

PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2010-2013



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2010-2013

Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 20/06/2010



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013

PREFEITO
JOSÉ CAMILO ZITO DOS SANTOS FILHO

SUBPREFEITO
JORGE AMORELLI

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
DANILO GOMES

SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE
JULIO CEZAR SILVA DE MENEZES

SUBSECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
JANIA MARIA LACERDA

COORDENAÇÃO GERAL E REDAÇÃO:
LÍDIA ZIMBARDI

COLABORADORES:

Carla Marcondes	Luciana Fernandes
Carla Soares Duarte	Márcia Caputo
Cláudia Góes	Márcia Ney
Débora Lopes de Oliveira	Mario Bianco
Denise de Souza	Miguel Cláudio Mendonça
Edinilson Coelho	Neide Nóbrega
Eneida de Souza Simões	Rose da Cruz
Jorge Nunes	Sandra Loureiro
Laurito Rodrigues	Sandra Victória Martins
Leonardo de Deus	Sheila Maria Santos
Liane Medeiros	



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Presidente

Danilo Gomes

Secretária Executiva

Claudia

Conselheiros

Absalão Freire de Alencar (*Associação de Moradores do 3º Distrito*)

Ana Silvia S. da Silva (*Representante dos funcionários dos hospitais públicos*)

Anselmo Suhett de Almeida (*Rotary Club*)

Carlos Alberto Pires (*Associação de Moradores do 2º Distrito*)

Cleide Jane Figueiró de Araújo (*AMIRES*)

Cristiane Santos da Rocha Gomes (*Associação de Moradores do 4º Distrito*)

Dalmir Machado (*OAB seccional Duque de Caxias*)

Dayse Nadia Alves Barbosa (*Hospitais da Rede Pública*)

Euniro de Macedo Melo Junior (*SOMEDUC*)

Flávio Pinto de Mello (*Representante dos funcionários dos hospitais públicos*)

Francisco Barbosa Neto (*UNIGRANRIO*)

Jânia Maria Lacerda (*Coordenadorias e Gerentes*)

Helcy Faria Prata (*Associação dos Hospitais do Estado do Rio de Janeiro - Duque de Caxias*)

Lúcia M. da Conceição (*Representante dos funcionários dos hospitais públicos*)

Marcelo de Vasconcelos Mathias (*Entidades Filantrópicas*)

Marcos Santos Araújo (*Conselho Comunitário de Saúde*)

Maria da Glória Ferreira dos Santos (*MUB*)

Mario Sergio Monteiro de Souza (*Secretaria Municipal de Educação*)

Paulina Henriques Moutinho (*Associação de Moradores do 1º Distrito*)

Raslan Abbas Muhssen (*Secretaria Municipal de Planejamento e Fazenda*)

Terezinha de O. Fernandes (*Secretaria Municipal de Assistência Social*)

Vera Lucia Ribeiro do Rosário (*Conselho Comunitário de Saúde*)

Vilna Ferreira, Marcos Santos Araújo (*Conselho Comunitário de Saúde*)



APRESENTAÇÃO:

Muito se tem discutido e proposto para tornar a administração pública mais eficiente e eficaz sendo necessário modernizá-la a fim de que possa acompanhar o desenvolvimento das mudanças atuais. Sendo o setor saúde um dos setores sociais básicos da administração pública é preciso, também, modernizá-lo construindo um sistema de melhor qualidade para alcançarmos a eficiência em suas ações avaliando as necessidades da população que se beneficia com este sistema.

O melhor critério de avaliação é o da melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, entretanto, uma grande dificuldade é saber o quanto desta melhoria se dá por intervenção do gestor municipal ou de outros atores como o governo federal, governo estadual, iniciativa privada e filantrópica ou ONGs. Há, porém, campos de intervenção e atribuições legais que são próprios do gestor municipal e a identificação destes campos associada à análise do controle dos processos poderão construir um cenário que reflita a atuação deste gestor.

Sob estas diretrizes este Plano Municipal de Saúde foi elaborado, tendo como objetivo principal contribuir para que o setor saúde de Duque de Caxias possa cumprir com sua missão maior que é a de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos duque caxienses através da prestação de serviços de qualidade, capazes de expressar um melhor desempenho de suas ações.

O processo de elaboração deste Plano obedeceu a uma proposta de ampliação de integração entre os diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde, seus profissionais e a população, representada pelo Conselho Municipal de Saúde, que se reuniram em quinze oficinas, no período de janeiro a maio de 2010 introduzindo assim espaços de comunicação que propiciaram a construção de consensos de forma participativa permitindo a melhoria da gestão e da assistência do SUS no município.

A metodologia empregada foi o planejamento estratégico situacional orientado por problemas que é a melhor técnica para o enfrentamento de problemas complexos e mal estruturados como são os de saúde. Esta técnica permite resultados de impacto mais positivo na qualidade de vida da população

Nessas oficinas foram identificados os principais problemas de saúde do município a partir da análise dos perfis demográfico, geopolítico-administrativo, epidemiológico, socioeconômico, ambiental e da saúde do município e a melhor forma de enfrentá-los que foram agrupados em cinco eixos prioritários de intervenção. Posteriormente estas prioridades foram confrontadas com as estabelecidas no Plano Nacional de Saúde, na XVI Conferência Municipal de Saúde, no Plano Estadual de Saúde 2008-2011 e na Portaria GM/MS nº 399 de 22/02/2006, que estabelece o Pacto pela Saúde 2006, a fim de que pudessem estar em consonância com as diretrizes das três esferas governamentais e da sociedade garantindo assim a consolidação do SUS.

Acreditamos dessa forma, sob a ótica da gestão participativa que esse plano reflita os anseios da população, profissionais, gerentes e gestores da Saúde em Duque de Caxias e seja capaz de modificar a realidade da saúde da população de Duque de Caxias.

DANILO GOMES

INDICE

Introdução	8
Capítulo 1 – Diagnóstico Situacional	9
1.1. Caracterização do Município	10
1.1.1. Localização	10
1.1.2. História	11
1.1.3. Perfil Geopolítico-Administrativo	14
1.1.3.1. Economia	15
1.1.3.2. Transportes	16
1.1.4. Perfil Demográfico	17
1.1.5. Perfil Socioeconômico	18
1.2. Diagnóstico de Saúde	22
1.2.1. Condicionantes e Determinantes de Saúde	22
1.2.1.1. Condições de Habitação e Saneamento Básico	22
1.2.1.2. Meio Ambiente	26
1.2.1.3. Estado Nutricional	29
1.2.2. Análise da Mortalidade	32
1.2.3. Análise da Morbidade	44
1.2.3.1. Principais Doenças e Agravos Transmissíveis	44
1.2.3.2. Morbidade Hospitalar	50
1.2.4. Capacidade Instalada	52
1.2.4.1. Leitos	52
1.2.4.2. Assistência Ambulatorial	53
1.2.5. Produção e Serviços	61
1.2.5.1. Consultas médicas e outros procedimentos ambulatoriais	61
1.2.5.2. Produção Hospitalar	63
1.3. Gestão da Saúde	65
1.3.1. Planejamento e Modelo de Gestão	65
1.3.2. Recursos Financeiros Aplicados em Saúde	66
1.3.3. Participação Social	67
1.3.4. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	68
Capítulo 2 – Eixos Prioritários	72
2.1. EIXO I – Promoção da Qualidade de Vida e Redução de Vulnerabilidade e Riscos à Saúde	73
2.1.1. Diretriz Estratégica: Disseminação de práticas e comportamentos saudáveis	73
2.1.2. Diretriz Estratégica: Reorientação do cuidado à saúde com centralidade no usuário e sua família	73
2.1.3. Diretriz Estratégica: Implementação de ações que reduzam a vulnerabilidade e riscos à saúde	74
2.1.4. Diretriz Estratégica: Fortalecimento da Vigilância em Saúde	74
2.1.5. Diretriz Estratégica: Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias	75
2.1.6. Diretriz Estratégica: Estruturação da Vigilância em Saúde do Trabalhador	75
2.1.7. Diretriz Estratégica: Fortalecimento do Controle do Risco	76



Sanitário em ambientes, produtos e serviços	
2.1.8. Desenvolver a Política Municipal de Alimentação e Nutrição	76
2.2. EIXO II - Ampliação do Acesso da População aos Serviços de Saúde e Qualificação das Ações de Saúde	77
2.2.1. Diretriz Estratégica: Expansão e Qualificação da Atenção Básica	77
2.2.2. Diretriz Estratégica: Reorganizar a atenção à saúde por linhas de cuidado, em consonância com os eixos prioritários do Pacto pela Vida.	78
2.2.3. Diretriz Estratégica: Qualificar a atenção Hanseníase e Tuberculose	80
2.2.4. Diretriz Estratégica: Desenvolvimento da humanização nos serviços próprios	81
2.2.5. Diretriz Estratégica: Ampliação e organização do acesso, monitoramento e melhoria da qualidade da Assistência de Média e Alta Complexidade nos âmbitos Ambulatorial e Hospitalar	81
2.2.6. Diretriz Estratégica: Organização da Atenção à Urgência e Emergência	82
2.2.7. Diretriz Estratégica: Integração das Ações de Assistência Farmacêutica	83
2.3. EIXO II - Fortalecimento e Aperfeiçoamento da Capacidade de Gestão Municipal	83
2.3.1. Diretriz Estratégica: Incorporação de novos modelos de gestão em saúde	83
2.3.2. Diretriz Estratégica: Implantação Sistema Integrado de Informação Gerencial e de Saúde	84
2.3.3. Diretriz Estratégica: Ampliação, organização e regulação do acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares	84
2.3.4. Diretriz Estratégica: Ampliação e adequação dos espaços da SMS	85
2.3.5. Diretriz Estratégica: Aperfeiçoamento dos Instrumentos de Programação, Contratualização, Supervisão, Monitoramento e Regionalização dos Serviços de Saúde	85
2.3.6. Diretriz Estratégica: Estruturação e qualificação da capacidade de resposta às demandas judiciais	86
2.3.7. Diretriz Estratégica: Aprimoramento dos processos de gestão	86
2.4. Eixo III: Educação e Gestão Participativa	87
2.4.1. Diretriz Estratégica: Fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde	87
2.4.2. Diretriz Estratégica: Fortalecimento das Ouvidorias	88
2.5. Eixo IV: Gestão do Trabalho	88
2.5.1. Diretriz Estratégica: Fortalecimento da área de Gestão do Trabalho	88
2.5.2. Diretriz Estratégica: Motivação da Força de Trabalho	
2.5.3. Adequação do perfil da força de trabalho às reais necessidades da SMS	89
Bibliografia	91



INTRODUÇÃO:

O processo efetivo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, embora tenha sido um movimento no sentido de reformas com fundamentos de universalidade da cobertura, reconhecimento dos direitos sociais e, afirmação do dever do Estado, ocorreu em meio a um contexto econômico e político desfavorável à materialização de seus fundamentos.

O formato singular da federação que apresenta uma grande diversidade dos contextos regionais, com marcantes diferenças sócio-econômicas e o elevado peso da oferta privada tornou muito complexo o processo de implantação de um sistema integrado e unificado, em um arranjo descentralizado e participativo, com uma perspectiva de co-gestão entre o Estado e a Sociedade. Dessa forma, a transferência de estruturas de provisão de serviços e a formação de bases institucionais de planejamento e controle social encontraram um quadro de profundas assimetrias no nível dos municípios, o que resultou em fragilidades e descontinuidades nos potenciais de governança, gestão, financiamento e resolubilidade do sistema.

A descentralização, uma das diretrizes que orienta o funcionamento do SUS, gera a necessidade de pactuação entre as três esferas de governo e faz da área de saúde a política setorial que maior impacto vivencia entre as políticas públicas do Estado. Por isso, em 2006, o Ministério da Saúde, em mais uma tentativa de efetivação do SUS propõe, através da publicação da Portaria GM/399 de 22 de fevereiro de 2006, um pacto pela saúde do Brasil. O Pacto traz uma nova forma de gestão pública que envolve a idéia da necessidade de reforçar a tomada de decisões de forma descentralizada, proporcionando para todos os atores envolvidos uma maior autonomia de ação. Cria espaços de tomada de decisão regional como os Conselhos Gestores Regionais e exige um novo posicionamento em relação ao processo de planejamento, capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para a consolidação do Sistema.

O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão os eixos compreendem o planejamento, a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada (PPI), a regulação, a gestão do trabalho, a participação social e a educação em saúde. Além disso, é importante destacar que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento que são: a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; a institucionalização e o fortalecimento do planejamento do SUS, nele incluído o monitoramento e a avaliação como instrumento estratégico de gestão do SUS; a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento tais como: planos, relatórios e programações a serem adotados pelas três esferas governamentais e a cooperação entre essas esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento.

Duque de Caxias aderiu ao Pacto pela Saúde em outubro de 2009, o que foi efetivado através da Portaria GM/MS 2347 de 06/10/2009 e, portanto, as propostas de programação de serviços de saúde devem estar de acordo com essa pactuação no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde. Sob esta ótica, empenhado na formulação e estruturação de uma política de saúde que atenda as necessidades da população duque caxiense e que esteja articulada com a política do Sistema Único de Saúde é que elaboramos o Plano de Saúde de Duque de Caxias para o período de 2010-2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

CAPÍTULO 1 – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO MUNICÍPIO

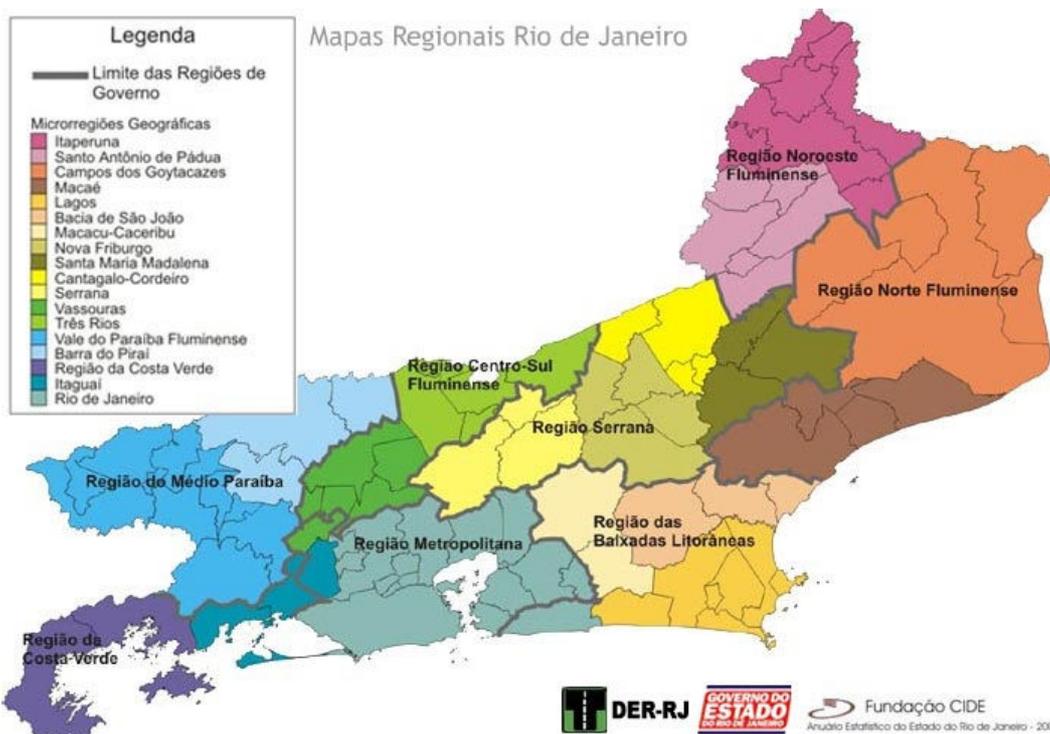
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

1.1.1. LOCALIZAÇÃO

Duque de Caxias está situado na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro que é uma região constituída por doze municípios: Belford Roxo; Duque de Caxias; Itaguaí; Japerí; Magé, Mesquita; Nilópolis, Nova Iguaçu; Paracambi; Queimados; São João do Meriti e Seropédica conforme mostra o mapa abaixo.



Essa região está entre as regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul Fluminense e Serrana do Estado do Rio de Janeiro como pode ser visto no mapa abaixo.



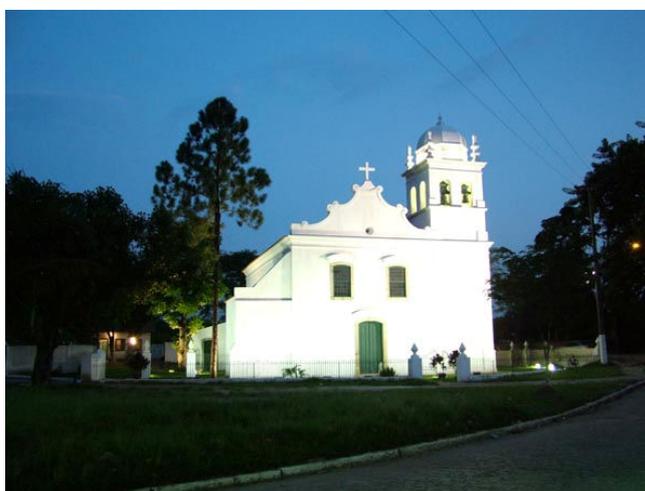
1.1.2. HISTÓRIA

Sua história tem início a partir de 1566 quando os primeiros colonos foram se fixando nas terras do município preferencialmente nos vales dos rios Meriti, Sarapuí, Iguaçú e Estrela, assim como na orla praiana, dando início à exploração do solo e das riquezas naturais.

Em 1637 foi criada a Freguesia de Nossa Senhora do Pilar (atual Duque de Caxias). A revista do Instituto Histórico (tomo 76 parte I.^a) consigna que, no período compreendido entre 1769 e 1779, a freguesia de Nossa Senhora do Pilar de Iguaçú possuía um engenho de açúcar, pertencente ao Capitão Luciano Gomes Ribeiro; esse engenho fabricava 40 caixas desse produto e 17 pipas de aguardente, nele trabalhando 74 escravos. Durante muitos decênios, as lavouras de cana, arroz, milho, mandioca e feijão existentes nas terras do atual Município de Duque de Caxias proporcionaram aos seus proprietários a acumulação de fortunas consideráveis para a época e para o meio.



Antiga Igreja de Nossa Senhora do Pilar



Igreja atualmente restaurada

A Igreja Nossa Senhora do Pilar foi construída em 1720 e era ponto de referência para o começo do Caminho Novo das Minas, aberto por Garcia Pais. Ali em frente, funcionava um dos postos de fiscalização das mercadorias carregadas pelos tropeiros. Era também ponto de descanso dos homens depois de longos dias de viagem a cavalo.

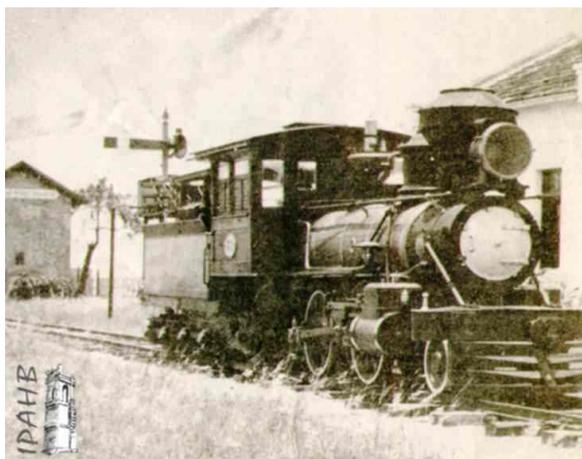
Sendo os caminhos em terra firme poucos, precários e perigosos, nos locais onde existiam rios navegáveis, o transporte também era feito por esses rios. Os rios não faltavam nessa região e, integrados com a baía de Guanabara, faziam do local um ponto de união entre esta e os caminhos que subiam a serra em direção ao interior.

Pilar conheceu grandes momentos de opulência econômica, com a criação de um porto do mesmo nome. Afluente do Rio Iguaçú, o rio Pilar recebia e despachava embarcações do Rio de Janeiro. Os carregamentos de ouro no Porto de Pilar foram tão intensos e importantes para a corte, que esta fez construir aí um "registro" para fiscalização dos quintos. A Igreja do Pilar é considerada uma das construções mais bonitas e importantes da Baixada. Imponente, era uma espécie de muralha que servia de ponto de observação para evitar as invasões ao vilarejo do Pilar - lugar que, mais tarde, se transformaria em Duque de Caxias.

O Porto da Estrela foi o marco mais importante deste período. Apesar da decadência da mineração, a região manteve-se ainda como ponto de descanso e abastecimento de tropeiros, como local de transbordo e trânsito de mercadorias

Em 15 de janeiro de 1833, quando o Decreto da Regência erigiu em vila a povoação de Iguaçú compreendeu, em sua jurisdição, as terras que hoje fazem parte do Município de Duque de Caxias e que à época constituíam território das freguesias de São João de Meriti e Nossa Senhora do Pilar.

Em meados do século XIX, Meriti representava apenas um porto de escoamento de poucos produtos, dentre os quais a lenha e o carvão vegetal.



Em 30 de abril de 1854, Irineu Evangelista de Souza, depois Barão e Visconde de Mauá, inaugurava a primeira estrada de ferro do Brasil, tendo realizado a construção de 14,5 km, entre o porto de Mauá e a fazenda do Frágoso, nas imediações da raiz da serra da Estrela.

A recuperação de Meriti começou a insinuar-se com o advento da estrada de ferro que levava tantas localidades ao ocaso – Estrela, Vila de Iguaçú, Porto das Caixas. Sob a égide da “maria-fumaça”, tudo se modificou. As hidrovias com seus barcos, portos e vilas, estavam com seus dias contados. Segundo o historiador Rogério Tôrres, a ferrovia, obedecendo à lógica do progresso, ditava novos traçados nos caminhos, fazendo surgir à volta de suas estações, povoados que se transformariam em populosas cidades.

Quando a ferrovia atingiu o vale de Meriti, a região começou a sofrer os efeitos da expansão urbana da Cidade do Rio de Janeiro. Dois anos mais tarde, os trilhos atingiam a povoação de Raiz da Serra.

Em 23 de abril de 1886, outro trecho ferroviário foi inaugurado pela "The Rio de Janeiro Northern Railway" ligando a Cidade do Rio à Estação de Meriti, onde, mais tarde, surgiria a povoação que deu origem à sede do atual Município de Duque de Caxias.



Estação de Xerém nos anos 1930. Acervo Edson de L. Lucas

A região ficou definitivamente ligada ao antigo Distrito Federal e com a inauguração de novas estações, em 1911, pela *Estrada de Ferro Leopoldina* multiplicaram-se as viagens, bem como o número de passageiros em Gramacho, São Bento, Actura (Campos Elísios), Primavera e Saracuruna. Entretanto, apesar dessa recuperação que a ferrovia trouxera, a

Baixada continuava sofrendo com a falta de saneamento, fator de estancamento de seu progresso.

No início do século XX, as terras da Baixada serviam para aliviar as pressões demográficas da cidade do Rio de Janeiro, os dados estatísticos revelam que em 1910, a população era de oitocentas pessoas em Meriti, passando em 1920, para 2920. O rápido crescimento populacional provocou o fracionamento e loteamento das antigas propriedades rurais, naquele momento, improdutivas.

No governo de Nilo Peçanha, Meriti teve uma tímida melhoria na área do saneamento básico, contando, inclusive, com a chegada da água, em 1916, na atual Praça do Pacificador.



Antiga Rodoviária Francisco Correa, na Praça do Pacificador. Neste local, hoje, está instalado o belo conjunto de prédios do teatro e da Biblioteca Municipal de Duque de Caxias, obras de Oscar Niemeyer



Praça do Pacificador nos dias de hoje

Apenas em 1924 instalou-se a primeira rede elétrica no município e com a abertura da Rodovia Rio-Petrópolis (hoje rodovia Washington Luís) em 1928, Meriti voltou a prosperar. Inúmeras empresas compraram terrenos e se instalaram na região devido à proximidade com o Rio de Janeiro.

A 14 de março de 1931, foi criado o Distrito de Caxias, pelo decreto estadual nº 2559, com sede na antiga Estação de Meriti e formado pelo território desmembrado do Distrito de Meriti pertencente ao então Município de Iguaçú (atual Nova Iguaçú). Rápido foi o progresso do novo Distrito, que em 31 de dezembro de 1943, pelo decreto-lei nº1055 foi

elevado à categoria de Município, sob a denominação de Duque de Caxias tendo por sede a antiga Estação e, sendo constituído de 3 distritos: Duque de Caxias, Imbariê (ex-Estrela) e Mereti. Instalado em 01-01-1944. O Poder Executivo foi instalado oficialmente em primeiro de janeiro de 1944, quando o interventor federal Ernani do Amaral Peixoto designou para responder pelo expediente da prefeitura o contabilista Homero Lara. Outras nove pessoas foram designadas posteriormente para o mesmo cargo.

O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, do Estado do Rio de Janeiro, promulgado em 20-06-1947, desmembra do município de Duque de Caxias o distrito de Meriti transformando esse distrito em município com a denominação de São João de Meriti.

O primeiro prefeito eleito foi Gastão Glicério de Gouveia Reis, que administrou a cidade de setembro de 1947 a dezembro de 1950 que promoveu em 01/09/1950 a divisão territorial de Duque de Caxias em dois distritos: Duque de Caxias e Imbariê.

Pela lei n.º 2.157, de 28-05-1954, são criados os distritos de Campos Elyseos e Xerém ambos desmembrados do distrito de Imbariê e anexados ao município de Duque de Caxias e na divisão territorial datada de I-VII-1960, o município é constituído de 4 distritos: Duque de Caxias, Campos Elyseos, Imbariê e Xerém assim permanecendo em divisão territorial até os dias de hoje.

1.1.3. PERFIL GEOPOLÍTICO ADMINISTRATIVO

O território de Duque de Caxias envolve uma área de aproximadamente 465Km² que se limita: ao norte com os municípios de Miguel Pereira e Petrópolis; ao sul com o município do Rio de Janeiro; a oeste com os municípios de São João de Meriti, Nova Iguaçu e Belford Roxo e a leste com o município de Magé e a Baía de Guanabara onde abriga área de preservação permanente de manguezal.



Sua área geográfica está dividida em quatro distritos, que apresentam distribuição demográfica heterogênea, distribuídos em quarenta bairros assim dividido

DISTRITOS			
CENTRO 1º Distrito	CAMPOS ELÍSEOS 2º Distrito	IMBARIÊ 3º Distrito	XERÉM 4º Distrito
Centro	Campos Elíseos	Imbariê	Xerém
Jardim 25 de Agosto	Jardim Primavera	Santa Cruz da Serra	Amapá
Gramacho	Saracuruna	Parada Angélica	Parque Capivari
Vila São Luiz	Figueira	Parque Paulista	Parque Mantiqueira
Bar dos Cavaleiros	Parque Fluminense	Taquara	Jardim Olimpo
Olavo Bilac	Cidade dos Meninos	Jardim Anhangá	Lamarão
Jardim Gramacho	Vila São José	Santa Lúcia	Vila Canaã
Parque Lafaiete	Cangulo (Jardim Líder)	Parada Morabi	
Doutor Laureano	Chácaras Rio-Petrópolis	Sto Antônio da Serra	
Parque Centenário	Chácara Arcampo	Parque Equitativa	
Mangueirinha	Eldorado	Santa Cruz	
Jardim Leal	Pantanal	Alto da Serra	
Sarapuí	Pilar		
Engenho do Porto	Vila Rosário		
Periquitos	Nova Campinas		
Parque Duque			
Corte Oito			
Centenário			

Caxias possui clima tropical, quente, porém, os 3º e 4º distritos (Imbariê e Xerém) têm temperatura amena em virtude da área verde e da proximidade da Serra dos Órgãos.

Seu bioma é constituído predominantemente de Mata Atlântica e, com base no levantamento de 1994, tinha sua área distribuída da seguinte maneira: 27% de floresta ombrófila densa, 15% de vegetação secundária, 26% de área urbana, 14% de pastagens e 11% de área degradada. O município se encaixava, portanto no cluster D1 - NATIVO I, agrupamento com grandes áreas de formações originais, seguidas por um padrão homogêneo de áreas urbanas e pastagens, com presença de vegetação secundária. Já em 2001, ocorreu equivalência em formações florestais, crescimento de formações pioneiras de 6 para 9% do território municipal, e redução de vegetação secundária para 7%. Houve expressivo crescimento urbano para 40%, estabilidade em campo/pastagem nos 14% e redução de área degradada. A área agrícola experimentou crescimento de 0,3 para 2,4%. O segundo estudo classificou-o como pertencente ao cluster D2 - NATIVO/METRÓPOLE, caracterizado por domínio de formações originais, com média de 44%, e de áreas urbanas, ocupando uma média de 38% do território.

Sua bacia hidrográfica é constituída por quatro rios principais: o rio Meriti que separa o município de Duque de Caxias da cidade do Rio de Janeiro; o Rio Iguaçu que delimita Duque de Caxias de Nova Iguaçu; o Rio Sarapuí que faz a divisão entre o 1º e o 2º distrito e o Rio Saracuruna separa o 2º do 3º distrito.

1.1.3.1. ECONOMIA

Duque de Caxias apresenta um grande crescimento nos últimos anos, sendo a indústria e o comércio as principais atividades. Há cerca de 809 indústrias e 10 mil estabelecimentos comerciais instalados no município.

Segundo o IBGE, o município de Duque de Caxias registra o sexto maior PIB (Produto Interno Bruto 1999 - 2002) no ranking nacional e o segundo maior do estado do Rio de Janeiro, em um total de R\$ 14,06 bilhões. A cidade ocupa o segundo lugar no ranking de arrecadação de ICMS do Estado, perdendo somente para a capital.

Empresas de vários segmentos têm-se instalado em Duque de Caxias, tais como o Jornal O Globo e o Carrefour, aproveitando a privilegiada posição do município, próximo das principais rodovias brasileiras: Linha Vermelha, Linha Amarela, Rodovia Presidente Dutra, Rodovia Washington Luiz e Avenida Brasil, além da proximidade do Aeroporto Internacional Tom Jobim e a distância de apenas 17 km do Centro do Rio, levando seus produtos facilmente para grandes centros consumidores: São Paulo, Minas Gerais e Sul do Brasil.

O maior parque industrial do Rio de Janeiro fica no município, tendo empresas cadastradas como Texaco, Shell, Esso, Ipiranga, White Martins, IBF, Transportes Carvalhão, Sadia, Ciferal, entre outras. O segmento está mais concentrado nos setores de química e petroquímica, estimulados pela presença da REDUC, a segunda maior do país que possui um Pólo Gás-Químico e contará com uma usina termelétrica.



No cadastro industrial da Firjan, Duque de Caxias ocupa a segunda posição em número de empregados no Rio de Janeiro e a terceira em número de estabelecimentos, atrás apenas da própria capital e de Petrópolis.

Os principais segmentos industriais são: químico, petroquímico, metalúrgico, gás, plástico, mobiliário, têxtil e vestuário.

Em um contexto que combina forte crescimento econômico nacional e consistente diversificação da economia fluminense, Duque de Caxias experimenta um ciclo virtuoso caracterizado por elevados níveis de investimentos produtivos e em infra-estrutura dentro do município, atraídos por suas vantagens comparativas.

Com isso, a expansão dos níveis de emprego e renda, combinada a uma melhoria generalizada da capacidade dos atores públicos e privados em reduzir os desequilíbrios sócio-ambientais, resulta em incremento da qualidade de vida da população duque caxiense, que se vê cada vez mais integrada ao processo de desenvolvimento da cidade.

1.1.3.2. TRANSPORTES

São 15 empresas de transporte público que servem ao município, sendo 11 empresas de ônibus municipais (União, Fabio's, Santo Antônio, Reginas, A. O. Vera Cruz, Trel, Machado, Jurema, Limousine Carioca, Vera Cruz e Expresso Mangaratiba) e três intermunicipais.

O município de Duque de Caxias é cortado por duas rodovias federais: a BR-040/RJ (Rodovia Washington Luiz), que estabelece a ligação entre o Rio de Janeiro e Brasília, sendo a ligação mais importante entre o 1º Distrito de Duque de Caxias (Centro) e os demais distritos; e a BR-116 NORTE/RJ (Rodovia Santos Dumont), que liga o Rio de Janeiro à Região Nordeste, passando por Teresópolis, representando a principal ligação entre o 3º Distrito (Imbariê) e os demais bairros do município. Outro importante acesso é a RJ-101/RJ-105 (Avenida Presidente Kennedy).

Duque de Caxias também é servido por um ramal ferroviário. Partindo da Estação Central do Brasil. O ramal de Saracuruna corta o município e se integra com o ramal de Vila Inhomirim, assim alcançando Magé. Ao todo, são 10 (dez) estações ferroviárias em Duque de Caxias: Duque de Caxias, Gramacho, Campos Elíseos, Jardim Primavera, Saracuruna, Parada Morabi, Imbariê, Manoel Belo e Parada Angélica.

1.1.4. PERFIL DEMOGRÁFICO

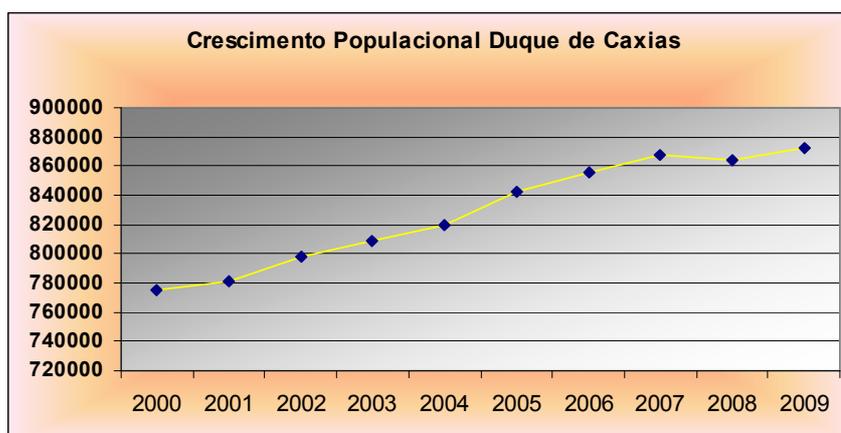
Desde a emancipação do município, vários fatores econômicos e sociais contribuíram para o seu crescimento populacional que aumentou em 1.422% nas suas três primeiras décadas de existência. Na década de 1960, a instalação da Refinaria de Duque de Caxias (REDUC) e a formação de um complexo industrial composto por petroquímicas e distribuidoras de gás de cozinha e combustível tornaram-se atrativos à migração de habitantes do interior do Rio de Janeiro e de outros estados.

Outro fator que concorreu para o aumento populacional em Duque de Caxias, ainda na década de 1960, foi a especulação imobiliária na cidade do Rio de Janeiro, quando uma parcela da população carente deste município, em sua maioria de baixa escolaridade e sem qualificação profissional, transferiu-se para os municípios próximos, mantendo vínculo empregatício no centro da metrópole. Contudo, segundo Albuquerque, (1994:89) e Lago (2000), essa ocupação crescente não teria sido acompanhada de obras suficientes de infraestrutura urbana.

Segundo IBGE, Duque de Caxias é o quarto município do estado em população, com densidade demográfica alta e crescimento populacional, acelerado. A densidade demográfica do município é de 1800 pessoas por Km², a 8º do estado,

A taxa média geométrica de crescimento anual para os anos de 91/96 foi de 1,38%, muito maior do que as médias do estado (0,92%) e da região metropolitana (0,76%). A taxa de crescimento anual estimada de 0,7% com esperança de vida ao nascer de 67,49 anos.

O gráfico a seguir mostra o crescimento populacional de Duque de Caxias nos últimos nove anos.



A população residente estimada do município, em 2009, é de 872.762 habitantes (Fonte DATASUS – População residente/Estimativas utilizadas pelo TCU para determinação das cotas FPM), distribuída conforme a tabela a seguir:

Censo Demográfico IBGE-1996

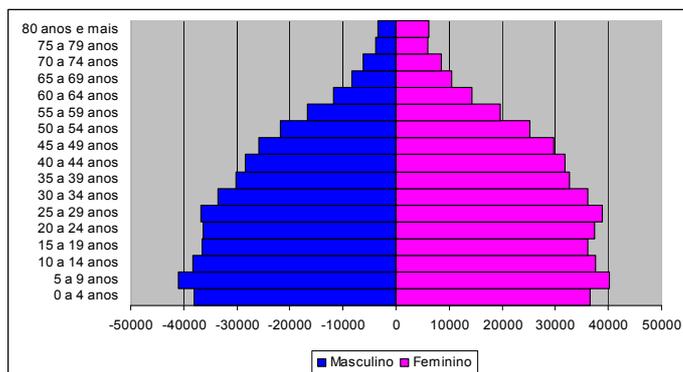


1º Distrito	46,50%	41Km
2º Distrito	30,20%	98Km
3º Distrito	16,70%	64Km
4º Distrito	6,60%	239Km

O 1º Distrito, ao sul do município, tem a menor área geográfica, com 41Km², mas é a área que abriga a maior concentração populacional com uma estimativa para 2009 de 405.835 habitantes, correspondendo a 46,50% da população do município. O 2º Distrito, denominado de Campos Elíseos, possui uma área de 98Km² e uma população estimada para 2009 de 263.574 habitantes, correspondendo a 30,20% da densidade populacional. Imbariê corresponde ao 3º Distrito, e tem uma estimativa populacional para 2009 de 145.751 habitantes distribuídos em 64Km² e o 4º Distrito, denominado Xerém, é o de menor densidade demográfica, em torno de 6,60%, distribuída na maior área territorial com 239Km² e, corresponde à área rural do município abrigando em 2009 57.602 habitantes (Fonte DATASUS/IBGE – Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE).

O gráfico piramidal ilustra o comportamento demográfico do município onde a taxa de crescimento anual estimada é de 0,7% com uma discreta predominância de mulheres. A base da pirâmide representa a população de menor idade enquanto o topo representa a de maior idade.

Pirâmide Populacional de Duque de Caxias - 2008



Fonte: DATASUS

A proporção da população feminina em idade fértil (10-49 anos de idade) em 2009 ficou em 62,6%, correspondendo a 282.936 mulheres em idade fértil (Fonte: IBGE, Censos e Estimativas).

1.1.5. PERFIL SOCIOECONÔMICO

A produção de um país, estado ou cidade é medida através de um indicador, chamado PIB - Produto Interno Bruto -, que leva em conta três grupos principais: Agropecuária, formada por Agricultura, Extrativa Vegetal e Pecuária; Indústria, que engloba Extrativa Mineral, Transformação, Serviços Industriais de Utilidade Pública e Construção Civil; e Serviços, que incluem Comércio, Transporte, Comunicação, Serviços da Administração Pública e outros serviços. O produto interno bruto (PIB) representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, durante um período determinado (mês, trimestre, ano, etc) e é um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia com o objetivo de mensurar a atividade econômica de uma região.

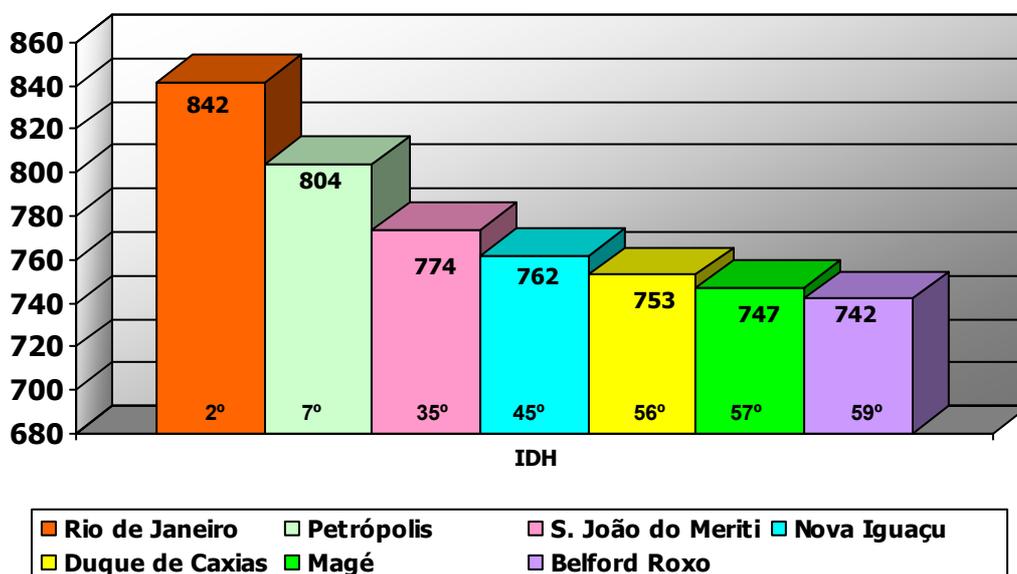
Em 2004, Duque de Caxias obteve o PIB de R\$ 13.968 milhões, 2ª posição entre os 92 municípios fluminenses colocando o município no rol das principais economias nacionais. A indústria petroquímica é responsável sozinha por mais de 50% deste PIB,

A rede de empresas instaladas em Duque de Caxias é bastante grande, criando um número substancial de empregos, com remunerações que ultrapassam bastante a renda média do município de R\$ 503, segundo o IBGE, 2002. No entanto, é desigual a distribuição de renda por estratos da população. A Refinaria de Duque de Caxias (REDUC) embora seja a maior empresa do setor petroquímico no município e, a maior geradora de empregos, tem 70% de sua mão de obra importada de outros municípios do Estado o que compromete a inserção na economia local da riqueza produzida pela empresa. Fica, portanto a população local restrita a empregos indiretos gerados por empresas terceirizadas, cujas atividades são menos sofisticadas com níveis de remuneração menores.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa obtida pela média aritmética simples de três dimensões ou sub-índices: longevidade (esperança de vida); educação (taxa de alfabetização de adultos e taxa de escolarização) e da renda (PIB per capita ajustado) e é uma forma padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população. O IDH de Duque de Caxias calculado em 2000, ano do último censo completo do IBGE, revela um IDH de 0,753, ocupando o 52º lugar no Estado do Rio de Janeiro onde o Município de Niterói tem o 1º maior valor de IDH (0,886).

O gráfico abaixo compara o IDH de Duque de Caxias com o da capital e com o dos outros municípios da região, com os quais estabelece fronteiras, mostrando o lugar que ocupam no ranking estadual.

Índice de Desenvolvimento Humano



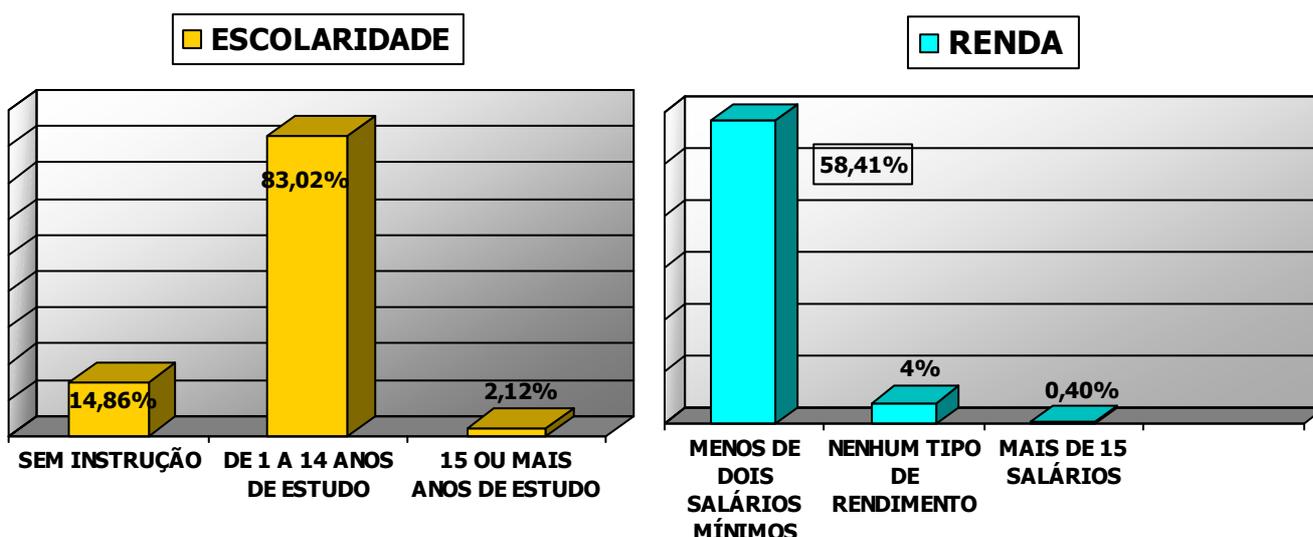
Os dados do quadro acima constatarem que, as condições de vida da população de Duque de Caxias, em relação aos demais municípios da região adjacente a ele não é boa, pois Duque de Caxias possui o terceiro pior IDH dentre os municípios vizinhos.

Estes indicadores sugerem que as condições materiais de vida são bastante desfavoráveis em todas as áreas do Município. Sabendo-se que a esperança de vida ao nascer em Duque de Caxias é de 67,49 anos (dados PNUD / IPEA / FJP) e que o município possui a segunda maior economia do estado, como possui um IDH que é o 56º do estado e o 1796º do Brasil?

A reposta está na fragilidade de sua base educacional que compromete a inserção do cidadão local na prosperidade da economia do município. De acordo com o último Censo IBGE, 92% dos adultos de Duque de Caxias são alfabetizados, mas quando se analisa o nível de escolaridade dos chefes de família do município observa-se que 14,86% deste grupo populacional não têm instrução ou estudou menos de um ano e, no outro extremo, apenas 2,12% têm 15 ou mais anos de estudo.

Com relação à renda, 58,41% dos chefes de família ganhavam no máximo dois salários mínimos e 4% não tinham nenhum tipo de rendimento. Apenas 0,48% tinham renda superior a 15 salários mínimos por mês e, a renda per capita média do município é de R\$ 226,14. (Fonte IBGE: Censo 2000).

Os gráficos abaixo ilustram a situação do município com relação a renda e escolaridade dos chefes de família



Ainda com relação a escolaridade, a tabela abaixo estratifica o analfabetismo em Duque de Caxias pelos bairros do município

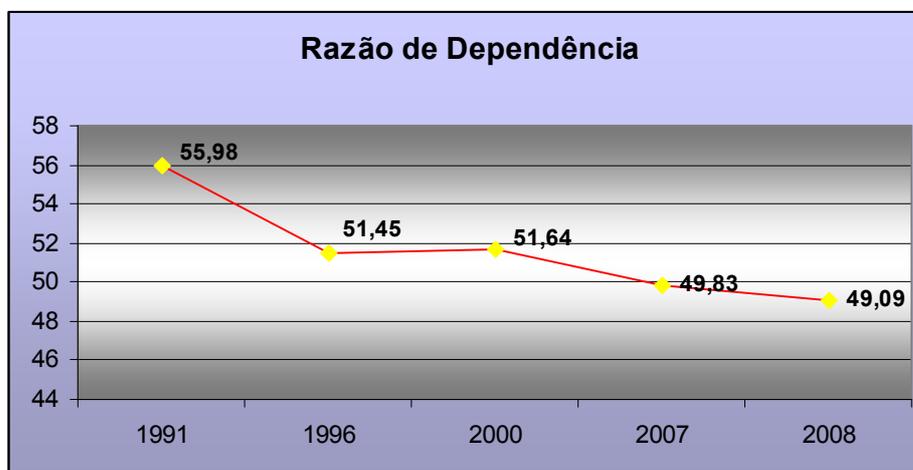
População residente de 5 anos ou mais por alfabetização e grupos de idade	
Variável = População residente de 5 anos ou mais (Habitante)	
Ano = 2000	
Bairro	Não alfabetizadas
Parque Duque - Duque de Caxias - RJ	4.354
Vinte e Cinco de Agosto - Duque de Caxias - RJ	560
Centro - Duque de Caxias - RJ	2.152
Bar dos Cavalheiros - Duque de Caxias - RJ	3.027
Periquitos - Duque de Caxias - RJ	1.964
Centenário - Duque de Caxias - RJ	1.620
Olavo Bilac - Duque de Caxias - RJ	3.341
Gramacho - Duque de Caxias - RJ	5.659
Doutor Laureano - Duque de Caxias - RJ	3.741
Vila São Luís - Duque de Caxias - RJ	2.054
Parque Sarapuí - Duque de Caxias - RJ	40
Vila São José - Duque de Caxias - RJ	3.283
Parque Fluminense - Duque de Caxias - RJ	3.523
São Bento - Duque de Caxias - RJ	1.816
Pilar - Duque de Caxias - RJ	2.518
Campos Elíseos - Duque de Caxias - RJ	2.373



Cidade dos Meninos - Duque de Caxias - RJ	253
Figueira - Duque de Caxias - RJ	1.895
Jardim Primavera - Duque de Caxias - RJ	3.570
Cângulo - Duque de Caxias - RJ	888
Saracuruna - Duque de Caxias - RJ	4.263
Chacaras Rio-Petrópolis - Duque de Caxias - RJ	1.466
Chácaras Arcampo - Duque de Caxias - RJ	1.114
Parque Eldorado - Duque de Caxias - RJ	938
Santa Cruz da Serra - Duque de Caxias - RJ	1.990
Imbariê - Duque de Caxias - RJ	3.661
Parada Morabi - Duque de Caxias - RJ	434
Jardim Anhangá - Duque de Caxias - RJ	1.142
Cidade Parque Paulista - Duque de Caxias - RJ	2.929
Barro Branco - Duque de Caxias - RJ	1.494
Santa Lúcia - Duque de Caxias - RJ	2.173
Parada Angélica - Duque de Caxias - RJ	1.982
Taquara - Duque de Caxias - RJ	1.029
Santo Antônio - Duque de Caxias - RJ	1.092
Meio da Serra - Duque de Caxias - RJ	322
Amapá - Duque de Caxias - RJ	674
Capivari - Duque de Caxias - RJ	256
Lamarão - Duque de Caxias - RJ	43
Mantiquira - Duque de Caxias - RJ	780
Xerém - Duque de Caxias - RJ	1.709
Fonte: CEDERJ/EDU/2004	

A razão de dependência é outro indicador que ajuda a compreensão da condição socioeconômica de uma população, pois ela relaciona os dois segmentos economicamente dependentes (os jovens e os idosos) à população economicamente ativa. Quanto maior for essa relação, maiores problemas econômicos tem a localidade, pois os consumidores podem exceder aos produtores gerando exploração do trabalho do menor e do idoso com graves problemas sociais.

O gráfico a seguir revela que a razão de dependência vem reduzindo, nos últimos anos, em Duque de Caxias o que revela uma melhora da condição socioeconômica da população



A tabela abaixo compara a razão de dependência verificada em Duque de Caxias com as regiões brasileiras e o Brasil numa série histórica

Razão de Dependência Brasil, Grandes Regiões e Duque de Caxias 1991, 1996, 2000, 2007 e 2008.					
Regiões e Duque de Caxias	1991	1996	2000	2007	2008
Duque de Caxias	55,98	51,45	51,64	49,83	49,09
Região Norte	83,65	73,67	69,09	59,72	58,55
Região Nordeste	80,06	69,64	63,46	55,37	54,72
Região Sudeste	57,13	51,96	49,40	46,06	45,61
Região Sul	58,47	54,20	50,94	46,03	45,22
Região Centro Oeste	62,72	55,68	51,97	47,52	46,79
Brasil	61,83	58,69	54,93	49,67	49,07

1.2. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

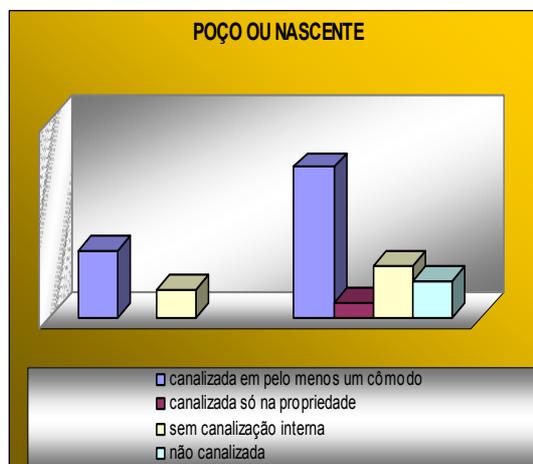
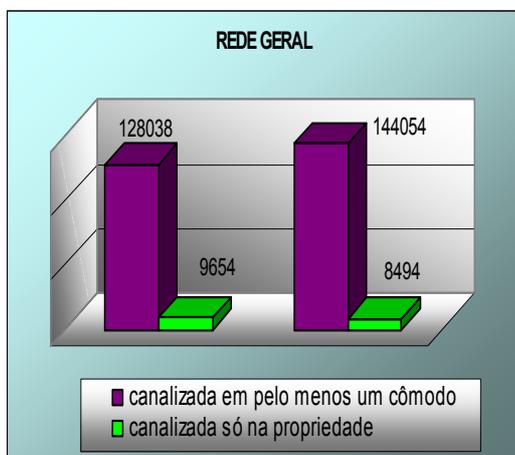
1.2.1. CONDICIONANTES E DETERMINANTES DE SAÚDE

1.2.1.1. CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO E SANEAMENTO BÁSICO

As condições de habitação traçam um panorama de carência para uma parcela significativa da população de Duque de Caxias.

A estreita relação da saúde com a provisão de medidas sanitárias é bastante conhecida, principalmente no que se refere à água de abastecimento doméstico e ao destino de dejetos. Cerca de 80% das doenças de países em desenvolvimento como o Brasil é proveniente da água de qualidade ruim. Dentre essas doenças destacamos a febre tifóide, disenteria, cólera, diarreia, hepatite, leptospirose e giardíase. O tratamento do esgoto sanitário também constitui uma das mais importantes medidas preventivas de enfermidades.

Em Duque de Caxias, o abastecimento de água não tem acompanhado o crescimento populacional, como demonstrado na tabela e gráficos abaixo. Em 1991 79,8% dos domicílios eram abastecidos pela rede geral tendo sido reduzidos para 69,3% em 2000.



Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991 e 2000



Distribuição dos domicílios segundo abastecimento de água, Duque de Caxias - 1991 e 2000.		
Abastecimento	1991	2000
REDE GERAL	137.692	152.548
• Canalizada em pelo menos um cômodo	128.038	144.054
• Canalizada só na propriedade ou terreno	9.654	8.494
POÇO OU NASCENTE (NA PROPRIEDADE)	29.005	61.467
• Canalizada em pelo menos um cômodo	20.543	45.700
• Sem canalização interna	8.462	15.767
• Canalizada só na propriedade ou terreno	-	4.718
• Não canalizada	-	11.049
OUTRA FORMA	5.961	5.962
• Canalizada em pelo menos um cômodo	3.111	2.215
• Sem canalização interna	2.850	3.747
• Canalizada só na propriedade ou terreno	-	713
• Não canalizada	-	3.034
TOTAL	172.658	219.977

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991 e 2000

O lixo e o esgoto doméstico, que também podem ser uma fonte de contaminação do solo, foram indicadores que mostraram melhoria entre os últimos dois censos. Em 1991 apenas 57,0% dos domicílios tinham coleta de lixo passando para 88,9% em 2000 e os 32,1% dos domicílios com instalações sanitárias em 1991 passaram para 56,4% em 2000 assim como demonstrado nos quadros a seguir.

Instalações sanitárias	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	55.470	124.030
Fossa séptica	47.930	45.488
Fossa rudimentar	11.096	9.415
Vala	48.501	28.599
Rio, lago ou mar	-	7.640
Outro escoadouro	4.981	2.181
Não sabe o tipo de escoadouro	244	-
Não tem instalação sanitária	4.436	2.624
Total	172.658	219.977

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991 e 2000

Coleta de Lixo	1991	2000
Coletado	98.501	195.665
• Por serviço de limpeza	91.713	190.453
• Por caçamba de serviço de limpeza	6.788	5.212
Queimado (na propriedade)	36.926	14.939
Enterrado (na propriedade)	995	250
Jogado	35.615	8.680
• Em terreno baldio ou logradouro	32.806	7.816
• Em rio, lago ou mar	2.809	864
Outro destino	621	443
TOTAL	172.658	219.977

Fonte: IBGE - Censos Demográficos de 1991 e 2000

Com relação às outras condições de habitação a iluminação das residências e a pavimentação urbana, podem ser consideradas indiretamente como condicionantes de saúde uma vez que podem ser responsáveis pelo aumento de acidentes e/ou violência urbana.

Os quadros e gráficos a seguir ilustram a situação do município.

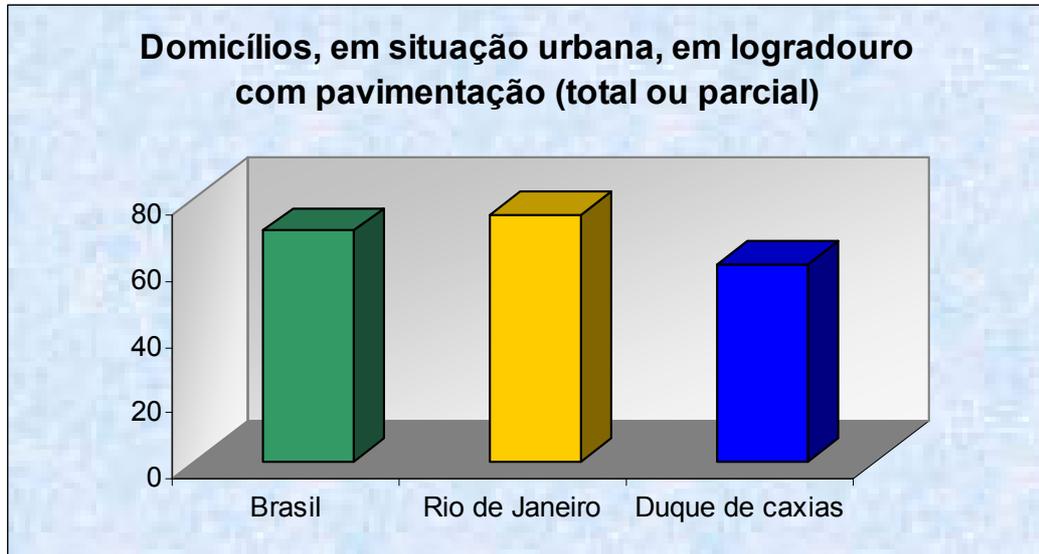


Fonte: IBGE/Censo 2000

Número de domicílios segundo iluminação pública do logradouro	
DUQUE DE CAXIAS -2000	
	Urbano
Existe iluminação pública	194.906
Não existe iluminação pública	17.191
Sem declaração	6.967

Fonte IBGE/Censo 2000

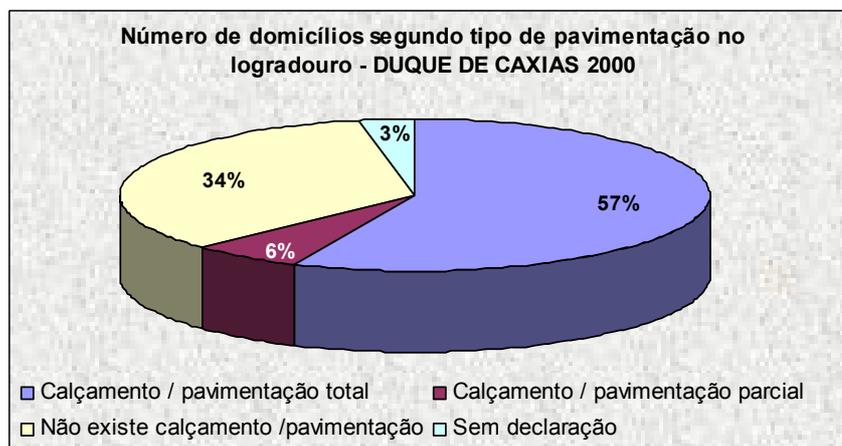




Fonte: IBGE/Censo 2000

Número de domicílios segundo tipo de pavimentação no Logradouro DUQUE DE CAXIAS-2000	
Calçamento / pavimentação total	124.185
Calçamento / pavimentação parcial	13.042
Não existe calçamento /pavimentação	74.944
Sem declaração	6.893

Fonte: IBGE/ Censo 2000



Embora o desenvolvimento econômico da cidade tenha aumentado significativamente, a mão de obra da população residente, devido as suas condições de educação, é do tipo menos qualificado não conseguindo, portanto, ingresso direto nas indústrias locais o que as faz migrar para o grande centro urbano do Rio de Janeiro.

Essa migração da população para o espaço urbano em busca de trabalho, nem sempre bem remunerado, aliado à histórica dificuldade do poder público em criar políticas habitacionais adequadas são fatores que têm levado ao crescimento dos domicílios em favelas. Dados do Ministério das Cidades, apoiados nos números do Censo 2000 do IBGE, apontam que entre 1991 e 2000, enquanto a taxa de crescimento domiciliar foi de 2,8%, a de domicílios em favelas foi de 4,8% ao ano. Entre 1991 e 1996 houve um aumento de 16,6% (557 mil) do número de domicílios em favelas; e entre 1991 e 2000 o aumento foi de 22,5% (717 mil).

Esse cenário que impacta diretamente nas condições de saúde da população, pois na maioria das favelas, além da falta de saneamento básico que por si já tem grande impacto na saúde, verifica-se também elevados índices de alcoolismo, toxicodependência, doenças mentais, homicídios e suicídios.

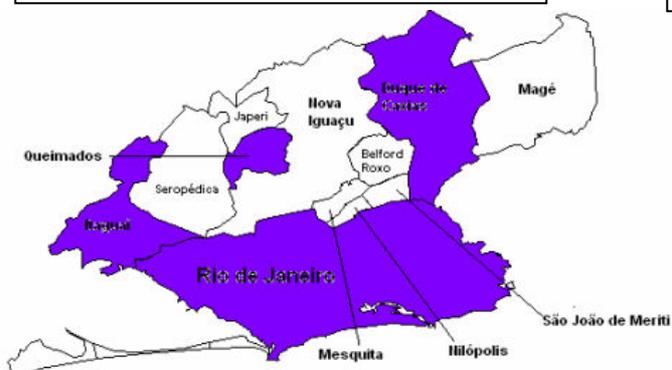
1.2.1.2. MEIO AMBIENTE

O conhecimento dos fatores determinantes das doenças permite a aplicação de medidas, preventivas e curativas, direcionadas a alvos específicos, cientificamente identificados, o que resulta em aumento da eficácia das intervenções. Os indicadores fornecidos pela Epidemiologia servem como suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

EXPOSIÇÃO À SOLO CONTAMINADO

Na região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro há três municípios cujas populações estão sob risco de exposição a solo contaminado. No entanto, Duque de Caxias é o único município, desta região, cujo Sistema de Vigilância VIGISUS considera como tendo a população não sob risco, mas, verdadeiramente exposta, a solo contaminado como ilustrado nos mapas abaixo:

Municípios da Região Metropolitana I cujas populações estão sob risco de exposição a solo contaminado



Municípios da Região Metropolitana I cujas populações estão expostas a solo contaminado



Fonte: SESDEC/ Caderno de Informações de Saúde do Estado do Rio de Janeiro – maio de 2009

Isto se deve a duas situações encontradas no município que são: a contaminação do solo por organoclorado, na localidade de Cidade dos Meninos e aos aterros sanitários principalmente o de Gramacho, que recebe durante muitos anos, o lixo da cidade do Rio de Janeiro e de outros municípios limítrofes de forma inadequada.

A contaminação por organoclorado (hexaclorociclohexano - HCH) foi constatada a partir de 1989, quando houve denúncia nos meios de comunicação de que um inseticida altamente tóxico estava sendo comercializado em feira livre no centro do município. As investigações comprovaram a existência de grande quantidade de HCH ainda *in natura* em uma fábrica desativada no bairro Cidade dos Meninos (Bastos, 2000; Mello, 1999; Oliveira, 1994). Essa fábrica, inaugurada em 1950 para produzir inseticidas a fim de controlar e/ou erradicar vetores cujas doenças na época provocavam grandes danos à saúde pública, fora desativada em 1961. O inseticida produzido teve seu uso restrito em 1985 devido à comprovação de danos à saúde da população exposta. No início da década de 90, estudos toxicológicos e clínicos comprovaram a presença do produto em solo, frutas, leite bovino, leite e plasma humano nos arredores da antiga fábrica. Em 1995 houve tentativa de descontaminação do solo com a adição de cal (óxido de cálcio). Entretanto, pesquisa recente comprovou que, por causa da técnica usada e das características do solo e da vegetação local, houve aumento da concentração do produto em determinadas áreas (Bastos, 1999).

O aterro sanitário, o maior deles, localizado no bairro de Gramacho, ainda recebe lixo de vários municípios da Região Metropolitana mediante pagamento ao órgão gerencial. O outro, localizado próximo à divisa com o município do Rio de Janeiro, há alguns anos não recebe mais resíduos, tendo sido ocupado por grupo populacional de baixa renda.

QUALIDADE DO AR

Aplicando a metodologia "Industrial Pollution Projection System" (IPPS), desenvolvida pelo Banco Mundial, o IBGE identificou, pela primeira vez, os municípios do estado do Rio de Janeiro que têm os maiores potenciais de emissão industrial de poluentes atmosféricos e, verificou quais são os tipos de indústrias com maior capacidade de poluir o ar. O potencial de poluição industrial do ar é concentrado na emissão de dióxido de enxofre (SO₂) e particulados finos (PM10), substâncias que causam danos à saúde respiratória e ao meio ambiente. Os resultados indicaram que poucas divisões industriais – refino de petróleo, minerais não-metálicos e metalurgia - concentram a maior parte das emissões potenciais de poluentes e que, dentro desses segmentos, um número reduzido de unidades produtoras responde pela quase totalidade do potencial poluidor.

Dentre os poluentes investigados, o SO₂ tem o maior potencial de emissões pela indústria fluminense (83.115 toneladas por ano). Trata-se de um gás originado pela queima de combustíveis fósseis, sobretudo na indústria, e está associado a problemas respiratórios e à formação da chuva ácida.

Duque de Caxias é responsável por 22% de toda a emissão de SO₂ no estado sendo 76% dessa emissão devido ao refino de petróleo e da indústria química do município. Por esse motivo, ocupa a segunda posição por emissão de SO₂ no Estado do Rio de Janeiro e a quinta posição com relação a emissão de PM10, como mostra o quadro a seguir.

Ranking dos municípios do Estado de Rio de Janeiro por ordem decrescente do potencial de emissão de PM10 e SO2					
Município	Emissão potencial IPPS		Classificação por postos		Classificação Geral
	PM10 (ton/ano)	SO2 (ton/ano)	PM10	SO2	
Rio de Janeiro	4.843,84	25.569,97	1	1	1
Volta Redonda	4.030,51	10.646,12	2	3	2
Cantagalo	3.442,68	4.179,11	3	4	3
Barra Mansa	1.242,81	3.870,45	4	5	4
Duque de Caxias	522,8	17.959,71	7	2	5
Barra do Piraí	774,81	2.457,26	5	6	6
Nova Iguaçu	573,20	1.374,28	6	9	7
Campos dos Goytacazes	425,64	2.064,42	8	7	8
São Gonçalo	129,09	1.419,22	13	8	9
Macaé	279,07	1.042,04	10	13	10

Fonte: IBGE/2003

Com relação as indústrias instaladas em Duque de Caxias que mais contribuem para a emissão desses gases danosos à saúde temos o seguinte cenário:

	Divisões Industriais que mais contribuem para o potencial poluidor	% de potencial poluidor das Divisões Industriais, em relação ao município	Número de indústrias por Divisão Industrial
PM 10	Química	29	152
	Refino de Petróleo	26	2
	Minerais Não metálicos	16	76
SO2			
	Refino de petróleo	83	2
	Metalurgia	9	47

Fonte: IBGE/2003

Desde 2004, a poluição atmosférica em Duque de Caxias, na Baixada Fluminense, atinge picos que superam em 150 vezes o limite, o que pode provocar inúmeros problemas na população como tosse, agravamento da asma, bronquite, doenças do coração, irritação das mucosas e prejuízo aos pulmões. De acordo com o Inea, os responsáveis pelas emissões, no local, são os carros, devido à proximidade com importantes corredores viários (Rodovia Presidente Dutra, Washington Luís, Linha Vermelha e Avenida Brasil) e a concentração de indústrias de refino de petróleo, que preparam até um plano para melhorar a qualidade do ar (**Fonte: Agência Brasil**)



Os problemas de saúde estão sintetizados na tabela a seguir que mostra a situação dos 10 maiores emissores de PM10 e SO2 no Estado do Rio de Janeiro e a relação com os problemas de saúde ocasionados por essas emissões, na população acima de 60 anos de idade.

Classificação IPPS	Município	População de maiores que 60 anos (1)	Número de Internações (2)	Taxa de Internação %	Mortalidade por doença respiratória (3)	Taxa de Mortalidade por doença respiratória %
1º	Rio de Janeiro	766.544	1.238	0,16	1.352	0,18
2º	Volta Redonda	22.805	196	0,86	91	0,40
3º	Cantagalo	2.179	37	1,70	9	0,41
4º	Barra Mansa	15.458	117	0,76	31	0,20
5º	Duque de Caxias	63.640	226	0,36	98	0,15
6º	Barra do Pirai	9.622	97	1,01	24	0,25
7º	Nova Iguaçu	63.619	172	0,27	118	0,19
8º	Campos	41.614	336	0,81	94	0,23
9º	São Gonçalo	85.190	1.590	1,87	189	0,22
10º	Macaé	10.210	34	0,33	33	0,32

Fontes: IBGE

(1) MS, 2003; (2) MS, 2003; (3) MS, 2003^a

A preocupação com a má qualidade do ar do Pólo Gás-Químico levou o Instituto Estadual do Ambiente a estudar a possibilidade de fazer um rodízio de atividades entre as indústrias de Duque de Caxias, fato inédito no Rio de Janeiro.

Além das exigências de modernização de equipamentos imposta às indústrias de Duque de Caxias, o Inea espera obter algum resultado com a vistoria de gases veiculares do DETRAN, que impedirá a emissão de documentos aos carros fora do padrão de emissão de gases.

QUALIDADE DA ÁGUA:

O registro de informações sobre a qualidade da água procedente dos sistemas e das soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento vem sendo estruturado no Estado do Rio de Janeiro através do SISAGUA (Sistema de Informações do VIGIAGUA), Duque de Caxias cumpre na totalidade os planos de amostragem com todos os parâmetros da Portaria MS 518/04: cloro, turbidez, cor, pH, bacteriológico, trihalometanos, substâncias orgânicas e inorgânicas, agrotóxicos, cianotoxinas e produtos secundários a desinfecção.

1.2.1.3. ESTADO NUTRICIONAL

O crescimento físico é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Apresenta especificidades em cada etapa da vida e sofre influência de vários fatores, tanto genéticos como ambientais. Deste modo, a avaliação do crescimento é um importante instrumento para se conhecer a saúde, tanto individualmente, quanto coletivamente, assim como para detectar e corrigir problemas com repercussões futuras para a saúde.



Dentre os fatores extrínsecos, a situação socioeconômica e cultural permeiam o crescimento infantil desde a fase pré-natal, podendo afetar o quadro nutricional da mãe durante a gravidez, e conseqüentemente retardo de crescimento intra-uterino e agravo inter-relacionado com a prematuridade e com o baixo peso ao nascer e se constituem em importantes fatores intermediários do crescimento posterior da criança merecendo, portanto, destaque ao se avaliar o crescimento infantil.

O peso ao nascer é um dos mais significativos indicadores da qualidade de vida da criança, sendo o muito baixo peso considerado tão relevante na taxa de mortalidade infantil que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a identificá-lo como fator isolado mais importante

Outro aspecto importante, ligado ao crescimento físico e mudanças no estado nutricional de crianças, refere-se ao aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população infantil. Evidências científicas apontam para um aumento nos casos de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes em vários países, refletindo uma transição nutricional pela qual a população está passando e que exige intervenções nutricionais adequadas. Este fato ganha relevância porque indivíduos obesos na infância apresentam elevado risco de permanecerem obesos na vida adulta sendo importante, portanto, além de identificar os casos de obesidade e déficit de crescimento, identificar os fatores que proporcionam à criança um índice de crescimento menor do que o esperado.

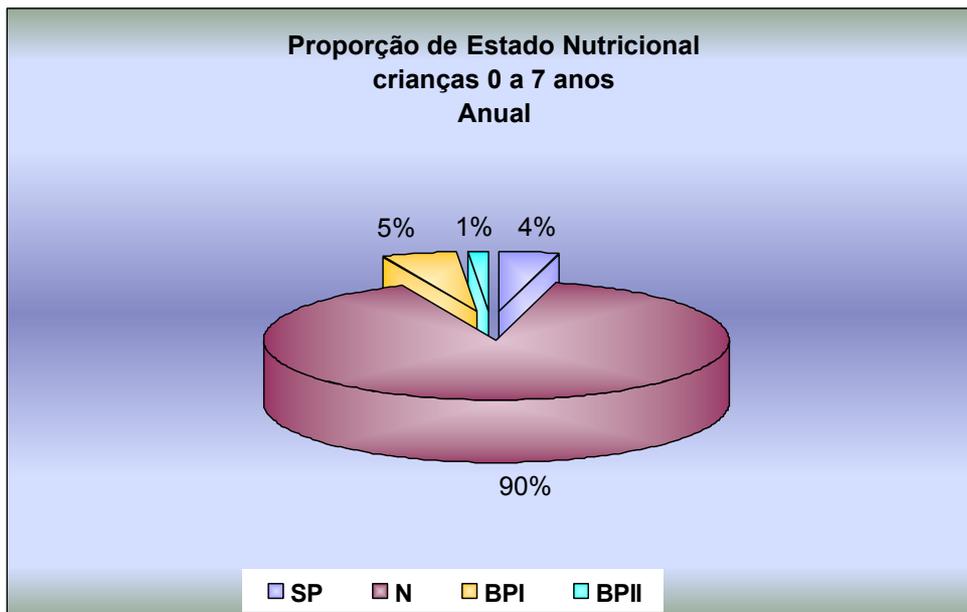
Avaliações em diferentes etapas da vida do ser humano em crescimento, assim como o acompanhamento do crescimento, podem contribuir para explicar fatos que ocorreram em fases anteriores e sugerir riscos imediatos, mediatos e tardios para a saúde de crianças.

A tabela e gráfico a seguir ilustram o estado nutricional de crianças de 0-83 meses, usuárias da rede básica de saúde, em Duque de Caxias, em 2009.

Número de atendimentos e proporções do estado nutricional em crianças de 0 - 83 meses, usuárias da rede básica de saúde									
Ano 2009									
Faixa Etária	SP*	%	N*	%	BPI*	%	BPII*	%	Total
0 a 5 meses	1032	5,07	17679	86,93	1173	5,77	454	2,23	20338
6 a 11 meses	1053	5,18	17961	88,34	1020	5,02	298	1,47	20332
12 a 23 meses	1311	4,26	27498	89,38	1568	5,10	387	1,26	30764
24 a 35 meses	940	3,68	22797	89,34	1400	5,49	379	1,49	25516
36 a 59 meses	1473	3,63	36422	89,72	2172	5,35	527	1,30	40594
60 a 83 meses	1442	3,65	35900	90,79	1806	4,57	394	1,00	39542
Total	7251	4,09	158257	89,37	9139	5,16	2439	1,38	177086

*** SP =sobrepeso; N=normal; BPI= baixo peso I; BPII = baixo peso II**

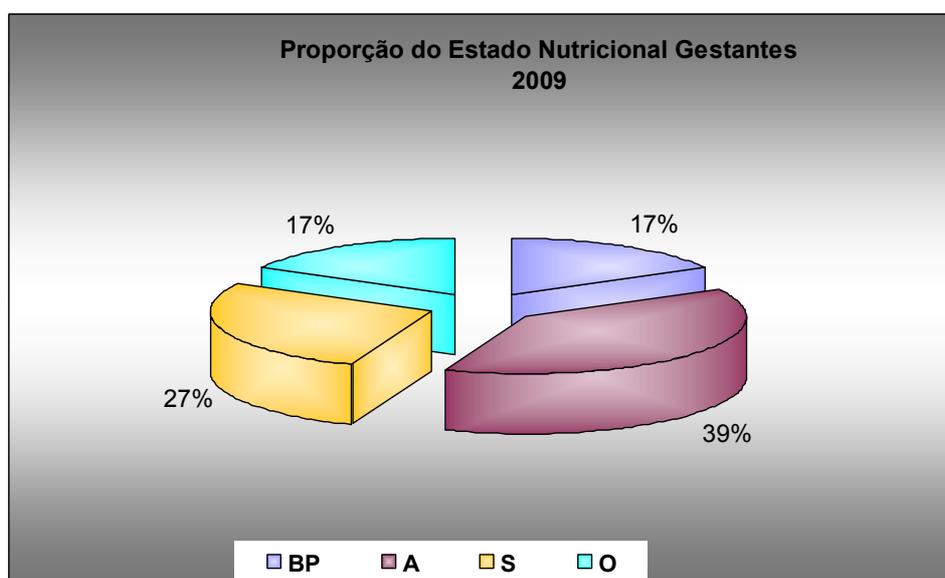
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias



Com relação às gestantes 16,9% apresentavam baixo peso, 27% tinham sobrepeso e quase 17% eram obesas indicando a mesma transição nutricional observada nas crianças conforme ilustram a tabela e gráfico a seguir.

Estado Nutricional das gestantes em Duque de Caxias – Ano 2009

Faixa Etária	BP	%	A	%	S	%	O	%	Total
≤ 20 semanas	435	17,47	1027	41,24	659	26,47	369	14,82	2490
21 a 30 semanas	476	18,41	1022	39,52	696	26,91	392	15,16	2586
≥ 31 semanas	476	15,19	1142	36,45	884	28,22	631	20,14	3133
Total	1387	16,90	3191	38,87	2239	27,27	1392	16,96	8209



Existe um consenso de que o inadequado ganho de peso durante a gestação tem implicações imediatas e, em longo prazo, para a saúde do binômio mãe-feto. A associação da obesidade e gravidez condiciona a mãe e o filho a um alto risco e muitos autores concordam que o sobrepeso pré-gestacional aumenta a morbidade materna e fetal. (EDWARDS et al 1978).

Em 1990, o Institute of Medicine da National Academy of Sciences publicou um artigo confirmando a forte associação entre o ganho de peso gestacional e o tamanho da criança e propôs uma série de recomendações de ganho de peso para o Índice de Massa Corpórea (IMC) pré-gestacional (ABRAMS et al 2000). Recomenda-se um ganho de 10 a 12 kg durante a gestação e, para mulheres com sobrepeso (IMC entre 26 e 29), é recomendado o ganho de 7 a 11 kg.

A obesidade durante a gravidez também está associada a um maior risco de infecções do trato urinário, de desordens tromboembólicas, da função cardiorespiratória e do sistema esquelético-muscular, de doença hipertensiva específica da gravidez, diabetes mellitus gestacional, efeitos adversos no sistema circulatório, e maior número de partos dos tipo cesariana.

O diabetes pode existir apenas como resposta ao estresse da gravidez e se resolver após o parto, uma condição chamada de diabetes gestacional. Entretanto, o excesso de peso aumenta o risco da intolerância à glicose em gestantes. Mesmo em mulheres com sobrepeso moderado a incidência de diabetes gestacional é de 1,8 a 6,5 vezes maior do que naquelas com peso normal.

Alterações hemodinâmicas em obesas durante a gestação incluem o aumento da pressão arterial, alteração da função cardíaca e hemoconcentração. Desordens hipertensivas são significativamente maiores em gestantes obesas do que em não obesas. Mesmo quando o sobrepeso é moderado, a ocorrência de hipertensão e pré-eclâmpsia é significativamente maior. Em mulheres obesas, a incidência de hipertensão é 2,2 a 21,4 vezes maior do que em mulheres com peso normal, e a pré-eclâmpsia ocorre de 1,22 a 9,7 vezes mais frequentemente. A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) é ainda uma causa significativa da morbidade fetal e materna e sua etiologia, embora não totalmente desvendada, esta relacionada com o peso materno e sua massa corporal.

A incidência de morte perinatal de bebês de mulheres obesas excede a de mulheres com peso normal em 2,5 a 3,4 vezes. Complicações maternas e partos prematuros contribuíram amplamente para essa alta mortalidade. (GALTIER-DEREURE et al 2000).

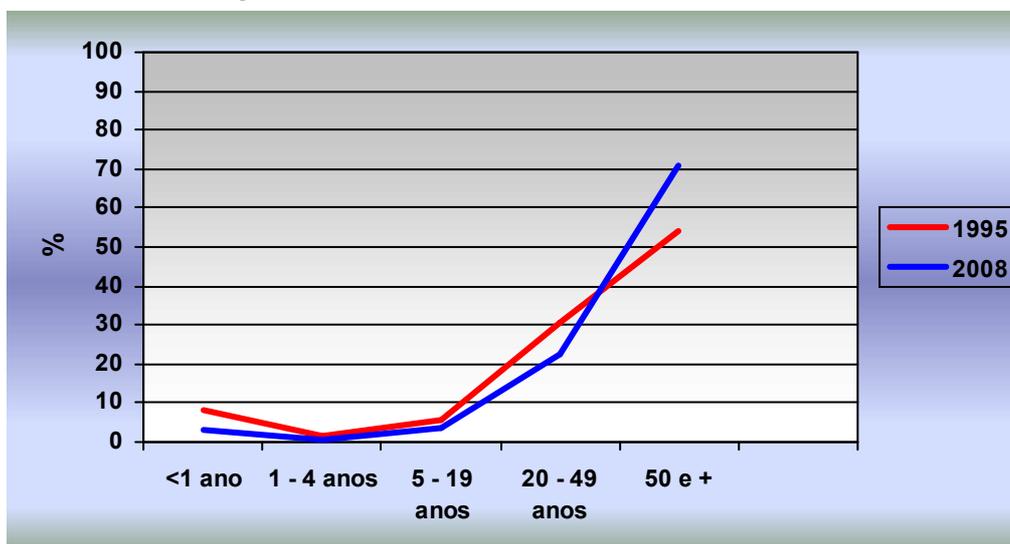
1.2.2. ANÁLISE DA MORTALIDADE EM DUQUE DE CAXIAS

As Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos são importantes fontes de informação, através das quais podem ser obtidos indicadores que permitem delinear o perfil "saúde - doença" da população. A análise dos dados emitidos pelo SIM permite o conhecimento, dentre outros, dos seguintes indicadores: mortalidade proporcional por grandes grupos de causas, mortalidade proporcional por faixa etária, coeficiente de mortalidade por causas específicas, coeficiente de mortalidade infantil, mortalidade proporcional por determinada doença em determinada faixa etária e coeficiente de mortalidade materna.

A Curva de Mortalidade Proporcional representa graficamente a mortalidade proporcional segundo grupos etários prefixados. De acordo com os tipos de curva resultantes, avalia-se o nível de saúde. É considerado um nível de saúde muito baixo quando o gráfico apresenta forma irregular, um gráfico em forma de jota invertido representa um nível de saúde baixo, já um gráfico em forma de U representa um nível de

saúde regular e um nível de saúde elevado é representado por um gráfico na forma da letra J. O gráfico correspondente ao nível de saúde de Duque de Caxias representa um nível de saúde que pode ser considerado como bom, pois a curva descrita pelo gráfico se aproxima da letra J.

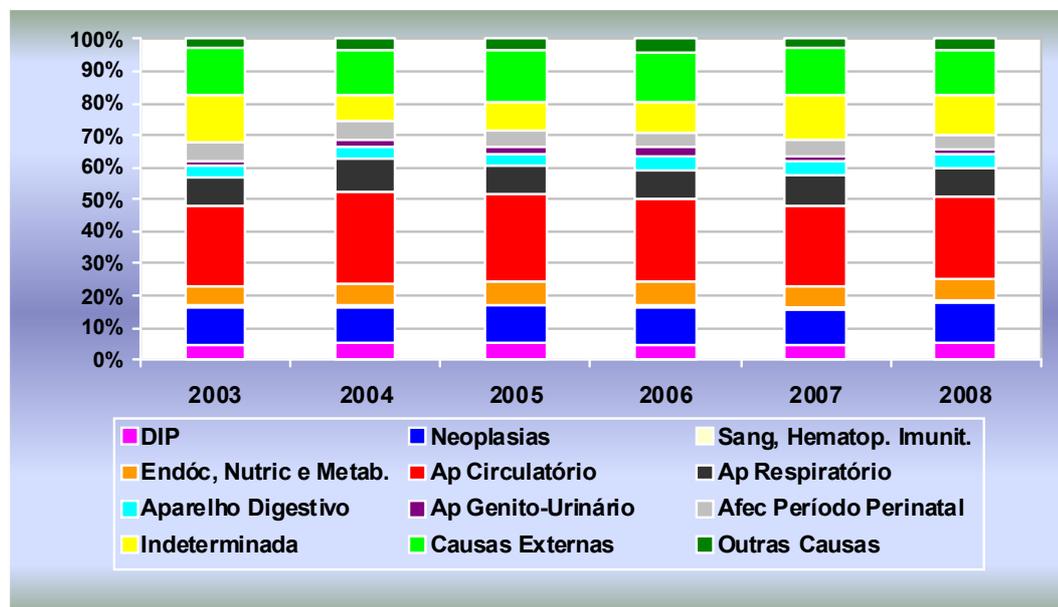
**Curva de Mortalidade Proporcional por Faixa Etária
 Duque de Caxias / Rio de Janeiro –1995 e 2008.**



Os óbitos registrados, em 2008, em Duque de Caxias tiveram em números absolutos e coeficientes, as seguintes causas:

GRUPO DE CID		2008	
		Óbitos	%
I	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	361	5,7
II	Neoplasias	773	12,63
III	Doenças Sangue, Órg Hematop. e Transt. Imunit.	39	0,6
IV	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metab.	458	7,3
V	Transtornos Mentais e Comportamentais	33	0,5
VI	Doenças do Sistema Nervoso	73	1,2
VII	Doenças do Olho e Anexos	1	0,0
VIII	Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	2	0,0
IX	Doenças do Aparelho Circulatório	1.609	25,7
X	Doenças do Aparelho Respiratório	521	8,3
XI	Doenças do Aparelho Digestivo	283	4,5
XII	Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	8	0,1
XIII	Doenças do Sist. Osteomuscular e Tec Conjuntivo	22	0,4
XIV	Doenças do Aparelho Genito-Urinário	132	2,1
XV	Gravidez, Parto e Puerpério	11	0,2
XVI	Afecções Originadas no Período Perinatal	261	4,1
XVII	Malformações Cong, Deform. e Anomalias Cromossomiais	57	0,9
XVIII	Sintomas Achados Anormais Ex. Clínicos/Lab.	722	11,5
XIX	Lesões, Envenenamento e Outras Causas Externas	0	0,0
XX	Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	898	14,3
Total		6.264	100

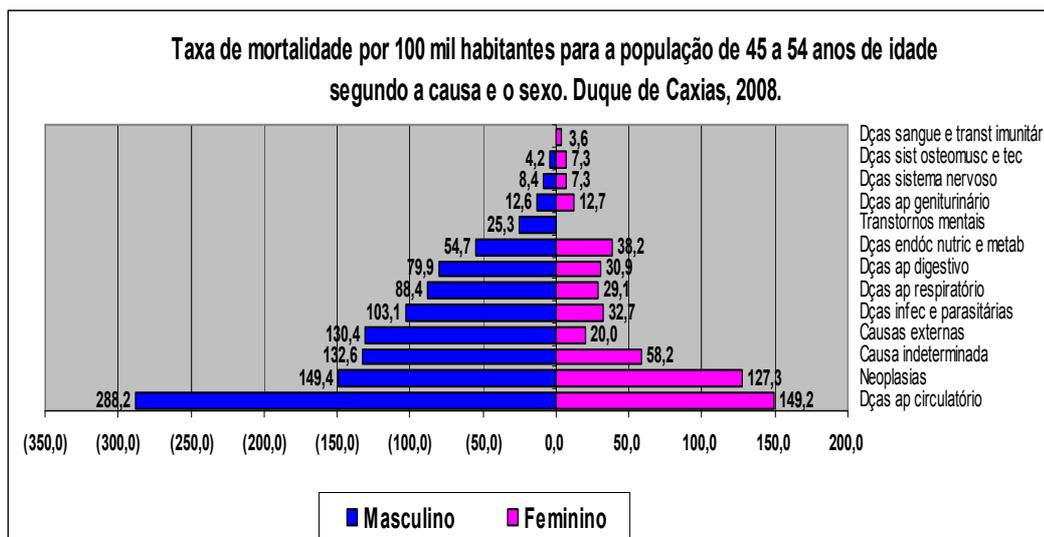
A figura abaixo ilustra e ressalta as principais causas de óbito em Duque de Caxias. Consta-se que a primeira causa de óbito no município são as doenças do aparelho circulatório que permanecem nesse status há dez anos, seguidas por causas externas, morbidade e mortalidade e as neoplasias.



A tabela a seguir apresenta as oito principais causas de óbito, por ordem decrescente de grandeza no município.

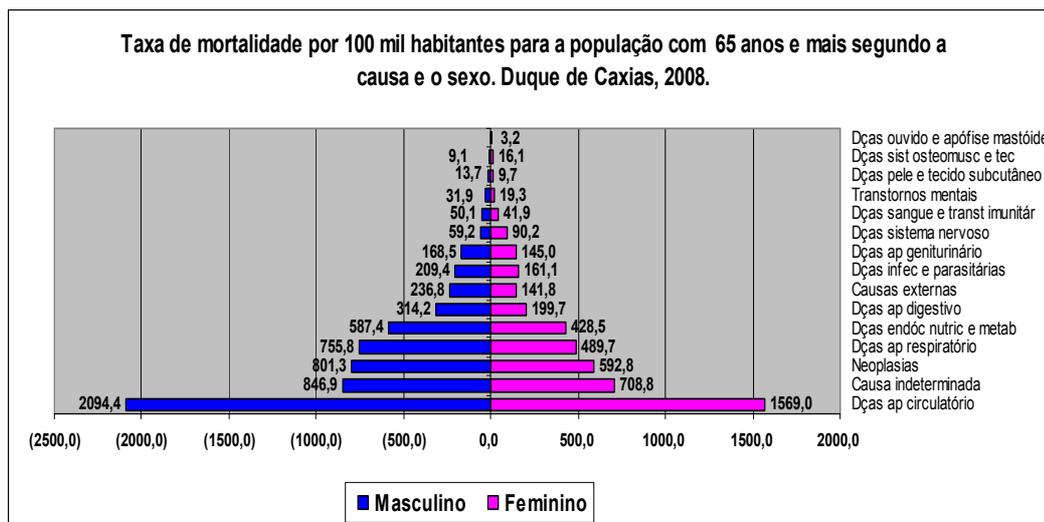
Causa Básica		2008	
		Nº	%
1ª Causa	Doenças do Aparelho Circulatório	1.609	25,69
2ª Causa	Causas Externas Morbidade e Mortalidade	898	14,34
3ª Causa	Neoplasia	773	12,34
4ª Causa	Sintomas e Sinais Mal Definidos	722	11,53
5ª Causa	Doenças do Aparelho Respiratório	521	8,32
6ª Causa	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	458	7,31
7ª Causa	Doenças do Aparelho Digestivo	361	5,76
8ª Causa	Afecções Originadas no Período Perinatal	261	4,17
9ª Causa	Demais Causas	661	10,55
Total		6.264	100

As doenças do aparelho circulatório, embora sejam a primeira causa de óbito do município são preferencialmente verificadas na faixa etária a partir dos 45 anos de idade apontando para o envelhecimento da população e hábitos de vida.



Fonte: SESDEC-RJ/CISA/DDV/SIM

Dados sujeitos à revisão-26/01/10

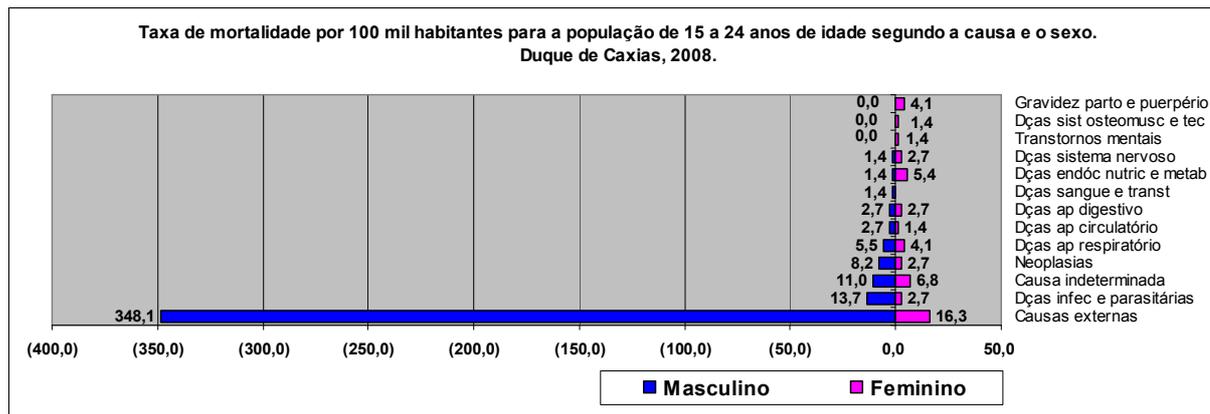


Fonte: SESDEC-RJ/CISA/DDV/SIM

Dados sujeitos à revisão-26/01/10

As causas externas merecem ser estratificadas por faixa etária para melhor compreensão de suas causas. Nos gráficos a seguir observamos que elas são a principal causa de óbito na faixa etária entre os 15 e 44 anos de idade com grande predominância para o sexo masculino, o que aponta para a violência urbana como seu principal fator determinante.

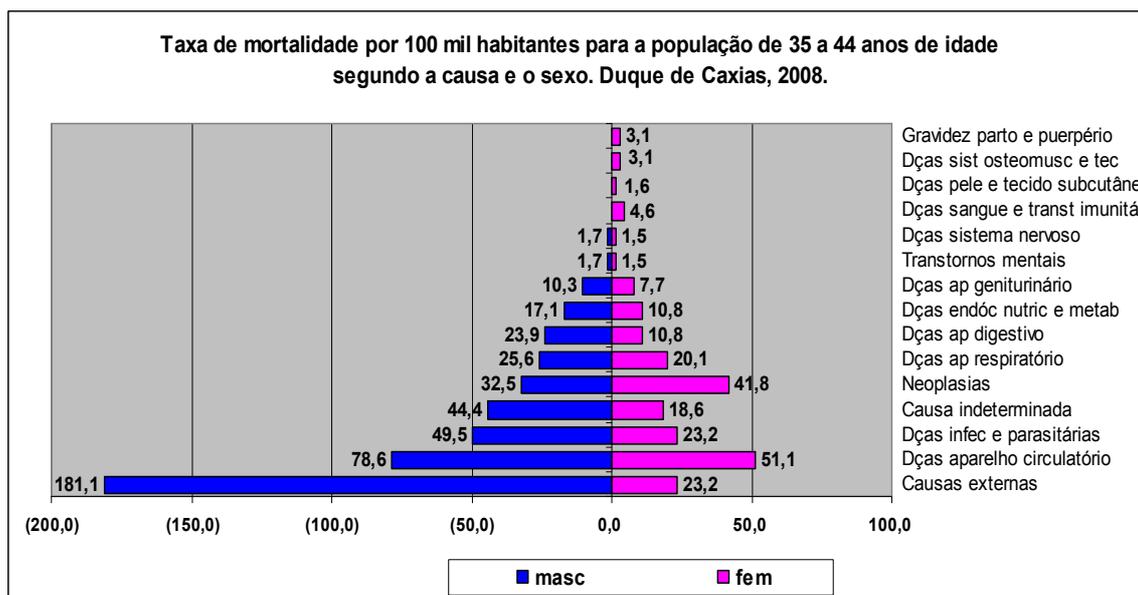
Na faixa etária de 15 a 24 anos as causas externas aparecem como principal causa de óbito tanto para meninas quanto para meninos, mas o risco de morte é 21 vezes maior no sexo masculino em relação ao feminino.



Fonte: SESDEC-RJ/CISA/DDV/SIM

Dados sujeitos à revisão-26/01/10

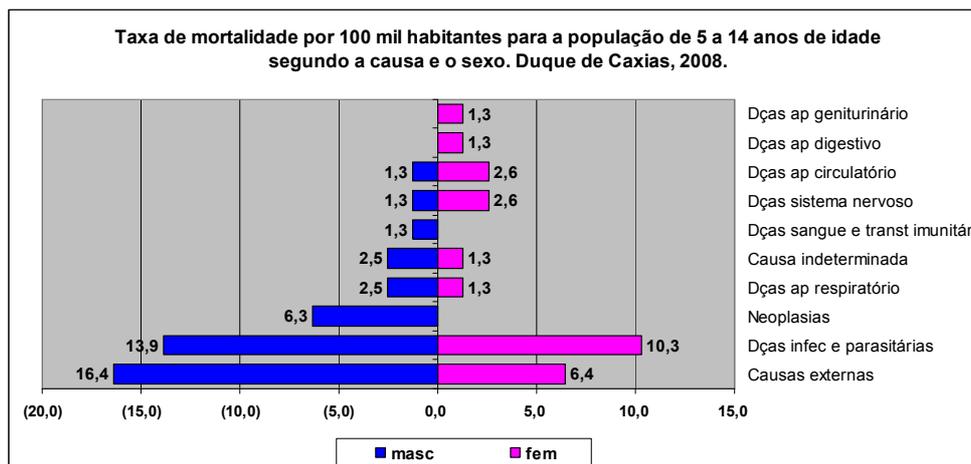
Na faixa etária de 35 a 44 anos permanecem as causas externas como principal causa morte nos homens, porém nas mulheres as doenças do aparelho circulatório já aparecem como primeira causa de óbito



Fonte: SESDEC-RJ/CISA/DDV/SIM

Dados sujeitos à revisão-26/01/10

Importante também considerar os óbitos por causas externas na faixa etária entre os 5 e 14 anos de idade. Nessa faixa etária, as causas externas são a segunda causa de óbito, mas o risco de morte difere significativamente entre meninos e meninas. A chance de um garoto morrer por causa externa foi 2,5 vezes maior que o risco verificado para as meninas. Para as meninas, as doenças infecto parasitárias se apresentam como principal causa de morte, mas são seguidas muito de perto pelas causas externa.



Fonte: SESDEC-RJ/CISA/DDV/SIM

Dados sujeitos à revisão-26/01/10

A partir de 2003, a SESDEC/RJ passa a agregar informações da imprensa escrita na qualificação dos óbitos por causa externa e a tabela a seguir evidencia suas causas.

menores 01 ano - Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
V01 a V99 - Acidentes Transporte	0	0	0	0	1	1	1	1	0
W00 a W19 - Quedas	0	1	0	0	0	0	0	0	0
W20 a W49 - Exposicao a forcas mecanicas inanimadas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
W75 a W84 - Outros riscos acidentais a respiração	4	5	7	7	6	8	11	9	13
W85 a W99 - Expos corrente eletrica, radiação, temperaturas e as pressões extremas do ambiente	0	1	0	0	0	1	0	0	0
X00 a X09 Exposicao ao fumo, fogo e às chamas	0	0	2	0	0	0	0	0	0
X30 a X39 - Exp Forças Natureza	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Y09 Agressão Meio NE	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Y10 a Y34 - Eventos intenção indet	2	2	0	0	1	3	2	3	0
Total	7	9	10	7	8	13	15	14	13

01 a 4 anos - Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
V01 a V99 - Acidentes Transporte	1	2	3	3	2	2	1	1	2
W00 a W19 - Quedas	0	2	1	0	3	0	0	3	0
W65 - W74 - Afogamento acid	3	5	2	3	7	2	3	3	1
W75 a W84 - Outros riscos acidentais a respiração	2	4	1	1	1	1	2	4	0
W85 a W99 - Expos corrente eletrica, radiação e as temp e as pressões extremas do ambiente	0	0	1	0	0	0	0	0	0
X00 a 09 - Exposicao ao fumo, fogo e às chamas.	0	0	0	1	0	0	0	1	0
X30 a X39 - Exp Forças	0	0	0	0	1	0	0	0	0

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E INVESTIMENTOS EM SAÚDE



Natureza									
X58 a X59 - Exposicao acidental a outros fatores e aos NE	0	0	0	0	0	2	0	0	0
X85 a Y09 - Agressões	0	1	0	0	1	0	1	1	0
Y10 a Y34 - Eventos intenção indet	1	1	2	1	0	0	1	0	2
Y83 a Y84 - Reac anorm compl tard	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	7	16	10	9	15	7	8	13	5

05 a 14 anos - Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
V01 a V99 - Acidentes Transporte	5	10	7	10	7	12	11	6	7
W00 a W19 - Quedas	0	1	1	2	2	3	0	0	0
W20 a W49 - Exposicao a forcas mecanicas inanimadas	1	0	0	0	0	0	0	1	0
W65 - W74 - Afogamento acid	1	3	1	2	1	1	5	1	3
W75 a W84 - Outros riscos acidentais a respiração	0	1	0	0	0	0	1	0	0
W85 a W99 - Expos corrente eletrica, radiação e as temp e as pressões extremas do ambiente	0	1	0	0	3	0	2	1	1
X00 a X09 - Exposicao ao fumo, fogo e às chamas.	0	0	1	0	0	1	1	0	0
X30 a X39 - Exp Forças Natureza	0	0	0	0	1	0	2	0	0
X58 a X59 - Exposicao acidental a outros fatores e aos NE	0	2	2	0	0	0	1	1	2
X85 a Y09 - Agressões	3	3	8	7	9	15	8	6	5
Y10 a Y34 - Eventos intenção indet	2	2	4	0	2	1	1	0	0
Total	12	23	24	21	25	33	32	16	18

15 a 24 anos - Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
V01 a V99 - Acid de Transporte	16	14	31	25	26	34	27	33	25
W00 a W19 - Quedas	2	0	1	2	3	2	1	0	1
W20 a W49 - Exposicao a forcas mecanicas inanimadas	5	0	1	0	0	0	0	2	0
W65 - W74 - Afogamento acid	7	6	4	1	4	3	4	5	2
W75 a W84 - Outros riscos acidentais a respiração	0	1	0	1	0	0	3	0	1
W85 a W99 - Expos à corrente eletrica, radiação, temperaturas e as pressões extremas do ambiente	0	1	1	0	1	0	2	2	3
X00 a X09 - Exposicao ao fumo, fogo e às chamas.	0	0	3	0	0	0	0	0	0
X10 -X19 Contato com uma fonte de calor ou com subst. quentes.	0	0	0	0	0	1	0	0	0
X58 a X59 - Exposicao acidental a outros fatores e	3	1	5	6	3	3	7	0	2

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E INVESTIMENTOS EM SAÚDE



aos NE									
X60 - X84 - Lesões autoprovocadas intencionalmente	2	2	2	5	1	3	0	2	0
X85 a Y09 - Agressões	190	182	202	231	168	218	219	202	188
Y10 a Y34 - Eventos intencional indet	9	12	25	6	2	10	12	18	31
Y35 - Y36 - Intervenção legal e operações de guerra	0	0	0	3	1	10	5	1	13
Y83 a Y84 - Reac anorm compl tard interv cirurg s/acid	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Y85 a Y89 - Sequelas causas exter	0	0	0	0	1	1	0	1	0
Total	234	219	275	280	210	286	280	266	266

25 a 44 anos - Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
V01 a V99 - Acid Transporte	37	39	54	42	54	60	74	57	52
W00 a W19 - Quedas	8	3	4	5	10	10	12	6	10
W20 a W49 - Exposição a forças mecânicas inanimadas	9	3	2	0	0	0	1	2	1
W65 - W74 - Afogamento acid	1	7	8	2	2	2	5	3	1
W75 a W84 - Outros riscos acidentais a respiração	3	4	2	3	0	0	2	3	2
W85 a W99 - Exposição à corrente elétrica, radiação, temperaturas e as pressões extremas do ambiente	4	5	6	1	1	2	5	2	3
X00 a X09 - Exposição ao fumo, fogo e às chamas.	2	3	3	1	3	1	1	2	1
X30 a X39 - Exp Forças Natureza	0	0	0	0	1	0	0	0	0
X40 a X49 - Envenenamento acid por exposição a subst nocivas.	0	1	0	0	0	0	0	0	0
X50 -X59 Exposição Fatores Não Especificados	0	0	0	0	0	0	0	3	14
X60 - X84 - Lesões autoprovocadas intencionalmente	12	13	22	7	5	11	13	7	5
X85 a Y09 - Agressões	213	223	270	264	226	255	244	238	214
Y10 a Y34 - Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	19	31	36	15	22	8	22	30	67
Y35 - Y36 - Intervenção legal e operações de guerra	0	0	0	1	2	9	0	2	5
Y83 a Y84 - Reac anorm compl tard interv cirurg s/acid	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Y85 a Y89 - Sequelas causas exter	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total	308	332	407	343	326	359	379	355	377

45 a 64 anos -Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
V01 a V99 - Acid Transporte	28	33	29	24	38	47	32	31	24
W00 a W19 - Quedas	12	8	8	8	12	10	11	17	14
W20a W49 - Exposição a	4	2	1	0	0	1	0	1	1

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E INVESTIMENTOS EM SAÚDE



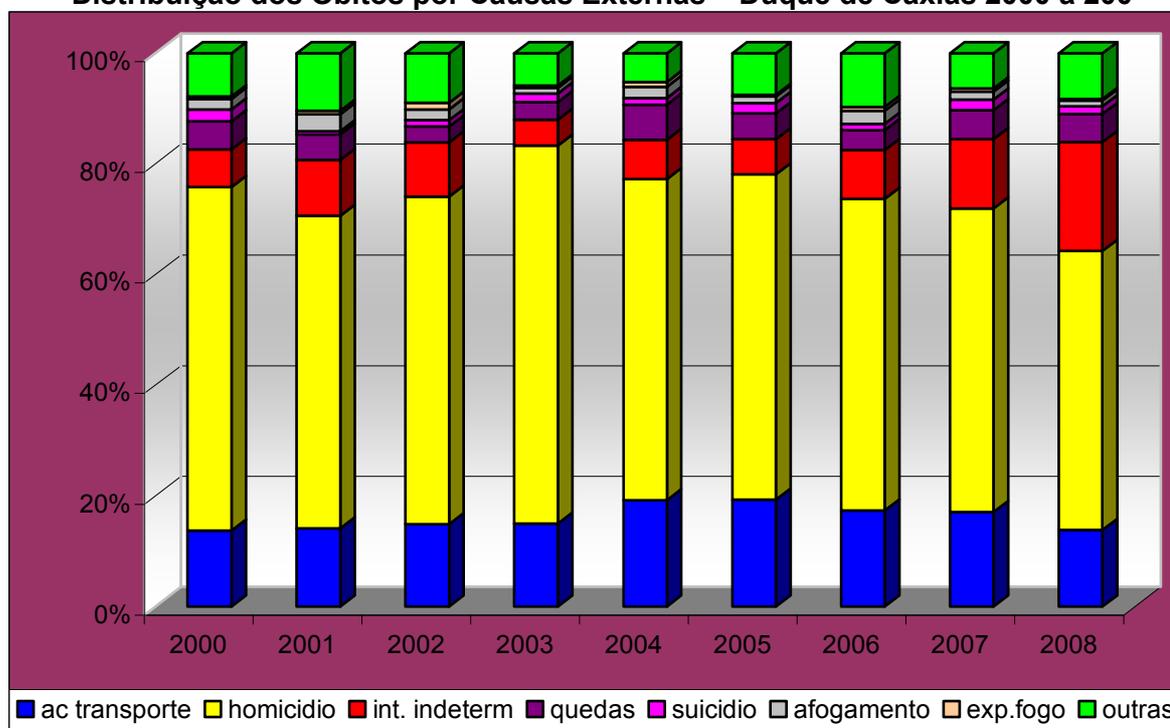
forças mecânicas inanimadas									0
W65 - W74 - Afogamento acidental	2	3	2	0	2	3	5	1	2
W75 a W84 - Outros riscos acidentais a respiração	2	4	1	3	3	2	1	4	3
W85 a W99 - Expos à corrente elétrica, radiação, temperaturas e as pressões extremas.	0	3	4	2	2	0	0	2	2
X00 a X09 - Exposicao ao fumo, fogo e às chamas.	0	2	2	0	3	1	1	1	1
X30 a X39 - Exp Forças Natureza	0	0	0	0	0	0	2	0	0
X58 a X59 - Exposicao acidental a outros fatores e aos NE	3	9	12	4	2	5	8	3	3
X60 - X84 - Lesões autoprovocadas intencionalmente	5	1	2	5	6	5	5	7	5
X85 a Y09 - Agressões	39	36	50	56	42	44	44	31	31
Y10 a Y34 - Eventos inten indeter	7	21	13	11	12	15	15	21	35
Y40 a Y84 - Complicações de assistencia médica e cirúrgica	0	1	1	0	1	5	2	0	3
Y85 a Y89 - Sequelas de causas externas	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Total	102	123	125	113	123	138	127	119	123

maior 65 anos - Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
V01 a V99 - Acid Transporte	13	13	11	20	22	22	14	27	12
W00 a W19 - Quedas	15	22	11	9	20	18	8	19	20
W20a W49 - Exposição a forças mecânicas inanimadas	6	1	0	0	0	0	0	0	0
W65 - W74 - Afogamento acid	0	0	0	0	0	1	0	0	0
W75 a W84 - Outros riscos acidentais a respiração	3	8	5	4	4	7	10	8	6
W85 a W99 - Expos à corrente elétrica, à radiação, temperaturas e as pressões extremas do ambiente	1	0	0	0	1	0	0	0	0
X00 a X09 - Exposicao ao fumo, fogo e às chamas.	2	1	0	1	1	0	3	0	1
X10 -X19 Contato com fonte de calor ou com substancias quentes.	0	1	0	0	0	0	0	0	0
X58 a X59 - Exposicao acidental a outros fatores e aos NE	0	7	7	1	0	0	2	3	8
X60 - X84 - Lesões autoprovocadas intencionalmente	1	1	2	1	1	4	2	2	2
X85 a Y09 - Agressões	5	6	4	9	9	7	4	4	5
Y10 a Y34 - Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	11	14	9	6	17	20	29	27	38
Y40 a Y84 - Complicações de assistencia médica e	1	4	4	3	2	3	7	6	3



cirúrgica									
Y85 a Y89 - Sequelas de causas externas	0	0	0	0	0	1	1	0	1
Total	58	78	53	54	77	83	80	96	96
Idade Ign - Causa (CID10 3C)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
V01 a V99 - Acid Transporte	1	0	0	1	1	0	0	0	0
W85 a W99 - Expos corrente elet, radiação, temp, pressões ambiente	0	0	0	1	0	0	0	0	0
X85 a Y09 - Agressões	2	6	4	1	0	4	1	1	0
Y10 a Y34 - Eventos (fatos) c intenção é indeterminada	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Total	3	6	4	3	1	6	1	1	0

Distribuição dos Óbitos por Causas Externas – Duque de Caxias 2000 a 2008



Fonte 1990-1998: MS/CD-ROOM FUNASA/CENEPI/SIM

1999- 2007: SESDEC-RJ/CISA/DDV/SIM

Dados sujeitos à revisão–23/09/08

Fica claro que a principal causa externa que tem levado à óbito, nos últimos 10 anos são os homicídios, em proporção muito maior que as demais. De acordo com o mapa da violência dos municípios brasileiros 2008¹⁴, embora os homicídios venham diminuindo a partir de 2004, no Brasil, eles ainda matam mais do que as epidemias. Ainda segundo o mesmo relatório Duque de Caxias possui uma taxa média de homicídios por 100 mil habitantes de 81,5 ocupando a 21ª posição dos municípios com maiores taxas médias de homicídios e o 10º em números absolutos de homicídios.

Os homicídios entre a população de 15 a 24 anos de idade tiveram, ainda segundo esse relatório, um aumento de 31,3%, que foi bem superior ao experimentado pelos homicídios na população total que foi de 20% no período de 1996 a 2006, conforme ilustra o gráfico a seguir.



Fonte: Microdados SIM/SVS/MS

Com relação às neoplasias, terceira causa de óbitos em Duque de Caxias, as principais neoplasias que levaram a óbito, em 2008, foram as seguintes:

Causa	2007		2008	
	Nº	Coef	Nº	Coef
Neoplasia	677	78,1	729	84,3
Neoplasia de Mama (100.000 mulheres)	61	13,6	71	15,9
Neoplasia de intestino			83	9,6
Neoplasia de Próstata (100.000 homens)	50	11,9	39	9,4
Neoplasia Traquéia, Brônquios e Pulmão.	79	9,1	79	9,1
Neoplasia de Esômagô			63	7,3
Neoplasia Colo Útero (100.000 mulheres)	39	8,7	32	7,2

As "Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas", foram a sexta causa de óbitos no município e dentre elas a Diabetes Mellitus e suas complicações foram as que registraram maior número de óbitos, fato que aponta para a necessidade de implementação dessa linha de cuidado.

Grupo	2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº	Coef								
Diabetes	300	78,5	295	72,5	330	76,4	312	78,0	361	78,8
Desnutrição	45	11,8	66	16,2	54	12,5	43	10,8	37	8,1
Demais Doenças Endócrinas	37	9,7	46	11,3	48	11,1	45	11,3	60	13,1
Total	382		407		432		400		458	

Os óbitos por afecções do período perinatal (que compreendem o número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nascidos vivos com menos de sete dias de idade), nona causa de óbito no município, merecem uma melhor análise, pois se relacionam com o coeficiente de mortalidade infantil.

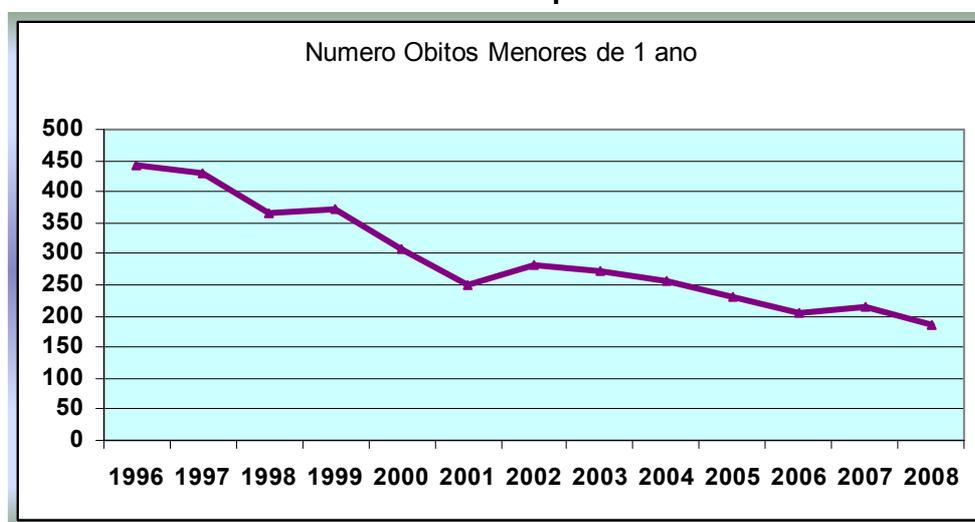
A taxa de mortalidade infantil estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e reflete de maneira geral, as condições de

desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Ao longo das últimas décadas a redução dos óbitos entre os menores de um ano de idade configurou-se como uma das principais metas na área da saúde em diversos países.

É considerado o valor da taxa como alto quando atinge 50/1000NV, médio quando fica entre 20 a 49/1000nv e baixo quando seu valor é inferior a 20/1000NV. No entanto essa avaliação é dinâmica, pois se baseia nos valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas, podendo variar com o tempo.

No Estado do Rio de Janeiro a taxa de mortalidade infantil é de 18,9, então, podemos considerar que em Duque de Caxias, ainda que elevada, há quatro anos esta se mantém abaixo da média estadual e vem apresentando declíneo.

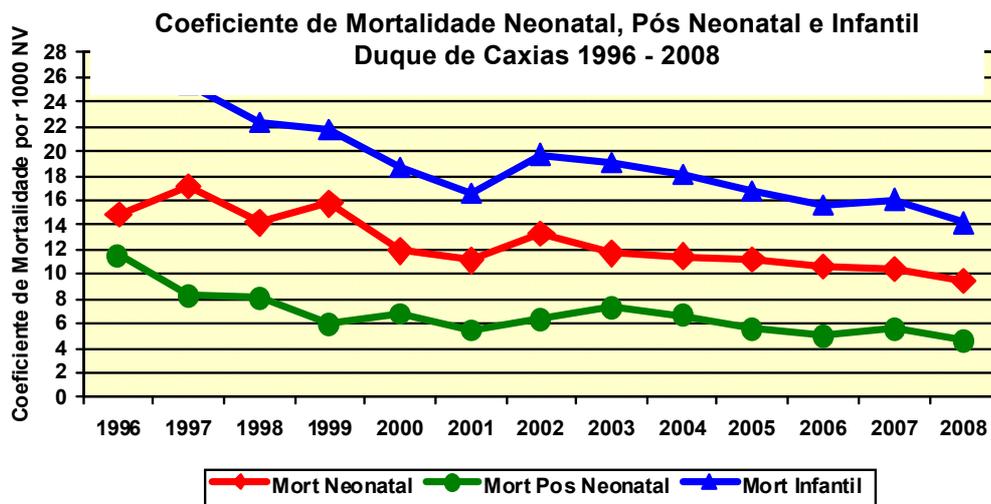
Mortalidade Infantil - Duque de Caxias



A tabela a seguir apresenta uma série histórica de dez anos dos coeficientes de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia, neonatal, perinatal, pós neonatal e infantil do município de Duque de Caxias.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE							
Ano	Natimortos por 1.000NV	Neonatal Precoce por 1000NV	Neonatal Tardia por 1.000NV	Neonatal por 1.000NV	Perinatal por 1.000NV	Pós Neonatal por 1.000NV	Infantil por 1.000NV
1998	12,0	11,3	2,9	14,2	23,3	8,1	22,3
1999	7,9	12,1	3,6	15,7	20,0	6,0	21,7
2000	9,3	8,8	3,1	11,9	18,0	6,8	18,7
2001	8,9	8,6	2,5	11,1	17,5	5,5	16,6
2002	11,4	8,9	4,1	13,0	20,2	6,2	19,2
2003	10,8	4,3	2,6	11,7	15,1	7,3	19,0
2004	10,4	4,5	1,7	6,2	14,8	4,2	18,2
2005	9,84	8,34	2,83	11,17	18,10	5,58	16,75
2006	11,49	7,90	2,66	10,56	19,29	5,09	15,64
2007	12,01	8,18	2,25	10,43	20,10	5,62	16,06
2008	13,20	6,73	3,21	9,94	19,85	4,89	14,82

Fonte 1990-1998: MS/CD-ROOM FUNASA/CENEPI
 1999- 2008: SESDEC-RJ/CISA/DDV



Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), "morte materna" é todo falecimento causado por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorrido até 42 dias depois. A OMS considera aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos; entre 20 e 49 mortes, o índice é considerado médio; entre 50 e 149 mortes é um índice alto e, acima de 150, muito alto. No Brasil, a taxa oficial de mortalidade materna é de 75 mortes de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos.

Em Duque de Caxias o coeficiente de mortalidade materna ainda é muito alto. Considerando-se uma série histórica de onze anos observamos que esse coeficiente fica em torno de 85 mortes por 100 mil nascidos vivos o que pode ser considerado muito alto.

Série Histórica do Coeficiente de Mortalidade Materna em Duque de Caxias										
1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
104,01	81,63	60,56	59,72	83,84	62,32	99,64	87,04	106,32	105,08	88,14
Fonte 1990-1998: MS/CD-ROOM FUNASA/CENEPI 1999- 2008: SESDEC-RJ/CISA/DDV										

1.2.3. ANÁLISE DA MORBIDADE

1.2.3.1. PRINCIPAIS DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS

Em 2008, foram notificados 157 casos suspeitos de meningite, sendo que 47 eram de pessoas residentes em outros Municípios e 110 residentes em Duque de Caxias. Do total de residentes em Duque de Caxias, foram confirmados 86 e descartados 24. Quando analisamos as várias etiologias observamos que a Doença Meningocócica e a Meningite Bacteriana Não Especificada são as que apresentaram respectivamente os maiores coeficientes de morbidade por 100.000 hab. As maiores gravidades foram representadas pela Meningococemia e pela Meningite por Tuberculose com 50% letalidade. conforme ilustra tabela abaixo

Distribuição dos casos e óbitos por Meningite segundo etiologia e Coeficientes de Morbidade e Letalidade, D. Caxias – 2008.

Etiologia	Nº Casos	Coeficiente Morbidade (por 100.000 hab)	Evolução		Letalidade %
			Alta	Óbito	
Me Meningocócica	15	1,73	14	01	6,67
Meningococemia	12	1,38	06	06	50,0
Meningocócica + cocemia	11	1,27	10	01	9,09
Me <i>Mycobact. tuberculosis</i>	02	0,23	01	01	50,0
Me Bact. Não Especificada	21	2,42	17	04	19,05
Me Viral	07	0,8	05	02	28,57
Me Outra etiologia	-	-	-	-	-
Me <i>Haemophilus influenzae</i>	-	-	-	-	-
Me <i>Strept. pneumoniae</i>	07	0,8	05	02	28,57
Me Não Especificada	11	1,27	10	01	9,09
Total	86	9,94	68	18	20,93

Fonte: SINANNET/CE/DVS/SMSDC

Dados sujeitos à revisão 11/01/1

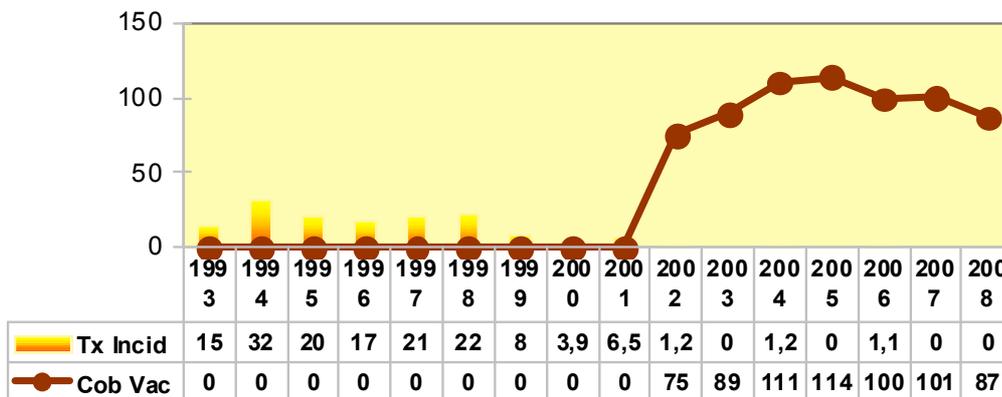
O impacto extremamente positivo da vacina anti - *Haemophilus B* no Calendário de Imunização de menores de 1 ano (15 de julho de 1999) é evidenciado através da redução drástica dos casos de meningite por *Haemophilus* a partir de 2000 conforme mostra o quadro e gráfico abaixo.

ETIOLOGIA	NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Meningocócica	29	38	34	21	30	32	22	31	38	
Tuberculosa	01	02	01	03	05	01	07	01	02	
Pneumocócica	06	06	06	13	07	04	08	02	07	
Hemofilo	03	06	01	-	-01	-	01	-	-	
Virótica	16	36	29	23	15	30	13	01	-	
Outra etiologia	14	13	11	13	05	05	05	01	-	
Bacteriana não especificada	32	32	36	23	25	25	24	23	21	
Não especificadas	11	12	14	08	05	06	13	08	11	
TOTAIS	112	145	132	104	93	103	93	82	86	

Fonte: SMSDC/DVS/Coordenadoria de Epidemiologia/SINANNET Dados sujeitos à revisão - 03/11/09

A maior incidência de Doença Meningocócica em 2008 foi na faixa etária de menores de 1 ano seguida da faixa etária de 1 a 4 anos. Na distribuição dos casos por bairro evidenciamos um número elevado de casos em Santa Cruz da Serra onde foram verificados quatro casos do total de casos do município. Embora todos esses casos tivessem análise do liquor realizada no IEISS, os sorogrupos não foram identificados. Quanto à data do início dos sintomas, esses casos ocorreram nos meses de março, junho, agosto e novembro e, não tinham história de contato entre si.

Cobertura Vacinal Hib e Taxa de Incidência de Meningite por Haemophilus, Duque de Caxias, 1993 - 2008.



Fonte: PNI/API/SMSDC / Divisão de Epidemiologia
 Taxa de Incidência por 1.000.000 habitantes.

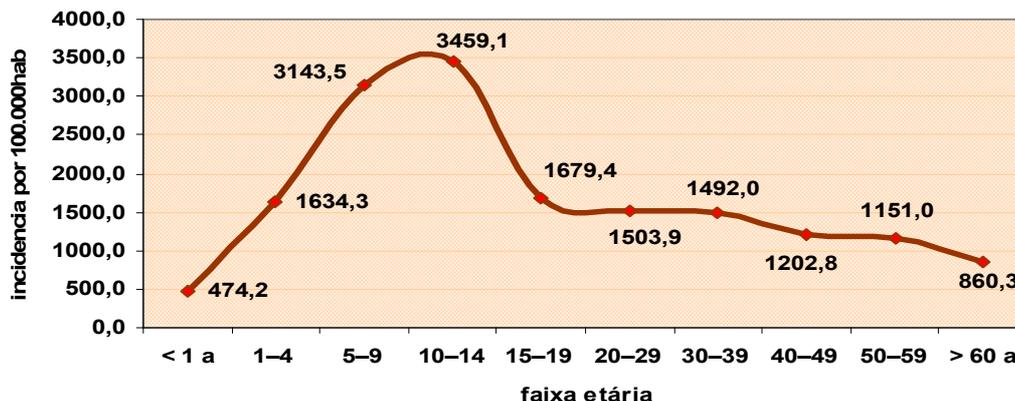
Dados sujeitos à revisão

Foram notificados no SINAN, em 2008, 80 casos de Hepatite Viral em residentes de Duque de Caxias. Os casos de Hepatite B e C são notificados, em sua quase totalidade, pelos Bancos de Sangue ao contrário da Hepatite A que é através das Unidades Básicas de Saúde. Ao analisarmos as notificações identificamos que os dados são consideravelmente subestimados, ou porque não ocorreu a suspeição clínica (50% dos casos de Hepatite B/C assim como 70% dos casos de Hepatite A em lactentes e crianças menores de seis anos são assintomáticos) como também pela falta de notificação. O Brasil tem uma incidência de Hepatite A superior a 130 casos por 100.000 habitantes; utilizando esse parâmetro estimamos em 1.124 casos a serem notificados no Município de Duque de Caxias em 2008; número bastante distante dos 39 casos encontrados

Também foram notificados, no mesmo ano, 15 casos suspeitos de leptospirose sendo quatro deles descartados, cinco confirmados e seis de pessoas que residiam em outros municípios.

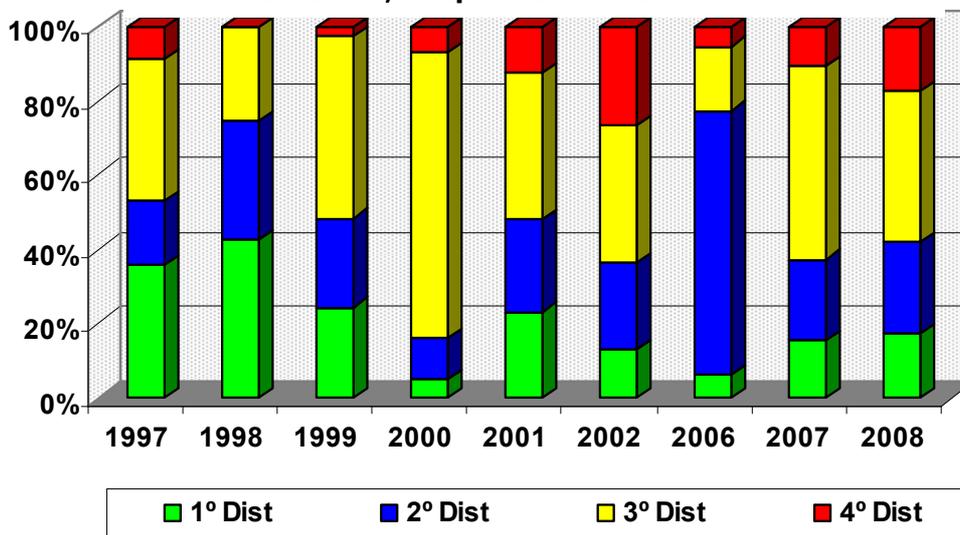
Com relação à Dengue, em 2008, foram notificados 14.969 casos em residentes no Município com confirmação de 1.172 casos por critério laboratorial e 13.543 por critério clínico epidemiológico. Foram descartados 254 casos suspeitos de Dengue. Dos 14.715 casos de Dengue confirmados, 12.688 eram Dengue Clássico, 496 eram de Febre Hemorrágica Dengue, 13 casos de Síndrome Choque Dengue e 1.518 Dengue com Complicações.

O gráfico a seguir ilustra a incidência por faixa etária dos casos confirmados, de residentes de Duque de Caxias, em 2008.



Embora o primeiro distrito de Duque de Caxias abrigue 46,5% de toda a população do município, esse não é o distrito donde se observa a maioria dos casos. Historicamente o segundo e terceiro distritos são responsáveis por mais da metade de todos os casos de Dengue do município. O gráfico a seguir ilustra uma série histórica da incidência da Dengue por distrito e por bairro.

Distribuição da Incidência (por 100.000 habitantes) dos casos de Dengue segundo Distrito de Residência, Duque de Caxias – 1997 a 2008.



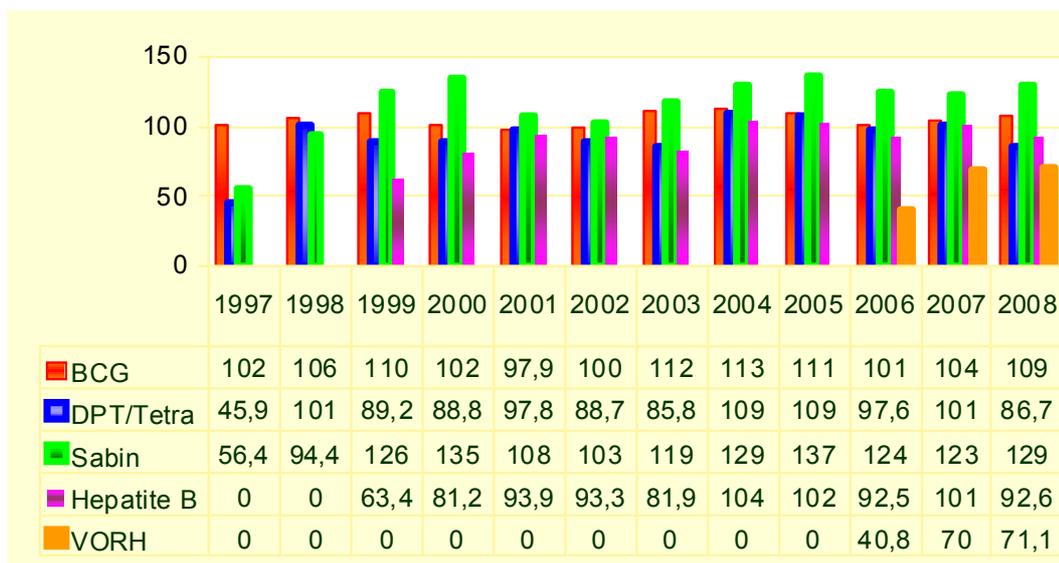
BAIRRO	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1º DISTRITO total	29	131	64	16	826	3.828	12	01	01	08	132	5063
PQUE DUQUE	02	21	03	-	90	578	04	-	-	01	12	480
25 DE AGOSTO	01	02	02	04	97	185	-	-	-	02	6	302
VILA SÃO LUIZ	06	10	10	01	120	335	-	-	-	01	9	488
DR. LAUREANO	01	02	02	02	81	328	-	-	-	-	3	403
GRAMACHO	04	11	04	01	93	562	-	01	-	02	35	916
OLAVO BILAC	-	05	02	01	41	559	02	-	-	02	16	637
CENTENÁRIO	06	10	02	-	78	323	01	-	-	-	11	454
PERIQUITOS	01	01	01	-	11	106	01	-	-	-	-	90
B.CAVALEIROS	03	44	28	03	96	348	-	-	-	-	9	447
CENTRO	05	23	09	04	94	313	02	-	-	-	28	535
SARAPUÍ	-	02	01	-	25	191	02	-	01	-	3	311
2º DISTRITO total	09	63	41	22	574	4.449	14	01	-	60	121	4690
VILA SÃO JOSÉ	-	02	04	-	28	548	-	-	-	01	10	414
PQ FLUM	02	02	02	-	35	518	-	-	-	02	17	853
SÃO BENTO	02	05	-	01	26	153	-	-	-	01	4	440
PILAR	-	03	02	04	68	1.407	03	-	-	07	12	837
C.ELÍSEOS	01	34	04	09	194	266	-	-	-	07	9	192
CID. MENINOS	-	-	-	-	-	06	-	-	-	02	4	70
FIGUEIRA	-	02	-	-	19	117	03	01	-	01	8	143
JD PRIMAVERA	04	11	07	03	108	699	04	-	-	10	19	602
CANGULO	-	01	02	-	10	62	-	-	-	-	1	27
SARACURUNA	-	03	20	05	61	530	04	-	-	29	27	764
CHÁC. RIO-PETR	-	-	-	-	01	12	-	-	-	-	1	30
CH. ARCAMPO	-	-	-	-	24	131	-	-	-	-	9	318

3º DISTRITO total	11	28	46	86	503	3.906	07	-	-	08	159	4251
PQ. ELDORADO	-	-	-	-	13	88	-	-	-	-	1	98
S. CRUZ SERRA	-	04	02	07	150	818	01	-	-	-	13	1036
PDA MORABI	-	-	-	-	02	28	-	-	-	-	2	22
JD ANHANGÁ	01	01	-	02	17	205	-	-	-	02	15	277
PQ. PAULISTA	10	14	35	39	151	1.104	01	-	-	01	44	1473
B. BRANCO	-	02	02	-	28	223	-	-	-	01	43	187
IMBARIÉ	-	06	05	12	46	715	03	-	-	02	8	548
SANTA LÚCIA	-	-	-	12	21	199	-	-	-	-	11	202
PDA ANGÉLICA	-	-	01	09	23	202	01	-	-	01	7	217
TAQUARA	-	01	01	05	52	324	01	-	-	01	15	191
4º DISTRITO total	01	-	01	03	63	1.114	01	-	-	01	13	711
STO ANTONIO	-	-	01	-	20	221	01	-	-	-	5	217
ALTO SERRA	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	1
AMAPÁ	-	-	-	-	01	50	-	-	-	-	-	48
PQ. CAPIVARI	01	-	-	-	03	57	-	-	-	-	2	88
LAMARÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MANTIQUIRA	-	-	-	-	03	114	-	-	-	-	-	23
XERÉM	-	-	-	03	36	669	-	-	-	01	6	334
BAIRRO IGN	-	2	1	-	1	24	-	-	-	-	-	-
TOTAL	50	224	153	127	1.967	13.321	34	02	01	77	425	14.715

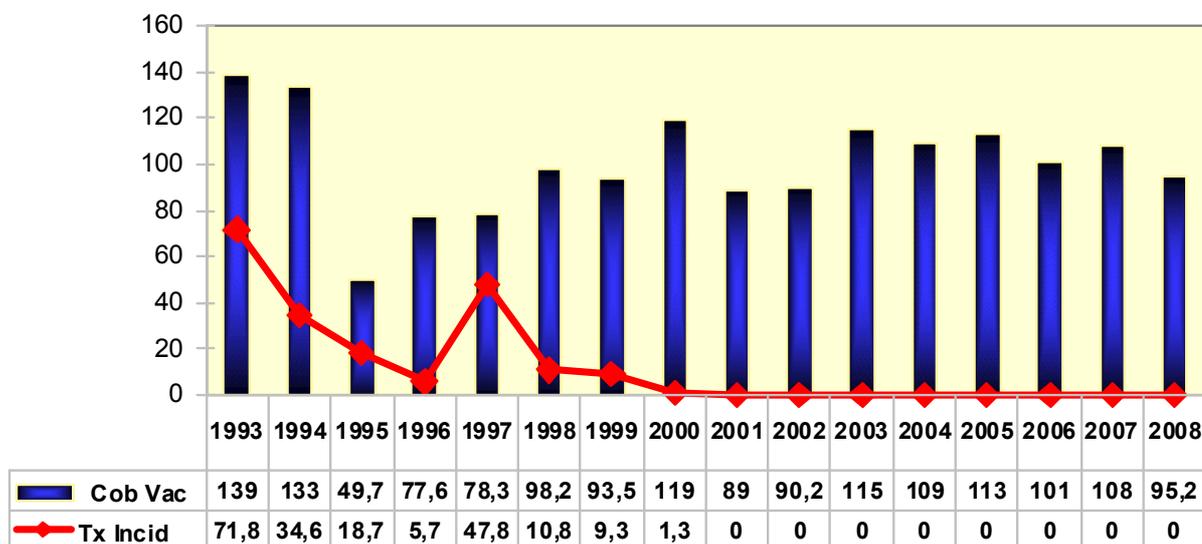
O Programa Nacional de Imunizações (PNI) visa contribuir para o controle ou erradicação das doenças imunopreveníveis, tais como a poliomielite, sarampo, difteria, tétano, coqueluche e outras, mediante a imunização sistemática da população. A redução da morbidade e da mortalidade por doenças preveníveis por Imunização somente será possível se os índices de cobertura forem altos e homogêneos.

Em Duque de Caxias a cobertura vacinal com BCG e Sabin são mantidas acima de 95%, em praticamente todos os anos analisados. O mesmo não ocorre com a DPT/Tetra que em 2008 não ultrapassou 90%. Na Pactuação das Ações Prioritárias Nacionais da PAVS para o biênio 2010-2011 a cobertura vacinal a ser alcançada pelos Municípios deve ser de 95% para DPT + Hib; VOP e contra hepatite B e de 90% para a VORH e BCG.

Os gráficos a seguir ilustram a cobertura vacinal, em uma série histórica de 1997 a 2008, em menores de 1 ano de idade.



Cobertura Vacinal de Anti-Sarampo e Triviral e taxa de incidência de Sarampo, Duque de Caxias , 1993 – 2008

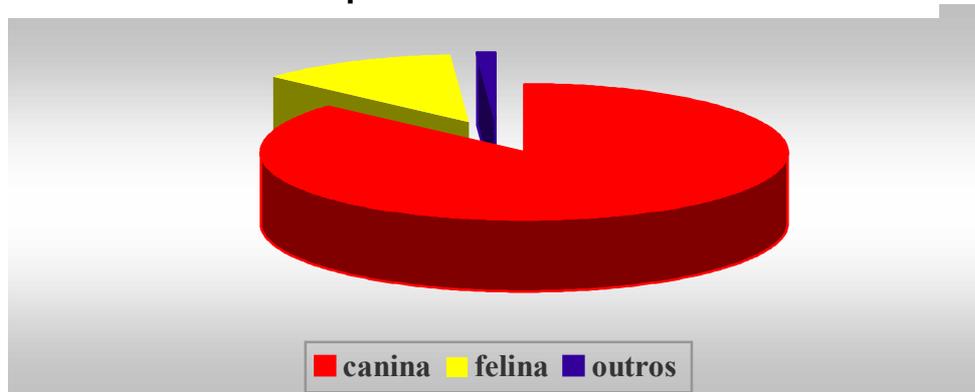


O Programa de Profilaxia da Raiva, coordenado pelo PNI Municipal, atendeu 2.515 residentes em Duque de Caxias, realizando as seguintes atividades abaixo relacionadas

Ações do Programa de Profilaxia da Raiva em Residentes de Duque de Caxias, 2008.

Atividade	Residente D. Caxias
Número de pessoas atendidas	2.515
Tratamento Indicado	
◆ pré-exposição	59
◆ dispensa tratamento	33
◆ observação do animal	59
◆ observação e vacina	2101
◆ somente com vacina	140
◆ com vacina e soro	118
◆ esquema reexposição	1
◆ ign/branco	4
Número de abandonos de tratamento	223
Número de reações adversas	15
Número de animais agressores por espécie	2.515
◆ canina	2.178
◆ felina	312
◆ quiróptera	01
◆ outros (equinos, primatas)	24
Número de cães e gatos observados	2211

Distribuição dos atendimentos anti-rábicos realizados de acordo com a espécie de animal agressor Duque de Caxias 2008.



Com relação a doença diarréica aguda, em 2008 foram notificados 13.616 casos. Comparando-se com o ano de 2007 observamos uma redução de 3.578 casos notificados e, na análise dos casos em relação a faixa etária evidenciamos um predomínio de casos na faixa de idade de 1 a 4 anos com 40,5 % seguido de 10 anos ou mais (31,5 %), 5 a 9 anos (17,3 %) e < 1ano com 9,8 e 0,9% ignorado.

1.2.3.2. MORBIDADE HOSPITALAR

Em Duque de Caxias, as cinco principais causas das internações realizadas na rede SUS, em 2008, foram: problemas relacionados com a gravidez, parto e puerpério; as doenças infecciosas e parasitárias; as doenças do aparelho respiratório; as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório. O quadro abaixo ilustra todas as morbidades hospitalares do município em 2008.

Informações por Ano Competência Segundo Capítulo CID-10 Ano 2008		
Capítulo	CID-10	Total
XV	Gravidez, parto e puerpério	8.407
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.972
X	Doenças do aparelho respiratório	2.594
II	Neoplasias (tumores)	1.614
IX	Doenças do Aparelho circulatório	1.515
XI	Doenças do aparelho digestivo	1.326
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	1.096
XIX	Lesões envenenamento e algumas outras causas externas	952
XVI	Algumas afecções originadas no período per perinatal	818
V	Transtornos mentais e comportamentais	727
XXI	Contatos com serviços de saúde	666
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	487
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	367
XII	Doenças da pele e tecido conjuntivo	296
VI	Doenças do sistema nervoso	251
XVII	Mal formações congênitas, deformidades e anomalias cromossomiais	247



XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	167
III	Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transt. imunit.	158
VII	Doenças do olho e anexos	114
VIII	Doenças do ouvido e apófise mastóide	46
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	4
CID não disponível ou ao preenchido		0
Total		26.366

De todas as internações, cerca de 32% estavam relacionadas com a gravidez, parto e puerpério.

As doenças infecciosas e parasitárias foram a segunda causa de morbidade hospitalar e corresponderam a 15,06% das internações e dentre elas as principais causas foram: dengue clássico com 1.337 internações, febre hemorrágica da dengue com 340 internações, septicemia com 293 internações, doença pelo vírus da imunodeficiência humana com 102 internações, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível com 87 internações e a tuberculose que originou 79 internações.

A terceira causa de morbidade hospitalar foram as doenças do aparelho respiratório, embora esse tenha sido um ano atípico já que as doenças respiratórias figuram há mais de cinco anos como segunda causa de morbidade hospitalar.

A análise da prevalência, por faixa etária, nos últimos cinco anos aponta que a grande maioria das doenças respiratórias ocorreu em menores de quatro anos de idade. Conhecida que é a relação entre a qualidade do ar e as doenças respiratórias em crianças e, considerando-se que o ar de Duque de Caxias recebe uma considerável emissão de poluentes, como já descrito anteriormente, este é um dado que aponta para que essa poluição seja um grande fator desencadeante das doenças respiratórias no município. O quadro abaixo ilustra a morbidade hospitalar por causa respiratória, por faixa etária, nos últimos cinco anos.

MORBIDADE HOSPITALAR – DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO POR FAIXA ETÁRIA - DUQUE DE CAXIAS					
	2005	2006	2007	2008	2009
Menores de 1 ano	1.100	1.005	938	1098	889
1 a 4 anos	1.361	1.329	1.402	1.115	700
5 a 9 anos	382	346	387	337	221
10 a 14 anos	89	76	96	108	90
15 a 19 anos	35	41	36	24	39
20 a 29 anos	85	86	88	49	109
30 a 39 anos	97	76	78	37	81
40 a 49 anos	137	107	137	68	77
50 a 59 anos	184	164	185	83	119

60 a 69 anos	185	222	250	72	96
70 a 79 anos	212	182	242	82	105
80 e mais	130	143	176	63	68
TOTAIS	3.997	3.777	4.015	3.136	2.594

As neoplasias foram a quarta causa de morbidade hospitalar em 2008 e as principais foram o câncer de mama, o câncer de intestino e o câncer de colo de útero.

1.2.4. CAPACIDADE INSTALADA

A rede de saúde do município é composta de unidades de diferentes graus de agregação tecnológica para atender a demanda do município. Considerando a complexidade do atendimento e o tipo de serviço prestado, os estabelecimentos de saúde em Duque de Caxias podem ser classificados em: Rede básica; Atendimento ambulatorial especializado; Centros de reabilitação e prevenção de deformidades; Centro de especialidade odontológica; Unidades Mistas e Rede Hospitalar que descreveremos adiante.

1.2.4.1. LEITOS

Com relação aos leitos Duque de Caxias possui, de acordo com o CNES, 1.842 habilitados, sendo 979 SUS e 863 não SUS distribuídos conforme a tabela abaixo.

DUQUE DE CAXIAS - LEITOS EXISTENTES			
	Existentes	SUS	Não SUS
CIRÚRGICO			
<u>buco maxilo facial</u>	7	6	1
<u>cardiologia</u>	11	4	7
<u>cirurgia geral</u>	154	106	48
<u>endocrinologia</u>	2	0	2
<u>gastroenterologia</u>	4	1	3
<u>ginecologia</u>	42	20	22
<u>nefrologiaurologia</u>	10	8	2
<u>neurocirurgia</u>	26	18	8
<u>oftalmologia</u>	22	4	18
<u>oncologia</u>	13	3	10
<u>ortopediatraumatologia</u>	127	58	69
<u>otorrinolaringologia</u>	8	2	6
<u>plastica</u>	9	6	3
<u>toraxica</u>	9	6	3
Total	444	242	202
CLÍNICO			
<u>aids</u>	13	12	1
<u>cardiologia</u>	21	11	10
<u>clinica geral</u>	154	94	60
<u>nefrourologia</u>	13	12	1
<u>neonatologia</u>	56	44	12
<u>neurologia</u>	15	10	5
<u>oncologia</u>	8	3	5
<u>pneumologia</u>	14	10	4
Total	294	196	98
COMPLEMENTAR			



<u>unidade intermediaria</u>	30	13	17
<u>unidade intermediaria neonatal</u>	14	10	4
<u>unidade isolamento</u>	11	8	3
<u>uti adulto - tipo i</u>	111	9	--
<u>uti adulto - tipo ii</u>	6	--	--
<u>unidade intermediaria</u>	30	13	17
Total	252	31	221
OBSTÉTRICO			
<u>obstetricia cirurgica</u>	131	39	92
<u>obstetricia clinica</u>	113	100	13
Total	244	139	105
PEDIATRICO			
<u>pediatria clinica</u>	120	92	28
<u>pediatria cirurgica</u>	2	0	2
Total	122	92	30
Outras Especialidades			
<u>cronicos</u>	151	0	151
<u>tisiologia</u>	6	6	0
HOSPITAL DIA			
<u>cirurgico/diagnostico/terapeutico</u>	31	19	12
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO	738	438	300
TOTAL GERAL	1842	979	863

No entanto, esse quantitativo não corresponde à realidade, pois desde outubro de 2008 com a inauguração do Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo 190 leitos sendo: 56 leitos clínicos; 56 leitos cirúrgicos; 12 de terapia intensiva; 12 de UTI neonatal; 42 obstétricos e 9 de psiquiatria foram abertos e estão em funcionamento, embora ainda não estejam habilitados e, por esse motivo não aparecem no quantitativo do CNES. Também, em 2009, o Hospital Municipal Duque de Caxias foi desativado e, portanto os seus leitos não mais existem.

O município possui três unidades hospitalares próprias que são: uma maternidade com 50 leitos de baixa complexidade; um hospital especializado em pediatria com 60 leitos e um hospital geral com 190 leitos e setor de emergência.

O município tem implantadas 51 equipes de saúde da família, todas oferecendo atenção bucal à população. No entanto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que surgiu como uma alternativa ao modelo de atenção hegemônico, centrado em ações curativas e no hospital, ainda apresenta baixa cobertura no município. Somente cerca de 25% da população total está coberta pelo Programa de saúde da Família. O município também tem implantado o PACS, desde 2002, contando atualmente com 21 equipes de PACS com 469 agentes comunitários de saúde.

Devido a essa deficiência de cobertura do PSF no município alternativas foram implantadas aproveitando a capacidade já instalada para ampliar essa cobertura em atenção básica. Assim o Centro Municipal de Saúde, as seis unidades de pronto atendimento, a Policlínica de Especialidades e o Hospital Infantil Ismélia Silveira também possuem ambulatórios de atenção básica. Ainda assim, o quantitativo de serviços é insuficiente para permitir acesso em atenção básica a todos os seus municípios.

1.2.4.2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Com relação à assistência ambulatorial especializada o município possui, sob sua gestão 08 unidades com ambulatório especializado de diversas clínicas médicas e três centros de reabilitação.

REDE ASSISTENCIAL PRÓPRIA

A seguir apresentamos toda a rede pública municipal por localização geográfica e nível de assistência.

TIPO DE ATENÇÃO	UNIDADES	ENDEREÇO
1º DISTRITO		
UNIDADES DE PSF/ PACS		
ATENÇÃO BÁSICA	Copacabana	Rua Castro Alves s/nº (PMS Alaíde Cunha) - Copacabana
	Vila Leopoldina I Vila Leopoldina II Vila Leopoldina III	Rua Copacabana nº. 902 - Vila Leopoldina.
	Centenário I Centenário II	Rua João Ribeiro s/nº - Centenário
	Dois Irmãos	Rua da Assembléia s/n - Parque Dois Irmãos.
	Gramacho I Gramacho II Gramacho III	Avenida Rio Branco s/n - Gramacho
	Jardim Gramacho I Jardim Gramacho II Jardim Gramacho III	Rua Manicoré, s/nº - PMS Turíbio Pereira da Silva - Jardim Gramacho.
	Jardim Gramacho IV	Rua Virgílio Várzea s/nº (Igreja São Jorge) - Jardim Gramacho
	Jardim Gramacho V	Rua Manicoré, nº 500 - Jardim Gramacho.
	Jardim Leal I Jardim Leal II	Rua Jião Olindo Machado s/nº - Jardim Leal.
	Manguueirinha	Rua da Mina, 945 - Centenário.
	Olavo Bilac I Olavo Bilac II	Rua Aquidaban s/nº - Olavo Bilac.
	Sarapuí I Sarapuí II	Avenida República do Paraguai s/n - Sarapuí .
	Trevo das Missões I Trevo das Missões II Trevo das Missões III	Rua Hum, nº 02, Trevo das Missões.
	Vila São Luiz	Avenida Brasil s/n - Vila S. Luiz.
Centro de Apoio a Saúde da Família Beira-Mar	Rua Pereira Passos, 1000 - IV - Beira Mar.	
ATENÇÃO BÁSICA	1. Ambulatório • Clínica Médica e Pediatria e Ginecologia 2. Uma equipe de PSF	
PS Alaíde Cunha	Rua Castro Alves, s/n - Copacabana.	
ATENÇÃO BÁSICA	1. Ambulatório • Clínica Médica, Pediatria, Odontologia e Ginecologia, 2. Imunização 3. Preventivo e Pré-Natal	
PS Dr. José de Freitas	Praça José de Jesus s/n - Vila Operária.	
ATENÇÃO BÁSICA	1. Ambulatório • Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Psicologia e Serviço Social e Nutrição 2. Planejamento Familiar, Preventivo e Pré-Natal. 3. Imunização 4. Assistência ao portador de Hipertensão Arterial	



PS Edna Siqueira Salles	Rua Manicoré, s/n – Jardim Gramacho.
ATENÇÃO BÁSICA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica, Ginecologia, Pediatria e Odontologia 2. Preventivo, Pré-Natal 3. Imunização
PS Sarapuí	Avenida Pelotas, s/n – Sarapuí.
ATENÇÃO BÁSICA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Ginecologia, Clínica Médica, Pediatria e Nutrição. 2. Odontologia 3. Imunização 4. Assistência ao portador de Hipertensão Arterial e Diabetes 5. Preventivo, Pré-Natal
CEATA	Rua José de Souza Herdy, 389 4º andar – Jardim 25 de Agosto.
ATENÇÃO BÁSICA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulatório do Adolescente <ul style="list-style-type: none"> • Serviço Social, Psicologia, Neurologia, Psiquiatria, Hebiatria e Ginecologia.
Centro Municipal de Saúde	Rua General Gurjão, s/n – Centro.
<p style="text-align: center;">ATENÇÃO BÁSICA</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p style="text-align: center;">MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulatório Clínica Médica, Serviço Social, Odontologia e Nutrição; 2. Saúde da Criança; 3. Imunização; 4. Atenção ao portador de DST/AIDS – Hospital Dia / CTA / e SAE; 5. Saúde do Adulto: 6. Prevenção e Controle da Hanseníase 7. Prevenção e Controle de Tuberculose 8. Saúde Mental 9. Saúde da Mulher: Planejamento Familiar, Pré-Natal, Ginecologia, Prevenção do Câncer de Colo Uterino 10. Ambulatório de Hemoglobinopatias 11. Posto de Coleta (Laboratório de Análises Clínicas) 12. Centro de Especialidades Odontológicas 13. Ambulatório de apoio à família: núcleo de atendimento a adolescentes e mulheres vítimas de violência
Posto Odontológico Prof. José de Souza Herdy	Rua Parque Alcino Guanabara, s/n – Parque Felicidade.
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	Odontologia
CAPS	Rua Marechal Deodoro, 147 – Jardim 25 de Agosto.
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulatório <ol style="list-style-type: none"> 1. Psiquiatria e Psicologia 2. Hospital Dia
CAPSIJ	Rua Marechal Floriano, 966 – Jardim 25 de Agosto.
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulatório <ol style="list-style-type: none"> 1. Psiquiatria e Psicologia infantil 2. Hospital Dia
CAPS-AD	Rua Correia Meyer, 127 – Jardim 25 de Agosto.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulatório de Clínica Médica, Psiquiatria e Neurologia para droga-aditos. 2. Hospital Dia
CEAPD	Praça Roberto Silveira, 31 – Jardim 25 de Agosto.



MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica, Pediatra, Neurologia, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psiquiatria e Geriatria. 2. Terapia Ocupacional 3. Estimulação Precoce 4. Serviço Social 5. Saúde do Idoso
PAM	Rua José de Souza Herdy, 389 – Jardim 25 de Agosto.
ATENÇÃO BÁSICA E MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Alergologia, Angiologia, Cardiologia, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Homeopatia, Neurologia, Obstetrícia/Pré-Natal/ Preventivo, Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Nefrologia, Proctologia e Geriatria. 2. Nutrição 3. Enfermagem 4. Serviço Social 5. Psicologia 6. Saúde da Mulher/Planejamento Familiar/Climatério 7. Atenção ao portador de Diabetes e Hipertensão Arterial 8. Atenção ao portador de Hanseníase 9. Imunização 10. Centro de Referência da Saúde do Trabalhador.
Hospital Infantil Ismélia da Silveira	Avenida Presidente Kenedy, s/n – Centro.
ATENÇÃO BÁSICA MÉDIA COMPLEXIDADE	<p>Atendimento 24 horas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Emergência (24 horas) 2. Serviço de pronto atendimento (12 horas) 3. Ambulatório geral 4. Ambulatório especializado: cardiologia, dermatologia, ortopedia, endocrinologia, otorrinolaringologia, neuropediatria, pneumologia. 5. Internação Clínica e Cirúrgica com 60 leitos sendo: 40 leitos de clínica pediátrica; 4 leitos de AIDS; 01 leito de cardiologia pediátrica; 10 leitos de clínica cirúrgica e 4 leitos de fisiologia e 01 leito de isolamento. 6. Radiologia – Rx 24 horas 7. Ultrasonografia ambulatorial 8. Exames laboratoriais 24 horas 9. Fisioterapia 10. Serviço Social 11. Psicologia 12. Núcleo de Atendimento às Crianças Vítimas de Violência 13. Nutrição 14. Programa DST/AIDS – Hospital-Dia e Ambulatório
Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo	Rodovia Washington Luiz, 3200 – Vila São Luiz.
ATENÇÃO BÁSICA MÉDIA COMPLEXIDADE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pronto Atendimento 2. Observação 3. Curativos 4. Cirurgia Geral de pequeno e médio porte (emergência e eletiva) 5. Cirurgia Ambulatorial 6. Hemoterapia 7. Ortopedia 8. Radiologia 9. Laboratório de Análises Clínicas 10. Ultra-Sonografia 11. Endoscopia Digestiva Alta e Baixa 12. Assistência ao pré-natal de baixo risco



ALTA COMPLEXIDADE	13. Assistência á gestante de baixo risco 14. Assistência puerperal 15. Assistência neonatal 16. Assistência a mulher vítima de violência 17. Fisioterapia 18. Serviço Social 19. Nutrição 20. Imunização (urgência/berçário) 21. Emergência – 24h <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica, Obstetrícia, Ortopedia, Psiquiatria, Cirurgia. Diálise 23. Internação Clínica e Cirúrgica com 190 leitos sendo: 09 de psiquiatria; 12 de terapia intensiva; 12 de UTI neonatal; 56 de clínica médica; 56 de clínica cirúrgica; 42 de obstetrícia e 03 de isolamento.	
2º DISTRITO		
UNIDADES DE PSF/PACS		
ATEÇÃO BÁSICA	Cidade dos Meninos	Estrada da Camboaba, Km 17 – Cidade dos Meninos.
	Parque Chuno	Rua Dois, s/nº - Jardim Primavera.
	Parque Comercial	Rua Julio Barra, nº 16ª – Vila Rosário.
	Parque Esperança I Parque Esperança II	Rua Hineida Santos lote 04 – Parque Esperança.
	Pilar I	Rua Wilma P. do Carmo Qd. B Lt 12 - Pilar.
	Pilar II	Rua Cinco de Julho, Lt 02 Qd. 38 – Pilar.
	Pilar III Pilar IV Pilar V	Rua da Fortuna nº 9 – Pilar.
	Nelson Chaves Araújo	Rua Nossa Senhora Aparecida, s/nº - Santa Isabel.
	São Bento I São Bento II	Avenida União lote 1 quadra 10 – São Bento.
	Vila Maria Helena	Rua Ibirapira s/n – Vila Maria Madalena.
	Vila Urussaí	Avenida Presidente Roosevelt, s/nº (anexo PMS Saracuruna).
PS Antônio Granja		
Rua Guanabara, s/n – Parque Fluminense		
ATEÇÃO BÁSICA	1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica, Ginecologia, Preventivo, Pré-Natal e Nutrição 2. Imunização 3. Nutrição 4. Prevenção e Controle de Tuberculose 5. Prevenção e Controle de Hanseníase 6. Saúde da Criança / Teste do Pezinho	
PS José Camilo dos Santos		
Rua Vicente Celestino, s/n – Jardim Primavera		
ATEÇÃO BÁSICA	1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Ginecologia, , Clínica Médica, Nutrição e Pediatria 2. Imunização 3. Preventivo, Pré-Natal 3. Saúde da Criança/Teste do Pezinho	
PMS Campos Elíseos		
Avenida Actura, 333 – Campos Elíseos		



ATEÇÃO BÁSICA MEDIA COMPLEXIDADE	1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica, Pediatria, Pneumologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Ortopedia, Psiquiatria, Odontologia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. 2. ECG 3. Pré-Natal, Planejamento Familiar e Preventivo 4. Exames radiológicos; Raio X simples 5. Atenção ao portador de Diabetes e Hipertensão arterial 6. Saúde do Idoso 7. Prevenção e controle da Hanseníase 8. Saúde do Adolescente 9. Imunização 10. Saúde da Criança / Teste do Pezinho 11. Emergência - 24h <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica e Pediatria 	
PMS Pilar		
ATEÇÃO BÁSICA MEDIA COMPLEXIDADE	Rua Carlos Alvear, s/n - Pilar 1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica, Pediatria, Pneumologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Ortopedia, Psiquiatria, Odontologia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. 2. ECG 3. Pré-Natal, Planejamento Familiar e Preventivo 4. Exames radiológicos; Raio X simples 5. Atenção ao portador de Diabetes e Hipertensão arterial 6. Saúde do Idoso 7. Prevenção e controle da Hanseníase 8. Saúde do Adolescente 9. Imunização 10. Saúde da Criança / Teste do Pezinho 11. Emergência - 24h <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica e Pediatria 	
PMS Saracuruna		
ATEÇÃO BÁSICA MEDIA COMPLEXIDADE	Avenida Presidente Roosevelt, s/n - Saracuruna 1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica, Pediatria, Pneumologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Ortopedia, Psiquiatria, Neurologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Odontologia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. 2. ECG 3. Pré-Natal, Planejamento Familiar e Preventivo 4. Exames radiológicos; Raio X simples 5. Atenção ao portador de Diabetes e Hipertensão arterial 6. Saúde do Idoso 7. Prevenção e controle da Hanseníase 8. Saúde do Adolescente 9. Imunização 10. Saúde da Criança / Teste do Pezinho 11. Emergência - 24h <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica e Pediatria 	
3º DISTRITO		
UNIDADES DE PSF/PACS		
ATEÇÃO BÁSICA	Barro Branco	Avenida Rui Barbosa, lote 6, quadra 4 - Jardim Barro Branco.
	Codora I Codora II Codora III	Rua Teixeira de Souza, 56 - Codora.
	Cristóvão Colombo	Rua Zumbi dos Palmares, s/nº -
	Imbariê	Rua Venceslau Braz, nº 15 - I
	Jardim Anhangá I Jardim Anhangá II	Rua Pacoty, nº 20 - Jardim Anhangá



ATEÇÃO BÁSICA	Jardim Anhangá III Jardim Anhangá IV	Rua A s/nº - Jardim Anhangá
	Nova Campinas I Nova Campinas III	Avenida A, s/nº - Nova Campina
	Nova Campinas II Nova Campinas IV	Avenida A, s/nº - Nova Campina dentro do CIEP Oduvaldo Viana Filho - Nova Campina.
	Parada Angélica I Parada Angélica II Parada Angélica III	Rua General Mariante, nº 2 - Parada Angélica
	Parque Eldorado I Parque Eldorado II Parque Eldorado III	Rua Vanísia, nº 01 (Anexo ao PMS Santa Cruz da Serra)
	Parque Paulista I Parque Paulista II	Avenida 31 de Março, 88 Parque Paulista
	Taquara I Taquara II	Estrada Cachoeira das Dores, s/nº - Taquara
	Santa Lucia I Santa Lucia II	Av. Automóvel Club, Km 56 - Santa Lucia
PMS Imbariê	Rua Santa Catarina, s/n - Imbariê	
ATEÇÃO BÁSICA MEDIA COMPLEXIDADE	1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica, Pediatria, Pneumologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Ortopedia, Psiquiatria, Odontologia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. 2. ECG 3. Pré-Natal, Planejamento Familiar e Preventivo 4. Exames radiológicos; Raio X simples 5. Atenção ao portador de Diabetes e Hipertensão arterial 6. Saúde do Idoso 7. Prevenção e controle da Hanseníase 8. Saúde do Adolescente 9. Imunização 10. Saúde da Criança / Teste do Pezinho 11. Emergência - 24h <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica e Pediatria 	
PMS Parque Equitativa	Avenida Automóvel Club, s/n - Parque Equitativa	
ATEÇÃO BÁSICA MEDIA COMPLEXIDADE	1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica, Pediatria, Pneumologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Ortopedia, Psiquiatria, Neurologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Odontologia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. 2. ECG 3. Pré-Natal, Planejamento Familiar e Preventivo 4. Exames radiológicos; Raio X simples 5. Atenção ao portador de Diabetes e Hipertensão arterial 6. Saúde do Idoso 7. Prevenção e controle da Hanseníase 8. Saúde do Adolescente 9. Imunização 10. Saúde da Criança / Teste do Pezinho 11. Emergência - 24h Clínica Médica e Pediatria	
4º DISTRITO		
UNIDADES DE PSF/PACS		
ATEÇÃO BÁSICA	Jardim Olimpo	Rua Polinéia, nº 317
	Santa Rosa	Rodovia Washington Luiz 97
	Santo Antonio da Serra	Rua Panthio, nº 9
Hospital Municipal Maternidade Xerém	Rua 25 de Agosto, 01 - Xerém	
	1. Emergência Obstétrica - 24h	

ATEÇÃO BÁSICA	2. Ambulatório: <ul style="list-style-type: none"> • Obstetrícia, Ginecologia, Planejamento Familiar, Pré-Natal, Ginecologia, Preventivo, Revisão puerperal, Puericultura, Serviço Social, Nutrição e Psicologia. 3. Laboratório 24h para pacientes internos e das 07:00h às 16:00h para pacientes externos. 4. Ultrassonografia (de segunda à sexta-feira) pacientes internos e externos. 5. Raios-X 24h para recém nascidos internados. 6. Berçário Intermediário 7. Cirurgia Ginecológica / Laqueadura Tubária / Cirurgia de Alta Freqüência (SISCOLO) 8. Imunização 9. Atenção à portadora de DST/AIDS – internação obstétrica 10. Saúde da Criança - Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha.
PMS Xerém	Rua Nóbrega Ribeiro, s/n – Xerém
ATEÇÃO BÁSICA MEDIA COMPLEXIDADE	1. Ambulatório <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica, Pediatria, Pneumologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Ortopedia, Psiquiatria, Odontologia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. 2. ECG 3. Pré-Natal, Planejamento Familiar e Preventivo 4. Exames radiológicos; Raio X simples 5. Atenção ao portador de Diabetes e Hipertensão arterial 6. Saúde do Idoso 7. Prevenção e controle da Hanseníase 8. Saúde do Adolescente 9. Imunização 10. Saúde da Criança / Teste do Pezinho 11. Emergência – 24h Clínica Médica e Pediatria

Com relação aos serviços de diagnóstico a capacidade instalada do município é a seguinte:

REDE ASSISTENCIAL CONVENIADA:

UNIDADE	REGIME	SERVIÇO
AMIS	Privado	Mamografia e exames radiológicos
CENTRO DE DIAGNÓSTICO IMBARIÉ	Privado	Citologia e Análises clínicas
CENTRO MÉDICO NUCLEAR	Privado	Ressonância magnética
CENTRO RADIOLÓGICO RIO DE JANEIRO	Privado	Radiologia
CEPEG	Privado	Ultra-sonografia, Anatomia Patológica e Citologia vaginal.
GASTROENTEROLOGIA	Privado	Radiologia
I.H.TIM	Privado	Análises clínicas
LABORAFE	Privado	Análises clínicas, Anatomia patológica e Citologia
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS SÃO JOSÉ	Privado	Análises clínicas
LABORATÓRIO LAVOISIER	Privado	Análises Clínicas
ASPAS	Privado	Análises clínicas
MICROLÂMINA	Privado	Análises clínicas
PRONTOCARDIO	Privado	Hemodiálise
RENALDUC	Privado	Hemodiálise
SASE	Privado	Tomografia computadorizada e Radiologia
SEGUMED	Privado	Hemodiálise
SEPAC	Privado	Análises clínicas
SERVIÇO RADIOLÓGICO DUQUE DE CAXIAS	Privado	Radiologia

1.2.5. PRODUÇÃO DE SERVIÇOS

1.2.5.1. CONSULTAS MÉDICAS E OUTROS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Em 2009 a produção ambulatorial em Duque de Caxias totalizou 8.989.735 procedimentos. Destes, 40,5% foram prestados pela rede municipal, mas quando analisamos esses procedimentos por categorias verificamos que a rede municipal realizou 99,99% das ações de promoção e prevenção, 90,98% dos procedimentos clínicos, 96,81% dos procedimentos cirúrgicos e 100% das ações complementares da atenção à saúde. Seu menor desempenho é no tocante ao fornecimento e colocação de órteses, próteses e materiais especiais que foram realizados em sua totalidade pelos prestadores privados. Com relação aos procedimentos diagnósticos a rede municipal foi responsável pela realização de 43,86% destes procedimentos sendo a o restante realizado pelos demais prestadores que ainda são consideráveis no setor privado.

O quadro a seguir demonstra, em valores absolutos, a estratificação desses procedimentos por grupo e natureza do prestador.

Quantidade Aprovada por Grupo de Procedimento e Natureza do Prestador Ano 2009					
GRUPO PROCEDIMENTO	Municipal	Estadual	Filantrópico	Privado	Total
1. Ações de Promoção e prevenção	2.832.513	176	0	33	2.832.722
2. Procedimentos Diagnósticos	721.021	47.892	30.555	844.349	1.643.817
3. Procedimentos clínicos	4.027.076	61.114	77.281	260.808	4.426.279
4. Procedimentos Cirúrgicos	75.878	1.027	0	1.468	78.373
7. Órteses, Próteses e Materiais Especiais	0	0	0	8.544	8.544
8. Ações Complementares da Atenção à Saúde	12.300	0	0	0	0
Totais	3.641.712	110.209	107.836	1.115.202	8.989.735

O quadro a seguir ilustra alguns procedimentos do grupo 3 (procedimentos clínicos), principalmente os referentes a atenção básica, média complexidade ambulatorial e atendimento às urgências.

Alguns Tipos de Consultas e Atendimentos do Grupo Procedimentos Clínicos Ano 2009

Procedimento	Municipal	Estadual	Filantrópico	Privado	Total
Consulta Médica em Atenção Básica	444.394	0	4.702	1.391	450.487
Consulta Médica em Atenção Especializada	316.984	511	1.949	8.619	328.063
Consulta nível superior na Atenção Básica, exceto médico	556.547	13	0	0	556.560

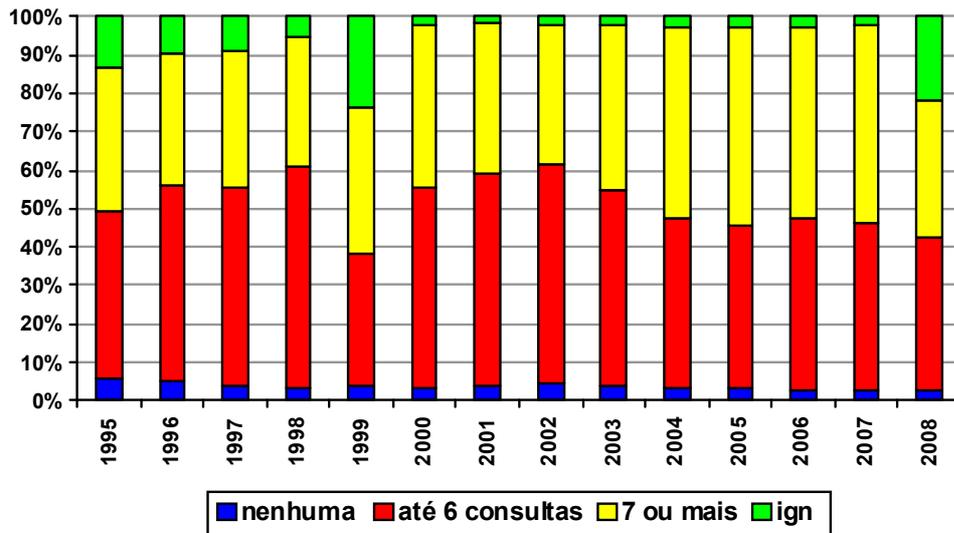
Consulta nível superior na Atenção Especializada, exceto médico	165.884	1.378	582	0	167.844
Consulta Pré-Natal	46.383	0	0	0	46.383
Consulta Puerperal	320	0	0	0	320
Consulta para acompanhamento de puericultura	25.751	0	0	0	25.751
Primeira Consulta Odontológica	31.244	0	0	0	31.244
Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento	324.334			595	324.334
Atendimento Ortopédico com imobilização provisória	4.159				4.754
Atendimento de Urgência em Atenção Básica	256.536	178	0	0	256.714
Atendimento de Urgência em Atenção Básica com Remoção	2.327	0	0	0	2.327
Atendimento Urgência em Atenção Especializada	222.358	50.877			273.235
Atendimento Urgência com observação 24h	12.532	3.054	0	0	15.586
Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Salvamento e Resgate - SAMU 192	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação	-
Remoção em Ambulância Simples	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação	-
Total					

Fonte: DATASUS

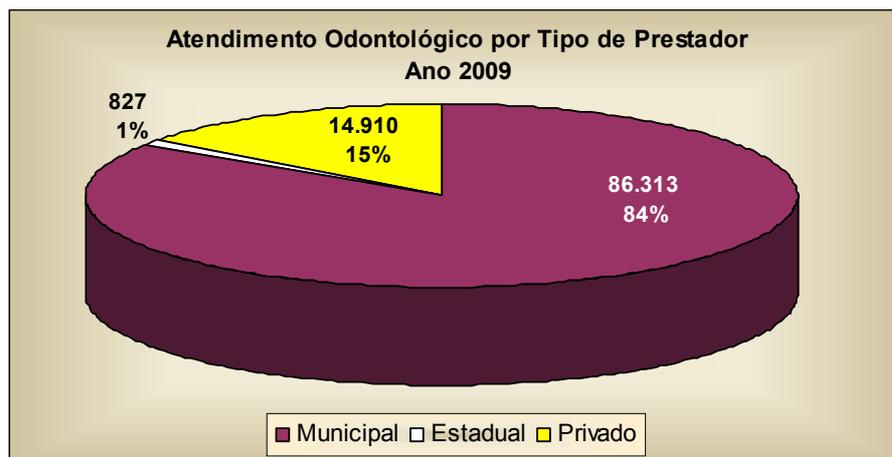
Com relação a todas as consultas da rede SUS realizadas em Duque de Caxias em 2009, excluindo-se as odontológicas, 98,81% delas se deram na rede municipal e apenas 1,19% foram realizadas pelos demais prestadores SUS.



O quadro a seguir analisa a relação de nascidos vivos e o número de consultas em pré-natal de suas mães. Observamos que há uma tendência no sentido que somente uma minoria acentuada das gestantes não fez pré-natal. No outro extremo, cerca de 20 a 30 % das gestantes tiveram sete ou mais consultas de pré-natal e a maioria delas recebeu de uma a seis consultas.



A programação ao atendimento odontológico também foi muito significativa tendo 84% do total sido realizado pela rede municipal e somente 15% realizado pela rede privada conveniada.



1.2.5.2. PRODUÇÃO HOSPITALAR

Em 2007, foram realizadas 20.392 internações em Duque de Caxias. Dessas,

Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade (por local de internação)

2007

Especialidade	Número de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clínica cirúrgica	3.490	17,1	1.881.871,91	18,7	539,22	10,0	144	4,1
Obstetrícia	8.437	41,4	3.114.149,91	30,9	369,11	3,1	6	0,1
Clínica médica	4.674	22,9	1.553.625,43	15,4	332,40	8,8	1.135	24,3



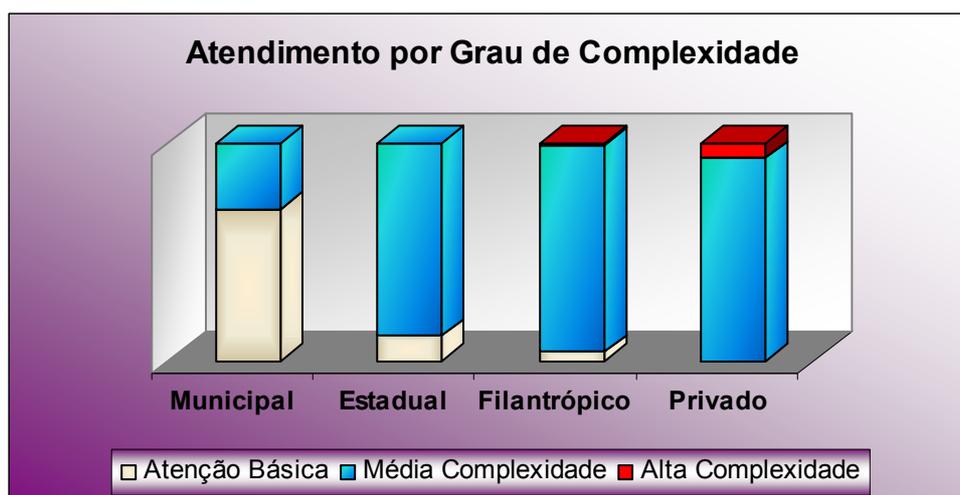
Cuidados prolongados (Crônicos)	-	-	-	-	-	-	-	-	
Psiquiatria	842	4,1	2.447.484,33	24,3	2.906,75	96,4	2	0,2	
Tisiologia	7	0,0	3.671,87	0,0	524,55	13,7	-	-	
Pediatria	2.942	14,4	1.065.421,88	10,6	362,14	8,2	82	2,8	
Reabilitação Psiquiatria - hospital dia	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	20.392	100,0	10.066.225,3	3	100,0	493,64	10,2	1.369	6,7

Fonte:
SIH/SUS

Quando se analisa a produção por nível de complexidade o cenário se mantém. A atenção básica e a média complexidade é em sua maioria realizada na rede municipal e apenas a alta complexidade é realizada exclusivamente por prestadores privados e filantrópicos conveniados, como mostra a tabela e gráfico abaixo.

Quantidade Aprovada por Complexidade					
Ano 2009					
	Municipal	Estadual	Filantrópico	Privado	Total
Atenção Básica	5.324.131	12.469	4.702	1.696	5.342.998
Media Complexidade	2.328.839	97.740	101.933	1.025.519	3.554.031
Alta Complexidade	0	0	1.201	79.443	80.644
Totais	7.652.970	110.209	107.836	1.1	8.977.673

Fonte: DATASUS



A questão da alta complexidade tem gerado muitas dificuldades, pois um grande número de procedimentos tem sido pagos com recursos próprios das prefeituras, no Estado do Rio de Janeiro, seja por dificuldades no credenciamento ou porque os prestadores não aceitam realizar o procedimento pelo valor pago pela tabela SUS. Isto acaba gerando descontinuidade na oferta desses procedimentos à população



A seguir, apresentamos um quadro demonstrativo dos principais procedimentos ambulatoriais de alta complexidade que foram realizados no município e a instabilidade da oferta dos mesmos.

ALGUNS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE REALIZADOS DUQUE DE CAXIAS		
PROCEDIMENTO	2008	2009
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	4.025	3.325
CINEANGIOGRAFIA**	104	125
ANGIOPLASTIA*	49	34
REVASCULARIZAÇÃO*	32	20
ARTERIOGRAFIA*	12	ZERO
TROCA VALVAR*	1	3
ANGIOGRAFIA	693	577
FOTOCOAGULAÇÃO	162	141
PTERIJO*	263	64
FACECTOMIA	691	314
CAPSULOTOMIA YAG LASER	310	359
RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	76	173
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	693	577
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA*	1.401	ZERO
ELETRONEUROMIOGRAFIA	382	188
UROGRAFIA EXCRETORA	182	130
URODINÂMICA	ZERO	218
TESTE ERGOMÉTRICO	25	178
ECODOPLER DE MEMBROS	2.555	1.038
DENSITOMETRIA OSSEA	ZERO	955
CINTIGRAFIA OSSEA*	105	ZERO
CINTILOGRAFIA RENAL*	200	ZERO
CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA*	122	12
ANGIORESSONÂNCIA*	33	ZERO
BIÓPSIA DE PRÓSTATA*	142	ZERO
ESTUDO IMUNOHISTOQUÍMICO DE PRÓSTATA	8	ZERO
HEMODIÁLISE AMBULATORIAL		
HEMODIÁLISE NO LEITO		

Fonte: DATASUS/ SMS-DC

1.3. GESTÃO DA SAÚDE

1.3.1. PLANEJAMENTO E MODELOS DE GESTÃO

O Município de Duque de Caxias está habilitado como Gestor Pleno do Sistema de Saúde desde junho de 1998, inserido no Plano de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro na Microrregião METRO I.3 da Região Metropolitana I. A microrregião METRO I.3 é constituída dos municípios de Magé e Duque de Caxias que deve ser o Pólo Regional para Média Complexidade II e III para o município de Magé. Assim, além de ser responsável em suprir todas as necessidades de saúde seus municípios, também é responsável pela média complexidade ambulatorial da população do município de Magé.

Dessa forma, está capacitado para o gerenciamento e financiamento pelo SUS sobre os procedimentos de atenção básica, média e alta complexidade e é responsável pela gestão e execução de todas as ações e serviços de saúde no município; gerência de todas as unidades ambulatoriais, hospitalares e de serviços de saúde estatais ou privadas; administração da oferta de procedimentos de alto custo e complexidade; execução das ações básicas, de média e de alta complexidade de vigilância sanitária, de epidemiologia e de controle de doenças; controle, avaliação e auditoria dos serviços no município; operação do Sistema de Informações Hospitalares e do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

A gestão da saúde é extremamente complexa e ao longo dos últimos anos temos observado alguns problemas no âmbito da gestão na Secretaria Municipal de Saúde. Com relação ao ambiente institucional verifica-se falta de entrosamento entre os diversos setores; mecanismos de interação entre a equipe de dirigentes ineficientes e imprecisão na determinação de funções executivas.

Com relação a estrutura gerencial há baixa qualificação do apoio administrativo; morosidade nos processos internos; ausência de indicadores gerenciais; dificuldade de acesso à informação e controle, avaliação e auditoria funcionando precariamente.

Na compra de produtos e serviços o abastecimento da rede não é satisfatório pela morosidade dos processos licitatórios; há débitos com fornecedores; e inexistência de um sistema de análise de custos.

Isto acaba acarretando baixa integração da rede de serviços; ineficiência nas ações de acompanhamento, controle e avaliação; dificuldades na implementação de ações mais abrangentes de vigilância epidemiológica e sanitária; e elevado atendimento na emergência de demanda ambulatorial.

Diante do quadro sensível, são necessárias ações que possam mudar o cenário que se apresenta e a Secretaria Municipal de Saúde, portanto, vem entre outras ações, firmando parcerias com as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) buscando a remodelação do modelo assistencial através de mudanças nas unidades, seja na estrutura física, no quadro funcional e na humanização do atendimento, de forma a garantir a assistência no primeiro nível de atenção ambulatorial e também nas situações de urgência assim como garantir o acesso da população aos serviços de média complexidade e a medicamentos.

Atualmente, seis unidades de saúde estão sob esse novo regime de gestão com total aprovação da população.

1.3.2. RECURSOS FINANCEIROS APLICADOS EM SAÚDE

Um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) é o da descentralização que garante melhor gerenciamento dos serviços de saúde. Neste sentido, a Norma Operacional Básica de 06 de novembro de 1996 (NOB 01/96) estabeleceu duas condições de gestão municipal: a Gestão Plena da Atenção Básica - GPAB e a Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM.

Esta mesma Norma também estabelece de que forma se dará o financiamento federal do SUS e a remuneração por serviços produzidos para a assistência hospitalar e ambulatorial, para as ações de vigilância sanitária e para as ações de epidemiologia e de controle de doenças. Neste último caso, cria uma modalidade da Transferência por Convênio especificando como seriam as transferências regulares e automáticas Fundo a Fundo.



Na tabela abaixo observamos os recursos repassados pelo Governo Federal e os recursos disponibilizados pela Prefeitura, nos últimos quatro anos, para fazer frente aos gastos com a saúde no município

Duque de Caxias/RJ				
DADOS E INDICADORES	2006	2007	2008	2009
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	190,94	249,45	359,04	346,44
Despesa com recursos próprios por habitante	112,71	151,31	218,21	210,98
Transferências SUS por habitante	78,47	94,14	121,29	123,86
% despesa com pessoal/despesa total	57,1	49,1	36,97%	48,90%
% despesa com investimentos/despesa total	1,5	10,3	16,92%	0,44%
% transferências SUS/despesa total com saúde	41,1	37,7	32,95%	35,75%
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	19,2	22,2	25,19	21,68%
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total	30,5	30,5	32,95%	27,90%
Despesa total com saúde	163.256.194,98	210.210.381,67	316.443.892,12	296.206.737,89
Despesa com recursos próprios	96.365.810,54	127.503.589,73	186.575.306,37	180.392.233,47
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	502.863.198,18	573.728.212,45	740.583.309,99	832.269.619,42
Transferências SUS	67.090.261,53	79.330.445,98	103.706.965,83	105.898.407,47
Despesa com pessoal	93.260.913,03	103.173.112,30	116.862.990,49	144.850.927,06

Fonte: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

1.3.3. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo. Por isso deve funcionar e tomar decisões regularmente acompanhando a execução da política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamento em seus rumos.

A lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, define, no parágrafo primeiro, artigo segundo, o papel dos conselhos: "atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos financeiros."

A lei também é clara quanto a forma de composição dos conselhos. Em primeiro lugar, garante a representação dos seguintes segmentos: governo, prestadores de

serviço, profissionais de saúde e usuários. Em seguida define a paridade da composição de usuários em relação aos demais segmentos. Isto significa 50% dos demais segmentos sendo que 25% destes será destinado aos trabalhadores de saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados.

Em 27 de Fevereiro de 2010 o atual Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias tomou posse, porém ressaltou a necessidade de alteração da legislação, de acordo com a resolução 333/03, ratificado na conferência anual a alteração da lei Municipal nº. 1068 de 30 de Agosto de 1991, que dispõe sobre o Conselho Municipal e dá outras providências.

O atual Conselho Municipal de Saúde é composto por 24 conselheiros, tendo representantes do gestor municipal, representantes dos prestadores de serviço de saúde, representantes dos trabalhadores (profissionais de saúde) e representantes dos usuários. Os conselheiros se reúnem ordinariamente uma vez ao mês, sempre no segundo sábado do mês e extraordinariamente quando necessário.

O Conselho Municipal instituiu comissões permanentes e provisórias, como: Comissão de Avaliação dos Relatórios de Gestão; Comissão para acompanhamento de Conferências, Fóruns, Seminários e Oficinas; Comissão para Acompanhamento de Programas como DST/AIDS e Saúde Mental; Comissão para Acompanhamento de Avaliação da Qualidade dos Serviços do SUS; Comissão de Revisão de Regimento Interno, entre outras.

O Conselho Municipal de Saúde não possui sede própria, atualmente reúne-se na sede da Secretaria Municipal Saúde e no Auditório do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo. Não dispõe de estrutura administrativa, somente secretária executiva, contrariando a quarta diretriz da lei n 8142/90 que trata da estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde: "os governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa."

O SUS tem como base os princípios de igualdade e da universalidade a saúde. A participação da comunidade é uma forma de controle social que possibilita a população, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas públicas de saúde. A lei orgânica estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão SUS: "as conferências e os conselhos de saúde".

No Regimento a Conferência Municipal de Saúde visa avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de Governo (artigo 10º; §1º; lei 8142/90). Como em nível Municipal as Conferências devem ocorrer todo ano, enquanto não mudamos o regimento do COMSADC, resolvemos que um ano deverá ser apresentado a prestação de contas, avaliação do plano municipal de saúde e metas alcançadas e no outro ano realizaremos a Conferência de Saúde, ficando assim a realização da mesma a cada dois anos.

1.3.4. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O gerenciamento dos recursos humanos na SMS de Duque de Caxias apresenta dificuldades, que a cada dia crescem em complexidade. Uma situação preocupante na Secretaria é a baixa qualificação dos técnicos dos órgãos de pessoal nas unidades assistenciais para o desenvolvimento eficaz de alguns procedimentos básicos e corriqueiros na instituição, tais como: elaboração e atualização de fichas funcionais (contendo, por exemplo, os dados pessoais de cada empregado, dados salariais e incentivos; informações sobre treinamentos realizados, etc.); elaboração da folha de pagamento; abertura, elaboração e controle de processos diversos (licenças especiais, pensões civis, aposentadorias, etc.); recrutamento e seleção de trabalhadores; avaliação de desempenho das atividades realizadas.



Tais dificuldades, encontradas também nas gerências das unidades assistenciais, são tão comuns que já fazem parte da cultura institucional, tornando-se pontos de estrangulamentos resistentes à soluções. Assim, no âmbito da SMS é imprescindível a implementação de processos de treinamento visando qualifica/formar pessoal para lidar adequadamente com os mecanismos e instrumento administrativos voltados para a administração de pessoal assim como para o gerenciamento local das unidades e no aprimoramento dos processos de trabalhos da saúde.

Uma outra questão que envolve a valorização da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias é a questão do plano de carreiras. Duque de Caxias possui um plano de carreiras instituído em 1998, mas que não está mais adequado à realidade atual e necessita de revisão.

Para garantir o funcionamento de sua rede própria de serviços o município tem 6.059 profissionais, sendo 217 funcionários federais, 175 funcionários estaduais, 4.684 funcionários municipais e 983 sob regime de contratação municipal, distribuídos em diversas categorias funcionais como demonstra a tabela a seguir:

Quantitativo de Servidores Municipais / Função

Secretaria - SMS

Função	Quantidade	Função	Quantidade
Administrador	007	Médico Geriatra	009
Agente Administrativo em Saúde	005	Médico Hematologista	002
Ajudante	003	Médico Infectologista	003
Almoxarife	007	Médico Neurologista	010
Assessor Administrativo	061	Médico Nefrologista	002
Assist. de Secretaria (Classe C)	003	Médico Oftalmologista	015
Assistente Social	081	Médico Otorrinolaringologista	010
Auxiliar Serviços Administrativos	045	Médico Obstetra	017
Auxiliar Administrativo Serv. Médicos	084	Médico Pediatra Neonatologista	068
Auxiliar de Consultório Odontológico	034	Médico Pediatra	339
Auxiliar de Enfermagem	717	Médico Radiologista	017
Auxiliar de Farmácia	004	Médico Reumatologista	002
Auxiliar de Serviços Gerais	004	Médico Pneumologista	013
Auxiliar de Serviços Médicos	016	Médico Pré-Natalista	005
Auxiliar Serviços Hospitalares	076	Médico Psiquiatra	034
Biólogo	005	Médico Sanitarista	006
Bioquímico	014	Médico Socorrista	187
Bioquímico Farmacêutico	003	Médico Urologista	006
Bombeiro Hidráulico	002	Médico Veterinário	020
Borracheiro	001	Médico	001
Cargo em Comissão - CC1	024	Médico Endocrinologista	007
Cargo em Comissão - CC2	033	Topógrafo	001
Cargo em Comissão - CC3	070	Motorista	027
Cargo em Comissão - CC4	014	Motorista Operador	002
Cargo em Comissão - CC5	059	Nutricionista	064
Continuo	005	Operador de Computador	001
Cozinheiro	008	Operador Maquinas Pesadas	001
Digitador	002	Pintor	002



Eletricista	002	Porteiro	001
Encarregado Geral	007	Preparador de Dados	001
Enfermeiro	405	Professor I Classe F (L. Plena)	001
Estimulador Infantil (Classe B)	001	Professor II Classe C (2º Grau)	001
Estimulador Infantil (Classe C)	001	Trabalhador Braçal	077
Farmacêutico	040	Programador de Sistemas	006
Fisioterapeuta	046	Psicólogo	050
Fonoaudiólogo	022	Médico Cirurgião Vascular	005
Inspetor de Disciplina (Classe B)	001	Rastilheiro	002
Jardineiro	001	Secretaria	004
Lavandeiro	003	Secretario Municipal	001
Manilheiro	001	Servente	023
Médico Anestesiologista	078	Tec. Adm. de Serv. Médicos	063
Médico Angiologista	001	Técnico de Administração	002
Médico Cardiologista	018	Técnico Consultório Odontológico	003
Médico Cirurgião Geral	071	Técnico de Contabilidade	006
Médico Cirurgião Pediatra	012	Técnico de Enfermagem	570
Médico Clínico Geral	359	Técnico de Laboratório	138
Médico da Família	009	Médico Ortopedista	086
Médico Dermatologista	016	Médico Gineco Obstetra	077
Médico do Trabalho	004	Odontólogo	108
Médico Endoscopia Digestiva	001	Soldador	001
Médico Gastroenterologista	007	Sociologo	002
Técnico de Fisioterapia	002	Técnico de Hemoterapia	007
Técnico RX	120	Médico Ginecologista	052
Telefonista	001	Merendeira	007
Terapeuta Ocupacional	007	Pedreiro	006
Médico Cirurgião	010	Médico Intensivista	012
Médico Neonatologista	068	-----	-----
Total de Servidores			4.885

<u>Quantitativo de Servidores Estaduais</u>			
Função	Quantidade	Função	Quantidade
Agente Adm. Saúde	20	Farmacêutico	01
Agente Auxiliar.Administrativo Saúde	02	Médico	01
Auxiliar.Administrativo Serviços Saúde	01	Nutricionista	02
Agente Saúde Pública	07	Odontólogo	02
Auxiliar .Enfermagem	57	Técnico Enfermagem	02
Auxiliar Operacional Serviços Saúde	63	Téc.H.Dental	02
Ass.Social	03	Téc.Laborat.	02
Enfermeiro	06	Téc.Eq.M.Od.	03
-----	-----	Artífice de Saúde	01
		Total de Servidores	175



<i>Quantitativo de Servidores Federais/ Função</i>			
Função	Quantidade	Função	Quantidade
Administrador	04	Médico Clínica Médica	06
Agente Administrativo	28	Médico Dermatologista	02
Agente de Saúde	05	Médico Gastroenterologista	02
Agente Portaria	12	Telefonista	01
Agente Serviços Complementares	02	Médico Ginecologista	11
AOSD	28	Médico Obstetra	02
Artífice Eletricidade e Comunicação	01	Nutricionista	02
Artífice Marcenaria e Carpintaria	06	Médico Ortopedista	02
Artífice Mecânica	02	Médico Otorrinolaringologista	01
Assistente Social	01	Médico Pediatra	19
Auxiliar de Enfermagem	40	Médico Pneumologista	01
Datilógrafo	21	Motorista	02
Enfermeiro	07	Médico Psiquiatra	01
Médico Anestesiologista	01	Médico Cardiologista	05
Médico Cirurgião	01	Médico Trabalho	01
Total de Servidores			217

CONTRATADOS/FUNÇÃO	
Função	Quantidade
Agente Comunitário de Saúde	476
Assistente Social	17
Auxiliar Administrativo de Serviços Médicos	07
Auxiliar de Consultório Dentário	11
Auxiliar de Controle de Endemias	163
Auxiliar de Enfermagem	29
Buço-Maxilo-Facial	11
Consultor Financeiro	01
Enfermeiro	06
Fisioterapeuta	02
Médico	37
Motorista	28
Odontólogo	11
Operador de Frota	02
Psicólogo	16
Supervisor	01
Técnico de Aparelho Gessado	02
Técnico de Enfermagem	159
Técnico de Hemoterapia	04
Total	983



**EIXOS
PRIORITÁRIOS**

CAPÍTULO 2 - EIXOS PRIORITÁRIOS E DIRETRIZES ESTRATÉGICAS

2.1. EIXO I – Promoção da Qualidade de Vida e Redução de Vulnerabilidade e Riscos à Saúde

2.1.1. Diretriz Estratégica: Disseminação de práticas e comportamentos saudáveis				
Objetivos				
1. Fortalecer as ações de saúde bucal na rede de ensino municipal				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar escovação supervisionada e fluoretação em 87.000 alunos da rede pública municipal de ensino.	100%	100%	100%	100%
Realizar palestras educativas de saúde bucal em toda a rede pública municipal de ensino – Meta Progressiva.	70%	100%	100%	100%
2. Estimular a prática de ambiente livre do vetor da Dengue				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar atividades educativas sobre a temática da Dengue para população.	17	20	20	20
3. Promover a divulgação dos direitos sociais e cidadania				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar grupos de sala de espera em 80% das unidades de saúde.	96	96	96	96
4. Implementar o abandono do tabagismo				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar campanhas anuais de incentivo ao abandono do tabagismo.	2	2	2	2
5. Ampliar e Qualificar as ações do Programa de Saúde nas Escolas públicas no território do município				
Metas	2010	2011	2012	2013
Ampliar as ações do PSE em 45 escolas de ensino público – Meta Progressiva.	20%	60%	80%	100%
2.1.2. Diretriz Estratégica: Reorientação do cuidado à saúde com centralidade no usuário e sua família				
Objetivos				
1. Melhorar a qualidade de vida do paciente renal crônico				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar grupos de convivência entre pacientes e seus familiares.	24	24	24	24
Realizar visitas domiciliares do serviço social.	12	12	12	24
Adquirir viatura para visitas domiciliares do serviço social.			1	
Manter acompanhamento individual, pelo serviço social, de todos os pacientes renais crônicos, internados no HMMRC.	100%	100%	100%	100%
2. Melhorar a qualidade de vida do portador de doença mental				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar grupos de convivência entre pacientes	24	24	24	24



e seus familiares.				
Realizar visitas domiciliares do serviço social.	12	12	12	24
Manter acompanhamento individual, pelo serviço social de todos os pacientes psiquiátricos internados no HMMRC.	100%	100%	100%	100%
3. Implantar ações de saúde ocular na rede pública municipal de ensino				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar triagem e exame visual em todos os alunos da rede pública municipal de ensino - Meta Progressiva.	10%	40%	60%	100%
2.1.3. Diretriz Estratégica: Implementação de ações que reduzam a vulnerabilidade e riscos à saúde				
Objetivos				
1. Desenvolver a Vigilância ambiental				
Metas	2010	2011	2012	2013
Ampliar em 20% a notificação dos casos suspeitos e confirmados de intoxicação por agrotóxicos - Meta Cumulativa.	5%	5%	5%	5%
Emitir relatório anual dos dados de controle de qualidade da água no SISAGUA.	2	2	2	2
Implantar laboratório para análise da qualidade da água.		100%		
Emitir relatório anual detalhado, com as informações no município dos riscos identificados para a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade do Ar - VIGIAR.	1	1	1	1
Vacinar 85% da população canina na Campanha de Vacinação anti-rábica - Meta Progressiva.	80%	80%	85%	85%
2.1.4. Diretriz Estratégica: Fortalecimento da Vigilância em Saúde				
Objetivos				
1. Desenvolver a Vigilância da Mortalidade por grupos prioritários e principais causas de mortalidade				
Metas	2010	2011	2012	2013
Investigar todos os óbitos maternos.	100%	100%	100%	100%
Investigar 70% dos óbitos infantis - Meta Progressiva.	50%	60%	65%	70%
Investigar 70% dos óbitos de mulheres em idade fértil - Meta Progressiva.	50%	60%	65%	70%
Investigar todos os óbitos por Dengue.	100%	100%	100%	100%
2. Aumentar a sensibilidade e especificidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica				
Metas	2010	2011	2012	2013
Encerrar oportunamente 80% das investigações de doenças e agravos de notificação compulsória - Meta Progressiva.	75%	75%	80%	80%
3. Reduzir o percentual de óbitos por causas indeterminadas				
Metas	2010	2011	2012	2013
Qualificar 70% dos médicos da rede hospitalar quanto a importância da informação nos prontuários e preenchimento das declarações	10%	30%	50%	70%



de óbito – Meta Progressiva.				
4. Manter as ações de controle das doenças transmissíveis e imunopreveníveis				
Metas	2010	2011	2012	2013
Oferecer cobertura vacinal para as vacinas do calendário básico: anti pólio; BCG; tetravalente; hepatite B e tríplice viral	95%	95%	95%	95%
Implantar em 100% das Unidades Básicas de Saúde da Rede Municipal a Caderneta de Vacinação de Adulto.	100%	100%	100%	100%
Vacinar 80% de idosos com idade igual ou superior a 60 anos na campanha anual contra influenza.	100%	100%	100%	100%
5. Implementar Vigilância de Violências e Acidentes				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar ficha de notificação/ investigação de violência doméstica, sexual e/ ou outras violências em todas as unidades públicas de saúde – Meta Progressiva.	70%	80%	90%	100%
Monitorar a ocorrência de 90% dos acidentes e violências notificadas – Meta Progressiva.	-	50%	70%	90%
2.1.5. Diretriz Estratégica: Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias				
Objetivos				
1. Desenvolver controle e vigilância do Aedes aegypti				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar 4 Levantamentos de Índice Rápido por Aedes aegypti ao ano.	4	4	4	4
Identificar e eliminar focos e/ou criadouros de Aedes aegypti em 80% dos imóveis, 5 vezes ao ano.	100%	100%	100%	100%
2. Implementar o controle e a prevenção da AIDS				
Metas	2010	2011	2012	2013
Aumentar em 25% a cobertura de testagem para o HIV no pré-natal e parto - Meta Cumulativa.	10%	5%	5%	5%
Ampliar em 40% a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes/parturientes e em crianças expostas - Meta Cumulativa.	10%	10%	10%	10%
2.1.6. Diretriz Estratégica: Estruturação da Vigilância em Saúde do Trabalhador				
Objetivos				
1. Ampliar e qualificar a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador - RENAST				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar unidades sentinelas	1	3	2	2
Qualificar todas as unidades sentinela de Saúde do Trabalhador de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.	100%	100%	100%	100%
Aumentar em 25% o número de notificações dos agravos à saúde do trabalhador – Meta Progressiva.	10%	15%	20%	25%

2. Promover a integração intersetorial visando o desenvolvimento de ações integradas

Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar a III Conferência Regional de Saúde do Trabalhador.				1
Realizar encontros anuais municipais de Saúde do Trabalhador.	1	1	1	1

3. Aprimorar o processo de educação e comunicação em saúde visando a promoção da saúde do trabalhador

Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar campanhas anuais de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.	1	1	1	1
Realizar oficinas sobre seguridade social e Saúde do Trabalhador para a rede intersetorial em Saúde do Trabalhador.	1	1	1	1

4. Prover Suporte Técnico as ações de Vigilância em saúde do trabalhador

Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar mapeamento de risco à saúde do trabalhador no município	100%			
Atualizar o mapeamento realizado	100%	100%	100%	100%
Implantar sistema de monitoramento das populações expostas às substâncias químicas: amianto, benzeno, chumbo, mercúrio e agrotóxico e sílica.				100%
Implantar rede de referência e contra-referência para atenção à saúde do trabalhador.				100%
Implantar núcleos de saúde do trabalhador em todas as unidades de saúde da rede municipal – Meta Progressiva		30%	60%	100%

2.1.7. Diretriz Estratégica: Fortalecimento do Controle do Risco Sanitário em ambientes, produtos e serviços

Objetivos

1. Fiscalizar e avaliar ambientes, produtos e serviços de maior risco sanitário

Metas	2010	2011	2012	2013
Elaborar Código Sanitário Municipal.	100%			
Implantar Código Sanitário Municipal.		100%		
Aprovar Plano de Ação em Vigilância Sanitária.		100%		
Executar plano de ação em Vigilância Sanitária Meta Progressiva.		50%	75%	100%
Realizar inspeção sanitária em 30% dos estabelecimentos cadastrados em serviços de alimentação	100%	100%	100%	100%

2. Qualificar a gestão e avaliação das ações de vigilância sanitária

Metas	2010	2011	2012	2013
Dotar a Vigilância Sanitária de material adequado às necessidades do trabalho – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Adquirir viatura operacional		1		
Cadastrar 60% dos estabelecimentos comerciais do município – Meta Progressiva.	30%	40%	50%	60%

2.1.8. Diretriz Estratégica: Desenvolver a Política Municipal de

Alimentação e Nutrição				
Objetivos				
1. Reduzir os riscos à saúde relacionados à alimentação				
Metas	2010	2011	2012	2013
Acompanhar ambulatorialmente 8.000 crianças identificadas com obesidade pelo SISVAN – Meta Cumulativa	2.000	2.000	2.000	2.000
Introduzir consulta de nutrição em 100% do acompanhamento pré-natal – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Monitorar 100% do estado nutricional das gestantes cadastradas pelo SISVAN.	100%	100%	100%	100%
Realizar dez campanhas anuais para identificação de obesidade na população.	10	10	10	10

2.2. EIXO II - Ampliação do Acesso da População aos Serviços de Saúde e Qualificação das Ações de Saúde

2.2.1. Diretriz Estratégica: Expansão e Qualificação da Atenção Básica				
Objetivos				
1. Ampliar e Qualificar a Estratégia de Saúde da Família				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar 80 novas Equipes de Saúde da Família – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Implantar 12 NASFs – Meta Cumulativa	3	3	3	3
2. Construir, ampliar, reformar e equipar unidades de saúde da família				
Metas	2010	2011	2012	2013
Construir 40 unidades de Saúde da Família com capacidade para duas equipes cada – Meta Cumulativa.	10	10	10	10
Adquirir equipamentos e material permanente para 40 unidades de Saúde da Família – Meta Progressiva	25%	50%	75%	100%
Reformar e ampliar os 7 Centros de Atenção a Saúde da Família – Meta Cumulativa.	2	2	2	1
Reformar as 18 unidades próprias de Saúde da Família existentes – Meta Cumulativa.	1	5	6	6
3. Ampliar acesso a leitos obstétricos de baixa complexidade				
Metas	2010	2011	2012	2013
Construir maternidade no 3º Distrito – Meta Progressiva.	50%	100%		
Adquirir equipamentos e materiais permanentes para a nova maternidade do 3º Distrito.		50%	100%	
Habilitar 72 novos leitos obstétricos no 3º Distrito.			100%	
Construir maternidade no 1º Distrito – Meta Progressiva.	50%	100%		
Adquirir equipamentos e materiais permanentes para a nova maternidade do 1º Distrito – Meta Progressiva.		50%	100%	



Habilitar 80 novos leitos obstétricos no 1º Distrito.			100%	
4. Ampliar o Centro Municipal de Saúde				
Metas	2010	2011	2012	2013
Reformar e ampliar o Centro Municipal de Saúde – Meta Progressiva.		50%	75%	100%
2.2.2. Diretriz Estratégica: Reorganizar a atenção à saúde por linhas de cuidado, em consonância com os eixos prioritários do Pacto pela Vida.				
Objetivos				
1. Reorganizar linha de cuidado da Saúde da Criança				
Metas	2010	2011	2012	2013
Ampliar a oferta de consultas de puericultura – Meta Progressiva.	25%	30%	35%	40%
Ampliar cobertura do teste do pezinho nos nascidos vivos residentes no município – Meta Progressiva.	55%	60%	65%	70%
Ampliar cobertura do teste da orelhinha nos nascidos vivos residentes no município – Meta Progressiva.	18%	20%	22%	24%
Cadastrar e atender 200 crianças no Pólo de Asma – Meta Progressiva.	130	150	170	200
2. Reorganizar linha de a atenção à Saúde do Adolescente				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar caderneta do adolescente em 50% dos adolescentes cadastrados – Meta Progressiva.		10%	30%	50%
Implantar o serviço de contracepção para o adolescente no HMMX		100%		
3. Reorganizar linha de cuidado da Saúde da Mulher				
3.1. Reorganizar a linha de cuidado do câncer de colo uterino				
Metas	2010	2011	2012	2013
Ampliar em 18% a oferta de exame preventivo do Câncer de Colo de Útero, na população feminina de 25 a 59 anos.	15%	16%	17%	18%
Ampliar em 100% o número de colposcopias já realizadas		100%	100%	100%
Realizar EZT em 100% das mulheres com resultado de exame NICII e NICIII	100%	100%	100%	100%
3.2. Reorganizar a linha de cuidado do câncer de mama				
Metas	2010	2011	2012	2013
Ampliar em 24% a realização de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos de idade	12%	16%	20%	24%
Realizar em 100% das pacientes com laudo mamográfico BIRADIS IV exame de CORE-BIOPSY.	100%	100%	100%	100%
3.3. Reorganizar a atenção do pré-natal				
Metas	2010	2011	2012	2013
Ampliar o número de consultas de pré-natal para 7 ou mais consultas por gestação em 65% das gestantes - Meta Progressiva	55%	60%	63%	65%
Implantar SISPRENATAL em 50% das unidades de saúde – Meta Progressiva	10%	20%	40%	50%
Realizar pelo menos um exame sorológico para hepatite em mulheres no 3º trimestre	10%	20%	20%	20%



gestacional em 20% das gestantes - meta progressiva				
3.4. Planejamento Familiar				
Metas	2010	2011	2012	2013
Garantir oferta de métodos contraceptivos em 100% das unidades de saúde da rede pública municipal.	100%	100%	100%	100%
4. Reorganizar atenção à Saúde do Idoso				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar campanhas anuais de detecção da osteoporose	4	4	4	4
Implantar a Caderneta de saúde do Idoso em todas as ESF - Meta Progressiva.	10%	30%	60%	100%
5. Reorganizar linha de cuidado da Saúde do Adulto				
5.1. Reorganizar linha de cuidado da Hipertensão arterial				
Metas	2010	2011	2012	2013
Ampliar em 34% o cadastramento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na população acima de 40 anos - Meta Progressiva	28%	30%	32%	34%
Oferecer 2.684 exames ergométricos anuais, conforme protocolos estabelecidos pela SMS - Meta Progressiva.	50%	100%	100%	100%
Ampliar em 60% o acesso à consultas de cardiologia para os pacientes cadastrados no HIPERDIA - Meta Progressiva		100%	100%	100%
Garantir a realização de 1 exame de ECG/ano aos pacientes com hipertensão arterial, inscritos no HIPERDIA.	100%	100%	100%	100%
Garantir a realização de 1 exame de Ecocardiograma/ano aos pacientes com hipertensão arterial severa, inscritos no HIPERDIA.	50%	100%	100%	100%
Acompanhar o estado nutricional de hipertensos inscritos no HIPERDIA.	100%	100%	100%	100%
Realizar 12 campanhas anuais de rastreamento de hipertensão arterial.	12	12	12	12
5.2. Reorganizar linha de cuidado da Diabetes mellitus				
Metas	2010	2011	2012	2013
Ampliar em 36% o cadastramento dos pacientes com Diabetes na população acima de 40 anos - Meta Progressiva	30%	32%	34%	36%
Oferecer cirurgia vascular para atendimentos de todas as lesões graves dos pés de pacientes diaéticos.		100%	100%	100%
Garantir a realização de 1 exame de fundoscopia/ano aos pacientes com diabetes mellitus, inscritos no HIPERDIA.	40%	60%	80%	100%
Realizar 12 campanhas anuais de rastreamento de diabetes mellitus.	12	12	12	12
6. Reorganizar linha de cuidado da Saúde Bucal				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar Saúde Bucal em todas as unidades de Atenção Básica - Meta Progressiva.	75%	100%		
Adquirir 8 unidades móveis odontológicas para atendimento em saúde bucal na rede de		25%	75%	100%



ensino municipal – Meta Progressiva.				
Implantar atendimento odontológico na rede de ensino municipal – Meta Progressiva.		25%	75%	100%
Ampliar em 30% o atendimento odontológico domiciliar.		100%	100%	100%
Realizar 5.000 atendimentos odontológicos volantes.	100%	100%	100%	100%
Implantar Centro de Especialidades Odontológicas tipo II (CEO II)		1	1	
Transformar um CEO I em CEO II		100%		
Transformar posto José de Souza Herdy em CEO I		100%		
Ativar laboratório de próteses – Meta Progressiva.		50%	100%	
Implantar 2 leitos de bucomaxilo-facial no HMMRC.	2			
Realizar 4.000 consultas ortodônticas anuais – Meta Progressiva	30%	100%	100%	100%

7. Reorganizar e consolidar a reorientação do modelo de atenção de base territorial em Saúde Mental

Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar leitos para internações psiquiátricas de crianças e adolescentes.		2		
Implantar Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo II.		1		
Implantar Centro de Atenção Psicossocial para drogaditos (CAPS AD).				1
Implantar Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo III.			1	
Implantação de 10 Residências Terapêuticas - Meta Cumulativa.	1	7	1	1
Cadastrar beneficiários do Programa de Volta para a Casa – Meta Progressiva.	67	73	75	80

8. Organizar a Atenção à Saúde do Homem

Metas	2010	2011	2012	2013
Elaborar e aprovar pelas instâncias pertinentes o plano de ações para a saúde do homem.	100%			
Implantar plano de ações para a saúde do homem – Meta Progressiva.		30%	70%	100%

2.2.3. Diretriz Estratégica: Qualificar a atenção Hanseníase e Tuberculose

Objetivos

1. Reduzir o grau de incapacidade física na hanseníase

Metas	2010	2011	2012	2013
Avaliar em 90% no diagnóstico o grau de incapacidade física dos casos novos de hanseníase – Meta Progressiva.	85%	90%	90%	90%
Avaliar em 85% o grau de incapacidade física dos casos curados de hanseníase no ano de avaliação – Meta Progressiva.	70%	75%	80%	85%
Ampliar para 90% a cura de novos casos de hanseníase – Meta Progressiva.	82%	85%	88%	90%
Examinar 65% dos contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase diagnosticados no ano da avaliação – Meta Progressiva.	50%	55%	60%	65%



2. Ampliar a cura da Tuberculose Pulmonar				
Metas	2010	2011	2012	2013
Curar 85% dos novos casos de Tuberculose Pulmonar.	100%	100%	100%	100%
Ampliar em 30% a realização de cultura para os casos de retratamento de tuberculose (recidiva, reingresso após abandono e falência do tratamento) – Meta Progressiva.	10%	20%	25%	30%
Ampliar em 30% a cobertura do tratamento supervisionado dos casos novos pulmonares bacilíferos. – Meta Progressiva.	15%	20%	25%	30%
Realizar busca em 40% de contatos de casos – Meta progressiva.	30%	35%	40%	40%
2.2.4. Diretriz Estratégica: Desenvolvimento da humanização nos serviços próprios				
Objetivos				
1. Estimular e implantar a política de humanização nos serviços próprios da SMS-DC				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar o acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização em 100% das Unidades Pré Hospitalares Fixos.	100%			
Implantar o acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização em 100% dos hospitais municipais – Meta Progressiva.	50%	100%		
Monitorar o acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização em 100% das Unidades com Pronto Atendimento 24 horas, municipais.	100%	100%	100%	100%
Implantar o Direito a Acompanhante em 100% dos Hospitais da Rede Própria conforme a legislação vigente.	100%	100%	100%	100%
Adequar mobiliário, para recepção humanizada em todas as unidades hospitalares – Meta Progressiva.		60%	100%	
Implantar sinalização visual nos hospitais municipais – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
2.2.5. Diretriz Estratégica: Ampliação e organização do acesso, monitoramento e melhoria da qualidade da Assistência de Média e Alta Complexidade nos âmbitos Ambulatorial e Hospitalar				
Objetivos				
1. Ampliar a oferta de serviços de atenção especializada ambulatorial				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar 2 ambulatórios especializados no tratamento de portadores de hemoglobinopatias – Meta Progressiva.	50%	100%		
Implantar atendimento de consultas médicas especializadas em 100% das Unidades de Pronto Atendimento 24h, municipais.	100%			
Reformar o prédio do antigo Hospital Municipal Duque de Caxias para transformá-lo numa	100%			

grande Policlínica de serviços especializados.				
Adquirir equipamentos e materiais permanentes para a nova Policlínica – Meta Progressiva.	50%	100%		
Implantar a nova policlínica de Duque de Caxias – Meta Progressiva.		100%		
Reformar unidade de hemoterapia do município, em parceria com o HEMORIO – Meta Progressiva.	50%	100%		
2. Ampliar oferta de cirurgias pediátricas				
Metas	2010	2011	2012	2013
Reequipar o Centro Cirúrgico do Hospital Infantil Ismélia Silveira.			100%	
Realocar cirurgiões pediátricos no HIIS.			100%	
3. Projetar e implantar novos processos no âmbito dos hospitais municipais				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar dose unitária na dispensação intra-hospitalar em todos os hospitais municipais – Meta Progressiva.		50%	100%	
Reorganizar o processo de alta hospitalar de clínica médica.		100%		
Projetar novos impressos hospitalares.	100%			
Implantar novos impressos hospitalares.		100%		
Mapear e recompor 100% das necessidades tecnológicas dos hospitais municipais – Meta Progressiva.			50%	100%
4. Ampliar leitos hospitalares				
Metas	2010	2011	2012	2013
Construir hospital de doentes crônicos Meta Progressiva.	50%	100%		
Adquirir equipamentos e material permanente para o hospital de doentes crônicos.		100%		
Habilitar 60 leitos de clínica médica.		100%		
Reformar e ampliar o Hospital Infantil Ismélia Silveira – Meta Progressiva.			50%	100%
5. Qualificar a assistência hospitalar				
Metas	2010	2011	2012	2013
Mapear e recompor 100% das necessidades tecnológicas dos hospitais municipais – Meta Cumulativa.		50%	50%	
2.2.6. Diretriz Estratégica: Organização da Atenção à Urgência e Emergência				
Objetivos				
1. Qualificar a porta de entrada das urgências e emergências				
Metas	2010	2011	2012	2013
Qualificar a porta de entrada do HMMRC e dos pré-hospitalares fixos - Meta Progressiva.	50%	100%		
Elaborar e implantar protocolos das emergências e urgências no HIIS, HMMRC e pré-hospitalares fixos – Meta Progressiva.	50%	100%		
Mapear e recompor 100% das necessidades tecnológicas das urgências e emergências – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%

2. Implantar processos nos hospitais de emergência (HIIS e HMMRC), visando o aumento de eficiência na gestão.				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar dose unitária na dispensação intra-hospitalar das emergências/urgências Meta Progressiva.		50%	100%	
Reformular o Boletim de Emergência e implantá-lo em todas as unidades de urgência e emergência da rede municipal.		100%		
3. Ampliar a implantação de Unidades de Pronto Atendimento 24 horas				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar 2 unidades de pronto atendimento 24h (UPAs) municipais.		2		
2.2.7. Diretriz Estratégica: Integração das Ações de Assistência Farmacêutica				
Objetivos				
1. Qualificar a assistência farmacêutica				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar protocolos terapêuticos nos hospitais municipais		100%		
Implantar dose unitária na dispensação intra-hospitalar em todos os hospitais municipais – Meta Progressiva.		50%	100%	
Implantar dose unitária na dispensação intra-hospitalar das emergências/urgências Meta Progressiva.		50%	100%	
Criar pólos centralizados de dispensação para a Atenção Básica – Meta Progressiva.	60%	100%		
Informatizar a assistência farmacêutica – Meta Progressiva.		100%		
Adquirir software de Gestão de Farmácia		100%		
2. Abastecer a rede de atenção básica com medicamentos dos laboratórios oficiais				
Metas	2010	2011	2012	2013
Adquirir 60% dos medicamentos de atenção básica nos laboratórios oficiais	100%	100%	100%	100%

2.3. EIXO III - Fortalecimento e Aperfeiçoamento da Capacidade de Gestão Municipal

2.3.1. Diretriz Estratégica: Incorporação de novos modelos de gestão em saúde				
Objetivos				
1. Estabelecer parceria com as Organizações Sociais Civas de Interesse Público (OSCIPs)				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar gestão de parceria com as OSCIPs, conforme o estabelecido em Lei Municipal, com participação do Controle Social, nas seis unidades de pré-hospitalar fixo e na nova	100%			



Policlínica de Duque de Caxias.				
Implantar gestão de parceria com as OSCIPs, conforme o estabelecido em Lei Municipal, com participação do Controle Social, na Policlínica de Duque de Caxias	100%			
Realizar novos termos de parceria de gestão.		1	1	
2. Qualificar os mecanismos de avaliação e monitoramento das parcerias com as OSCIPs				
Metas	2010	2011	2012	2013
Elaborar modelo de instrumento contratual com a participação do Controle Social.	100%			
Criar planilha de indicadores de desempenho e produtividade a ser seguida pelas OSCIPs.	100%			
Criar comissão de acompanhamento e avaliação dos serviços prestados pelas OSCIPs.	100%			
Avaliar e monitorar desempenho e produtividade das OSCIPs, de acordo com as metas contratuais.	100%	100%	100%	100%
2.3.2. Diretriz Estratégica: Implantação Sistema Integrado de Informação Gerencial e de Saúde				
Objetivos				
1. Unificar os cadastros do Programa de Saúde da Família				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar um servidor de dados central que integre as informações entre a rede de atendimento e o Programa de Saúde da Família – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Unificar o cadastro do Programa de Saúde da Família e o cadastro dos cidadãos atendidos nas unidades de Saúde – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
2. Disponibilizar em tempo real os dados e informações das unidades sob parceria com as OSCIPs				
Metas	2010	2011	2012	2013
Manter 100% atualizados os dados e informações das unidades sob gestão de parceria com as OSCIPs, inclusive os agendamentos das consultas.	100%	100%	100%	100%
3. Implantar Projeto do Cartão Cidadão nas unidades pré-hospitalares fixos				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar o Projeto Cartão Cidadão nas unidades do tipo pré-hospitalar fixo, no qual o cliente será identificado por bairro e micro áreas de residência - Meta Progressiva.	50%	75%	85%	100%
2.3.3. Diretriz Estratégica: Ampliação, organização e regulação do acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares				
Objetivos				
1. Adequar e ampliar o processo de regulação				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar a substituição do Sisreg II pelo Sisreg III no nível central.	100%			



Criar núcleo de regulação da referência das unidades de atenção ambulatorial especializada e pré hospitalares fixos para o Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo.	100%			
Regular o acesso das unidades de atenção ambulatorial especializada e pré hospitalares fixos para o Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo – Meta Progressiva.	50%	100%		
Regular o agendamento de todos os procedimentos e consultas médicas especializadas- Meta Progressiva.	50%	100%		
Implantar Central de regulação de leitos municipais.		100%		
Regular a saída do HMMRC para os leitos clínicos.		100%		
Implantar central de regulação de leitos do município – Meta Progressiva.	50%	100%		

2.3.4. Diretriz Estratégica: Ampliação e adequação dos espaços da SMS

Objetivos

1. Adequar a estrutura predial da SMS ao crescimento de suas atribuições

Metas	2010	2011	2012	2013
Ampliar e readequar o prédio da SMS – Meta Progressiva.	25%	75%	100%	
Refazer a rede elétrica, hidráulica e lógica da SMS – Meta Progressiva.		50%	100%	
Adquirir mobiliário e equipamentos para a SMS - Meta Progressiva.		50%	100%	

2.3.5. Diretriz Estratégica: Aperfeiçoamento dos Instrumentos de Programação, Contratualização, Supervisão, Monitoramento e Regionalização dos Serviços de Saúde

Objetivos

1. Monitorar as ações específicas do sistema municipal de saúde através dos Instrumentos de Gestão

Metas	2010	2011	2012	2013
Acompanhar anualmente a execução do Plano Municipal de Saúde.	100%	100%	100%	100%
Elaborar Relatório Anual de Gestão avaliando desempenho da Saúde no município.	100%	100%	100%	100%
Acompanhar e revisar anualmente o Plano Plurianual de Saúde.	100%	100%	100%	100%
Alimentar semestralmente o SIOPS.	100%	100%	100%	100%

2. Exercer ações de supervisão/auditoria junto as unidades conveniadas ao SUS, verificando as condições de funcionamento e a qualidade da assistência prestada aos usuários do sistema

Metas	2010	2011	2012	2013
Visitar anualmente 100% das unidades de saúde conveniadas ao SUS municipal.	100%	100%	100%	100%
Emitir relatório anual da supervisão nas unidades conveniadas ao SUS municipal.	1	1	1	1

3. Realizar programação físico-orçamentária do SUS municipal, considerando o teto financeiro e as necessidades e características do

município				
Metas	2010	2011	2012	2013
Apresentar anualmente previsão orçamentária da Saúde.	100%	100%	100%	100%
Apresentar quadrialmente Plano Plurianual da Saúde.				100%
Programar 100% dos procedimentos acompanhando o processo de contratualização das unidades.	100%	100%	100%	100%
Implementar e qualificar o processo de contratualização dos prestadores de serviços privados - Meta progressiva.	60%	100%	100%	100%
4. Desenvolver e aperfeiçoar os instrumentos de monitoramento e avaliação da rede de serviço				
Metas	2010	2011	2012	2013
Monitorar e avaliar 100% dos contratos com prestadores a cada ano.	100%	100%	100%	100%
5. Ampliar o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde SUS e não SUS				
Metas	2010	2011	2012	2013
Cadastrar todos os estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares do município - Meta Progressiva.	40%	60%	80%	100%
6. Fortalecer o processo de regionalização da saúde				
Metas	2010	2011	2012	2013
Participar nos processos de regionalização como membro do Conselho Gestor Regional.	100%	100%	100%	100%
Projetar Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) - META CUMULATIVA		50%	50%	
Definir fluxos, protocolos, rotinas e linhas de cuidado para 100% dos territórios.		50%	50%	
2.3.6. Diretriz Estratégica: Estruturação e qualificação da capacidade de resposta às demandas judiciais				
Objetivos				
1. Qualificar a resposta às demandas judiciais				
Metas	2010	2011	2012	2013
Sistematizar as informações inerentes às demandas judiciais.	100%			
Construir uma base de dados que permita analisar a efetividade do sistema.		100%		
2.3.7. Diretriz Estratégica: Aprimoramento dos processos de gestão				
Objetivo				
1. Adquirir todos os insumos e/ou equipamento da SMS no Fundo Municipal				
Metas	2010	2011	2012	2013
Criar comissão com técnicos da saúde para acompanhamento das licitações da Saúde.	1			
Comissão acompanhar todo o processo licitatório da saúde desde as especificações do pedido até a entrega final do produto.	100%	100%	100%	100%
Criar comissão de licitação da Saúde com membros técnicos em saúde.		1		
Realizar licitações da saúde na SMS - Meta Progressiva.		50%	100%	

2.4. Eixo IV: Educação e Gestão Participativa

2.4.1. Diretriz Estratégica: Fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde				
Objetivos				
1. Dotar o Conselho Municipal de Saúde de infraestrutura e apoio logístico para exercer seu papel na participação social				
Metas	2010	2011	2012	2013
Disponibilizar uma viatura para o Conselho Municipal de Saúde.		1		
Ampliar as dependências do Conselho Municipal de Saúde.		25%	75%	100%
Informatizar e conectar à rede o Conselho Municipal de Saúde.	25%	50%	75%	100%
Apoiar as eleições para o Conselho Municipal de Saúde.	100%	100%	100%	100%
Ampliar o quantitativo de funcionários administrativos na Secretaria do Conselho Municipal de Saúde.			2	
Fortalecer os conselhos gestores nas unidades de saúde.	50%	60%	80%	100%
Garantir espaço físico nas unidades de saúde para os conselhos gestores - Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
2. Divulgar as ações e responsabilidades do Conselho Municipal de Saúde				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar conferências municipais de saúde.		1		1
Criar home Page para o Conselho Municipal de Saúde, vinculada a site da SMS.		1		
Construir Cartilha sobre Conselho Gestor para divulgação nas comunidades - Meta Progressiva.		50%	100%	
3. Estimular a participação social em fóruns, conferências, etc fora do município				
Metas	2010	2011	2012	2013
Enviar representantes do controle social para participação de fóruns fora do município	4	4	4	4
Enviar representantes do controle social para participação nas Conferências Estaduais de Saúde	4	4	4	4
4. Adequar o Conselho Municipal de Saúde				
Metas	2010	2011	2012	2013
Criar comissão para revisão da lei municipal nº 1068 de 30/08/1991.	1			
Elaborar nova redação adequando essa lei à resolução nº333 de 04/11/2003.		100%		
Encaminhar ao Prefeito a nova redação para modificação da lei 1068.		100%		
Implantar Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST)		100%		
2.4.2. Diretriz Estratégica: Fortalecimento das Ouvidorias				

Objetivos				
1. Ampliar Ouvidorias				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar Ouvidorias em 100% das Unidades de Pronto Atendimento 24h, municipais – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Implantar ouvidorias nos 3 hospitais municipais – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Implantar Ouvidorias nas Unidades Ambulatoriais Especializadas – Meta Progressiva.		50%	100%	
2. Fortalecer as ouvidorias implantadas no nível central e unidades				
Metas	2010	2011	2012	2013
Prover 100% das ouvidorias existentes de espaço físico e mobiliário adequado – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Substituir o equipamento de informática da ouvidoria do nível central – Meta Progressiva.	100%			
3. Aperfeiçoar e desenvolver processos de gestão das ouvidorias				
Metas	2010	2011	2012	2013
Enviar periodicamente ao conselho municipal relatório dos registros feitos às ouvidorias.	2	2	2	2
Agilizar as respostas das ouvidorias aos usuários – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Articular as ouvidorias com os conselhos gestores das unidades de saúde – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%

2.5 Eixo V: Gestão do Trabalho

2.5.1. Diretriz Estratégica: Fortalecimento da área de Gestão do Trabalho				
Objetivos				
1. Otimizar a análise gerencial da força de trabalho				
Metas	2010	2011	2012	2013
Implantar sistema informatizado de gestão do trabalho – Meta Progressiva.	50%	100%		
2.5.2. Diretriz Estratégica: Motivação da Força de Trabalho				
Objetivos				
1. Valorizar os funcionários da SMS				
Metas	2010	2011	2012	2013
Criar comissão de elaboração do novo PCCS.	100%			
Elaborar redação do novo PCCS.	100%			
Implantar o novo PCCS.		100%		
2. Democratizar as Relações de Trabalho				
Metas	2010	2011	2012	2013
Promover encontros, fóruns, seminários e outros que facilitem a troca de experiências em gestão.	3	3	3	3
Promover fórum anual de supervisores da saúde de estágio em serviço social.	1	1	1	1



Promover reuniões técnicas bimensais dos assistentes sociais da Secretaria de Saúde.	6	6	6	6
Implementar Fórum Permanente de Atenção Básica.	-	2	2	2
Implementar Seminário Anual de Experiências Exitosas na Atenção Básica.	-	1	1	1
3. Ampliar Força de Trabalho				
Metas	2010	2011	2012	2013
Realizar concurso público para admissão de funcionários de nível técnico e elementar.		100%		
Contratar 16 intensivistas pediátricos.				100%
Contratar 16 cirurgiões pediátricos.				100%
Contratar 02 infectologistas.				100%
Contratar 02 cardiologistas infantis				100%
Contratar 08 neurocirurgiões pediátricos				100%
Contratar 21 fisioterapeutas com especialização em fisioterapia respiratória - Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Contratar 08 fonoaudiólogos para o HMMRC - Meta Progressiva.		50%	100%	
2.5.3. Adequação do perfil da força de trabalho às reais necessidades da SMS				
Objetivos				
1. Melhorar a saúde através do aprimoramento da força de trabalho				
Metas	2010	2011	2012	2013
Capacitar 100% dos ouvidores - Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Realizar treinamento de todos os funcionários das OSCIPs que trabalham com a prevenção e tratamento da Tuberculose.	100%	100%	100%	100%
Realizar treinamento de todos os funcionários das OSCIPs que trabalham com a prevenção e tratamento do Diabetes mellitus.	100%	100%	100%	100%
Realizar treinamento de todos os funcionários das OSCIPs que trabalham com a prevenção e tratamento da Hipertensão arterial.	100%	100%	100%	100%
Realizar treinamento de todos os funcionários das OSCIPs que trabalham com a prevenção e controle do Tabagismo.	100%	100%	100%	100%
Realizar treinamento de todos os funcionários das OSCIPs que trabalham com a Saúde da Mulher.	100%	100%	100%	100%
Realizar treinamento de todos os funcionários das OSCIPs que trabalham com a Saúde da Criança.	100%	100%	100%	100%
Realizar treinamento de todos os funcionários das OSCIPs que trabalham com Imunização quanto as normas do PNI, Rede de Frio e Sistema de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinais.	100%	100%	100%	100%
Realizar treinamento de todos os funcionários das OSCIPs que trabalham com Saúde Mental.	100%	100%	100%	100%
Capacitar 100% dos funcionários que atuam em Odontologia da Atenção Básica - Meta		30%	60%	100%



Progressiva.				
Capacitar 100% dos profissionais envolvidos na área de Gestão do Trabalho para utilização do sistema informatizado a ser implantado.		100%		
Elaborar Programa de Educação Continuada da força de trabalho, anualmente.	100%	100%	100%	100%
Capacitar conselheiros de saúde para utilização do sistema SARGUSUS.	100%			
Realizar curso de capacitação do controle social em instrumentos de gestão do SUS.	100%			
Capacitar todos os conselheiros gestores das unidades de saúde – Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Capacitar todos os fiscais da Vigilância Sanitária em Ações Básicas de Vigilância Sanitária - Meta Progressiva.	25%	50%	75%	100%
Capacitar 100% dos assistentes sociais da rede municipal de saúde em atualização de serviços sociais.	25%	50%	75%	100%
Capacitar 100% dos assistentes sociais da rede municipal de saúde em programas e projetos de saúde.	25%	50%	75%	100%
Capacitar o Programa Saúde na Família em AMQ – Meta Progressiva.		30%	60%	100%
Qualificar 100% dos ACS e Guarda de Endemias em Vigilância em Saúde – Meta Progressiva.	100%	100%	100%	100%
Qualificar com Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família 100% dos profissionais de nível médio e superior – Meta Progressiva.	-	20%	50%	100%
Capacitar 100% dos profissionais de nível superior nas áreas de Planejamento Familiar, Pré-natal de baixo risco, detecção precoce de câncer de colo de útero e mama, Diabetes e Hipertensão Arterial, Hanseníase, Tuberculose e puericultura que trabalham no PSF (Carga horária mínima de 16 horas) – Meta Progressiva.	10%	25%	50%	100%
Capacitar 50% dos profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) com curso de especialização em Saúde da Família, modalidade à distância – Meta Progressiva.	-	10%	30%	50%
Implementar protocolos clínico-assistenciais para todas as áreas técnicas atendidas pelo Saúde da Família em 100% das Equipes de Saúde da Família – Meta Progressiva.	-	25%	50%	100%
Capacitar 100% dos profissionais de nível superior para implementação de protocolos clínico - assistenciais nas Unidades de Saúde da Família – Meta Progressiva.	-	25%	50%	100%
Capacitação de todos os profissionais do PSF para o controle do tabagismo – Meta Progressiva.	100%	100%	100%	100%
Capacitação de todos os profissionais das ESF em Saúde do Homem		100%	100%	100%
Capacitação de todos os profissionais das ESF em preenchimento da notificação de acidente	100%	100%	100%	100%

e violência sexual doméstica				
Capacitar os clínicos gerais e cardiologistas da rede municipal de saúde em protocolos para solicitação de exames de eletrocardiografia – Meta Progressiva.	50%	75%	100%	100%
Capacitar os clínicos gerais e cardiologistas da rede municipal de saúde em protocolos para solicitação de exames de ecocardiografia – Meta Progressiva.	50%	75%	100%	100%
Capacitar os clínicos gerais e cardiologistas da rede municipal de saúde em protocolos para solicitação de exames de teste ergométrico – Meta Progressiva.	50%	75%	100%	100%
Capacitar os clínicos gerais, cardiologistas e endocrinologistas da rede municipal de saúde em protocolos para encaminhamento ao oftalmologista dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus – Meta Progressiva.	50%	75%	100%	100%
Capacitar os clínicos gerais, cardiologistas e endocrinologistas da rede municipal de saúde em protocolos para encaminhamento ao nefrologista dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus – Meta Progressiva.	50%	75%	100%	100%

BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado, 1998.

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais*. Rio de Janeiro
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico: estimativas da população*. Rio de Janeiro, 2004.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de assistência médica sanitária*. Rio de Janeiro, 2002.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [*Posição ocupada pelos 100 maiores municípios em relação ao Produto Interno Bruto*](#). Rio de Janeiro, 2007.
5. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set 1990. Seção 1.
6. Lei nº 8.142 de 28 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez 1990. Seção 1.
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev 2006. Seção 1, p. 43-51.
8. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*, Brasília, DF, 2006.

9. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
10. Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. *Caderno de Informações de Saúde do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, maio de 2009.
11. ABRAMS, B., ALTMAN, S.L., PICKETT, K.E. Pregnancy weight gain: still controversial. *Am J Clin Nutr*, v. 71, p. 1233S – 1241S, 2000.
12. ANDRETO, L.M.; SOUZA, A.I.; FIGUEIROA, J.N.; CABRAL-FILHO, J.E. *Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil*. Scielo. Cadernos de Saúde Pública, vol.22 no.11 Rio de Janeiro, novembro de 2006
13. EDWARDS, L.E., DICKES W.F., ALTON, I.R., HAKANSON, E.Y. Pregnancy in the massively obese: course, outcome and obesity prognosis of the infant. *Am J Obstet. Gynecol*, v. 131, p. 479 – 484, 1978.
14. GALTIER-DEREURE, F. BOENGNER, C., BRINGER, J. Obesity and pregnancy: complications and cost. *Am J Clin Nutr*, v. 71, p. 1242S – 1248S, 2000.
15. MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1993. 2v.
16. SIMÕES, Eneida Márcia Souza. *Informações Epidemiológicas de Duque de Caxias em 2008*. Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias. Duque de Caxias, 2009.
17. SOR, J.L.; JUNIOR J.C.; GUIMARÃES L.T.; MORENO, R.A.M. *Relatório Piloto com Aplicação da Metodologia IPPS ao Estado do Rio de Janeiro - Uma Estimativa do Potencial de Poluição Industrial do Ar*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
18. WAISELFISZ, J.J. *Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros 2008*. Rede de Informação Tecnológica Latino Americana. Brasília, DF, 2008.

<http://www.pnud.org.br/administracao/reportagens/index.php?id01=2205&lay=apu>

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/PIBMun_novaserie.pdf

http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_munic%C3%ADpios_do_Brasil_por_PIB

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2003_2007/tab01.pdf