



# Plano de Ação Regional (PAR) do PMAE

**REGIÃO NORTE  
FLUMINENSE**

# **PLANO DE AÇÃO REGIONAL DO PROGRAMA NACIONAL DE EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - (PMAE)**

## **SUMÁRIO**

- 1 – INTRODUÇÃO
- 2 – CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO NORTE
  - 2.1 – Aspectos Sociodemográficos
  - 2.2 – Morbimortalidade
- 3 – ADESÃO PMAE
- 4 – PLANO DE AÇÃO REGIONAL DO PMAE
- 5 – IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE
- 6 – ABRANGÊNCIA DO PAR, MUNICÍPIOS ABRANGIDOS E SISTEMAS DE REGULAÇÃO A SER UTILIZADO
- 7 – DIAGNÓSTICO GERAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE RELACIONADO À ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA
- 8 – PROGRAMAÇÃO FÍSICA E FINANCEIRA POR OCI
- 9 – RESOLUÇÃO CIR
- 10 – IDENTIFICAÇÃO DE SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO APÓS A REALIZAÇÃO DA OCI
- 11 – COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELOS GESTORES E PRESTADORES NO PMAE E SEUS ANEXOS 1, 2 E 3

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), também conhecido como Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, é uma iniciativa da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) com o objetivo de ampliar e melhorar o acesso à Atenção Especializada em Saúde (AES). O foco principal é facilitar o acesso dos pacientes a consultas e exames especializados, reduzindo a burocracia e agilizando o processo a partir dos encaminhamentos feitos pelas equipes de Atenção Primária (eAP), por exemplo a Equipe de Saúde da Família (eSF).

Quando o paciente precisar de mais de uma consulta ou exame especializado, ele não será colocado em várias filas para atendimento. Para resolver isso, o paciente será encaminhado a um serviço de saúde que realiza todas, ou a maioria, das consultas e exames de que precisa. A secretaria de saúde deverá supervisionar esse serviço para garantir que tudo seja realizado em, no máximo 30 ou 60 dias, a depender da situação. Assim, o paciente irá para uma única fila, com agendamento específico e garantia de retorno para a eAP que acompanha o caso.

**O Telessaúde é uma ferramenta estratégica para ampliação do atendimento especializado no SUS** dentro da lógica do programa, que possibilitará ofertar consultas com especialistas e determinados exames sem que o paciente precise se deslocar até o serviço de saúde (policlínica; hospital; centro diagnóstico; etc.).

O PMAE assegura recursos financeiros federais para as secretarias estaduais e municipais de saúde, assim como para o Distrito Federal. Esses recursos podem ser utilizados para custear serviços públicos e contratar a rede privada (rede complementar), com a finalidade de aumentar a oferta de consultas especializadas e exames diagnósticos, além de qualificar o atendimento no SUS.

Os principais objetivos do PMAE incluem:

- Ampliar o acesso a consultas, exames e outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos na Atenção Ambulatorial Especializada.
- Elevar os níveis de integralidade da Atenção Ambulatorial Especializada à Saúde.
- Promover a integração dos serviços de Atenção Ambulatorial Especializada com a rede de atenção, especialmente com a Atenção Primária, garantindo a continuidade do cuidado ao paciente.
- Aprimorar a governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS), focando na

garantia de acesso, na qualificação do atendimento, na gestão por resultados e em um financiamento estável.

Na prática, isso significa que, quando um paciente precisar de mais de uma consulta ou exame especializado, ele não será submetido a múltiplas filas. Em vez disso, será encaminhado a um serviço de saúde que possa realizar todas ou a maioria das consultas e exames necessários. A secretaria de saúde será responsável pela supervisão desse serviço, assegurando que tudo seja realizado em até 30 ou 60 dias, dependendo da situação. Assim, o paciente terá um único agendamento, com garantias de retorno à equipe de Atenção Primária que acompanha seu caso.

Outros objetivos do PMAE incluem:

- Promover o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde, visando melhorar a qualidade da atenção especializada e ampliar o acesso à saúde.
- Qualificar e ampliar a contratualização com serviços próprios e com a rede complementar.
- Transformar o modelo de gestão de filas e a regulação do acesso à Atenção Ambulatorial Especializada, buscando equidade, transparência, uma base regional, um foco no paciente e a otimização de sua jornada, utilizando critérios clínicos para adequar a oferta de serviços de saúde.
- Implementar um novo modelo de financiamento para a Atenção Ambulatorial Especializada.

## **2. CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO NORTE**

### **2.1. Aspectos Sociodemográficos**

Localizada entre o estado do Espírito Santo e as regiões Noroeste, Serrana e Baixada Litorânea, a região Norte é formada por oito municípios e corresponde a 21% da área total do estado do Rio de Janeiro. Somente o município de Campos equivale a 44% da região em área territorial.

As altitudes são baixas, caracterizando uma paisagem de reduzidas declividades, propícia ao desenvolvimento de pastagens e cultivos diversos. A cobertura vegetal predominante é de campos/pastagens, havendo alguns municípios com alto percentual de área agrícola, como Campos. As formações pioneiras se destacam em São João da Barra, Quissamã, Carapebus e São Francisco do Itabapoana (manguezais e restingas),

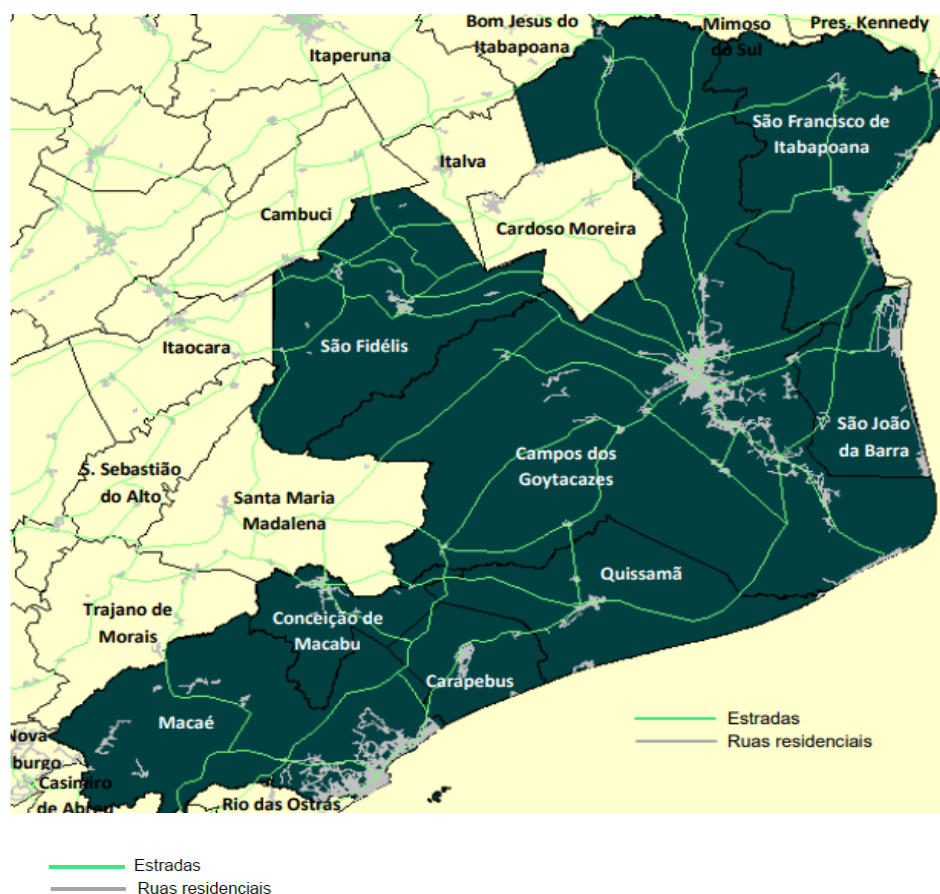
ecossistemas de grande sensibilidade que conferem à região Norte um potencial para conflitos entre grandes empreendimentos e desenvolvimento sustentável.

Os municípios que a integram com as respectivas populações se encontram discriminadas no quadro a seguir:

Municípios	População
Total	<b>907.868</b>
Campos dos Goytacazes	483.540
Carapebus	13.847
Conceição de Macabu	21.104
Macaé	246.391
Quissamã	22.393
São Fidélis	38.961
São Francisco de Itabapoana	45.059
São João da Barra	36.573

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2022.

**Figura 01. Ocupação do território e ligações rodoviárias dos municípios da região Norte.**



Fonte: IBGE. Cadastro de Logradouros. Censo Demográfico 2022.

Seus municípios se localizam a distâncias consideráveis da capital do estado, em especial São Francisco do Itabapoana e São João da Barra. Diferentemente da região Noroeste, porém, os municípios que compõem a região Norte apresentam um maior grau de articulação entre si, e maior dispersão da população no espaço, a despeito dos

adensamentos clássicos das sedes municipais. O desenvolvimento inicial da região baseou-se na indústria açucareira e do álcool, que ao longo do tempo passaram por um processo de industrialização e mecanização, resultando na redução da população mantida permanentemente pela agricultura e pela lavoura de subsistência, no crescimento do setor informal e da migração campo-cidade. A Bacia de Campos, fundada em 1977, mudou os rumos da economia dos municípios da região banhados pela bacia; outras atividades se destacaram, como a produção de petróleo e gás natural, tendo como base de apoio o município de Macaé. Este município passou por um processo acelerado de crescimento da população e da malha urbana, com proliferação de submúdiolos e deslocamento da população mais carente, especialmente pescadores tradicionais, para as periferias e/ou outros municípios de menor custo de vida, como Quissamã, Carapebus e Conceição de Macabu, que por sinal foram desmembrados de Macaé.

Conhecida como a região do petróleo e gás, por concentrar a exploração brasileira, a região possui diversificado parque industrial, com destaque para as cadeias de construção civil, alimentos e bebidas, máquinas e equipamentos, metalomecânica e minerais não metálicos.

A região Norte foi impactada, a partir de 2014, pela baixa do preço do petróleo no mercado internacional e pelos processos de corrupção na Petrobrás, tendo declínio nas atividades de extração de petróleo e gás natural na Bacia de Campos por causas multifatoriais. Com isso, houve queda dos investimentos no setor e impactos econômicos nos municípios exploradores de petróleo, como Macaé. Um dos efeitos imediatos foi a redução da população coberta por planos de saúde privados e aumento da população cliente exclusiva do SUS. Os municípios de maior impacto negativo por declínio do setor foram Campos dos Goytacazes, Macaé, Quissamã e Carapebus.

A região apresenta atualmente dois “polos” econômicos – Campos dos Goytacazes e Macaé, havendo ainda um terceiro em potencial, o município de São João da Barra, por conta do Porto do Açú. A agroindústria, a fruticultura e as indústrias de vestuário e de cerâmica são setores que ainda se destacam na região. A população equivale a 5% do total do RJ, com grau de urbanização e densidades demográficas de áreas urbanizadas inferiores à média estadual, com exceção de São Fidélis. No geral, o Norte tem potencial de aumento da ocupação humana e municípios que assumem o papel de polos de desenvolvimento, como Macaé e, em escala menor, São João da Barra.

## **2.2. Morbimortalidade**

Desde a década de 1940, em todo o país, vimos observando a queda na morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, em especial, as doenças diarreicas agudas em crianças e aquelas passíveis de prevenção por imunização, até que a emergência da pandemia por COVID-19 colocou as doenças do capítulo I da CID-10 na 1ª posição quanto à mortalidade entre 2020 e 2021, situação revertida em 2022. Mesmo com a pandemia, observou-se o aumento na morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis, especialmente as doenças do aparelho circulatório, indicando que a transição epidemiológica segue em curso nos moldes brasileiros, ou seja: mantêm-se, surgem e/ou recrudescem doenças transmissíveis, associadas especialmente às desigualdades ou aos comportamentos sociais, que se configuram como importantes desafios para a saúde pública. A tuberculose, a hanseníase, a AIDS, a sífilis, as arboviroses (dengue, chikungunya, zika e febre amarela) e a COVID-19, no estado do Rio de Janeiro, demandam continuamente novos esforços quanto à vigilância e à assistência em saúde.

### **2.2.1. Mortalidade**

As taxas de mortalidade da região Norte por capítulo da CID-10, nos últimos cinco anos, podem ser encontradas na tabela 10. Para o sexo feminino, destacam-se na série as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório, as causas mal definidas e as doenças infecciosas e parasitárias. Para o masculino, predominam as doenças do aparelho circulatório, as causas externas, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as causas mal definidas.

No período pandêmico (2020-2021), as doenças infecciosas e parasitárias entre o sexo masculino aparecem em níveis superiores aos do sexo feminino.

Decresceram no período considerado, entre o sexo masculino: as causas externas. Entre o sexo feminino: não foi observada queda consistente de nenhum dos capítulos. Também não foi observado incremento consistente de nenhum dos capítulos, para ambos os sexos.

**Tabela 10. Taxas de mortalidade por sexo para a região Norte, 2018-2022.**

Causa (CID10 BR ext)	2018		2019		2020		2021		2022	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
001-031 Algumas Doencas Infecciosas e Parasitar	35,48	41,40	31,87	40,25	135,77	191,67	288,96	330,73	71,82	100,64
032-052 Neoplasias	111,97	119,62	108,57	131,51	110,91	123,51	104,96	128,54	121,75	128,08
053-054 D Sangue e Org Hemat e Alguns Trans Imunit	5,31	3,20	4,89	5,72	2,97	2,97	4,04	3,89	5,95	4,80
055-057 D Endocrinas, Nutricionais e Metabolicas	45,47	40,94	45,89	49,63	51,84	44,83	51,21	53,06	42,49	48,26
058-059 Transtornos Mentais e Comportamentais	4,89	7,32	4,46	8,46	2,97	10,52	3,61	9,38	3,19	5,95
060-063 Doencas do Sistema Nervoso	18,91	16,47	20,61	19,67	18,49	19,90	18,49	18,30	21,88	20,81
064 Doencas dos Olhos e Anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
065 Doencas do Ouvido e da Apofise Mastoide	0,00	0,23	0,00	0,23	0,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
066-072 Doencas do Aparelho Circulatorio	161,90	204,93	175,71	216,14	162,75	209,73	200,36	253,65	198,45	241,76
073-077 Doencas do Aparelho Respiratorio	91,15	100,86	93,28	100,64	95,61	97,89	84,14	99,95	98,16	112,99
078-082 Doencas do Aparelho Digestivo	19,34	38,65	26,35	38,42	21,25	32,48	22,52	36,82	28,26	38,42
083 Doencas da Pele e Tecido Subcutaneo	6,59	5,26	7,01	7,78	4,04	4,80	4,89	4,35	5,31	5,72
084 Doencas Sist Osteomusc e Tecido Conjuntivo	2,97	2,74	4,25	2,29	2,76	2,74	2,76	1,14	3,19	2,52
085-087 Doencas do Aparelho Geniturinario	35,70	32,71	39,09	36,59	40,79	30,88	33,57	36,14	41,64	33,62
088-091 Gravidez, Parto e Puerperio	2,97	0,00	2,12	0,00	2,34	0,00	4,04	0,00	1,70	0,00
092-096 Alg Afecoes origin no periodo perinatal	9,77	10,52	7,86	14,18	10,41	14,18	12,96	16,70	10,62	15,32
097-099 Malf Congen, Deform e Anomal Cromossomicas	6,16	4,57	4,89	3,89	3,40	4,80	4,04	4,12	5,10	5,49
100-102 Sint, Sin e Ach Anorm Clin e Lab, NCOP	60,55	80,97	65,02	88,29	76,49	104,07	66,50	78,68	59,70	72,50
103-112 Causas externas de morbidade e mortalidade	29,11	160,33	22,31	141,12	28,68	145,69	27,83	142,26	35,91	134,03

Fontes: MS/Datasus/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2018 a 2022. Dados finais. IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

### **2.2.2 Morbidade**

Em 2023, ocorreram 65.235 internações hospitalares de usuários do SUS residentes na região Norte, sendo: 6%, menores de 1 ano; 6,6%, entre 1 e 9 anos; 6,1%, entre 10 e 19 anos; 35,3%, entre 20 e 49 anos; 26,8%, entre 50 e 69 anos; e 19,3%, com 70 anos ou mais.

As maiores taxas de internação hospitalar (TI) da região Norte em todos os anos da série foram por gravidez, parto e puerpério (variando de 242,7 a 224,2/10.000 mulheres), com muitas flutuações ao longo do período, especialmente no período pandêmico. Não se pode afirmar que as taxas de internação pelo capítulo XV estejam em crescimento ou queda pelos resultados da série.

Além da gravidez, parto e puerpério, destacaram-se para o sexo feminino, no período, as internações por neoplasias, doenças dos aparelhos respiratório, circulatório, geniturinário, digestivo e as consequências de causas externas. Entre o sexo masculino, por sua vez, predominaram ao longo da série as consequências de causas externas, as doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo, as neoplasias, as doenças infecciosas e parasitárias e as do aparelho geniturinário.

A maior parte das causas de internações masculinas entre 2018 e 2023 não mostrou padrão consistente de queda ou incremento, com exceção das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, do sistema nervoso, dos aparelhos circulatório, respiratório e geniturinário (incremento). Para o sexo feminino, também não se observou padrão consistente de queda ou incremento na maioria dos capítulos, com exceção das doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo (descontado o período pandêmico), e das consequências de causas externas e dos contatos com serviços de saúde (incremento).

A região mostrou queda marcante das internações em 2020, seguida de aumento igualmente forte em 2021, especialmente para o sexo feminino.

**Tabela 13. Internação proporcional de residentes na Norte, por sexo e grupos de idade**

Capítulos CID-10	<01		01 A 09		10 A 19		20 A 49		50 A 69		70+	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11,59	11,18	7,02	7,10	2,53	7,63	1,92	6,61	4,61	5,91	8,75	8,53
II. Neoplasias (tumores)	0,00	0,09	4,41	1,11	2,15	3,78	7,51	4,08	18,24	10,03	8,95	11,53
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,75	0,88	1,79	2,22	0,75	2,34	0,71	0,78	0,98	0,93	1,15	1,05
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,74	1,39	1,08	0,68	1,28	1,13	0,42	1,64	1,46	2,75	2,14	2,09
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,00	0,09	0,00	0,00	0,45	0,30	0,45	1,47	0,41	0,38	0,15	0,10
VI. Doenças do sistema nervoso	0,64	0,74	2,41	1,92	0,79	1,59	0,87	1,70	2,63	2,18	2,17	2,14
VII. Doenças do olho e anexos	0,12	0,14	0,87	0,64	0,26	0,60	0,17	0,57	0,84	1,06	0,98	0,77
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,99	0,65	1,64	1,54	0,26	0,23	0,07	0,11	0,06	0,09	0,06	0,02
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,46	0,37	3,23	2,31	0,83	2,72	3,32	9,07	19,93	27,89	23,33	26,91
X. Doenças do aparelho respiratório	39,42	43,71	44,93	43,54	4,30	10,05	1,88	6,91	7,75	8,80	18,09	17,32
XI. Doenças do aparelho digestivo	1,80	1,95	5,99	7,61	4,79	11,86	7,74	11,95	12,05	11,37	6,26	6,84
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,09	1,86	8,45	9,54	2,07	5,82	1,35	3,86	2,56	2,62	1,92	2,30
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,06	0,19	1,69	1,92	1,24	5,44	0,97	3,74	3,60	2,78	1,25	0,82
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3,48	2,46	7,07	8,00	4,30	10,65	7,69	9,57	12,94	9,67	10,43	11,01
XV. Gravidez parto e puerpério	0,00	0,05	0,00	0,00	67,87	0,00	54,33	0,00	0,04	0,01	0,00	0,00
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	33,33	31,04	0,00	0,00	0,98	0,00	0,82	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1,91	1,95	2,20	2,74	0,30	1,36	0,09	0,21	0,11	0,01	0,02	0,05
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,58	0,65	1,38	1,11	0,49	1,66	0,94	1,38	1,58	1,86	1,52	1,81
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,99	0,51	5,48	7,23	3,73	30,59	4,64	30,70	9,18	10,61	12,35	6,26
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,06	0,09	0,36	0,77	0,60	2,27	4,10	5,63	1,03	1,04	0,46	0,46

Fonte: MS/Datasus/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), 2018-2023. Download dos arquivos de dados em 07/02/2024.

Obs: Não foram consideradas nos cálculos as internações de longa permanência.

### 3. ADESÃO AO PMAE

A adesão total dos gestores ao Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE tem as seguintes fases:

A - Adesão simplificada do gestor no InvestSUS.

B - Inserção do Plano de Ação Regional (PAR) no InvestSUS,

C - Pactuação do PAR na Comissão Intergestores Regional (CIR);

D - Análise do PAR pelo Ministério da Saúde; e

E - Publicação de Portaria específica com aprovação do PAR.

### 4. PLANO DE AÇÃO REGIONAL DO PMAE

A elaboração do PAR do PMAE da Região Norte foi construída através de reuniões presencial e online no grupo de trabalho Regulação/PPI, reuniões online da Câmara Técnica da CIR, as quais envolveram representantes das secretarias de saúde da região. OS prestadores de serviços de saúde, sejam públicos ou privados/filantrópicos foram acionados pela gestão dos municípios com o objetivo de discutir o programa e o quantitativo a ser ofertado dentro do plano de ação regional. Dando sequência a esta dinâmica em consonância com o previsto na Portaria SAES/MS Nº 1640, de 7 de maio de 2024 para sua operacionalização no Sistema de Investimento do SUS – InvestSUS (<https://investsus.saude.gov.br>), terá as informações constantes a seguir.

### 5. IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE

<b>IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE</b>
GESTOR RESPONSÁVEL (NOME COMPLETO)
<b>PAULO ROBERTO HIRANO</b>
CNPJ DO FUNDO MUNICIPAL OU ESTADUAL DE SAÚDE
<b>11.384.874/0001-06</b>
MUNICÍPIO/UNIDADE FEDERATIVA
<b>CAMPOS DOS GOYTACAZES</b>

## 6. ABRANGÊNCIA DO PAR - MUNICÍPIOS ABRANGIDOS E SISTEMA DE REGULAÇÃO A SER UTILIZADO

**ABRANGÊNCIA DO PAR**

Regional

Macrorregional

Estadual/Distrital

CÓDIGO IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	SISTEMA DE REGULAÇÃO
330100	Campos dos Goytacazes	519.011	Sistema próprio
330093	Carapebus	14.325	Sistema próprio/SISREG
330090	Conceição de Macabu	21.769	Sistema próprio/SISREG
330240	Macaé	264.138	SISREG
330415	Quissamã	23.126	Sistema próprio/SISREG
330480	São Fidélis	41.197	Sistema próprio/SISREG
330475	São Francisco de Itabapoana	47.368	Sistema próprio/SISREG
330500	São João da Barra	38.708	Sistema próprio/SISREG
<b>TOTAL DE MUNICÍPIOS - 08</b>		<b>TOTAL DA POPULAÇÃO - 969.642</b>	

Fonte: IBGE 2023

**Há intenção de utilizar o e-SUS Regulação quando for disponibilizado pelo Ministério da Saúde?**

Sim

Não

## 7. DIAGNÓSTICO GERAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE RELACIONADA À ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Quais os principais problemas da Rede de Atenção à Saúde que impactam no acesso e qualidade da Atenção Ambulatorial Especializada?

- Baixa cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) que dificulta o diagnóstico da demanda para a Atenção Especializada à Saúde (AES).
- Necessidade de qualificação e maior resolubilidade da APS visando reduzir a demanda para a AES.
- Matriciamento entre a AES e a APS inexistentes ou insuficientes.
- Regulação do acesso que não promove o compartilhamento da decisão entre a APS e a AES.
- Ausência ou insuficiência de mecanismos para a gestão das filas (desconhecimento ou conhecimento parcial do número de pessoas nas filas e dos tempos médios de espera; inexistência de mecanismos de priorização com base em protocolos; ausência de transparência para os usuários).
- Oferta e utilização de telessaúde inexistente ou incipiente.
- Ausência ou insuficiência de profissionais especializados na região.
- Ausência ou insuficiência de equipamentos para a diagnoses e terapias na região.
- Dificuldade de acesso à atenção na alta complexidade.
- Elevados tempos de permanência do usuário na AES, limitando a oferta de vagas para novos usuários.
- Dificuldade em realizar a transição do cuidado entre a APS e a AES.
- Elevado absenteísmo na AES.
- Contratualização entre gestor e prestador de serviços não adequada à promoção da integralidade, gestão do cuidado, da regulação e filas no âmbito dos serviços.
- Fragilidade ou inexistência de instância de gestão dos contratos e da regulação da AES, com distanciamento entre gestor e prestador, desconhecendo desempenho quantitativo e qualitativo dos compromissos do contrato.
- Incipiente regionalização, que dificulta a promoção da equidade do acesso.

- Caso seja selecionado o item “Ausência ou insuficiência de profissionais especializados na região”, o gestor deverá indicar o(s) Classificação Brasileira de Ocupações (CBOs) referentes às especialidades que tenham dificuldade de provimento:

Otorrinolaringologista CBO 225275, Oftalmologista e Cirurgião Oftalmologista CBO 225265 (a dificuldade é também para cirurgião para correção de estrabismo e não possui CBO), Cirurgião Urologista CBO 225285, Cirurgião de cabeça e pescoço CBO 225215, Cirurgião Pediátrico CBO 225230, Cirurgião Vascular CBO 225203, Médico angiologista CBO 225115, Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem CBO 225320 (a dificuldade é para a realização do doppler venoso), Médico cirurgião torácico, psiquiatria, Médico ortopedista e traumatologista CBO 225270 (a dificuldade é voltada para a cirurgia ortopédica).

## 8. PROGRAMAÇÃO FÍSICA E FINANCEIRA POR OCI

Código da OCI	OCI	Quantidade de OCI's a serem realizadas	Valor unitário	Valor total
09.05.01.001-9	OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS	480	200,00	96.000,00
09.05.01.002-7	OCI AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO	0	200,00	0,00
09.05.01.003-5 -	OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - A PARTIR DE 9 ANOS	960	160,00	153.600,00
09.05.01.004-3	OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA	1.920	200,00	384.000,00
09.05.01.005-1	OCI AVALIAÇÃO INICIAL PARA ONCOLOGIA OFTALMOLÓGICA	240	250,00	60.000,00
09.05.01.006-0	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM NEURO OFTALMOLOGIA	1.200	300,00	360.000,00
09.05.01.007-8	OCI EXAMES OFTALMOLÓGICOS SOB SEDAÇÃO	528	200	105.000,00
09.01.01.001-4	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE CÂNCER DE MAMA	7.392	125,00	924.000,00
09.01.01.004-9	OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE PRÓSTATA	384	300,00	115.200,00
09.01.01.005-7	OCI INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	3.360	100,00	336.000,00
09.01.01.007-3	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER GÁSTRICO	2.040	250,00	510.000,00
09.01.01.008-1	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER COLORRETAL	2.088	282,00	588.816,00
09.01.01.009-0	OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA - I	360	400,00	144.000,00
09.01.01.010-3	OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA-II	0	400,00	0,00
09.01.01.011-1	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO-I	84	220,00	18.480,00
09.01.01.012-0	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO-II	84	220,00	18.480,00
09.02.01.001-8	OCI AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO	5.170	130,00	672.100,00

<b>Código da OCI</b>	<b>OCI</b>	<b>Quantidade de OCI's a serem realizadas</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor total</b>
09.02.01.002-6	OCI AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA	5.424	200,00	1.084.800,00
09.02.01.003-4	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL - SÍNDROME CORANIANA CRÔNICA	4.200	270,00	1.134.000,00
09.02.01.004-2	OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA I - SÍNDROME CORANIANA CRÔNICA	5.015	250,00	1.253.750,00
09.02.01.005-0	OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA II - SÍNDROME CORANIANA CRÔNICA	639	840,00	536.760,00
09.02.01.006-9	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	2.083	250,00	520.750,00
09.03.01.001-1	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA	11.256	100,00	1.125.600,00
09.03.01.002-0	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA	1.116	140,00	156.240,00
09.03.01.003-8	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	6.016	230,00	1.383.680,00
09.03.01.004-6	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	3.600	350,00	1.296.000,00
<b>PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA TOTAL DO PAR</b>			<b>R\$12.977.256,00</b>	

## 9. RESOLUÇÃO CIR E DELIBERAÇÃO CIB RJ

O gestor deverá enviar, via sistema do InvestSUS, a Resolução da CIR. Também deverá encaminhar a Ciência da CIB através de Deliberação. Esses documentos deverão estar inseridos neste PAR como documento único, uma vez que o sistema do INVESTSUS aceita um único anexo em PDF.

## 10. IDENTIFICAÇÃO DE SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO APÓS A REALIZAÇÃO DA OCI

Código OCI	CNES	Estabelecimento de Saúde que será executada a OCI	Cód. IBGE	Município
09.01 - ONCOLOGIA	4840283	CRTM Centro de Referência de Tratamento da Mulher	3301009	Campos dos Goytacazes
	2287447	Hospital Escola Álvaro Alvim		
	9864628	CENTRO DE ESPECIALIDADES DONA ALBA	3302403	Macaé
	5412447	HPM		
	2697041	HSJB		
09.02 - CARDIOLOGIA	2287447	Hospital Escola Álvaro Alvim	3301009	Campos dos Goytacazes
	9864628	HJSB	3302403	Macaé
	9346287	CENTRO DE ESPECIALIDADES DONA ALBA		
	2277026	IMN		
	2291320	HOSPITAL MUNICIPAL MANOEL CAROLA	300690	São Francisco de Itabapoana
2267209	Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus	3547404	Quissamã	
09.03- ORTOPEdia	2287382	Santa Casa de Misericórdia de Campos	3301009	Campos dos Goytacazes
	2287447	Hospital Escola Álvaro Alvim		
	9864628	CENTRO DE ESPECIALIDADES DONA ALBA	3302403	Macaé
	2697041	HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA		
	7629923	ULTRACOR		
	4792858	CEDI		
	4890310	RADIOLAB		
	2291320	HOSPITAL MUNICIPAL MANOEL CAROLA	300690	São Francisco de Itabapoana
2267209	Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus	3547404	Quissamã	
09.05 - OFTALMOLOGIA	2287447	Hospital Escola Álvaro Alvim	3301009	Campos dos Goytacazes
	2287250	Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos		

A Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) é utilizada para intermediar a referência interestadual de pacientes que necessitam de Assistência de Alta Complexidade, em caráter eletivo, nas circunstâncias em que inexista, no Estado de origem, serviços habilitados pelo Ministério da Saúde capazes de realizar o atendimento que se pretende?

Sim  
 Não

## 10.1 NÚCLEO DE GESTÃO DE REGULAÇÃO

O Núcleo de Gestão e Regulação (NGR), previsto no artigo 12 da Portaria GM/MS nº 3492 de 08 de abril de 2024, que institui o PMAE, será estabelecido no município de Camposdos Goytacazes, código IBGE 3301009, conforme definido em reunião da CIR Norte, estando indicado para o recebimento das transferências fundo a fundo para a implantação, estruturação, implementação e/ou manutenção do NGR.

## 11. COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELOS GESTORES E PRESTADORES NO PMAE:

Deverá ser elaborada uma declaração, que deverá ser assinada pelo município gestor e prestador de serviço, atestando a ciência e a concordância integral aos compromissos e prazos assumidos. Essa declaração é uma exigência para envio do PAR à SAES/MS. Nela deverá constar os compromissos e prazos listados abaixo:

### Anexo 1 – Compromissos dos Gestores e Prazos

#### Compromissos dos Gestores e Prazos

##### I - Compromissos Gerais dos Gestores

- a) Cumprir o disposto na Portaria GM/MS Nº 3.492, de 8 de abril de 2024.
- b) Qualificar e ampliar a contratualização com os serviços próprios e/ou com a rede complementar, com vistas a ampliar ao máximo a oferta e o acesso à atenção especializada, de forma a buscar alternativas para:
  - Equidade de oferta e acesso para a população do território da abrangência do PAR;
  - Regulação de 100% da oferta dentro dos fluxos pactuados na região ou macrorregião de abrangência do PAR, utilizando centrais de regulação, dispositivos de telessaúde na atenção e regulação, e dispositivos de comunicação e compartilhamento de tomada de decisão, com vistas à

otimização da oferta e processos formativos entre profissionais da APS e da atenção especializada;

- Utilização de dispositivos e ferramentas de gestão e publicização da fila de forma individualizada pelo CPF, respeitando sigilo e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Implementação de gestão interna das filas nos serviços, com base em riscos e vulnerabilidades, status do atendimento, com registro das informações de procedência e identificação do usuário pelo CPF e compartilhamento das informações com o gestor local;

- Implementação de estratégias para redução do absenteísmo e para evitar a vinculação definitiva do paciente, ou prolongamento de sua permanência, na atenção especializada, sem justificativa clínica.

c) Regular o acesso com distribuição equânime da oferta contratualizada entre a população alvo do PAR; e comprometendo-se com a qualificação do processo regulatório, na lógica da PNAES e conforme diálogo com Grupo Condutor, no decorrer da execução do PAR;

d) Garantir o acesso da Atenção Primária à Saúde (APS) à saúde digital, especialmente à Telessaúde;

e) Monitorar a realização do previsto nas OCIs, nos tempos previstos no SIGTAP;

f) Alimentar de forma regular os sistemas de informação oficiais, com destaque para os sistemas de registro, monitoramento e avaliação do programa.

g) Monitorar e avaliar o PMAE no território de abrangência do PAR, redefinindo estratégias e repactuando o plano de ação, sempre que necessário;

h) Inserir nos instrumentos contratuais os compromissos do gestor e dos prestadores, conforme descrito no Anexo I deste PAR;

i) Informar o prazo previsto para a execução do plano de ação;

j) Apresentar o documento formal de pactuação e aprovação do PAR na CIR (plano regional) ou CIB (plano macrorregional ou plano estadual).

## II - Compromissos Específicos dos Gestores e Respectivos Prazos

k) Utilizar dispositivos de regulação do acesso – de forma imediata (em até 30 dias após a aprovação do PAR):

- Mediação da central de regulação – as solicitações serão inseridas na

central de regulação que realizará a avaliação da compatibilidade entre os protocolos e a OCI solicitada, além de fazer a priorização do agendamento por critérios clínicos e de vulnerabilidade;

- Cotas por unidade solicitante – a critério do gestor poderão ser estabelecidas cotas de oferta de OCI contratualizadas, para um dado território do PAR (município, conjunto de Unidade Básica de Saúde – UBS, ou outro), sem prejuízo das ações de regulação;

- Telerregulação assistencial - telessaúde integrada à regulação, com oferta de teleconsultoria e teleinterconsulta, de forma proativa, a partir da análise dos encaminhamentos e do estoque de filas.

l) Instituir e promover o funcionamento dos Núcleo de Gestão e Regulação do PMAE (NGR), com as atribuições que lhe competem, nos termos da Portaria GM/MS Nº 3492 de 08 de abril de 2024;

m) Utilizar dispositivos de telessaúde – quais dispositivos e para quais OCIs (em até 12 meses após a aprovação do PAR):

- Teleconsultoria ou teleinterconsulta ofertada aos profissionais a partir da análise dos encaminhamentos, de forma proativa, possibilitando cuidado mais resolutivo no âmbito da APS (telerregulação assistencial);

- Teleconsultoria síncrona ou assíncrona para segunda opinião sobre indicação de exames especializados;

- Teleconsulta;

- Telediagnóstico.

n) Utilizar dispositivos e ferramentas de gestão e publicização da fila, de forma individualizada pelo CPF, respeitando sigilo e a LGPD – (em até 12 meses após a aprovação do PAR):

- Regulação das solicitações: avaliação de pertinência das solicitações com desfechos; validação ou negativa com orientação dos solicitantes por teleconsultoria síncrona ou assíncrona (telerregulação assistencial);

- Atualização rotineira de status de usuários atendidos e volume de procedimentos realizados, além de exclusões da fila com motivos;

- Disponibilização da informação sobre status geral da fila para o controle social, e sobre cada usuário para o usuário interessado (ex. evolução

numérica da fila em dado período, tempos médios de agendamento, tempo estimado para o agendamento);

o) Promover, executar e apoiar a mediação da comunicação e compartilhamento de ações assistenciais entre a APS e a AES – (em até 12 meses após a aprovação do PAR):

- Publicação de protocolos comuns de regulação do acesso entre os pontos de atenção do PMAE, de telessaúde, e outros pactuados entre as partes;
- Implementação de estratégias de redução do absenteísmo;
- Implementação de estratégias para evitar a vinculação definitiva do paciente, ou prolongamento de sua permanência, na atenção especializada, sem justificativa clínica;
- Implementação de dispositivos de transição do cuidado.

p) Monitorar e avaliar a execução do plano de ação - de forma imediata (em até 30 dias após a aprovação do PAR):

- Execução física e financeira por OCI e total;
- Execução dos contratos por prestador (% de execução física e financeira);
- Grau de utilização de telessaúde (relação entre o número total de teleconsultas e teleconsultorias realizadas e o total de consultas presenciais, teleconsultorias, e teleconsultas previstas nas OCIs);
- Evolução da cobertura de execução do plano de ação e da redução das filas para a população alvo e avaliação da equidade de cobertura por OCI, em todo o território do PAR e por município do PAR.

## **Anexo 2 – Compromissos dos Gestores e Respectivos Prazos nos Instrumentos Contratuais com os Prestadores – PMAE**

### **Compromissos para Cumprimento em Prazo Imediato – até 30 Dias da Assinatura do Instrumento Contratual**

a) Estabelecer a base territorial e população alvo de cobertura do Plano Operativo (PO);

b) Realizar a regulação do acesso dos usuários ao serviço contratualizado, garantindo equidade de acesso entre o público-alvo do território coberto pelo contrato;

c) Disponibilizar a partir da contratualização do quantitativo de serviços mensal previsto, a agenda para a Central de Regulação (CR), às UBS vinculadas no território e aos serviços contratualizados;

d) Elaborar, através das CR, balanço do andamento das ações pela procedência dos usuários agendados e UBS solicitante, registrando ausências, falta de marcação e excedentes que devam ser redistribuídos para otimizar a capacidade instalada.

### **Compromissos para Cumprimento em Prazo até 6 Meses da Assinatura do Instrumento Contratual**

a) Coordenar a pactuação de protocolos a serem utilizados entre o contratado/compromissado e os demais pontos de atenção da rede;

b) Estabelecer por meio da equipe de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde (SES)/ Secretaria Municipal de Saúde (SMS), amparada por protocolos e normatizações da área de AES, os padrões de qualidade visando assegurar a qualidade a prestação da assistência;

c) Definir o formato do(s) Núcleo(s) de Gestão do Cuidado (NGC) no território do PAR e instituí-lo(s) junto aos prestadores contratados/compromissados;

d) Compartilhar com o serviço contratualizado as estratégias de redução do absenteísmo.

### **Compromissos para Cumprimento em Prazo até 12 Meses da Assinatura do Instrumento Contratual**

a) Estabelecer fluxos, protocolos, sistemas, plataformas e demais ferramentas de telessaúde a serem utilizadas pelo prestador contratado e os demais pontos da rede de atenção à saúde;

b) Compartilhar com o serviço contratualizado a implementação de estratégias para permanência mínima do usuário na unidade de AES, através da definição e monitoramento de metas temporais, identificação das causas do efeito velcro, e intervenções em rede para mitigar o problema.

### **Anexo 3 – Compromissos dos Prestadores nos Instrumentos Contratuais – PMAE**

#### **Compromissos para Cumprimento em Prazo Imediato – Até 30 Dias da Assinatura do Instrumento Contratual**

- a) Disponibilizar os serviços – consultas e exames - previstos nas OCIs no PO;
- b) Organizar a agenda sequencial de exames e consultas, a partir do itinerário do usuário na unidade de AES, observando o menor deslocamento entre os serviços, e/ou a possibilidade de realização em única data e a progressão da realização das OCIs;
- c) Realizar a continuidade da investigação diagnóstica e/ou dos procedimentos terapêuticos no próprio serviço, ou em outro, nos termos do contrato;
- d) Realizar consultas presenciais, e/ou teleconsultas e/ou teleconsultorias para comunicação dos resultados de exames e/ou diagnóstico, nos termos do previsto nas OCIs, orientando os usuários sobre os próximos passos da continuidade do cuidado;
- e) Manter registro no prontuário: dados de procedência do usuário e da UBS de vinculação, da avaliação e conduta, dos resultados de exames realizados, da transição do cuidado no âmbito da própria unidade, ou para a UBS de origem, conforme modelos adotados pela rede local ou regional;
- f) Fazer a gestão da fila interna ao serviço identificando usuários por CPF, usuários já atendidos e usuários não atendidos, por tipo de OCI, com registro obrigatório do CPF e município de procedência;
- g) Manter os usuários vinculados aos serviços de AES o tempo mínimo que garanta a realização das consultas e exames objeto do programa, sendo contra referenciados no menor tempo possível para a UBS de origem, para a continuidade do cuidado;
- h) Garantir a permanência mínima do usuário em atendimento ou acompanhamento na unidade de AES, respeitando as necessidades clínicas, e a necessidade de garantia de acesso a novos usuários, dentro dos fluxos regulatórios, protocolos e tempos estabelecidas pelo gestor;
- i) Disponibilizar ao gestor as informações necessárias ao monitoramento e avaliação do programa, devendo para isso, fazer o registro fidedigno das ações e serviços realizados nos sistemas de informação já existentes, além de alimentar sistemas de

informações específicos do programa;

j) Apresentar a documentação de prestação de contas contendo os dados referentes à execução deste plano operativo e o alcance das metas propostas para o período, conforme cronograma estabelecido pelo gestor;

k) Participar das iniciativas relacionadas à fase estruturante do PMAE, envolvendo o incremento das ações de saúde digital, atenção à saúde remota, qualificação da atenção e da gestão, atividades de educação permanente e demais atividades previstas.

### **Compromissos para Cumprimento em Prazo de Até 3 Meses da Assinatura do Instrumento Contratual**

a) Manter um enfermeiro ou outro profissional de saúde na organização das consultas, exames e procedimentos, com avaliação e providências cabíveis junto ao usuário ou ao Gestor, referentes ao absenteísmo, resultados de exames que exijam maior celeridade de conduta, tempo de respostas para a realização dos procedimentos da OCIs, e outras atividades pertinentes.

### **Compromissos para Cumprimento em Prazo de Até 6 Meses da Assinatura do Instrumento Contratual**

a) Realizar atendimento por equipe multiprofissional, com acolhimento aos usuários agendados;

b) Disponibilizar médicos especialistas para consultas presenciais, teleconsultoria e/ou teleconsulta aos médicos e outros profissionais da APS do território de abrangência, para avaliação e decisão conjunta dos encaminhamentos para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), com indicações de condutas. Estas atividades estão consideradas nas OCIs;

c) Utilizar os protocolos de acesso e critérios de encaminhamento comuns entre APS, AAE e regulação definidos pelo gestor, para as OCIs deste PO, evitando recusas, repetição de exames/ procedimentos e perda da eficiência do PMAE;

d) Articular-se com o Núcleo de Gestão de Regulação (NGR) instituído pelo Gestor, e constituir o Núcleo de Gestão do Cuidado (NGC) no serviço, que terá como atribuições acompanhar a realização das OCIs, propor e implementar melhorias para o cumprimento dos compromissos do contrato.

### **Compromisso para Cumprimento em Prazo de Até 12 Meses da Assinatura do Instrumento Contratual**

a) Fazer a busca ativa de usuários faltantes e implementar estratégias de redução do absenteísmo.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

