

SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

COMUNICADO

PREFEITURA LANÇA O FESTIVAL RIO SAUDÁVEL GASTRONOMIA 2012

Para promover a combinação de boa gastronomia e saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) realiza o Festival Rio Saudável Gastronomia 2012, de 25 de abril a 24 de junho. Neste período, os 31 restaurantes cariocas participantes, dos mais sofisticados aos mais simples, apresentarão pelo menos um prato ou menu atrativos, elaborados de forma balanceada, segundo os parâmetros definidos pela Comissão de Nutricionistas do Festival.

Os pratos serão identificados com a logomarca do festival, que acontece pela segunda vez na cidade. Os menus elaborados devem, por exemplo, valorizar o uso das ervas aromáticas e especiarias naturais. Além disso, contam com pelo menos um ingrediente típico da culinária brasileira como: feijões, aipim, abóbora, couve e coentro, entre outros. O objetivo é sensibilizar a sociedade para a importância de uma alimentação saudável.

O festival é realizado pelo Instituto de Nutrição Annes Dias (Inad), da SMSDC, em parceria com o Instituto Nacional de Câncer (Inca), Federação do Comércio do Estado do Rio de Janeiro (Fecomércio-RJ) e Sindicato de Bares, Restaurantes e Hotéis (SindRio). O evento tem o apoio do Conselho Regional de Nutricionistas - 4ª Região (CRN-4), do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (INU/Uerj), do *Convivium Slow Food* do Rio de Janeiro, da Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (Abrasel-RJ) e da Agência Binky.

A iniciativa acontece no mesmo período em que a cidade sedia dois importantes eventos internacionais dedicados aos temas alimentação, saúde e sustentabilidade: o congresso World Nutrition Rio 2012 e a Rio+20 - Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável.

Participantes

Estão participando 26 restaurantes comerciais, um restaurante cidadão (Cidade de Deus) e quatro restaurantes universitários (um na Uerj e três na UFRJ): 14 Folhas, Bazaar, Casa de Espanha, Cedro do Líbano, Coccinelle Bistrô, Delight, Espaço Grill, Filet e Folhas UP, Gabbiano Ristorante, Gávea Garden Bistrô, Mekong, O Navegador, Piffer Torteria & Bistrô, Reservado Restaurante, Sabor Saúde Culinária, Sabor Saúde Expresso, Sal e Tal, Symbol Gourmet, Varandas Gourmet, Vegetariano Social Clube, Viva Orgânicos Juice Bar, Zacks, Restaurante Cidadão Cidade de Deus, Restaurante Universitário, na UERJ e Restaurantes Universitários da UFRJ.

Veja fotos dos pratos e curta a página do festival no Facebook: [facebook.com/riosaudavelgastronomia](https://www.facebook.com/riosaudavelgastronomia). A lista completa dos restaurantes também está disponível no site do evento: www.riosaudavelgastronomia.com.br

COMUNICADO

DEFESA CIVIL ABRE INSCRIÇÕES PARA CURSO SOBRE POLÍTICA E GESTÃO DO RISCO DE DESASTRES NAS COMUNIDADES

A Defesa Civil Municipal realiza nos dias 26 de abril, 3, 10, 17, 24 e 31 de maio, o curso "Política e Gestão do Risco de Desastres nas Comunidades". O objetivo é conhecer as metodologias e tecnologias de redução, ampliação da percepção e comunicação de riscos de desastres já implantados nas comunidades.

O público alvo é formado por profissionais de saúde, defesa civil, assistência social e meio ambiente, líderes de segmentos organizados da sociedade civil, voluntários e agentes comunitários. O seminário, com aulas das 8h30m às 17h30m, acontece no auditório do órgão, em Vila Isabel, e será feito em parceria com as Secretarias Municipais de Meio Ambiente, Assistência Social, Secretaria Estadual de Defesa Civil e Centro de Estudos e Pesquisas sobre Desastres do Estado.

Para realizar a inscrição e obter mais informações, os interessados devem acessar a página da Defesa Civil pelo site www0.rio.rj.gov.br/defesacivil. A Defesa Civil fica na Rua Visconde de Santa Isabel, 32, Vila Isabel.

COMUNICADO

PREFEITURA INAUGURA NOVAS INSTALAÇÕES DO CMS NAGIB JORGE FARAH, NO JARDIM AMÉRICA

O prefeito Eduardo Paes e o secretário municipal de Saúde e Defesa Civil, Hans Dohmann, inauguram neste sábado, 21 de abril, às 10h, as novas instalações do Centro Municipal de Saúde Nagib Jorge Farah, no Jardim América. A unidade, totalmente reformada, ganha o reforço de mais sete equipes de saúde da família e três de saúde bucal, ampliando para 100% a cobertura do programa de Saúde da Família no bairro.

O centro de saúde, localizado na Praça Soldado Michel Cheib, é uma 72 unidades reformadas em todo o município desde o início da atual gestão. O prédio – dividido com a Estação Observatório (OTICS) e com a Secretaria de Assistência Social (CRAS Anilva Dutra Mendes) e Secretaria da Pessoa com Deficiência e Cuidados Especiais (RBC) – ganhou novos consultórios, possibilitando a ampliação da cobertura de saúde da família na região. A população beneficiada será de 24.500 moradores e devem ser realizadas 3.500 consultas mensalmente.

Atualmente, a cobertura de Saúde da Família em toda cidade chega a 2,1 milhões de pessoas, o que equivale a 33% da população. Na região da área de planejamento 3.1, que, além do Jardim América, compreende bairros como Ilha do Governador, Penha, Ramos e Bonsucesso, entre outros, o benefício chega a 60% dos moradores. Em 2008, apenas 5,6% da região era atendida pelas equipes.

Depois das obras, o CMS Nagib Jorge Farah passou a contar também com um Centro de Convivência do Idoso, que oferece atividades físicas supervisionadas por um profissional na Academia Carioca de Saúde. No centro, parceria com a Secretaria Especial de Envelhecimento e Qualidade de Vida (SESQV), são realizadas atividades multidisciplinares como círculos de leitura, aulas de dança, programação cultural, aulas de informática, atendimento clínico e encaminhamento a um especialista, quando necessário.

O Centro Municipal de Saúde Nagib Jorge Farah fica na Praça Soldado Michel Cheib e funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 7h às 20h.

SUBSECRETARIA DE GESTÃO

COORDENADORIA DE ORGANIZACOES SOCIAIS, CONTRATOS E CONVÊNIOS EDITAL Nº 04/2012

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 da Lei Municipal nº. 5.026/09, e Decreto Municipal nº. 30.780/09, e suas alterações, que regerão o processo seletivo, bem como as Leis Federais nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, lei 12.401 de 28 abril de 2011 e lei 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 do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso, município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, por Organização Social qualificada junto à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, conforme definido neste Edital e seus Anexos, que são parte integrante e indissociável deste instrumento.

1. 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 5026/09, que assegure assistência universal e gratuita à população, no âmbito do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso, localizado no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, por Organização Social qualificada no âmbito do Município do Rio de Janeiro para a área de Saúde, conforme definido neste Edital e seus Anexos, que são parte integrante e indissociável deste instrumento:

1.1 Passarão a ser progressivamente geridos pela Organização Social, qualificada e selecionada nos termos desse edital, os serviços do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI conforme abaixo definidos:

- PADI Hospital Municipal Lourenço Jorge – início das atividades no primeiro mês de vigência do contrato;
- PADI Hospital Municipal Francisco da Silva Teles – início das atividades no terceiro mês de vigência do contrato e;
- PADI Hospital Municipal Pedro II – início das atividades no quinto mês de vigência do contrato.

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso atenderá ao munícipe do Rio de Janeiro, prioritariamente acima de 60 anos, portador de agravos de complexidade que permita o atendimento domiciliar, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão definidos no Anexo A da Minuta do Contrato de Gestão, com dois focos de atuação: a desospitalização e o atendimento domiciliar, propriamente dito.

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso, objeto deste edital, será composto por:
I – 07 (sete) Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), compostas cada uma, no mínimo, por 2 (dois) médicos com carga horária mínima de trabalho de 20 horas semanais ou 1 (um) médico com carga horária de trabalho de 40 horas semanais, 2 (dois) enfermeiros com carga horária mínima de trabalho de 20 horas semanais ou 1 (um) enfermeiro com carga horária de trabalho de 40 horas semanais, 1 (um) fisioterapeuta com carga horária de trabalho de 40 horas por semana; 4 (quatro) técnicos de enfermagem com carga horária de trabalho de 40 horas por semana; e
II – 03 (três) Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de Atenção Domiciliar, sendo composta cada EMAP por 05 (cinco) profissionais de nível superior, escolhidos, conforme a necessidade dentre as categorias profissionais seguintes: assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo,

psicólogo, terapeuta ocupacional ou odontólogo, com carga horária de 40 horas semanais para cada profissional, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados.

A Organização Social contratada deverá garantir o mínimo de duas consultas mensais de médico pediatra para cada criança admitida no PADI, ficando a forma de contratação a critério da OS, mas obrigatoriamente especificada na proposta técnica.

As bases das equipes do PADI deverão ter estrutura física própria condizente com o item 7 da RDC no. 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA de 26 de janeiro de 2006.

1.2 O gerenciamento das ações e serviços de saúde de atenção domiciliar incluirá ainda:

- Desenvolvimento de linhas de trabalho que permitam avançar na integralidade da assistência e no acesso da população local aos serviços e ações de saúde.
- Respeito às Áreas de Planejamento de Saúde estabelecidas pela SMSDC, nas quais o papel de cada equipe do PADI na rede regionalizada seguirá a indicação dos territórios integrados de atenção à saúde.
- Apoio à gestão dos serviços do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso indicados nesta convocação pública pela Organização Social, através da operacionalização do gerenciamento e da execução de atividades e serviços de saúde, modificável a qualquer tempo nos limites da Lei;
- Viabilização de condições de operacionalização por meio da compra de equipamentos, mobiliário e material permanente, na forma das Portarias em vigor e de acordo com o volume de procedimentos, perfil dos serviços assistenciais e complexidade da assistência a ser realizada no PADI;
- Alcance de metas e indicadores assistenciais e de gestão que se encontram expressos no Anexo V - Minuta de Contrato de Gestão que integram o presente edital;
- Promoção da melhoria da qualidade de atenção e do acesso dos cidadãos às ações de saúde no âmbito do atendimento domiciliar.

1.3 O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso deve obedecer à legislação específica sobre atenção domiciliar existente, particularmente a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA e a Portaria GM Nº 2527 de 27 de outubro de 2011 e Portaria SAS Nº 672, de 18 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, e outras normas que vierem a lhes substituir.

2. PRAZOS

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

3. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

3.1 DO 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.

3.1.1.1 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.

3.1.1.2 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 3.1.1.2 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.

3.1.2 A documentação referida nos subitens, 3.1.1.1, 3.1.1.2 e 3.1.1.3 deverá ser entregue diretamente à Comissão Especial de Seleção e fora de qualquer envelope.

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

3.1.4 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 a OS não seja credenciada não ficará impedida de apresentar sua Proposta Técnica e Econômica.

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.

3.1.9 É vedada a participação no presente certame da Organização Social que já for parte em proporção superior a 20% (vinte por cento) do total das despesas previstas para todos os ajustes de mesma natureza, já firmados ou orçamentariamente previstos para qualquer das áreas de atuação fixadas no artigo.1º da Lei Municipal nº5.026, 19/05/2009, conforme Decreto Municipal 35.129, 16/02/2012.

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

3.2.1 Atender ao previsto no item 3.1 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 no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso, 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 entidade 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 entidade 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 a pontuação diminuída, a critério da comissão, caso esta entenda que foi dificultada na avaliação da proposta técnica e econômica.

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 de cópia 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.
- 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 Balançetes 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.

12440 7/07/11

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 **09/05/2012 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 Nesta sessão pública será recebido o envelope 01 (Proposta Técnica e Econômica), conforme indicado neste edital, das Organizações Sociais participantes referentes ao objeto de interesse.

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

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

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

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

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

6.1 O processamento e julgamento das propostas obedecerão às disposições contidas no Decreto nº. 30.780/2009, especialmente nos art. 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 Iniciada a abertura dos envelopes, não será permitida a participação de retardatários.

6.6 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.

6.7 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 1

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)	1,0 PONTO
	1. Descrição e análise das principais características da demanda por serviços de atenção domiciliar nas áreas definidas para o PADI	0,5 PONTO
2. Conhecimento do Objeto da Contratação	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 de atenção domiciliar nas áreas definidas para o PADI.	1,0 PONTO
3. Experiência (avaliada segundo tempo – meses/anos e volume de atividade). Comprovada mediante apresentação de documentação como: Atestados Técnicos, Termos de Parcerias, Convênios, Planos de Trabalho executados.	1. Experiência em gestão de serviços de saúde de gestão compartilhada;	1,0 PONTO
	2. Experiência em gestão de serviços de saúde públicos ou privados;	1,0 ponto
	3. Experiência em gestão de serviços de atenção domiciliar públicos ou privados	1,0 PONTO
4. Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade operacional dos serviços de atenção domiciliar	1. Organização proposta para as diferentes atividades assistenciais.	1,0 PONTO
	2. Quantidade e qualidade de atividades propostas	1,0 PONTO
5. Adequação entre os meios sugeridos, cronogramas e resultados presumidos	1. Recursos Humanos estimados.	0,5 PONTO
	2. Prazos propostos para implantação e pleno funcionamento dos serviços.	0,5 PONTO
	3. Organização das atividades de apoio e logística de transporte.	0,5 PONTO
	4. Implementação e manutenção de sistema de Informação	1,0 PONTO
	5. Sistemática de programas de manutenção das instalações e dos equipamentos	0,5 PONTO
PONTUAÇÃO TOTAL DA PROPOSTA TÉCNICA E ECONÔMICA: 10,0 PONTOS		

6.8 As propostas técnicas e econômicas serão classificadas de acordo com a pontuação total obtida na análise realizada conforme o quadro previsto no item acima. A pontuação do item 3 será feita de acordo com o maior número de unidades e municípios apresentados com a experiência devidamente comprovada por atestado emitido pela entidade ou órgão onde o serviço foi prestado.

6.9 Serão desclassificadas as Propostas Técnicas e Econômicas cuja pontuação total seja inferior a 06 (seis) pontos.

6.10 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

experiência, vencendo a maior pontuação. Persistindo a igualdade de pontuação, será adotado o critério Conhecimento do Objeto da Contratação, do quadro anterior, como fator de desempate.

6.11 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.

6.12 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.

6.13 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.

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

6.15 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.

6.16 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.

6.17 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.

6.18 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.

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

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

7. VALOR TOTAL DO CONTRATO DE GESTÃO

7.1 Pela prestação dos serviços objeto deste Edital, especificados no Anexo III, a SMSDC repassará à Organização Social contratada, no prazo e condições constantes no Anexo IV, a importância global estimada de **R\$ 4.004.711,00 (quatro milhões quatro mil setecentos e onze reais)**.

7.2 O montante global mencionado no item 7.1, é destinado a custear exercício de 2012.

7.3 Em função da Lei Eleitoral 9.504 de 30/09/97 e da Resolução nº 23.341 do Tribunal Superior Eleitoral a presente convocação pública refere-se a celebração de contrato de gestão cujo o cronograma de execução corresponde a sete meses de execução do exercício de 2012, não havendo programação de despesa para o exercício posterior.

8. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1 A despesa com a futura contratação correrá à conta do orçamento da SMSDC-RJ, no valor de **R\$ 4.004.711,00 (quatro milhões quatro mil setecentos e onze reais)** incluído na Lei de Diretrizes Orçamentárias do Município do Rio de Janeiro para 2012, sendo o ordenador de despesa o Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

8.2 O limite máximo de orçamento previsto referente ao primeiro período de 12 meses é o valor constante do item 8.1, para o qual serão considerados, quando existentes, os valores praticados no Sistema de Registro de Preços e, nas Tabelas do Sistema de Custos da Administração Municipal sempre que mais econômicos, bem como as possibilidades de cessão de servidores municipais.

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, 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 III – Transferência de Recursos Orçamentários– parte integrante deste edital.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

10.2 As Organizações Sociais vencedoras do processo de seleção assinarão o Contrato de Gestão com a SMSDC/RJ, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias, a partir da publicação em D.O.M. do vencedor do presente certame.

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

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

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

10.6 De forma a subsidiar a tomada de decisão por parte das proponentes, a SMSDC/RJ disponibilizará às interessadas, toda a documentação, com informações complementares detalhadas sobre as comunidades/bairros das Áreas de Planejamento 2.1, onde se localizam o **Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso**, que poderá ser consultada junto ao Gabinete da SMSDC/RJ.

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

10.8 Quando da homologação do resultado deste Processo Seletivo e início do processo de assinatura do Contrato de Gestão estarão disponíveis para consulta pública, a minuta do Contrato e seus respectivos anexos, através do site da SMSDC – www.rio.rj.gov.br/web/smsdc.

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

Anexos do Edital:

- I – Termo de referência;
- II – Roteiro para a Elaboração da Proposta Técnica e Econômica;
- III – Transferência de Recursos Orçamentários
- IV – Informações sobre todas as Áreas de Planejamento – AP
- V – Minuta do Contrato de Gestão e Anexos:
 - A - Gestão do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
 - B - Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
 - C – Termo de Permissão de Uso

Rio de Janeiro, 17 de abril de 2012.
HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

**PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO PADI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

**PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO – PADI
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 do PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO - PADI, DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, localizado no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

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

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

1. CONTEXTO

A atenção domiciliar no município do Rio de Janeiro inicia a sua história nos idos de 1997, com um grupo de profissionais do Hospital Municipal Paulino Werneck que, ao observarem as frequentes internações, com decréscimo da capacidade funcional dos idosos usuários do hospital, resolvem montar uma equipe para atendimento domiciliar. Em 2010, o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso – PADI é, então, oficializado e se estabelece em mais três bases, desta vez nos Hospitais Municipais Souza Aguiar, Miguel Couto e Salgado Filho. Assim, passa a dar cobertura para a população, primordialmente, idosa das Áreas de Planejamento 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3 e 4.0.

Entretanto, há a necessidade de expandir esta modalidade de assistência para a população residente nas demais Áreas de Planejamento (5.1, 5.2 e 5.3) e ampliar a capacidade de atendimento da população das áreas já cobertas.

Em 27 de outubro de 2011 o Ministério da Saúde publica a Portaria GM Nº 2527, que estabelece os critérios para o credenciamento de Serviços de Atenção Domiciliar, estimulando a ampliação desses serviços.

2. JUSTIFICATIVA

A SMSDC-RJ entende que deve estar presente e atenta à integralidade dos cuidados a toda a população do município. Nesse sentido, a Atenção Domiciliar constitui uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;

A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria Nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

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 aos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

A Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e define o conceito de Redes de Atenção à Saúde – RAS, como 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 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).

O PADI vai integrar e interagir com os demais serviços de saúde, dando suporte ao atendimento dos pacientes em seu domicílio, compondo a rede regional de assistência e atenção à saúde e às 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.

O PADI tem como objetivo a atenção domiciliar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

O PADI amplia o acesso aos serviços de saúde a uma parcela da população que devido a sua dificuldade de deslocamento até as unidades de saúde, evolui para o agravamento da sua condição de saúde. Evita a piora do estado de saúde dos usuários portadores de doenças crônicas com incapacidade funcional; possibilita prevenir risco de agravos; garante a universalidade, a equidade e integralidade no atendimento as necessidades de atenção e permite o acesso regulado aos serviços de saúde. A humanização da atenção garante a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde. Este 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 articula e integra os diversos serviços e equipamentos de saúde, 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.

O PADI participará da regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção com garantia da equidade e integralidade do cuidado; participando ativamente da qualificação da assistência por meio da educação permanente de suas equipes de saúde na Atenção Domiciliar, em acordo com os princípios da integralidade e humanização

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 o PADI, integrante da estruturação das ações de atenção domiciliar.

O PADI é unidade pública do SUS que tem como atividade-fim a atenção domiciliar a usuários do SUS, munícipes do Rio de Janeiro, prioritariamente idosos,

caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde; 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 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro 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 do PADI, 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 domiciliar aos pacientes residentes na região das AP 3.3; 4.0; 5.1; 5.2 e 5.3, dentro da lógica de construção da rede de assistência, interagindo e articulando 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 de atenção domiciliar, 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 o PADI, garantindo assim, assistência domiciliar adequada, contínua, integral e humanizada aos pacientes, com conseqüente e organizada referência para os diversos níveis de atenção.

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 pelo PADI.

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso, objeto deste contrato de gestão, será composto por:

I – 07 (sete) Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), compostas cada uma, no mínimo, por 2 (dois) médicos com carga horária mínima de trabalho de 20 horas semanais ou 1 (um) médico com carga horária de trabalho de 40 horas semanais, 2 (dois) enfermeiros com carga horária mínima de trabalho de 20 horas semanais ou 1 (um) enfermeiro com carga horária de trabalho de 40 horas semanais, 1 (um) fisioterapeuta com carga horária de trabalho de 40 horas por semana; 4 (quatro) técnicos de enfermagem com carga horária de trabalho de 40 horas por semana; e

II – 03 (três) Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de Atenção Domiciliar, sendo composta cada EMAP por 05 (seis) profissionais de nível superior, escolhidos, conforme a necessidade dentre as categorias profissionais seguintes: assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, ou odontólogo com carga horária de 40 horas semanais para cada profissional levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados.

As Equipes do PADI estarão localizadas nos seguintes hospitais:

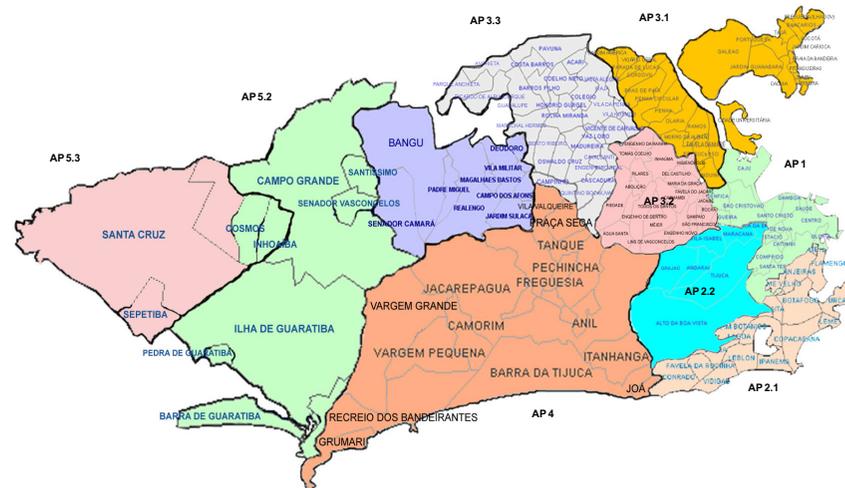
Hospital Municipal Lourenço Jorge – Av. Ayrton Senna, 2000 – Barra da Tijuca

Hospital Municipal Francisco da Silva Telles – Av. Ubirajara, 25, Irajá

Hospital Municipal Pedro II – Rua do Prado, 325 – Santa Cruz

A Organização Social contratada deverá garantir o mínimo de duas consultas mensais de médico pediatra para cada criança admitida no PADI, ficando a forma de contratação a critério da OS, mas obrigatoriamente especificada na proposta técnica.

4. ABRANGÊNCIA



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 à 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 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.

5. PRODUTO

A prestação de serviços abrange a contratação de recursos humanos, de serviços, a aquisição de material permanente e, quando necessário, insumos e medicamentos, ou seja, todos os recursos necessários para assegurar a assistência humanizada e resolutiva no âmbito da atenção domiciliar, exclusivamente aos usuários do SUS que serão acolhidos e assistidos em suas diversas demandas de saúde pelo PADI.

Em decorrência da execução do objeto espera-se garantir à população residente na região das AP 3.3; 4.0; 5.1; 5.2 e 5.3 da Cidade uma assistência eficiente e segura prestada no domicílio, enfatizando a desospitalização

A Atenção Domiciliar deve seguir as seguintes diretrizes: I - ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial; II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda; III - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência; IV - estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência; V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

A Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência – área técnica da SMSDC-RJ é responsável pelo acompanhamento e execução técnica assistencial do presente Projeto Básico e fará a avaliação de todas as ações gerenciais e assistenciais do PADI 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 do PADI com as visitas domiciliares serão executadas, regularmente, de segunda a sexta, das 8 às 17 horas. Entretanto durante as 24 horas do dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados é necessário manter um atendimento telefônico de orientação e esclarecimento de dúvidas e encaminhamento de referência de urgência, se necessário.

O PADI destina-se prioritariamente ao idoso maior de 60 anos, mas deverá atender todas as faixas etárias, desde que sejam observados os critérios de inclusão no programa. O PADI tem duas portas de entrada: a desospitalização, realizada por meio de busca ativa de pacientes nos hospitais em que as equipes estão sediadas e o Sistema de Regulação- SISREG da SMSDC-RJ.

O atendimento domiciliar do PADI visa a reabilitação do paciente e a recuperação de sua capacidade funcional e a capacitação do cuidador, não devendo ser um atendimento de longa permanência.

6.1 Para a organização das ações assistenciais de atenção domiciliar, foram definidas as seguintes estratégias assistenciais básicas, de acordo com a Portaria MS 2527 de 27 de outubro de 2011:

- a) trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;
- b) identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;
- c) abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
- d) acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;
- e) elaborar reuniões para cuidadores e familiares;
- f) utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;
- g) promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;
- h) assegurar a coleta e realização de exames compatíveis com o plano terapêutico do paciente.
- i) atividades atinentes a regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, contato com Central de Regulação
- j) 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
- k) protocolos clínicos assistenciais e de procedimentos administrativos;
- l) 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.;

- m) auditoria clínica;
- n) desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes e componentes da assistência;
- o) 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-RJ e que possibilitem e orientem a tomada de decisão;
- p) atuação junto a SUBHUE 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;
- q) oxigenoterapia, concentrador de oxigênio e Suporte Ventilatório não Invasivo: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);
- r) uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- s) transporte de pacientes que necessitem de continuidade dos cuidados para a realização de exames complementares e consultas especializadas e que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção à saúde, sendo o transporte devidamente regulado; e
- t) assegurar, em caso de óbito, que o médico da equipe emita o atestado de óbito.

6.2 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 atenção domiciliar, 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 atenção domiciliar);
- b) Aquisição de material permanente (mobiliário e equipamentos);
- c) Aquisição de insumos, quando necessário.
- d) Aquisição de medicamentos e materiais de consumo, quando necessário;
- e) Aquisição de aparelhos de ventilação não invasiva (com acessórios: máscara, fixador e circuito), aspirador de secreção brônquica e concentrador de oxigênio;
- f) Contratação de serviços de transporte para as equipes;
- g) Contratação de serviço de transporte para os pacientes.

6.3 A formatação dos serviços do PADI deverá prever os recursos humanos e materiais para garantir a demanda assistencial mínima de atendimentos domiciliares, de acordo com a Portaria MS 2527 de 27 de outubro de 2011.

6.4 Mobiliário e Equipamentos para o PADI

Caberá a contratada a responsabilidade de aquisição de todos os itens necessários ao funcionamento assistencial do PADI, 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.

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 pelo PADI, as mesmas devem ser encaminhadas por meio eletrônico (disco gravado/ "CD" e correio eletrônico para endereço da SMSDC-RJ 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 no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais.

7.1.1 A SMSDC-RJ 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 da **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-RJ 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 e desempenho assistencial

7.2.1.1 – Número de pacientes em atendimento no último dia do mês

Objetivo: verificar se a capacidade de atendimento das equipes está sendo preenchida.

Meta: ≥ 90 pacientes por equipe.

7.2.1.2. Tempo médio de permanência

Objetivo: avaliar o fluxo de atendimento do programa.

Meta: ≤120 dias

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

Numerador: Nº de Pacientes/dia – total de pacientes em atendimento a cada dia
Denominador: Número total de pacientes que tiveram alta no período analisado.

Para efeito de análise e melhor compreensão do indicador tempo médio de permanência, recomenda-se que sejam informados também: tempo médio de permanência excluindo cérebro vascular e demência e tempo médio de permanência de cérebro vascular e demência.

7.2.1.3. Percentual de pacientes desospitalizados

Objetivo : avaliar a resposta do programa à saída precoce de pacientes dos hospitais.

Meta: ≥ 60%

Fórmula : $\frac{\text{Número de pacientes desospitalizados}}{\text{Número total de pacientes em atendimento}} \times 100$

Numerador: Número de pacientes desospitalizados no período

Denominador: Número total de pacientes em atendimento no período

7.2.1.4. Taxa de mortalidade dos usuários de atenção domiciliar

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos no Programa.

Meta: ≤5%

Fórmula: $\frac{\text{Número de óbitos}}{\text{Número de pacientes em atendimento}} \times 100$

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

Denominador: Número total de pacientes em atendimento no período.

7.2.1.5. Taxa de reinternação dos usuários de atenção domiciliar

Objetivo: Medir a taxa de reinternação dos pacientes do Programa.

Meta: ≤5%

Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes reinternados}}{\text{Número de pacientes em atendimento}} \times 100$

Numerador: Número de pacientes reinternados – total de pacientes reinternados.

Denominador: Número total de pacientes em atendimento no período.

7.2.1.6. Taxa de infecção dos usuários de atenção domiciliar

Objetivo: Medir a taxa de infecção dos pacientes do Programa.

Meta: ≤5%

Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes que apresentaram infecção}}{\text{Número de pacientes em atendimento}} \times 100$

Numerador: Número de pacientes que apresentaram infecção adquirida no domicílio no período.

Denominador: Número total de pacientes em atendimento no período.

7.2.1.7. Taxa de alta dos usuários de atenção domiciliar

Objetivo: Medir a taxa de alta dos pacientes do Programa.

Meta: ≥8%

Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes que tiveram alta no período}}{\text{Número de pacientes em atendimento no período}} \times 100$

Numerador: Número de pacientes que tiveram alta do Programa no período (excluídas as altas por óbito)

Denominador: Número total de pacientes em atendimento no período.

7.2.1.8. Média de visitas realizadas no período por paciente.

Objetivo: Medir a frequência de visitas realizadas por pacientes.

Fórmula: $\frac{\text{Número total de visitas realizadas no período}}{\text{Número de pacientes em atendimento no período}}$

Numerador: Número total de visitas realizadas no período pelos profissionais das equipes.

Denominador: Número total de pacientes em atendimento no período. – Pacientes ativos mais pacientes com saída no período.

7.2.1.9. Percentual de pacientes com índice de Barthel ou equivalente superior a 60 na alta

Objetivo: Medir a melhora da independência funcional do paciente ao passar pelo Programa

Meta: ≥80%

Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes com índice de Barthel superior a 60 na alta}}{100}$

Número de pacientes que tiveram alta do Programa (excluídas as altas por óbito)

Numerador: Número de pacientes com índice de Barthel superior a 60 na alta

Denominador: Número de pacientes que tiveram alta do Programa (excluídas as altas por óbito).

7.2.2 Eficiência

7.2.2.1 Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidades.

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

Meta: 70%

Fórmula: $\frac{\text{Total de prontuários dentro do padrão de conformidades}}{\text{Total de prontuários analisados}} \times 100$

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

Denominador: Total de prontuários analisados no período.

Cabe a comissão de revisão de prontuários, a análise na qual deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento. O total de prontuários analisados não pode ser inferior a 50% dos prontuários ativos no período. As atas da Comissão de Revisão de Prontuário devem ser anexadas na comprovação deste indicador.

7.2.2.2 Equipes completas de acordo com as normas do MS e atualizadas no CNES

Objetivo: garantir o bom funcionamento do Programa e atualização da base do CNES.

Meta: 100%

Fórmula: $\frac{\text{Total de profissionais contratados e cadastrados no CNES}}{\text{Total de profissionais de saúde preconizados na Portaria MS 2527}} \times 100$

Numerador: Total de profissionais contratados e cadastrados no CNES

Denominador: Total de profissionais de saúde de todas as categorias previstas na Portaria MS 2527 para todas as equipes do PADI

A eventual carência de um profissional de saúde nas equipes não poderá ultrapassar mais de 30 dias. Este indicador implica, também, no envio das informações do CNES para a SMSDC-RJ nos prazos regulares.

7.2.2.3 Relatório assistencial e financeiro mensal dentro dos padrões estabelecidos pela SMSDC-RJ

Objetivo: permitir a avaliação e monitoramento das atividades das unidades e serviços de saúde.

Meta: 100%

Os relatórios deverão ser enviados mensalmente no formato definido pela SMSDC-RJ, 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.

7.2.2.4 – Participação no Complexo Regulador.

Objetivo: garantir a regulação da assistência.

Meta: 100% das solicitações atendidas em até sete dias.

Fórmula: $\frac{\text{Total de solicitações atendidas em até sete dias}}{\text{Total de solicitações de avaliações para o PADI no SISREG}} \times 100$

Numerador: Total de solicitações de avaliação para inclusão no PADI atendidas em até sete dias.

Denominador: Total de solicitações de avaliação para inclusão no PADI no SISREG no período

Para todos os indicadores, a OS contratada deve informar ao lado das taxas os números absolutos que as geraram.

7.3 Cálculo da parcela variável

A parcela variável será avaliada através dos 13 (treze) indicadores e metas de produção, estabelecidos pela SMSDC-RJ na tabela abaixo. Doze indicadores correspondem, cada um, a 7% do valor a ser considerado para o repasse da parte variável do contrato. O indicador “Equipes completas de acordo com as normas do MS e atualizadas no CNES” corresponde a um percentual diferenciado de 16% do valor do

contrato a ser repassado da parte variável do contrato. Cada um dos indicadores que não for alcançado será descontado (vide valor individual na tabela abaixo) dos 5% correspondente à parte variável do contrato. Para receber o total dos 5% do valor da parte variável, a contratada terá que alcançar as metas relativas aos 13 indicadores avaliados.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO		
	Período de Apuração	1º ao 12º .mês
Atendimento ao usuário e desempenho assistencial		
1	Número de pacientes em atendimento no último dia do mês	7%
2	Tempo médio de permanência	7%
3	Percentual dos pacientes desospitalizados	7%
4	Taxa de mortalidade dos usuários de atenção domiciliar	7%
5	Taxa de reinternação dos usuários de atenção domiciliar	7%
6	Taxa de infecção dos usuários de atenção domiciliar	7%
7	Taxa de alta dos usuários de atenção domiciliar	7%
8	Média de visitas realizadas no período por paciente.	7%
9	Percentual de pacientes com índice de Barthel ou equivalente superior a 60 na alta	7%
Eficiência		
10	Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidades	7%
11	Equipes completas de acordo com as normas do MS e atualizadas no CNES	16%
12	Relatório assistencial e financeiro mensal dentro dos padrões estabelecidos pela SMSDC	7%
13	Participação no Complexo Regulador	7%
TOTAL		100%

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

Após a assinatura do contrato a contratada deverá apresentar um plano de aplicação da parcela variável e submetê-lo à SMSDC-RJ para aprovação, revisão ou desaprovação parcial ou total.

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 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

Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI	
Categoria de Despesa	Custeio Mensal Estimado
RH	R\$ 527.000,00
Serviços	R\$ 113.340,00
SUBTOTAL	R\$ 640.340,00
Parcela variável 5%	R\$ 32.017,00
TOTAL	R\$ 672.357,00
Categoria de Despesa	
Investimentos	R\$ 225.249,00
SUBTOTAL	R\$ 225.249,00
TOTAL MENSAL COM INVESTIMENTO INICIAL	R\$ 897.606,00

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:

- Comprovação de experiência em gestão de serviço de saúde públicos ou privados, em unidade de atenção primária, secundária ou terciária.
- Comprovação de experiência em gestão de serviço públicos ou privados de atenção domiciliar.
- 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 serviços de atenção domiciliar compatíveis 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 Serviço de Atenção Domiciliar.
- 10.2.2 Rotinas dos procedimentos por categorias.
- 10.2.3 Padronização de Medicamentos.
- 10.2.4 Padronização de Material.
- 10.2.5 Procedimentos operacionais padrão referentes aos seguintes processos: admissão; critérios de inclusão, não inclusão, exclusão e alta, referência e contra referência; logística do agendamento de visitas domiciliares e do agendamentos de consultas e exames; logística de transporte e dispensação de medicamentos e insumos, 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 a 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 ou serviço de saúde equivalente ou semelhante ao objeto do presente termo de referência. O referido profissional deve se manter atuante 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.

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 do **PADI** são de competência da SUBHUE/SMSDC-RJ.

11.2 A fiscalização da execução dos serviços do **PADI** 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-RJ, 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.

Rio de Janeiro, de de 2012.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN
Secretário Municipal de Saúde e Defesa

ANEXO II:

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DE PROPOSTA TÉCNICA E ECONÔMICA PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO - PADI SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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 o edital e seus anexos.

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

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

A análise das Propostas Técnicas e Econômicas será feita comparativamente.

Este Anexo destina-se a orientar os interessados para elaboração do projeto a ser apresentado, **que deve conter obrigatoriamente todos os seus itens indicados neste roteiro.**

A. ÍNDICE DO DOCUMENTO

O Índice deverá 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 no âmbito do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI.

C. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

Este item deverá caracterizar o Modelo Gerencial, descrevendo:

1. As rotinas dos procedimentos dos diversos serviços de saúde que caracterizem os serviços assistenciais do PADI;
2. As rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico-hospitalares;
3. O número de comissões ou grupos de trabalho que implantará no PADI, 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;
4. Organização específica da Comissão de Prontuário Clínico: membros que a compõem, organização horária, organização da distribuição de tarefas, etc;
5. 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;
6. Regimento do PADI;
7. Ações voltadas à qualidade relacionadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes;
8. Recursos Humanos estimados, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em reais), sem a incidência dos encargos patronais, os quais deverão ser discriminados à parte;
9. Prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto (cronograma) de acordo com a atividade prevista;
10. Organização das atividades de apoio, incluindo a logística de transporte de profissionais e pacientes e de programas de manutenção de instalações e equipamentos.

Os protocolos 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 a própria proponente.

D. PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

As atividades a serem desempenhadas no PADI correspondem ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde de atenção domiciliar, garantida a assistência universal e gratuita à população.

Planilha de Estimativa de Custos Mensais do PADI

Categoria	Especificação Mensal	Total
Serviços		
Transporte		
Comunicação (telefonia fixa, móvel e conectividade)		
Manutenção de instalações e equipamentos		
Informática (sistema de informações)		
Serviço de Impressão e Copias		
Medicamentos		
Insumos		
Recursos Humanos		
Salários		
Encargos trabalhistas		
Provisionamento de férias		
Despesas Gerais Administrativas		
Contabilidade		
Compras		
Jurídico		
Seleção e Contratação de RH		
Treinamento		
TOTAL		

E. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

O Dimensionamento de Pessoal também deverá seguir o modelo de planilha abaixo. 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	Unidade

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:

Pontuação – proposta econômica	
Nº de Proponentes (n)	Pontuação
01	1,00
	Não atende as especificações: 0,00
02	Menor valor: 1,00
	Maior valor: 0,50
03	Não atende as especificações: 0,00
	Primeiro menor valor: 1,00
	Segundo menor valor: 0,67
	Terceiro menor valor: 0,33
04	Não atende as especificações: 0,00
	Primeiro menor valor: 1,00
	Segundo menor valor: 0,75
	Terceiro menor valor: 0,50
	Quarto menor valor: 0,25
Etc	Não atende as especificações: 0,00
	(*)

(*) Acima de quatro proponentes, o critério de pontuação seguirá o cálculo $1,00 / n$ - para definir o ponto de corte da pontuação de menor valor, isto é, por exemplo, se $n = 5$; o valor de 1,00 ponto deverá ser atribuído ao menor valor de proposta econômica para este item; 0,80 para o segundo menor valor; 0,60 para o terceiro menor, 0,40 para o quarto menor, 0,2 quinto 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 de atenção domiciliar.

Neste item de avaliação será considerado o conhecimento da proponente sobre os problemas mais prevalentes em atenção domiciliar. As informações relevantes para que a proponente elabore suas considerações estão contidas no Anexo Técnico I – Termo de Referência e no Anexo Técnico IV – Informações sobre Todas as Áreas de Planejamento.

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

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

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 de Gestão Compartilhada

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.2. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde Públicos ou Privados

Este item de avaliação visa pontuar a proponente, quanto à sua experiência na gestão de rede de serviços de saúde, independente de onde se encontrem localizados estes serviços.

Pontuação Experiência em Gestão de Serviços de Saúde Públicos ou Privados

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 de Atenção Domiciliar Públicos ou Privados

Este item de avaliação visa pontuar a proponente, quanto à sua experiência na gestão de de serviços de atenção domiciliar públicos ou privados, contado em anos completos.

Pontuação Experiência em Gestão de Serviços de Atenção Domiciliar Públicos ou Privados.

Tempo de Atividade (em anos completos)	Nº de Serviços de Atenção Domiciliar		
	1 - 2	3 – 4	+ de 5
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

J. ADEQUAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL À CAPACIDADE OPERACIONAL DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

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 – Termo de Referência e no Anexo Técnico IV – Informações sobre Todas as Áreas de Planejamento. que são partes integrantes 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 dos serviços de atenção domiciliar 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 dos serviços de atenção domiciliar. A avaliação se dará sobre quadro indicativo do número de procedimentos mínimos assegurados, por equipe e categoria profissional 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 cuidadores e, indicando as atividades que serão realizadas 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 5 itens, sendo considerados a adequação aos meios sugeridos, cronogramas e resultados presumidos.

K.1. Recursos Humanos Estimados

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

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

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

K.3. Organização das Atividades de Apoio e Logística de Transporte

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, e logística de transporte de profissionais e pacientes, tais como:

- Serviços administrativos;
- Logística de transporte de profissionais e pacientes;
- Logística de comunicação.

K.4. Implementação e manutenção do sistema de informação

Neste item será avaliado o detalhamento do sistema de informação e sua manutenção, observando a capacidade de informações clínicas, de compatibilidade e transferência de dados para os sistemas oficiais do DATASUS, de geração de relatórios gerenciais e clínicos e de organização de agenda de atendimento.

K.5. Sistemática de Programas de Manutenção das Instalações e de Equipamentos

Neste item será avaliado o detalhamento da sistemática de programas de manutenção das instalações e de equipamentos. Serão observados: a organização funcional e operacional, entre outros aspectos.

ANEXO III

TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO – PADI

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

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 relatório 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;

- ✓ 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 do PADI (Fixa)

A transferência de recursos orçamentários por Apoio a Gestão das Unidades do PADI consistirá, **quando todas as equipes previstas neste edital estiverem implantadas**, em um montante fixo mensal de **R\$ 640.340,00 (seiscentos e quarenta mil e trezentos e quarenta reais)**, 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 pelo PADI. A transferência será feita de acordo com o número de equipes implantadas, obedecendo ao cronograma de implantação e desembolso estabelecido pela SMSDC RJ, até atingir a totalidade de equipes e do valor fixo mensal.

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 as bases do PADI com o Mobiliário, Materiais Permanentes e de Informática e Equipamentos necessários ao bom funcionamento dos serviços. A transferência de recursos orçamentários pelo investimento de mobiliário, equipamentos e materiais permanentes consistirá em um montante de **R\$ 225.249,00 (duzentos e vinte e cinco mil e duzentos e quarenta e nove reais)** para todas as bases do PADI 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 nas instalações de cada base do PADI, 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 serviço que forem firmados com empresas terceirizadas.

A primeira parcela trimestral será liberada a partir da assinatura deste contrato para possibilitar a implantação das atividades do PADI. A liberação desta parcela não está condicionada à apresentação de qualquer relatório, o qual deverá ser apresentado até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao trimestre em referência. Esta parcela corresponderá à previsão de custeio das equipes implantadas segundo o cronograma estabelecido pela SMSDC RJ.

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 do PADI. A liberação desta parcela não está condicionada à apresentação de qualquer relatório, o qual deverá ser apresentado até o 5º (quinto) 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 (quinto) 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 da parte fixa efetivamente paga, conforme explicitado no item D.1, e de acordo com o 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 já mencionados anteriormente, entregues pela Organização Social. 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 cada 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.

E. Dotação Onerada

A execução do Contratos de Gestão onerará a dotação orçamentárias, no valor total de **R\$ 4.004.711,00 (quatro milhões, quatro mil, setecentos e onze reais)** até dezembro de 2012, disponíveis no Plano de Trabalho nº 18.01.10.302.0332.2701, incluído na Lei de Diretrizes Orçamentárias do Município do Rio de Janeiro para 2012 (custeio)

F. Despesas Glosadas

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

G. Manutenção e Apresentação dos Documentos Fiscais e Contábeis

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

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

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

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

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

G. Aquisição de Materiais Permanentes e de Informática

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

H. Modelos

- ✓ Relatório Financeiro;
- ✓ Relatório Patrimonial;
- ✓ Relatório de Gestão de Pessoas
- ✓ Relatório de Serviços Continuados
- ✓ Relatório de Saldo de Estoque
- ✓ Declaração

Os modelos a seguir estão parcialmente preenchidos a título de exemplo.

1746

CENTRAL DE
TELEATENDIMENTO



**A Prefeitura do Rio
conectada com o cidadão.**

www.1746.rio.gov.br



RELATÓRIO FINANCEIRO

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: _____ CPF: _____ / _____

QUADRO 1 - DEMONSTRATIVO DETALHADO DAS RECEITAS E DESPESAS DO PERÍODO (Anexar extrato bancário)

Dados bancários		Banco:	Agência:	Conta Corrente:			
1. RECEITAS				Mês 1	Mês 2	Mês 3	TOTAL
1.1	Repasse x de y do Termo de Parceria			200.000,00	5,00	5,00	200.010,00
1.2	Outra receitas para aplicação no objeto do TP			10.000,00	-	-	10.000,00
1.3	Rendimentos de aplicações financeiras			-	-	-	
1.4	Outras receitas			-	-	-	
1.5				-	-	-	
(A) TOTAL DE RECEITAS NO PERÍODO				210.000,00	5,00	5,00	210.010,00
2. DESPESAS							
2.1.	Gastos com pessoal (pessoa física)						
2.1.1	Salários						
2.1.2	Vale transporte						
2.1.3	Vale Alimentação						
2.1.4	Pagamento a autônomos (RPA)						
2.1.5	Estagiários						
2.1.6	INSS						
2.1.7	FGTS						
2.1.8	FGTS Multa Rescisória						
2.1.9	PIS sobre folha de pagamento						
2.1.10	Plano de Saúde						
2.1.11	Seguro de Vida						
2.1.12	xxxxxxxx						
2.1.13	xxxxxxxx						
Subtotal				0,00	0,00	0,00	0,00
2.2.	Serviços Tomados (Pessoa Jurídica)						
2.2.1	Auditoria extena						
2.2.2	Serviços Graficos						
2.2.3	Assessoria Jurídica						
2.2.4	Consultoria						
2.2.5	xxxxxxxx						
Subtotal				0,00	0,00	0,00	0,00
2. DESPESAS (continuação)				Mês 1	Mês 2	Mês 3	TOTAL
2.3.	Despesas Gerais - Não Operacionais						
2.3.1	Aluguel						
2.3.2	Condominio						
2.3.3	Telefone						
2.3.4	Luz						
2.3.5	IPTU						
2.3.6	Cartorio						
2.3.7	Correios						
2.3.8	Material de Consumo / Copa e Cozinha / Limpeza						
2.3.9	Material de Escritorio						
2.3.10	Instalações, Manutenção e Reparos						
2.3.11	Tarifas bancárias						
2.3.12	xxxxxxxx						
2.3.13	xxxxxxxx						
Subtotal				0,00	0,00	0,00	0,00
2.4.	Despesas com Provisionamentos						
2.4.1	Despesas com provisão para 13º Salário						
2.4.2	Despesas com provisão para Férias						
2.4.3	Rescisão contratual						
2.4.4	xxxxxxxx						
Subtotal				0,00	0,00	0,00	0,00
	2.5. Despesas Operacionais (Atividades relacionadas diretamente a						
2.5.1	Capacitação						
2.5.2	Eventos						
2.5.3	Seminários						
2.5.4	Diárias						
2.5.5	Passagem						
Subtotal				0,00	0,00	0,00	0,00
	2.6. Aquisição de bens permanentes						
2.6.1	Informática						
2.6.2	Mobiliário						
2.6.3	Equipamentos						
2.6.4	Veículo						
Subtotal				0,00	0,00	0,00	0,00
(B) TOTAL DE DESPESAS NO PERÍODO				0,00	0,00	0,00	0,00
SALDO DE RECURSOS NO PERÍODO (A-B)				R\$ 210.000,00	R\$ 5,00	R\$ 5,00	R\$ 210.010,00

QUADRO 2 - VINCULAÇÃO DOS GASTOS AO OBJETO
DIÁRIO de Entradas e Saídas de recursos

MÊS 1 _____

DATA	DISCRIMINAÇÃO	CATEGORIA	ENTRADA (R\$)	SAÍDA (R\$)	SALDO (R\$)	VINCULAÇÃO AO OBJETO	JUSTIFICATIVA
01/08/07	1º repasse do termo de parceria	Receita	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00	Repasse 1 de 4	
01/08/07	Aluguel	Despesas Gerais		100,00	999.900,00	Gestão dos TEIAS	Aluguel da sala 201, onde funciona o escritório da OS no período de 07/07/2010 a 06/08/2010
01/08/07	Salário João da Silva	Pessoal			999.900,00	Gastos com RH	Salário Vice-presidente referente ao mês de Julho.
02/08/07	Transporte para controle vetorial	Despesas gerais-transporte		1.500,00	998.400,00	Gasto com Vigilância da Dengue	Serviços de transporte prestado mês de Julho/2010
02/08/07	Aquisição de Academia Carioca da saúde	Adaptação da unidade p/ atividades físicas		23.000,00	975.400,00	Gasto com promoção da saúde	Equipamento para implantação de atividades físicas na unidade de saúde
02/08/07	Reprodução de material gráfico educativo	Despesas gerais-gráfica		4.000,00	971.400,00	Gasto com promoção da saúde	Serviço de gráfico mês de julho/2010
02/08/07	Papelaria	Despesas Gerais			971.400,00		100 envelopes para envio do kit Escolar para as crianças participantes do programa .
02/08/07	Telemar	Despesas Gerais			971.400,00		Serviços de telefonia fixa sala 110
02/08/07	Assessoria contábil (empresa xxx)	Serviços Tomados			971.400,00		Serviços prestados de assessoria contábil no mês de Julho
02/08/07	Tarifas Bancárias	Tarifa DOC			971.400,00		
02/08/07	Tarifas Bancárias	Tarifa banco PJ			971.400,00		Tarifa de manutenção bancária da conta corrente do termo de parceria
					971.400,00		
06/08/07	Guia da previdência Social - GPS	Contribuições			971.400,00		Referente à salários presidente e vice-presidente - xxxx e xxxx
06/08/07	FGTS de Beltrano	Contribuições			971.400,00		Referente à salários do presidente
06/08/07	Consultoria (empresa xxx)	Consultorias			971.400,00		Consultoria para estruturar e realizar o diagnóstico escolar na região sul de BH
07/08/07	Josefina - trabalhadora eventual	Pessoal			971.400,00		Faxinas executadas nos dias 02/08 e 06/08 na sede da OS
07/08/07	Cartuchos de tinta	Despesas Gerais - Custo escritório			971.400,00		Cartucho de tinta para impressora da sala do presidente
					971.400,00		
08/08/07	Pagamento a Fulano de Tal	Pessoal			971.400,00		Bolsa de estágio paga pelos serviços prestados no mês de junho.
08/08/07	Pagamento a Beltrano	Pessoal			971.400,00		Bolsa de estágio paga pelos serviços prestados no mês de junho.
08/08/07	Pagamento a Ciclano	Pessoal			971.400,00		Bolsa de estágio paga pelos serviços prestados no mês de junho.
08/08/07	Salário presidente (xxx)	Pessoal			971.400,00		Salário presidente referente ao mês de junho.
08/08/07	Salário vice-presidente (xxx)	Pessoal			971.400,00		Salário vice-presidente referente ao mês de junho.
10/08/07	Aplicação Financeira				971.400,00		Rendimento de aplicação em poupança no Banco Itaú
11/08/07	Internet - Banda Larga - Velox	Despesas Gerais			971.400,00		Serviços de conexão de internet referente ao mês de junho/2007
12/08/07	Condominio - sala 201	Despesas Gerais			971.400,00		sala 201 - utilizada com escritório da OS
13/08/07	Condominio - sala 202	Despesas Gerais			971.400,00		sala 110 - utilizada para armazenamento do kit escolares produzidos e estocagem de matéria-prima
					971.400,00		
					971.400,00		
	PARA INCLUIR NOVAS LINHAS: BOTÃO DIREITO DO MOUSE - INCLUIR - LINHA INTEIRA				971.400,00		LEMBRE-SE DE COPIAR E COLAR A FÓRMULA DO SALDO DEPOIS DE INCLUIR UMA NOVA LINHA
Total MÊS 1			1.000.000,00	28.600,00	971.400,00		A SOMA DAS ENTRADAS, SAIDAS E DO SALDO FINAL DEVEM SER ATUALIZADAS CASO HAJA INCLUSÃO DE NOVAS LINHAS

**MÊS 2** - _____

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 07/07/210 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 materia-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

MÊS 3 - _____						
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 materia-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 trabalhos 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	Arcongell 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 rodízio	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

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: _____ CPF: _____ / _____

[ÍNDICE](#)

DEMONSTRATIVO DE PESSOAL CONTRATADO PELA OS

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

RELATÓRIO SERVIÇOS CONTINUADOS

[ÍNDICE](#)

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: _____ CPF: _____ / _____

DEMONSTRATIVO DE SERVIÇOS CONTINUADOS CONTRATADOS

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 - 2012									
TIPO	Valores	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Total
		jun12	jul12	ago12	set12	out12	nov12	dez12	
Parte Fixa: Apoio a Gestao das Unidades	R\$ 640.340,00	R\$ 238.440,00	R\$ 415.090,00	R\$ 415.090,00	R\$ 640.340,00	R\$ 640.340,00	R\$ 640.340,00	R\$ 640.340,00	R\$ 3.629.980,00
Parte variável(5% da parte fixa realizada no mês)	R\$ 32.017,00				R\$ 53.431,00			R\$ 96.051,00	R\$ 149.482,00
Investimento - Material Permanente, de Informatica e Mobiliario	R\$ 225.249,00	R\$ 225.249,00							R\$ 225.249,00
TOTAL	R\$ 897.606,00	R\$ 463.689,00	R\$ 415.090,00	R\$ 415.090,00	R\$ 693.771,00	R\$ 640.340,00	R\$ 640.340,00	R\$ 736.391,00	R\$ 4.004.711,00
Equipes implantadas		3	6	6	10	10	10	10	

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO ANUAL - OS /TOTAL	
TIPO	Valores
2012	R\$ 4.004.711,00
TOTAL	R\$ 4.004.711,00

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**DECLARAÇÃO DO DIRIGENTE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL E DO SUPERVISOR DO CONTRATO**

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

Rio de Janeiro, de _____ de 2012.

Nome do Coordenador Médico da OS_____
Nome do Coordenador de Recursos Humanos da OS_____
Nome do Coordenador de Compras da OS_____
Nome do dirigente máximo da OS
Cargo do dirigente máximo da OS nome da OS**ANEXO IV**
**INFORMAÇÕES SOBRE TODAS AS ÁREAS DE PLANEJAMENTO
PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO - PADI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**
ÁREA DE PLANEJAMENTO 1.0

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

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

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

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

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

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

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

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

ÁREA DE PLANEJAMENTO 2.1 e 2.2

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

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

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

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

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

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

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

O IDH evoluiu positivamente no período 1991 e 2000. Copacabana saltou da 3^a posição no ranking em 1991 (0,899) para o 1^o lugar (0,956); a Rocinha permaneceu na 29^a 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 1^a para a 2^a colocação no município.

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

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

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

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

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

ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1, 3.2 e 3.3

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

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

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

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

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

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

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

Das 13 regiões administrativas que compõem a AP 3, apenas 12 são consideradas na pesquisa do IDH (RA de Vigário Geral integrava a RA da Penha à época da pesquisa). Dessas, oito estão entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento: Méier (0,865), Ilha do Governador (0,862), Irajá (0,851), Madureira (0,834), Inhaúma (0,833), Ramos (0,828), Penha (0,805) e Anchieta (0,805). As melhores colocações, Méier e Ilha, correspondem respectivamente à 9^a e à 10^a 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 17^a posição no ranking em 1991 (IDH de 0,772) para a 14^a posição (0,834). Jacarezinho, Complexo da Maré e Complexo do Alemão permaneceram nas 30^a, 31^a e 32^a 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 25^a 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 30 anos (1970/2000).

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

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

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

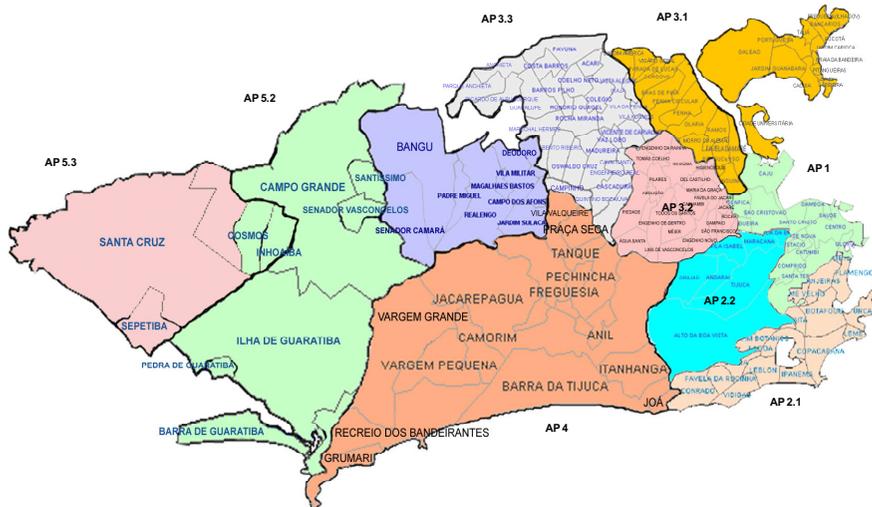
Em 2000, a renda média da AP 5 era de R\$ 282,10 (cerca de 1,87 salário mínimo), inferior à média da cidade (em torno de R\$ 600,00). Nenhuma RA da região apresenta renda acima da média municipal, no entanto, a melhor média pertence à RA de Realengo (R\$ 339,73), seguida de Campo Grande (R\$ 304,24), 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.

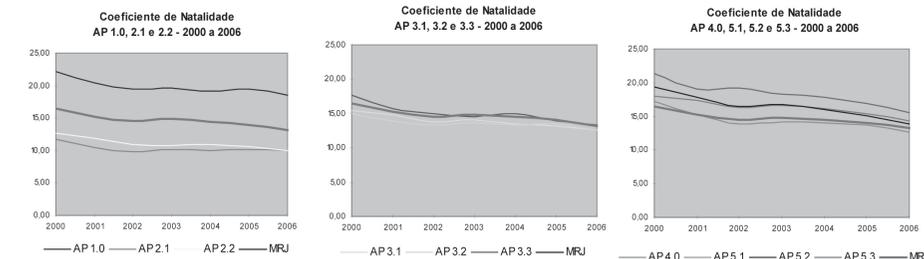
Estes dados serão analisados em uma pequena série de anos, de 2000 a 2006 para as AP, observando-se as diferenças de padrão em relação ao perfil da Cidade.

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 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-RI

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%.

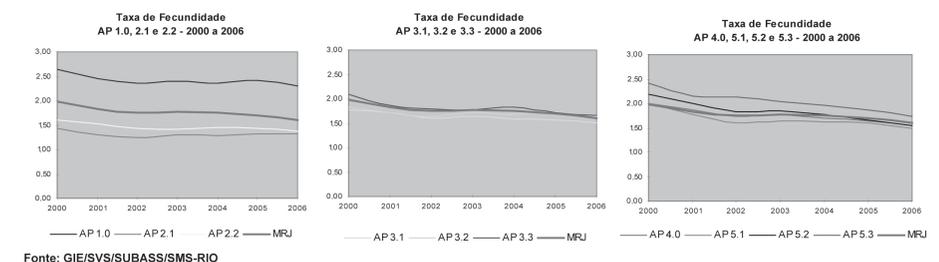
Para o Estado do Rio de Janeiro, a taxa de fecundidade em 1991 era de 2,09 e em 2004 encontrava-se em 1,77.

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.



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

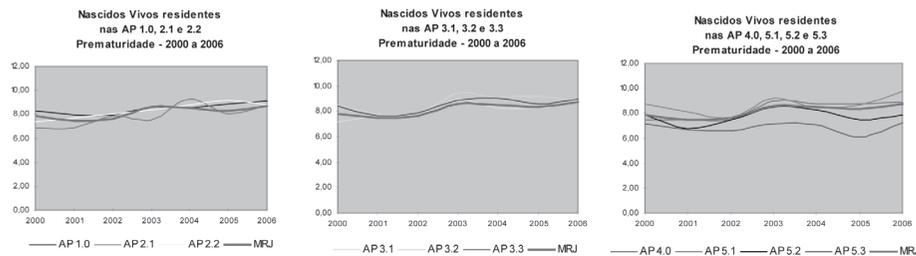
No Brasil, em 2005, a frequência de prematuridade esteve em 6,6%. Para a Cidade do Rio de Janeiro, em 2006 a presença de prematuridade esteve em 8,7%.

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

A prematuridade esteve presente em média no período de 2000 a 2006 em 8,1% dos nascimentos da Cidade do Rio de Janeiro.

Em todas as AP a presença de nascimentos prematuros aumentou, no período analisado. Este aumento foi em média de 11,2%. Algumas AP, entretanto, sobressaíram – 2.1, 3.2, 2.2, 4.0 e 5.1 – situaram-se acima desta média.

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



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

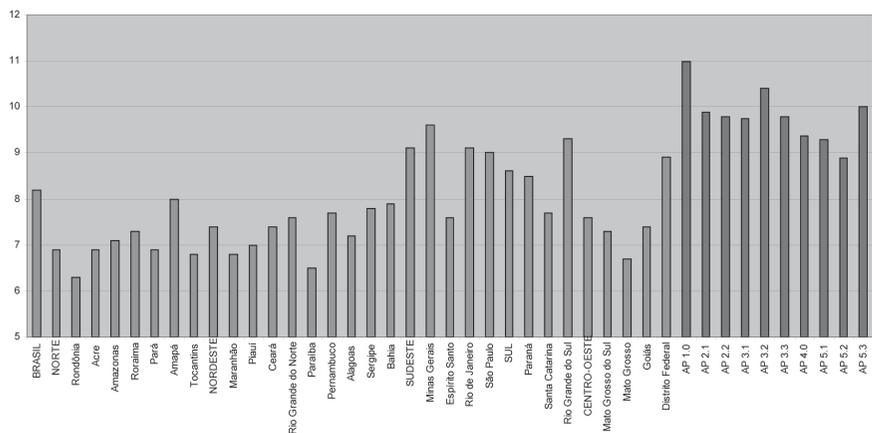
O baixo peso ao nascer – menor que 2,5Kg - é definido como um indicador de risco para morbi-mortalidade infantil, em especial no período neonatal. "O baixo peso ao nascer pode ser devido à menor duração da gestação, ao retardo de crescimento intra-uterino, ou ainda a uma combinação de ambos (Kramer, 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.



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

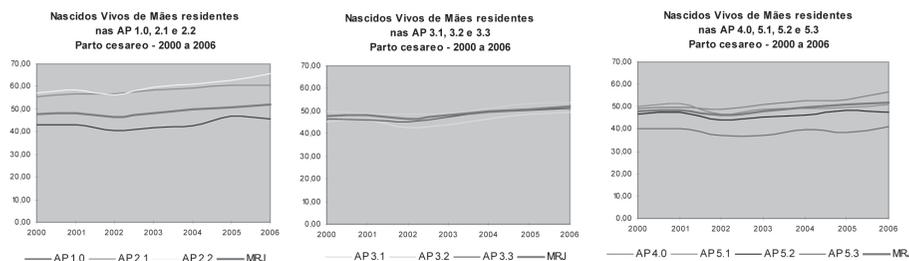


Tipo de Parto – Cesariana

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 cesariana em 2005 foi de 43,2%, um patamar elevado quando comparado aos 15% preconizado pela Organização Mundial da Saúde. A frequência de cesarianas na Cidade do Rio de Janeiro entre 2000 e 2006 passou de 47,9% para 52%, um aumento de 8,5%.

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

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



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

A realização do parto cesariana segue parâmetros para sua indicação.

"As indicações absolutas mais tradicionais são: *desproporção céfalo-pélvica (quando a cabeça do bebê é maior do que a passagem da mãe); hemorragias no final da gestação; ocorrência de doenças hipertensivas na mãe específicas da gravidez; bebê transversal (atravessado); e sofrimento fetal. A ocorrência de diabetes gestacional, ruptura prematura da bolsa d'água e bebê com trabalho de parto prolongado também são consideradas indicações relativas para a cesariana. O Ministério da Saúde acrescentou, recentemente, outra indicação para essa cirurgia. É o caso de gestantes portadoras do vírus HIV. A cesariana passou a ser agendada nessas situações porque se descobriu que a hora do parto é o momento de maior troca sanguínea entre a mãe e o bebê. Dessa forma, a cirurgia programada reduz os riscos de transmissão do vírus.*" (site da SES do Distrito Federal)

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

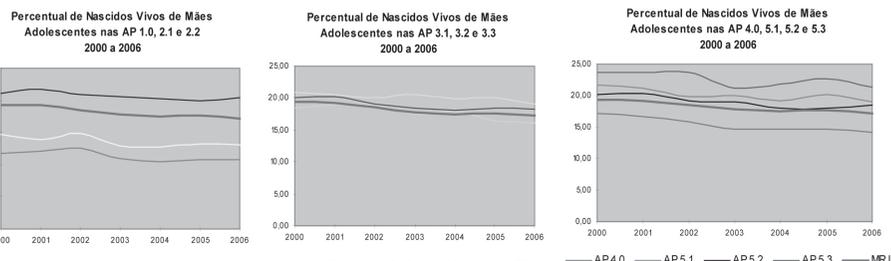
A Cidade do Rio de Janeiro situa-se neste indicador muito acima do preconizado e com tendência de crescimento. A prática médica e a "escolha" da mulher do parto cesáreo congregam fatores de várias naturezas: socioeconômicos, culturais, emocionais, e todas as questões que tem de um lado os médicos e de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

Mães Adolescentes

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

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

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

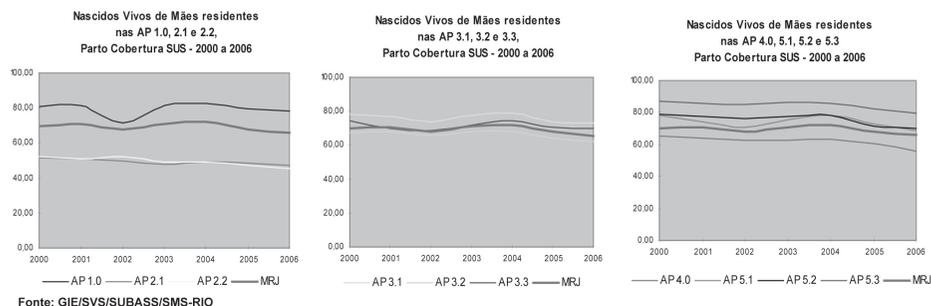
Para as todas as AP encontramos diminuição da frequência de nascimentos entre as adolescentes. Entretanto, as AP 4.0, 3.2 e 5.1 se sobressaíram com quedas acima da média da Cidade. A AP 1.0 foi a AP com menor redução.

A dinâmica demográfica da Cidade deve ser considerada na análise destes resultados. As AP 2.1 e 2.2, com populações mais envelhecidas, apresentam menor expressividade de nascimentos de mães adolescentes. A AP 4.0, apesar de possuir estrutura etária mais jovem apresenta situação sócio-econômica mais privilegiada com perfil mais próximo das AP 2.1 e 2.2 do que das demais AP da chamada zona oeste da Cidade.

As AP 3.1 e 3.3 definem o padrão/ média da Cidade pelo tamanho da população que possuem. E as AP 5.1, 5.2 e 5.3, mantêm perfil acima da média da Cidade em virtude de dois aspectos: a estrutura etária e o perfil socioeconômico. Diferente da AP 4.0 as demais AP da zona oeste se caracterizam pela maior homogeneidade das características socioeconômicas, com predomínio dos grupos populacionais mais pobres, enquanto a AP 4.0 têm grupos muito pobres e outros muito ricos convivendo em uma mesma região.

Cobertura SUS – nascimentos em unidades do Sistema Único de Saúde

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



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.

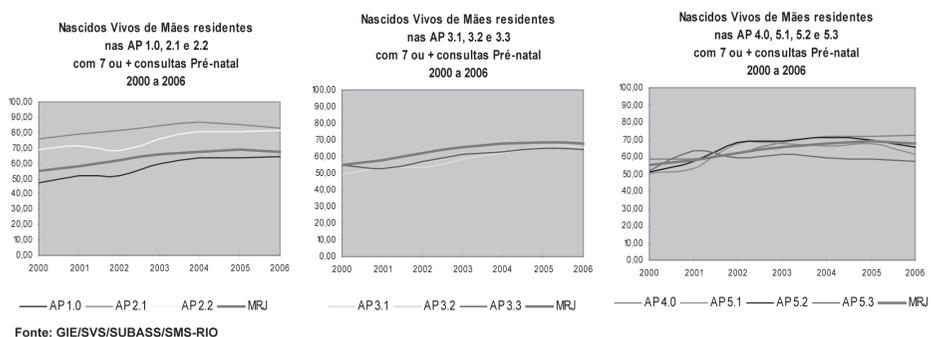
A perspectiva de ampliação da oferta da atenção pré-natal deve ser acompanhada pela preocupação com a qualidade do cuidado que está sendo ofertado. Esta garantia de qualidade significa qualificação profissional e disponibilidade de recursos/insumos. O que se objetiva é a identificação de situações de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



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

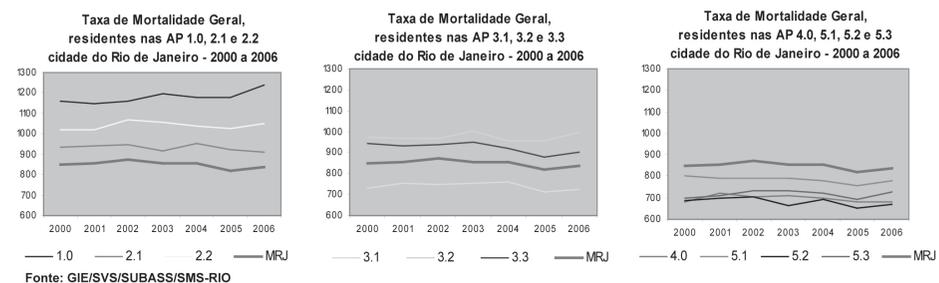
Na AP 2.1 os patamares já elevados de cobertura – em torno de 80%, se refletem em menores avanços no período. A AP 2.2 que parte em 2000 de níveis um pouco mais baixos de cobertura que a AP 2.1, atinge em 2006, nível semelhante a esta última, apresentando, portanto, importante incremento desta ação. Três AP têm, entretanto, as maiores variações ou ampliações de cobertura pré-natal – AP 1.0, AP 3.1 e AP 5.2 com aproximadamente 30% de aumento. Estas áreas partem de percentuais em torno de 50% em 2000, para algo em torno de 65% em 2006. As AP 5.1 e 5.3 partem de coberturas também próximas de 50%, e atingem 61,3% e 57,5%, respectivamente, em 2006. A AP 5.3, depois da AP 2.1 é a área com menor incremento de cobertura pré-natal para 7 ou mais consultas. As AP 3.2, 3.3 e 4.0 apresentam coberturas bem próximas à média da cidade e variações também próximas ao incremento observado para o município.

Óbitos na Cidade do Rio de Janeiro

Taxa Bruta de Mortalidade

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

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



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 envolve o acompanhamento da gestação, do parto e da assistência em neonatologia.

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

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

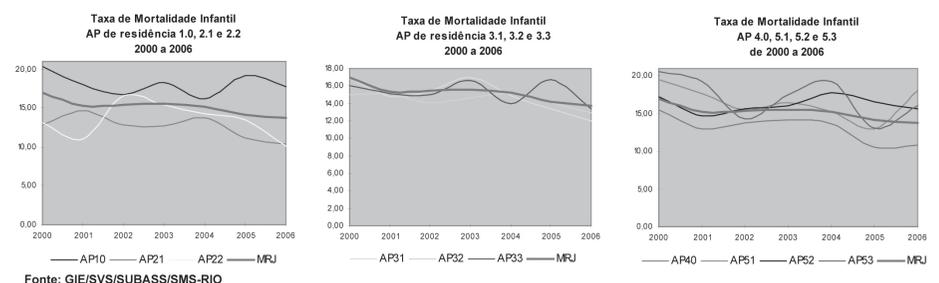
A partir da década de 90 a redução da mortalidade infantil está principalmente condicionada à redução da mortalidade neonatal, mas o grupo pós-neonatal ainda tem sua importância. Subsistem em diversas áreas da cidade, grupos populacionais especialmente vulneráveis vivendo em precárias condições e que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

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

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

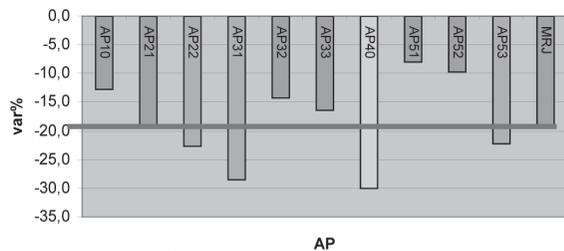
Entre as Áreas de Planejamento o comportamento do indicador não é homogêneo, acompanhando a diversidade de organização da cidade. A taxa de mortalidade infantil das AP 2.1, 4.0 e 2.2, mantém-se em quase todo o período abaixo da média da Cidade. Enquanto as AP 3.1, 3.2 e 3.3 determinam o perfil da Cidade.

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





Variações da Taxa de Mortalidade Infantil por Área de Planejamento (AP) no período de 2000 a 2006



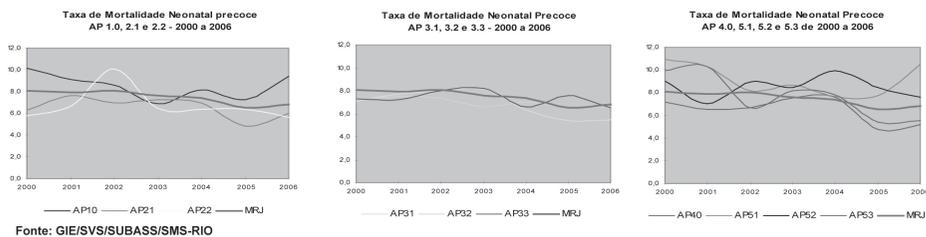
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Os componentes da mortalidade infantil

Neonatal Precoce

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

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



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

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

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

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

Neonatal Tardia

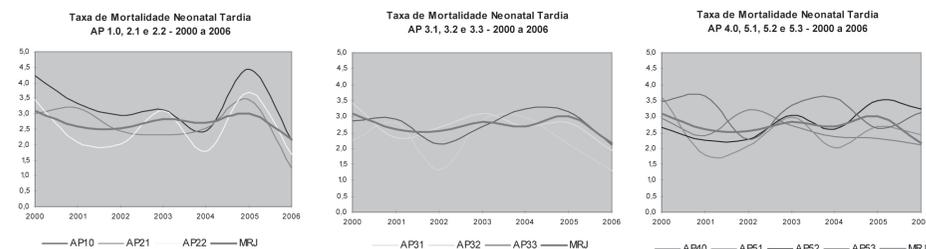
As mortes neonatais tardias, que ocorrem do 7º ao 28º dia de vida, sofrem decréscimo no período analisado. Esta queda é da ordem de 30%, mas não ocorre de forma progressiva, apresentando importantes flutuações no período. De 2005 para 2006 observa-se maior queda deste componente em algumas AP, entretanto,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

Assim como na mortalidade neonatal precoce, os recursos disponíveis para a assistência neonatal atualmente, conseguem evitar a morte de recém-nascidos que há 10 anos atrás não seriam considerados viáveis, e consegue prolongar a vida de muitos em que a possibilidade de sobrevivência era muito pequena. O aprimoramento da assistência neonatal intensiva, com a utilização de recursos tecnológicos cada vez mais potentes consegue postergar a morte, mas para uma parcela de casos não consegue evitá-la. Dois aspectos desta discussão são os conceitos de viabilidade e evitabilidade.

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

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

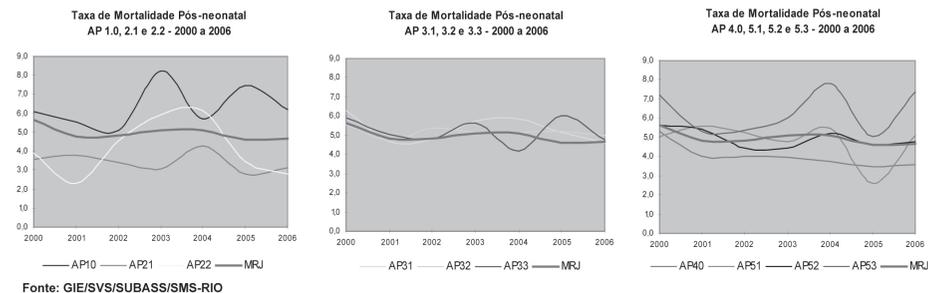
Entre as áreas de planejamento observam-se oscilações mais expressivas em relação à média da Cidade para as AP 1.0, 2.2, 3.2, 5.3 e 5.1. As demais AP acompanham bem próximo a esta média.



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Pós-neonatal

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

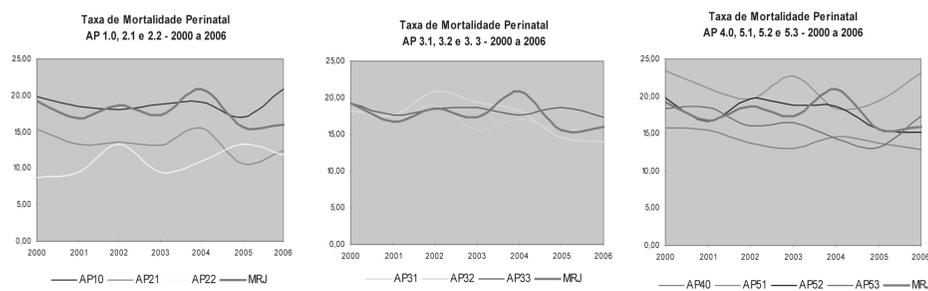
Mortalidade Perinatal

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 às 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. Devem-se relativizar os resultados de variação do indicador, pois a melhoria da notificação dos óbitos fetais faz aumentar o indicador.

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



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Mortalidade Materna

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

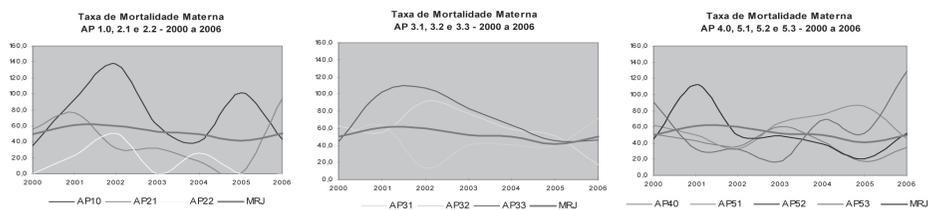
É um indicador clássico do acompanhamento das condições de saúde e de vida.

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

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

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

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



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

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

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

Mortalidade Geral

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

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

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

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

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

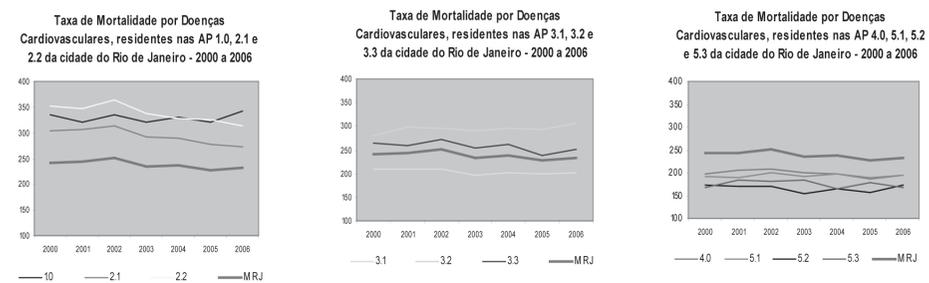
As sete principais causas de morte na cidade do Rio de Janeiro, ao longo destes anos analisados, foram:

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



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

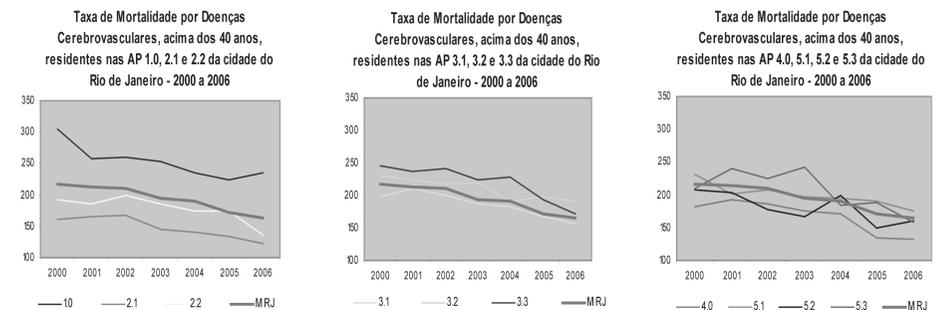
No grupo das Doenças Cardiovasculares destacam-se as Doenças Isquêmicas do Coração e as Doenças Cerebrovasculares, e em ambas foram considerados os óbitos acima de 40 anos, que é a faixa etária predominante de ocorrência destes casos. Observa-se que as Doenças Isquêmicas são a principal causa dentro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

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



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

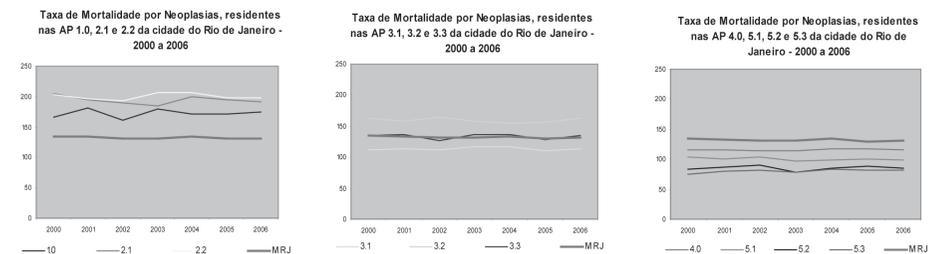
A AP 5.3 tem a taxa de mortalidade mais elevada por Doenças Cerebrovasculares dentre as AP da Zona Oeste. Cabe questionar problemas de acesso à assistência, ou ainda pontuar as alterações de curvas entre a AP 5.3 e a AP 5.2 que pode apontar para problemas de identificação de endereço.



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

Neoplasias

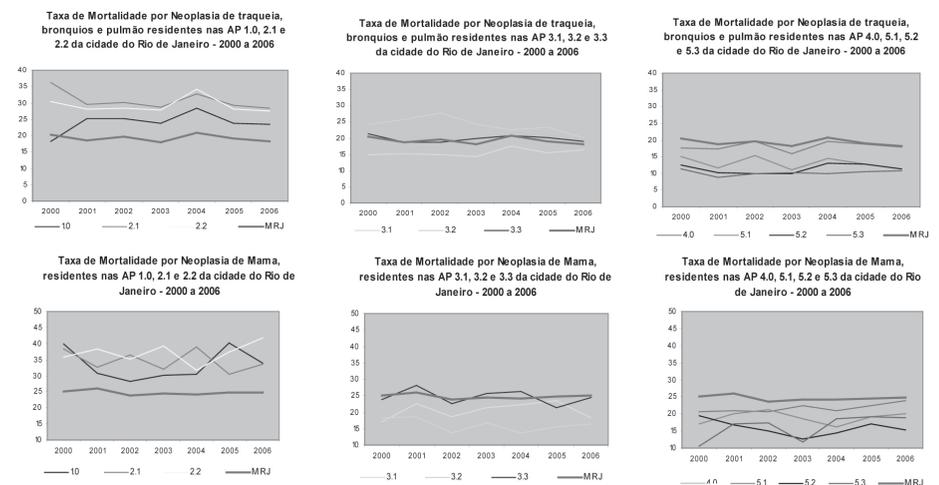
As Neoplasias se destacam em áreas que combinam duas situações: maior contingente de população idosa e de maior renda. A necessidade de exames de apoio diagnóstico para confirmação da existência de uma neoplasia pressupõe o acesso à assistência especializada e aos serviços de diagnóstico, e podem fazer a diferença na definição das causas de morte. Observa-se que nas AP com melhores características sócio-econômicas – em particular as AP 2.1 e 2.2, o número de óbitos por neoplasias é maior do que em outras, onde este acesso é mais restrito, seja pela distância geográfica ou pelo menor poder aquisitivo que restringe, aos serviços públicos, a busca por assistência. No conjunto das AP 3 e das AP da Zona Oeste da cidade destacam-se as AP 3.2 e 4.0, o que pode representar maior acesso a diagnóstico nestas áreas, e faixa etária mais elevada da sua população.



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

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

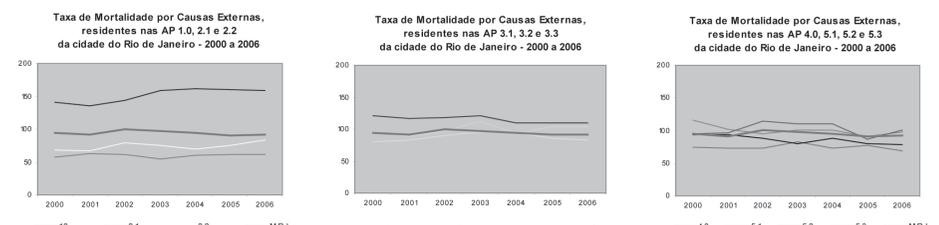
No cálculo das Taxas de Mortalidade por estas duas causas tem-se que a Neoplasia de Mama, como ocorre praticamente de forma exclusiva nas mulheres, aparece com uma taxa mais elevada que a Neoplasia da Traquéia, Brônquios e Pulmão.



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

Causas Externas

As Causas Externas encontram-se entre as três primeiras causas de morte na cidade ao longo destes anos. A AP 1.0 foi a área que apresentou as taxas mais elevadas de óbitos por Causas Violentas. Dentre as violências destacam-se os homicídios e os acidentes. Nos homicídios foram selecionados os óbitos ocorridos entre 15 e 39 anos, faixa etária mais suscetível a este agravo.



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

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

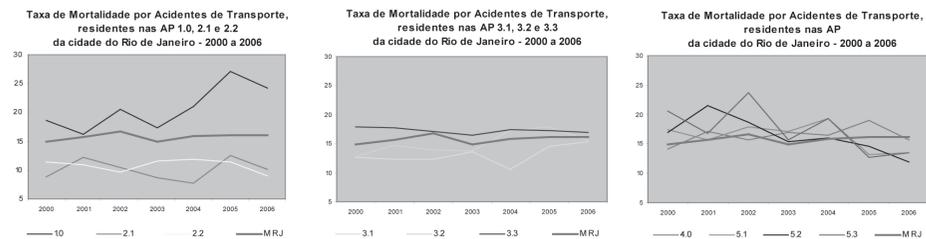
A análise dos óbitos por Homicídios deve considerar áreas de maior vulnerabilidade, como as áreas de ocupação subnormal, que tem uma população residente mais exposta ao risco e de faixa etária mais jovem.



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.



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 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

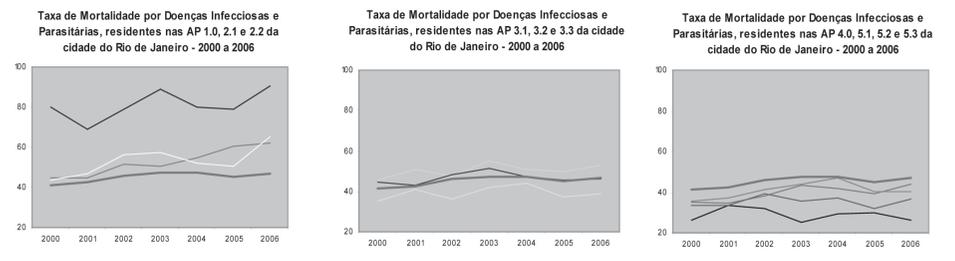
As Doenças do Aparelho Respiratório também ocorrem com maior frequência nas faixas etárias mais elevadas (óbitos por pneumonia) e desta forma os maiores percentuais ocorreram nas AP 1.0, 2.1, 2.2 e 3.2. As AP 3.1, 3.2 e 3.3 por serem as de maior quantitativo populacional, influenciam a construção da 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.

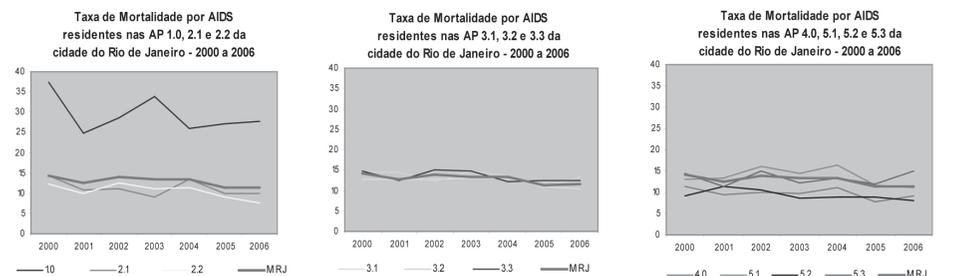


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

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.

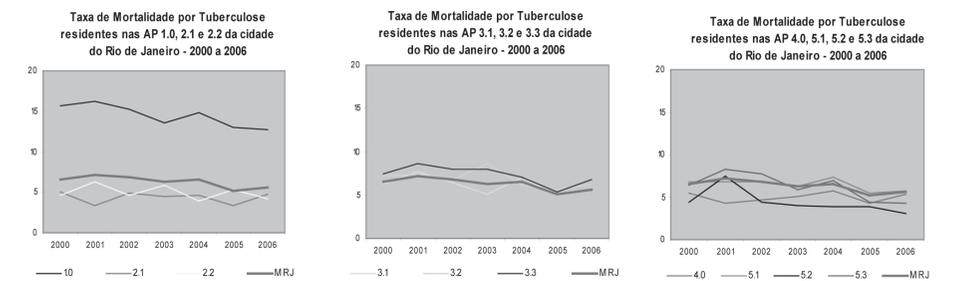
A taxa de mortalidade por AIDS vem se mantendo ao longo dos anos nas AP, com pequenas variações da média do município.

Nas 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

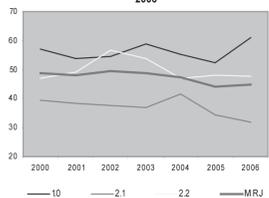
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

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.

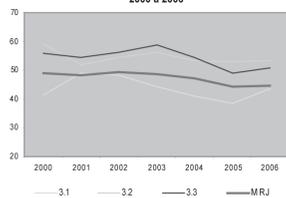
Estas alterações foram observadas em todas as AP, ao longo do período analisado, mas foram principalmente percebidas nas AP 5.1, 5.2 e 5.3.



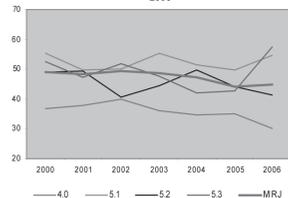
Taxa de Mortalidade por Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



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



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

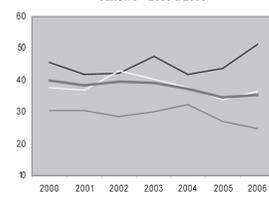


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

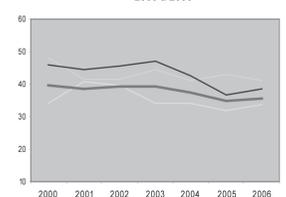
Dentre as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas destaca-se a Diabetes Mellitus.

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.

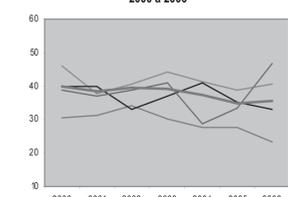
Taxa de Mortalidade por Diabetes residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



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



Taxa de Mortalidade por Diabetes 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

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.

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

Table with 8 columns: Indicadores, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006. Rows include Demográficos, Mortalidade, and Dcs Cardiovasculares.

Large data table with multiple columns and rows, including categories like Dcs Cardiovasculares, Causas Externas, and Nascidos Vivos.

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

Table with 8 columns: Indicadores, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006. Rows include Demográficos, Mortalidade, and Dcs Cardiovasculares.



Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
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 Infecciosas 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
<i>AIDS</i>							
n°	100	66	75	88	67	69	70
coef'	37,3	24,9	28,6	33,9	26,1	27,2	27,9
<i>Tuberculose</i>							
n°	42	43	40	35	38	33	32
coef'	15,7	16,2	15,3	13,5	14,8	13,0	12,7
Dçs Endócrinas Nutricionais Metabólicas							
n°	153	143	143	153	142	133	153
coef'	57,0	54,0	54,6	59,0	55,4	52,4	60,9
<i>Diabetes Mellitus</i>							
n°	122	111	111	123	107	111	129
coef'	45,5	41,9	42,3	47,4	41,7	43,7	51,3
Nascidos Vivos							
Número	5933	5392	5099	5105	4929	4946	4660
Coeficiente de Natalidade	coef''	22,1	20,3	19,5	19,7	19,2	19,5
Taxa Fecundidade 10-49	coef''''	2,64	2,45	2,36	2,40	2,36	2,41
<i>Taxa Fecun.especifica 10-14</i>	coef''''	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
<i>Taxa Fecun.especifica 15-19</i>	coef''''	0,11	0,10	0,09	0,09	0,09	0,09
Mães Adolescentes	%	21,1	21,7	20,9	20,6	20,3	20,5
Baixo Peso	%	11,1	10,4	11,5	11,0	11,0	10,9
Prematuridade	%	8,2	7,9	8,0	8,6	8,6	8,9
Cesareanas	%	43,3	43,0	40,3	41,9	42,8	47,1
Sem pré-natal	%	4,8	5,3	5,0	4,7	4,2	3,5
4 e + consultas de PN	%	83,0	82,0	80,5	82,8	85,7	86,9
7 e + consultas de PN	%	47,4	51,7	51,8	59,7	63,6	64,0
Cobertura do SUS	%	80,8	81,6	71,3	81,7	82,3	79,6

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

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

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos							
População Total							
n°	630.473	630.909	631.691	632.828	634.328	636.193	638.440
<i>Homens</i>							
n°	277.556	277.677	277.941	278.351	278.908	279.616	280.479
<i>Mulheres</i>							
n°	352.917	353.231	353.750	354.477	355.418	356.577	357.962
15 a 39 anos	n°	240.384	239.120	237.950	236.875	235.896	235.013
>= 40 anos	n°	296.005	299.216	302.602	306.171	309.932	313.895
>= 60 anos	n°	129.402	131.192	133.086	135.088	137.203	139.438
	%	20,5	20,8	21,1	21,3	21,6	21,9
Mortalidade							
Óbitos Totais	n°	5907	5953	5976	5818	6031	5864
coef''	936,9	943,6	946,0	919,4	950,8	921,7	913,5
Óbitos Infantis	n°	94	96	79	82	87	71
coef''	12,8	14,6	12,8	12,7	13,7	11,1	10,4
Mortalidade Neonatal	n°	68	71	58	62	60	53
coef''	9,3	10,8	9,4	9,6	9,5	8,3	7,2
<i>Neonatal precoce</i>	n°	46	50	43	47	44	31
coef''	6,3	7,6	7,0	7,3	6,9	4,8	6,0
<i>Neonatal tardio</i>	n°	22	21	15	15	16	22
coef''	3,0	3,2	2,4	2,3	2,5	3,4	1,3
<i>Mortalidade Pós-Neonatal</i>	n°	26	25	21	20	27	18
coef''	3,5	3,8	3,4	3,1	4,3	2,8	3,1
Mortalidade Perinatal	coef''	15,4	13,3	13,7	13,2	15,5	10,7
Mortalidade Materna	n°	4	5	2	2	1	0
coef'	55,6	76,1	32,5	31,8	15,8	0,0	94,1
Dçs Cardiovasculares (total)	n°	1916	1935	1986	1844	1831	1759
coef'	303,9	306,7	314,4	291,4	288,7	276,5	272,4
<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	224,5
<i>Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	n°	474	493	504	445	438	420
coef#	160,1	164,8	166,6	145,3	141,3	133,8	123,6
Neoplasias	n°	1289	1231	1198	1170	1266	1238
coef'	204,4	195,1	189,6	184,9	199,6	194,6	191,4
<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	28,5
<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	33,5
Causas Externas (total)	n°	365	395	392	344	381	389
coef'	57,9	62,6	62,1	54,4	60,1	61,1	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	28,6
<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	10,2
Causas Mal Definidas	n°	276	240	250	301	279	241
coef'	43,8	38,0	39,6	47,6	44,0	37,9	34,8
Dçs Respiratórias	n°	793	859	816	805	833	821
coef'	125,8	136,2	129,2	127,2	131,3	129,0	131,3
Dçs Infecciosas e Parasitárias	n°	283	282	327	319	347	384
coef'	44,9	44,7	51,8	50,4	54,7	60,4	62,2
<i>AIDS</i>	n°	90	69	71	58	85	64
coef'	14,3	10,9	11,2	9,2	13,4	10,1	9,9
<i>Tuberculose</i>	n°	32	21	31	28	29	21
coef'	5,1	3,3	4,9	4,4	4,6	3,3	4,7
Dçs Endócrinas Nutricionais Metabólicas	n°	249	242	238	234	263	219
coef'	39,5	38,4	37,7	37,0	41,5	34,4	31,8
<i>Diabetes Mellitus</i>	n°	193	191	181	191	205	172
coef'	30,6	30,3	28,7	30,2	32,3	27,0	24,7
Nascidos Vivos							
Número	7335	6567	6176	6457	6338	6396	6371
Coeficiente 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

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

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

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos							
População Total							
n°	367.005	364.952	363.064	361.339	359.775	358.371	357.125
<i>Homens</i>							
n°	162.727	161.597	160.536	159.541	158.611	157.747	156.947
<i>Mulheres</i>							
n°	204.278	203.355	202.528	201.798	201.164	200.624	200.178
15 a 39 anos	n°	136.670	134.976	133.331	131.736	130.187	128.695
>= 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	1.050,9
Óbitos Infantis	n°	61	48	66	60	56	51
coef''	13,1	11,1	16,6	15,4	14,3	13,5	10,2
Mortalidade Neonatal	n°	43	38	48	37	32	38
coef''	9,2	8,8	12,1	9,5	8,2	10,0	7,3
<i>Neonatal precoce</i>	n°	27	29	40	25	25	24
coef''	5,8	6,7	10,1	6,4	6,4	6,3	5,6
<i>Neonatal tardio</i>	n°	16	9	8	12	7	14
coef''	3,4	2,1	2,0	3,1	1,8	3,7	1,7
<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	2,8
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	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	314,7
<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	273,2



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	903.598
	Homens	407.271	409.856	412.606	415.610	418.606	421.854	425.323
	Mulheres	451.939	455.788	459.848	464.098	468.600	473.288	478.275
15 a 39 anos	n°	359.009	360.122	361.314	362.556	363.910	365.309	366.836
>= 40 anos	n°	293.440	299.566	305.935	312.548	319.432	326.551	334.025
>= 60 anos	n°	99.301	102.090	105.014	108.071	111.284	114.606	118.178
	%	11,6	11,8	12,0	12,3	12,5	12,8	13,1
Mortalidade								
Óbitos Totais	n°	6261	6509	6513	6656	6736	6384	6547
	coef**	728,7	751,9	746,5	756,7	759,2	713,2	724,5
Óbitos Infantis	n°	222	189	185	209	177	158	136
	coef**	16,8	14,7	15,4	17,0	14,8	13,4	12,0
Mortalidade Neonatal	n°	139	129	128	138	107	97	84
	coef**	10,5	10,0	10,7	11,2	9,0	8,2	7,4
<i>Neonatal precoce</i>	n°	94	99	96	100	75	64	62
	coef**	7,1	7,7	8,0	8,1	6,3	5,4	5,5
<i>Neonatal tardio</i>	n°	45	30	32	38	32	33	22
	coef**	3,4	2,3	2,7	3,1	2,7	2,8	1,9
<i>Mortalidade Pós-Neonatal</i>	n°	83	60	57	71	70	61	52
	coef**	6,3	4,7	4,8	5,8	5,9	5,2	4,6
Mortalidade Perinatal	coef**	18,2	17,7	20,9	19,4	18,2	14,5	14,0
Mortalidade Materna	n°	8	7	11	9	7	6	2
	coef*	62,9	54,5	91,9	77,3	58,7	50,8	17,6
Dçs Cardiovasculares (total)	n°	1795	1820	1822	1735	1788	1792	1826
	coef*	208,9	210,2	208,8	197,2	201,5	200,2	202,1
<i>Dç Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)</i>	n°	579	558	566	540	615	587	576
	coef#	197,3	186,3	185,0	172,8	192,5	179,8	172,4
<i>Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	n°	580	631	614	582	584	560	521
	coef#	197,7	210,6	200,7	186,2	182,8	168,4	156,0
Neoplasias	n°	961	986	969	1028	1043	990	1030
	coef*	111,8	113,9	111,1	116,9	117,6	110,6	114,0
<i>Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão</i>	n°	127	132	130	125	155	139	148
	coef*	14,8	15,2	14,9	14,2	17,5	15,5	16,4
<i>Neoplasia da mama</i>	n°	77	103	85	99	104	111	87
	coef*	17,0	22,6	18,5	21,3	22,2	23,5	18,2
Causas Externas (total)	n°	686	714	781	841	839	769	752
	coef**	79,8	82,5	89,5	95,6	94,6	85,9	83,2
<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>	n°	297	283	365	354	353	280	204
	coef##	82,7	78,6	101,0	97,6	97,0	76,6	55,6
<i>Acidentes de Transporte(total)</i>	n°	109	106	107	119	94	130	139
	coef	12,7	12,2	12,3	13,5	10,6	14,5	15,4
Causas Mal Definidas	n°	671	680	665	694	690	561	617
	coef*	78,1	78,6	76,2	78,9	77,8	62,7	68,3
Dçs Respiratórias	n°	600	661	639	658	692	668	646
	coef*	69,8	76,4	73,2	74,8	78,0	74,6	71,5
Dçs Infecciosas e Parasitárias	n°	304	354	317	370	389	333	352
	coef*	35,4	40,9	36,3	42,1	43,8	37,2	39,0
<i>AIDS</i>	n°	110	111	111	115	117	99	93
	coef*	12,8	12,8	12,7	13,1	13,2	11,1	10,3
<i>Tuberculose</i>	n°	54	67	56	45	63	45	51
	coef*	6,3	7,7	6,4	5,1	7,1	5,0	5,6
Dçs Endócrinas Nutricionais Metabólicas	n°	355	424	421	389	364	346	393
	coef*	41,3	49,0	48,3	44,2	41,0	38,7	43,5
<i>Diabetes Mellitus</i>	n°	294	353	346	299	301	286	303
	coef*	34,2	40,8	39,7	34,0	33,9	32,0	33,5
Nascidos Vivos								
Número		13205	12839	11982	12323	11930	11811	11323
Coefficiente de Natalidade	coef**	15,4	14,8	13,7	14,0	13,4	13,2	12,5
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	1,8	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5
<i>Taxa Fecun.especifica 10-14</i>	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Taxa Fecun.especifica 15-19</i>	coef***	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05
Mães Adolescentes	%	21,0	20,5	20,1	20,6	19,8	20,0	19,1
Baixo Peso	%	9,1	9,6	10,4	10,1	9,7	9,8	9,8
Prematuridade	%	7,2	7,6	7,7	9,0	8,3	8,3	8,8
Cesareanas	%	45,2	46,0	42,8	44,0	46,4	48,5	49,4
Sem pré-natal	%	4,3	4,9	4,9	3,9	3,8	3,4	3,2
4 e + consultas de PN	%	84,1	83,9	83,2	85,2	86,9	87,7	94,5
7 e + consultas de PN	%	49,6	53,2	53,7	58,8	62,2	66,4	65,6
Cobertura do SUS	%	78,0	77,0	73,9	77,6	78,9	73,9	73,2
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ	*** Taxa	*** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Especifica						
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ	# Taxa	# Taxa de mortalidade idade especifica para 40 anos ou mais						
NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab;	## Taxa	## Taxa de mortalidade idade especifica de 15 a 39 anos						
**Coef./1000								

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

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	n°	565.580	562.884	560.439	558.242	556.292	554.586	553.123
	Homens	259.786	258.231	256.787	255.453	254.227	253.108	252.095
	Mulheres	305.794	304.653	303.652	302.789	302.065	301.478	301.028
15 a 39 anos	n°	221.732	219.337	217.019	214.774	212.602	210.499	208.466
>= 40 anos	n°	228.382	230.649	233.015	235.482	238.053	240.730	243.517
>= 60 anos	n°	87.149	88.333	89.574	90.876	92.239	93.666	95.159
	%	15,4	15,7	16,0	16,3	16,6	16,9	17,2
Mortalidade								
Óbitos Totais	n°	5494	5446	5435	5603	5306	5290	5514
	coef**	971,4	967,5	969,8	1003,7	953,8	953,9	996,9
Óbitos Infantis	n°	127	118	105	111	112	105	90
	coef**	15,0	15,1	14,1	14,6	15,1	14,0	12,9
Mortalidade Neonatal	n°	80	81	65	72	74	65	55
	coef**	9,5	10,4	8,7	9,5	10,0	8,7	7,9
<i>Neonatal precoce</i>	n°	61	59	55	50	52	49	46
	coef**	7,2	7,5	7,4	6,6	7,0	6,5	6,6
<i>Neonatal tardio</i>	n°	19	22	10	22	22	16	9
	coef**	2,2	2,8	1,3	2,9	3,0	2,1	1,3
<i>Mortalidade Pós-Neonatal</i>	n°	47	37	40	39	38	39	35
	coef**	5,6	4,7	5,4	5,1	5,1	5,2	5,0
Mortalidade Perinatal	coef**	18,5	17,0	18,9	15,6	17,0	15,6	15,9
Mortalidade Materna	n°	4	5	1	3	3	3	5
	coef*	48,5	63,9	13,4	40,9	40,6	40,0	71,5
Dçs Cardiovasculares (total)	n°	1581	1677	1661	1625	1648	1628	1698
	coef*	279,5	297,9	296,4	291,1	296,2	293,6	307,0
<i>Dç Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)</i>	n°	527	572	570	595	600	552	582
	coef#	230,8	248,0	244,6	252,7	252,0	229,3	239,0
<i>Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	n°	527	518	508	515	456	475	465
	coef#	230,8	224,6	218,0	218,7	191,6	197,3	191,0
Neoplasias	n°	925	893	921	880	864	862	901
	coef*	163,5	158,6	164,3	157,6	155,3	155,4	162,9
<i>Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão</i>	n°	137	145	155	136	125	129	111
	coef*	24,2	25,8	27,7	24,4	22,5	23,3	20,1
<i>Neoplasia da mama</i>	n°	103	105	77	94	77	87	91
	coef*	18,2	18,7	13,7	16,8	13,8	15,7	16,5
Causas Externas (total)	n°	541	501	544	627	516	579	574
	coef**	95,7	89,0	97,1	112,3	92,8	104,4	103,8
<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>	n°	191	193	245	237	172	168	155
	coef##	86,1	88,0	112,9	110,3	80,9	79,8	74,4
<i>Acidentes de Transporte(total)</i>	n°	72	83	78	77	96	99	86
	coef	12,7	14,7	13,9	13,8	17,3	17,9	15,5
Causas Mal Definidas	n°	552	447	455	513	400	277	306
	coef*	97,6	79,4	81,2	91,9	71,9	49,9	55,3
Dçs Respiratórias	n°	602	620	602	662	596	638	652
	coef*	106,4	110,1	107,4	118,6	107,1	115,0	117,9
Dçs Infecciosas e Parasitárias	n°	259	287	267	308	284	277	292
	coef*	45,8	51,0	47,6	55,2	51,1	49,9	52,8
<i>AIDS</i>	n°	82	81	68	83	75	59	74
	coef*	14,5	14,4	12,1	14,9	13,5	10,6	13,4
<i>Tuberculose</i>	n°	41	42	38	48	34	31	35
	coef*	7,2	7,5	6,8	8,6	6,1	5,6	6,3
Dçs Endócrinas Nutricionais Metabólicas	n°	334	292	304	313	296	294	295
	coef*	59,1	51,9	54,2	56,1	53,2	53,0	53,3
<i>Diabetes Mellitus</i>	n°	273	233	233	248	229	239	227
	coef*	48,3	41,4	41,6	44,4	41,2	43,1	41,0
Nascidos Vivos								
Número		8463	7825	7461	7598	7398	7484	6993
Coefficiente de Natalidade	coef**	15,0	13,9	13,3	13,6	13,3	13,5	12,6
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	1,8	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6
<i>Taxa Fecun.especifica 10-14</i>	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Taxa Fecun.especifica 15-19</i>	coef***	0,06	0,06	0,06	0,06	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	%	78,0	77,0	73,9	77,6	78,9	73,9	73,2
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ	*** Taxa Fecundidade	*** Taxa Fecundidade						
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ	# Taxa	# Taxa de mortalidade idade especifica para 40 anos ou mais						
**Coef./1000								

O RIO ESTÁ SE TRANSFORMANDO. CONHEÇA:
CIDADEOLIMPICA.COM

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

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
	<i>Homens</i>	434763	436484	438419	440576	442962	445585	448456
	<i>Mulheres</i>	494037	497150	500547	504239	508236	512550	517192
	<i>15 e 39 anos</i>	375743	375319	375014	374831	374772	374841	375040
	<i>>=40 anos</i>	336620	343496	350647	358086	365827	373884	382273
	<i>>= 60 anos</i>	115734	118814	122033	125397	128914	132592	136439
	%	12,5	12,7	13,0	13,3	13,6	13,8	14,1
Mortalidade								
Óbitos Totais	n°	8.793	8.719	8.793	8.986	8.749	8.422	8721
	coef**	946,7	933,9	936,5	951,1	919,8	879,0	903,1
Óbitos Infantis	n°	264	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	8,6
	<i>Neonatal precoce</i>	120	106	112	113	93	101	84
	coef**	7,3	7,2	8,0	8,2	6,6	7,6	6,5
	<i>Neonatal tardio</i>	47	43	30	37	46	42	27
	coef**	2,9	2,9	2,1	2,7	3,2	3,2	2,1
	<i>Mortalidade Pós-Neonatal</i>	97	74	68	78	59	80	61
	coef**	5,9	5,0	4,9	5,7	4,2	6,0	4,8
Mortalidade Perinatal	coef**	19,3	17,6	18,5	18,6	17,6	18,6	17,3
Mortalidade Materna	n°	7	15	15	10	9	6	6
	coef*	44,0	101,9	107,1	82,6	63,5	45,0	46,7
Dçs Cardiovasculares (total)	n°	2.459	2.420	2.556	2.389	2.499	2.286	2.429
	coef*	264,8	259,2	272,2	252,9	262,7	238,6	251,5
	<i>Dç Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)</i>	774	793	826	776	755	770	814
	coef#	229,9	230,9	235,6	216,7	206,4	205,9	212,9
	<i>Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	828	815	847	803	832	725	660
	coef#	246,0	237,3	241,6	224,2	227,4	193,9	172,7
Neoplasias	n°	1.252	1.273	1.192	1.292	1.292	1.223	1.304
	coef*	134,8	136,3	126,9	136,7	135,8	127,6	135,0
	<i>Neo traq,brônquios/pulmão</i>	199	174	175	187	196	194	183
	coef*	21,4	18,6	18,6	19,8	20,6	20,2	19,0
	<i>Neoplasia da mama</i>	118	140	113	129	134	110	127
	coef*	23,9	28,2	22,6	25,6	26,4	21,5	24,6
Causas Externas (total)	n°	1120	1096	1107	1143	1042	1050	1067
	coef*	120,6	117,4	117,9	121,0	109,5	109,6	110,5
	<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>	537	529	571	532	456	430	382
	coef##	142,9	140,9	152,3	141,9	121,7	114,7	101,9
	<i>Acidentes de Transporte(total)</i>	166	165	161	156	166	165	163
	coef	17,9	17,7	17,1	16,5	17,5	17,2	16,9
Causas Mal Definidas	n°	1.143	1.064	996	1.074	967	923	937
	coef*	123,1	114,0	106,1	113,7	101,7	96,3	97,0
D.Respiratórias	n°	746	841	864	915	830	838	841
	coef*	80,3	90,1	92,0	96,8	87,3	87,5	87,1
D.Infecciosas e Parasitárias	n°	416	402	451	486	449	437	444
	coef*	44,8	43,1	48,0	51,4	47,2	45,6	46,0
	<i>AIDS</i>	136	117	141	141	115	119	120
	coef*	14,6	12,5	15,0	14,9	12,1	12,4	12,4
	<i>Tuberculose</i>	69	80	75	75	67	51	66
	coef*	7,4	8,6	8,0	7,9	7,0	5,3	6,8
D.Endócrinas Nut.Imunit.	n°	519	507	528	556	517	469	489
	coef*	55,9	54,3	56,2	58,8	54,4	48,9	50,6
	<i>Diabetes Mellitus</i>	425	414	428	446	405	353	373
	coef*	45,8	44,3	45,6	47,2	42,6	36,8	38,6
Nascidos Vivos								
Número		16470	14720	14016	13768	14171	13314	12837
Coef.Natalidade	coef**	17,7	15,8	14,9	14,6	14,9	13,9	13,3
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2,1	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
	<i>Taxa Fecun.especifica 10-14</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<i>Taxa Fecun.especifica 15-19</i>	0,08	0,07	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05
Mães Adolescentes	%	20,1	20,3	19,1	18,5	18,1	18,4	18,2
Baixo Peso	%	9,9	9,7	9,8	10,1	9,8	10,0	9,8
Prematuridade	%	8,4	7,7	7,9	8,9	9,0	8,6	9,0
Cesareanas	%	46,4	46,2	45,1	47,4	49,6	50,3	51,2
	<i>Pré-Natal Nenhuma consulta</i>	5,3	6,0	4,6	3,9	3,6	3,6	3,1
	<i>4 e + consultas</i>	85,7	84,7	84,6	86,8	87,9	88,4	87,8
	<i>7 e + consultas</i>	54,8	53,2	57,2	61,2	62,6	65,3	64,3
Cobertura do SUS	%	74,1	70,1	68,4	72,1	74,7	70,7	69,7
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ		*** 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 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
	<i>Homens</i>	326280	323023	331211	340115	349801	364140	379756
	<i>Mulheres</i>	355771	352280	361768	372091	383327	399737	417631
	<i>15 e 39 anos</i>	293746	290765	297445	304712	312616	324599	337616
	<i>>=40 anos</i>	230404	228310	237853	248089	259081	273762	289698
	<i>>= 60 anos</i>	69464	68920	72092	75489	79129	83909	89094
	%	10,2	10,2	10,4	10,6	10,8	11,0	11,2
Mortalidade								
Óbitos Totais	n°	4640	4872	4894	5049	5100	5199	5424
	coef**	680,3	721,5	706,2	708,9	695,6	680,6	680,2
Óbitos Infantis	n°	189	152	156	168	162	124	124
	coef**	15,5	13,0	13,8	14,2	13,7	10,6	10,8
Mortalidade Neonatal	n°	124	105	111	121	118	83	83
	coef**	10,1	9,0	9,8	10,2	10,0	7,1	7,2
	<i>Neonatal precoce</i>	88	77	75	89	90	56	59
	coef**	7,2	6,6	6,7	7,5	7,6	4,8	5,2
	<i>Neonatal tardio</i>	36	28	36	32	28	27	24
	coef**	2,9	2,4	3,2	2,7	2,4	2,3	2,1
	<i>Mortalidade Pós-Neonatal</i>	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
Dçs 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
	<i>Dç Isquêmica do Coração(acima de 40 anos)</i>	441	463	506	472	504	544	601
	coef#	191,4	202,8	212,7	190,3	194,5	198,7	207,5
	<i>Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)</i>	419	438	445	436	443	370	384
	coef#	181,9	191,8	187,1	175,7	171,0	135,2	132,6
Neoplasias	n°	783	783	793	808	861	897	927
	coef*	114,8	115,9	114,4	113,5	117,4	117,4	116,3
	<i>Neo traq,brônquios/pulmão</i>	119	116	135	113	144	142	142
	coef*	17,4	17,2	19,5	15,9	19,6	18,6	17,8
	<i>Neoplasia da mama</i>	73	74	75	83	80	90	100
	coef*	20,5	21,0	20,7	22,3	20,9	22,5	23,9
Causas Externas (total)	n°	507	495	509	589	537	589	552
	coef*	74,3	73,3	73,5	82,7	73,2	77,1	69,2
	<i>Homicídios (de 15 a 39 anos)</i>	176	158	176	191	177	162	148
	coef##	59,9	54,3	59,2	62,7	56,6	49,9	43,8
	<i>Acidentes de Transporte(total)</i>	96	115	109	121	121	145	125
	coef	14,1	17,0	15,7	17,0	16,5	19,0	15,7
Causas Mal Definidas	n°	355	423	403	404	394	343	392
	coef*	52,0	62,6	58,2	56,7	53,7	44,9	49,2
D.Respiratórias	n°	474	549	540	594	571	612	609
	coef*	69,5	81,3	77,9	83,4	77,9	80,1	76,4
D.Infecciosas e Parasitárias	n°	238	234	264	309	306	300	350
	coef*	34,9	34,7	38,1	43,4	41,7	39,3	43,9
	<i>AIDS</i>	78	63	69	70	81	60	74
	coef*	11,4	9,3	10,0	9,8	11,0	7,9	9,3
	<i>Tuberculose</i>	37	29	32	36	42	33	42
	coef*	5,4	4,3	4,6	5,1	5,7	4,3	5,3
D.Endócrinas Nut.Imunit.	n°	252	255	277	258	255	267	239
	coef*	36,9	37,8	40,0	36,2	34,8	35,0	30,0
	<i>Diabetes Mellitus</i>	209	211	236	214	202	212	187
	coef*	30,6	31,2	34,1	30,0	27,6	27,8	23,5
Nascidos Vivos								
Número		12227	11730	11270	11841	11832	11747	11453
Coef.Natalidade	coef**	17,9	17,4	16,3	16,6	16,1	15,4	



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

Table with 9 columns (Indicadores, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006) and rows for Demographics, Mortality, Diseases, and Births.

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

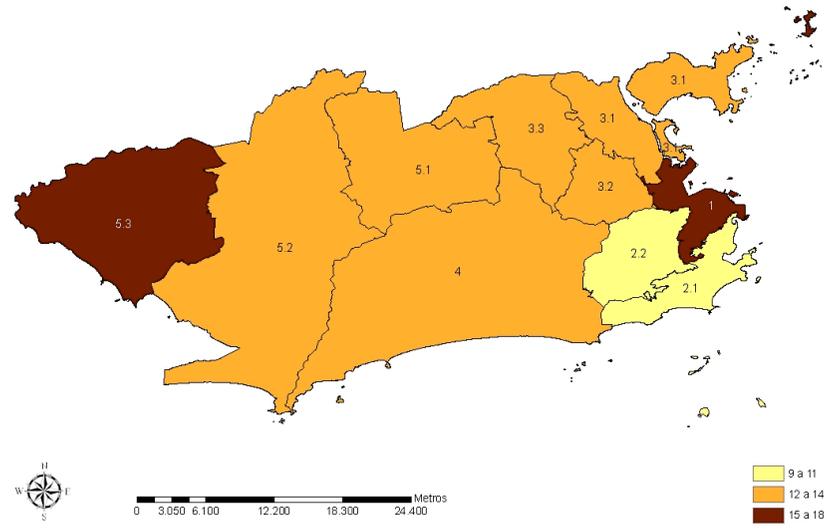
Table with 9 columns (Indicadores, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006) and rows for Demographics, Mortality, Diseases, and Births.

Advertisement for 'Acordo de Resultados' (Agreement of Results) from Rio de Janeiro City Government, featuring a calculator, a checklist, and a pen.

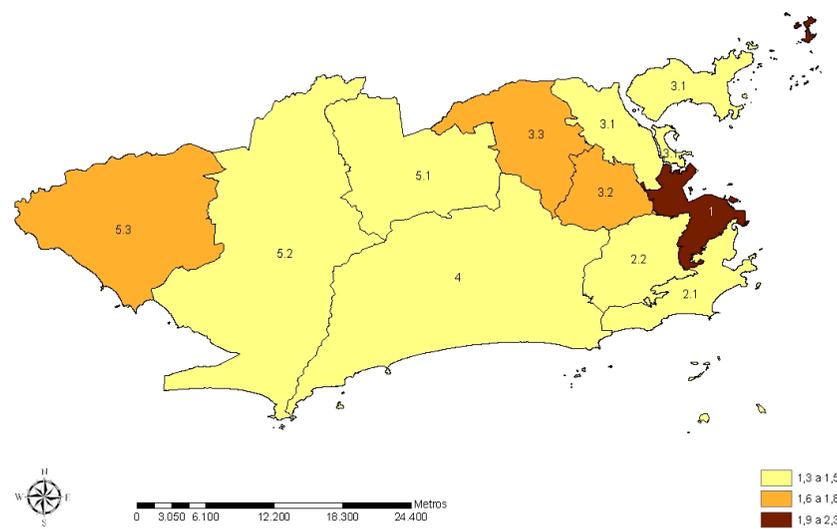
Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 5.3 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006								
Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	n°	311289	315845	320583	325510	330634	339500	348773
	Homens	150735	152760	154860	157038	159297	163342	167562
	Mulheres	160554	163085	165723	168472	171337	176158	181210
	15 e 39 anos	131893	133405	134953	136539	138163	141297	144540
	>=40 anos	88090	91039	94113	97321	100668	105258	110104
	>= 60 anos	24694	25583	26512	27485	28503	29880	31339
	%	7,9	8,1	8,3	8,4	8,6	8,8	9,0
Mortalidade								
Óbitos Totais	n°	2165	2240	2342	2394	2379	2361	2528
	coef ¹	695,5	709,2	730,5	735,5	719,5	695,4	724,8
Óbitos Infantis	n°	137	116	88	105	113	75	87
	coef ¹	20,6	19,2	14,3	17,6	19,2	13,1	16,0
Mortalidade Neonatal	n°	89	84	55	69	67	46	46
	coef ¹	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 ¹	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 ¹	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 ¹	7,2	5,3	5,4	6,0	7,8	5,1	7,4
Mortalidade Perinatal	coef ¹	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 ¹	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 ¹	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 ¹	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 ¹	208,9	239,5	224,2	242,5	184,8	189,1	157,1
Neoplasias	n°	232	254	259	256	275	278	285
	coef ¹	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 ¹	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 ¹	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 ¹	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 ¹	107,7	103,4	130,4	123,8	121,6	93,4	110,0
Acidentes de Transporte(tota)	n°	64	53	76	51	64	43	47
	coef ¹	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 ¹	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 ¹	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 ¹	33,4	33,6	39,3	35,6	36,9	32,1	36,4
AIDS	n°	45	36	48	40	44	41	52
	coef ¹	14,5	11,4	15,0	12,3	13,3	12,1	14,9
Tuberculose	n°	20	26	25	19	23	15	15
	coef ¹	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 ¹	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 ¹	38,9	37,0	38,7	40,9	28,7	33,3	46,7
Nascidos Vivos								
Número		6655	6038	6148	5977	5876	5723	5434
Coef.Natalidade	coef ¹	21,4	19,1	19,2	18,4	17,8	16,9	15,6
Taxa Fecundidade 10-49	coef ¹	2,4	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,7
Taxa Fecun.especifica 10-14	coef ¹	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Taxa Fecun.especifica 15-19	coef ¹	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	%	9,7	8,1	5,8	4,9	4,3	3,2	2,9
Nenhuma consulta	%	83,2	86,3	82,1	83,0	83,8	85,8	85,8
4 e + consultas	%	51,8	63,7	59,5	61,3	59,0	58,6	57,5
7 e + consultas	%	87,1	85,6	85,2	86,5	85,7	82,5	79,6
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								

ANEXO II

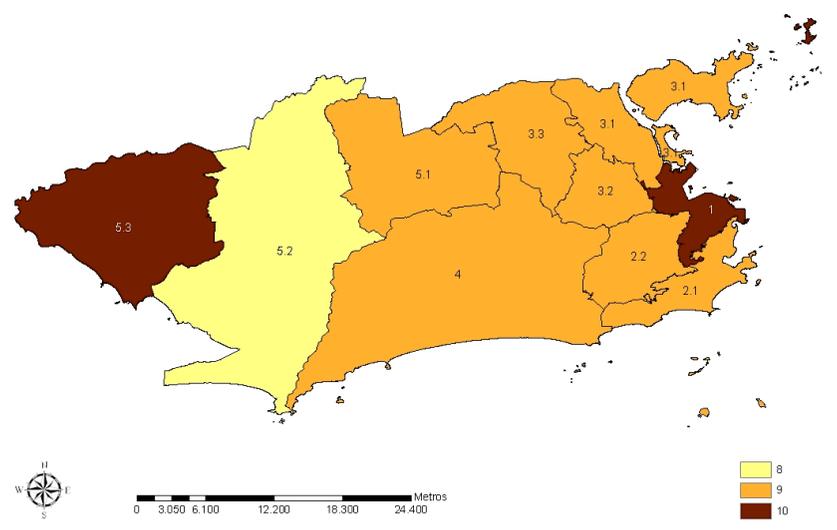
Coeficiente de Natalidade por AP de Residência - 2006



Taxa de Fecundidade por AP de Residência - 2006



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



acordo de
RESULTADOS

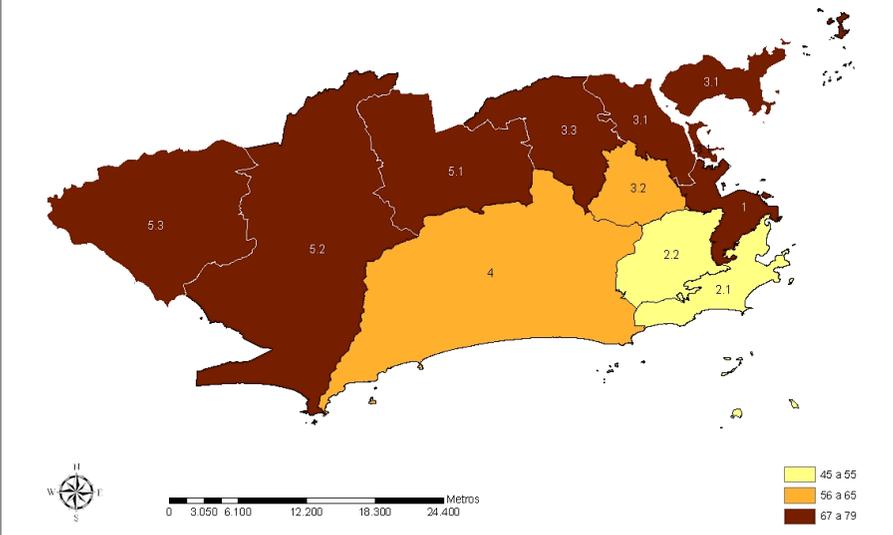
Quem participa só tem a ganhar.

Assinando o Acordo de Resultados é possível ganhar um acréscimo de até 2 salários no seu contracheque. Até o final de junho, todos os servidores dos órgãos e secretarias que alcançarem seus objetivos irão receber uma bonificação de 50% dos salários. Se o seu órgão ou secretaria ainda não está participando, informe-se. Novas metas já estão sendo estabelecidas.

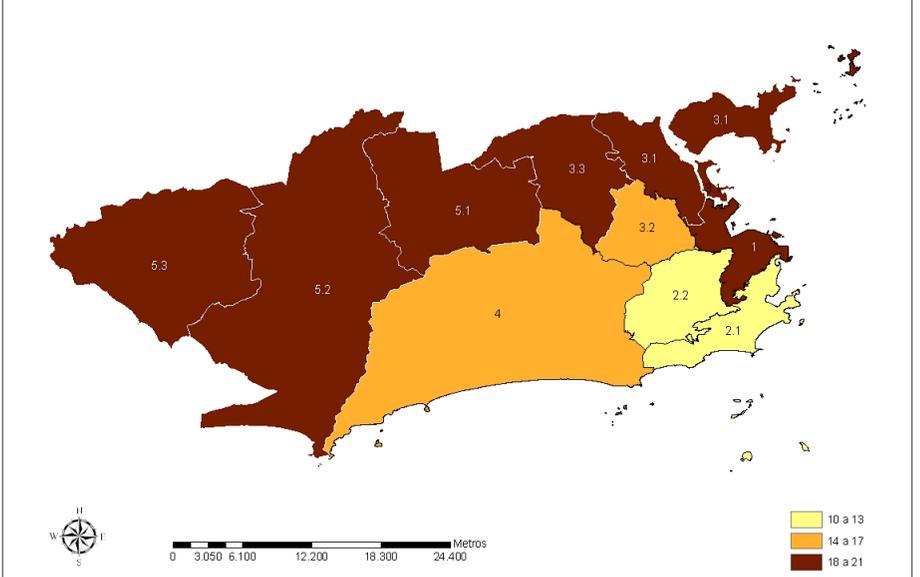


- Educação
- Saúde
- Emprego
- Transportes
- Esportes

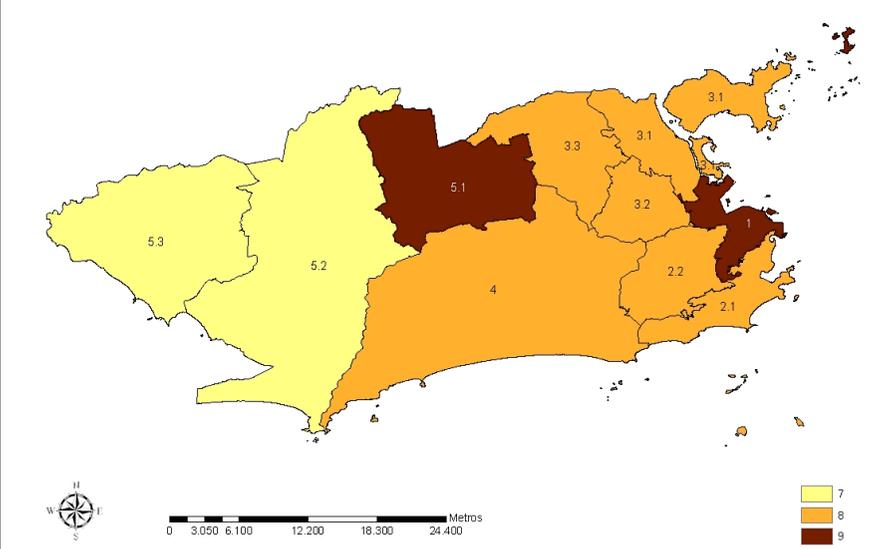
Proporção de Nascidos Vivos com Cobertura do SUS por AP de Residência - 2006



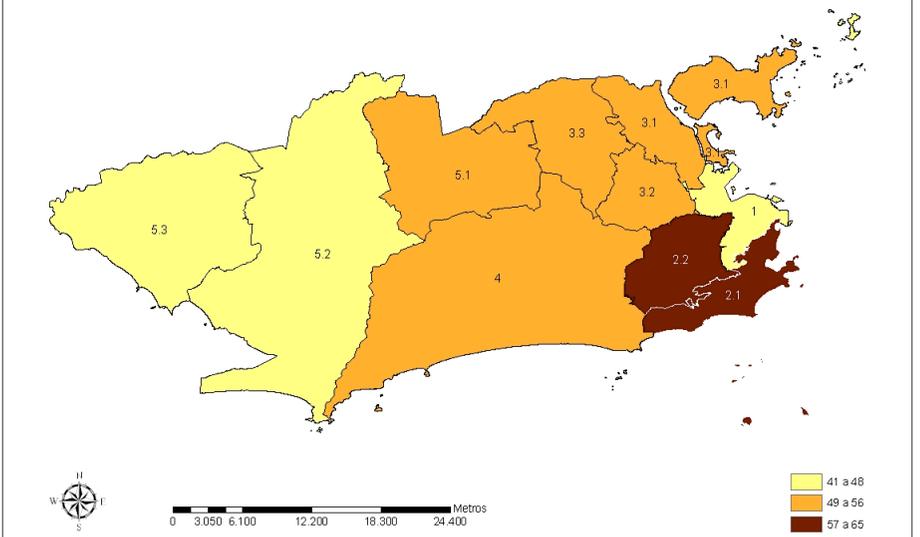
Proporção de Partos de Mães Jovens por AP de Residência - 2006



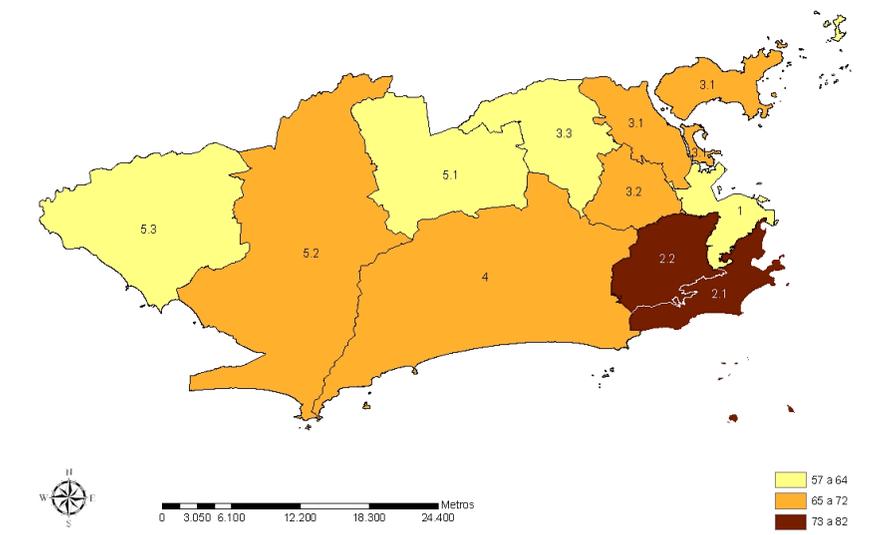
Proporção de Nascidos Vivos com Prematuridade por AP de Residência - 2006



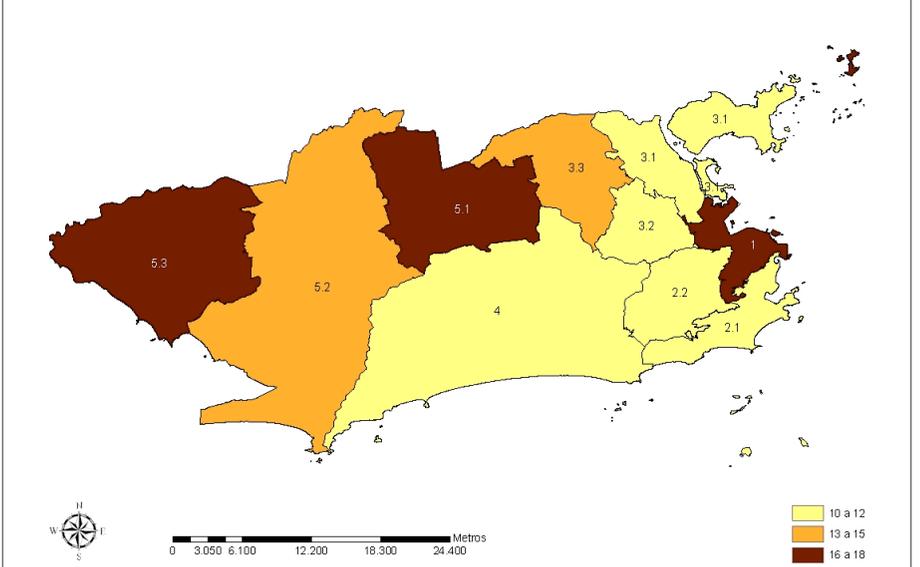
Proporção de Nascidos Vivos por Cesariana, segundo AP de Residência - 2006



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

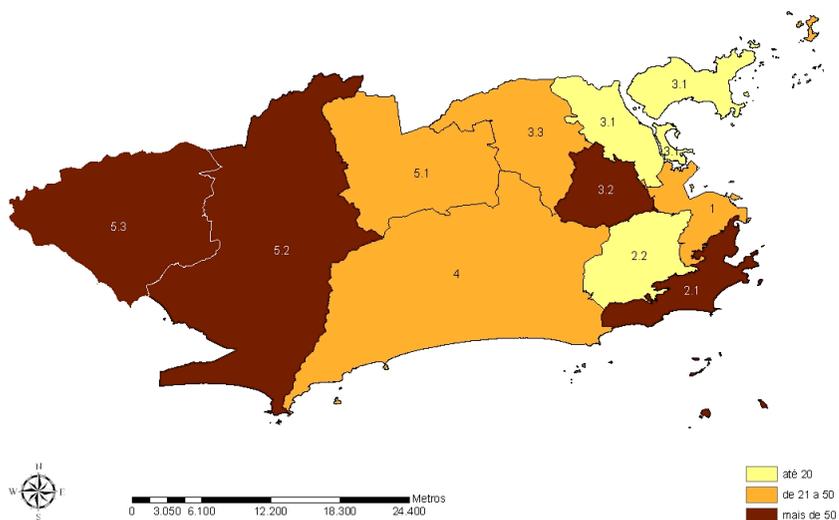


Taxa de Mortalidade Infantil por AP de Residência - 2006

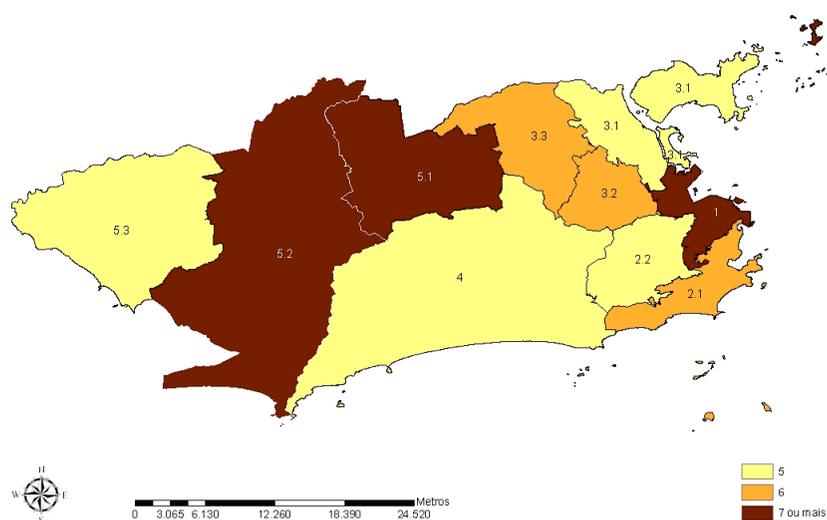




Taxa de Mortalidade Materna por AP de Residência - 2006



Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce por AP de Residência - 2006



Caracterização

AP 1	AP 2	AP 3	AP 4	AP 5
Principal centralidade da cidade, o Centro é o bairro com maior influência na região metropolitana;	Principal referência da imagem da Cidade em nível nacional e internacional;	Proximidade com a Região Metropolitana;	Área de expansão do município, com o maior número de licenças de construção e conseqüentemente com grande aumento de moradores;	Proximidade com a Região Metropolitana – ligação com os municípios de Itaguaí, Mangaratiba e Angra dos Reis através de Santa Cruz, com os municípios de Seropédica e Nova Iguaçu, através de Campo Grande;
Área de ocupação antiga, abrangendo o Centro Histórico da Cidade, com a presença de várias áreas protegidas (APACs) e bens tombados;	Área próxima ao Centro da Cidade e a Barra da Tijuca, 3. Abriga os principais pontos turísticos da Cidade;	Principal porta de entrada da Cidade – Av. Brasil e Aeroporto Internacional Antônio Carlos Jobim;	Grande baixada, circundada pelos Maciços da Tijuca e Pedra Branca com grande parte da sua área ainda preservada.	Eixos viários estruturadores com o Município e com a Região Metropolitana - Av Brasil, BR 101, Av. das Américas e Estrada Rio/São Paulo;
Presença de vários equipamentos, edificações, instituições, consideradas referências da Cidade, alguns se impondo como centralidades; Transporte: Aeroporto, Rodoviário Estadual, Porto, Terminais: rodoviários, hidroviário, ferroviários, Metrô; Esporte e Lazer: Estádios de futebol, Sambódromo, Cidade do Samba, Escolas de Samba, Quinta da Boa Vista/Jardim Zoológico, casas noturnas (Lapa), Centro de Tradições Nordestinas etc.; Cultura: Museu (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 (SAARACamelódromo), 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 Zonas Industriais; Presença de núcleos pesqueiros em Guaratiba e Sepetiba; Áreas de cultivo agrícola, em especial na região de Santa Cruz, onde se situa a colônia agrícola, nas regiões do Mendanha e Rio da Prata em Campo Grande e na região de Guaratiba com expressiva produção de plantas ornamentais; Centro Tecnológico do Exército, a FIPERJ, a Embratel em Guaratiba; a Base Aérea em Santa Cruz, Quartelão Cultural do Matadouro em Santa Cruz; Hospitais: Rocha Faria e Pedro II.
Grandes Complexos de Áreas de Especial Interesse Social: São Carlos/Mineira, Mangueira, Providência, Morro da Coroa, entre outros;	Grandes complexos de Áreas de Fragilidade Urbana: Rocinha, Vidigal, Santa Marta, Pavão-Pavãozinho, Chapéu Mangueira, Tabajaras, Borel, Macacos, entre outros; 6. Grandes conjuntos habitacionais: Cruzada São Sebastião, "Minhocão" da Gávea;	Grandes complexos de Áreas de Fragilidade Urbana – Alemão, Maré e Jacarezinho, entre outros; 5. Grandes conjuntos habitacionais – antigos IAPs;	Uma grande favela apenas, a de Rio das Pedras, não considerada uma área crítica de segurança, e diversas favelas de pequeno porte, principalmente ao longo de rios e canais. Loteamentos irregulares, tanto na área das Vargens Grande e Pequena como na XVI R.A., modificando o tipo de ocupação destes locais; Dois grandes conjuntos habitacionais, como a Cidade de Deus, com problemas de segurança;	Grande número de conjuntos habitacionais;
Malha viária de alcance metropolitano e elementos estruturantes da Cidade, tais como: Av. Brasil, Linha Vermelha, Av. Presidente Vargas, Av. Rodrigues Alves, Av. Francisco Bicalho, Elevado da Perimetral, Paulo de Frontin, Av. 31 de Março;	Malha viária estruturadora dos eixos Norte-Sul-Centro da Cidade e Barra da Tijuca;	Malha viária de alcance metropolitano, destacando-se a Av. Brasil, as linhas Amarela e Vermelha;	Ao longo das Av. das Américas estão dispostos os shoppings, fazendo desta área um Centro de Comércio de alcance Metropolitano.	Principais corredores de transporte de massa – Av. Brasil e rede ferroviária; ramal de cargas e passageiros – ligação com a Baixada Fluminense através de Deodoro;
Área antiga preservada convivendo com área renovada; Áreas de reconstrução do tecido urbano após intervenções estruturais (Metrô, Túneis Santa Bárbara e Reboças, 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 Gerició interferem na estruturação urbana do entorno onde estão situados.

Página 1

Principais Problemas

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

ANEXO 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 PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO

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 XXXXXXX, portador da Cédula de Identidade nº. XXXXXXXXXXXX, CPF nº XXXXXXXXXXXX, doravante denominada **CONTRATADA**, realizada através do processo administrativo nº. 09/XXX/12, 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 do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI, 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 do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso – PADI em conformidade com os Anexos que são partes integrantes e indissociáveis deste instrumento:

- Anexo A - Gestão do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI
- Anexo B - Acompanhamento do contrato, avaliação e metas para o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI;
- Anexo C - Termo de Permissão de Uso.

1.1.1 A execução do presente contrato dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições estabelecidas na Proposta Técnica e Econômica e no Edital.

a) Passarão a ser geridas progressivamente pela **CONTRATADA** as seguintes unidades de saúde, conforme cronograma de implantação:

PADI Hospital Municipal Lourenço Jorge
PADI Hospital Municipal Francisco da Silva Teles
PADI Hospital Municipal Pedro II.

PARÁGRAFO ÚNICO

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

- 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.
- 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:

- Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexos do Edital e nos Anexos do Contrato 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:
 - universalidade de acesso aos serviços de saúde;
 - 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;
 - 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;
 - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
 - fomento dos meios para participação da comunidade;
 - 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 e integrar o complexo regulador da SMSDC;
3) 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.
4) Contratar serviços de terceiro para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.
5) 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.
6) Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos que entender pertinentes.
7) Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;
8) 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;
9) 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 C que deverão definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;
9.1) 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.
9.2) O termo especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção.
9.3) 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 de retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.
9.4) Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;
10) 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.
11) Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados nas redes pública e privada de saúde, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e empregados da **CONTRATADA**;
12) Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação da Organização Social;
12.1) No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido;
13) Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público.
14) Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.
14.1) Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente a três vezes o montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.
14.2) A retenção prevista no item 14.1 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados contratados pela **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.
14.3) A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA**.
14.4) Em não ocorrendo nenhuma das hipóteses previstas no item 14.3 o **CONTRATANTE** efetuará o pagamento devido nas ações trabalhistas ou dos encargos previdenciários, com o valor retido, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**.
14.5) Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.
14.6) Excepcionalmente o valor retido conforme item 14.1 poderá ser reduzido mediante requerimento fundamentado formalizado pela **CONTRATADA**.
15) Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria Municipal de Fazenda para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência (SubHUE) e à **CONTRATANTE**.
16) Comprometer-se a manter como dirigente deste **CONTRATO DE GESTÃO** profissional com a qualificação mencionada no Edital de Convocação Pública, item 4.1 (e.2).
17) Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com material (Decreto nº. 28.937/08).

- 18) Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.
19) Utilizar sistema de informática que permita a gestão clínica, administrativa e financeira, com acesso a servidores predeterminados da SMSDC que permitam exclusivamente consultas e geração de relatórios, que obrigatoriamente terá que ter integração com sistema utilizado e que venha a ser utilizado pela SMSDC.
20) Implantar controle biométrico dos profissionais contratados, nos termos do artigo 1 do Decreto Municipal 33536/11.

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 do Edital, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;
- 3) Programar no orçamento do Município, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;
- 4) Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos da Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009 e da Lei Orgânica do Município, mediante termo de permissão de uso, conforme modelo constante do Anexo C.
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 presente **CONTRATO DE GESTÃO** terá vigência até 31 de dezembro de 2012 a partir da data de assinatura, podendo ser renovado, 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 subsequentes.

CLÁUSULA SEXTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste **CONTRATO DE GESTÃO**, a importância global estimada em **R\$ R\$ 4.004.711,00 (quatro milhões, quatro mil, setecentos e onze 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 de **R\$ 3.779.462, 00 (três milhões, setecentos e setenta e nove mil, quatrocentos e sessenta e dois reais)** é destinado ao custeio das atividades, iniciando-se a prestação do serviço no primeiro mês após a assinatura do contrato. O valor de investimento previsto é de **R\$ 225.249,00 (duzentos e vinte e cinco mil, duzentos e quarenta e nove reais)**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A despesa objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** correrá à conta do orçamento da **CONTRATANTE**, sendo **R\$ 4.004.711,00 (quatro milhões, quatro mil, setecentos e onze reais)** disponíveis no Plano de Trabalho 18.01.10.302.0332.2701, incluído na Lei de Diretrizes Orçamentárias do Município do Rio de Janeiro para 2012.

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 rescisão 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 norteado, e dela será notificada a **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

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

PARÁGRAFO TERCEIRO

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

PARÁGRAFO QUARTO

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

PARÁGRAFO QUINTO

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

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA - DISPOSIÇÕES FINAIS

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

PARÁGRAFO PRIMEIRO

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

PARÁGRAFO SEGUNDO

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

PARÁGRAFO TERCEIRO

A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil e ao Prefeito Municipal, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

PARÁGRAFO QUARTO

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

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA - DO FORO

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

E, por estarem justas as **CONTRATANTES**, assinam o presente **CONTRATO DE GESTÃO** em 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:

XXXXXXXXXX
XXXXXXX

TESTEMUNHAS:

1 - _____

2 - _____

ANEXO A DO CONTRATO GESTÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO

A. GESTÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO

A.1. OBJETO

Gerenciamento e administração pela **CONTRATADA** da prestação dos serviços e dos gastos operacionais atribuídos à **CONTRATADA** previstos na proposta técnica e econômica de gestão do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso.

A.2. CONCEITUAÇÃO

Preliminarmente, apresenta-se abaixo os principais conceitos que regem o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso:¹

- **Atenção domiciliar:** modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;
- **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):** serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

¹ Baseados na RDC/ANVISA Nº 11, de 26 de janeiro de 2006 e Portaria nº 2527 de 27/10/2011 / MS

- **Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD:** terá a seguinte composição mínima:
I - 2 (dois) médicos com carga horária mínima de trabalho de 20 horas semanais ou 1 (um) médico com carga horária de trabalho de 40 horas semanais;
II - 2 (dois) enfermeiros com carga horária mínima de trabalho de 20 horas semanais ou 1 (um) enfermeiro com carga horária de trabalho de 40 horas semanais;
III - 1 (um) fisioterapeuta com carga horária de trabalho de 40 horas por semana; e
IV - 4 (quatro) auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária de trabalho de 40 horas por semana.
- **Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)** – composta por cinco profissionais de saúde escolhidos dentre as categorias seguintes, conforme a necessidade: assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional ou odontólogo, com carga horária de 40 horas semanais para cada profissional.
- **Cuidador:** pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- **Admissão em atenção domiciliar:** processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar.
- **Alta da atenção domiciliar:** ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica e referência para a rede ambulatorial ou PSF, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito.

A.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, DE NÃO INCLUSÃO, EXCLUSÃO E ALTA NO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO

Cada usuário, encaminhado ao Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso ou proveniente de busca ativa para a desospitalização dentro da unidade hospitalar, deverá ser avaliado pela CONTRATADA obedecendo inicialmente aos seguintes critérios:

A.3.1 - Critérios de Inclusão Administrativos:

- O usuário deve morar em Áreas de Planejamento cobertas pelo Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso dentro da rede SUS do Município do Rio de Janeiro;
- O usuário tem que ser oriundo de unidades da rede SUS;
- O usuário precisa ter um responsável que assine o Termo de Compromisso do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso;
- Haver vaga no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso.

A.3.2-Critérios de Inclusão Clínicos:

- Usuários prioritariamente idosos, portadores de doenças crônico-degenerativas na fase aguda, com incapacidade funcional provisória ou permanente, internações prolongadas e recorrentes, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, cuidados paliativos, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, passíveis de tratamento com as tecnologias disponíveis no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso;
- O usuário não pode depender de equipamentos para manter as funções vitais;
- O usuário precisa estar clinicamente estável, conforme avaliação do médico responsável pelo encaminhamento para o PADI, em sua unidade de origem, e ter a tabela de avaliação funcional preenchida de acordo com o Índice de Barthel ou outro índice compatível com o caso, pactuado com a SMSDC.

A.3.3 – Critérios de Inclusão da Portaria nº 2527 de 27/10/2011 / MS

- Demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;
- Dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;
- Necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;
- Adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;
- Adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;
- Adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;
- Acompanhamento domiciliar em pós-operatório;
- Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;
- Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- Acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;
- Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;
- Necessidade de cuidados paliativos;
- Necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea; ou
- Necessidade de fisioterapia semanal;
- Necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:
a) oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP), Concentrador de O₂;
b) diálise peritoneal; e
c) paracentese

A.3.4 -Critérios de Inclusão Assistenciais:

- Ter um responsável que assuma a função de cuidador, familiar ou não;
- O domicílio precisa ter recursos mínimos de infra-estrutura, saneamento básico e ventilação (ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito, ter meio de comunicação de fácil acesso);
- Ter o encaminhamento para o PADI, recomendado por médico assistente vinculado ao SUS e/ou equipe hospitalar, baseado em critérios clínicos, garantindo a estabilidade clínica necessária para a transição para a modalidade de assistência de atenção domiciliar (desospitalização /atendimento domiciliar) com registro em formulário próprio e resumo clínico;
- A solicitação de avaliação para admissão no Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso de usuários provenientes de unidades não hospitalares e de hospitais que não possuam base do PADI, será através do Sistema de Regulação – SISREG.
- Nos hospitais municipais onde as equipes do PADI estão sediadas deve ser feita diariamente, dentre os pacientes internados, a busca ativa daqueles passíveis de desospitalização e aptos a ingressar no PADI.

A.3.5 - Critérios de Não Inclusão:

- Não ter cuidador que se responsabilize pelo paciente e assine o termo de compromisso com o PADI;
- Ser dependente de equipamento para manter os sinais vitais;
- Não morar na área de cobertura do programa;
- Não ser oriundo da rede SUS;
- Não ter domicílio com infraestrutura que garanta à equipe condições mínimas de atendimento;

- Necessidade de monitorização contínua; ²
- Necessidade de assistência contínua de enfermagem; ²
- Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
- Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

A.3.6 – Critérios de Exclusão:

- Descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional avaliadora e o usuário e familiares ou cuidadores.
- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
- Nos casos de exclusão, será garantido ao usuário a continuidade do atendimento em outro serviço adequado ao seu caso na rede de atenção à saúde da SMSDC-RJ.

A.3.7 - Critérios de alta:

- Attingir os objetivos propostos pelo plano terapêutico;
- Mudança de complexidade;
- Óbito.

A.4. ESPECIFICAÇÕES DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO (PADI)

As equipes do PADI devem ser cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, em obediência às Portarias: SAS n.º 672 de 18 de outubro de 2011 e MS n.º 2527 de 27 de outubro de 2011. As atualizações devem ser realizadas mensalmente.

Os usuários encaminhados pela unidade de origem ao PADI e os usuários procedentes de busca ativa no hospital onde a equipe está sediada, deverão ser cadastrados em sistema de informação próprio, que permita o acompanhamento da evolução clínica do paciente. Este sistema deve gerar relatórios gerenciais e epidemiológicos, além de exportar dados para os sistemas do DATASUS.

A.4.1 Produção mínima de procedimentos esperada.

A produção das equipes será contabilizada pelo número de procedimentos realizados de acordo com a tabela do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e deverá ser mensalmente informada obedecendo os prazos estipulados pela SMSDCRJ e pelo Ministério da Saúde.

Cada EMAD deverá manter em acompanhamento pelo menos 90 (noventa) pacientes, com uma produção mínima de 600 (seiscentos) procedimentos/mês.

Cada EMAP deverá ter uma produção mínima de 500 (quinhentos) procedimentos/mês.

A avaliação da produção mínima deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

A.4.2. Equipe de Profissionais do PADI

O Programa de Atenção Domiciliar, objeto deste Contrato de Gestão, deverá contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais com atribuições definidas no quadro abaixo:

Categoria/Profissionais	Carga Horária	Descrição Atividades
EQUIPE DE COORDENAÇÃO/GESTÃO/APOIO (PARA AS TRÊS UNIDADES HOSPITALARES)		
Coordenador geral	40 horas semanais	Orientar e coordenar as atividades das três bases do PADI; responder pelo bom andamento e pela regularidade do serviço; manter a Coordenação da SUBHUE informada sobre as atividades do PADI; conceder férias e licenças do pessoal que lhe é diretamente subordinado; movimentar internamente o pessoal das três bases do PADI; responsabilizar-se pelo material do PADI; representar, desde que devidamente autorizado pela Coordenação da SUBHUE, o PADI nas comissões, comitês, ou outros fóruns de debate e decisão sobre problemas que envolvam o atendimento domiciliar; zelar pelo cumprimento das disposições regulamentares em vigor; atuar de acordo com as diretrizes emanadas da SUBHUE.
Coordenador Médico	40 horas semanais	Definir protocolos clínicos; avaliar e garantir a qualidade do atendimento aos usuários; planejar e garantir a execução da educação continuada; analisar os dados gerenciais e epidemiológicos; implantar e garantir o bom funcionamento das comissões de revisão de prontuário, de infecção domiciliar, de ética médica e de qualidade.
EQUIPE DE COORDENAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE CADA BASE HOSPITALAR		
Coordenador da Base	40 horas/semana	Orientar e coordenar as atividades das equipes da base do PADI; responder pelo bom andamento e pela regularidade do serviço; organizar as agendas das visitas domiciliares; organizar as escalas dos profissionais e dos veículos.
Assistente administrativo	40 horas/semana	Executar as atividades de apoio administrativo
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR		
Médico	40 horas/semana ou 20 horas/semana	Executar a avaliação dos pacientes, elaborar o plano terapêutico e realizar o atendimento domiciliar



Enfermeiro	40 horas/semana	Supervisionar, corrigir e orientar os procedimentos a serem realizados pelos técnicos de enfermagem; realizar avaliação, plano terapêutico e atendimento domiciliar; atendimento individual para curativos; orientar familiares e cuidadores; atendimento individual para curativos e suturas
Fisioterapeuta	40 horas/semana	Executar a avaliação dos pacientes, elaborar o plano terapêutico e realizar o atendimento domiciliar.
Técnico de Enfermagem	40 horas/semana	Realizar busca ativa; atendimento individual para medicações, nebulização e coleta de exames; atendimento individual para curativos; cuidados gerais do pacientes.
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO		
Fonoaudiólogo	40 horas semanais	Executar a avaliação dos pacientes, elaborar o plano terapêutico e realizar o atendimento domiciliar
Assistente Social	40 horas semanais	Executar a avaliação dos pacientes, elaborar o plano terapêutico e realizar o atendimento domiciliar; notificar aos órgãos competentes sempre que houver suspeita ou confirmação de negligência e/ou maus tratos contra criança, adolescente e idoso, apoiar e orientar o cuidador e familiares dos pacientes.
Terapeuta ocupacional	40 horas semanais	Executar a avaliação dos pacientes, elaborar o plano terapêutico e realizar o atendimento domiciliar
Nutricionista	40 horas semanais	Executar a avaliação dos pacientes, elaborar o plano terapêutico e realizar o atendimento domiciliar
Psicólogo	40 horas semanais	Executar a avaliação dos pacientes, elaborar o plano terapêutico e realizar o atendimento domiciliar, apoiar e orientar o cuidador.
Odontólogo	40 horas/semana	Executar a avaliação dos pacientes, elaborar o plano terapêutico e realizar o atendimento odontológico no domicílio

**É facultado à Organização Social distribuir a carga horária semanal de cada categoria para mais de um profissional, desde que observado a carga horária total.

Além dos profissionais acima relacionados, a CONTRATADA deverá garantir o mínimo de duas consultas mensais de médico pediatra para cada criança admitida no PADI, ficando a forma de contratação a critério da CONTRATADA, mas obrigatoriamente especificada na proposta técnica.

A.4.3. Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implementar um plano de qualidade dos serviços prestados. Para tanto deverá atuar sobre os seguintes aspectos:

A. Prontuários Clínicos:

- Implantação de Comissão de Revisão de Prontuário Clínico;
- Implantação de Comissão de Infecção Domiciliar;
- Implantação de Comissão de Qualidade;
- 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.

B. Atenção ao Cliente/Usuário:

- Implantar Serviços de Atendimento ao Cliente/Usuário;
- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários, implementando ações que atendam a demanda do usuário.

A.4.4. Cobertura

A CONTRATADA deverá realizar os serviços para os quais está sendo celebrado este Contrato de Gestão de acordo com a população alvo na área de abrangência definida pela SMSDC-Rio de Janeiro para cada uma das equipes de atenção domiciliar apontadas no Contrato de Gestão.

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI será implantado no Hospital Municipal Lourenço Jorge, abrangendo a Área de Planejamento da Saúde 4.0, no Hospital Municipal Pedro II, abrangendo as Áreas de Planejamento da Saúde 5.2 e 5.3, e no Hospital Municipal Francisco da Silva Telles, abrangendo as Áreas de Planejamento de Saúde 3.3 e 5.1.

A.4.5 Rotinas do Serviço de Atenção Domiciliar:

O Modelo Gerencial estimulará a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar o usuário em seus problemas e demandas, com abordagem integral a partir dos parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

A CONTRATADA terá uma equipe de coordenação formada pelos coordenadores: geral e médico, além de um coordenador por base, funções chaves na estrutura de funcionamento, que decidirão o planejamento estratégico de cada base, fundamentado em indicadores de gestão, produção, qualidade e metas de melhoria contínua;

Cada base terá duas ou três equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e uma equipe multiprofissional de apoio (EMAP).

Cada base do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso terá no mínimo quatro automóveis, sendo que cada equipe será atendida por um automóvel com capacidade de locomoção simultânea para quatro profissionais de forma a garantir o cumprimento da agenda de visitas e o quarto veículo atenderá à coleta de exames no domicílio, além do recurso de reposição automática de cada veículo em caso de necessidade. Sendo assim, será um total de doze veículos integralmente dedicados ao atendimento dos profissionais das equipes em visita.

A CONTRATADA deverá assegurar transporte para os pacientes do PADI que necessitem de continuidade dos cuidados para a realização de exames complementares e consultas especializadas e que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção à saúde, sendo o transporte devidamente regulado. Nos casos de emergência, o SAMU deverá ser acionado.

Cada profissional visitador portará telefone com a função de rádio comunicação entre todos os membros da equipe, com a base localizada na unidade hospitalar, com a equipe de coordenação e com a Central Operacional 24h, de forma a viabilizar o trânsito imediato de qualquer informação ou necessidade de maior relevância ou urgência.

As equipes ficarão instaladas em salas próprias cedidas pelos Hospitais Municipais Lourenço Jorge, Pedro II e Francisco da Silva Telles, adequadas pela CONTRATADA à finalidade proposta.

A responsabilidade pelo fornecimento dos insumos, materiais e medicamentos é dos hospitais retro mencionados, conforme a demanda e a devida solicitação da CONTRATADA, de acordo com os requisitos clínicos e terapêuticos dos pacientes e a observância das rotinas burocráticas dos referidos hospitais.

Na hipótese de falta do suprimento pela unidade hospitalar responsável pelos insumos e/ou medicamentos e/ou materiais para manutenção da atenção domiciliar ao paciente, mediante autorização prévia da CONTRATANTE, poderá a CONTRATADA efetuar a aquisição do mesmo no mercado para posterior reembolso pela CONTRATANTE, sendo obrigatória a apresentação de três orçamentos.

As instalações serão providas de computadores e programas para o devido acompanhamento do atendimento assistencial, gestão operacional e monitoramento dos indicadores qualitativos e quantitativos da atividade assistencial. O sistema deverá ter, também, a capacidade de comunicação com os sistemas de informação utilizados pelo Sistema Único de Saúde. Também permitirá monitorar a produção, o alcance de metas, a gestão financeira, a gestão de recursos humanos e a gestão de suprimentos. O sistema também fornecerá informações importantes sobre a origem da população atendida e morbidades por região (georeferenciamento) em formato de relatórios padronizados. Estas informações serão disponibilizadas regularmente para a CONTRATANTE.

As equipes realizarão as visitas aos pacientes, mediante Protocolo e Plano Terapêutico estabelecido em consenso com a CONTRATANTE para que haja uniformidade de condutas.

O treinamento do cuidador e/ou familiar para a prática do cuidado é de responsabilidade das equipes de atenção domiciliar. Estas devem, também, elaborar reuniões com os cuidadores e/ou familiares.

A demanda para o PADI ocorrerá de duas formas distintas: busca ativa diária nos hospitais sede das equipes e/ou solicitação da rede SUS através do sistema de regulação do município - SISREG.

A gestão será orientada por indicadores de gestão, assistenciais, clínicos, de processos, satisfação do cliente e de qualidade de vida, que serão monitorados periodicamente.

Horário de funcionamento – O PADI funcionará 8 horas/dia, de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas, com as equipes de visitação diária. Entretanto durante as 24 horas do dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados será necessário manter um atendimento telefônico por médico e/ou enfermeiro para orientação e esclarecimento de dúvidas e encaminhamento de referência de urgência de forma a assegurar a continuidade da atenção. Além disso, essa Central Telefônica deverá realizar pesquisas de satisfação, providenciar equipes de atendimento em situações fora do protocolo já estabelecido, realizar monitoramento ativo da saúde do paciente aplicando protocolos específicos tais como, monitoramento da administração de medicamentos, dos sinais vitais, dos resultados esperados, dentre outros.

O PADI estará articulado com os serviços de atenção à saúde do sistema local/regional, seguindo fluxos coerentes junto aos hospitais de origem dos pacientes incluídos no Programa, por meio da Central de Regulação do Município.

Sempre que a gravidade e/ou complexidade dos casos ultrapassarem a competência de assistência do programa, o PADI encaminhará o paciente para a unidade hospitalar de referência.

A CONTRATADA estabelecerá um Plano Anual de Educação Continuada para manter as equipes atualizadas e capacitadas para as atividades que exercem.

A CONTRATADA realizará atendimento domiciliar e executará as seguintes atividades: consultas médicas, curativos, administração de medicamentos, reabilitação para o retorno às atividades de vida diária, orientação nutricional, psicológica, assistência social e educação individualizada através de promoções de palestras sobre temas de relevância para a população assistida.

A CONTRATADA manterá a população da região de cada hospital, bem como a estrutura hospitalar informada sobre horários de funcionamento, resultados de pesquisas de satisfação, serviços disponibilizados, programas e canais de contato, notícias etc.

A.4.6 - Rotinas e Protocolos referentes a medicamentos, equipamentos, exames laboratoriais, materiais de consumo gerais e médico-hospitalares

O estoque e fornecimento de materiais e medicamentos para o PADI será assegurado pela unidade hospitalar onde as equipes de atenção domiciliar estiverem instaladas.

O estoque de materiais, medicamentos e outros insumos destinados ao Programa seguirão a padronização orientada por Portarias e Regulamentos técnicos federais, estaduais e municipais, além dos protocolos estabelecidos pela CONTRATADA, aprovados pela CONTRATANTE.

A CONTRATADA fornecerá ao hospital a relação de materiais e medicamentos a serem mantidas em estoque para utilização do PADI.

A CONTRATADA manterá relatórios estatísticos atualizados de utilização e distribuição de insumos.

A dispensação de materiais e medicamentos às equipes do PADI se dará através de solicitação escrita/ prescrição médica.

A CONTRATADA manterá arsenal de equipamentos obrigatórios e necessários para os atendimentos e manterá controle sobre os mesmos. Todos deverão estar identificados e constar de uma relação de patrimônio imobilizado de cada Unidade, com valores de aquisição, contratos de manutenção, data da última revisão, registros de calibração, manuais técnicos etc.

A CONTRATADA providenciará os equipamentos de aspiração de vias aéreas e de ventilação não invasiva, a serem disponibilizados para os pacientes em regime de comodato, quando a necessidade destes for definida pelo plano terapêutico individualizado, de acordo com os critérios do programa de atenção domiciliar.

Os exames laboratoriais serão realizados nos laboratórios dos hospitais sedes do PADI ou em outra unidade da rede indicada e pactuada pela SMSDC/RJ.

A.4.7 - Plano de Atenção Domiciliar

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar em conjunto com a Equipe Multiprofissional de Apoio elaborará um Plano de Atenção Domiciliar que contemple:

- > A prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o paciente;
- > Requisitos de infra-estrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento;
- > O tempo estimado de permanência do paciente no Programa considerando a evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado de profissionais;
- > A periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento.

O Plano de Atenção Domiciliar deve ser revisado de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso. Essa revisão deve conter data, assinatura do profissional de saúde que acompanha o paciente e do responsável técnico do PADI.

Será mantido um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente, desde a indicação até a alta ou óbito do paciente.

O prontuário domiciliar deve conter identificação do paciente, prescrição e evolução multiprofissional, resultados de exames, descrição do fluxo de atendimento de urgência e emergência, telefones de contatos do PADI e orientações para chamados.

O prontuário deve ser preenchido com letra legível e assinado por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente. Após a alta ou óbito do paciente o prontuário deve ser arquivado na sede do PADI, conforme legislação vigente.

A cópia integral do prontuário deverá ser fornecida quando solicitado pelo paciente ou pelos responsáveis legais.

Os profissionais do PADI fornecerão aos familiares dos pacientes e/ou cuidadores orientações verbais e escritas (preferencialmente impressas), em linguagem clara, sobre a assistência a ser prestada, desde a admissão até a alta.

O abastecimento domiciliar de medicamentos e materiais de consumo geral e médico-cirúrgicos será controlado conforme prescrição e necessidade de cada paciente, assim como meios para atendimento a solicitações emergenciais.

Será assegurado o suporte técnico e a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

Será elaborado e implementado um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA) visando a redução da incidência e da gravidade desses eventos.

Satisfação dos clientes: Será disponibilizado aos pacientes e familiares um questionário para preenchimento sobre a avaliação da qualidade do atendimento. Eles serão tabulados e gerarão relatórios estatísticos.

A.4.8 – Identidade Visual do PADI

Toda a identidade visual do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso será realizada de acordo com as normas estabelecidas pela Assessoria de Comunicação da SMSDC/RJ, no que tange a layout e qualidade do material a ser confeccionado.

ANEXO B DO CONTRATO ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

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.

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 11 membros titulares, assim definido:

- 2 representante da SMSDC/ASSESSORIA/GAB
- 2 representante da SMSDC/SUBHUE;
- 2 representantes da SMSDC/SUBG
- 2 representante da S/SUBPAV
- 1 representantes da S/SUBHUE/Hospital Municipal Lourenço Jorge;
- 1 representantes da S/SUBHUE/Hospital Municipal Francisco da Silva Telles;
- 1 representantes da S/SUBHUE/Hospital Municipal Pedro II;

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 - 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
 - Os serviços que oferta
 - Indicadores de avaliação de desempenho destes serviços utilizando padrões estabelecidos pela SMSDC/RJ.
 - Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados.
 - Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais das equipes do PADI.
 - 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
 - Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
 - Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
 - Referência e contra-referência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.
 - 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 apoiam 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/ou desenvolvidos pela Organização Social e aprovados 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 se 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;
- Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMSDC;
- Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre acolhimento e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais prevalentes na Atenção Domiciliar;
- 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

Crerios que serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário e cuidadores/familiares sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde, os usuários e cuidadores/familiares;
- Incentivo à autonomia dos usuários e cuidadores/familiares;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário e cuidadores/familiares 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, os Hospitais da área de cobertura do PADI, as Unidades de Urgência e Emergência, a coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção básica 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 sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso;
- 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.

3. 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 CONTRATADA 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.

3.1. Indicadores e Metas para o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI.

Descritos no anexo técnico I Termo de referência do presente chamamento.

3.2. A parte variável será avaliada por meio de indicadores e metas e suas fórmulas de cálculo, conforme os descritos no anexo técnico 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 CONTRATADA deve enviar trimestralmente os consolidados dos indicadores de acompanhamento à CTA. Sempre que existirem incongruências entre os dados da CONTRATADA e os da SMSDC cujos motivos de discordância não forem apurados, os dados registrados deverão ser auditados pela SUBHUE.

A satisfação dos usuários deverá ser avaliada por meio da aplicação de questionários e os resultados encaminhados à SMSDC/RJ.

A CONTRATADA 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 as equipes do PADI deverão 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.

3.3 Relatórios mensais

Além dos indicadores e metas que são pontuados para a liberação das variáveis, a CONTRATADA deverá confeccionar relatórios mensais com as informações listadas abaixo, que poderão ser substituídas ou acrescidas por outras, conforme determinação do Ministério da Saúde:

3.3.1 Relatórios mensais do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI

- Número de pacientes avaliados;
- Número de atendimentos total por unidade segundo procedimentos;
- Número de pacientes em atendimento no último dia do mês
- Número de pacientes que ingressaram no PADI no mês, por base segundo origem:
 - desospitalização;
 - encaminhamento de outra base do PADI;
 - encaminhamento pela Central de Regulação.
- Número de pacientes que tiveram alta no mês por tipo de alta:
 - alta por recuperação
 - alta por óbito
 - alta por reinternação
 - alta a pedido
- Número de pacientes transferidos para outra base do PADI no mês.

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

A CONTRATADA 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.

Devem ser seguidas, também, as normas da Portaria SAS N. 672, de 18 de outubro de 2011, para o cadastramento, no CNES, de equipes de Atenção Domiciliar.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente e as atualizações devem ser remetidas à SMSDC.

4.1.2. 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, incluídas as situações de violência contra a pessoa idosa;

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

4.1.3. SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS – SIA/SUS

O Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA).

Oferece, também, informações para o gerenciamento de capacidade instalada e produzida, bem como dos recursos financeiros orçados e repassados aos prestadores de serviços.

O Boletim de Produção Ambulatorial Magnético (BPA-Mag) é um aplicativo de captação do SIA-SUS e destina-se ao registro dos procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde. Estes procedimentos são registrados de duas formas: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I). O BPA-Mag permite a apresentação da competência atual, ou competência vigente, e de três competências anteriores.

Os procedimentos realizados pela CONTRATADA deverão ser informados de acordo com a tabela de procedimentos do SUS em BPA-Mag.

4.1.4. Sistema Nacional de Regulação – SISREG

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:

a) 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.

b) 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 PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO - PADI

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 guarnecem.

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

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

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

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

VI - A realização de benfeitorias ou acréscimos nos bens arrolados deverá ser realizada mediante 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 assegurar que o espaço físico cedido esteja coberto por seguro contra incêndio.

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

XXXXXXXXXXXX
Organização Social

Testemunhas:

1) _____
Nome:
R.G.:

2) _____
Nome:
R.G.: