.190	2.211.225	2.258.430	2.307.939	2.368.589	2.432.740
>= 60 anos	n°	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	866	920	886	815	734
	coef**	11,3	10,1	10,6	10,4	10,1	9,6	8,9
Neonatal precoce	n°	802	678	669	671	649	558	556
	coef**	8,1	7,9	8,1	7,6	7,4	6,5	6,8
Neonatal tardio	n°	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	n°	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)	n°	4741	4624	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)	n°	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	n°	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	n°	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)	n°	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)	n°	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	5537	5487	5434	5628
	coef*	84,6	93,5	91,6	92,8	91,1	89,0	90,8
Dçs Infeciosas e Parasitárias	n°	2413	2495	2720	2626	2848	2748	2904
	coef*	41,2	42,5	45,9	47,3	47,3	45,0	46,9
AIDS	n°	837	741	824	796	806	692	711
	coef*	14,3	12,6	13,9	13,3	13,4	11,3	11,5
Tuberculose	n°	386	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	n°	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 Fecund. específica 10-14	coef***	0,0039	0,0036	0,0036	0,0035	0,0033	0,01120	0,00291
Taxa Fecund. específica 15-19	coef***	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. Específica
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ # Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais
NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab; ** Coef/1000 ## Taxa de mortalidade idade especificada de 15 a 39 anos

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

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	n°	268.280	265.045	262.110	259.276	256.512	253.849	251.312
	n°	127.553	125.929	124.373	122.883	121.457	120.093	118.791
	n°	140.727	139.116	137.738	136.393	135.055	133.756	132.522
15 a 39 anos	n°	111.200	109.354	107.643	105.979	104.348	102.764	101.237
>= 40 anos	n°	100.351	100.176	100.058	99.967	99.898	99.855	99.844
>= 60 anos	n°	37.255	37.248	37.267	37.299	37.342	37.399	37.471
	%	13,9	14,1	14,2	14,4	14,6	14,7	14,9
Mortalidade								
Óbitos Totais	n°	3116	3036	3045	3109	3026	2990	3108
	coef**	1161,5	1145,5	1161,7	1199,1	1179,7	1177,9	1236,7
Óbitos Infantis	n°	121	97	85	93	80	95	83
	coef**	20,4	18,0	16,7	18,2	16,2	19,2	17,8
Mortalidade Neonatal	n°	85	67	59	51	52	58	54
	coef**	14,3	12,4	11,6	10,0	10,5	11,7	11,6
Neonatal precoce	n°	60	49	44	35	40	36	44
	coef**	10,1	9,1	8,6	6,9	8,1	7,3	9,4
Neonatal tardio	n°	25	18	15	16	12	22	10
	coef**	4,2	3,3	2,9	3,1	2,4	4,4	2,1
Mortalidade Pós-Neonatal	n°	36	30	26	42	28	37	29
	coef**	6,1	5,6	5,1	8,2	5,7	7,5	6,2
Mortalidade Perinatal	coef**	19,9	18,6	18,1	18,8	19,1	17,0	20,8
Mortalidade Materna	n°	2	5	7	3	2	5	2
	coef*	35,2	92,7	137,3	60,8	40,6	101,0	42,9
Dçs Cardiovasculares (total)	n°	900	852	876	830	849	812	862
	coef*	335,5	321,5	334,2	320,1	331,0	319,9	343,0
Dç Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)	n°	298	281	301	271	296	282	292
	coef#	297,0	280,5	300,8	271,1	296,3	282,4	292,5
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	n°	305	259	259	252	235	223	234
	coef#	303,9	258,5	258,8	252,1	235,2	223,3	234,4
Neoplasias	n°	447	481	421	466	437	436	440
	coef*	166,6	181,5	160,6	179,7	170,4	171,8	175,1
Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão	n°	49	67	66	62	73	60	59
	coef*	18,3	25,3	25,2	23,9	28,5	23,6	23,5
Neoplasia da mama	n°	56	43	39	41	41	54	45
	coef*	39,8	30,9	28,3	30,1	30,4	40,4	34,0
Causas Externas (total)	n°	380	358	378	412	413	407	400
	coef*	141,6	135,1	144,2	158,9	161,0	160,3	159,2
Homicídios (de 15 a 39 anos)	n°	152	143	196	152	172	129	130
	coef##	136,7	130,8	182,1	143,4	164,8	125,5	128,4
Acidentes de Transporte(total)	n°	50	43	54	45	54	69	61
	coef	18,6	16,2	20,6	17,4	21,1	27,2	24,3
Causas Mal Definidas	n°	288	267	296	292	224	262	249
	coef*	107,4	100,7	112,9	112,6	87,3	103,2	99,1
Dçs Respiratórias	n°	292	352	307	336	337	310	341
	coef*	108,8	132,8	117,1	129,6	131,4	122,1	135,7
Dçs Infeciosas e Parasitárias	n°	214	183	207	230	205	201	227
	coef*	79,8	69,0	79,0	88,7	79,9	79,2	90,3
AIDS	n°	100	66	75	88	67	69	70
	coef*	37,3	24,9	28,6	33,9	26,1	27,2	27,9
Tuberculose	n°	42	43	40	35	38	33	32
	coef*	15,7	16,2	15,3	13,5	14,8	13,0	12,7



	n°	22	21	15	16	22	8
<i>Neonatal tardio</i>	n°	22	21	15	16	22	8
	coef**	3,0	3,2	2,4	2,3	2,5	3,4
<i>Mortalidade Pós-Neonatal</i>	n°	26	25	21	20	27	20
	coef**	3,5	3,8	3,4	3,1	4,3	3,1
Mortalidade Perinatal	coef**	15,4	13,3	13,7	13,2	15,5	10,7
Mortalidade Materna	n°	4	5	2	2	1	0
	coef*	55,6	76,1	32,5	31,8	15,8	0,0
DÇs Cardiovasculares (total)	n°	1916	1935	1986	1844	1831	1759
	coef*	303,9	306,7	314,4	291,4	288,7	276,5
<i>DÇ Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)</i>	n°	805	828	835	754	794	761
	coef#	272,0	276,7	275,9	246,3	256,2	242,4
<i>DÇ Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	n°	474	493	504	445	438	393
	coef#	160,1	164,8	166,6	145,3	141,3	133,8
Neoplasias	n°	1289	1231	1198	1170	1266	1238
	coef*	204,4	195,1	189,6	184,9	199,6	194,6
<i>Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão</i>	n°	228	187	191	181	207	187
	coef*	36,2	29,6	30,2	28,6	32,6	29,4
<i>Neoplasia da mama</i>	n°	135	115	129	114	138	109
	coef*	38,3	32,6	36,5	32,2	38,8	30,6
Causas Externas (total)	n°	365	395	392	344	381	399
	coef*	57,9	62,6	62,1	54,4	60,1	61,1
<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>	n°	78	62	61	56	79	57
	coef##	32,4	25,9	25,6	23,6	33,5	24,3
<i>Acidentes de Transporte(total)</i>	n°	56	77	66	55	49	80
	coef	8,9	12,2	10,4	8,7	7,7	12,6
Causas Mal Definidas	n°	276	240	250	301	279	241
	coef*	43,8	38,0	39,6	47,6	44,0	37,9
DÇs Respiratórias	n°	793	859	816	805	833	821
	coef*	125,8	136,2	129,2	127,2	131,3	129,0
DÇs Infeciosas e Parasitárias	n°	283	282	327	319	347	384
	coef*	44,9	44,7	51,8	50,4	54,7	60,4
<i>AIDS</i>	n°	90	69	71	58	85	64
	coef*	14,3	10,9	11,2	9,2	13,4	10,1
<i>Tuberculose</i>	n°	32	21	31	28	29	21
	coef*	5,1	3,3	4,9	4,4	4,6	3,3
DÇs Endócrinas Nutricionais Metabólicas	n°	249	242	238	234	263	219
	coef*	39,5	38,4	37,7	37,0	41,5	34,4
<i>Diabetes Mellitus</i>	n°	193	191	181	191	205	172
	coef*	30,6	30,3	28,7	30,2	32,3	27,0
Nascidos Vivos							
Número		7335	6567	6176	6457	6338	6396
Coefficiente de Natalidade	coef**	11,6	10,4	9,8	10,2	10,0	10,1
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	1,4	1,3	1,2	1,3	1,3	1,3
<i>Taxa Fecun.especifica 10-14</i>	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Taxa Fecun.especifica 15-19</i>	coef***	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Mães Adolescentes	%	11,8	12,2	12,5	11,0	10,4	10,8
Baixo Peso	%	9,0	9,7	10,4	9,6	9,9	9,8
Prematuridade	%	6,8	6,9	7,9	7,5	9,3	8,1
Cesareanas	%	55,6	56,9	56,8	58,3	59,5	60,7
Sem pré-natal	%	2,1	2,6	2,8	2,2	1,9	2,0
4 e + consultas de PN	%	91,3	91,7	92,3	92,8	94,2	93,9
7 e + consultas de PN	%	76,0	79,2	81,8	84,8	86,4	85,4
Cobertura do SUS	%	51,3	51,0	41,9	47,5	49,0	48,3

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	359.776	358.371
<i>Homens</i>	n°	162.727	161.597	160.536	159.641	158.611	157.747
<i>Mulheres</i>	n°	204.278	203.355	202.528	201.798	201.164	200.624
15 a 39 anos	n°	136.670	134.976	133.331	131.736	130.187	128.685
>= 40 anos	n°	168.144	169.556	171.027	172.559	174.152	175.809
>= 60 anos	n°	71.804	72.679	73.594	74.549	75.547	76.588
	%	19,6	19,9	20,3	20,6	21,0	21,4
Mortalidade							
Óbitos Totais	n°	3738	3713	3888	3826	3743	3673
	coef**	1.018,5	1.017,4	1.070,9	1.058,8	1.040,4	1.024,9
Óbitos Infantis	n°	61	48	66	60	56	51
	coef**	13,1	11,1	16,6	15,4	14,3	13,5
Mortalidade Neonatal	n°	43	38	48	37	32	38
	coef**	9,2	8,8	12,1	9,5	8,2	10,0
<i>Neonatal precoce</i>	n°	27	29	40	25	25	24
	coef**	5,8	6,7	10,1	6,4	6,4	6,3
<i>Neonatal tardio</i>	n°	16	9	8	12	7	14
	coef**	3,4	2,1	2,0	3,1	1,8	3,7
<i>Mortalidade Pós-Neonatal</i>	n°	18	10	18	23	24	13
	coef**	3,9	2,3	4,5	5,9	6,1	3,4
Mortalidade Perinatal	coef**	8,8	9,4	13,3	9,5	10,9	13,4
Mortalidade Materna	n°	0	1	2	0	1	0
	coef*	0,0	23,1	50,4	0,0	25,5	0,0
DÇs Cardiovasculares (total)	n°	1294	1267	1318	1220	1184	1169
	coef*	352,6	347,2	363,0	337,6	329,1	326,2
<i>DÇ Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)</i>	n°	539	517	519	494	463	457
	coef#	320,6	304,9	303,5	286,3	265,9	259,9
<i>DÇ Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	n°	325	316	341	321	303	305
	coef#	193,3	186,4	199,4	186,0	174,0	173,5
Neoplasias	n°	746	715	701	743	744	710
	coef*	203,3	195,9	193,1	205,6	206,8	198,1
<i>Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão</i>	n°	112	103	103	101	123	101
	coef*	30,5	28,2	28,4	28,0	34,2	28,2
<i>Neoplasia da mama</i>	n°	73	78	71	79	64	75
	coef*	35,7	38,4	35,1	39,1	31,8	37,4
Causas Externas (total)	n°	251	243	286	270	249	297
	coef*	68,4	66,6	78,8	74,7	69,2	75,3
<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>	n°	89	77	93	66	52	69
	coef##	65,1	57,0	69,8	50,1	39,9	53,6
<i>Acidentes de Transporte(total)</i>	n°	42	40	35	42	43	41
	coef	11,4	11,0	9,6	11,6	12,0	11,4
Causas Mal Definidas	n°	197	170	186	191	198	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
<i>AIDS</i>	n°	45	36	46	40	41	32	27
	coef*	12,3	9,9	12,7	11,1	11,4	8,9	7,6
<i>Tuberculose</i>	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	194	169	172	170
	coef*	46,9	49,0	56,7	53,7	47,0	48,0	47,6
<i>Diabetes Mellitus</i>	n°	138	135	156	146	136	121	130
	coef*	37,6	37,0	43,0	40,4	37,8	33,8	36,4
Nascidos Vivos								
Número		4651	4333	3969	3886	3922	3785	3545
Coefficiente de Natalidade	coef**	12,7	11,9	10,9	10,8	10,9	10,6	9,9
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	1,6	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4
<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***	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03
Mães Adolescentes	%	14,8	13,8	14,9	12,9	12,7	13,2	13,1
Baixo Peso	%	9,0	10,1	10,1	9,7	9,8	9,5	9,3
Prematuridade	%	7,4	7,7	8,0	8,3	8,7	9,2	8,8
Cesareanas	%	57,1	58,5	56,3	59,6	61,0	62,9	65,9
Sem pré-natal	%	2,3	2,2	2,3	1,6	1,9	1,9	1,2
4 e + consultas de PN	%	91,0	91,7	90,2	93,3	93,5	92,9	97,1
7 e + consultas de PN	%	69,1	71,1	68,4	75,7	80,7	80,3	81,2
Cobertura do SUS	%	52,2	50,8	43,7	48,9	49,1	47,2	45,1

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 3.1 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos							
População Total	n°	859.210	865.643	872.453	879.608	887.204	895.142
<i>Homens</i>	n°	407.271	409.865	412.605	415.510	418.605	421.854
<i>Mulheres</i>	n°	451.939	455.778	459.848	464.098	468.600	473.288
15 a 39 anos	n°	359.009	360.122	361.314	362.556	363.910	365.309
>= 40 anos	n°	293.440	299.566	305.935	312.548	319.432	326.551
>= 60 anos	n°	99.301	102.090	105.014	108.071	111.284	114.606
	%	11,6	11,8	12,0	12,3	12,5	12,8
Mortalidade							
Óbitos Totais	n°	6261	6509	6513	6656	6736	6384
	coef**	728,7	751,9	746,5	756,7	759,2	713,2
Óbitos Infantis	n°	222	189	185	209	177	158
	coef**	16,8	14,7	15,4	17,0	14,8	13,4
Mortalidade Neonatal	n°	139	129	128	138	107	



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	n°	259.786	258.231	256.787	255.453	254.227	253.108	252.095
	Mulheres	n°	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
Neonatal precoce		n°	61	59	55	50	52	49	46
		coef**	7,2	7,5	7,4	6,6	7,0	6,5	6,6
Neonatal tardio		n°	19	22	10	22	22	16	9
		coef**	2,2	2,8	1,3	2,9	3,0	2,1	1,3
Mortalidade Pós-Neonatal		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
Dcs 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
Dc Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)		n°	527	572	570	595	600	552	582
		coef#	230,8	248,0	244,6	252,7	252,0	229,3	239,0
Dc Cerebrovascular(acima de 40 anos)		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
Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão		n°	137	145	155	136	125	129	111
		coef*	24,2	25,8	27,7	24,4	22,5	23,3	20,1
Neoplasia da mama		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
Homicídios (de 15 a 39 anos)		n°	191	193	245	237	172	168	155
		coef##	86,1	88,0	112,9	110,3	80,9	79,8	74,4
Acidentes de Transporte(total)		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
Dcs Respiratórias									
		n°	602	620	602	662	596	638	652
		coef*	106,4	110,1	107,4	118,6	107,1	115,0	117,9
Dcs Infeciosas 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
AIDS		n°	82	81	68	83	75	59	74
		coef*	14,5	14,4	12,1	14,9	13,5	10,6	13,4
Tuberculose		n°	41	42	38	48	34	31	35
		coef*	7,2	7,5	6,8	8,6	6,1	5,6	6,3
Dcs Endócrinas Nutricionais Metabólicas									
		n°	334	292	304	313	296	294	296
		coef*	59,1	51,9	54,2	56,1	53,2	53,0	53,3
Diabetes Mellitus		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									
		n°	8463	7825	7461	7598	7398	7484	6993
Coeficiente 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
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***	0,06	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	

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	n°	434763	436484	438419	440576	442962	445585	448456
	Mulheres	n°	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
Mortalidade									
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Óbitos Totais		n°	8793	8719	8793	8986	8749	8422	8721
		coef**	946,7	933,9	936,5	951,1	918,9	879,0	903,1
Óbitos Infantis		n°	284	223	210	228	198	223	172
		coef**	16,0	15,1	15,0	16,6	14,0	16,7	13,4
Mortalidade Neonatal		n°	167	149	142	150	139	143	111
		coef**	10,1	10,1	10,1	10,9	9,8	10,7	8,8
Neonatal precoce		n°	120	106	112	113	93	101	84
		coef**	7,3	7,2	8,0	8,2	6,6	7,6	6,5
Neonatal tardio		n°	47	43	30	37	46	42	27
		coef**	2,9	2,9	2,1	2,7	3,2	3,2	2,1
Mortalidade Pós-Neonatal		n°	97	74	68	78	59	80	61

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	692979	712206	733128	763877	797387
	Homens	n°	326280	323023	331211	340115	349801	364140	379756
	Mulheres	n°	355771	352280	361768	372091	383327	399737	417631
15 e 39 anos		n°	293746	290765	297445	304712	312616	324599	337616
≥ 40 anos		n°	230404	228310	237853	248089	259081	273762	289698
≥ 60 anos		n°	69464	68920	72092	75489	79129	83909	89094
		%	10,2	10,2	10,4	10,6	10,8	11,0	11,2
Mortalidade									
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Óbitos Totais		n°	4640	4872	4994	5049	5100	5199	5424
		coef**	680,3	721,5	706,2	708,9	695,6	680,6	680,2
Óbitos Infantis		n°	189	152	158	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	99	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
Dc Isquêmica 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
Dc 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</				



	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
<i>Diabetes Mellitus</i>	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
<i>Taxa Fecun.especifica 10-14</i>	coef***	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Taxa Fecun.especifica 15-19</i>	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
<i>4 e + consultas</i>	%	86,4	82,7	83,9	87,4	89,3	89,8	90,2
<i>7 e + consultas</i>	%	58,5	58,3	62,0	68,3	72,0	71,6	72,1
Cobertura do SUS (%)	%	85,3	63,9	62,5	62,9	62,9	60,2	56,1

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 ## Taxa de mortalidade idade especifica de 15 a 39 anos

**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	672232
<i>Homens</i>	n°	317511	318240	319024	319865	320762	325102
<i>Mulheres</i>	n°	342138	343223	344396	345659	347014	352131
<i>15 e 39 anos</i>	n°	278973	278441	277913	277391	276872	279265
<i>>=40 anos</i>	n°	215987	220399	224928	229575	234344	241756
<i>>= 60 anos</i>	n°	66478	68060	69702	71406	73175	75801
	%	10,1	10,3	10,5	10,7	11,0	11,2
Mortalidade		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Óbitos Totais	n°	5309	5247	5230	5254	5196	5114
	coef**	804,8	793,2	788,3	789,5	778,1	755,1
Óbitos Infantis	n°	222	178	142	155	142	121
	coef**	19,6	17,7	15,5	16,4	15,2	13,0
Mortalidade Neonatal	n°	165	122	94	110	91	97
	coef**	14,6	12,1	10,2	11,7	9,7	10,4
<i>Neonatal precoce</i>	n°	124	104	75	82	72	72
	coef**	10,9	10,3	8,2	8,7	7,7	7,7
<i>Neonatal tardio</i>	n°	41	18	19	28	19	25
	coef**	3,6	1,8	2,1	3,0	2,0	2,7
<i>Mortalidade Pós-Neonatal</i>	n°	57	56	48	45	51	24
	coef**	5,0	5,6	5,2	4,8	5,5	2,6
Mortalidade Perinatal	coef**	23,4	21,1	19,7	22,7	18,3	19,3
Mortalidade Materna	n°	7	5	3	6	7	8
	coef*	62,6	49,6	32,8	65,4	74,9	85,9
Dçs Cardiovasculares (total)	n°	1267	1252	1329	1276	1321	1282
	coef*	192,1	189,3	200,3	191,7	197,8	189,3
<i>Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)</i>	n°	366	389	392	347	387	407
	coef#	169,5	176,5	174,3	151,1	165,1	168,4
<i>Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	n°	502	442	467	450	457	458
	coef#	232,4	200,5	207,6	196,0	195,0	189,4
Neoplasias	n°	685	669	684	646	662	677
	coef*	103,8	101,1	103,1	97,1	99,1	100,0
<i>Neo traq.brônquios/ pulmão</i>	n°	99	77	101	74	97	86
	coef*	15,0	11,6	15,2	11,1	14,5	12,7
<i>Neoplasia da mama</i>	n°	59	69	73	64	56	68
	coef*	7,2	20,1	21,2	18,5	16,1	19,3
Causas Externas (total)	n°	763	675	634	670	670	614
	coef*	115,7	102,0	95,6	100,7	100,3	90,7
<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>	n°	374	350	294	307	305	248
	coef##	134,1	125,7	105,8	110,7	110,2	88,8
<i>Acidentes de Transporte(total)</i>	n°	115	104	119	114	129	89
	coef	17,4	15,7	17,9	17,1	19,3	13,1
Causas Mal Definidas	n°	863	884	851	811	746	787
	coef*	130,8	133,6	128,3	121,9	111,7	116,2
D.Respiratórias	n°	435	520	461	468	428	448
	coef*	65,9	78,6	69,5	70,3	64,1	66,2
D.Infecciosas e Parasitárias	n°	236	244	273	291	315	273
	coef*	35,8	36,9	41,2	43,7	47,2	40,3
<i>AIDS</i>	n°	87	88	107	96	110	79
	coef*	13,2	13,3	16,1	14,4	16,5	11,7
<i>Tuberculose</i>	n°	45	45	45	42	49	37
	coef*	6,8	6,8	6,8	6,3	7,3	5,5
D.Endócrinas Nut.Imunit.	n°	364	329	333	367	343	337
	coef*	55,2	49,7	50,2	55,1	51,4	49,8
<i>Diabetes Mellitus</i>	n°	304	249	270	294	276	263
	coef*	46,1	37,6	40,7	44,2	41,3	38,8
Nascidos Vivos		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número		11331	10072	9174	9435	9351	9306
Coef.Natalidade	coef**	17,2	15,2	13,8	14,2	14,0	13,7
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2,0	1,8	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
<i>Taxa Fecun.especifica 15-19</i>	coef***	0,08	0,07	0,06	0,06	0,05	0,05
Mães Adolescentes	%	21,7	21,1	19,8	19,9	19,1	20,1
Baixo Peso	%	9,2	9,3	9,5	9,9	9,3	10,0
Prematuridade	%	8,7	8,1	7,7	9,2	8,4	8,7
Cesareanas	%	50,0	51,4	46,8	48,8	49,3	49,6
Pré-Natal Nenhuma consulta	%	7,2	9,0	3,1	3,6	3,6	2,9
<i>4 e + consultas</i>	%	85,4	83,7	88,6	88,8	88,2	90,1
<i>7 e + consultas</i>	%	50,2	53,2	67,9	67,8	66,0	67,9
Cobertura do SUS (%)	%	78,4	74,1	70,7	75,6	78,1	72,5

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

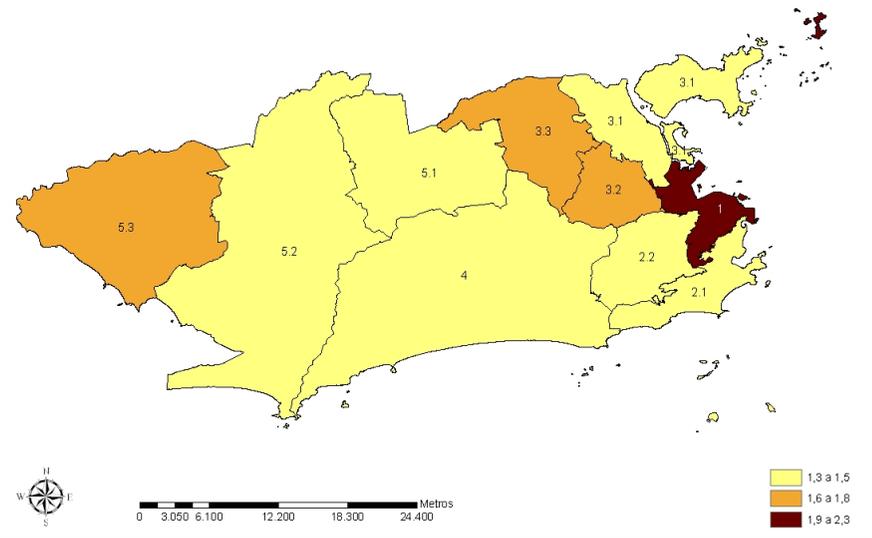
Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 5.2 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos							
População Total	n°	585567	599502	613990	629056	644726	667995
<i>Homens</i>	n°	283961	290376	297034	303947	311123	321930
<i>Mulheres</i>	n°	301606	309126	316956	325110	333603	346055
<i>15 e 39 anos</i>	n°	250724	255840	261125	266585	272229	280991
<i>>=40 anos</i>	n°	176825	183783	191047	198632	206553	217087
<i>>= 60 anos</i>	n°	50356	52350	54436	56618	58903	61939
	%	8,6	8,7	8,9	9,0	9,1	9,3
Mortalidade		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Óbitos Totais	n°	4033	4179	4322	4190	4471	4362
	coef**	688,7	697,1	703,9	666,1	693,5	653,0
Óbitos Infantis	n°	196	157	158	168	184	166
	coef**	17,3	14,7	15,7	16,0	17,8	16,5
Mortalidade Neonatal	n°	132	99	113	121	130	120
	coef**	11,7	9,3	11,2	11,5	12,6	12,0
<i>Neonatal precoce</i>	n°	102	75	90	89	103	85
	coef**	9,0	7,0	8,9	8,5	10,0	8,5
<i>Neonatal tardio</i>	n°	30	24	23	32	27	35
	coef**	2,6	2,2	2,3	3,0	2,6	3,5
<i>Mortalidade Pós-Neonatal</i>	n°	64	58	45	47	54	46
	coef**	5,7	5,4	4,5	4,5	5,2	4,6
Mortalidade Perinatal	coef**	19,7	16,7	19,7	18,8	18,7	15,5
Mortalidade Materna	n°	5	12	5	5	4	2
	coef*	44,6	112,3	49,7	48,8	38,7	19,9
Dçs Cardiovasculares (total)	n°	1007	1014	1039	964	1069	1040
	coef*	172,0	169,1	169,2	153,2	165,8	155,7
<i>Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)</i>	n°	267	273	337	272	261	305
	coef#	151,0	148,5	176,4	136,9	126,4	140,5
<i>Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	n°	368	374	338	330	412	326
	coef#	208,1	203,5	176,9	166,1	199,5	150,2
Neoplasias	n°	486	516	549	495	543	586
	coef*	83,0	86,1	89,4	78,7	84,2	87,7
<i>Neo traq.brônquios/ pulmão</i>	n°	73	62	61	63	85	85
	coef*	12,5	10,3	9,9	10,0	13,2	12,7
<i>Neoplasia da mama</i>	n°	59	52	48	41	48	59
	coef*	19,6	16,8	15,1	12,6	14,4	17,0
Causas Externas (total)	n°	547	565	540	501	566	530
	coef*	93,4	94,2	87,9	79,6	87,8	79,3
<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>	n°	223	234	244	220	233	212
	coef##	88,9	91,5	93,4	82,5	85,6	75,4
<i>Acidentes de Transporte(total)</i>	n°	99	129	115	97	103	97
	coef	16,9	21,5	18,7	15,4	16,0	14,5
Causas Mal Definidas							

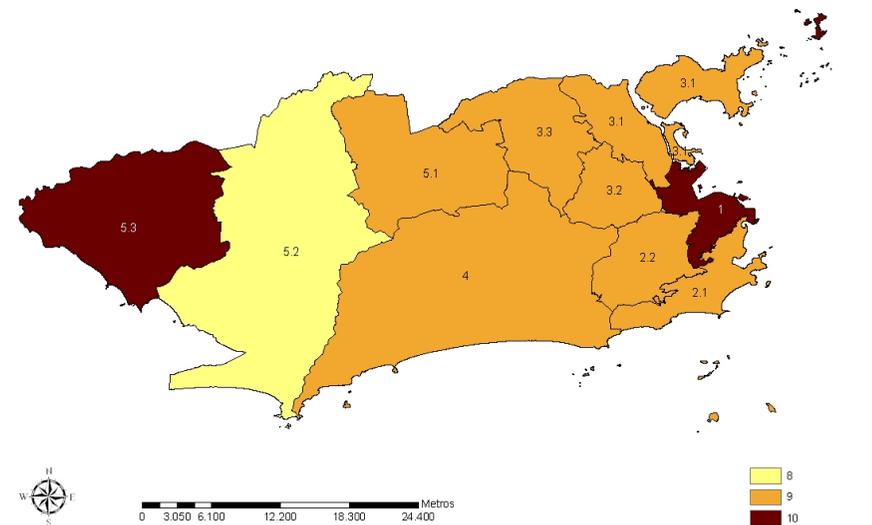


	coef**	13,4	13,9	8,9	11,5	11,4	8,0	8,5
Neonatal precoce	n°	66	62	41	49	46	31	30
	coef**	9,9	10,3	6,7	8,2	7,8	5,4	5,5
Neonatal tardio	n°	23	22	14	20	21	15	17
	coef**	3,5	3,6	2,3	3,3	3,6	2,6	3,1
Mortalidade Pós-Neonatal	n°	48	32	33	36	46	29	40
	coef**	7,2	5,3	5,4	6,0	7,8	5,1	7,4
Mortalidade Perinatal	coef**	18,3	18,6	16,1	16,4	14,4	13,2	17,3
Mortalidade Materna	n°	6	2	2	1	4	3	7
	coef*	90,7	33,1	32,6	17,4	68,1	52,4	128,8
Dçs Cardiovasculares (total)	n°	524	582	579	602	546	606	582
	coef*	168,3	184,3	180,6	184,9	165,1	178,5	166,9
Dç Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)	n°	124	130	151	134	120	142	121
	coef#	140,8	142,8	160,4	137,7	119,2	134,9	109,9
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	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
Neo traq.brônquios/ pulmão	n°	35	28	32	33	33	36	38
	coef*	11,2	8,9	10,0	10,1	10,0	10,6	10,9
Neoplasia da mama	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
Homicídios (de 15 a 39 anos)	n°	142	138	176	169	168	132	159
	coef##	107,7	103,4	130,4	123,8	121,6	93,4	110,0
Acidentes de Transporte(total)	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
AIDS	n°	45	36	48	40	44	41	52
	coef*	14,5	11,4	15,0	12,3	13,3	12,1	14,9
Tuberculose	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
Diabetes Mellitus	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
Taxa Fecun.especifica 10-14	coef***	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Taxa Fecun.especifica 15-19	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
Pré-Natal Nenhuma consulta	%	9,7	8,1	5,8	4,9	4,3	3,2	2,9
4 e+ consultas	%	83,2	86,3	82,1	83,0	83,8	85,8	85,8
7 e+ consultas	%	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	ade de 15 a 39 anos							
**Coef./1000								

Taxa de Fecundidade por AP de Residência - 2006

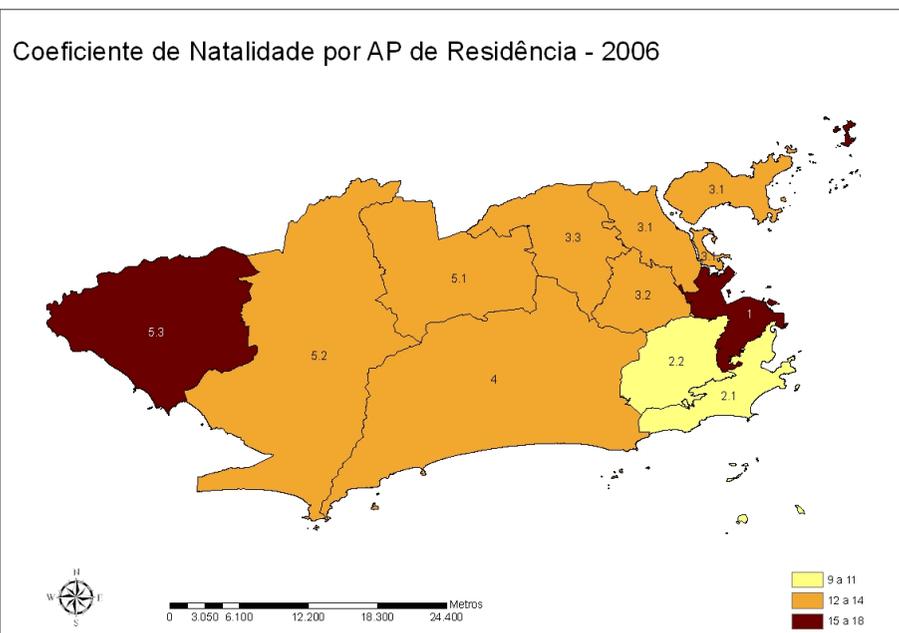


Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso por AP de Residência - 2006

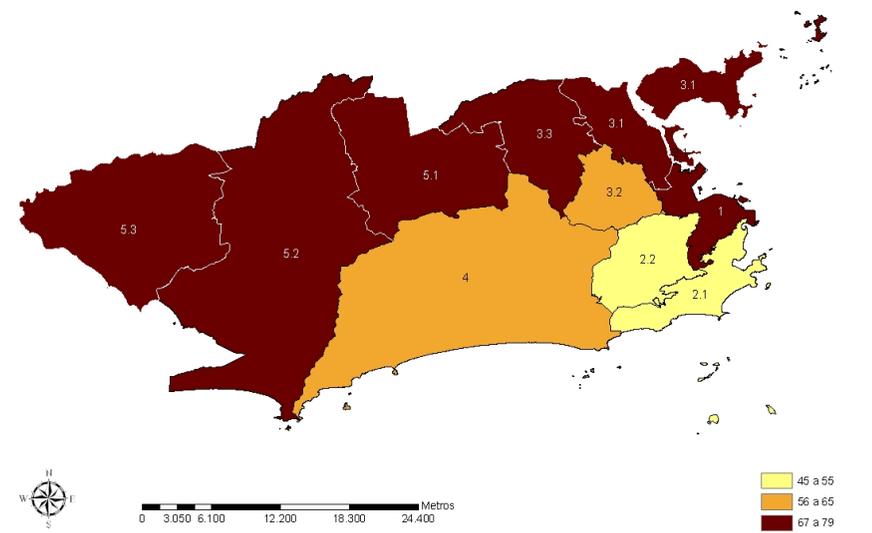


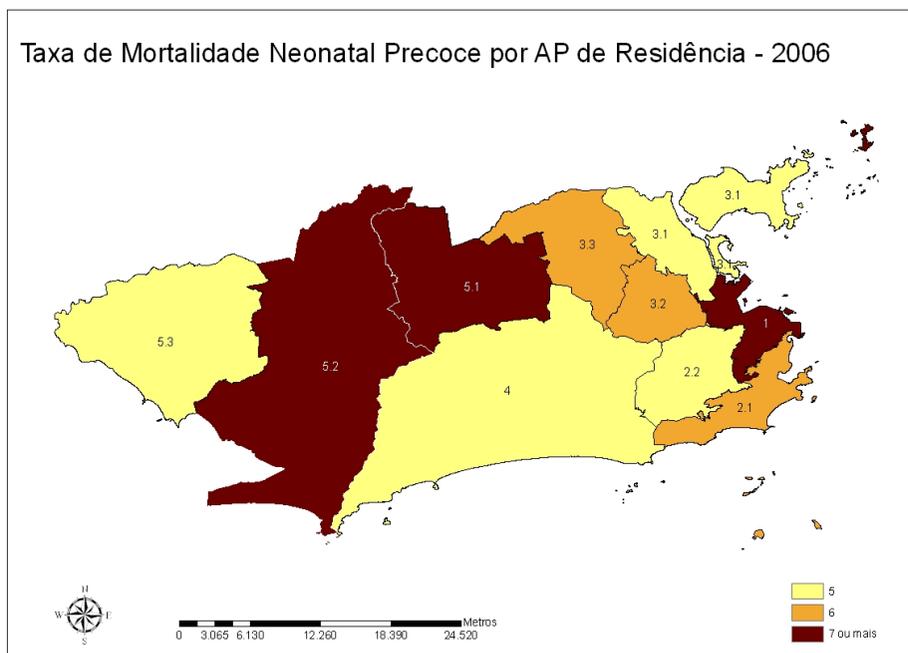
ANEXO II

Coeficiente de Natalidade por AP de Residência - 2006



Proporção de Nascidos Vivos com Cobertura do SUS 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 consequentemente 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.	Éixos 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, hidroviários, 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: Sede de grandes empresas (Petrobrás, BNDES), comércio popular (SAARA/Camelódromo), CADEG, comércios especializados;	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 na região de Guaratiba com 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 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, Mangureira, Providência, Morro da Coroa, entre outros;	Grandes complexos de Áreas de Fragilidade Urbana: Rocinha, Vidigal, Santa Marta, Pavão-Pavãozinho, Chapéu Mangureira, 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.

Página 1

COMUNICADO

ROCINHA E TIJUCA RECEBEM AÇÕES DE SAÚDE DA MULHER

No próximo sábado, 31 de março, a Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza, na Rocinha, encerra a "Campanha Preventiva para o Câncer de Colo de Útero e Mama", realizada ao longo do mês de março na unidade. Entre 9h e 13h, as participantes – mesmo as não cadastradas no programa de saúde da família - poderão fazer exames preventivos e participar de atividades físicas, além de receber instruções sobre saúde bucal, entre outras atividades. Manicures, esteticistas e massagistas também estarão na clínica para atender as mulheres

Em outra ação de promoção da saúde da mulher, todas as unidades básicas de saúde da Área de Planejamento (AP) 2.2, que compreende os bairros Tijuca, Vila Isabel, Maracanã, Andaraí e Alto da Boa Vista, estarão abertas das 8 às 17 horas para a realização de exames preventivos. É a campanha 'Mulher Alerta na AP 2.2', cujo objetivo é a prevenção do câncer de mama e do câncer de colo de útero.

COORDENADORIA DE LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES

Comunicamos que as firmas abaixo relacionadas deverão comparecer, num prazo de 5 (cinco) dias úteis a partir da data da publicação deste Edital à Rua Afonso Cavalcanti nº455/852.com o respectivo carimbo, para retirada de Empenho, no horário de: 09:00 às 16:00 HS. A não retirada do mesmo estará sujeito às sanções previstas na Legislação em vigor.

FIRMAS	EMP	GUIA
HL COMERCIO HOSPITALAR LTDA	000513	14
MICROBAC PRODUTOS E SERVIÇOS PARA LABORATORIOS LTDA	000512	14
SEMINA INDUSTRIA E COMERCIO LTDA	000514	14
SPORTPLUS MARKETING ESPORTIVO LTDA	002947	14

COORDENADORIA DE INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA

Comunicamos que as firmas abaixo relacionadas deverão comparecer, num prazo de 5 (cinco) dias úteis a partir da data da publicação deste Edital à Rua Afonso Cavalcanti nº455/852.com o respectivo carimbo, para retirada de Empenho, no horário de: 09:00 às 16:00 HS. A não retirada do mesmo estará sujeito às sanções previstas na Legislação em vigor.

FIRMAS	EMP	GUIA
EMPRESA MUNICIPAL DE ARTES GRAFICAS S.A	000499	04
EMPRESA MUNICIPAL DE ARTES GRAFICAS S.A	000500	04
EMPRESA MUNICIPAL DE ARTES GRAFICAS S.A	000501	04
SOPERJ SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	000503	04
SOPERJ SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	000504	04
MBK EVENTOS CORPORATIVOS E NEGOCIOS EMPRESARIAIS AAW LTDA	000521	04

COORDENADORIA DE LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES

(Retificação do dia 20/03/2012 – fls. 52)
PE015/2012– PROCESSO: 09/000293/2011

EXTRATO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 002/2012

Empresa Vencedora – Item 11: ORIPACK COM DE EMBALAGENS LTDA

Onde se lê:

Item	Código
11	66.58.01.048-00

Leia-se:

Item	Código
11	66.85.01.048-00

**SUBSECRETARIA DE GESTÃO
COORDENADORIA DE LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES
GERÊNCIA DE AQUISIÇÃO
SUBGERÊNCIA DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS
CONVOCAÇÃO**

Comunicamos que o representante da empresa relacionada deverá comparecer, no prazo de 3 (três) dias a partir da data da publicação desta convocação, na Rua Afonso Cavalcante, nº 455 sala 745 (Cidade Nova – S/SUBG/CLA/GA-MEDICAMENTOS), para retirada de Nota de Empenho e de Autorização de Fornecimento, no horário das 09 às 17h. A não retirada dessa documentação tornará a empresa passível às sanções previstas na Legislação em vigor.

EMPRESAS	NOTAS DE EMPENHO
NATULAB LABORATORIO LTDA	2012/000522

**COORDENADORIA DE SAÚDE DA AP 3.1
DESPACHOS DO COORDENADOR
EXPEDIENTE DE 28/03/2012**

Solicito o comparecimento das Empresas listadas a seguir, na Coordenação de Área Programática 3.1 (CAP 3.1), sito a Rua São Godofredo s/nº, Penha – RJ, para retirada da respectiva Nota de Empenho e Nota de Autorização de Fornecimento até 07(sete) dias após a data de publicação. A não retirada do mesmo estará sujeito às sanções previstas na Legislação em vigor.

Empresas	Empenhos
Zita Med Biotecnologia LTDA ME	2012/147