



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS



Plano Estadual de Saúde 2012-2015 (2ª Revisão)

SUSAM

Avenida André Araújo 701, Aleixo
Fone: (92) 3643-6300
Manaus-AM - CEP 69060-000

Secretaria de Estado de Saúde
Departamento de Planejamento

Governador do Estado do Amazonas

Omar José Abdel Aziz

Vice - Governador do Estado do Amazonas

José Melo de Oliveira

Secretário de Estado de Saúde do Amazonas

Wilson Duarte Alecrim

Secretário Executivo

José Duarte dos Santos Filho

Elaboração

Departamento de Planejamento (DEPLAN/SUSAM) - Gerência de Programação em Saúde

Colaboração

Secretaria Executiva Adjunta de Atenção Especializada da Capital (SEAASC)

Secretaria Executiva Adjunta de Atenção Especializada do Interior (SEAASI)

Secretaria Executiva Adjunta do Fundo Estadual de Saúde (FES)

Departamento de Planejamento (Deplan)

Departamento de Ações Básicas e Ações Estratégicas (DABE)

Departamento de Tecnologia da Informação (Detin)

Departamento de Controle e Avaliação Assistencial (Decav)

Departamento de Gestão de Recursos Humanos (DGRH)

Departamento de Gestão Financeira (DEGFIN)

Departamento de Logística (Delog)

Central de Medicamentos (CEMA)

Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AM)

Conselho Estadual de Saúde (CES/AM)

Auditoria/Ouvidoria/Susam

Central Estadual de Transplante/Susam

Complexo de Regulação do Amazonas

Assessoria de Gabinete

Fundações de Saúde

Fundação Centro de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON

Fundação Alfredo da Matta – FUAM

Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado –FMT-HVD

Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – FHEMOAM

Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta – FUAM

Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ

Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS/AM

Sumário

Lista de Siglas	5
Identificação Estadual	9
Apresentação	10
Introdução	12
Orientações Estratégicas da Susam	13
Histórico da Secretaria de Estado de Saúde	14
1. Análise Situacional	16
1.1 Determinantes e Condicionantes de Saúde	16
1.1.1 Situação Demográfica	16
1.1.2 Situação Socioeconômica	24
1.1.3 Situação Ambiental	28
1.1.4 Situação Comportamental	29
1.2 Condições de Saúde da População	32
1.2.1 Situação de Natalidade	32
1.2.2 Situação de Morbidade	34
1.2.3 Situação de Mortalidade	43
1.3 Estrutura do Sistema de Saúde	56
1.3.1 Estabelecimentos de Saúde no Amazonas	56
1.3.2 Leitos no Amazonas	61
1.3.3 Recursos Humanos	63
1.3.4 Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI	65
1.4 Redes de Atenção à Saúde	68
1.4.1 Atenção Básica	68
1.4.3 Políticas Transversais / Relações Interinstitucionais	78
1.4.3 Vigilância em Saúde	81
1.4.4 Assistência Farmacêutica	82
1.4.5 Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade	85
1.4.6 Telessaúde	90
1.4.7 Redes Temáticas de Atenção à Saúde	90
1.4.8 Regulação e Controle do Sistema de Saúde	95

1.5 Fluxos de Acesso	97
1.6 Recursos Financeiros	99
1.7 Gestão em Saúde.....	101
1.9 Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde e Gestão	116
2. Definição das Diretrizes, Objetivos, Ações e Metas.....	118
Eixo: Gestão do SUS	120
Eixo: Atenção Básica.....	123
Eixo: Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	124
Eixo: Assistência Farmacêutica	129
Eixo: Vigilância em Saúde.....	130
Eixo: Investimento em Saúde	131
3. Pactuação dos Indicadores de Saúde (Sispacto) - 2013.....	133
4. Processo de Monitoramento e Avaliação.....	153

Lista de Siglas

ACISO – Ação Cívica e Social
ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco
AFI – Administração Financeira Integrada
AIDPI – Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância
AMB – Associação Médica Brasileira
APS – Atenção Primária em Saúde
ASB – Auxiliares de Saúde Bucal
BLH – Bancos de Leite Humano
CAIMI – Centro de Atenção Integral a Melhor Idade
CAN – Correio Aéreo Nacional
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CC – Centro Cirúrgico
CEMA – Central de Medicamentos do Amazonas
CEO – Centros de Especialidades Odontológicas
CER III – Centro Especializado de Reabilitação III
CERAC – Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES/AM – Conselho Estadual de Saúde do Amazonas
CETAM/ETSUS – Centro de Educação Tecnológica do Amazonas/Escola Técnica do SUS
CIB – Conselho de Informações sobre Biotecnologia
CIB/AM – Comissão Intergestores Bipartite do Amazonas
CIHDOTT – Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CIR – Comissões Intergestores Regionais
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNCDO/AM – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Amazonas
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNI – Confederação Nacional das Indústrias
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS/AM – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas

CPD – Centro de Processamento de Dados
CPER – Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro
DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias
DSEI – Distrito de Saúde Especial Indígena
DST – Doença Sexualmente Transmissível
EC-29 – Emenda Constitucional 29
ESB – Equipes de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAPEAM – Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Amazonas
FES – Fundo Estadual de Saúde
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
FNS – Fundo Nacional de Saúde
HCV – Vírus da Hepatite C
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HPSC – Hospital e Pronto Socorro da Criança
HPV - *Human Papiloma Virus*
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
ICAM – Instituto da Criança do Amazonas
IHAC – Hospital Amigo da Criança
INTO/Projeto Suporte – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad
ISO – *International Organization for Standardization*
ISBT – *International Society of Blood Transfusion*
LACEN – Laboratório Central
LOA – Lei Orçamentária Anual
LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias
MPT – Ministério Público do Trabalho
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPO/AM – Organização de Procura de Órgãos do Amazonas
PAI – Pronto Atendimento Itinerante
PAIC – Programa de Apoio a Iniciação Científica

PAID – Programa de Atenção Integral ao Deficiente
PCCR – Plano de Cargos, Carreira e Remuneração
PCR – Reação em Cadeia da Polimerase
PECTI-AM/Saúde – Programa Estratégico de Ciência, Tecnologia & Inovação nas Fundações Estaduais de Saúde.
PESC – Programa de Educação em Saúde da Criança
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNH – Política Nacional de Humanização
PPA – Plano Plurianual
PPP – Parceria Público-Privada
PPG/MT – Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical
PROEME – Programa Estadual de Medicamento Especializado
PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica
PQA/VS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PVS – Programa Pesquisador Visitante Sênior
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RC – Rede Cegonha
RNA – Ácido Ribonucléico
RPA – Sala de Recuperação Pós-Anestésica
RUE – Rede de Urgência e Emergência
RUTE – Núcleo da Rede Universitária de Telemedicina
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
SEAAS – Secretaria Executiva de Assistência à Saúde
SEDUC - Secretaria de Estado de Educação e Qualidade do Ensino
SEFAZ – Secretaria de Fazenda
SEINFRA – Secretaria de Estado de Infraestrutura
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SEPLAN – Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISCAN – Sistema de Informação em Câncer
SPA – Serviço de Pronto Atendimento
SPLAM – Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Gestão do Estado do Amazonas
SUHAB – Superintendência Estadual de Habitação
SUSAM – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
TFD – Tratamento Fora de Domicílio
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde
UEA – Universidade do Estado do Amazonas
UFAM – Universidade Federal do Amazonas
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Identificação Estadual

Identificação	
UF: Amazonas	
Secretaria de Saúde	
Razão Social da Secretaria de Saúde	Secretaria de Estado de Saúde
CNPJ	00.697.295/0001-05
Endereço da Secretaria de Saúde (logradouro, nº)	Av. André Araújo, Nº 701, Aleixo, Manaus-AM
CEP	69060-001
Telefone	9236436300
FAX	9236436356
E-mail	deplan@saude.am.gov.br
Site da Secretaria (URL se houver)	www.saude.am.gov.br
Secretário de Saúde	
Nome	Wilson Duarte Alecrim
Data da Posse	14/07/2010
A Secretaria de Saúde teve mais de um gestor no período a que se refere o RAG?	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não Quantos? <input type="text" value="-"/>
Plano de Saúde	
A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde?	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Período a que se refere o Plano de Saúde	De <input type="text" value="2012"/> a <input type="text" value="2015"/>
Status	<input checked="" type="radio"/> Aprovado <input type="radio"/> Em Análise
Aprovação no Conselho de Saúde	Resolução nº <input type="text" value="8"/> Em <input type="text" value="26/03/2013"/>
Programação Anual de Saúde	
A Secretaria de Saúde tem a Programação de Saúde?	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Período a que se refere a Programação de Saúde	<input type="text" value="2013"/>
Status	<input checked="" type="radio"/> Aprovado <input type="radio"/> Em Análise
Aprovação no Conselho de Saúde	Resolução nº <input type="text" value="9"/> Em <input type="text" value="26/03/2013"/>

Apresentação

A Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – Susam, órgão integrante da Administração Direta do Poder Executivo, tem como responsabilidade a formulação e o desenvolvimento da Política Estadual de Saúde, visando a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Amazonas, de forma a garantir à população uma atenção à saúde qualificada e equitativa, atuando na coordenação e regulação do sistema local de saúde, considerando nesse processo, as definições e pactuações aprovadas e consensuadas nos fóruns competentes, tais como os Conselhos de Saúde no âmbito nacional e estadual e Comissões Intergestores nos níveis nacional, estadual e regional (CIT, CIB/AM e CIR's/AM, respectivamente).

A Gestão Estadual da Saúde no Amazonas tem entre seus objetivos a implantação de uma gestão pública direcionada para resultados, orientados pelas diretrizes nacionais do SUS e pelos objetivos estratégicos do Governo do Estado, bem como a promoção da descentralização e o desenvolvimento regional da saúde, estimulando a articulação interfederativa no processo de planejamento e consolidação da regionalização da saúde.

A estrutura formal da Secretaria foi definida através da Lei Delegada No. 77/2007. É dirigida pelo Secretário de Estado de Saúde, com auxílio de um Secretário Executivo e de três Secretários Executivos Adjuntos. Possui 12 departamentos que atuam nas atividades-meio e fim, aos quais estão subordinadas 41 gerências. Constam ainda da estrutura da Susam, o Complexo Regulador do Amazonas e a Central de Medicamentos do Amazonas.

Seis entidades vinculadas denominadas Fundações de Saúde estão ligadas diretamente à SUSAM. São elas: Fundação de Vigilância em Saúde (FVS/AM), Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM), Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (FHMOAM), Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCECON) e a Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ).

Os clientes da Secretaria são o público interno (profissionais e trabalhadores do SUS) e externo (usuários do sistema de saúde), e Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas. Para melhor identificação das necessidades de saúde, são adotados os critérios de segmentação definidos pelos níveis de atenção (atenção primária e atenção especializada de média e alta complexidade), por meio da oferta de serviços nos estabelecimentos de saúde e a operacionalização das respectivas políticas de saúde voltadas para esses segmentos.

A Susam tem como filosofia corporativa atender aos clientes, fornecedores e colaboradores de forma eficiente, eficaz e efetiva, buscando harmonizar as diretrizes nacionais do sistema com as orientações governamentais e os recursos disponíveis, orientada por sua missão institucional, que é a de promover políticas de atenção à saúde individual e coletiva da população, no âmbito de sua abrangência com ações voltadas à prevenção dos riscos, danos, agravos e recuperação da saúde, garantindo acesso a um serviço de qualidade.

Em pesquisa realizada em 2013 pelo CNI/Ibope, o setor saúde no Amazonas foi bem avaliado pela população. O Estado é o único da Federação em que a saúde não aparece entre as três áreas com pior desempenho na avaliação dos entrevistados. Um dos fatores importantes que contribuem para esse quadro é o investimento que o Governo do Estado faz, aplicando no setor cerca de 22% das receitas específicas, excedendo mais de 10% do que está previsto na Constituição.

Wilson Alecrim
Secretário de Estado de Saúde

Introdução

O Governo do Estado do Amazonas, sob a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde – Susam, apresenta o Plano Estadual de Saúde (PES) 2012-2015, em cumprimento à legislação vigente do Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei 8.080/90 (regulamentada pelo Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011).

O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, expressos em diretrizes, objetivos, ações e metas, norteando a programação anual das ações e serviços de saúde. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

Em observância aos dispositivos legais, o PES orientará a gestão estadual no período de 2012 a 2015. Sua elaboração teve início em junho de 2011, com oficinas para elaboração e definição das principais diretrizes e ampla discussão entre os técnicos da Susam, Fundações de Saúde e o controle social.

No processo de construção do PES, ocorreu a compatibilização: com o Plano Plurianual (PPA) 2012-2015, instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, os recursos financeiros setoriais para o período de quatro anos, na perspectiva de integração entre planejamento e orçamento estadual; com o programa de governo, com as diretrizes das conferências estadual e nacional; com as necessidades apresentadas pelas áreas técnicas da Susam e Fundações de Saúde e a participação do controle social.

Esse plano foi elaborado conforme Portaria 3.332 de 28/12/06 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos de planejamento do SUS, e revisado conforme Portaria 2.135 de 25/09/2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. O PES está estruturado em três partes: a primeira compreende a análise situacional, a segunda parte aponta as diretrizes, os objetivos, indicadores, ações e metas a serem alcançadas no período de quatro anos e a terceira parte define o processo de monitoramento e avaliação do PES.

Orientações Estratégicas da Susam

Missão

Promover políticas de atenção à saúde individual e coletiva da população, no âmbito de sua abrangência com ações voltadas à prevenção dos riscos, danos, agravos e recuperação da saúde, garantindo acesso a um serviço de qualidade.

Visão

Ser reconhecida, na Amazônia (em cinco anos) e no Brasil (em dez anos), pela excelência dos seus resultados, pela gestão competente e inovadora da Política de Saúde do Estado do Amazonas e pela contribuição efetiva na melhoria da qualidade de vida da população amazonense.

Valores

Planejamento – Programar efetivamente as nossas ações antes de executá-las

Cooperação - Socializar as informações e estimular o trabalho em equipe

Acolhimento – Tratar o outro com se quer ser tratado

Resolutividade – Solucionar o problema do cliente

Competência – Trabalhar com conhecimento, habilidade e atitude

Comprometimento – Realizar seu trabalho com entusiasmo e pro atividade

Inovação – Buscar novos caminhos para melhoria do trabalho

Integridade – Agir com ética, respeito, compromisso e transparência

Histórico da Secretaria de Estado de Saúde

Histórico da Secretaria

Criada pela Lei Nº 12, de 09/05/1953 como Secretaria de Educação, Cultura e Saúde, teve sua nomenclatura posteriormente alterada para Secretaria de Assistência e Saúde.

A partir de 1955 foi denominada Secretaria de Estado da Saúde, através das Leis Nº 108, de 23/12/55, 233 de 18/06/65 e 1336 de 13/07/79.

Em 1984 sua estrutura foi reformulada pelo Decreto Nº 8049 de 19/07/84. Em 1995 foi criada como Superintendência de Saúde SUSAM através da Lei nº 2330.

Recentemente sofreu modificações na estrutura organizacional através das Leis Delegadas Nº 38 de 29/07/2005 e No. 77 de 18/05/07, republicada no Diário Oficial do Estado em 06/06/07.

Dirigida pelo Secretário de Estado de Saúde, com auxílio de um Secretário Executivo e de três Secretários Executivos Adjuntos, a Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM tem atualmente a seguinte estrutura organizacional:

I - Órgãos Colegiados

- a) Conselho Estadual de Saúde (CES/AM)
- b) Comissão Intergestores Bipartite (CIB-AM)

II - Órgãos de Assistência e Assessoramento

- a) Gabinete
- b) Assessoria
- c) Secretaria Executiva
- d) Auditoria do SUS/AM

III - Órgãos de Atividades-Meio (*)

- a) Secretaria Executiva-Adjunta do Fundo Estadual de Saúde
 - Departamento de Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil por Metas e Resultados
 - Departamento de Contratos, Convênios e Acordos Internacionais
 - Departamento de Acompanhamento e Prestação de Contas

- b) Departamento de Planejamento e Gestão (DEPLAN)
- c) Departamento de Gestão de Recursos Humanos (DGRH)
- d) Departamento de Controle e Avaliação Assistencial (DECAV)
- e) Departamento de Gestão Financeira (DEGFIN)
- f) Departamento de Tecnologia da Informação (DETIN)
- g) Departamento de Logística (DELOG)
- h) Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas (DABE)

IV - Órgãos de Atividades-Fim (*)

- a) Secretaria Executiva-Adjunta de Atenção Especializada da Capital (SEA Capital)
 - Departamento de Ações de Saúde da Capital
- b) Secretaria Executiva-Adjunta de Atenção Especializada do Interior (SEA Interior)
 - Departamento de Ações de Saúde do Interior
- c) Central de Medicamentos do Amazonas (CEMA)
- d) Coordenação do Complexo de Regulação do Amazonas

V - Entidades Vinculadas

- a) Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM)
- b) Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado (FMT/HDV)
- c) Fundação Alfredo da Matta (FUAM)
- d) Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (FHMOAM)
- e) Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCECON)
- f) Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ).

A SUSAM conta ainda com 41 gerências distribuídas nos órgãos de atividade meio e fim.

1. Análise Situacional

1.1 Determinantes e Condicionantes de Saúde

1.1.1 Situação Demográfica

A situação demográfica e socioeconômica de um estado é importante, pois, as informações adquiridas orientam as políticas públicas, em especial, a política de atenção à saúde e subsidia o planejamento das ações a serem desenvolvidas de forma regionalizada na esfera estadual, além de gerenciar políticas públicas de saúde em curso e/ou implantação, necessárias para reduzir as desigualdades sociais, através do acesso dessa população a serviços públicos de qualidade.

O Amazonas, estado brasileiro localizado no centro da região Norte, tem como limites: Venezuela e Roraima (N), Colômbia (NO), Pará (L), Mato Grosso (SE), Rondônia (S), Acre e Peru (SO). Têm ao mesmo tempo as terras mais altas (pico da Neblina, 3.014m) e a maior extensão de terras baixas (menos de 100m) do Brasil. Tem uma extensão territorial de 1.559.161,68 km², ocupando 3,2% da Amazônia Legal. Devido a sua grande extensão territorial, a densidade demográfica é uma das menores do país com 2,44 habitantes/km², superado apenas pelo estado de Roraima que tem uma densidade demográfica de 2,18 habitantes/km².

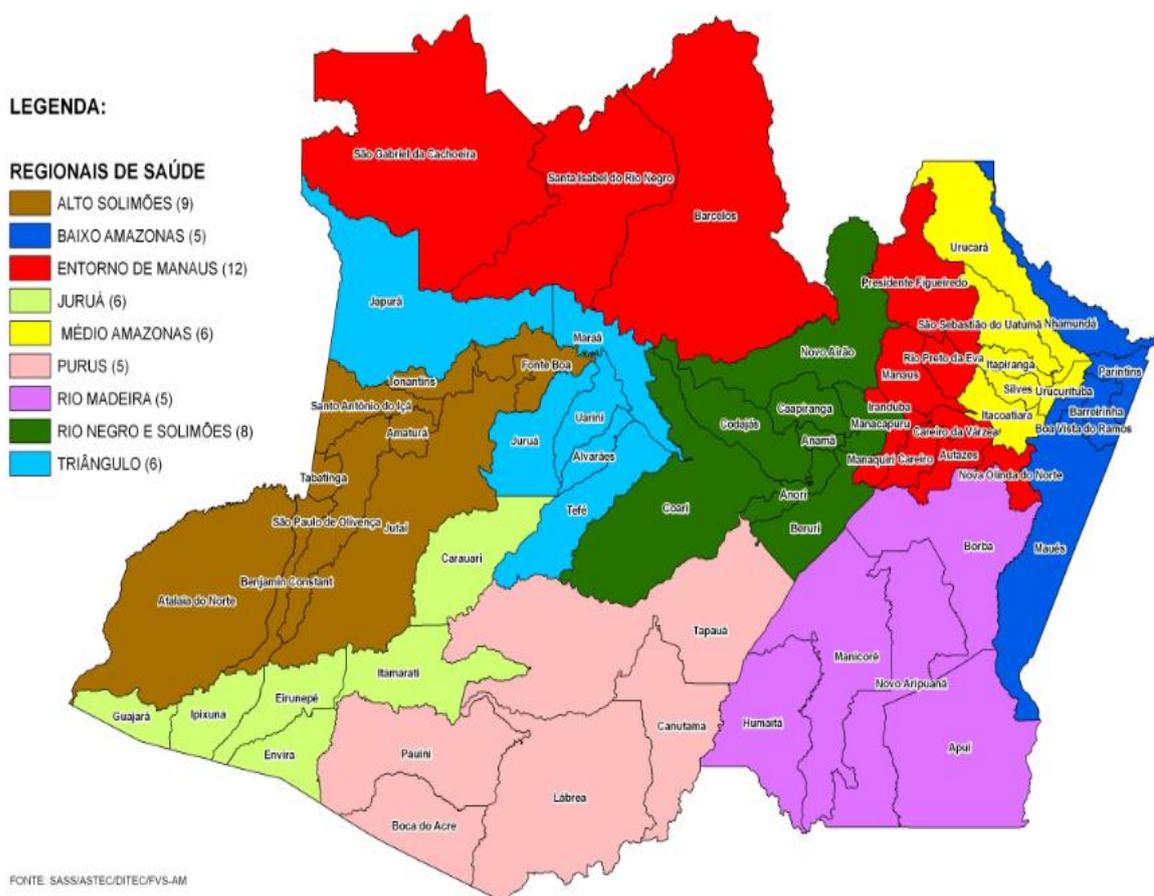
O ESTADO DO AMAZONAS - LIMITES



• Regiões de Saúde do Amazonas 2010

A população do Amazonas está distribuída em 62 municípios, que para efeito de planejamento de política de saúde foram agrupados em: Macrorregional (01)¹, Regionais (09)² e Microrregionais (18)³, levando em conta as possibilidades de acesso e as similaridades das peculiaridades dos municípios. A Região Metropolitana ampliada é composta de (03) Regiões: Entorno de Manaus/Alto Rio Negro, Médio Amazonas e Rio Negro e Solimões, concentrando mais de 72% da população total do estado e só na capital residem 52% da população total.

REGIÕES DE SAÚDE DO AMAZONAS



¹ Manaus

² Alto Solimões (9), Baixo Amazonas (5), Entorno de Manaus/Alto Rio Negro (12), Juruá (6), Médio Amazonas (6), Purus (5), Rio Madeira (5), Rio Negro e Solimões (8), Triângulo (6).

³ Tabatinga (4), Santo Antônio do Iça (3), Fonte Boa (2), Borba (2), Humaitá (3), Tefé (6), Manacapuru (6), Coari (2), Manaus (9), São Gabriel da Cachoeira (3), Boca do Acre (2), Lábrea (3), Itacoatiara (5), Maués (2), Parintins (3), Eirunepé (2), Carauari (2), Guajará (2).

REGIÕES DE SAÚDE COM OS RESPECTIVOS MUNICÍPIOS

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
ALTO SOLIMÕES	Atalaia do Norte	JURUÁ	Eirunepé
	Benjamin Constant		Envira
	Tabatinga		Carauari
	São Paulo de Olivença		Itamarati
	Amaturá		Guajará
	Santo Antônio do Içá		Ipixuna
	Tonantins		Tefé
	Jutaí		Japurá
	Fonte Boa		Maraã
	RIO MADEIRA		Borba
Novo Aripuanã		Uarini	
Apuí		Alvarães	
Humaitá		Coari	
Manicoré		Codajás	
ENTORNO DE MANAUS/ALTO RIO NEGRO	Manaus	RIO NEGRO / SOLIMÕES	Manacapuru
	Presidente Figueiredo		Novo Airão
	Rio Preto da Eva		Anamã
	Iranduba		Anori
	Careiro da Várzea		Beruri
	Careiro Castanho		Caapiranga
	Manaquiri		Maués
	Autazes		Boa Vista do Ramos
	Nova Olinda do Norte		Parintins
	São Gabriel da Cachoeira		Barreirinha
	Santa Isabel do Rio Negro		Nhamundá
	Barcelos		Itacoatiara
	PURUS		Boca do Acre
Pauini		Itapiranga	
Lábrea		São Sebastião do Uatumã	
Canutama		Urucará	
Tapauá		Urucurituba	

Fonte: Deplan/Susam

- **População do Amazonas 2010 – Municípios distribuídos por Habitante**

Com relação a distribuição populacional nos municípios, apenas 2 municípios do Estado tem população acima de 100.000 habitantes, 6 municípios entre 50.001 a 100.000 habitantes, 13 municípios entre 30.001 a 50.000 habitantes, 36 municípios entre 10.001 a 30.000 habitantes e 5 municípios com até 10.000 habitantes. Observou-se que 85% dos municípios do estado do Amazonas possui população abaixo de 50 mil habitantes.

DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL NOS MUNICÍPIOS - AMAZONAS 2010

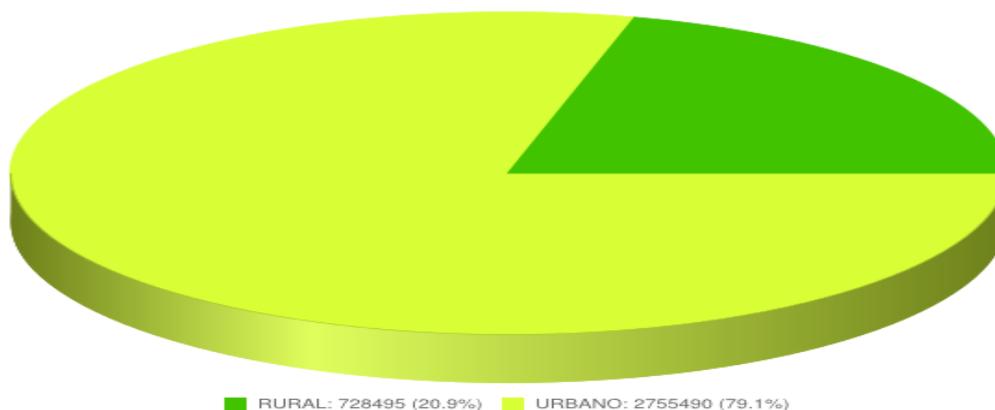
MUNICÍPIOS POR HABITANTE	QTD
Municípios com até 10.000 habitantes	5
Municípios entre 10.001 a 30.000 habitantes	36
Municípios entre 30.001 a 50.000 habitantes	13
Municípios entre 50.001 a 100.000 habitantes	6
Municípios acima de 100.000 habitantes	2
TOTAL	62

Fonte: DAGD/MS - IBGE

- **População do Amazonas 2010 – Situação de Domicílio, Sexo, Faixa Etária e Raça**

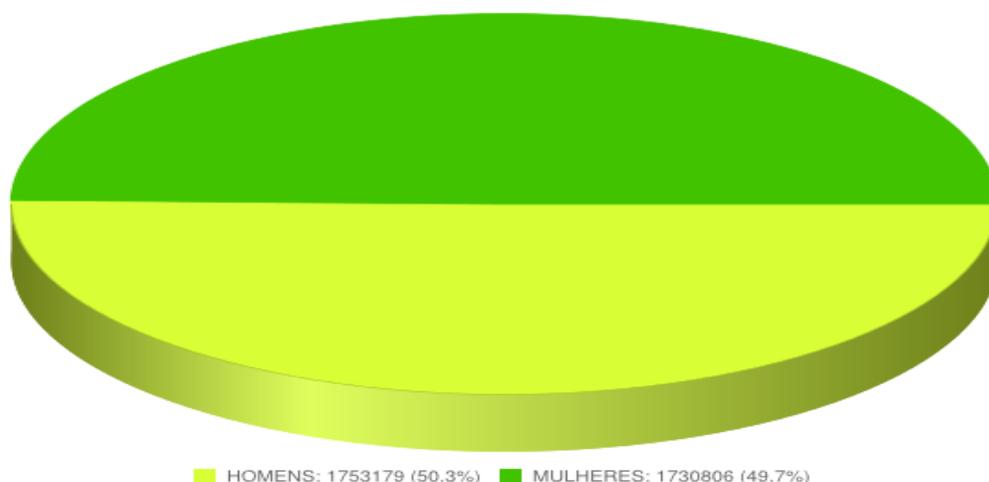
A população total do Amazonas em 2010 pelo Censo IBGE foi de 3.483.395 habitantes, sendo que 2.755.490 (79,1%) habitantes residem na zona urbana e 728.495 (20,9%) residem na zona rural. Do total da população, 50,3% da população foi do sexo masculino, correspondendo a 1.753.179 homens e 49,7% do sexo feminino com 1.730.806 mulheres.

População - Amazonas



Fonte: IBGE - Censo Demográfico

População - Amazonas



■ HOMENS: 1753179 (50.3%) ■ MULHERES: 1730806 (49.7%)

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

Quanto as principais características demográficas, destacamos a faixa etária, evidenciando que a população do Estado do Amazonas é predominantemente jovem. A maior concentração se apresentou na faixa etária jovem adulta, porém, observou-se aumento na população idosa.

As crianças (0 a 9 anos) representam 21,7% da população total. Grupo etário que demanda acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento, a fim de identificar, precocemente, transtornos que possam afetar sua saúde e, em especial, sua nutrição, sua capacidade mental e social.

Os adolescentes (10 a 19 anos) são 21,9%. Nessa população é prevalente o comportamento de risco à saúde. Entre os comportamentos de risco, é possível citar: hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo abusivo de álcool, consumo de drogas ilícitas, envolvimento em situações de violência e comportamentos sexuais de risco, além das gestações indesejáveis.

Os adultos (20 a 59 anos) são 50,3%. Nesta faixa etária demanda o acompanhamento e o controle das doenças de mais de maior risco neste grupo, como: causas externas, transtornos mentais e comportamentais e as doenças crônicas não transmissíveis.

Os idosos (acima de 60 anos) somam 6% do total da população. O envelhecimento é uma tendência da população brasileira e impõe a necessidade de criar estratégias de avaliação

e acompanhamento para os diferentes grupos da população idosa. Ressalte-se que a essa população apresenta alta utilização dos serviços de saúde e elevado índice de permanência e reinternação hospitalar.

POPULAÇÃO DO AMAZONAS 2010 POR REGIONAIS DE SAÚDE - SEXO E SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO

Regionais	Percentual					
	Homens			Mulheres		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
Triângulo	52,0	65,9	34,1	48,0	68,2	31,8
Alto Solimões	51,4	57,2	42,8	48,6	59,0	41,0
Entorno Centro /Rio Negro	49,3	90,3	9,7	50,7	91,7	8,3
Baixo Amazonas	51,8	55,2	44,8	48,2	59,2	40,8
Juruá	51,5	62,0	38,0	48,5	64,3	35,7
Médio Amazonas	51,8	61,7	38,3	48,2	65,6	34,4
Purus	52,4	57,3	42,7	47,6	61,4	38,6
Rio Madeira	52,6	52,6	47,4	47,4	56,2	43,8
Rio Negro /Rio Solimões	51,8	62,8	37,2	48,2	66,1	33,9
Total	50,3	77,7	22,3	49,7	80,5	19,5

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2010

POPULAÇÃO DO AMAZONAS 2010 POR REGIONAIS DE SAÚDE- COR OU RAÇA

Regionais	Percentual				
	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
Triângulo	14,7	4,3	75,7	0,5	4,8
Alto Solimões	9,2	2,8	59,9	0,5	27,6
Entorno Centro /Rio Negro	24,9	4,4	66,7	1,2	2,9
Baixo Amazonas	11,5	2,3	80,3	0,3	5,6
Juruá	23,9	5,6	65,7	0,7	4,1
Médio Amazonas	16,9	2,3	79,9	0,4	0,4
Rio Purus	21,6	4,9	66,1	0,5	7,0
Rio Madeira	20,5	4,6	67,9	0,8	6,3
Rio Negro /Rio Solimões	14,6	4,3	79,4	0,7	1,0
Total	21,2	4,1	68,9	0,9	4,8

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2010

A análise da cor ou raça mostrou que a maioria (68,9%) da população residente no Amazonas declarou-se parda, seguidos pelos que se diziam brancos (21,2%), os negros com 4,1% e os indígenas 4,8%. Os municípios de São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, Tabatinga, Santa Isabel do Rio Negro, destacam-se por possuírem em número absoluto, as maiores populações indígenas do estado.

POPULAÇÃO DO AMAZONAS 2010 – COR OU RAÇA

POPULAÇÃO	QTE	%
Branca	740.065	21,24%
Preta	143.748	4,13%
Amarela	31.773	0,91%
Parda	2.399.713	68,88%
Indígena	168.680	4,84%
Sem declaração	6	0,00%
TOTAL	3.483.985	100,00%

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

- **População Estimada do Amazonas - 2013**

Segundo o IBGE a população do Amazonas estimada em 2013 foi de 3.807.923 habitantes, distribuídas em 9 regiões de saúde. A maior concentração estimada se encontra na Região Entorno de Manaus/Alto Rio Negro: 2.334.396 habitantes, em seguida, Rio Negro e Rio Solimões: 274.858, Alto Solimões: 240.175, Baixo Amazonas: 233.237, Rio Madeira: 181.887, Médio Amazonas: 161.571, Triângulo: 127.653, Juruá: 127.468 e Purus: 126.678 habitantes.

POPULAÇÃO ESTIMADA DO AMAZONAS 2013

REGIÃO DE SAÚDE (CIR)	POPULAÇÃO ESTIMADA EM 2013	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS POR CIR	PERCENTUAL DE POPULAÇÃO
1301 Alto Solimões	240.175	9	6,3
1302 Baixo Amazonas	233.237	5	6,1
1303 Entorno Manaus/Rio Negro	2.334.396	12	61,3
1304 Médio Amazonas	161.571	6	4,2
1305 Juruá	127.468	6	3,3
1306 Purus	126.678	5	3,2
1307 Rio Madeira	181.887	5	4,8
1308 Rio Negro e Rio Solimões	274.858	8	7,2
1309 Triângulo	127.653	6	3,7
TOTAL	3.807.923	62	100

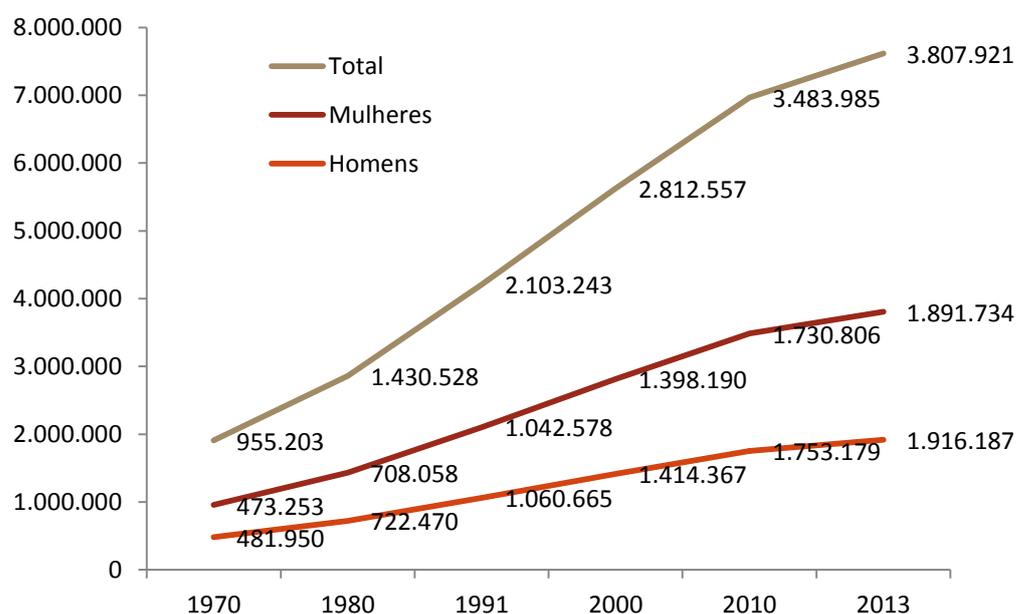
Fonte: IBGE - Censo Demográfico

- **Evolução da Taxa de Crescimento do Amazonas – 1970 a 2013**

No período analisado (1970 a 2013), a taxa média geométrica de crescimento anual foi de 3,27%. Na década 1970/1980 houve um crescimento acentuado de 4,12% ao ano e nas seguintes a população cresceu a taxas menores, chegando à década, 2000/2010, a valores anuais de 2,16%. Essa mudança no padrão do crescimento populacional do Amazonas decorre, principalmente, do intenso processo de urbanização verificado a partir da década de 70, responsável pela redução das taxas de natalidade e, conseqüentemente, pelas quedas das taxas de crescimento demográfico. Entretanto, no período 2010/2013 verificou-se taxas de crescimento anual de 3,01%.

A transição demográfica observada no Estado do Amazonas apresenta impactos significativos na saúde da população, trazendo novas formas de atuação do SUS, principalmente em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis.

EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DO AMAZONAS - 1970 A 2013



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1950/2010. Até 1991, dados extraídos de Estatísticas do Século XX. Rio de Janeiro: IBGE, 2007 no Anuário Estatístico do Brasil, 1994, vol 54, 1994. Com adaptação para alcançar a população estimada de 2013.

1.1.2 Situação Socioeconômica

É importante salientar que como indicador da qualidade de vida, a situação socioeconômica merece destaque especial. A falta de saneamento básico, a inexistência de coleta de lixo, e a falta no abastecimento de água e de energia elétrica, tornam-se responsáveis por diversas doenças e óbitos delas decorrentes.

Segundo Simões e Oliveira (1998), a generalização dos serviços de saúde e saneamento e do aumento da escolarização foi responsável pela redução significativa nos padrões históricos da desigualdade regional diante da morte no País. Os indicadores socioeconômicos a seguir, revelam a situação de saúde do Estado do Amazonas.

Indicadores Econômicos

- Economia é baseada: no extrativismo, mineração, indústria e pesca
- Participação no PIB (%): 1,28
- Produtos agrícolas: Mandioca, Laranja, Feijão, Juta
- Produtos minerais: Calcário, Cassiterita, Ouro
- Produtos da pecuária: Bovinos, Suínos
- Extrativismo vegetal: Castanha-do-Pará, borracha, Goma, Piaçava, Óleo de Copaíba
- Indústria: Eletroeletrônica, Mecânica, Transporte

Indicadores Sociais

- Saneamento

PROPORÇÃO DE DOMICÍLIOS PARTICULARES POR TIPO DE SANEAMENTO- AM (2010)

TIPO DE SANEAMENTO	PROPORÇÃO
Adequado (2)	34,14
Semi-Adequado (3)	49,39
Inadequado (4)	16,46

Fonte: IDB 2007 / RIPSA / IBGE

Nota:

(2) abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente.

(3) domicílio com pelo menos uma forma de saneamento considerada adequada.

(4) todas as formas de saneamento consideradas inadequadas

- **Coleta de Lixo**

EXISTÊNCIA DE COLETA DE LIXO, REGIONAIS DE SAÚDE DO AM - 2010



Fonte: IBGE - Censo Demográfico

No Estado do Amazonas a coleta de lixo ocorre em 78,8% dos domicílios. O índice verificado é reflexo da cobertura, deste serviço, na Regional Entorno Centro /Rio Negro (91,7%). Nas Regionais do Alto Solimões, Juruá e Purus a ocorrência não atinge a metade das residências.

- **Energia Elétrica**

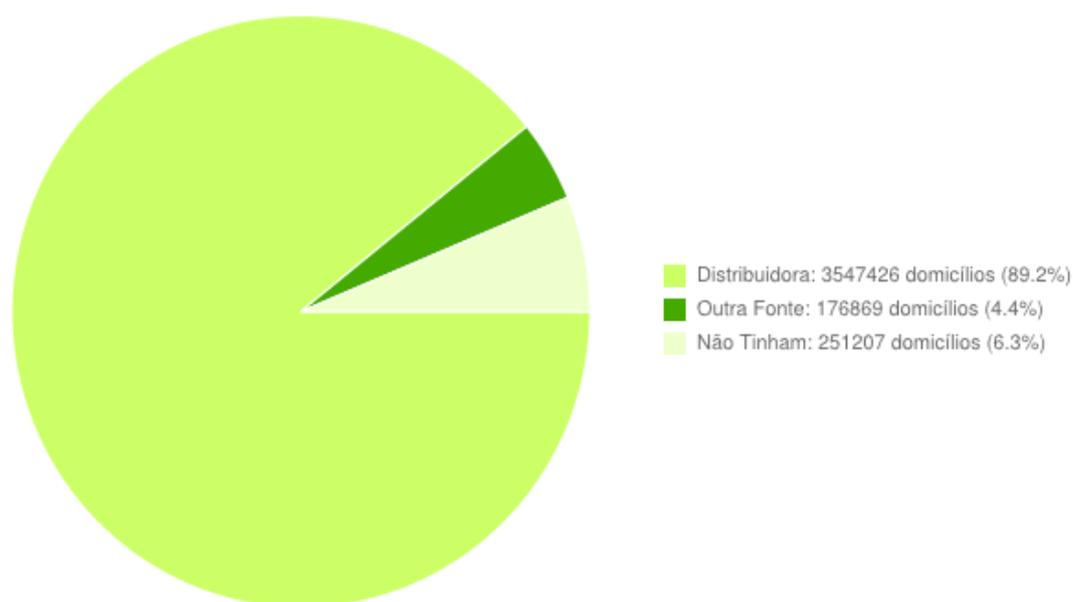
EXISTÊNCIA DE ENERGIA ELÉTRICA, REGIONAIS DE SAÚDE DO AM - 2010



Fonte: IBGE - Censo Demográfico

A existência de energia elétrica foi observada em aproximadamente 93,3% dos domicílios do Amazonas. O alto índice desse serviço é decorrente, em parte, do programa luz para todos do governo federal. Ressalte-se que, a Regional Entorno Centro /Rio Negro tem o maior (97,5%) nível de cobertura e a Purus (79,6%) o menor.

Domicílios particulares permanentes,
por existência de energia elétrica
Região Norte



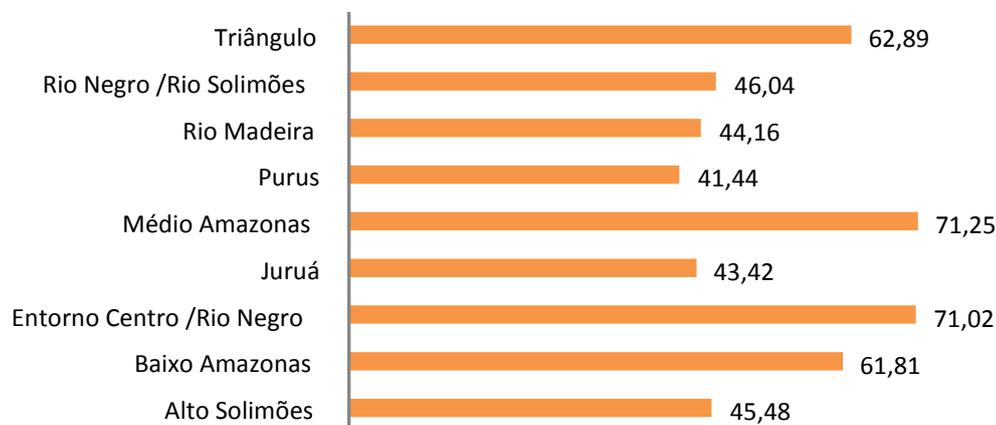
Fonte: IBGE - Censo Demográfico

Infraestrutura

- Consumo de energia comercial (GWh): 285
- Consumo de energia industrial (GWh): 630
- Consumo de energia residencial (GWh): 570
- Consumo de energia total (GWh): 1.791
- Extensão das rodovias (Km): 14.871,9
- Malha pavimentada (%): 9,16
- Produção de gás natural (m³): 320.026
- Produção de petróleo (m³): 708.331

- **Abastecimento de Água**

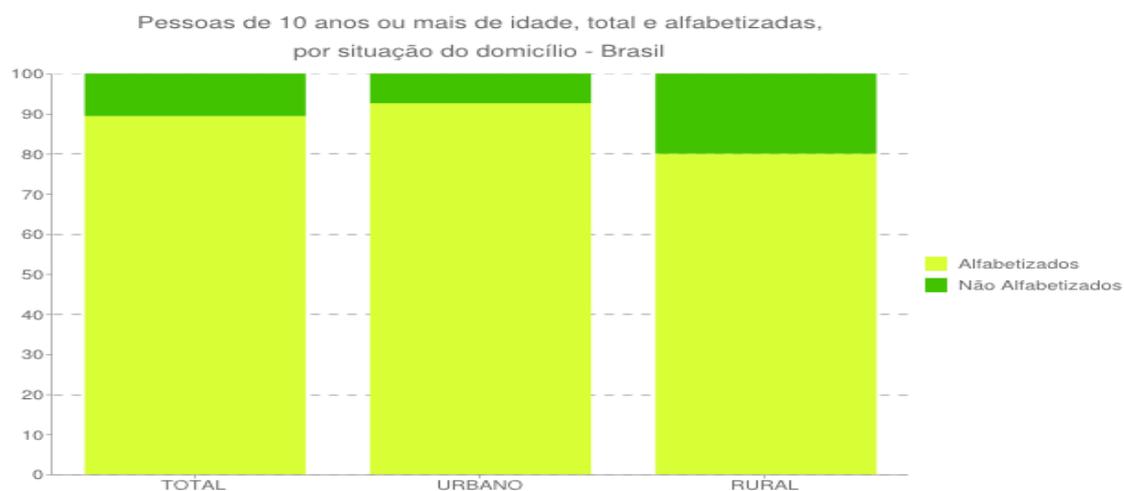
**ABASTECIMENTO DE ÁGUA, ATRAVÉS DA REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO,
REGIONAIS DE SAÚDE DO AM- 2010**



Fonte: IBGE - Censo Demográfico

Os resultados preliminares da pesquisa do Censo (IBGE, 2010) mostram que a distribuição de água nas regionais de saúde chega em 64,56% dos domicílios. Índice inferior Brasil (82,85%). Ampliando o nível de detalhamento da análise para municipal, verifica-se que 75,5% dos domicílios de Manaus são atendidos. Em Novo Aripuanã e Tonantins, o índice de cobertura é inferior a 25%.

- **Taxa de Alfabetização**



Fonte: IBGE – Censo Demográfico

A taxa de alfabetização do Estado é de 90,4%, superior ao da Região Norte, com 89,4%, e inferior a do Brasil, com 91%. Manaus, com 96,2%, é o município com o maior número de alfabetizados e Atalaia do Norte com o menor, 64,5%.

- **Taxa de Ocupação**

A taxa de ocupação das pessoas de 10 anos ou mais de idade, que faziam parte da População Economicamente Ativa (PEA) era de 90,3%. Dos ocupados, 28,1% recebiam mensalmente entre 1 e 2 salários mínimos do piso nacional. 0,6% recebiam mais de 20 salários mínimos e 13,5% não tinham rendimento.

- **Índice de Desenvolvimento Humano – IDH**

Em relação aos outros Estados da federação, o Amazonas encontra-se na 16ª posição, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,797 (médio). O índice varia de 0 até 1. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) considera baixo o IDH-M de 0,00 a 0,499, médio de 0,500 a 0,799 e alto de 0,800 a 1,000.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NOS MUNICÍPIOS DO AMAZONAS, 2011

IDH-M	Nº DE MUNICÍPIOS	PERCENTUAL
0,500 ---- 0,599	25	40,3
0,600 ---- 0,699	33	53,2
0,700 ---- 0,799	4	6,5
TOTAL	62	100,0

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

1.1.3 Situação Ambiental

É fato notório que a Amazônia e o Amazonas vêm sendo foco de muitos interesses e ações de diferentes atores nas escalas local, regional, nacional e global, trazendo à tona conflitos entre degradação/destruição e proteção/conservação ambiental (OPAS, 2010). Ressalte-se que, apenas duas estações (a chuvosa e a ensolarada) são relevantes e possibilitam um conjunto de ações distintas, com iguais impactos sobre a saúde da população amazonense.

No período de seca, na zona rural, ocorrem os desmatamentos e as queimadas, cujos efeitos à saúde ainda são poucos estudados. Contudo, estudos apontam que dentre os sintomas

de doenças e doenças observados relatam infecções do sistema respiratório superior, asma, conjuntivite, bronquite, irritação dos olhos e garganta, tosse, falta de ar, nariz entupido, vermelhidão e alergia na pele, e desordens.

No período chuvoso, ocorrem as enchentes e vazantes dos rios com o que aumenta o risco de surtos de doenças de veiculação hídrica, como a Leptospirose, a Hepatite “A”, a dengue, a diarreia, o aumento do risco com animais peçonhentos, os quais associados a problemas de higiene pessoal e alimentar, acesso à água própria para o consumo e destinação do lixo doméstico, aumentam as demandas por serviços de saúde no interior do Amazonas.

Na área urbana, o grande crescimento populacional de Manaus pressionou a ocupação de novos espaços como as margens dos igarapés e áreas de riscos que, devido à infraestrutura inadequada, a falta de saneamento básico, o acúmulo de lixo doméstico, potencializa-se os riscos a saúde da população residente nesses ambientes.

1.1.4 Situação Comportamental

As mudanças no comportamento das pessoas ocorridas no mundo, principalmente, a partir da inserção da revolução da informação, têm se mostradas cada vez mais presente no cotidiano da população amazonense. O jeito de falar, escrever e enviar mensagens eletrônicas, bem como as formas de vestir-se, alimentar-se ou divertir-se tem influencia direta e indireta sobre sua saúde e, conseqüentemente, sobre o SUS.

O comportamento dos jovens tem sido tema de interesse da mídia, institutos e academias. Alinhada nessa vertente a Universidade Federal de São Paulo – Unifesp divulgou resultado de uma pesquisa que analisou o comportamento de risco dos jovens (com idade entre 15 e 29 anos) de 149 municípios do Brasil revela que, Sexo sem camisinha, álcool e direção, cocaína, aborto, depressão, tentativa de suicídio. Parece conteúdo de biografia de ídolos do rock da década de 1970, mas é o retrato de parte da juventude brasileira.

Metade dos jovens consomem bebidas alcoólicas e o consumo se inicia aos 15 anos. Desses, 36% afirmam fazer uso nocivo do álcool (bebem quatro ou mais doses em 2 horas). Mesmo com as campanhas de trânsito educativas um terço já conduziu após beber e mais um quarto já pegou carona com um motorista embriagado.

De acordo com o diretor presidente do Detran/AM, Leonel Feitosa foram suspensas 1.774 CNHs de março a dezembro de 2013. Nos primeiros quatro meses de 2014, em blitz de fiscalização da Lei Seca, já foram recolhidas 626 CNHs de motoristas que conduziam embriagados. O saldo nos quatro primeiros meses de 2014 registra 90 carteiras de habilitação cassadas e mais de 80 suspensas relacionadas ao consumo de álcool ao dirigir. O total geral, considerando o mesmo período do ano passado até agora, é de 299 CNHs cassadas.

Apenas 5% afirmaram ter usado maconha no último ano e 3,5% fizeram o mesmo com cocaína. O fato curioso: entre as garotas, a cocaína é mais popular. Em Manaus, de cada 10 consumidores de drogas sete são jovens. A afirmação é do titular da secretaria Municipal da Infância e da Juventude (Seminf), Jorge Trajano, que além das drogas classifica o trabalho infantil, a violência e o abuso sexual como os principais problemas de crianças e adolescentes da capital. (RONDONIAAOVIVO.COM, 2014).

Outra consequência do uso de drogas são os óbitos por causas violentas cujos índices são ascendentes no estado do Amazonas. Segundo o vereador Carlos Alberto (PRB/AM), as mortes causadas pelo tráfico de drogas na cidade de Manaus, em 2013, ultrapassaram 700 homicídios, sendo que 90% foram motivados pela disputa ou acerto de contas no tráfico de drogas (PORTAL DO HOLANDA, 2014).

Um dos dados de mais impacto da pesquisa: 34% dos jovens assumiram que nunca ou quase nunca usam camisinha durante as relações sexuais. Comportamento similar apresenta os jovens da Capital amazonense que, foi considerado de alto risco em análise que entrevistou 83 pacientes entre 13 e 24 anos. De acordo com a pesquisa, cerca de 30% dos entrevistados, apesar de serem diagnosticados com o vírus, informaram que continuam mantendo relações sexuais sem o uso do preservativo. Outro fator preocupante apontado pela pesquisa é o “sexo casual” descobrindo posteriormente ser portador do vírus, quando ela já está na fase onde as doenças oportunistas se manifestam. Daí, segundo a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT), o aumento de 25% no número de casos notificados de HIV no Estado, entre os anos 2011 e 2012 (G1 AMAZONAS, 2014).

Ademais, quase 70% dos jovens brasileiros não sabem o período em que a mulher tem mais chances de engravidar, 42% não sabem que a camisinha é o único método que previne, simultaneamente, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, e quase 30% acreditam que o coito interrompido é um método contraceptivo eficaz (AMAZONAS NOTÍCIAS, 2014). A

ignorância dos jovens faz com que a gravidez precoce atinja um terço das garotas brasileiras e pelo menos uma entre cada dez meninas de 14 a 20 anos já sofreu um aborto. Entre as que têm de 20 a 25 anos, a quantidade sobe para quase 15% (CATRACA LIVRE, 2014). Ainda, pode ser tido como uma das causas da alta incidência de câncer de colo de útero no Estado do Amazonas.

Embora quase um terço dos jovens se considere acima do peso, 19% revelam que nunca comem saladas ou vegetais crus e 57% não realizam nenhum tipo de atividade física. Ressalte-se que, o sedentarismo pode ser a causa da ocorrência de diversas doenças, como a hipertensão arterial, diabetes, obesidades, aumento do colesterol, infarto do miocárdio, entre outras.

Ainda, o sedentarismo quando associado ao alcoolismo forma uma combinação mortal. Segundo a pesquisa da UNIFESP (2014), os meninos são os que mais fumam. 5% dos menores de 18 anos (que não têm autorização para comprar cigarros) e 18% dos maiores de idade confirmaram fumar.

1.2 Condições de Saúde da População

1.2.1 Situação de Natalidade

Segundo a série histórica de registro de nascidos vivos compreendido no período de 2007 a 2011, 61,3% dos Amazonenses nascem na região do Entorno de Manaus, sendo o menor número de registro de partos na região do Purus. Em 2011, 62,3% dos partos foram naturais e 37,6% por cesárea, sendo que as menores taxas por este último procedimento ocorreram na Região do Alto Solimões (11,6%), conforme tabela abaixo.

NASCIDOS VIVOS POR TIPO DE PARTO E REGIÃO DE SAÚDE, AMAZONAS, 2011

REGIÕES	TIPO DE PARTO						TOTAL
	VAGINAL		CESÁRIO		NÃO INFORM	IGN	
	Nº	%	Nº	%			
AMAZONAS	46857	62,3	28309	37,6	95	5	75266
Alto Solimões	4924	88,2	650	11,6	7	1	5582
Baixo Amazonas	3558	78,0	1002	22,0	4	0	4564
Entorno de Manaus	24379	52,9	21696	47,1	33	0	46108
Juruá	1919	76,7	568	22,7	15	1	2503
Médio Amazonas	2227	73,5	798	26,3	5	1	3031
Purus	1607	71,2	641	28,4	9	0	2257
Rio Madeira	2104	70,6	872	29,3	2	1	2979
Rio Negro e Solimões	4056	74,4	1382	25,4	12	1	5451
Triângulo	2074	74,8	693	25,0	7	0	2774

Fonte: SIM/NUSI/FVS - DBF gerado em 16/04/2012

A gestação na adolescência é um problema mundial de saúde pública, ocasionando sérios riscos à saúde da mãe e do nascituro. Afeta principalmente a classe social mais carente e de menor escolaridade, sendo na maioria das vezes não planejada. Dentre os riscos, podem ser citados os biológicos, os psíquicos e os sociais. A gravidez na adolescência traz mais problemas devido ao início do pré-natal tardio.

Os riscos biológicos para a mãe caracterizam-se principalmente por pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, anemia, infecção urinária ou vaginal e parto prematuro. A prematuridade e o baixo peso ocorrem mais em filhos de adolescentes do que de mulheres adultas. O baixo peso ao nascer é apontado como o fator de maior influência na determinação da morbimortalidade neonatal, podendo estar associado a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil.

A gravidez precoce é problema importante no Amazonas quando se observa que em 2011, 26,8 % de nascimentos no Estado foram de mães com menos de 20 anos. Em algumas regiões, os percentuais ultrapassam 30% como a região do Purus, Juruá, Madeira, Triângulo e Negro/Solimões.

NASCIDOS VIVOS POR FAIXA ETÁRIA DA MÃE E REGIÃO DE SAÚDE, AMAZONAS, 2011.

REGIÕES	FAIXA ETÁRIA DA MÃE						TOTAL
	10-19a	%	20-34a	%	35 e+	%	
AMAZONAS	20.174	26,8	49.085	65,2	6.007	8,0	75.266
Alto Solimões	1.641	29,4	3.457	61,9	484	8,7	5.582
Baixo Amazonas	1.360	29,8	2.897	63,5	307	6,7	4.564
Entorno de Manaus	10.913	23,7	31.233	67,7	3.962	8,6	46.108
Juruá	759	30,3	1.542	61,6	202	8,1	2.503
Médio Amazonas	908	30,0	1.911	63,0	212	7,0	3.031
Purus	820	36,3	1.293	57,3	144	6,4	2.257
Rio Madeira	995	33,4	1.790	60,1	194	6,5	2.979
Rio Negro e Solimões	1.817	33,3	3.319	60,9	315	5,8	5.451
Triângulo	957	34,5	1.633	58,9	184	6,6	2.774

Fonte: SIM/NUSI/FVS DBF gerado em 16/04/2012

A gestação precoce na faixa de 10 a 14 anos responde por cerca de 7% dos partos em menores de 20 anos, destacando-se os municípios de Japurá (R. Triangulo), com 20%, Nhamundá (R. Baixo Amazonas) com 16% Tapauá (R. Purus) e Anamá (R. Rio Negro e Solimões) ambos com 14% e Atalaia do Norte (R. Alto Solimões) com 13%.

Quanto à gravidez tardia, é cada vez maior o número de mulheres que estão adiando a gravidez por razões educacionais e profissionais, o que aumenta a probabilidade de complicações que podem afetar tanto elas quanto os bebês. Em 2011, foram registrados no Amazonas 6.007 (8%) partos em mulheres acima de 35 anos (Tabela acima).

Há também um risco significativamente maior de mortalidade materna e fetal em mulheres de 50 anos se comparado com mulheres mais jovens. Além de maior probabilidade de desenvolver problemas como placenta prévia, hemorragias durante o parto, pressão alta, diabetes gestacional, doenças da tireóide e cardíaca durante a gravidez.

Observa-se ainda na tabela acima, que a gravidez na faixa etária de 20 a 34 anos é predominante com 65,2%.

Na atenção ao pré-natal verificou-se que no ano de 2011, 4.193 mulheres não tiveram acesso a consultas de pré-natal durante a gravidez (5,6%) e cerca de 17.190 tiveram entre 1 a

3 consultas (23%). Em função do não preenchimento do campo na Declaração de Nascidos Vivos, ignora-se o número de consultas em 1.834 partos.

1.2.2 Situação de Morbidade

O perfil de morbidade da população amazonense é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência de doenças transmissíveis que ainda permanecem como problema de saúde pública, bem como pela alta carga de acidentes e violências, caracterizando a tríplice carga de doenças. A seguir, são apresentados dados e informações de doenças e agravos que conformam o quadro de morbidade do Amazonas.

- **Morbidade Hospitalar 2007 a 2011**

O quadro abaixo apresenta uma série histórica de 2007 a 2011 da morbidade hospitalar no Amazonas, observa-se que gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias, sempre tiveram como os primeiros grupos de causas de internação.

MORBIDADE HOSPITALAR NO AMAZONAS, 2007 A 2011

CAPITULO DO CID 10	2007	2008	2009	2010	2011
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14,6	15,4	15,4	15,1	16,0
II. Neoplasias (tumores)	7,7	6,8	7,0	7,4	6,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,3	2,1	2,5	2,6	2,5
IX. Doenças do aparelho circulatório	8,8	8,9	9,6	9,1	9,0
X. Doenças do aparelho respiratório	20,8	15,9	18	18,2	16,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	15,1	14,3	15,3	16,2	15,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	9,5	10,0	10,6	10,5	10,8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2,6	5,5	2,4	2,6	2,7
XIX. Lesões envenenamentos e outras externas	8,1	6,8	7,5	7,4	9,5
Demais Causas	8,8	9,1	9,3	9,3	9,5
SUBTOTAL	63,1	64,0	62,4	62,6	64,0
XV. Gravidez parto e puerpério	36,9	36,0	37,6	37,4	36,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	1,2	3,4	1,4	1	0,9
TOTAL	100	100	100	100	100

Fonte: SIM/NUSI/FVS

O perfil de internações no ano de 2011, assim como nos outros anos, das condições agudas e crônicas demonstra que o maior número de atendimentos que causaram internações ocorreu em gravidez, parto e puerpério com 36,0%, seguido por internações para tratamento

de doenças do aparelho respiratório com 16,5% e doenças infecciosas e parasitárias com 16,0%.

Em relação à gravidez, parto e puerpério, as faixas-etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos representam 27,97% do total das internações deste grupo de causa, demonstrando um alto número de gravidez na adolescência.

As doenças do aparelho respiratório acometem mais a população de menor de 0 a 5 anos de idade, alcançando um percentual de 54,57% das internações deste grupo de causa.

O grupo de doenças infecciosas e parasitárias apresenta nas faixas-etárias de menor de 1 ano a 14 anos o percentual de 52,30% das internações deste grupo de causa.

- **Morbidade por Doenças não Transmissíveis 2007 a 2011**

Do ponto de vista social e econômico, o aumento da morbimortalidade por doenças não transmissíveis representa, além do comprometimento da saúde, a grande perda de anos potenciais de vida, com mortes precoces na faixa etária economicamente ativa e suas implicações óbvias para a economia. Além disso, para o sistema de saúde é necessário considerar a aplicação de altos custos para minimizar os graus variados de incapacidade ocasionados por acidentes, agressões e outras causas externas. Com o envelhecimento da população, tem ocorrido um expressivo aumento das doenças cardiovasculares, neoplasias e outras doenças crônicas.

- **Morbidade por Doenças Transmissíveis 2007 a 2011**

O quadro atual da ocorrência das doenças transmissíveis no Estado do Amazonas configura-se por um grupo de doenças que, nos últimos anos, vem apresentando um declínio significativo, especificamente aquelas que se dispõem de medidas eficazes de proteção, ao lado de outras que se mantêm em patamares endêmicos, além do grupo das emergentes, principalmente as que apresentam estreita relação com o ambiente social e econômico. O quadro abaixo apresenta uma série histórica de 2007 a 2011 de casos confirmados de doenças transmissíveis.

NÚMEROS DE CASOS CONFIRMADOS DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, 2007- 2011

AGRAVOS	2007	2008	2009	2010	2011
AIDS	297	379	509	650	664
Coqueluche	35	63	23	2	0
Dengue	1.706	8.507	1.467	1.848	57.809
D. Exantemática	0	0	0	0	0
Febre Amarela	2	0	0	0	0
Febre Tifoide	4	9	28	27	69
Hantovirose	0	0	0	0	0
Hanseníase	784	958	880	845	734
Hepatite Viral	1.312	1.051	1.606	1.308	3.697
Leishmaniose Tegumentar	2.358	2.026	1.533	1.228	2.380
Leptospirose	40	48	66	37	170
Malária	202.690	139.189	101.3733	73.918	61.634
Meningite	281	140	171	87	138
Paralisia Flácida Aguda –	12	19	17	11	19
Tétano Acidental	10	11	11	5	18
Tétano Neonatal	0	0	0	0	0
Tuberculose	2.189	2.962	2.769	2.809	2.833

Fonte: FVS/NUSI (sujeitos a revisão).

No primeiro grupo de declínio significativo, destacam-se a difteria e o cólera com ausência de registro de casos nos anos analisados; rubéola, coqueluche, febre amarela com redução significativa na sua ocorrência e ausência de síndrome da rubéola congênita; o sarampo e o tétano neonatal registraram os últimos casos nos anos de 2000 e 2002, respectivamente. Destaque para a malária que, a partir de 2007, vem apresentando declínio contínuo, com queda superior a 140.000 casos quando comparada com a notificação em 2011. Das doenças que mantêm os níveis endêmicos dentro dos limites esperados, destacam-se a febre tifoide, leishmaniose tegumentar e leptospiroses.

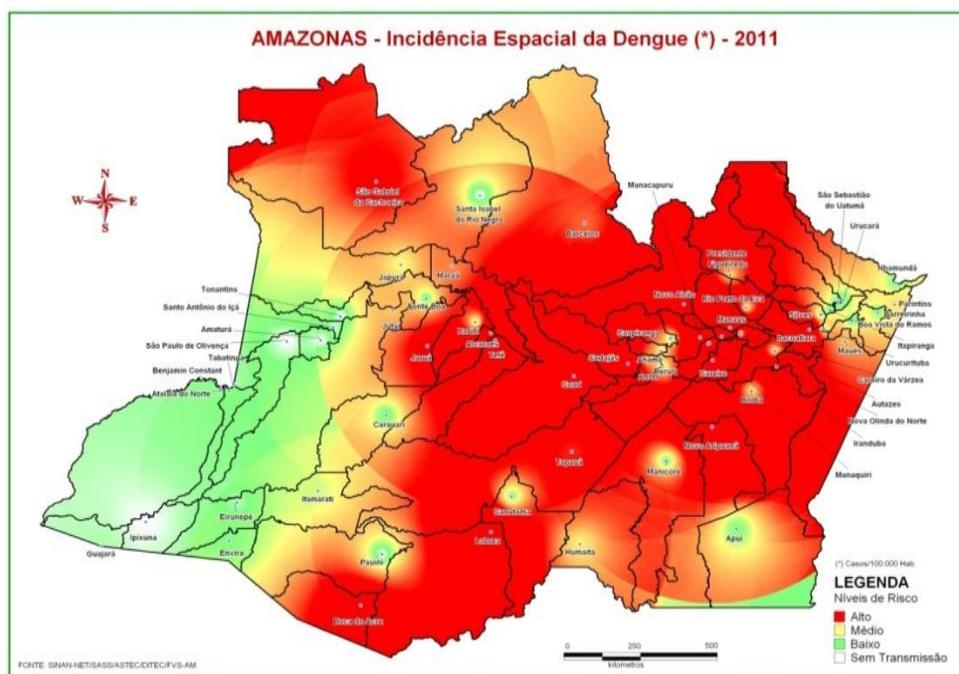
Dentre as doenças denominadas emergentes, principalmente aquelas com a ocorrência de casos autóctones, destacam-se a doença de Chagas, e a hantavirose (ainda caracterizadas, no Amazonas, como zoonoses). Não há registro de ocorrência de casos da raiva humana no Estado desde 2002, quando ocorreu um caso importado, no entanto, a situação deve ser constantemente monitorada em razão da alta ocorrência de agressões humana por morcegos hematófagos, mecanismo de transmissão alternativo e com descrição de surtos em outros Estados da federação.

❖ Epidemia de Dengue em 2011

Em 2011, o Estado do Amazonas apresentou a maior epidemia de dengue de sua história, registrando 57.809 casos. Só no município de Manaus, em apenas 20 semanas, apresentou um total de 42.249 casos confirmados, sendo que apenas na Semana Epidemiológica – SE-08 foram registrados 5.302 casos. O registro de casos esteve presente nos 63 bairros, sendo a Cidade Nova o bairro que apresentou maior número de casos, enquanto, o bairro Praça 14 de Janeiro apresentou a maior incidência.

Houve a introdução do vírus da dengue do tipo 4 no Estado, que segundo o Ministério da Saúde – MS, não era notificado no Brasil há 30 anos, e a circulação simultânea dos quatro sorotipos. A epidemia se estendeu aos municípios do interior, como se pode observar no mapa abaixo.

INCIDÊNCIA ESPACIAL DA DENGUE NO AMAZONAS, 2011



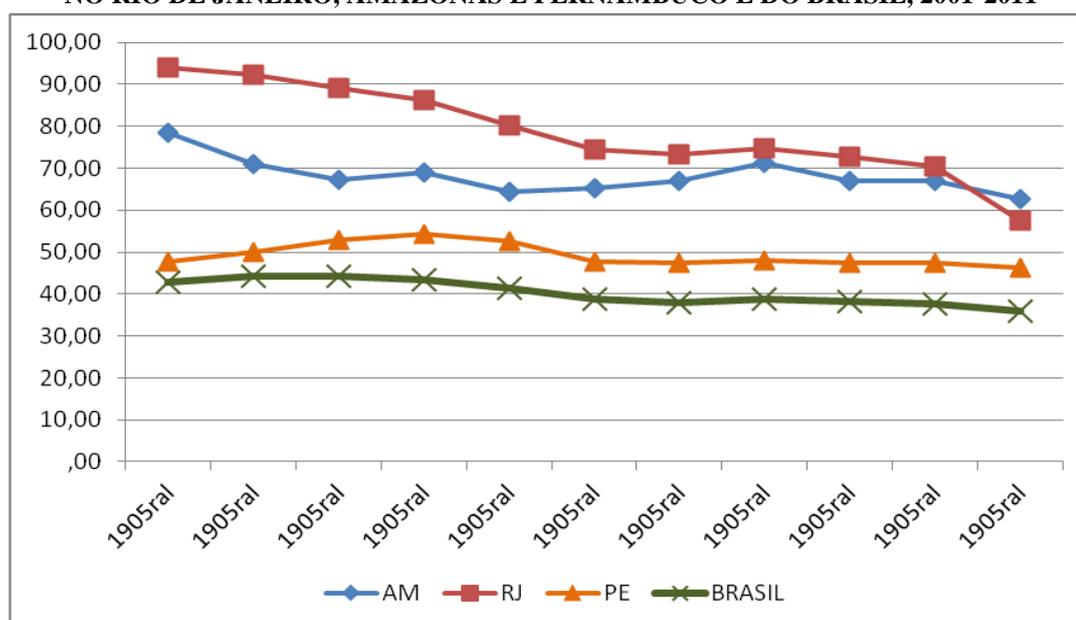
Fonte: FVS/AM

No entanto, além de situações epidêmicas, situações crônicas de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase e a AIDS permanecem desafiando o sistema de saúde pública do Estado, e demandando maior esforço da atenção primária à saúde para o seu controle.

❖ Situação da Tuberculose no Amazonas 2011

O Estado do Amazonas apresenta a maior taxa de incidência do país, com o registro de 62,5/100.000 habitantes. Essa situação vem mantendo-se ao longo da última década, semelhante ao Rio de Janeiro, bem superior aos outros estados da federação e quase o dobro da taxa de incidência nacional.

SÉRIE HISTÓRICA DAS TAXAS DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE POR 100.000 HABITANTES NO RIO DE JANEIRO, AMAZONAS E PERNAMBUCO E DO BRASIL, 2001-2011



Fonte: SVS/MS, 2012.

Embora 70,3% (1.979/2.815) dos casos diagnosticados sejam residente em Manaus, todos os municípios do interior registraram pelo menos 1 caso da doença em 2011.

Em 2011, foram notificados 2.815 casos no Amazonas, dos quais 78,6% eram casos novos e 12,5% retratamentos (recidiva e reingresso após abandono).

A cultura para microbactérias é realizada em somente 8% dos municípios do Amazonas. Recomendada pelo Ministério da Saúde para todos os retratamentos (recidiva e reingresso após abandono), portadores de HIV, indígenas, contatos de tuberculose multirresistente, pessoas privadas de liberdade, pacientes internados em hospitais e profissionais de saúde. A testagem para HIV também apresenta aumento de realização nos

últimos anos, porém menos da metade dos casos são testados. A taxa de co-infecção de TB/HIV foi de 10% em 2010.

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família – ESF é baixa, em torno de 50%, e isso se reflete na baixa realização do Tratamento Diretamente Observado – TODO, recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS e Ministério da Saúde para diminuir o abandono de tratamento. Conseqüentemente, verifica-se o aumento no número de casos de tuberculose multirresistente (TBMR), isto é, tuberculose resistente a pelo menos Rifampicina e Isoniazida, o que implica em tratamento de longa duração, de 18 a 24 meses, com esquema complexo, mais caro e maior toxicidade. Em 2011 foram notificados 30 casos de TBMR no Estado.

A mortalidade por tuberculose no Amazonas também é uma das maiores do Brasil, ocupando o 3º lugar entre as unidades da federação (MS, 2012).

❖ Situação da Hanseníase no Amazonas 2010

O relatório da Secretaria de Vigilância à Saúde – SVS/MS aponta que, apesar da importante redução do coeficiente de prevalência de hanseníase no Amazonas, que atualmente é de 2,06 casos/10 mil habitantes, o Estado demanda intensificação das ações para eliminação da doença, justificadas por um padrão de media endemicidade segundo os parâmetros de prevalência.

Por meio da distribuição espacial verificam-se áreas mais endêmicas na Amazônia meridional. Dentre os 62 municípios amazonenses, 16 são considerados hiperendêmicos, dos quais 6 apresentaram menos de 6 casos novos em 2010; 10 municípios não diagnosticaram casos de hanseníase no mesmo ano e encontram-se, principalmente, próximos a fronteira com a Colômbia. A capital Manaus apresentou 14,4 casos/100 habitantes em 2010, considerada de alta endemicidade.

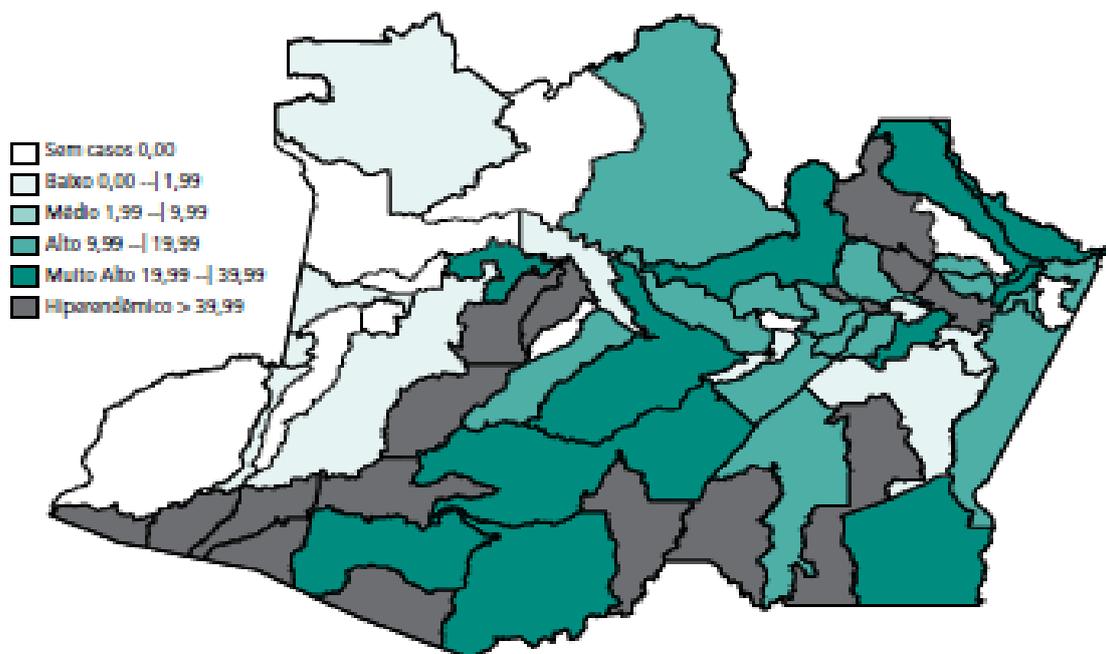
No entanto, observa-se queda significativa no Coeficiente Geral de Detecção – CGD de 3,8 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 10 anos.

O CGD em 2010 foi de 19,7 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 4,9 casos/100 mil habitantes, padrão de elevada magnitude.

As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que em 2010 foi precário, com 37,7%. O principal indicador de avaliação da qualidade da

atenção e o percentual de cura dos casos diagnosticados. O Amazonas apresentou resultado regular de 80,2% em 2010.

COEFICIENTE GERAL DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE POR MUNICÍPIOS DO AMAZONAS, 2010



Fonte:SVS/MS

- **Morbidade Hospitalar 2013**

O perfil de morbidade da população amazonense em 2013 foi caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência de doenças transmissíveis que ainda permanecem como problema de saúde pública, bem como, pela alta carga de acidentes e violências, caracterizando a tríplice carga de doenças. A seguir, são apresentados dados e informações de doenças e agravos que conformam o quadro de morbidade do Amazonas.

As internações no ano de 2013 das condições agudas e crônicas demonstraram que o maior número de atendimentos que causaram internações ocorreu em gravidez, parto e puerpério (37,6%), seguida por internações para tratamento de doenças do aparelho respiratório (10,5%) e das doenças do aparelho digestivo (10,2%). Observamos que as doenças infecciosas e parasitárias ainda tem uma alta prevalência de internação no nosso Estado ficando em 4º lugar (8,0%) nas causas de internação.

Em relação à gravidez, parto e puerpério, verificou-se que a faixa-etária de 10 a 19 anos representou 28,7% do total das internações deste grupo de causa, demonstrando um alto número de gravidez na adolescência. Observamos que há registros deste grupo de causa nas faixas etárias menor de 1 ano, devido um erro de preenchimento na Autorização de Internação Hospitalar por alguma Unidade de Saúde integrada a rede assistencial do Estado ou do município.

A gestação na adolescência é um problema mundial de saúde pública, ocasionando sérios riscos à saúde da mãe e do nascituro, afeta principalmente a classe social mais carente e de menor escolaridade, sendo na maioria das vezes não planejada. Dentre os riscos, podem ser citados os biológicos, os psíquicos e os sociais. A gravidez precoce é problema importante no Amazonas, quando se observa que em 2012, cerca de 30% de nascimentos no Estado foram de mães com menos de 20 anos.

Observou-se que as doenças do aparelho respiratório acometeram mais a população infantil de 0 a 4 anos de idade, alcançando um percentual de 55,7% das internações deste grupo de causa. As doenças do aparelho digestivo são predominantemente na idade adulta de 20 a 59 anos com o percentual de 56,9% das internações deste grupo de causas.

O grupo de doenças infecciosas e parasitárias apresentou predominância de internações em todas as faixas-etárias.

MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS, FAIXA ETÁRIA E POR RESIDÊNCIA - 2013

INTERNAÇÕES POR CAPÍTULO CID-10	FAIXA ETÁRIA												Total
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.388	2.481	1.141	778	618	1.346	1.429	1.125	925	793	710	550	13.284
Capítulo II Neoplasias [tumores]	44	204	156	238	356	552	816	1.094	953	762	406	155	5.736
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	55	95	62	75	69	109	76	65	77	53	60	51	847
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	211	436	163	78	50	91	144	302	594	562	394	233	3.258
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	2	1	5	50	178	229	149	80	19	4	4	721
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	99	123	74	77	88	138	141	196	293	335	335	274	2.173

INTERNAÇÕES POR CAPÍTULO CID-10	FAIXA ETÁRIA												
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	3	4	8	7	5	18	20	16	62	53	21	3	220
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	27	42	33	17	7	14	8	8	10	5	4	3	178
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	27	33	33	73	136	365	632	1.086	1.811	2.136	1.797	1.109	9.238
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	4.528	5.224	1.526	634	369	594	573	539	635	841	1.023	1.029	17.515
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	406	1.044	985	910	832	2.295	2.845	2.332	2.234	1.647	940	403	16.873
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	206	645	415	360	252	330	360	293	226	178	127	63	3.455
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	7	36	52	86	87	207	233	189	163	118	69	50	1.297
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	286	564	625	489	870	2.123	1.911	1.594	1.066	953	678	413	11.572
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	1	0	0	1.330	16.634	30.995	12.124	1.373	26	4	0	0	62.487
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	1.891	35	15	8	8	13	10	4	7	17	10	6	2.024
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	158	255	161	110	58	59	43	36	27	21	7	4	939
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	103	100	55	67	90	187	171	152	149	103	114	78	1.369
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	75	343	647	660	1.035	2.405	2.050	1.365	1.098	766	547	416	11.407
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	1	4	1	4	11	10	3	2	0	0	0	37
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	126	240	124	119	71	295	282	104	73	44	27	14	1.519
TOTAL	9.642	11.907	6.280	6.122	21.689	42.325	24.107	12.025	10.511	9.410	7.273	4.858	166.149

Fonte: Portal DATASUS – Tabnet / SIH – Jan. a Dez. 2013

1.2.3 Situação de Mortalidade

Para a análise e construção destes indicadores utilizou-se a base populacional do IBGE (Estimativa 2011) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Com base nos dados captados, é possível realizar análises que orientem a adoção de medidas preventivas e subsidiem o processo de decisão na gestão do sistema de saúde, assim como realizar avaliações das ações implementadas que tenham impacto sobre a mortalidade.

- **Mortalidade Geral e Cobertura de Captação de Óbitos**

Os indicadores de mortalidade no Estado apresentam deficiências quantitativas e qualitativas. A análise da cobertura por Região de Saúde reflete uma sensível melhora na captação de óbitos, uma vez que todas as regiões alcançaram coberturas igual ou superior à meta de 80%.

Porém, o registro de óbitos efetuado em alguns municípios demonstra uma cobertura marcadamente baixa e heterogênea na captação e notificação de óbitos, detectando-se uma amplitude de variação de 27,8% em Tonantins, 35% em Boa Vista do Ramos, 44% Jutaiá a 130,6% em Nhamundá, em 2011, quando comparados aos óbitos esperados. Registra-se que 91,9% dos municípios apresentaram notificação superior a 50% dos óbitos esperados, mostrando aumento de 58,2% em relação a 2010.

Segundo relatório da SVS/MS, o Estado do Amazonas apresentou progressivo aumento no envio de óbitos transferidos ao SIM dentro do prazo, atingindo a meta (80%) em 10 meses, dos 15 observados (em média 84,7%). O Estado permaneceu por quase todo o período acima da média nacional. O pior desempenho foi o 1º trimestre de 2010 e o melhor o 1º trimestre de 2011.

De acordo com a SVS/MS, o percentual de óbitos não fetais com causa básica definida no Amazonas aumentou de 74,8% em 2000 para 83,6% em 2009. Nesse último ano, Manaus apresentou percentual de 87,5%, a região Norte de 86,9% e o Brasil, 92,7%.

Em 2009, a distribuição de municípios segundo o percentual de óbitos por causas definidas foi: menor que 80%: 35 municípios (56,5%); de 80% a 89%: 12 municípios (19,3%); 90% e mais: 15 municípios (24,2%).

A qualidade da informação sobre a causa básica de morte na declaração de óbito no Amazonas melhorou na última década, porém não atinge nível adequado ($\geq 90\%$ de óbitos

com causa definida). Esse nível foi observado em 15 dos 62 municípios do Estado, em 2009. Destaca-se que a capital também não apresentou percentual adequado em todo o período avaliado.

- **Coefficiente de Mortalidade Geral 2007-2011**

O Coeficiente de Mortalidade Geral do Estado do Amazonas apresentou oscilações pequenas no período analisado, sempre abaixo do estimado, porém com tendência crescente. Em 2011, com dados sujeitos a revisão, os registros de óbitos informados apontam um coeficiente de mortalidade geral de 4,3/1.000 habitantes para o Estado enquanto na capital, Manaus, apresenta cobertura de 105% e coeficiente de 5,01/1.000 habitantes.(Tabelas abaixo)

Fica patente que as baixas taxas de mortalidade geral estão diretamente relacionadas com a baixa captação e notificação de óbitos, como já verificado.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL – AMAZONAS, 2007 - 2011

ANOS	POPULAÇÃO	Nº DE ÓBITOS	COEF. /1.000 HABITANTES
2007	3.389.081	11.757	3,5
2008	3.341.096	12.503	3,8
2009	3.393.357	13.024	3,8
2010	3.483.985	13.300	3,8
2011*	3.538.359	14.038	4,0

Fonte: 2006-2010 SVS/MS; 2011 FVS/NUSI (sujeitos a revisão).

COBERTURA E COEFICIENTE DA MORTALIDADE GERAL, POR REGIÃO DE SAÚDE – AMAZONAS, 2011.

MUNICÍPIOS	POP. 2011	ÓBITOS		COEF. P/ 1.000 HAB.	% ALC. (COBERTURA)
		ESPERADOS	INFORMADOS		
Alto Solimões	227.851	1.051	557	2,4	53,0
Baixo Amazonas	217.669	1.098	710	3,3	64,6
Entorno de Manaus	2.156.254	11.137	10.008	4,6	89,9
Juruá	118.676	522	403	3,4	77,2
Médio Amazonas	150.985	744	542	3,6	72,9
Purus	119.381	525	305	2,6	58,1
Rio Madeira	168.370	741	453	2,7	61,1
Rio Negro e Solimões	255.647	1.271	782	3,1	61,5
Triângulo	123.554	599	304	2,5	50,8
TOTAL - AM	3.538.387	17.687	14.076	4	79,6

Fonte: FVS / ASTEC / SASS / NUSI População Fonte: IBGE Estimativa 2011, Óbitos Esperado: Estimativa do Ministério da Saúde, Óbitos Fonte: SIM, Dados Atualizados em 21 05 2012. Dados sujeitos a revisão.

A Região de Saúde que mais se aproximou do alcance da meta foi o Entorno de Manaus com 89,9% (tabela 8). Nesta região, os municípios de São Gabriel da Cachoeira (102,1%), Manaus (92,8%) e Iranduba (91,2%) ultrapassaram a meta. E os municípios do Careiro (53,5%), Santa Isabel do Rio Negro (52,2%), Barcelos (44,9%) e Manaquiri (41,5%) foram os que alcançaram menor índice de cobertura de óbitos.

É importante ressaltar que os municípios de Eirunepé (107,0%) e Amaturá (96,7%) das Regiões do Juruá e do Alto Solimões, respectivamente, também ultrapassaram a meta.

Observa-se ainda na tabela acima, que as Regiões com os índices mais baixos de cobertura na captação de óbitos, foram Purus (58,1%), Alto Solimões (53,0%) e Triângulo (50,8%).

Nas Regiões de Saúde do Triângulo, Rio Negro e Solimões, Rio Madeira, Purus, Médio e Baixo Amazonas nenhum município alcançou a meta, ficando bem abaixo do estimado.

Os municípios que ficaram com os menores índices na captação de óbitos foram: Jutai (20%) e Tonantins (13,2%) na Região do Alto Solimões; Boa Vista do Ramos (28,2%) na Região do Baixo Amazonas; Pauíni (28,6%) na Região do Purus; Anamá (34,6%) e Caapiranga (22,4%) na Região do Rio Negro e Solimões; e Maraã (36,4%) na Região do Triângulo.

- **Mortalidade Proporcional - 1990, 2000, 2010**

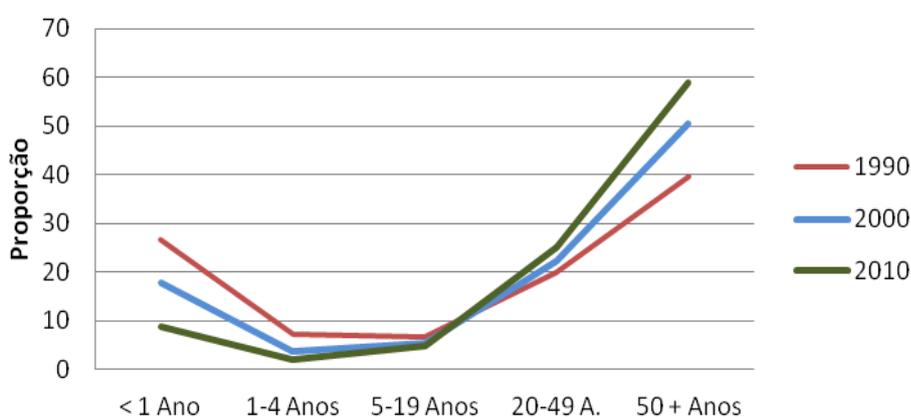
A curva de mortalidade proporcional – Indicador de Nelson de Moraes, que objetiva avaliar o grau de saúde de uma população, acompanhando a evolução da mortalidade em diferentes faixas etárias, mostra na análise sequencial dos anos de 1990, 2000 e 2010, que o Estado do Amazonas vem apresentando uma diminuição da proporção de óbitos em menores de um ano. Assim, o conseqüente aumento da expectativa de vida, refletida na maior proporção de óbitos acima de 50 anos, evidencia uma melhora nas condições de vida e saúde da população.

**NÚMERO E PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA – AMAZONAS,
PERÍODO: 1990-2000-2010.**

ANOS	FAIXA ETÁRIA					
	ÓBITOS	< 1 ANO	1-4 ANOS	5-19 ANOS	20-49 ANOS	50 + ANOS
1990	Nº	2.112	567	535	1.576	3.129
	%	26,67	7,16	6,76	19,9	39,51
2000	Nº	1.864	402	572	2.339	5.286
	%	17,82	3,84	5,47	22,35	50,52
2010	Nº	1.178	298	662	3.335	7.827
	%	8,9	2,2	5,0	25,1	58,8

Fonte: SIM/MS

CURVA DE NELSON DE MORAES



- **Proporção de Óbitos por Causas Mal Definidas, 2007-2011**

Nos óbitos notificados, nota-se uma melhora na qualificação da causa básica, com um percentual de causas não definidas de 14% para o Estado no ano de 2011, mostrando redução de 8,9% deste em relação a 2010, que foi de 15,2% (Tabela abaixo). A OMS recomenda esse número no máximo de 10%. Contribuem para esses altos índices o grande número de óbitos sem assistência médica que ocorrem em sua maioria na área rural, onde há falta de profissionais de saúde e dificuldade de acesso.

- **Mortalidade Proporcional por Grupo de Causas, 2007-2011**

No que se refere aos aspectos epidemiológicos, o quadro abaixo evidencia que as três primeiras causas de óbitos com causa básica definida nos últimos anos são desta categoria. As

doenças do aparelho circulatório foram as principais causas de óbitos nos últimos 10 anos, respondendo por 20,8% dos óbitos do total registrado em 2011, junto com as causas externas e, em seguida, as neoplasias com 17,4%.

Esses dados vêm acompanhando a tendência nacional e apontando claramente para a necessidade de estabelecer políticas que respondam de forma satisfatória às mudanças na organização do SUS, em decorrência do aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis e problemas relacionados ao aumento da violência, especialmente nos centros urbanos, onde as diferenças sociais são mais aprofundadas.

Observa-se ainda que a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias está em sexto lugar, assumindo caráter descendente, em contrapartidas com as causas externas e neoplasias, em linha ascendente.

NÚMERO E PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR GRUPO DE CAUSAS, AMAZONAS 2007-2011

GRUPOS DE CAUSAS	2008		2009		2010		2011*	
	ÓBITOS	%	ÓBITOS	%	ÓBITOS	%	ÓBITOS	%
D. Ap. Circulatório	2.300	21,9	2.222	20,4	2.378	21,1	2.468	20,8
Causas Externas	1.945	18,5	1.991	18,3	2.263	20,1	2.471	20,8
Neoplasias	1.744	16,6	1.835	16,9	1.870	16,6	2.068	17,4
Afecções Perinatal	632	6	658	6,1	564	5,0	571	4,8
D. Ap. Respiratório	1.047	10	1.103	10,1	1.082	9,6	1.127	9,5
D. Infec. Parasitárias	745	7,1	817	7,5	823	7,3	823	6,9
D. End. Nut. Metab.	641	6,1	700	6,4	766	6,8	820	6,9
D. Ap. Digestivo	547	5,2	539	5,0	557	4,9	587	4,9
A. Congênitas	266	2,5	289	2,7	294	2,6	265	2,2
Demais Definidas	644	6,1	719	6,6	673	6,0	691	5,8
TOTAL DEFINIDAS	10.511	83,5	10.873	83,7	11.270	84,7	11.891	85,9
AFECCÕES MAL DEFINIDAS	2.074	16,5	2.119	16,3	2.030	15,3	1.945	14,1
TOTAL	12.585	100,0	12.992	100,0	13.300	100,0	13.836	100,0

Fonte: DATASUS/MS, NUSI/ - FVS/AM (*) Informações de óbitos 2011 – sujeitos a revisão.

Das causas definidas em ascensão, estão às doenças dos grupos das chamadas Causas Externas, as Neoplasias e as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas. Mostraram redução neste ano, às Doenças do Aparelho Circulatório, as Afecções Perinatais, Afecções

Respiratórias e as Doenças Infecciosas e Parasitárias. As doenças do Aparelho digestivo mantiveram-se nos mesmos percentuais.

Do ponto de vista social e econômico, o aumento da morbimortalidade por Doenças Não Transmissíveis – DANTs representa, além do comprometimento da saúde, a grande perda de anos potenciais de vida, com mortes precoces na faixa etária economicamente ativa e suas implicações óbvias para a economia. Além disso, para o sistema de saúde é necessário considerar a aplicação de altos custos para minimizar os graus variados de incapacidade ocasionados por acidentes, agressões e outras causas externas. Adicionalmente, com o envelhecimento da população, tem ocorrido um expressivo aumento das doenças crônicas, neoplasias e outras doenças.

Dentre o grupo de causas externas, destacam-se como principal causa de óbitos as agressões com 51,4%, com proporção que variam de 55,3% a 26,5% dos óbitos de sexo masculino e feminino respectivamente; seguem-se os acidentes de transportes 21,8% (maior causa de mortalidade externa feminina) e afogamentos 7,2% como as principais causas. Situação também preocupante são os óbitos decorrentes de lesões autoprovocadas, que devem receber abordagem diferenciada pelo Programa de Saúde Mental do Estado.

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS EXTERNAS, AMAZONAS 2011

CAUSA (CID10 BR)	M	%	F	%	TOTAL	%
Agressões	1,192	55,3	78	26,5	1.270	51,4
Ac. de transporte	440	20,4	99	33,7	539	21,8
Afogamento e submersões acidentais	153	7,1	26	8,8	179	7,2
Quedas	64	3,0	42	14,3	106	4,3
Exp. a fumaça, ao fogo e chamas	7	0,3	0	0,0	7	0,3
Envenenamento e intoxicações	5	0,2	0	0,0	5	0,2
Lesões autoprovocadas	142	6,6	32	10,9	174	7,0
Eventos cuja intenção é indeterminada	63	2,9	9	3,1	72	2,9
Demais causas externas	92	4,3	27	9,2	119	4,8
TOTAL	2.156	100,0	294	100,0	2.471	100,0

Fonte: NUSI – FVS/AM; IBGE; ATUALIZADO EM 22/03/12, Dados sujeitos a revisão.

- **Coefficiente de Mortalidade Infantil, 2007 - 2011**

A mortalidade infantil e na infância é um indicador importante, não somente dos cuidados de saúde, mas também por refletir as condições socioeconômicas em um país. Nos últimos anos, houve grandes mudanças no perfil demográfico do Amazonas, tanto com

relação à fecundidade decrescente nos grandes centros urbanos, quanto com relação à mortalidade, com quedas na mortalidade infantil.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil do Amazonas é considerado baixo, segundo parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde que classifica como alto (25 ou mais óbitos em menores de um ano, por mil nascidos vivos); médio (25 - 16) e baixo (menos de 15). A evolução desse indicador no Estado, no período analisado, demonstra um declínio substancial, passando de 17,0/1000 em 2007 para 14,9/1000 em 2011 (queda de 12,35%).

Diversos fatores podem ter contribuído para a queda da mortalidade infantil e na infância, dentre eles citamos: redução das doenças infecciosas e parasitárias, especialmente as imunopreveníveis; importante redução das diarreias como causa de óbito, resultando numa maior queda da mortalidade no período pós-neonatal e na infância como um todo; melhoria das condições ambientais e nutricionais da população, dentre outros.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, AMAZONAS, 2007-2011

ANOS	NASCIDOS VIVOS			N.º ÓB. < 1 ANO			COEF. P/ 1.000 NV		
	AM.	MANAUS	INT.	AM.	MANAUS	INT.	AM.	MANAUS	INT.
2007	73.469	37.453	36.016	1.253	596	657	17,0	15,8	18,2
2008	75.030	38.322	36.708	1.261	604	657	16,8	15,8	17,9
2009	75.729	39.572	36.157	1.271	591	680	16,8	14,9	18,8
2010	74.188	39.350	34.838	1.176	541	635	15,9	13,7	18,2
2011	74.579	40.393	34.186	1.108	539	569	14,9	13,3	16,6

Fonte: NUSI - FVS/AM; (*) óbitos 2011 - Sujeitos a revisão

A mortalidade neonatal, componente da mortalidade infantil, mantém-se alta, principalmente em Manaus, conforme tabela abaixo. Traduz a ocorrência de óbitos em menores de 28 dias de idade, tendo, portanto, um grande reflexo nas condições do pré-natal, parto e atenção ao neonato. A taxa de mortalidade infantil neonatal precoce (óbitos em recém-nascidos menores de sete dias) confirma essa tendência, sendo menos expressiva para o interior do Estado, possivelmente em função da alta ocorrência de subnotificação.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL E COMPONENTES, AMAZONAS 2007-2011

ANO	NASC. VIVOS	NEONATAL PRECOCE		NEONATAL TARDIO		TOTAL NEONATAL		INFANTIL TARDIO		MORT. INFANTIL	
		OB.	Coef /1000 NV	OB.	Coef /10000 NV	OB.	Coef /1000 NV	OB.	Coef /1000 NV	OB.	Coef /1000 NV
		0 - 6 d		7-27 d		< 28 d		28 d-11m		< 1 ano	
2007	73.584	577	7,9	178	2,4	755	10,3	498	6,8	1.247	17,0
2008	75.030	597	8,0	171	2,3	768	10,2	493	6,6	1.257	16,8
2009	75.729	642	8,5	174	2,3	816	10,8	455	6,0	1.270	16,8
2010	74.188	549	7,4	162	2,2	711	9,6	465	6,3	1.178	15,9
2011	74.579	573	7,7	163	2,2	736	9,9	372	5,0	1108	14,9

Fonte: NUSI – FVS/AM *atualizado 22/03/12; 2011 sujeito a revisão.

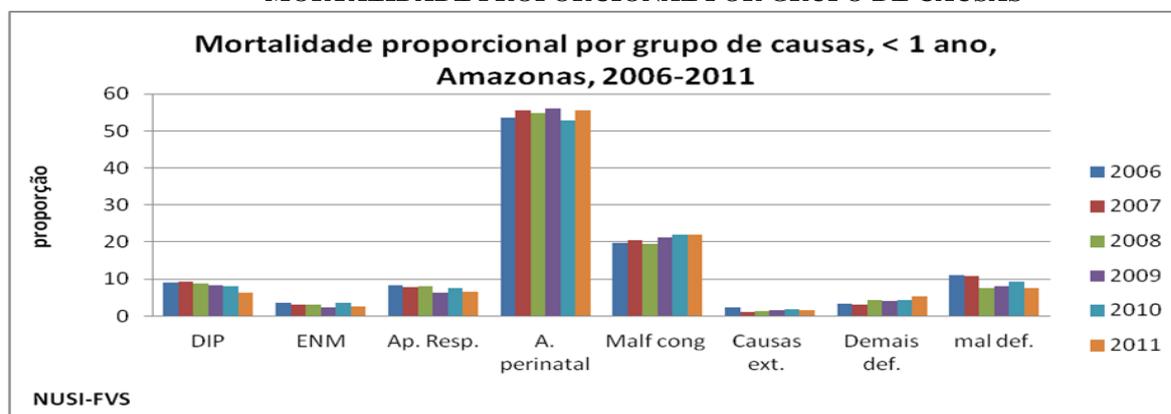
- **Mortalidade Infantil por Grupo de Causas, 2007-2011**

Embora exista um declínio dos óbitos infantis nos últimos 05 anos, a situação ainda é preocupante. Verifica-se a predominância dos óbitos decorrentes das afecções perinatais, que vêm se mantendo acima de 50% em todo o período analisado. Vale ressaltar como causas, ainda importantes, as anomalias congênitas que representam a segunda causa básica de óbito.

A tendência de queda da taxa de mortalidade infantil tem sido acompanhada de importantes mudanças na composição das diversas causas de óbito de crianças de até 1 ano. Até a década de 1990, as principais causas de morte estavam relacionadas às doenças transmissíveis, muitas delas decorrentes das condições ambientais e sociais e também da menor cobertura de serviços de atenção básica à saúde.

Nos últimos anos, o motivo primordial dos óbitos de crianças nessa faixa etária passou a ser as afecções perinatais, que dependem de fatores associados às condições da criança no nascimento e à qualidade da assistência à gravidez e ao parto.

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPO DE CAUSAS



- **Coefficiente de Mortalidade Materna**

O coeficiente de mortalidade materna para o Estado do Amazonas, dentro da série histórica anual, apresenta oscilações, denotando irregularidades na notificação dessa ocorrência. Estes dados sofrem influência direta da notificação de nascidos vivos que ficou abaixo do esperado e subnotificações, principalmente em função do não preenchimento, pelos médicos, no caso de óbitos de mulheres em idade fértil, do campo da Declaração de Óbito que informa se o óbito ocorreu na gravidez, parto ou puerpério. Para o ano de 2011, o Estado apresentou uma taxa de 67,1% óbitos por 100.000 nascidos vivos, em números absolutos, observa-se uma redução de 29,7% em relação a 2010.

RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, AMAZONAS, 2007-2011

Nº ÓBITOS	Nº NASCIDOS VIVOS	COEF. P/ 100.000 NV
57	73.921	77,1
42	75.404	55,7
71	76.108	93,3
71	74.422	95,4
51	76.054	67,1

Fonte: FVS-AM/ASTECS/SAS – SIM/SINASC Relatório atualizado em 04/10/12; Dados sujeitos à revisão.

- **Mortalidade Materna por Grupo de Causas, 2007-2011**

No ano de 2011, as principais causas proporcionais de óbitos maternos foram às infecções puerperais, correspondendo a 21% dos óbitos, seguidas pelos abortos (14%), eclâmpsias, hipertensão materna e anormalidades da contração uterina (4,7% cada) e 7% de causas não especificadas. (tabela abaixo)

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO - AMAZONAS, 2007-2011

CAUSAS	ANOS				
	2007	2008	2009	2010	2011
Aborto	7,1	5,0	8,5	4,5	14,0
Eclâmpsia	5,4	7,5	11,3	9,0	4,7
Hipert. Materna	3,6	10,0	14,1	4,4	4,7
Descol. Prematuro da Placenta	3,6	2,5	1,3	3,0	2,2
Anormal. da Contração Uterina	3,6	-	5,6	-	4,7
Hemor. Intraparto e Pós-Parto	8,9	12,5	1,4	3,0	2,3
Infecção Puerperal	19,6	25,0	25,4	25,3	20,9
Causa Obstét. Não Especificada	12,5	5,0	1,4	3,0	7,0
Demais Causas	35,7	32,5	31,0	47,8	39,5
TOTAL	100	100	100	100	100

Fonte: FVS/NUSI – SIM/SINASC Notas: Coeficiente por 100.000 nascidos vivos. Dados até maio 2012, sujeitos a alteração.

- **Investigação de Óbito Materno – Infantil, 2010**

Óbitos investigados em 2010: É expressivo o esforço realizado pela Atenção Primária em Saúde e Fundação de Vigilância em Saúde – FVS/AM no sentido de proceder à investigação de óbitos infantis e fetais e de mulheres em idade fértil. No Amazonas foram notificados 702 óbitos fetais dos quais 415 corresponderam a capital. Observou-se que em todo o Estado foram investigados 35,2% desses óbitos, enquanto que na capital esse percentual foi de 37,3%, valores superiores aos da Região Norte (19,9%) e do Brasil (28,7%).

Foram notificados 1.149 óbitos infantis em todo o Estado, sendo que, desses óbitos, 541 aconteceram em Manaus. Quanto à investigação, ela foi realizada em 21,0% dos óbitos no Amazonas e em 22,9% na capital, valores superiores ao encontrado na Região Norte (17,8%), mas inferiores ao país (35%).

Com relação aos óbitos de mulheres em idade fértil – MIF foram informadas 1.087 mortes no Estado e 754 em Manaus. As investigações ocorreram em 65,2% dos óbitos MIF acontecidos em todo o Estado e em 70,2% na capital. Esses valores investigados foram superiores aos da Região Norte (46,9%) e do país (64,7%).

Em referência as mortes maternas, foram notificadas 64 mortes no Amazonas, das quais 31 ocorreram na capital. Em todo o Estado foram investigados 45 óbitos maternos (70,3%), correspondendo 29 deles (93,5%) a capital. Na região Norte esse percentual foi 51,1% e no Brasil, 56,5%.

- **Mortalidade Proporcional 2012**

Os dados epidemiológicos na tabela acima demonstra a mortalidade no Estado do Amazonas em 2012, por grupos de causas e faixa-etária, segundo os dados disponíveis do DATASUS/MS, que só disponibiliza dados de mortalidade até 2012.

Mais de 50% dos óbitos informados no Estado do Amazonas em 2012 foram devidos a três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (17,9%), causas externas (17,8%) e neoplasias (14,9%), com pequenas variações em relação aos valores de 2011. Observou-se ainda, que a mortalidade por causas mal definidas ocupou o quarto lugar (13,8%) do total dos óbitos, com expressivas mortes sem assistência médica (47%), já as doenças infecciosas e parasitárias ocuparam o sexto lugar, assumindo caráter descendente, em contrapartidas com as causas externas e neoplasias, em linha ascendente.

As doenças do aparelho circulatório acometeram mais a população dos 40 a 80 anos, com o percentual de 95,2%. Observou-se que somente na faixa-etária de mais de 70 anos o percentual de mortalidade chegou a 56%. Neste grupo, as maiores prevalências de mortalidade foram: doenças cerebrovasculares com 38,3%, doenças isquêmicas do coração com 27,2% (sendo o infarto agudo do miocárdio a que apresenta a maior prevalência das isquemias com 83,1%) e as doenças hipertensivas com 14,9%.

Em relação a mortalidade por causas externas, verificou-se que a faixa-etária de 15 a 39 anos representou 66,5% dos óbitos. Neste grupo destacam-se com maior prevalência de mortalidade, as agressões com 51,1%, seguidas pelos acidentes de transporte 22,2% e as quedas, afogamentos e as lesões autoprovocadas intencionalmente com 19,2%.

Quanto a mortalidade por neoplasias, os dados demonstraram que as faixas-etárias mais acometidas foram a partir dos 30 anos até 80 anos e mais, alcançando um percentual de 92,9%. Analisando a mortalidade geral por neoplasias, concluímos que as neoplasias malignas do sistema digestivo representaram 30,8%, seguidas das neoplasias malignas do aparelho respiratório com 13,4% e neoplasias malignas do colo de útero com 10,4%. Ao analisar a mortalidade de neoplasias por sexo, constatou-se que no sexo masculino predominam a mortalidade pelas neoplasias malignas do aparelho digestivo, seguidas das neoplasias malignas do aparelho respiratório, enquanto que no sexo feminino, predominaram as neoplasias malignas do colo de útero, em seguida as neoplasias maligna da mama, diferentemente da estatística nacional, em que as neoplasias malignas da mama aparecem em primeiro lugar e no nosso estado são as neoplasias malignas do colo de útero que lideram as estatísticas nas mulheres.

Este cenário sobre a mortalidade no Estado do Amazonas em 2012, sendo as doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias como os três grupos de causas que mais apresentaram óbitos, segue a tendência nacional, apontando claramente para a necessidade de estabelecer políticas que respondam de forma satisfatórias às mudanças na organização da sociedade brasileira, que traz consigo problemas relacionados as doenças crônicas e o aumento da violência especialmente nos centros urbanos, cuja as diferenças sociais são mais aprofundadas.

Para diminuir a mortalidade por estes grupos de causas, a gestão estadual tem buscado organizar de forma mais eficiente a oferta de serviços e o acesso da população aos mesmos, e

tem investido em estruturar a rede assistencial, implantando as Redes Temáticas de Atenção a Saúde, realizando a Planificação da Atenção Primária em todo o Estado, implantando e implementando políticas de prevenção de acidentes e violências, com capacitações diversas para qualificação do atendimento, ampliação do programa Telessaúde, aquisição de medicamentos para o Acidente Vascular Cerebral nas unidades de urgência e emergência da capital e do interior do Estado, realização de diversas ações de prevenção contra o câncer, campanhas sobre as doenças crônicas, campanhas contra a violência na sociedade, em parceria com o Detran/AM e Secretaria de Segurança Pública e outras.

Taxa de Mortalidade Infantil A mortalidade infantil e na infância é um indicador importante, não somente dos cuidados de saúde, mas também por refletir as condições socioeconômicas em um país. Nos últimos anos, houve grandes mudanças no perfil demográfico do Amazonas, tanto com relação à fecundidade decrescente nos grandes centros urbanos, quanto com relação à mortalidade, com quedas na mortalidade infantil.

A Taxa de Mortalidade Infantil do Amazonas em 2012 foi considerada média, segundo parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde que classifica como alta (25 ou mais óbitos em menores de um ano, por mil nascidos vivos); média (25 - 16) e baixa (menos de 15). A taxa de mortalidade infantil passou de 16,1 /1000 em 2012 para 18,0/1000 em 2013, este aumento do índice deve-se em parte à:

1. Aumento da investigação dos óbitos, tornando os dados mais fidedignos e com qualidade;
2. A mortalidade infantil ainda concentra-se em grande parte no interior do Estado que tem características peculiares, incluindo a dificuldade de fixação de RH e conseqüente dificuldade de descentralização de infraestrutura e tecnologia;
3. Apesar de disponibilizar capacitações em AIDPI NEO (incluindo reanimação e transporte Neonatal), apenas 14 municípios compareceram aos encontros e os recém-nascidos oriundos do interior chegam para atendimento na capital em condições que diminuem as chances de sobrevivência e aumentam chances de sequelas;
4. Apenas o município de Manaus possui incubadora de transporte Neo;

5. Os leitos Neonatais concentram-se em Manaus dificultando o acesso dos recém-nascidos do interior do Estado;

6. Ainda registra-se uma alta mortalidade infantil indígena no Estado por diversos fatores.

Independente de todas as ações desenvolvidas no Estado para redução da mortalidade infantil em conjunto com a Rede Cegonha, muito ainda precisa ser realizado para reduzir a mortalidade infantil no Amazonas.

MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS, FAIXA ETÁRIA E POR RESIDÊNCIA- 2012

MORTALIDADE POR CAPÍTULO CID 10	FAIXA ETÁRIA													Total
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Idade Ignorada	
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	68	45	9	10	15	100	127	120	92	92	75	93	1	847
Capítulo II Neoplasias [tumores]	3	17	21	15	26	69	115	230	375	487	448	308	0	2.114
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	9	6	9	3	6	7	9	9	12	9	16	15	0	110
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	33	12	7	6	4	14	21	47	113	170	210	207	0	844
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	3	4	16	17	4	11	1	1	57
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	11	16	9	8	12	9	9	17	7	14	12	46	0	170
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	7	4	3	7	13	22	62	163	339	494	670	754	5	2.543
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	69	36	14	6	10	24	30	60	86	151	263	415	4	1.168
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	13	2	4	2	6	20	39	78	114	100	130	97	0	605
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	1	0	1	0	1	4	6	3	4	11	0	31
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	1	6	3	7	8	10	8	6	7	6	0	62
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	3	1	0	2	4	3	11	22	21	42	41	66	3	219
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	17	13	14	5	0	0	0	0	0	49
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	624	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	626
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	242	25	9	3	3	0	2	1	2	0	1	1	0	289
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	77	48	18	23	32	72	84	132	177	216	366	713	6	1.964
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	17	63	44	68	360	822	498	275	167	90	63	51	9	2.527
TOTAL	1.177	275	149	159	512	1.185	1.034	1.190	1.536	1.878	2.318	2.785	29	14.227

Fonte: Portal DATASUS – Tabnet / SIM - 2012

1.3 Estrutura do Sistema de Saúde

1.3.1 Estabelecimentos de Saúde no Amazonas

A rede física dos serviços de saúde cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) abrangeu 1.981 estabelecimentos de saúde, tanto públicos, privados e filantrópicos, distribuídos por gestão dupla (gestão compartilhada entre o estado e os municípios), gestão estadual e municipal. A seguir, a descrição dos estabelecimentos de saúde cadastrados, segundo o tipo de estabelecimento, por tipo de gestão e por esfera administrativa.

ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE SEGUNDO TIPO E GESTÃO – AMAZONAS, DEZEMBRO 2013

TIPO DE ESTABELECEMENTO	DUPLA	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
Central de Regulação	-	1	1	2
Central de Regulação Médica das Urgências	-	-	1	1
Centro de Apoio à Saúde da Família - CASF	-	-	2	2
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	2	6	14	22
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	19	1	447	467
Central de Regulação de Serviços de Saúde	-	7	1	8
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	7	141	59	207
Consultório	8	306	238	552
Cooperativa	-	26	-	26
Farmácia	-	3	10	13
Hospital Especializado	4	16	2	22
Hospital Geral	36	31	10	77
Hospital Dia	-	-	1	1
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	-	1	1	2
Policlínica	4	22	29	55
Posto de Saúde	-	-	169	169
Pronto Atendimento	3	4	-	7
Pronto Socorro Especializado	1	2	-	3
Pronto Socorro Geral	1	3	-	4
Secretaria de Saúde	3	3	53	59
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	-	54	54
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia	1	83	39	123
Unidade de Vigilância em Saúde	1	1	34	36
Unidade Mista	5	1	2	8
Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp.	-	-	47	47
Urgência/Emergência	1	-	3	4
Unidade Móvel Fluvial	-	1	7	8
Unidade Móvel Terrestre	-	1	1	2
Telessaúde	-	1	1	2
TOTAL	96	660	1.225	1.981

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Dados de dezembro 2013 sujeitos a retificação.

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR ESFERA ADM. E TIPO DE GESTÃO – DEZEMBRO 2013

ESFERA ADMINISTRATIVA	TOTAL	TIPO DE GESTÃO		
		DUPLA	ESTADUAL	MUNICIPAL
Federal	48	02	03	43
Estadual	128	63	61	04
Municipal	878	18	12	848
Privada	929	13	584	332
TOTAL	1.983	96	660	1.227

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Dados de dezembro 2013 sujeitos a retificação.

Em relação a rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, temos no Amazonas um total de 1.983 estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, sendo que 53,2% são estabelecimentos públicos e 46,8% privados. Dos estabelecimentos públicos, estão sob gestão municipal 1.227, estadual 660 e dupla 96 estabelecimentos.

Detalhamento da Rede Estadual na Capital e no Interior

Na capital a Susam tem sob sua coordenação um total de 62 unidades de saúde. A rede está dividida entre hospitais, maternidades, fundações, policlínicas, farmácias populares, prontos socorros adultos e infantis, SPA, CAIMI, CAIC e outros.

REDE ESTADUAL NA CAPITAL POR ZONAS – DEZEMBRO, 2013

TIPO	ZONAS				TOTAL
	NORTE	SUL	LESTE	OESTE	
CAIC	03	03	03	03	12
CAIMI	01	01	-	01	03
CAPS	01	-	-	-	01
Policlínica	01	03	02	-	06
Policlínica e SPA	01	-	-	01	02
SPA	01	01	02	02	06
SPA/Maternidade	-	-	01	-	01
HPSC Infantil	-	01	01	01	03
HPSC Adulto	-	01	02	-	03
Maternidade	02	01	01	01	05
Maternidade/Urgência Ginecológica	-	01	-	-	01
Hospital Infantil	-	02	-	-	02
Hospital	-	01	01	-	02
Fundações	01	02	-	03	06
Sede da SUSAM	-	01	-	-	01
Central de Medicamentos – CEMA	-	01	-	-	01
Complexo Regulador Amazonas	-	01	-	-	01
Laboratório Central – LACEN	-	01	-	-	01
Farmácias Populares	02	01	01	01	05
TOTAL	13	22	14	13	62

Fonte: Secretaria Executiva de Atenção Especializada da Capital – SEAASC/SUSAM.

DETALHAMENTO DA REDE ESTADUAL NA CAPITAL – DEZEMBRO, 2013

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA (CAIC)	POLICLÍNICAS
CAIC Afrânio Soares CAIC Alberto Carreira CAIC Alexandre Montoril CAIC Corina Batista CAIC Crisólita Torres CAIC Dr. Edson Melo CAIC Gilson Moreira CAIC José Carlos Mestrinho CAIC Dr. José Contente CAIC D. Moura Tapajós CAIC Dr. Paulo Xerez CAIC Rubim de Sá	Policlínica Antônio Aleixo Policlínica Codajás Policlínica Cardoso Fontes Policlínica João dos Santos Braga Policlínica Zeno Lanzini Policlínica Gilberto Mestrinho
CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À MELHOR IDADE (CAIMI)	POLICLÍNICA E SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)
CAIMI Ada Rodrigues Viana CAIMI André Araújo CAIMI Paulo Lima	Policlínica e SPA Danilo Corrêa Policlínica e SPA Dr. José Lins
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)
CAPS Silvério Tundis	SPA Alvorada SPA Coroado SPA Eliameme Mady SPA Joventina Dias SPA São Raimundo SPA Zona Sul.
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DA CRIANÇA (HPSC)	SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO E MATERNIDADE
HPSC Zona Leste HPSC Zona Oeste HPSC Zona Sul	SPA e Maternidade Chapot Prevost
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO (HPS) ADULTO	URGÊNCIA GINECOLÓGICA / MATERNIDADE
HPS 28 de Agosto HPS Dr. João Lúcio P. Machado PS Dr. Aristóteles Platão Araújo	Instituto da Mulher Dona Lindu
HOSPITAIS INFANTIS	FARMÁCIAS POPULARES
Hospital Infantil Dr. Fajardo Instituto da Criança do Amazonas - ICAM	Farmácia Popular Centro Farmácia Popular Cidade Nova Farmácia Popular São José Farmácia Popular Santa Etelvina Farmácia Popular Compensa
HOSPITAIS ADULTOS	FUNDAÇÕES DE SAÚDE
Hospital Geral Dr. Geraldo da Rocha Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	Fundação Alfredo da Matta Fundação Hospital Adriano Jorge Fundação Centro de Oncologia Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas Fundação Vigilância em Saúde do Amazonas
MATERNIDADES	OUTRAS UNIDADES DA SAÚDE
Maternidade Alvorada Maternidade Ana Braga Maternidade Azilda da Silva Marreiros Maternidade Balbina Mestrinho/ Nazira Daou	Sede Administrativa da Susam Central de Medicamentos do Amazonas - CEMA Complexo de Regulação do Amazonas / LACEN

No interior são 64 estabelecimentos de saúde sob gestão e/ou gerência do estado. Em relação à gestão de serviços de saúde de atenção especializada, três municípios aderiram ao Pacto Pela Saúde, e destes, dois, estão gerindo serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar, nove municípios habilitados em gestão plena do sistema de saúde, sendo que em sete destes, o estado possui gerência das unidades hospitalares.

DETALHAMENTO DA REDE ESTADUAL NO INTERIOR DO AMAZONAS, DEZEMBRO 2013

MUNICÍPIO	HOSPITAIS - UNIDADES MISTAS/COMPLEMENTARES
Alvarães	Hospital São Joaquim
Amaturá	Hospital Frei Roberto São Severino
Anamá	Hospital Francisco de Sales de Moura
Anori	Hospital Darlinda Ribeiro
Apuí	Hospital Eduardo Braga
Atalaia do Norte	Hospital São Sebastião
Autazes	Hospital Dr. Deodato de Miranda Leão
Barcelos	Hospital Geral de Barcelos
Barreirinha	Hospital Coriolano Lindoso
Benjamin Constant*	Unidade Hospitalar de Benjamin Constant
Beruri	Unidade Hospitalar de Beruri
Boa Vista do Ramos	Hospital Clóvis Negreiros
Boca do Acre	Hospital Dona Maria Geni Lima
Borba **	Unidade Hospitalar Vó Mundoca
Caapiranga	Hospital Odilon Alves de Araújo
Canutama	Hospital Dr. Leonardo Parente
Carauari	Hospital Regional de Carauari
Careiro Castanho	Hospital Deoclécio dos Santos
Careiro da Várzea	Unidade Hospital de Careiro da Várzea
Coari *	Hosp. Regional Dr. Odair Carlos Geraldo
Codajás	Hospital João da Silva Bastos
Eirunepé	Hospital Regional Vinicius Conrado
Envira	Hospital Regional
Fonte Boa *	Hospital Regional Manoel Paes Lemos Ramos
Guajará	Hospital João Miguel da Cruz Barbosa
Humaitá *	Hospital Regional de Humaitá Verônica Silva
Ipixuna	Hospital M ^a da Glória Dantas de Lima
Iranduba	Hospital Hilda Freire Dona Cabocla
Itacoatiara *	Hospital Regional José Mendes
Itamarati	Hospital Antônio de Souza Brito
Itapiranga	Hospital Regional Miguel Batista de Oliveira

MUNICÍPIO	HOSPITAIS - UNIDADES MISTAS/COMPLEMENTARES
Japurá	Unidade Hospitalar de Japurá
Juruá	Unidade Hospitalar de Juruá
Jutaí	Unidade Hospitalar de Jutaí
Lábrea	Hospital Regional de Lábrea
Manacapuru *	Hospital Regional Lázaro Reis/Maternidade Cecília Cabral
Manaquiri	Hospital Raimundo Rodrigues Irmão
Manicoré	Hospital Regional de Manicoré
Maraã	Unidade Hospitalar de Maraã
Maués *	Hospital Dona Muriquinha
Nhamundá	Hospital Coronel Pedro Macedo
Nova Olinda do Norte **	Hospital Dr. Galo Manoel Baranda Ibanez
Novo Airão	Unidade Hospitalar de Novo Airão
Novo Aripuanã	Hospital Regional Novo Aripuanã
Parintins **	Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen + Hospital Padre Colombo
Pauini	Unidade Hospitalar de Pauini
Presidente Figueiredo*	Unidade Hospitalar Gama e Silva
Rio Preto da Eva	Hospital Thomé de Medeiros Raposo
Santa Isabel do Rio Negro	Unidade Hospitalar de Santa Isabel do Rio Negro
Santo Antônio do Içá	Hospital Monsenhor Adalberto Marzzi
São Gabriel da Cachoeira	Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira ** + Iauaretê S.G. Cachoeira - Conveniado
São Paulo de Olivença	Hospital Santa Izabel
São Sebastião do Uatumã	Hospital Dona Rosa Fabiano Falabela
Silves	Unidade Hospitalar de Silves
Tabatinga	Hospital de Guarnição de Tabatinga **
Tapauá	Unidade Hospitalar de Tapauá
Tefé *	Hospital Regional de Tefé
Tonantins	Hospital Frei Francisco
Uarini	Hospital Franco Lopes
Urucará	Unidade Hospitalar de Urucará
Urucurituba	Hospital Dr. Silvério Tundis + Unidade Hospitalar de Itapeaçú
TOTAL GERAL = 64	

Fonte: Secretaria Executiva de Atenção Especializada do Interior (SEAASI)

Notas: *Municípios habilitadas em gestão plena do sistema de saúde.

** Municípios com adesão ao Pacto Pela Saúde.

1.3.2 Leitos no Amazonas

Os leitos nos estabelecimentos de saúde do Amazonas estão definidos a seguir:

- **Ambulatório - Leitos de repouso/observação:** Apresenta o quantitativo de leitos em ambulatórios. São aqueles leitos destinados a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica ou de enfermagem, para fins de diagnóstico ou terapêutica, durante um período inferior a 24 horas.
- **Urgência - Leitos repouso/observação:** Apresenta o quantitativo de leitos de repouso e/ou observação em ambientes de urgência/emergência.
- **Hospitalar - Leitos de internação:** Apresenta o quantitativo de leitos em ambientes hospitalares, nas categorias cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia e outras especialidades, na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS. São as camas destinadas à internação de um paciente no hospital.
- **Hospitalar - Leitos complementares:** Apresenta o quantitativo de leitos em ambientes hospitalares, nas categorias de leitos complementares (UTI e Unidade Intermediária), na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS e atendimento Não SUS.

LEITOS EXISTENTES (SUS E NÃO SUS) POR TIPO DE GESTÃO – AMAZONAS, DEZEMBRO 2013

LEITOS EXISTENTES	TIPO DE GESTÃO			TOTAL EXISTENTE (SUS E NÃO SUS)
	DUPLA	ESTADUAL	MUNICIPAL	
Ambulatório	65	89	215	369
Hospitalar/Internação	1.976	3.344	965	6.285
Urgência	296	415	189	900
TOTAL GERAL	2.337	3.848	1.369	7.554

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Situação da base de dados nacional em 12/02/2014.

O estado do Amazonas computou em 2013 no CNES 7.554 leitos existentes (SUS e não SUS), sendo 6.285 leitos de internação (incluindo leitos hospitalares + leitos de UTI e Unidade Intermediária), 900 leitos de urgência/observação e 369 leitos de ambulatório/observação.

LEITOS DE INTERNAÇÃO SUS E NÃO SUS – AMAZONAS, DEZEMBRO 2013

LEITOS DE INTERNAÇÃO	TOTAL DE LEITOS EXISTENTES (SUS E NÃO SUS)	LEITOS HOSP. POR 1.000 HAB	LEITOS SUS	LEITOS HOSP. (SUS) POR 1.000 HAB
Hospitalar + UTI e Unidade Intermediária	6.285	1,65	5.035	1,32

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Situação da base de dados nacional em 12/02/2014.

Os leitos de internação totalizaram 6.285 (incluindo leitos hospitalares + leitos de UTI e Unidade Intermediária), sendo 5.035 leitos SUS. Considerando o indicador número de leitos hospitalares (SUS) por 1.000 habitantes, o Amazonas contou com 1,32 leitos hospitalares (SUS) para cada grupo de 1.000 habitantes. Este número está inferior do índice da média Brasil de 2,36 leitos hospitalares para cada grupo de 1.000 habitantes, como também, está abaixo do mínimo recomendado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) que indica o equivalente a 2,5 a 3,0 leitos para 1.000 habitantes. O não alcance desse indicador foi observado também na maioria dos estados brasileiros, no entanto, houve um aumento do número de leitos de UTI, que são mais complexos. A queda, no entanto, é compensada pelo avanço em políticas para ampliação de centros substitutivos, como as casas da gestante e as Unidades de Pronto-atendimento (UPA's).

LEITOS DE INTERNAÇÃO SOB GESTÃO ESTADUAL – AMAZONAS, DEZEMBRO 2013

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE DE LEITOS	
	EXISTENTES	SUS
Cirúrgicos	987	724
Clínicos	970	593
Obstétricos	456	354
Pediátricos	379	325
Outras Especialidades	35	27
Hospital/dia	30	17
Complementares	487	200
TOTAL	3.344	2.240

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Situação da base de dados nacional em 12/02/2014.

Os leitos de internação que estão sob gestão estadual totalizaram 3.344 leitos (incluindo leitos SUS e não SUS), ou seja, 53,2% dos leitos hospitalares no Amazonas.

1.3.3 Recursos Humanos

A seguir, o quantitativo de profissionais e trabalhadores da saúde cadastrados no CNES, na gestão estadual, municipal e dupla (gestão compartilhada entre o estado e os municípios). As ocupações estão agrupadas nas categorias: nível superior, nível técnico, nível elementar e pessoal administrativo.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE SEGUNDO OCUPAÇÃO E GESTÃO – AMAZONAS, DEZEMBRO 2013

NÍVEL DE OCUPAÇÃO	TIPO DE GESTÃO			TOTAL
	DUPLA	ESTADUAL	MUNICIPAL	
Superior	1.343	3.445	4.168	8.956
Técnico Auxiliar	2.710	4.332	4.062	11.104
Elementar	509	248	7.976	8.733
Pessoal Administrativo	1.589	3.027	2.226	6.842
TOTAL	5.642	10.804	18.432	35.635

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Situação da base de dados nacional em 12/02/2014. Dados sujeitos a retificação.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE NÍVEL SUPERIOR SEGUNDO GESTÃO – AMAZONAS, DEZ 2013

OCUPAÇÕES DE NÍVEL SUPERIOR	TIPO DE GESTÃO			TOTAL
	DUPLA	ESTADUAL	MUNICIPAL	
Assistente Social	81	125	266	472
Bioquímico/Farmacêutico	32	106	85	223
Enfermeiro	279	810	1.348	2.437
Fisioterapeuta	38	166	169	373
Fonoaudiólogo	17	81	39	137
Médico Cirurgião Geral	167	419	343	929
Nutricionista	18	45	75	138
Odontólogo	160	398	875	1.433
Pediatra	140	277	160	577
Psicólogo	55	96	143	294
Outras Especialidades Médicas	474	1.378	1.019	2.871
Outras Ocupações	32	27	52	111
TOTAL	1.493	3.928	4.574	9.995

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Situação da base de dados nacional em 12/02/2014. Dados sujeitos a retificação.

A seguir, o quantitativo dos cargos da Susam e Fundações por regime jurídico e por profissionais de saúde, conforme relatórios dos Departamentos de Recursos Humanos da Susam e Fundações de Saúde.

QUANTITATIVO DOS CARGOS DA SUSAM E FUNDAÇÕES POR REGIME JURÍDICO SEGUNDO LOCAL DE LOTAÇÃO - 2013

DISTRIBUIÇÃO DOS CARGOS POR REGIME JURÍDICO	LOCAL DE LOTAÇÃO - SAÚDE							TOTAL
	SUSAM	FCECON	FHEMOAM	FUAM	FMT-HVD	FHAJ	FVS/AM	
Estatutário	8.504	316	302	235	481	442	1.628	11.908
Regime Especial Temporário	6.528	28	77	1	54	274	313	7.275
Quadro Suplementar	3.316	56	11	36	105	114	156	3.794
Cargo Comissionado Sem Vínculo	264	21	16	12	44	30	34	421
TOTAL	18.612	421	406	284	684	860	2.131	23.398

Fonte: DGRH, FCECON, FHEMOAM, FUAM, FMT, FHAJ, FVS.

A Secretaria de Estado de Saúde (Susam) e as Fundações de Saúde têm em seu quadro o total de 23.398 cargos, sendo destes, 11.908 cargos estatutários, 7.275 regime especial temporário, 3.974 quadro suplementar e 421 cargos comissionados sem vínculo, conforme informações dos Departamentos de Recursos Humanos da Susam e das Fundações de Saúde (dezembro 2013). Deste total não estão incluídos os cargos das cooperativas de saúde. Abaixo o quantitativo de cargos distribuídos por profissionais de saúde.

QUANTITATIVO DOS CARGOS (PROFISSIONAIS DE SAÚDE) DA SUSAM E FUNDAÇÕES POR LOCAL DE LOTAÇÃO - 2013

DISTRIBUIÇÃO POR CARGO PROFISSIONAIS DE SAÚDE	LOCAL DE LOTAÇÃO							TOTAL
	SUSAM	FCECON	FHEMOAM	FUAM	FMT-HVD	FHAJ	FVS/AM	
Médicos	1.186	89	30	43	76	66	2	1.492
Enfermeiros	812	55	20	14	32	60	23	1.016
Cirurgiões-Dentistas	415	4	1	2	0	2	1	425
Farmacêutico	81	8	1	6	2	2	0	100
Farmacêutico-Bioquímico	251	17	20	13	19	8	53	381
Assistentes Sociais	287	5	18	6	4	12	1	333
Fisioterapeutas	85	3	3	2	0	25	0	118
Fonoaudiólogos	12	0	0	0	0	0	0	12
Nutricionistas	44	1	1	0	1	4	0	51
Psicólogos	114	3	3	6	1	8	0	135
Sanitaristas	25	0	0	0	0	1	17	43
Terapeutas Ocupacionais	8	0	0	0	0	0	0	8
Outros profissionais	120	552	0	0	0	0	42	714
TOTAL	3.440	737	97	92	135	188	139	4.828

Fonte: DGRH, FCECON, FHEMOAM, FUAM, FMT, FHAJ, FVS.

1.3.4 Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI

A população indígena brasileira está estimada em 490.000 pessoas, pertencentes a 220 povos, que falam mais de 180 línguas. No Amazonas a população indígena é de 168.680 pessoas, representando 34,4% de toda a população indígena do país, deste total 34.302 residem em área urbana e 134.378 em área rural. O Estado possui 66 grupos indígenas, cada um desses povos assume diversas maneiras de se organizar diante do mundo e, conseqüentemente, apresentam diferentes formas de representação do processo saúde-doença e das intervenções terapêuticas.

O DSEI – é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS. Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado –, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

Os DSEIs devem prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI, nos moldes da ESF, composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde. Esses serviços devem ser integrados e articulados à rede do SUS, de forma hierarquizada, tendo como instância regional os Pólos-base.

No Brasil são 34 DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. No Amazonas são 11 DSEIs, sendo, que 6 desses estão localizados somente no território do Estado (DSEI Alto Rio Negro, DSEI Alto Rio Solimões, DSEI Manaus, DSEI Médio Rio Purus, DSEI Médio Rio Solimões/Afluentes e DSEI Vale do Rio Javari), e os demais são divididos com outros Estados (DSEI Alto Rio Purus, DSEI Parintins, DSEI Porto Velho, DSEI Ianomâmi).

É um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que não guarda relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Visa promover a reordenação da rede de saúde e das práticas

sanitárias, e desenvolver atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência com controle social.

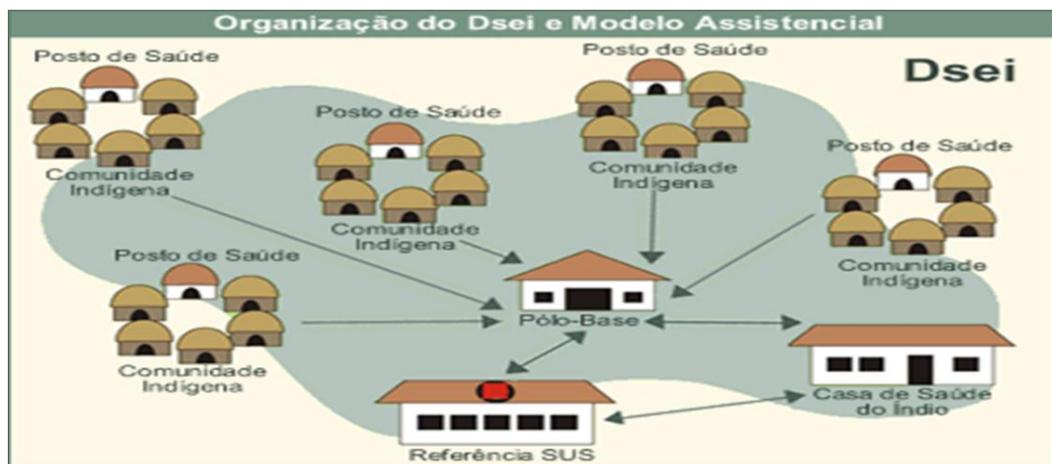
ÁREAS DOS DSEIS DIVIDIDOS ESTRATEGICAMENTE NO BRASIL



- 01 - Alagoas e Sergipe - AL/SE
- 02 - Altamira - PA
- 03 - Alto Rio Juruá - AC
- 04 - Alto Rio Negro - AM
- 05 - Alto Rio Purus - AC/AM/RO
- 06 - Alto Rio Solimões - AM
- 07 - Amapá e Norte do Pará - AM/PA
- 08 - Araguaia - GO/MT/TO
- 09 - Bahia - BA
- 10 - Ceará - CE
- 11 - Cuiabá - MT
- 12 - Guamá - Tocantins - MA/PA
- 13 - Interior Sul - PR/RS/SC/SP
- 14 - Caiapó do Mato Grosso - MT/PA
- 15 - Caiapó do Pará - PA
- 16 - Leste de Roraima - RR
- 17 - Litoral Sul - PR/RJ/RS/SC/SP
- 18 - Manaus - AM
- 19 - Maranhão - MA
- 20 - Mato Grosso do Sul - MS
- 21 - Médio Rio Purus - AM
- 22 - Médio Rio Solimões e Afluentes - AM
- 23 - Minas Gerais e Espírito Santo - ES/MG
- 24 - Parintins - AM/PA
- 25 - Parque Indígena do Xingu - MT
- 26 - Pernambuco - PE
- 27 - Porto Velho - AM/MT/RO
- 28 - Potiguará - PB
- 29 - Rio Tapajós - PA
- 30 - Tocantins - TO
- 31 - Vale do Rio Javari - AM
- 32 - Vilhena - MT/RO
- 33 - Xavante - MT
- 34 - Ianomâmi - AM/RR

FONTE: Desai/Funasa/MS, setembro de 2003

ORGANIZAÇÃO DO DSEI E MODELO ASSISTENCIAL



Fonte: Desai/Funasa/MS

Organização da assistência à saúde dos povos indígenas nas comunidades indígenas:

- Posto de saúde nas comunidades indígenas;
- Polo- Base;

- Casas de apoio;
- Casa de Saúde do Índio e
- Referências secundárias do SUS representadas pelas Unidades Hospitalares do Estado

As Casas de Saúde do Índio – Casai, sob responsabilidade da Funasa, também integram a rede de referência do SASI, servindo para abrigar e cuidar dos pacientes e seus acompanhantes, durante períodos de tratamento em serviços de referência fora das aldeias. A constituição da rede de serviços leva em conta a estrutura de serviços de saúde já existentes nas terras indígenas, sendo adequada e ampliada de acordo com as necessidades de cada local.

A atenção à saúde dos povos indígenas no Amazonas é realizada de forma complementar pelo Estado e Municípios. O Estado, através da Susam, mantém a rede de média e alta complexidade integrando a rede de referência do SASI para o atendimento aos povos indígenas, além de desenvolver outras ações de saúde. Foi criada também a Secretaria de Estado para os Povos Indígenas – Seid, com a finalidade de formular, executar e implementar a política de etno desenvolvimento do Estado, em parceria com outras instituições dos governos federal, estadual e municipal, com as comunidades, organizações indígenas e entidades não governamentais, com vistas ao fortalecimento das organizações tradicionais e das organizações das comunidades indígenas.

GRUPOS INDÍGENAS NO ESTADO DO AMAZONAS

GRUPOS INDÍGENAS					
Apurinã	Issé	Katawixi	Marimam	Parintintin	Tuyúca
Arapáso	Jarawara	Katukina	Marubo	Paumari	Waimiri Atroari
Aripuaná	Juma	Katwená	Matis	Pirahã	Waiwái
Banavá-Jaffi	Juriti	Kaxarari	Mawaiãna	Pira-tapúya	Wanana
Baniwa	Kaixana	Kaxinawá	Mawé	Sateré-Mawé	Warekena
Barasána	Kambeba	Kayuisana	Mayá	Suriána	Wayampi
Baré	Kanamari	Kobema	Mayoruna	Tariána	Xeréu
Deni	Kanamanti	Kokama	Miranha	Tenharin	Yamamadi
Desana	Karafawyána	Korubo	Miriti	Torá	Yanomami
Himarimã	Karapanã	Kulina	Munduruku	Tukano	Zuruahã
Hixkaryana	Karipuna	Maku	Mura	Tukúna	

Fonte: Fundação Nacional do Índio – FUNAI

1.4 Redes de Atenção à Saúde

1.4.1 Atenção Básica

Atenção Primária em Saúde – APS e/ou Atenção Básica é um componente estratégico da organização do sistema de saúde, considerada como a porta de entrada e constituindo-se no primeiro contato da população com esse sistema, cujos serviços e ações devem incidir positivamente sobre a maioria das necessidades de saúde da população, estabelecendo relações com os demais níveis de atenção.

Incluem a promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, acompanhamento, redução de danos e reabilitação, com ênfase nas necessidades e problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território/ contexto, observando critérios de risco e vulnerabilidades, acolhimento e atenção à demanda espontânea incluindo as urgência e emergências nas unidades básicas de saúde, atenção e cuidado continuado/ programado tanto nas unidades de saúde como em domicílio quando necessário, indicação, prescrição e realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos.

A execução das ações e serviços de saúde da APS é de responsabilidade da gestão municipal, com apoio técnico e financeiro da gestão estadual para sua adequada organização e capacitação de recursos humanos.

Como apoio aos municípios na organização e funcionamento das RAS a partir da Atenção Primária em Saúde – APS, a Susam estabeleceu parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass visando instrumentalizar o processo de planejamento regional da saúde, por meio de oficinas voltadas a capacitação de facilitadores que atuarão nas regionais de saúde, considerando o novo modelo de RAS estabelecendo a APS como ordenadora e coordenadora desse processo, iniciando a capacitação pela Regional do Médio Amazonas com a participação de seis municípios.

Além disso, a Susam, por meio de suas áreas técnicas, vem realizando as seguintes atividades: acompanhamento dos Sistemas de Informações (SIAB, SIS-Hiperdia, SIS-Pré-natal, Sisvan, SIA/SUS, CNES) em todos os municípios do Estado, trabalhando a pactuação dos indicadores da APS articulando com os da vigilância em saúde, avaliando as metas municipais dos indicadores locais, monitorando os 26 municípios que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ e suas 173 Equipes pelo SIAB, apoio técnico aos projetos municipais da APS, com avaliação por área, e

matriciamento das equipes municipais do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família – NASF.

Para realização desse primeiro nível de atenção à saúde, a Susam dispõe de 12 Centros de Atenção Integral à Criança – CAICs, 03 Centros de Atenção Integral à Melhor Idade – CAIMIs, 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e, parcialmente, em 08 Serviços de Pronto Atendimento – SPAs.

- **Estratégia Saúde da Família – ESF, Agentes Comunitários de Saúde – ACS, Saúde Bucal – SB e Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**

De acordo com a Portaria Nº 2488/2011 a Estratégia Saúde da Família – ESF é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade sob sua abrangência.

A Susam apoia tecnicamente a expansão da ESF, com ações voltadas para a capacitação, supervisão e orientação aos municípios, bem como a articulações junto ao MS, visando fortalecer a APS. As equipes da ESF que atuam na capital e nos 61 municípios do interior foram capacitadas ao longo do ano para padronizar procedimentos, intensificar ações e realizar o correto monitoramento e avaliação dos resultados alcançados junto à população do Estado.

Em 2011 a cobertura da ESF no Estado foi de 48,14% que corresponde a uma população de 1.677.362 habitantes. Esse resultado é decorrente da baixa cobertura na capital Manaus, menos de 30%, e concentra mais de 50% da população do Estado. Em razão dos resultados deve ser prioridade das Secretarias Municipais de Saúde – SMS e compromisso do Governo do Estado, melhorar esse indicador.

A implantação das ESF, ACS, NASF e SB apresentam a seguinte conformação, segundo dados do MS/SAS/DAB/2011.

- Número de equipes de ESF implantadas: 515
- Número de Agentes Comunitários de Saúde: 6.108
- Número de equipes de Saúde Bucal tipo I: 280

- Número de equipes de Saúde Bucal tipo II: 40
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família tipo I: 29
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família tipo II: 01

- **Políticas Estratégicas**

- ❖ **Atenção à Saúde Materno-Infantil**

Na área Materno-Infantil, o Governo do Estado vem envidando esforços no sentido de reduzir os coeficientes de mortalidade materna e infantil e, para alcançar esses resultados, uma série de investimentos vem sendo realizados nos últimos anos, entre as quais: renovação da estrutura do Instituto da Criança do Amazonas – ICAM, referência em cirurgias neonatais, a revitalização dos CAICs, que fazem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desde o nascimento do bebê até os 14 anos de idade, além da realização de cursos e capacitações envolvendo as Maternidades para implementação da Rede Cegonha, visando melhorar a assistência às gestantes e aos recém-nascidos.

A redução da mortalidade infantil, materna e neonatal ainda configura-se como um desafio e a organização da assistência em linhas de cuidado serão adotados como estratégia para ultrapassar a desarticulação entre os serviços e prover qualidade de vida, por meio da ampliação de acesso e melhoria das ações e serviços dispensados à mulher e a criança.

Nessa perspectiva estão sendo implementadas ações de incentivo ao aleitamento materno com apoio da rede Amamenta Brasil, como estratégia de promoção; proteção ao Aleitamento Materno na Atenção Primária, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e as especificidades loco-regionais, considerando os compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde.

As principais ações já realizadas na área estratégica de saúde da criança foram: Desenvolvimento do Programa de Educação em Saúde da Criança – PESC, com oferta de doze (12) Cursos para os municípios do interior do Estado; organização e divulgação das ações da Semana Mundial de Aleitamento Materno no Estado do Amazonas; realização de

Oficina de Formação de Tutores da Estratégia de Alimentação Complementar Saudável; elaboração e aprovação do projeto de capacitação de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI; elaboração de projeto para realização de Oficina de capacitação de gestores e profissionais para a promoção da saúde e prevenção de violências contra crianças; participação no projeto de promoção da saúde da criança ribeirinha em parceria com a Fundação Amazonas Sustentável – FAS.

Em relação à Saúde da Mulher as ações desenvolvidas voltaram-se à assistência ao pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar e assistência ao climatério.

As principais ações já realizadas na área estratégica de saúde da mulher foram: acompanhamento e assessoramento aos municípios no processo de implantação do SIS - Pré-natal WEB; implantação e implementação de Comitês de Vigilância do Óbito Materno/Neonatal; implementação do Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Materno/Infantil – Cepomi; reavaliação das Maternidades “Hospital Amigo da Criança”; monitoramento dos indicadores do Pacto pela Saúde; implantação do Serviço de Prevenção a Violência Doméstica e Sexual – Savvis no Instituto da Mulher Dona Lindu e no Hospital Jofre Cohen no Município de Parintins; levantamento e criação do banco de dados estadual das Parteiras Tradicionais e do centro colaborador para capacitação das Parteiras Tradicionais no Estado; capacitação de Parteiras Tradicionais em Manaus e Itacoatiara; criação do Fórum Perinatal; elaboração do Plano Estadual para Redução da Mortalidade Materna/infantil e de Qualificação das Maternidades do Estado.

No Amazonas as políticas voltadas para a atenção materno-infantil estão implantadas nos 61 municípios do interior do Estado e em Manaus. As realizações nessas áreas estratégicas de saúde priorizaram ações pactuadas contidas no documento do Pacto pela Saúde, como a redução da mortalidade materna/infantil, sobretudo com ações priorizando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil no Nordeste e Amazônia Legal, onde o Estado do Amazonas estabeleceu a meta de Redução da Mortalidade Infantil em 10% em 2009 e 2010.

Em 2012 o Estado iniciou a implantação da Rede Cegonha nas regionais de saúde eleitas prioritárias: Rio Negro e Solimões, Médio Amazonas, Alto Solimões e Entorno de Manaus e Alto Rio Negro.

Destaca-se que a rede assistencial da Susam na área materno-infantil conta com 12 CAICs, unidades que fazem atendimento pediátrico, odontológico e psicológico no sistema ambulatorial, cujos serviços voltam-se às crianças e adolescentes de 0 a 13 anos, e 5 maternidades, das quais 2 realizam atendimento às gestantes de alto risco, além dos partos normais, cirúrgicos e curetagens, e o Instituto da Mulher Dona Lindu ,que presta atendimentos na urgência ginecológica e também prestam assistência as parturientes.

❖ **Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem**

A Política Nacional de Atenção a Saúde do Adolescente/Jovem volta-se a promoção, proteção e recuperação da saúde de jovens e adolescentes. A política é direcionada para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, saúde sexual e reprodutiva, e redução da mortalidade por violência e acidentes.

Mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, hoje a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade no Estado do Amazonas, representa, no censo de 2010, um total de 1.104.855 pessoas que corresponde a 31,71% da população (IBGE, 2010). Ressalta-se que esses jovens estão expostos às mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas e, além disso, é a fecundidade das mulheres nessa faixa etária que, atualmente, mais tem contribuído para o nível geral prevalecente no Brasil.

Adolescentes e jovens, por serem consideradas pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. Hoje, no entanto, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente pelas causas externas. Esses fatos evidenciam a necessidade de acesso a serviços de saúde que os acolham em suas necessidades e demandas específicas e que sejam eficazes na integralidade da atenção à saúde. As ações para esse grupo são realizadas em parceria com outras instituições por meio do Programa Saúde na Escola – PSE.

❖ **Atenção à Saúde do Homem**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem envolve um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na ESF, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado.

A Política visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguarde a integralidade da atenção, dando maior ênfase à faixa etária dos 20 aos 59 anos, que corresponde a 881.116 homens no Estado (IBGE 2010), conforme preconizado, levando em consideração a população na faixa etária de 60 anos ou mais, já assistida e que também necessita de uma atenção, correspondendo a 101.651 homens no Estado (IBGE 2010).

Os principais direitos do homem quando o assunto é saúde no SUS envolve a realização do exame e tratamento de câncer de próstata para homens com mais de 40 anos, cobertura dos exames de controle da evolução do câncer de pênis, tratamento e fornecimento de medicamentos, anestésicos e outros materiais, assim como sessões de quimioterapia e/ou radioterapia, direito à cirurgia para esterilização voluntária e outros.

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e um maior custo para o SUS, fazendo-se necessário fortalecer, capacitar e qualificar a atenção primária garantindo assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis pertinentes à saúde do homem.

No Estado do Amazonas a referida política está em fase de implantação, com assessoria da área técnica da Susam aos municípios do interior do Estado.

❖ **Atenção à Saúde do Idoso**

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, objetiva garantir atenção integral à saúde da população idosa, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo, e assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

É importante qualificar os serviços de saúde para trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa, inclusive a identificação de situações de vulnerabilidade social, a

realização de diagnóstico precoce de processos demenciais e a avaliação da capacidade funcional. É necessário garantir acesso a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e a reabilitação funcional da população idosa, prevenir a perda de capacidade funcional ou reduzir os efeitos negativos de eventos que a ocasionem.

Os idosos já representam cerca de 8% de nossa população. A tendência é que o número de idosos seja equivalente ao de jovens. Diante dessa realidade, governo, sociedade e família precisam promover uma ampla conscientização e priorizar a instalação de políticas de reeducação social em relação à pessoa idosa. É fundamental que se criem mecanismos para uma saudável convivência com a velhice, garantindo a dignidade como um bem legitimamente reconhecido a qualquer ser humano e o respeito aos seus direitos não como algo próprio de minoria a ser protegida, mas como verdadeira regra de convívio de gerações.

Estudos demográficos afirmam que no ano de 2020 nosso país ocupará o sexto lugar no mundo em população idosa (Bravo, 2004). O rápido processo de envelhecimento da população brasileira se dá em razão da transição de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, para uma de baixa mortalidade e gradualmente baixa fecundidade como justificam as projeções estatísticas para os próximos anos. Tal mudança se configura num desafio para as autoridades sanitárias, especialmente para a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias sem que isto se reverta em seu benefício. Em geral as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e internações frequentes. A maioria dos quadros de dependência desta população está associada a condições crônicas que podem ser adequadamente manipuladas, muitas vezes, fora de instituições hospitalares ou asilares.

A Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa está implantada nos 61 municípios do interior do Estado e em Manaus. Diversas ações estão sendo realizadas para sua implementação, principalmente nos Centros de Convivência, Centro de Proteção Integral em Defesa das Pessoas Idosas, Universidade Aberta para a Terceira Idade – Unati/UEA, Delegacia do Idoso, além da realização de visitas técnicas nos CAIMI's de Manaus, de forma

a apoiar o desenvolvimento de atividades voltadas a essa população, envolvendo profissionais e rede social do idoso.

A rede assistencial da Susam possui 3 CAIMTs, garantindo o atendimento ambulatorial do idoso, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da terceira idade e realização de ações preventivas pela equipe multidisciplinar.

❖ **Saúde do Trabalhador**

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador é uma área específica da Saúde Pública que visa à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, mediante a execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde.

Suas diretrizes e estratégias incluem: o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador e integração com demais componentes da vigilância em saúde e com a atenção primária em saúde; a promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis; a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador; a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; o fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial; o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A Susam, através do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador – Cerest apoia a implementação de ações de promoção e proteção a saúde do trabalhador, assim como a recuperação e a reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Dentre as ações destaca-se: reuniões/visitas técnicas para ampliação das notificações, ações em parceria com outras instituições, capacitações e cursos, estudos e projetos de intervenção em saúde do trabalhador, realização de palestras.

❖ **Hipertensão e Diabetes**

Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e Diabetes Mellitus – DM são doenças crônicas não transmissíveis, fatores de risco para as doenças cardiovasculares com grande impacto na morbimortalidade, como complicações cardíacas, cerebrovasculares, vasculares, periféricas, renais, oculares, neuropáticas, dentre outras incapacidades.

Considerando a relevância desses agravos, e no sentido de integrar e qualificar o cuidado, o MS trabalha uma proposta de reavaliação do SISHiperDia, sistema informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus captados em todas as unidades ambulatoriais do SUS. Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada a essas doenças, o MS assumiu o compromisso de apoiar a execução de ações no sentido de melhorar a atenção aos portadores dessas patologias por meio da organização e do fortalecimento do trabalho em RAS.

O programa de HAS e DM está implantado nos 62 municípios do Estado do Amazonas e a Susam trabalha no acompanhamento e assessoria técnica aos municípios no processo de atualização das informações de cadastramento da população hipertensa e diabética no SISHiperDia e orienta quanto aos indicadores de atendimento e acompanhamento em HAS e DM do PMAQ.

❖ **Alimentação e Nutrição**

A Promoção da Alimentação Saudável – PAS, diretriz central da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN e eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde, têm como enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais e o estímulo a padrões alimentares mais variados, nas diferentes fases do curso da vida.

As ações de promoção da alimentação saudável incluem medidas de incentivo, que difundem informação e possibilitam práticas educativas de apoio, que procuram viabilizar as escolhas alimentares saudáveis à população, e de proteção, que incluem ações de caráter regulatório, que impedem a exposição de coletividades e indivíduos a fatores e situações estimuladores de práticas não saudáveis.

A Susam, no que se refere às atribuições na área de alimentação e nutrição, estimula e apoia os municípios para a implantação, implementação e a avaliação do impacto das ações de alimentação e nutrição, fomenta o desenvolvimento de ações para qualificar a estrutura de recursos humanos nessa área e define, em conjunto com os gestores municipais, as metas dos indicadores relacionados com alimentação e nutrição no pacto dos indicadores da atenção básica.

Em 2011 o apoio voltou-se á realização de eventos em práticas saudáveis para a melhoria da alimentação da população, tendo assim iniciativas e resultados positivos das SMS para a utilização da pirâmide de alimento atualizada, mostrando à população a

importância das combinações de alimentos e o porcionamento de cada grupo alimentar, priorizando ainda a prática de atividade física para uma qualidade de vida mais saudável.

❖ **Diversidade do Sujeito**

A equidade refere-se a uma atenção justa, sem privilégios ou preconceitos, respeitando as necessidades de cada cidadão e considerando suas especificidades, implica em implementar mecanismos de indução de políticas, programas, ações e serviços para populações em condições de vulnerabilidade e iniquidade, reconhecendo suas demandas, além de determinantes e condicionantes sociais resultante de um processo político que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, cidadania e formas participativas de gestão.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, Portaria nº. 3.027 de 26/11/2007, diz que a “gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida”.

No âmbito do MS, a Secretaria de Apoio à Gestão Participativa – SGEp, coordena a elaboração e implementação de políticas de promoção da equidade e tem como prioridade apoiar o processo de formação de Comitês Técnicos de Promoção da Equidade em Saúde, considerando a redução das desigualdades sociais como uma das mais importantes diretrizes que orientam as políticas do atual governo brasileiro.

O Estado do Amazonas no ano de 2009 realizou o I Seminário Estadual de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, onde foi entregue ao gestor estadual a época a “Agenda de Compromisso” discutida e apresentada pelos movimentos sociais legitimados, porém até o presente momento não houve avanços desta agenda pelo estado.

❖ **Atenção às Populações Específicas**

A construção da universalidade do acesso à saúde e a efetivação da integralidade do cuidado perpassam o reconhecimento da saúde enquanto processo determinado socialmente com dimensões como preconceito, localização geográfica, barreiras culturais e estruturais dos serviços e políticas estaduais, dentre outros. O importante é que todos se apropriem das políticas de promoção da equidade que o MS tem priorizado, como: Saúde da População

Negra; Saúde das Populações do Campo e da Floresta; Ribeirinhos; Seringueiros; Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT; Saúde da População em Situação de Rua e Saúde da População Cigana.

Apesar das iniciativas da Susam, não houve grandes avanços na implementação da Política Nacional que visa garantir maior grau de equidade na efetivação do direito humano à saúde em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos, incluindo aqueles de maior prevalência nessa população. Pretende-se constituir comitês que serão instâncias colegiadas responsáveis pela implementação e acompanhamento dessas Políticas.

1.4.3 Políticas Transversais / Relações Interinstitucionais

O MS (2006) define Política Transversal como o conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações construídas intersticial e coletivamente nas diversas práticas e instâncias de efetuação. No SUS a Intersetorialidade/Transversalidade recebe uma abordagem de promoção da saúde, com base na articulação entre as políticas públicas dos diversos setores do Estado, compartilhando ações e orçamento.

Nesta visão, considera-se que os problemas, objetos das diversas políticas setoriais, são interligados e interdependentes e se reforçam mutuamente. Com esse diagnóstico, tem ganhado força a proposta de integração das políticas de forma intersetorial e interinstitucional no seu desenho, implementação e gestão.

A proposta da intersetorialidade tem sido definida como uma nova maneira de abordar os problemas sociais, superando a forma segmentada e desarticulada em que usualmente são elaboradas e implementadas as políticas públicas, fracionadas em diferentes setores.

❖ Programa Escola Solidária

O Programa Escola Solidária é um programa do Governo do Estado onde estão incluídas todas as instituições do Governo com suas respectivas responsabilidades, com o objetivo de atendimento a população de baixa renda, junto à periferia da cidade, nas regiões metropolitanas do Estado e nos Centros de Convivência da Família e do idoso. Geralmente, os eventos são realizados nas Escolas Estaduais, sempre nos finais de semana.

Nesse programa, a Susam tem a responsabilidade do atendimento médico e odontológico, inclusive no fornecimento de medicamentos, e já participou de vários eventos realizados nas escolas das periferias e região metropolitana de Manaus, programados pela Casa Civil e Secretaria de Assistência Social – SEAS. Em 2012 foram realizados 43 eventos e 21.221 atendimentos.

❖ Programa Saúde na Escola - PSE

O Programa Saúde na Escola - PSE lançado em 2008 tem o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Os beneficiários do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais ampliada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos. O PSE é uma iniciativa do MS em parceria com o Ministério da Educação.

O programa está estruturado em quatro blocos. O primeiro consiste na avaliação das condições de saúde, envolvendo estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, saúde bucal (controle de cárie), acuidade visual e auditiva e, ainda, avaliação psicológica do estudante. O segundo trata da promoção da saúde e da prevenção, que trabalhará as dimensões da construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Também neste bloco há uma abordagem à educação sexual e reprodutiva, além de estímulo à atividade física e práticas corporais.

O terceiro bloco do programa é voltado à educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens. O último prevê o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes por intermédio de pesquisas, que contempla, além de outros, todos os itens da avaliação das condições de saúde e perfil socioeconômicos das escolas públicas e privadas.

Na Susam, o Programa procura oferecer o apoio institucional e ser um mobilizador junto aos municípios para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas provocando uma maior capacidade de análise e intervenção nos processos.

No Estado do Amazonas de acordo com a Portaria n 3.014, de 20 de dezembro de 2011, foram habilitados 25 municípios com 243 ESF, correspondendo a um repasse financeiro no valor de R\$ 2.016.700,00.

❖ **Programa Estadual de Atenção as Pessoas com Deficiência**

O Amazonas possui uma população de 3.483.985 (IBGE 2010) e estima-se que desta, aproximadamente 22,7% das pessoas afirmam ter pelo menos uma deficiência física (visual, auditiva ou motora), isso representa 790.647 pessoas, devido os números, o atual Governo do Estado criou o Programa Estadual de Atenção as Pessoas com Deficiência – Viver Melhor Habitação e Reabilitação, coordenado pela Seped, em parceria com as instituições: SEINF, SEAS e Susam, visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência e suas famílias.. A Susam é responsável pela aquisição e entrega de Kit's Saúde, tendo distribuído 101 equipamentos como: cadeira de rodas para paraplégico e tetraplégico simples e personalizadas, de banho, cama hospitalar tipo Fowler, muletas, colchão casca de ovo, bengalas, andadores e 47.030 fraldas. Além dessa parceria a Secretaria já beneficiou mais de 4.800 pessoas concedendo equipamentos, através do Programa Atenção Integral ao Deficiente – PAID, coordenado pela Policlínica Codajás. A reabilitação é realizada em unidades de saúde do Estado, principalmente na Policlínica Antônio Aleixo.

❖ **Saúde no Sistema Prisional**

O principal objetivo deste Programa é a inclusão da população penitenciária, que está em torno de 4.157 homens e 295 mulheres, nos serviços de saúde existentes no SUS.

A Susam desenvolve ações visando à qualificação do Amazonas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, conforme instituído na Portaria Interministerial Nº 1777, de 09 de setembro de 2003, destinado a promover à atenção integral a saúde dessa população privada de liberdade em unidades prisionais masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Coordena a organização da Atenção Básica nas unidades prisionais em parceria com a Semsam Manaus e Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos – Sejus, realizando atividades como mutirões de saúde e atividades educativas.

❖ Programa Bolsa Família – PBF

É um programa federal de transferência direta de renda a famílias em situação de pobreza e vulnerabilidade social. O recebimento da renda é vinculado ao cumprimento de compromissos das famílias com as agendas da educação e da saúde com finalidade de promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos e a ruptura do ciclo intergeracional da pobreza, têm como objetivo reforçar o direito de acesso à política universal de saúde visando à melhoria das condições de vida.

As famílias do PBF com crianças de 0 a 7 anos e mulheres com idade entre 14 a 44 anos devem ser acompanhadas por uma Equipe de ESF ou pela UBS de mais fácil acesso pela família. As ações de saúde no PBF são: pré-natal das gestantes, o retorno para a consulta após o parto, a orientação alimentar, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças e o monitoramento da vacinação infantil.

O acompanhamento semestral das famílias possibilita a ação resolutiva sobre a saúde e garante a atuação comprometida e cidadã das equipes com a progressiva melhoria das condições de vida destas famílias e o alcance dos principais objetivos de desenvolvimento do milênio. Em 2011, a cobertura e acompanhamento das condicionalidades do PBF no Estado do Amazonas alcançaram 81,7%, resultado acima da meta pactuada.

1.4.3 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde no Estado do Amazonas é executada através da Fundação de Vigilância em Saúde – FVS/AM, tendo por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

A área de vigilância em saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir espaço de articulação de conhecimentos e técnicas.

Os componentes são: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância

ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador, a promoção da saúde e a vigilância sanitária.

Está sob sua responsabilidade os Sistemas de Informações de Interesse da Saúde Pública, a saber: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI, Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, Sistema de Informações de nascidos Vivos – Sinasc, Sistema Nacional de Notificação de Agravos – Sinan, Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – Sinavisa, Sistema de Vigilância Epidemiológico – Sivep com suas subdivisões.

Compreende a sede localizada em Manaus mais a gerencia e a gestão em 35 municípios que não realizaram o processo de Certificação para a execução das Ações de Vigilância em Saúde no tempo hábil. Para os 27 municípios Certificados atua com o apoio técnico e co- participação no financiamento.

A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas tem como missão “buscar a melhoria da qualidade de vida da população do estado do Amazonas, por meio da promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e laboratorial, bem como o controle de doenças e agravos, incluindo educação, capacitação, pesquisa e ações interinstitucionais”.

1.4.4 Assistência Farmacêutica

A Central de Medicamentos do Amazonas – CEMA é responsável pela execução da Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Estado do Amazonas, estratégia prioritária na estrutura organizacional e institucional da Susam.

A assistência farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Nesse sentido, cabe à CEMA promover o abastecimento de medicamentos e produtos para saúde, em conformidade com a demanda, a toda rede de assistência à saúde do Estado, primando pela qualidade e eficácia e estimar necessidades, efetuando análise de consumo e

demanda de medicamentos, programar, adquirir e acompanhar o processo de logística de armazenamento e distribuição dos medicamentos e produtos para saúde.

É de responsabilidade da CEMA o abastecimento de todas as unidades de saúde da rede estadual, conforme o mapa padrão de medicamentos e produtos para saúde de cada unidade. Atualmente são abastecidas 116 unidades de saúde em todo o Estado do Amazonas, sendo 48 unidades de saúde na capital e 68 unidades mistas de saúde nos municípios, além dos Programas Saúde em Casa, Projeto Governo Cidadão, Banco de Olhos e Coordenação de Transplantes.

A padronização dos medicamentos se dá conforme a complexidade de cada serviço e é composta de 1.680 itens, sendo 507 itens de medicamentos de média e alta complexidade, 1.047 itens de Produtos para Saúde e 126 itens de Medicamento de Alto custo. A CEMA possui um Grupo Técnico de Padronização de Procedimentos Clínicos, Medicamentos e Produtos para Saúde – GTPPCMPS, criado através da Portaria 47/2012, com a finalidade de formular e programar uma política institucional para o uso racional de medicamentos, saneantes e produtos para saúde.

Programas de Medicamentos

✓ Medicamentos Básicos

Os recursos aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica seguem as diretrizes da Portaria MS/GM Nº 4217 de 28 de dezembro de 2010.

O Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica – IAFB no Estado do Amazonas está pactuado da seguinte forma: totalmente descentralizado no município, onde o recurso federal de R\$ 5,10 é enviado diretamente ao fundo municipal de saúde e o recurso estadual será repassado em 02 parcelas anuais, no valor R\$ 1,86 para a aquisição de medicamentos, R\$ 0,50 para a aquisição de insumos para Diabetes Mellitus, totalizando o valor de R\$ 2,36 por habitante ano, transferidos fundo a fundo em contas separadas (CIB 164/2010).

O Estado gerencia e custeia dois grupos de unidades que fazem atenção básica e pertencem a rede estadual de saúde, 03 CAIMI's e 12 CAIC's.

✓ **Medicamentos Básicos de Controle Estratégico**

São medicamentos básicos custeados pelo Estado para atendimento aos municípios em caráter emergencial, disponibilizados nos períodos de enchente e vazante dos rios, dentre outras. A CEMA também realiza atendimento de medicamentos e produtos para saúde a outras ações do governo estadual e do exército tais como: Mutirões de Cirurgia, Ação Cívica e Social – Aciso, Correio Aéreo Nacional – CAN.

✓ **Medicamentos Estratégicos**

Os medicamentos estratégicos fazem parte dos Programas Estratégicos do MS tais como: Saúde Mental, Saúde da Mulher, Diabetes Mellitus, Hanseníase, Tuberculose, DST/AIDS, Hepatites, Tabagismo, Endemias Focais, Doença de Chagas, Esquistossomose, Leishmaniose, Dengue, Malária e Meningite.

✓ **Medicamentos Excepcionais**

Esse grupo de medicamentos padronizados pelo MS tem, geralmente, elevado valor unitário ou que pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem suportados pela população, utilizados no nível ambulatorial. A maioria deles é de uso crônico e parte deles integra tratamentos que duram por toda a vida. Esta política tem enorme alcance em todas as classes sociais uma vez que, se não fossem distribuídos gratuitamente, tais medicamentos seriam acessíveis a poucas pessoas em função do alto custo.

O recurso financeiro advindo do MS é repassado mensalmente ao Fundo Estadual de Saúde – FES e a CEMA é responsável pela programação, aquisição e dispensação destes medicamentos aos pacientes cadastrados no Programa Estadual de Medicamento Excepcional – Proeme. Os Medicamentos do referido componente são dispensados aos pacientes cadastrados, controlado pelo SISMEDEX, sistema desenvolvido pelo MS desde 2008, com emissão automática da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC. Só em 2011 foram beneficiadas 70.133 pessoas com medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

✓ **Farmácias Populares do Brasil**

A Susam mantém seis unidades, sendo 5 em Manaus e 1 em Coari, que integram o Programa Farmácia Popular do Brasil. Nestas farmácias são oferecidos 108 itens de

medicamentos considerados essenciais para as doenças mais prevalentes no país. Em média, as unidades atendem juntas, entre 23 e 24 mil pessoas por mês. Os medicamentos são oferecidos a preço de custo e podem custar até 90% menos que nas drogarias comerciais. As cinco farmácias estão localizadas no Centro de Manaus, Zona Leste de Manaus, Zona Norte, e no serviço de Pronto Atendimento ao Cidadão – PAC da Compensa, que atende a população das Zonas Oeste e Centro-oeste da cidade.

Nove municípios do interior do Estado têm unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil em funcionamento, Manacapuru, Itacoatiara, Parintins, Tefé, São Gabriel da Cachoeira, Humaitá, Maués e Parintins, administradas pelos municípios, e Coari, administrada pelo Governo Estadual.

As seis Farmácias Populares, da rede estadual de Saúde, distribuem os medicamentos para o tratamento de diabetes e hipertensão que fazem parte da lista, que no total são 14 itens de distribuição gratuita. O objetivo da medida é garantir que os pacientes não interrompam o tratamento por falta de recursos financeiros. São atendidos em média 10 mil pacientes de diabetes e hipertensão todos os meses, o que representa cerca de 40% do total de atendimentos realizados mensalmente pelas Farmácias da rede.

1.4.5 Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade

A atenção especializada em saúde compreende ações e serviços de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar. O acesso se dá mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS de qualquer ente público.

O atendimento de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar é realizado em 06 maternidades, 05 fundações de saúde, 06 policlínicas, 06 SPAs, 02 policlínicas/SPA, 02 hospitais infantis, 01 hospital geral, 01 hospital/maternidade/SPA, 01 hospital universitário e 03 prontos socorros adultos e 03 infantis, além das 62 unidades hospitalares no interior do Estado.

O sistema de saúde do Amazonas integra 06 Fundações de Saúde, sendo 05 delas voltadas para a atenção especializada, descritas abaixo, e 01 voltada à vigilância em saúde.

- A FCECON tem seus trabalhos voltados a Assistência à Saúde Oncológica, através do desenvolvimento de atividades educativas, preventivas de detecção precoce, tratamento e controle do câncer; da realização de atividades de ensino, pesquisa e

desenvolvimento tecnológico e atendimento à população indígena, com a missão de formular e executar a política Estadual de Combate ao Câncer.

- Fundação Alfredo da Matta – FUAM, responsável pela promoção do atendimento aos pacientes do Estado do Amazonas acometidos por doenças tropicais e infecciosas, bem como desenvolver o ensino e a pesquisa ligados nas doenças tropicais e infecciosas de interesse do SUS/AM;
- Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado – FMT/HVD, responsável pela promoção do atendimento aos pacientes do Estado do Amazonas acometidos por doenças tropicais e infecciosas, bem como desenvolver o ensino e a pesquisa ligados nas doenças tropicais e infecciosas de interesse do SUS/AM;
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – FHMOAM, responsável pelos processos de captação, coleta, tratamento e distribuição de sangue. Atua na capital e nas Unidades de Coleta e Transfusão no interior. Integra a rede nacional de hemocentros e segue as diretrizes do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue) do Ministério da Saúde;
- Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ, responsável pela implementação da Política de Atenção em Traumatologia-Ortopedia e assistência à saúde em outras especialidades com vistas a integralidade da atenção à saúde, bem como e o desenvolvimento do ensino e pesquisa nas áreas clínicas, cirúrgicas e de apoio ao diagnóstico de interesse do SUS/AM;

✓ **Média Complexidade no Estado**

A média complexidade é um dos três níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS, que compreende ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Na atenção hospitalar envolve o conjunto de ações realizadas em regime de internação hospitalar que abrange procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica, assistência hemoterápica, reabilitação, consultas especializadas e

preparação para a alta, contemplando a modalidade hospital-dia. Na atenção ambulatorial a referência da população à atenção especializada parte do território de responsabilização, podendo inicialmente se dar a partir de áreas estratégicas como a saúde mental, através do CAPS, saúde bucal pelos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, cardiologia, oftalmologia, neurologia, endocrinologia, traumato-ortopedia, etc.

❖ Amazonas Saúde Itinerante

Para enfrentar a situação de saúde dos municípios durante o período da enchente foi criado o Plano Emergencial de atendimento aos municípios atingidos pela cheia, destacando a manutenção de assistência à saúde da população, com substituição de unidades de saúde por unidades fluviais nos municípios de Anori, Anamã, Barreirinha, Caapiranga e Careiro da Várzea, uma vez que os hospitais tradicionais tiveram suas estruturas invadidas pelas águas e ficaram sem condições de funcionamento. Também foram realizadas ações preventivas para evitar o aumento de casos de doenças de veiculação hídrica.

Destaca-se também a realização de 36 mutirões de cirurgias eletivas de média complexidade, para corrigir problemas como catarata, pedras na vesícula, hérnias e hemorroidas, através do Programa Amazonas Saúde Itinerante no interior, por meio do qual foi realizado um total de 2.238 procedimentos cirúrgicos.

A SUSAM está ampliando a oferta de consultas oftalmológicas e dispensação de óculos para todos os municípios do interior do Estado. A programação prevê a realização de 4.291 consultas por mês, com doação de óculos de três tipos: visão simples, bifocal e infantil. Também serão disponibilizados 2.808 exames especializados na área de oftalmologia todos os meses.

❖ Pronto Atendimento Itinerante – PAI

O Pronto Atendimento Itinerante – PAI é um projeto do Governo do Estado coordenado pela SEAS e tem como objetivo garantir o acesso da população ribeirinha e indígena do interior aos serviços nas áreas de assistência social, cidadania e saúde. O projeto conta com três embarcações Zona Franca Verde, Puxirum e Puxirum II, que realizam atendimentos simultâneos em localidades cujo único meio de acesso é os rios.

O trabalho tem a parceria da SUSAM, Secretaria de Segurança Pública – SSP, Exército, Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, Fundação Nacional do Índio –

FUNAI, Correios, Banco do Brasil, Superintendência Regional de Trabalho e Emprego – SRTE, Tribunal de Justiça do Amazonas – TJ/AM e prefeituras municipais do Amazonas.

Os serviços oferecidos são: emissão de documentos, atendimento previdenciário, alistamento militar, serviços bancários via Banco do Brasil, distribuição de: cestas básicas, Kit's para recém-nascidos e cadeira de rodas. Na área de saúde a SUSAM disponibiliza profissionais de saúde, equipamentos e insumos como medicamentos, químico cirúrgico e material odontológico, para a realização de consultas clínicas, atendimentos odontológicos, próteses dentárias, consultas e exames em oftalmologia e cirurgias de média complexidade.

Em 2012 o Projeto PAI realizou 185.579 atendimentos na área da saúde.

✓ **Alta Complexidade no Estado**

A alta complexidade é um conjunto de procedimentos, ambulatorial e hospitalar, que no contexto do SUS envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde.

As principais áreas que compõem a alta complexidade hospitalar do SUS são a assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; procedimentos de cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; cirurgia de implante coclear; procedimentos em fissuras lábio palatais; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; cirurgia bariátrica; cirurgia reprodutiva; dentre outros, e o sistema ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia.

O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, capítulo IV da Assistência à Saúde, institui a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases, compreendendo todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde, em âmbito nacional. O acesso às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço da seguinte forma: ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e serviços de vigilância em saúde.

Identificam-se como principais problemas na assistência à saúde no Amazonas, fatores externos e internos que ocasionam a insatisfação dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários, cuja problematização direciona ao planejamento de ações para o enfrentamento da situação atual. Os fatores externos: deficiente organização da assistência metropolitana, insuficiência de leitos hospitalares de retaguarda e insuficiência de financiamento para o custeio. Fatores Internos: a superlotação dos prontos-socorros, a fragmentação da assistência (insuficiência de vínculos e responsabilização) e assistência centrada na doença e não no cuidado, gerando baixa capacidade de resposta no atendimento longitudinal.

Nesse sentido, a Susam em 2012 vem elaborando propostas de investimento na estruturação da rede de serviços, com a construção do Hospital da Zona Norte, Hospital de Iranduba, Hospital do Sangue, Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos, habilitação do HUFM para Fundação do Coração do Amazonas, ampliações e reformas de unidades na capital e no interior, Construção do SRT com oito casas para os pacientes residentes no CPER, Construção do Centro Especializado em Reabilitação Tipo IV para atender as pessoas com deficiência, além de implantar e implementar as RAS, priorizando as redes: Cegonha, Urgência e Emergências, da Pessoa Portadora de Deficiência, Psicossocial e Oncológica e Capacitação dos profissionais.

❖ Transplantes

O fortalecimento da política estadual de transplantes é um das prioridades do Governo do Amazonas que, por meio da SUSAM, está investindo na reestruturação das unidades de saúde estaduais e na FHEMOAM, além da implementação da Central Estadual de Transplantes que funciona na FHAJ, e da escolha de 02 unidades captadoras de órgãos, o HPS 28 de Agosto e João Lúcio Pereira Machado.

Para alavancar o diagnóstico de morte encefálica foi criada a Sala de Organização de Procura de Órgãos – OPO no HPS João Lúcio Pereira Machado e da Sala de Acolhimento da família doadora no HPS 28 de Agosto.

Em 2011 a SUSAM deu início à captação de rim de doadores falecidos e em agosto realizou a primeira captação de múltiplos órgãos, ampliando as possibilidades de atendimento aos pacientes. Com isso, além dos transplantes de córnea e de rim intervivos (com órgão de pessoa viva, com compatibilidade genética com o paciente), o Estado passou a fazer transplante renal com rim de doador falecido. De 2002 até o mês de outubro/12 o Amazonas

realizou 1.099 transplantes, dos quais 837 transplantes de córneas e 262 de rim, sendo 211 entre vivos e 51 doador falecido.

Para 2012 trabalha-se com a perspectiva do Estado do Amazonas ser o centro de referência em transplante de fígado para a região da Amazônia Ocidental, iniciar os transplantes de coração e o cadastramento da FHEMOAM para realização do exame de histocompatibilidade relativa à identificação de doador voluntário de medula óssea.

1.4.6 Telessaúde

O programa de Telessaúde é prioridade do Governo do Amazonas, para ampliar o acesso à assistência especializada, principalmente no interior, utilizando comunicação via satélite. A coordenação do serviço é da SUSAM, por meio do Comitê Estadual de Apoio ao Telessaúde Brasil, e é executado em parceria com a UFAM e UEA.

O Amazonas tem a totalidade dos seus municípios integrados ao Programa de Telessaúde, com atendimento 24h, permitindo a realização de exames como o eletrocardiograma feito à distância e sete deles oferecem 17 especialidades médicas para consultas especializadas. O Programa também permite a realização de cursos de capacitação profissional na modalidade EAD.

Desde sua implantação em dezembro de 2008 até outubro de 2012, foram realizados 159.040 exames de eletrocardiogramas pelo programa Tele ECG, pelo HUFM/UFAM, possibilitando que qualquer cidade do interior do Amazonas tenha acesso a exames de eletrocardiografias, receber laudo e orientação do especialista do HUFM.

Em 2012 foram emitidos aproximadamente 39.000 exames de eletrocardiograma com emissão de laudos feitos através do Programa de Telemedicina em pacientes do interior do Estado.

1.4.7 Redes Temáticas de Atenção à Saúde

No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, de média complexidade e de alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro porque a atenção à Saúde deve ser integral. Nem sempre um município necessita ter todos os níveis de atenção à saúde instalados em seu território para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente no

caso dos pequenos municípios, isso pode ser feito por meio de pactos regionais que garantam às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia.

Não obstante os esforços da SUSAM, aliados aos trabalhadores e da população organizada para a construção e fortalecimento do SUS, o acesso às ações e serviços de saúde ainda é um objetivo a ser atingido para atender o disposto na legislação vigente. Para enfrentar esse desafio a SUSAM vem buscando superar a fragmentação existente na atenção à saúde, migrando do modelo vigente assistencial fragmentado e voltado para as condições agudas, para um Modelo de Atenção Integral à Saúde, baseado em Redes de Atenção, que considera as linhas de cuidados, integrando ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, em articulação com as demais esferas de gestão e adequado à realidade local.

As redes de atenção à saúde são organizadas através de uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Em 2012 a SUSAM vem trabalhando na construção das RAS, uma ação estruturante na Política de Saúde do Estado, executando como projeto estratégico a implantação das seguintes Redes Temáticas: Rede de Urgência e Emergência – RUE, Rede Cegonha, e com proposta de implantação das Redes de Atenção Psicossocial – RAPS, Oncológica e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, tendo como organizadora das Redes a Atenção Primária em Saúde – APS, incluindo a Política Nacional de Humanização – PNH/MS no que se refere ao acolhimento de pacientes e acompanhantes, além da adequação de espaços físicos nas unidades de saúde de todo o Estado.

❖ **Rede de Urgência e Emergência – RUE**

A área de urgência e emergência constitui importante componente da assistência à saúde. Nos últimos anos a crescente demanda por serviços nesta área é devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana, fatores que tem contribuído decisivamente para sobrecarga de serviços de urgência e emergência. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento de gastos com a internação hospitalar, assistência em UTI e alta taxa de permanência deste perfil de pacientes.

Nesse sentido, a SUSAM inicia o processo de implantação da RUE no Estado do Amazonas em quatro regionais de saúde prioritárias (Rio Negro Centro Regional, Rio Negro Solimões, Médio Amazonas e Alto Solimões), onde estão distribuídos 35 municípios que reúnem aproximadamente 80% da população do Estado. Essa rede é formada por unidades e serviços de referência organizados para garantir o acesso e o atendimento desde a entrada do usuário até o fim do tratamento.

Na RUE foi implantado o comitê gestor de urgência e emergência do Estado do Amazonas, aprovado a proposta pelo MS do SAMU Amazonas nas quatro regionais prioritárias, contemplando uma central de regulação das urgências, 26 unidades de suporte básico terrestre, 26 unidades de suporte fluvial, 3 unidades de aeromédico e, no Alto Solimões, uma central de regulação das urgências, 9 unidades de suporte básico terrestre, 15 unidades de suporte fluvial e 1 unidade de aeromédico, além de convênios de projetos de ampliação e reforma das unidades de urgência e emergência do HPS 28 de Agosto, João Lúcio Pereira Machado, HPS da Criança Zona Leste, Unidade Hospitalar de Itacoatiara.

A SUSAM disponibilizou na capital uma técnica moderna e eficaz no tratamento do Acidente Vascular Cerebral - AVC isquêmico. A técnica aprovada pelo MS, conhecida como trombólise de AVC, está disponível nos dois maiores HPS da cidade, João Lúcio Pereira Machado e 28 de Agosto. No interior foi implantado o tratamento trombolítico nos pacientes com quadro de infarto agudo do miocárdio - IAM que consiste na aplicação de medicamentos por via endovenosa. Houve a distribuição de kits trombolíticos para os municípios do interior do Amazonas, Eirunepé, Lábrea, Tabatinga, Tefé, Itacoatiara, Manacapuru, Parintins e Humaitá, além do treinamento das equipes.

O atendimento de urgência e emergência na capital é realizado em 1 maternidade, 2 fundações de saúde, 6 SPAs, 2 policlínicas/SPA, 1 hospital/maternidade/SPA, 3 prontos socorros adultos e 3 infantis. Nos municípios do interior as unidades hospitalares são as responsáveis pelo atendimento às urgências e emergências as quais, dependendo de sua complexidade, são encaminhadas para as unidades da capital.

▪ **Rede Cegonha - RC**

A Rede Cegonha é uma estratégia que fortalece o modelo de atenção que abrange desde o planejamento familiar à confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal, parto, pós-parto, até os dois primeiros anos de vida da criança. As ações previstas na estratégia RC

visam qualificar toda a rede de assistência, ampliando e melhorando as condições para que as gestantes possam dar à luz e cuidar de seus bebês de forma segura e humanizada.

A SUSAM inicia o processo de implantação da RC nas quatro regionais prioritárias (Rio Negro-Centro Regional, Rio Negro-Solimões, Médio Amazonas e Alto Solimões) além dos convênios de projetos pelo MS de reforma para adequação de ambiência de quatro maternidades em Manaus (Azilda da Silva Marreiro, Instituto da Mulher Dona Lindu, Nazira Daou, Ana Braga), quatro hospitais no interior (Coari, Manacapuru, Itacoatiara, São Gabriel da Cachoeira); ampliação de quatro Centros de Parto Normal (Azilda da Silva Marreiro, Balbina Mestrinho, Chapot Prevost, Nazira Daou), ampliação/construção de duas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (Ana Braga, Unidade Hospitalar de Itacoatiara) com ampliação, habilitação e qualificação de mais leitos.

▪ **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**

A atenção à saúde mental compreende o cuidado integral aos portadores de sofrimento mental mediante acompanhamento clínico e terapêutico, preferencialmente ambulatorial, atenção hospitalar e reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Deve ter base comunitária e territorial, avançando na redução do número de leitos hospitalares e na expansão da rede de serviços de atenção diária. A desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o combate ao estigma, o cuidado à saúde mental por meio de dispositivos extra-hospitalares e sua inclusão na atenção básica são algumas das diretrizes da política de saúde mental do SUS.

Considerando que a prevalência de transtornos mentais é elevada na população brasileira e, em geral, com peso relevante entre as principais causas de anos de vida saudável perdidos, o Brasil enfrenta o desafio de aumentar a acessibilidade e a qualificação da atenção em saúde mental preconizado pela reforma psiquiátrica, de atenção extra-hospitalar aos pacientes com transtornos mentais, buscando sua reinserção no convívio social.

O Amazonas possui uma população de 3.483.985 (IBGE 2010) e estima-se que desta, aproximadamente 19% necessitam de tratamento no campo da saúde mental. A Política de Saúde Mental tem avançado lentamente em sua implementação, considerando as dificuldades locais para construção de uma RAPS, sendo a maior delas a insipiência de serviços e de déficit de profissionais de saúde em número e qualificação na área.

O desafio do SUS Amazonas a partir de 2012 é a consolidação do modelo de atenção integral em saúde mental, através da implementação da RAPS, visando a garantia da acessibilidade, ampliação e qualificação das ações de saúde mental em todos os níveis de complexidade, para a abordagem das situações neste âmbito.

Atualmente o Estado possui 20 CAPS de diversas modalidades distribuídos em cinco Regionais de Saúde sob a responsabilidade dos municípios, sendo que o CAPS Silvério Tundis em Manaus encontra-se sob gestão estadual.

Para a constituição da RAPS a SUSAM está trabalhando na ampliação da oferta de serviços em saúde mental, com quatro novas habilitações de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS nos municípios, além da realização de ações de apoio tais como o Fórum Amazônico de Saúde Mental da Região Norte, descentralização do atendimento ambulatorial do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER e início do atendimento dos ambulatórios de saúde mental nas policlínicas (Gilberto Mestrinho, Codajás, Zeno Lanzini, José Lins e João Braga).

Destaca-se que o CPER continua em funcionamento com o Serviço de Pronto Atendimento – SPA Humberto de Mendonça, voltado às urgências e emergências psiquiátricas e com a assistência aos pacientes residentes, até a construção do Serviço Residencial Terapêutico – SRT, para sua plena desativação.

A rede assistencial no Estado possui 12 CAPS I em municípios do interior, 4 CAPS II, sendo um em Manaus, 1 CAPS III em Manaus sob gestão estadual, e 1 CAPS infantil em Manaus. Em implantação estão 3 CAPSad em Manacapuru, Tabatinga e Manaus e 1 CAPS I em Codajás.

❖ Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência - RAPD

A Política Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência objetiva a reabilitação da pessoa com deficiência em sua capacidade funcional, contribuindo para sua inclusão plena em todas as esferas da vida social, e ainda proteger a saúde desse segmento populacional, prevenindo agravos que determinem o aparecimento de deficiências, além de promover a organização de políticas estaduais através da estruturação de suas redes de atenção.

O Amazonas possui uma população de 3.483.985 (IBGE 2010) e estima-se que desta, aproximadamente 22,7% das pessoas afirmam ter pelo menos uma deficiência (visual, auditiva e motora), isso representa 790.647 pessoas.

Com base nessas informações, a SUSAM vem trabalhando na criação de uma política estadual e na implantação da rede de atenção à pessoa com deficiência, visando garantir à assistência integral a saúde dessa população.

Dentre as ações realizadas em 2011 pela SUSAM destacamos a implantação do Centro de Reabilitação do Complexo Antônio Aleixo e, através do Programa de Atenção Integral ao Deficiente – PAID, mais de 3.500 pessoas beneficiadas com órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção necessárias para a recuperação e reabilitação dos portadores de deficiência, além da parceria com a Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SEPED nas ações com a aquisição e entrega de equipamentos e materiais de consumo para os deficientes.

Em 2012 o PAID concedeu equipamentos que beneficiaram 4.800 e a SUSAM trabalha com a proposta de construção de um Centro Especializado em Reabilitação Tipo IV, em parceria com o MS.

1.4.8 Regulação e Controle do Sistema de Saúde

A principal finalidade do sistema de regulação é a organização dos serviços de saúde a partir da atenção básica de maneira a garantir a melhor alternativa de tratamento para o problema de saúde apresentado pelo usuário do SUS. O Estado do Amazonas aderiu à Política Nacional de Regulação do SUS em 2007 e, em 2009 criou, estruturou e colocou em funcionamento o Complexo de Regulação do Amazonas, através do qual os pacientes têm seus exames e consultas especializados marcados online através do Sistema do Sistema de Regulação - SISREG. No Complexo de Regulação funcionam os serviços de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, Central de Internação, Central de Regulação Ambulatorial e o Departamento de Controle e Avaliação – DECAV.

A oferta ambulatorial disponibilizada à Central de Regulação de Consultas e Exames, conta com 100 estabelecimentos de saúde, distribuídos em 16 Policlínicas, 03 CAIMIs, 08 ambulatórios de hospitais, 40 clínicas especializadas, 23 laboratórios e mais 10 outros estabelecimentos básicos de saúde que dispõem de recursos para a realização de exames de média complexidade.

Dados do SISREG mostram que há um índice de 40% de pacientes que não comparecem na data marcada para realizar o exame ou a consulta solicitada, por isso, foi implantado o sistema de envio de mensagens telefônicas que funcionará acoplado ao SISREG

para informar aos pacientes a data, horário e local da consulta ou exame, com o objetivo de diminuir esse índice.

A SUSAM através do TFD garante serviços de saúde que não estão disponíveis no Estado do Amazonas para o atendimento desse serviço disponível em outros Estados, concedendo passagens aéreas e o pagamento das ajudas de custo para os pacientes e acompanhantes. Em 2012 foram atendidos 1.972 pacientes no TFD interestadual, totalizando 7.592 passagens de ida e volta para pacientes e acompanhantes, destes 3.784 receberam ajuda de custo.

Em 2012 foi instalado o Complexo Regulador do Alto Solimões, semelhante ao utilizado em Manaus, que irá possibilitar a marcação de consultas e exames especializados on-line diretamente da unidade onde o paciente recebeu o primeiro atendimento médico. A sede do Complexo Regulador do Alto Solimões fica no município de Tabatinga e o sistema atenderá aos nove municípios que compõem a Regional do Alto Solimões.

O complexo irá integrar todos os hospitais daquela regional, nos quais a SUSAM instalou antenas e telefones, para as conexões com a Central de Regulação, que é a unidade responsável pela operacionalização da regulação. O sistema irá otimizar o atendimento e facilitar o processo de marcação de consultas e exames especializados. De acordo com o fluxo, o paciente receberá o primeiro atendimento na UBS e se precisar de acompanhamento com um especialista, o médico dará o encaminhamento, a fim de que o agendamento da consulta seja feito na própria UBS, por um profissional capacitado para fazer a marcação direta no sistema.

1.5 Fluxos de Acesso

O quadro abaixo apresenta os municípios que realizaram em 2013 atendimentos ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade.

No atendimento ambulatorial de média complexidade 90% dos municípios do Estado realizaram determinados procedimentos, já na alta complexidade ambulatorial, apenas 3 municípios apresentaram produção (Manaus, Tefé e Coari), sendo que Manaus apresentou produção em todos os subgrupos de procedimento e Coari e Tefé apresentaram produção apenas no subgrupo 0213 Diagnóstico em Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

No atendimento hospitalar de média complexidade 97% dos municípios do Estado realizaram determinados procedimentos, já na alta complexidade hospitalar apenas 2 municípios apresentaram produção (Manaus e Tefé), sendo que Tefé apresentou produção na especialidade clínica cirúrgica.

MUNICÍPIOS QUE REALIZARAM ATENDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, AMBULATORIAL E HOSPITALAR, 2013

MUNICÍPIO	AMBULATORIAL		HOSPITALAR	
	MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE	MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE
130002 Alvarães	OK	-	OK	-
130006 Amaturá	-	-	OK	-
130008 Anamá	OK	-	OK	-
130010 Anori	OK	-	OK	-
130014 Apuí	OK	-	OK	-
130020 Atalaia do Norte	OK	-	OK	-
130030 Autazes	OK	-	OK	-
130040 Barcelos	OK	-	OK	-
130050 Barreirinha	OK	-	OK	-
130060 Benjamin Constant	OK	-	OK	-
130063 Beruri	OK	-	OK	-
130068 Boa Vista do Ramos	OK	-	OK	-
130070 Boca do Acre	OK	-	OK	-
130080 Borba	OK	-	OK	-
130083 Caapiranga	OK	-	OK	-
130090 Canutama	OK	-	OK	-
130100 Carauari	OK	-	OK	-
130110 Careiro	OK	-	-	-
130115 Careiro da Várzea	OK	-	OK	-

MUNICÍPIO	AMBULATORIAL		HOSPITALAR	
	MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE	MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE
130120 Coari	OK	OK	OK	-
130130 Codajás	OK	-	OK	-
130140 Eirunepé	OK	-	OK	-
130150 Envira	OK	-	OK	-
130160 Fonte Boa	OK	-	OK	-
130165 Guajará	-	-	OK	-
130170 Humaitá	OK	-	OK	-
130180 Ipixuna	OK	-	OK	-
130185 Iranduba	OK	-	OK	-
130190 Itacoatiara	OK	-	OK	-
130195 Itamarati	OK	-	OK	-
130200 Itapiranga	OK	-	OK	-
130210 Japurá	OK	-	OK	-
130220 Juruá	OK	-	OK	-
130230 Jutai	OK	-	OK	-
130240 Lábrea	OK	-	OK	-
130250 Manacapuru	OK	-	OK	-
130255 Manaquiri	OK	-	OK	-
130260 Manaus	OK	OK	OK	OK
130270 Manicoré	OK	-	OK	-
130280 Maraã	OK	-	OK	-
130290 Maués	OK	-	OK	-
130300 Nhamundá	OK	-	OK	-
130310 Nova Olinda do Norte	OK	-	OK	-
130320 Novo Airão	OK	-	OK	-
130330 Novo Aripuanã	OK	-	OK	-
130340 Parintins	OK	-	OK	-
130350 Pauini	OK	-	OK	-
130353 Presidente Figueiredo	OK	-	OK	-
130356 Rio Preto da Eva	OK	-	OK	-
130360 Santa Isabel do Rio Negro	OK	-	OK	-
130370 Santo Antônio do Içá	OK	-	OK	-
130380 São Gabriel da Cachoeira	OK	-	OK	-
130390 São Paulo de Olivença	OK	-	OK	-
130395 São Sebastião do Uatumã	-	-	OK	-

MUNICÍPIO	AMBULATORIAL		HOSPITALAR	
	MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE	MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE
130400 Silves	OK	-	OK	-
130406 Tabatinga	OK	-	OK	-
130410 Tapauá	-	-	OK	-
130420 Tefé	OK	OK	OK	OK
130423 Tonantins	-	-	OK	-
130426 Uarini	OK	-	-	-
130430 Urucará	-	-	OK	-
130440 Urucurituba	OK	-	OK	-

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Situação da base de dados nacional em 07/07/2014. Dados sujeitos a retificação.

1.6 Recursos Financeiros

▪ Investimentos Previsto para Saúde 2011-2013

Anualmente, o Governo do Estado do Amazonas publica a Lei Orçamentária Anual (LOA) para demonstrar à sociedade os recursos orçamentários que serão investidos em cada setor do governo. A LOA para o exercício de 2013 foi publicada no Diário Oficial do Estado do Amazonas de número 32.463, datado de 26 de dezembro de 2012, através da Lei N.º 3.845, da referida data.

De acordo com esta Lei, o orçamento inicial do Governo do Estado do Amazonas para o ano 2013 foi de R\$ 13.245.943.000 (treze bilhões, duzentos e quarenta e cinco milhões e novecentos e quarenta e três mil reais), cabendo aos orçamentos fiscal e da seguridade social o valor de R\$ 12.985.098.000 (doze bilhões, novecentos e oitenta e cinco milhões e noventa e oito mil reais). Desse montante, coube a Susam e as Fundações de Saúde vinculadas a importância total de R\$ 2.035.827.000 (dois bilhões, trinta e cinco milhões, oitocentos e vinte e sete mil reais), representando mais de 15% do orçamento do governo estadual.

No decorrer de 2013 houve suplementação no orçamento da saúde, alcançando recordes históricos, com autorizado de mais de R\$ 2,5 bilhões, sendo aplicados mais de R\$ 2,4 bilhões em ações e serviços públicos de saúde. Destaca-se que 79% desse investimento aplicado na saúde do estado foi executado com recurso do Tesouro Estadual e o restante oriundo das Fontes do Tesouro Federal e outras fontes.

O Governo do Estado vem aumentando o orçamento no setor a cada ano. Em 2011 o orçamento foi de R\$ 1,9 bilhões, em 2012 R\$ 2,0 bilhões e em 2013 R\$ 2,5 bilhões. Os

R\$ 2,5 bilhões autorizados para 2013 significam 25% a mais do que no ano anterior ou R\$ 500 milhões.

COMPARATIVO DO ORÇAMENTO DO GOVERNO DO AMAZONAS 2011- 2013

ORÇAMENTO DO GOVERNO DO ESTADO	2011	2012	2013
LOA Estadual	9.978.916.000,00	11.139.410.000,00	12.985.098.000,00
Orçamento Inicial da Saúde na LOA Estadual	1.643.887.000,00	1.751.537.000,00	2.035.827.000,00
Orçamento Autorizado	1.946.404.951,03	2.044.122.657,22	2.556.959.789,87

Fonte: Sefaz/AM

▪ Demonstrativo de Percentual de Recursos Próprios Aplicados na Saúde

De acordo com o Art. 6º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, os Estados e o Distrito Federal (DF) aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 12% dos recursos próprios (produto da arrecadação dos impostos e transferências, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios).

HISTÓRICO DO PERCENTUAL DE RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS NA SAÚDE PELOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL/2004-2013

ESTADO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rondônia	11,42	12,11	12,10	12,00	12,78	12,58	14,71	12,00	12,13	14,27
Acre	12,48	12,05	13,77	13,82	14,34	17,23	17,43	16,24	16,31	16,64
Amazonas	19,56	20,78	23,47	22,17	19,21	23,23	20,67	22,18	21,00	22,87
Roraima	11,53	12,77	13,22	13,64	14,95	12,32	13,78	14,13	14,16	17,31
Pará	12,04	12,41	12,74	12,61	12,77	12,44	12,48	12,40	13,54	13,54
Amapá	14,14	11,31	12,93	13,74	13,91	12,03	12,03	12,99	12,54	15,57
Tocantins	12,02	12,05	13,52	14,74	13,79	15,67	17,24	18,72	18,48	20,68
Maranhão	13,23	12,73	11,17	11,77	12,06	12,61	12,03	12,23	12,45	12,26
Piauí	11,62	12,64	13,48	13,71	12,16	10,06	11,07	9,88	11,64	12,74
Ceará	12,70	11,97	14,21	12,14	14,36	15,80	16,11	15,51	13,77	13,84
Rio Grande do Norte	12,02	12,63	14,43	17,53	16,52	16,34	15,28	15,57	14,15	13,89
Paraíba	9,59	10,32	12,91	12,72	12,49	16,03	13,73	12,03	13,45	13,44
Pernambuco	12,00	12,23	13,24	14,11	14,80	15,81	17,64	15,73	15,74	14,96
Alagoas	12,08	12,01	12,00	12,00	12,20	12,12	12,34	11,93	12,06	12,11
Sergipe	12,04	12,14	11,11	12,44	12,70	12,65	13,02	12,69	12,77	12,95
Bahia	12,15	12,15	12,17	12,63	12,77	13,89	13,67	13,44	12,19	12,02
Minas Gerais	12,16	12,33	13,20	13,30	12,19	14,67	13,30	12,29	12,03	12,29
Espírito Santo	12,23	12,05	10,43	9,88	10,24	11,80	12,77	12,48	13,24	15,95
Rio de Janeiro	11,92	11,92	10,37	10,92	12,63	12,15	12,09	12,22	12,10	12,04
São Paulo	13,74	12,95	12,80	13,07	13,46	12,66	12,63	12,83	12,43	12,43
Paraná	6,14	8,35	11,55	9,22	9,79	9,76	9,98	9,74	9,94	10,03
Santa Catarina	11,25	10,79	13,09	13,35	12,47	12,14	12,04	12,09	12,14	12,07
Rio Grande do Sul	5,20	4,80	5,40	5,80	6,53	7,24	7,62	8,04	9,71	12,47
Mato Grosso do Sul	12,14	12,57	12,25	13,46	12,98	14,78	14,92	13,94	12,06	12,50

ESTADO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mato Grosso	11,01	11,19	11,07	11,90	11,24	11,66	12,28	12,07	12,67	12,58
Goiás	12,46	12,05	12,90	12,30	12,87	13,13	12,16	14,62	12,12	12,58
Distrito Federal	13,27	15,51	16,56	20,25	17,49	14,38	13,37	16,04	15,50	17,70

Fonte: SIOPS/Ministério da Saúde

Nos últimos dez anos, dos 26 estados brasileiros mais o DF, o Estado do Amazonas é um dos que tem maior percentual de investimentos em saúde, em relação à sua receita (dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS). No ano de 2013, entre os que investiram mais de 12%, o Amazonas aparece em primeiro lugar, seguido de Tocantins, DF, Roraima, Acre, Amapá e Pernambuco.

PERCENTUAL DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS PRÓPRIOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, AMAZONAS, JANEIRO-DEZEMBRO/2013

RECEITAS/DESPESAS		VALORES	
Receitas Obrigatórias*		R\$ 8.071.809.270,12	
Despesas com Recursos Próprios		R\$ 1.846.304.778,66	
Percentual Aplicado		22,87%	
FORMA DE APLICAÇÃO	OBRIGATÓRIO	APLICADO	DIFERENÇA
Receitas Obrigatórias*	12,00%	22,87%	10,87%

Fonte: SIOPS/Ministério da Saúde

Nota: * receita de impostos menos transferências constitucionais e legais.

Em 2013, o Estado do Amazonas obteve R\$ 8,071 bilhões com a receita de impostos e transferências, aplicando desse valor R\$ 1,846 bilhões na saúde, com percentual aplicado de 22,87%, excedendo 10,87% do preconizado na legislação federal, ou seja, aplicou R\$ 870 milhões a mais na saúde. A aplicação global no setor, entretanto, chegou a R\$ 2,402 bilhões.

1.7 Gestão em Saúde

Em 2004 o Estado habilitou-se à condição de Gestor Pleno do Sistema Estadual, conforme PT GM/MS N° 219/GM de 13/02/04. Neste mesmo ano, aconteceram as transferências de 21 unidades básicas do Estado para a gerência do município de Manaus. Em 2005, 10 municípios foram habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM e 52 municípios responsáveis apenas pela Atenção Básica no Amazonas, incluindo a capital, ou seja, cerca de 80% dos municípios do Estado responsabilizam-se apenas pela gestão da atenção primária em saúde, ficando o Estado como executor das ações de média e alta complexidade.

Em 2006, o Pacto pela Saúde contemplou o acordo firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, ocorreram mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do então processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais e a Unificação dos vários pactos até então existentes.

O Pacto pela Saúde manteve a regionalização como eixo central e reafirmou os instrumentos de planejamento instituídos pelas NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002. O Pacto de Gestão ampliou a visão da regionalização para além da assistência, evidenciando a conformação de sistemas regionais que dessem conta da organização da saúde integral nos diversos componentes. Instituiu, além disso, os Colegiados de Gestão Regional – CGR, atualmente denominado Comissão Intergestores Regional – CIR como instância de cogestão no espaço regional.

Até 2007, o Estado do Amazonas e 26 municípios foram certificados em Epidemiologia e Controle de Doenças – ECD. Em 2008 o Estado do Amazonas aderiu ao Pacto pela Saúde, embora somente em 2010 tenha sido publicada na PT GM/MS N.º 716 05/04/2010.

De 2008 a 2011 permaneceram 09 municípios habilitados em GPSM, 49 municípios responsáveis apenas pela Atenção Primária em Saúde, 27 municípios Certificados nas Ações de Vigilância em Saúde e 04 municípios assinaram os Termos de Compromisso de Gestão Municipal - TCGM.

Com a finalidade de fortalecer a gestão no Amazonas com foco na Regionalização, a SUSAM realizou diversas ações, tais como: 1) assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Estadual - TCGE; 2) seminários e oficinas para os municípios do Amazonas, com o objetivo de construção dos TCGM, assinaturas dos TCGM nos municípios de Manaus, Parintins, Borba e Nova Olinda do Norte; 3) seminário de orientação para o funcionamento dos Fundos Municipais de Saúde – FMS.

A partir de 2011, com o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, a

organização do SUS passou a ser regulamentada, visando a contratualização através do instrumento do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP, cujo objetivo é a organização das ações e serviços de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Atualmente a SUSAM encontra-se em transição do modelo de Pacto pela Saúde para esse novo modelo de contratualização.

❖ **Planejamento da Saúde**

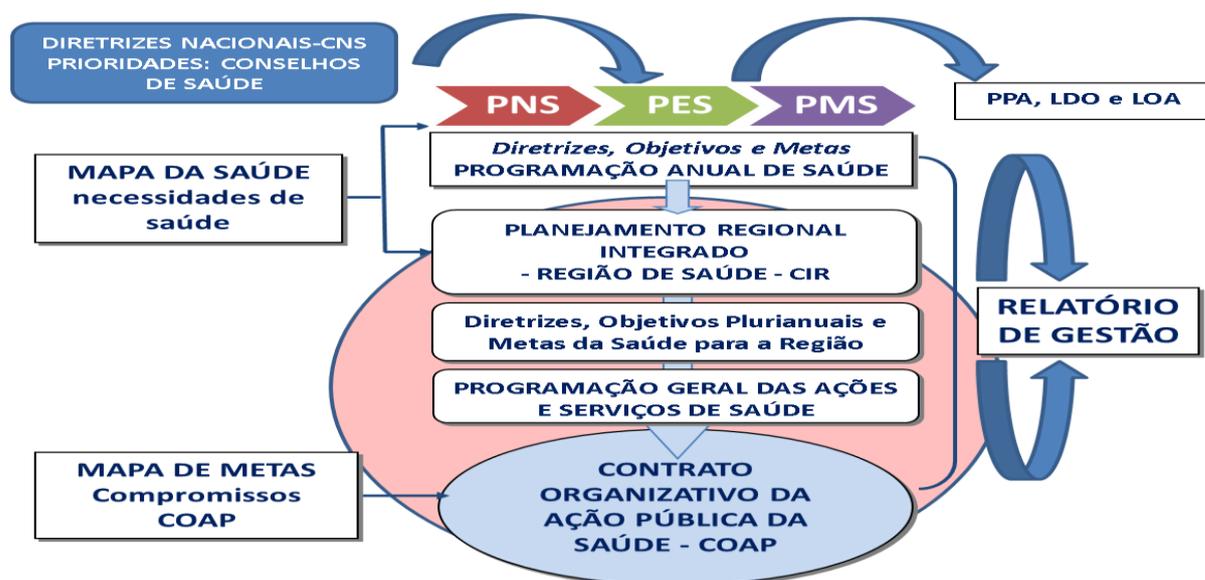
O processo de planejamento no âmbito do SUS configura-se como responsabilidade dos entes públicos, sendo desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde. Pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território; as necessidades de saúde da população; a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados; a conformação das redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população brasileira.

A Lei 8080/90 e sua regulamentação, instituída no Decreto 7508/2011, estabelecem que o planejamento da saúde seja ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde. São considerados os principais instrumentos de Planejamento do SUS o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

Os Planos de Saúde são resultantes do processo de planejamento integrado dos entes federativos, devem conter as metas da saúde e constituem a base para as programações de cada esfera de governo, com o seu financiamento previsto na proposta orçamentária. Nesse sentido, orientam a elaboração do Plano Plurianual e suas respectivas Leis Orçamentárias, compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Nesse contexto, a recente edição do Decreto 7508/2011 coloca o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão, ao tempo em que introduz significativas mudanças nesse processo, apontado a necessidade de fomento à cultura de planejamento da saúde; de modelagem do processo de planejamento da saúde integrado; de reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão, atualmente vigentes; e de reformulação do processo de programação das ações e serviços de saúde, dentre outros.

SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS



Fonte: DAI/SGEP/MS

❖ Planejamento da Saúde Integrado

O processo de formulação ascendente e integrado do planejamento da saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Para o cumprimento dessa orientação, verifica-se a dificuldade de se indicar um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, região e estado do País.

Entretanto, é necessário partir de consensos quanto à modelagem desse processo, explicitando os elementos essenciais do planejamento no âmbito municipal, estadual, nacional e regional - onde há a confluência do planejamento de cada ente federado, concretizando sua integração e resultando na construção do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

O processo do Planejamento Integrado da Saúde implica em discussão permanente da política de saúde e sua execução nas Comissões Intergestores, além de considerar os planos de saúde de cada ente federado, aprovados nos Conselhos de Saúde e reconhecer a região de saúde como território vivo no qual ocorre: (i) identificação das necessidades de saúde da população; (ii) coordenação interfederativa; (iii) organização das ações e serviços de saúde e (iv) alocação dos recursos de custeio e investimentos.

A produção resultante do processo de planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional, integrará o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS). O

COAPS é um acordo (de vontades) firmado entre entes federativos, cujo objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade de diversos entes federativos em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos cidadãos, sempre de acordo com os consensos obtidos no colegiado interfederativo.

Outros aspectos agregados ao COAPS, resultantes do Planejamento Integrado, além da definição dos compromissos a partir de diretrizes nacionais, consonante com os Planos de Saúde (PNS, PES e PMS), dizem respeito às Programações integradas e pactuadas entre os gestores, ou seja, a Programação Geral de Ações e Serviços, a Renases e Rename.

Processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde, bem como os fluxos de referência para sua execução.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) abrange as ações de assistência à saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da Renases e Rename. A elaboração ocorre nas regiões de saúde, como atribuição das CIR, sendo necessária a harmonização e integração dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite. A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde compõe o Anexo II do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

A Renases do SUS compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao cidadão para atendimento da integralidade da assistência à saúde. A cada dois anos, o Ministério da Saúde publicará as atualizações da Renases, cabendo aos entes federados a pactuação nos respectivos Colegiados Intergestores as suas responsabilidades em relação às ações e serviços constantes da Renases e a oferta dos mesmos nas regiões de saúde.

A Rename compreende a seleção e a padronização dos medicamentos indicados para os atendimentos dos agravos da atenção básica em saúde e de programas estratégicos do SUS. A Rename contempla a fixação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas farmacológicas, de observância obrigatória em todo o território nacional.

O Decreto 7508/11 destaca a questão da Articulação Interfederativa, a qual pressupõe o fortalecimento das instâncias/colegiados de pactuação consensual entre os entes federativos para a definição das regras da gestão compartilhada do SUS (CIT, CIB, CIR, Conass e Conasems).

A Comissão Intergestores Regional (CIR) deve adotar organização para o processo de planejamento integrado regional, criando mecanismos que sejam aplicáveis à realidade regional e que permita o acompanhamento do COAP.

A participação social também é elemento essencial à interação entre o Estado e o cidadão e deve ser observada no processo de planejamento, inclusive em âmbito regional.

Cenário atual do Planejamento da Saúde no Amazonas.

- Fragilidades na área de gestão das Secretarias de Saúde, tanto no estado, e muito mais fortemente nos municípios, principalmente nos do interior do estado, com baixa valorização por parte dos gestores municipais quanto à importância da formação de equipes gestores, ligadas às áreas de atividades meios, destacando-se a de planejamento e orçamento.
- Incipiente articulação entre as esferas gestoras quanto às políticas de saúde a serem desenvolvidas visando a integralidade das ações e otimização os recursos alocados, o que concorre por vezes para a ineficiência de ações, desperdício de tempo e recursos insatisfação dos usuários do SUS.
- A inexistência de equipes específicas para a gestão pública da saúde ou a insuficiência de profissionais, despreparo das mesmas no âmbito da grande maioria das SMS, reflete-se no não cumprimento da obrigatoriedade de ter instrumentos de planejamento disponibilizados ao Controle Social e aos órgãos de controle interno e externo, ou quando feitos, são apresentados extemporaneamente, e/ ou com baixa qualidade, de forma que dificulta a análise para tomada de decisão ou compromete a transparência quanto a atuação e o uso dos recursos da saúde no município.
- Segundo registrado no sistema SARGSUS/MS, nos anos de 2008, 2009 e 2010, 47%, 34% e 44% respectivamente dos municípios amazonenses não informaram a aprovação dos Relatórios Anuais de Gestão nos Conselhos de Saúde

- Por outro lado, as atuais mudanças na legislação organizativa do SUS determinam que haja integração entre os entes quanto à elaboração desses instrumentos, em uma sequência lógica, seguindo uma linha de tempo, o que demonstra a interdependência dos mesmos.

Para que haja um planejamento integrado torna-se necessário estabelecer um processo de planejamento com um modelo que:

1) Promova o planejamento participativo, que considere as diretrizes nacionais, as necessidades da população e a priorização de problemas, bem como o estabelecimento de objetivos e metas comuns entre as 3 esferas gestoras do SUS, observando-se a realidade local e a compatibilização com os recursos financeiros disponíveis.

2) Possibilite que sejam construídos regionalmente os Contratos Organizativos de Ação Pública em Saúde, definindo responsabilidade dos entes na execução das Políticas de Saúde, e o processo de monitoramento e avaliação dos mesmos.

3) Alinhe os instrumentos de Planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação de Saúde, Relatório de Gestão) e os de Planejamentos Governamental (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual), articulando as etapas municipais, regionais e estadual, conforme fluxos, prazos e formatação predefinidos.

Dada a incipiência da cultura de planejamento de saúde e as características locais regionais no estado do Amazonas, que ainda dificultam a percepção da visão regionalizada da saúde pelos municípios, torna-se necessário a adoção de um modelo visando a integração do processo de planejamento nas etapas municipal, regional e estadual no âmbito do SUS.

A complexidade da região amazônica, com peculiaridades tais como concentração de população indígena, baixa densidade demográfica, problemas quanto ao transporte e comunicação, as grandes distâncias entre os seus municípios, que dificultam a descentralização e o acesso aos serviços de saúde pela população, tornam o processo de planejamento local ímpar, visto não existir parâmetros com as demais regiões e estados da federação. Para o enfrentamento das dificuldades, uma das ações estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde é investir na cultura de planejamento em saúde, através de um programa de capacitação em parceria com o Ministério da Saúde, para técnicos que atuam nas secretarias estadual e municipais de saúde, com vistas à formação de profissionais que possam trabalhar os instrumentos do planejamento como planos e relatórios contemplando o ciclo de planejar,

executar, monitorar e avaliar, porém buscando fazê-lo de forma participativa, ou seja, envolvendo atores envolvidos no processo especialmente o tripé usuário, profissionais de saúde e gestores.

Fortalecer o processo de planejamento e programação em saúde é uma meta desafiadora mas factível, desde que haja o entendimento por parte de gestores e controle social que o planejamento deve ser incorporado como um instrumento estratégico de gestão do SUS, sendo assim deverá estar próximo dos níveis de decisão, bem como promover a integração intra e intersetorial considerando os condicionantes e determinantes da saúde.

❖ **Gestão do Trabalho e Educação em Saúde**

❖ **Gestão do Trabalho**

A Susam na área da gestão do trabalho tem realizado através do seu Departamento de Gestão de Recursos Humanos – DGRH, ações relativas à aplicação e apropriação dos princípios e normas de gestão de recursos humanos, conforme política estadual coordenada pela Secretaria de Estado e Administração – SEAD.

O quantitativo de servidores da Susam e Fundações de Saúde é deficitário para assegurar o atendimento a saúde da população na rede assistencial, considerando que em 2005 foram oferecidas 10.206 vagas no concurso público e destas foram preenchidas somente 5.774. Aliado a esta situação no período de 2005 a 2011, foram desvinculados 5.451 servidores em decorrência de aposentadorias, demissões, falecimentos e reletações.

Atualmente o quadro de Recursos Humanos da Susam e Fundações de Saúde vinculadas é de 24.043, desse contingente, 61,2% são estatutários e 30,5% são oriundos de processos seletivos simplificados havendo a necessidade de substituição dos mesmos, correspondendo 7.144 cargos.

Além do quadro deficitário, a maior dificuldade da Secretaria de Saúde é a fixação do profissional médico no interior e a deficiência de algumas especialidades médicas no Estado. A OMS recomenda a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Segundo o Conselho Federal de Medicina – CFM (2011), no Brasil a razão atual é de 1,95 médicos por 1.000 habitantes, sendo que o MS preconiza 2,5 médicos/1.000 habitantes, tomando como referência países, principalmente da União Europeia. De todas as regiões do Brasil, a Região Norte é que apresenta a razão menor de médicos registrados por 1.000 habitantes (0,98), seguida das

regiões Nordeste, Centro Oeste, Sul e Sudeste, apontando que as desigualdades geográficas na distribuição de médicos acarretam iniquidades de acesso aos serviços de saúde.

O Estado do Amazonas possui 3.828 médicos registrados, o que representa 1,10 médicos por 1.000 habitantes, só a capital Manaus possui 2.250 médicos registrados (58,8%) o que equivale 1,25 médicos por 1.000 habitantes, o interior possui 1.578 (41,2%) o equivalente a 0,95 médico por 1.000 habitante, menos de 1 médico/1.000hab.

Ao avaliar os postos ocupados por médicos em estabelecimentos públicos e privados, existem diferenças expressivas na disponibilidade e na oferta de médicos para a população coberta por planos e seguros de saúde correspondendo 450.523 usuários (13%) e aquela que depende exclusivamente do SUS, 3.030.414 (87%), embora boa parte dos profissionais atue simultaneamente no setor público e na rede de assistência médica suplementar. No Brasil, em relação aos postos ocupados por médicos em estabelecimentos privados, a razão é de 7,60 por 1.000 usuários de planos de saúde, ou seja, o setor privado tem 4 vezes mais médicos que no público, já no Amazonas esse índice é de 3,17, colocando o Estado como último colocado na oferta de médicos no setor privado.

Em razão desse quadro, encontra-se em análise uma proposta da Susam para realização de concurso público durante esse quadriênio para o preenchimento de 12.595 cargos, sendo 5.451 para suprir cargos de servidores desvinculados e 7.144 em substituição aos de regime temporário. Em relação ao profissional médico recomenda-se o estudo de alternativas para aumentar a oferta e melhorar a distribuição desses profissionais conforme necessidade.

Todos os trabalhadores efetivos da Susam e das seis Fundações vinculadas, que atuam na capital e no interior, foram enquadrados no Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração – PCCR em 2011, totalizando 14.706 servidores, ficando de fora apenas os médicos que optaram por um PCCR exclusivo. Foi elaborada e divulgada a cartilha de orientação ao servidor referente ao PCCR e também foi aprovada a reativação da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS - MENP/SUS/AM, com o objetivo de buscar a eficiência da gestão do trabalho.

❖ Educação em Saúde

A Susam aderiu a Política Nacional de Educação em Saúde em 2007, atendendo o disposto da Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a

implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS/MS, o processo de regionalização da educação em saúde e da implantação de Comissões de Integração de Ensino e Serviço - CIES, através do Plano Estadual de Educação Permanente, para o desenvolvimento de políticas relacionadas à formação de pessoal da saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional.

A CIES Estadual foi implantada em 2009, composta por representantes da Susam, Fundações de Saúde, Semsá-Manaus, Seduc, Semed, CES/AM, Cosems, Fiocruz, ET-SUS, Sesai, UEA, UFAM, IES Privada, IE Médio Técnico Privada. As CIES regionais estão programadas para serem implementadas a partir de 2012 e 2013.

A Educação Permanente – EP constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha.

A Susam como gestora estadual do SUS no Amazonas colabora na formação de trabalhadores para o Sistema. Neste sentido, assinou o Termo de Convênio para Concessão de Campos de Estágio e Aulas Práticas com as Universidades Federal do Amazonas – UFAM e Universidade do Estado do Amazonas – UEA, e algumas universidades privadas que oferecem cursos na área da saúde e a instituições privadas que oferecem cursos de formação de nível técnico médio na área da saúde.

Mantem parceria com a Secretaria de Estado de Administração – SEAD capacitando trabalhadores do nível central e da rede assistencial da capital e do interior nas áreas de planejamento, gestão e jurídica. Em 2012, um total de 91 servidores recebeu capacitação em diversas áreas.

Com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL/MS formou 15 especialistas no Curso de Especialização em Gestão da Clínica e Saúde Baseada em Evidência – SBE e estão sendo implementados os seguintes cursos: Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde para 12 profissionais do estado; Pós

Graduação nos cursos de Gestão da Clínica, Regulação e Educação em Saúde da rede de saúde do Estado para 148 profissionais.

Com o Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz/AM está em execução o Curso de Especialização em Planejamento e Orçamento Público em Saúde para 41 profissionais do Estado.

Com a Escola Técnica do SUS – ETSUS/Cetam na realização de cursos para formação técnica e capacitações para os trabalhadores da saúde em diversas áreas. No Programa de Formação Profissional de nível Médio – Profaps foram realizados os cursos no interior: ACS 1ª Etapa com a participação de seis Municípios totalizando 188 participantes, Técnico em Radiologia com 81 participantes, Mamografia em 13 municípios com a participação de 26 técnicos; e na capital os cursos de Técnico em Radiologia com 16 participantes, Saúde Bucal com 24 participantes, Urgência e Emergência 24 participantes, Vigilância em Saúde T-1 e Vigilância em Saúde T-2 com 38 participantes. Com recurso da Educação Permanente foram realizados o Curso Básico de capacitação nas novas Diretrizes para o controle da Dengue, Atualização aos programas de controle de Malária e Dengue, Capacitação do Reconhecimento Geográfico, curso de Vigilância em Âmbito Hospitalar, Curso Básico em Georreferenciamento em Saúde, Capacitação para prevenção e controle de Infecção Hospitalar, Oficina de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde na Região de Saúde do Médio Amazonas, Curso de educação para a cidadania transparência e controle social no SUS, totalizando 655 participantes.

✓ **Articulação Interfederativa**

❖ **Comissão Intergestores Bipartite - CIB/AM**

A Comissão Intergestores Bipartite – CIB/AM, foi instituída pela Portaria nº 1.902/94 – GSESAU, de 09/08/1994, é uma instância colegiada de negociação, discussão e articulação dos gestores operacionais do SUS no Estado das esferas estadual e municipal, de acordo com a legislação, nas estratégias de hierarquização e execução das ações e serviços, criando mecanismos institucionais para o fortalecimento da capacidade de gestão em ambas as esferas. É coordenada pelo Secretário de Estado de Saúde, sendo seu vice-presidente, o Presidente do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – Cosems/AM, e constituída por 10 representantes do Estado e 9 municípios do interior mais a capital Manaus.

❖ **Comissão Intergestores Regional - CIR**

As Comissões Intergestores Regionais - CIR são instâncias de discussão e tomada de decisão do SUS no âmbito das regiões de saúde, de fundamental importância para a sustentabilidade e governabilidade da construção consensual das regras de gestão compartilhada.

Para fins de planejamento e operacionalização das ações de saúde no Amazonas foi homologado na CIB/AM o novo desenho de regionalização para o Estado, com a seguinte configuração: uma Macrorregional (Manaus), 9 Regionais de Saúde e 18 Microrregionais. Para cada Regional de Saúde foi pactuado entre os gestores o funcionamento de uma CIR. Em 2012 já estão em funcionamento quatro CIR nas regiões do Alto Solimões, Médio Amazonas, Rio Negro e Solimões, Entorno de Manaus e Alto Rio Negro, sendo as primeiras experiências concretas de descentralização do processo decisório da saúde no Amazonas, garantindo a participação de todos os gestores municipais e representantes do Estado no âmbito regional. A previsão para 2013 é o funcionamento das CIR nas 9 regionais de saúde.

❖ **Participação e Controle Social**

O Conselho Estadual de Saúde - CES/AM é uma instância deliberativa e fiscalizadora do SUS no âmbito estadual. É um fórum colegiado com representação de diversos setores da sociedade amazonense, entidade estadual de trabalhadores, prestadores de serviços e governo, tendo sua composição 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços na saúde. O CES/AM funciona com apoio da SES, que disponibiliza infraestrutura para funcionamento da Secretaria Executiva, bem como para diversas atividades executadas no âmbito do controle social do estado, sendo que o CES conta ainda com Câmaras Técnicas que auxiliam na análise de processos que serão deliberados em plenária. As reuniões ordinárias são mensais, ocorrendo sempre na última terça feira do mês. A pauta de reuniões, as resoluções, legislações e outros informes são disponibilizados na página da internet da secretaria, no link www.saude.am.gov.br/ces. Atualmente o CES encontra-se aguardando decisão para mudança em sua composição para adequar-se à legislação vigente.

Em 2011 o CES/AM com apoio da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas coordenou a realização da 6ª Conferência Estadual de Saúde em Manaus, para a discussão de temas relacionados ao acesso e acolhimento dos usuários, com qualidade, contou com a participação de 362 delegados dos 62 municípios, envolvendo mais de 500 participantes.

❖ Auditoria

As auditorias assistenciais nas unidades de saúde são de responsabilidade do Sistema Estadual de Saúde. A auditoria avalia a qualidade da atenção à saúde prestada no SUS, desenvolve atividades de controle e avaliação de aspectos específicos e dos procedimentos e resultados da prestação de serviços, é executada por equipe multiprofissional, com trabalhos programados e extraordinários, nas Unidades Prestadoras de Serviços (UPS) ao SUS: Públicas, Privadas e Filantrópicas.

Com a regulamentação da Lei 8.080/90 por meio do Decreto nº 7.508/2011, surge à necessidade de análise do atual processo de pactuação, em transição do modelo Pacto pela Saúde para o COAP, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos para que o cidadão possa conhecer em detalhes as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde, em suas redes assistenciais. Frente às novas demandas e normatizações vigentes, o Serviço de Auditoria do Sistema Estadual de Saúde deverá estar fortalecido para atender o disposto no Art. 40 do Decreto que estabelece que o Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do COAP.

❖ Ouvidoria

A Ouvidoria do SUS Amazonas foi implantada em 2010, através da Portaria n. 1044/2010-GSUSAM com o objetivo de fortalecer o SUS, conforme estabelecido pela Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

Ouvidorias são canais democráticos de comunicação entre os cidadãos e a gestão do SUS, destinados a receber manifestações como reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitações de informações. É uma ferramenta de gestão que irá fortalecer a prática da gestão participativa e servir como mediador entre a instituição e o usuário.

Com orientação e apoio do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/MS, a Susam conta com serviço de ouvidoria em 12 Unidades de Saúde e, ainda em 2012, estará em funcionamento com o Sistema Informatizado Ouvidor SUS, bem como a implantação nos Municípios do Estado.

❖ **Consórcio de Saúde do Amazonas**

O desenvolvimento das ações de saúde na Regional do Alto Solimões, no extremo sudoeste do Estado, tem o apoio do Consórcio Alto Solimões Saúde e Vida – Asavida, o primeiro de saúde pública do Amazonas, cujo objetivo é viabilizar a gestão de serviços públicos na área de saúde reduzindo os custos e, com isso, expandir e melhorar a assistência naquela região.

A criação do consórcio consolida o protocolo de intenções firmado entre o Governo do Amazonas e os nove municípios do Alto Solimões, Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutai, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins, descrito na Lei Estadual Nº 3.626 de 1º de junho de 2011.

O funcionamento do consórcio tem o suporte técnico do Projeto de Desenvolvimento Sustentável e de Serviços Básicos do Alto Solimões – Proderam, que trata de ações estratégicas do governo para criar novas oportunidades no interior do Amazonas e realizou estudos para a definição do modelo. Os recursos iniciais para as ações consorciadas são oriundos do Governo do Estado e do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID que disponibilizaram 1 milhão e 300 mil dólares para os primeiros programas integrados. Os recursos serão aplicados na aquisição de medicamentos, equipamentos para uso dos nove municípios e contratação de profissionais especializados de acordo a legislação nacional e estadual relativas ao SUS.

O valor global para o consórcio em 2012 é de R\$ 17.890.886,00. Foi aprovado em assembleia o contrato de rateio que estabelece o valor a ser repassado pelo Governo do Estado para ações de saúde no Alto Solimões a serem geridas pelo consórcio.

❖ **Projeto de Desenvolvimento Sustentável e de Serviços Básicos do Alto Solimões – Proderam**

O Projeto de Desenvolvimento Sustentável e de Serviços Básicos do Alto Solimões – Proderam viabilizou ações e serviços nos seguintes componentes: Desenvolvimento Sustentável, Saneamento e Saúde, cujos objetivos são melhorar o acesso, a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde e fortalecer e modernizar a SUSAM com atuação em três eixos extensão da cobertura e melhoria da qualidade da Atenção a Saúde (apoio estadual para a melhoria da atenção básica/saúde da família, para o fortalecimento do sistema de vigilância

à saúde, melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de média complexidade, estruturação do complexo regulador e sistema de referência e contra referência); desenvolvimento da capacidade Institucional da SUSAM e capacitações. As nove cidades que compõem o Projeto no Alto Solimões são Tabatinga, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Tonantins, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Amaturá, Jutai e Fonte Boa. A Susam e o BID estão avaliando as metas alcançadas de 2008 a 2012 e definindo prioridades para a segunda etapa do projeto para ser executada até 2016.

Na área da saúde, o investimento nos municípios de Atalaia do Norte e Benjamin Constant foi reforma e ampliação das unidades hospitalares no valor de R\$ 3.742.391,12 e R\$ 2.719.111,08 na aquisição de equipamentos médicos hospitalares e geradores de energia das duas unidades, que tiveram um aumento em 30% na sua capacidade de leitos.

Foram realizados três cursos introdutórios em saúde da família nos municípios de Tabatinga, Benjamin Constant e Atalaia do Norte conseguindo capacitar 494 profissionais da saúde do nível médio e superior, ultrapassando a meta inicial de 300 profissionais capacitados.

❖ **Qualisus Rede**

É um projeto firmado com o Banco Mundial com a finalidade de contribuir para a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Amazonas. Está subdividido em três componentes: 1) Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde; 2) Intervenções Sistêmicas Estratégicas e 3) Gestão do Projeto.

O Projeto finalizado já foi aprovado pelo MS, que firmou Termo de Compromisso com a Susam. O Plano de aquisições para os processos licitatórios já teve a “Não Objeção” do Banco Mundial. O valor total do subprojeto previsto é de R\$ 13.234.879,80, sendo R\$ 11.373.396,15 recurso federal e R\$ 1.861.483,71 estadual. Em 2012 já foram realizadas 11 reuniões do grupo condutor.

1.9 Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde e Gestão

✓ Pesquisa em Saúde – PPSUS

O Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS foi criado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT/MS, em 2004, com o intuito de financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população, contribuir para o fortalecimento e aprimoramento do SUS e promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde em todos os estados da federação, buscando a superação das desigualdades regionais em ciência e tecnologia em saúde.

PPSUS – 1ª Edição (2004): o Estado, coordenado pela Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado do Amazonas – Fapeam, aceitou a parceria proposta pelo MS para a implementação do Programa no Amazonas. A parceria, que previa o desembolso inicial de R\$ 1 milhão (R\$ 500 mil da Fapeam e R\$ 500 mil do DECIT/SCTIE/MS, através do CNPq, executou R\$ 1.251.154, 91. Foram apoiados 12 projetos atendendo 3 áreas/temas: Controle de Doenças Infecciosas e Não-Infecciosas (7 projetos), Saúde Indígena (3 projetos) e Saúde da Mulher e da Criança (2 projetos). Além de Manaus, os projetos beneficiaram mais três municípios do Estado: Autazes, Coari e São Gabriel da Cachoeira.

PPSUS – 2ª Edição (2006): o Programa experimentou crescimento quantitativo e qualitativo com aprovação de 18 projetos contemplados no Edital nº 014/2006-MS/CNPq/Fapeam, com investimentos de R\$ 2.788.818,88. Foram alcançadas 5 áreas/temas: Doenças Transmissíveis (11 projetos), Doenças Não Transmissíveis (1 projeto), Saúde de Populações em Situação de Vulnerabilidade (3 projetos), Gestão de Serviços e Qualidade de Atenção à Saúde (2 projetos), e Comunicação e Informação em Saúde (1 projeto). Um dos projetos aprovados nessa edição, intitulado “Avaliação da qualidade do diagnóstico de Malária no Estado do Amazonas”, de autoria da pesquisadora Ana Ruth Lima Arcanjo, da FVS-AM, envolveu 51 municípios.

PPSUS – 3ª Edição (2009): foram aprovados 28 projetos no Amazonas por meio do Edital 007/2009 - Fapeam/Susam/MS/CNPq, para os quais foram alocados R\$ 2.783.726,55. Os projetos ficaram divididos em 3 (três) áreas/temas: As doenças negligenciadas (tuberculose, doença de Chagas, hanseníase e leishmaniose), objeto de estudo de 16 projetos; outras Doenças e Agravos, como Aids, hepatite, dengue e malária, objeto de 10 projetos e

outros 2 projetos abordaram questões relacionadas à Vigilância em Saúde. Essa edição encontra-se em vigência, com data prevista para encerramento em fevereiro de 2013.

PPSUS – QualiSUS Rede (2012): visa apoiar a organização de Redes de Atenção à Saúde – RAS em regiões selecionadas do Brasil, cujo valor destinado é de R\$ 3.000.000,00 de fonte federal e estadual. A Susam em parceria com a Fapeam e o DECIT/MS realizará oficinas para seleção de prioridades de pesquisas. Após a seleção será publicado o Edital.

2. Definição das Diretrizes, Objetivos, Ações e Metas

A 2ª Revisão do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 está constituída em 14 diretrizes, com os objetivos e pelo conjunto de ações e metas estabelecidas.

Diretriz 1: Garantia das despesas da estrutura de saúde do Estado com ações administrativas que colaboram para a consecução das ações finalísticas.

Diretriz 2: Fortalecimento da gestão estadual do SUS/Amazonas visando a implementação e a execução das políticas do SUS.

Diretriz 3: Garantir o atendimento aos turistas, mediante a organização da rede de saúde estadual, implantando novos serviços de saúde e qualificando o atendimento.

Diretriz 4: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção primária, definindo-a como eixo estruturante e reordenador da atenção à saúde no Estado do Amazonas.

Diretriz 5: Garantia do diagnóstico e tratamento com a máxima resolutividade das doenças dermatológicas de interesse sanitário e sexualmente transmissíveis, bem como coordenar as ações para a eliminação da hanseníase no estado do Amazonas e desenvolver o ensino e a pesquisa nas áreas de doenças dermatológicas e sexualmente transmissíveis de interesse do SUS/AM.

Diretriz 6: Promoção do atendimento aos pacientes do Estado do Amazonas acometidos por doenças tropicais e infecciosas, bem como desenvolver o ensino e a pesquisa ligados nas doenças tropicais e infecciosas de interesse do SUS/AM.

Diretriz 7: Garantia da execução das políticas públicas relacionadas a hemoterapia e hematologia, bem como obter alto-suficiência na distribuição de sangue e seus produtos, descentralização do diagnóstico e tratamento das doenças hematológicas benignas e desenvolver o ensino e a pesquisa voltadas a hematologia e hemoterapia de interesse do SUS/AM.

Diretriz 8: Implementação da Política de Atenção Oncológica assegurando a integralidade da assistência à saúde provendo a melhoria da qualidade de vida da população do Estado do Amazonas, bem como o desenvolvimento do ensino e da pesquisa voltadas a área da oncologia de interesse do SUS/AM.

Diretriz 9: Implementação da Política de Atenção em Traumato-Ortopedia e assistência à saúde em outras especialidades com vistas a integralidade da atenção à saúde, bem como e o desenvolvimento do ensino e pesquisa nas áreas clínicas, cirúrgicas e de apoio ao diagnóstico de interesse do SUS/AM.

Diretriz 10: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção especializada.

Diretriz 11: Garantia do acesso a população aos serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar, mediante o fortalecimento do Programa Amazonas Saúde Itinerante.

Diretriz 12: Garantia da assistência farmacêutica no âmbito estadual.

Diretriz 13: Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Diretriz 14: Garantir a Política Estadual de Investimentos em Saúde, considerando a conformação das redes de atenção, planos regionais e necessidades da população, visando melhorar a resolutividade e ampliar a cobertura da assistência ambulatorial e hospitalar no estado do Amazonas.

Eixo: Gestão do SUS

Diretriz 1 - Garantia das despesas da estrutura de saúde do estado com ações administrativas que colaboram para a consecução das ações finalísticas.	
Objetivos 1.1 – Prover as unidades gestoras da Secretaria de Estado de Saúde dos meios administrativos para a implementação e gestão de seus programas finalísticos. Objetivos 1.2 – Contribuir na valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Administrar unidade.	Administrar 01 Secretaria de Saúde e 06 Fundações de Saúde.
Remunerar pessoal ativo do Estado e encargos sociais.	Remunerar 24.043 servidores públicos estaduais.
Conceder auxílio-alimentação aos servidores e empregados.	Fornecer auxílio-alimentação a 5.133 servidores e empregados.
Remunerar pessoal ativo (militares) do Estado e encargos sociais.	Remunerar o pessoal ativo (militares) do Estado e encargos sociais.
Administrar serviços de energia elétrica, água e esgoto e telefonia.	Administrar nas 37 unidades gestoras os serviços de energia elétrica, água e esgoto e telefonia (fixa e móvel).

Diretriz 2 - Fortalecimento da gestão estadual do SUS/Amazonas visando a implementação e a execução das políticas do SUS.	
Objetivos 2.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS; Objetivos 2.2 – Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública; Objetivos 2.3 – Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na região de saúde; Objetivos 2.4 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais com o SUS; Objetivos 2.5 – Qualificar a gestão estadual do SUS Amazonas	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Realizar concurso público para a SUSAM e Fundações de Saúde.	Realizar concurso público para o preenchimento de 11.646 cargos na SUSAM e Fundações.
Implementar o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração – PCCR.	Implementar 02 PCCR para servidores públicos estaduais.
Implantar o Sistema de Avaliação de Desempenho nas unidades administrativas da SUSAM e nas 06 Fundações de Saúde.	Implantar o Sistema de Avaliação de Desempenho em 50% das unidades administrativas da SUSAM e nas 06 Fundações de Saúde.
Desenvolver as Ações de Educação Permanente em Saúde.	Desenvolver ações de capacitação e treinamento para 4.800 profissionais e trabalhadores do SUS, através da Política de Educação Permanente em Saúde e do PROFAPS.
Realizar Estudos e Pesquisas em Saúde.	Realizar 12 estudos e pesquisas.
Efetivar o funcionamento da Comissão de Integração de Ensino e Serviço – CIES.	Efetivar o funcionamento de 01 CIES do Estado
Fortalecer a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e Comissões Intergestores Regional – CIR.	Manter 01 CIB/AM e instalar 09 CIR em nove regiões de saúde.
Realizar curso de atualização para secretaria executiva da CIB/AM e secretarias executivas das CIR implantadas.	Realizar curso de atualização para 01 secretaria executiva da CIB/AM e 09 secretarias executivas das CIR implantadas.

Apoiar ao processo de descentralização da gestão e da atenção à saúde.	Realizar 40 atividades para adesão ao contrato de ação pública de saúde (COAP).
Criar na estrutura organizacional da SUSAM as CIR e os escritórios regionais.	Criar na estrutura organizacional da SUSAM as 09 CIR e os 09 Escritórios Regionais.
Propor a criação da Fundação do Coração em substituição ao Hospital Universitário Francisca Mendes.	Realizar 01 proposta de criação da Fundação do Coração em substituição ao Hospital Universitário Francisca Mendes.
Alterar a forma de repasse de recursos às unidades administrativas da capital e do interior para o custeio das ações de saúde.	Alterar a forma de repasse de recursos às 19 unidades administrativas da capital e 54 do interior para o custeio das ações de saúde.
Monitorar e avaliar os COAPs.	Monitorar e avaliar os 09 COAPs.
Implementar a “Nova Legislação Organizativa do SUS” (Leis, Decretos e Portarias).	Realizar 01 reunião de alinhamento conceitual da Nova Legislação do SUS com os órgãos que se relacionam com o setor saúde.
Realizar monitoramento e prestar cooperação técnica aos municípios do Amazonas no desenvolvimento das ferramentas de planejamento.	Realizar monitoramento e prestar cooperação técnica aos 62 municípios do Amazonas no desenvolvimento das ferramentas de planejamento.
Implementar o sistema de planejamento da saúde e monitoramento da gestão do SUS do Amazonas.	Elaborar, monitorar e avaliar: os 04 instrumentos de planejamento da saúde do Estado (PES, PAS, RAG e Relatórios Quadrimestrais e os instrumentos governamentais (PPA e LOA)
Realizar o planejamento integrado da saúde.	Realizar o planejamento integrado da saúde, envolvendo 100% das regionais, conforme pactuação relativa ao COAP.
Realizar “Curso de Especialização em Planejamento e Orçamento Público em Saúde”, voltado para os gestores e técnicos das áreas de gestão das SES e SMS.	Realizar 01 Curso de Especialização em Planejamento e Orçamento Público em Saúde, voltados para os gestores e técnicos das áreas de gestão das SES e SMS.
Implementar das ações de auditoria	Realizar 80 auditorias no âmbito do Sistema Estadual de Saúde.
Implementar das ações de ouvidoria	Implantar 38 serviços de ouvidoria do SUS na rede estadual.
Apoiar às redes de atenção a saúde no Alto Solimões: projeto QualiSUS-Rede.	Apoiar 09 municípios da região do Alto Solimões na implantação de duas redes de atenção a saúde (cegonha, urgência e emergência).
Apoiar o funcionamento de consórcios de saúde.	Apoiar o funcionamento do consórcio Saúde e Vida (ASAVIDA) na Regional do Alto Solimões.
Apoiar o fortalecimento do controle social e participação popular.	Manter em funcionamento o Conselho Estadual de Saúde no Amazonas.
Manter o Programa Permanente de Educação na Saúde para os conselheiros, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores.	Manter o Programa Permanente de Educação na Saúde para os conselheiros dos 62 municípios do Estado.
Realizar capacitação para as secretárias executivas de conselhos de saúde.	Realizar capacitação para 62 Secretárias Executivas de Conselhos de Saúde.
Realizar a plenária estadual de conselhos de saúde.	Realizar 01 Plenária Estadual de Conselhos de Saúde.
Realizar oficina estadual de monitoramento das propostas municipais e estaduais da 6ª conferência estadual de saúde.	Realizar 01 oficina estadual de monitoramento das propostas municipais e estaduais da 6ª conferência estadual de saúde.
Operacionalização do Cartão SUS e Prontuário Eletrônico	Fornecer 1 milhão de unidades de cartão SUS aos usuários.
Readequar a estrutura organizacional das Secretarias Executivas Adjuntas de Atenção Especializadas da Capital e do Interior da SUSAM.	Elaborar, aprovar e implantar 01 proposta de readequação da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS.
Fortalecer a discussão dos aspectos da Judicialização da Saúde.	Intensificar a interlocução entre a SUSAM e o Poder Judiciário com para reduzir 20% das demandas judiciais.

Apoiar junto ao Poder Judiciário do Estado, a criação de um núcleo de discursão dos aspectos da judicialização da saúde para auxiliar os magistrados nos processos de tomada de decisão.	Criar 01 núcleo de discursão dos aspectos da judicialização da saúde.
Operacionalizar o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde – SIOPS, visando maior conhecimento na alimentação das informações no sistema e apoio aos municípios.	Criar 01 núcleo estadual de apoio ao SIOPS
Adquirir e implantar ferramenta de gestão financeira para suporte da SES/AM e integração à ferramenta de gestão das unidades hospitalares da capital e do interior do Estado.	Adquirir e implantar 01 sistema de gestão financeira para suporte da SES/AM.
Adquirir e implantar ferramenta de GED para a SES/AM visando eliminar o quantitativo de documentos em papel, suportado pela legislação do CFM, SUS e Secretaria de Fazenda.	Adquirir e implantar 01 sistema de GED para a SES/AM.
Contratar consultoria para suporte ao processo de modernização dos instrumentos contratuais da SES/AM e unidades orçamentárias sob sua jurisdição.	Contratar 01 consultoria.
Revisar modelo contratual da SES/AM de forma a atender aos processos administrativos e legais, de acordo com a legislação do SUS, complementados por instrumentos regulatórios no nível local e legislação Estadual.	Revisar 01 modelo contratual da SES/AM
Adequar os links de comunicação para o interior do estado visando disponibilizar acesso aos sistemas governamentais implantados.	Dobrar o tamanho da banda de internet atual.

Diretriz 3 - Garantir o atendimento aos turistas, mediante a organização da rede de saúde estadual, implantando novos serviços de saúde e qualificando o atendimento.

Objetivos 3.1 – Promover ações que possibilitem a realização da COPA 2014, na cidade de Manaus, com base nos requerimentos estabelecidos pela FIFA (Fédération Internationale de Football Association) e CBF (Confederação Brasileira de Futebol), contemplando os aspectos referentes aos serviços de saúde organizados, entre outros.

Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Desenvolver recursos humanos para a Copa do Mundo FIFA Brasil 2014	Capacitar 200 profissionais de saúde para a Copa 2014 em Manaus.
Implementar o plano da Copa Saudável para a Vigilância em Saúde	Implementar 01 plano de ação de vigilância em saúde durante a Copa 2014 em Manaus.
Operacionalizar o serviço de atenção à saúde do viajante/turista	Instalar 01 clínica de atendimento ao turista na FMT-HVD e 02 centros de informação ao turista em locais estratégicos.
Implementar a qualidade da atenção às urgências e emergências	Implantar salas de estabilização nas unidades (capital e região metropolitana) e implantar o acolhimento com classificação de risco em 16 unidades de urgência e emergência do Estado.

Eixo: Atenção Básica

Diretriz 4 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção primária, definindo-a como eixo estruturante e reordenador da atenção à saúde no Estado do Amazonas.	
Objetivos 4.1 – Utilizar mecanismos que propicie a ampliação do acesso à atenção básica; Objetivos 4.1 – Coordenar, apoiar e monitorar a política da atenção básica no âmbito do estado, bem como, as políticas estratégicas e transversais.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Planificar a Atenção Primária em Saúde no Estado, como eixo estruturante e reordenador das Redes de Atenção à Saúde	Planificar a Atenção Primária em Saúde no Estado, como eixo estruturante e reordenador das Redes de Atenção à Saúde, priorizando as regionais do Médio Amazonas e Alto Solimões.
Apoiar o fortalecimento da atenção primária em saúde.	Apoiar 100% os municípios do Amazonas nas ações de Atenção Primária em Saúde – APS (atenção básica, ESF, PACS, saúde bucal, NASF, hipertensão e diabetes, alimentação e nutrição e outros).
Monitorar o fortalecimento da atenção primária em saúde.	Monitorar 100% os municípios que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ e suas Equipes pelo SIAB.
Realizar pactuação, monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde estaduais	Realizar pactuação, monitoramento e avaliação dos 57 indicadores de saúde estaduais.
Apoiar os municípios nos indicadores de saúde municipais.	Realizar pactuação, monitoramento e avaliação dos 57 indicadores de saúde estaduais.
Apoiar à implementação das políticas estratégicas e transversais.	Apoiar os 62 municípios do Amazonas nas Políticas Estratégicas e Transversais (saúde da criança, adolescente e jovem, mulher, homem, idoso, trabalhador, políticas de equidade - população negra, GLBT, campo e floresta e população de rua, Saúde na Escola, Saúde no Sistema Prisional, Programa Bolsa Família, População Indígena e outros).
Realizar Co-financiamento para Reestruturação da Atenção Primária de Saúde no Estado.	Realizar Co-financiamento para 62 municípios.

Eixo: Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Diretriz 5 - Garantia do diagnóstico e tratamento com a máxima resolutividade das doenças dermatológicas de interesse sanitário e sexualmente transmissíveis, bem como coordenar as ações para a eliminação da hanseníase no estado do Amazonas e desenvolver o ensino e a pesquisa nas áreas de doenças dermatológicas e sexualmente transmissíveis de interesse do SUS/AM.	
Objetivo 5.1 - Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno das doenças dermatológicas de interesse sanitário e sexualmente transmissíveis.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Fortalecer e incentivar o desenvolvimento de pesquisas que avaliem e analisem a magnitude da hanseníase, doenças dermatológicas de interesse sanitário e doenças sexualmente transmissíveis.	Publicar 56 artigos científicos.
Intensificar as ações de controle da hanseníase no Estado visando a sua eliminação como problema de saúde pública.	Monitorar 62 municípios nas ações de controle da hanseníase.
Realizar procedimentos de resolutividade diagnóstica e terapêutica.	Realizar 1.530.000 procedimentos de resolutividade diagnóstica e terapêutica.
Atender a demanda espontânea e referenciada de casos de hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis.	Diagnosticar e tratar com a máxima resolutividade 100% dos casos novos de hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis.
Atender a demanda espontânea e referenciada de casos de doenças dermatológicas.	Diagnosticar e tratar com a máxima resolutividade 90% de doenças dermatológicas e de interesse sanitário.
Realizar capacitações para os profissionais de saúde em hanseníase, doenças dermatológicas de interesse sanitário e doenças sexualmente transmissíveis.	Capacitar 70% dos profissionais de saúde inscritos nas respectivas áreas de hanseníase, doenças dermatológicas de interesse sanitário e doenças sexualmente transmissíveis.

Diretriz 6: Promoção do atendimento aos pacientes do estado do Amazonas acometidos por doenças tropicais e infecciosas, bem como desenvolver o ensino e a pesquisa ligados nas doenças tropicais e infecciosas de interesse do SUS/AM.	
Objetivo 6.1 - Objetivo: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno das doenças tropicais e infecciosas.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Promover eventos ligados às doenças tropicais e infecciosas.	Promover a realização de 120 eventos ligados em doenças tropicais e infecciosas para atualização dos profissionais de saúde.
Realizar atendimento as pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras DST's.	Atender 120.000 pacientes acometidos com HIV/AIDS e outras DST's.
Operacionalizar os laboratórios de pesquisa da FMT-HVD.	Realizar 4.000.000 exames laboratoriais referentes à demanda do SUS, frente às endemias e outras doenças tropicais e infecciosas típicas da região amazônica.
Realizar atendimento aos portadores de doenças tropicais e infecciosas.	Atender 1.500.000 pacientes acometidos de doenças tropicais e infecciosas.

Diretriz 7 - Garantia da execução das políticas públicas relacionadas a hemoterapia e hematologia, bem como obter alto-suficiência na distribuição de sangue e seus produtos, descentralização do diagnóstico e tratamento das doenças hematológicas benignas e desenvolver o ensino e a pesquisa voltadas a hematologia e hemoterapia de interesse do SUS/AM.	
Objetivo 7.1- Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno das doenças hematológicas benignas.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Operacionalizar as atividades em hemoterapia.	Realizar 2.900.000 procedimentos em hemoterapia.
Operacionalizar as atividades em hematologia.	Realizar 3.300.000 procedimentos em hematologia.
Oferecer cursos em hemoterapia e hematologia.	Oferecer 07 cursos em hemoterapia e hematologia.
Manter e aprimorar a educação continuada.	Manter e aprimorar a educação continuada com o objetivo de atingir 80% dos colaboradores.
Oferecer vagas para residência médica em hematologia e hemoterapia.	Oferecer 14 vagas para residência médica em hematologia e hemoterapia.
Reestruturar os serviços de transfusão programada, programa de transfusão de hemocomponentes.	Reestruturar 02 serviços (transfusão programada, programa de transfusão de hemocomponentes).
Ampliar o laboratório de citogenética.	Ampliar 01 laboratório de citogenética.
Aumentar a doação voluntária espontânea.	Aumentar a doação voluntária espontânea em 2% ao ano e taxa de fidelização em 5% ao ano.
Aperfeiçoar o serviço na FHMOAM com o programa de humanização.	Aperfeiçoar o serviço na FHMOAM com o programa de humanização.
Implementar os serviços/programas (leucoredução no concentrado de hemácias e plaquetas, programa de vacinação).	Implementar 02 serviços/programas (leucoredução no concentrado de hemácias e plaquetas, programa de vacinação).
Avaliar o impacto da implantação da rede de diagnóstico NAT.	Implantar 07 serviços/procedimentos (rede de diagnóstico NAT, central analítica de laboratório, coleta de Stem Cell por aférese, banco de cordão umbilical e placentário, banco de sangue raros uma classe hospitalar, ambulatório de quelação).
Implantar os programas (qualidade de vida dos colaboradores, transplante de medula óssea).	Implantar 02 programas (qualidade de vida dos colaboradores, transplante de medula óssea).

Diretriz 8- Implementação da Política de Atenção Oncológica assegurando a integralidade da assistência à saúde provendo a melhoria da qualidade de vida da população do estado do Amazonas, bem como o desenvolvimento do ensino e da pesquisa voltadas a área da oncologia de interesse do SUS/AM.	
Objetivo 8.1- Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno das doenças oncológicas.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Desenvolver atividades educativas, preventivas e de detecção precoce do câncer.	Realizar 24 campanhas educativas preventivas e de detecção precoce do câncer (controle do câncer de colo uterino, controle do câncer de mama, dia mundial da saúde, dia mundial sem tabaco, dia nacional de combate ao fumo, dia mundial de combate ao câncer).
Dar suporte técnico aos municípios do Estado nos programas nacionais (colo uterino, mama, tabagismo, vigilância) e nos sistema de informação (SISBASEPOP, SISRHC, SISCOLO, SISMAMA).	Apoiar os 62 municípios do Estado.
Realizar leitura das lâminas de exames Papanicolau do Estado.	Realizar leitura de 600.000 lâminas de exames Papanicolau do Estado.
Realizar atendimento aos pacientes no tratamento e controle do câncer	Atender 328.000 pacientes no tratamento do câncer.

Realizar tratamento e controle do câncer através dos serviços ambulatoriais.	Realizar 3.600.000 atividades ambulatoriais (consultas/procedimentos, exames de apoio diagnóstico, tratamento não cirúrgicos).
Realizar tratamento e controle do câncer através dos serviços hospitalares.	Realizar 84.000 atividades hospitalares (assistência hospitalar).
Operacionalizar o acelerador linear.	Operacionalizar 01 acelerador linear.
Implantar a tecnologia de oncologia molecular.	Montar e equipar o laboratório de oncologia molecular.
Implementar a telemedicina cirúrgica.	Implementar 01 telemedicina cirúrgica.
Realizar atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.	Desenvolver 160 projetos de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.
Realizar o “II Congresso Pan Amazônico de Oncologia” e “I Seminário de Bioética da FCECON”.	Realizar 02 eventos para 1.500 participantes.
Expandir bolsas do Programa de Apoio a Iniciação Científica – PAIC.	Expandir de 36 para 40 bolsas o PAIC.
Realização de atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.	Buscar o credenciamento da FCECON como hospital de ensino junto ao Ministério da Educação e da Saúde.
Implementar programas de incentivo/benefício à graduação, pós-graduação e língua estrangeira dos colaboradores da FCECON.	Implementar 03 programas: incentivo/benefício à graduação, pós-graduação e língua estrangeira dos colaboradores da FCECON.
Aumentar o número de publicações científicas dos grupos de pesquisa da FCECON.	Aumentar em 20% o número de publicações científicas dos grupos de pesquisa da FCECON.
Implementar programas de residência médica na FCECON.	Implementar 04 programas: residência médica em cirurgia oncológica, residência médica do programa de apoio a iniciação científica, residência médica das ações de teleconferência e telemedicina, residência médica das ações do comitê de ética em pesquisa em seres-humanos.
Implantar programas de residência médica na FCECON.	Implantar 03 programas: residência médica em cirurgia buco maxilo-facial, residência multidisciplinar em oncologia, tecnologia de rastreamento de hemocomponentes.
Modernizar biblioteca da FCECON.	Modernizar 01 biblioteca especializada em oncologia.
Modernizar centro de Telessaúde da FCECON.	Modernizar 01 centro de Telessaúde da FCECON.
Realizar atendimento à população indígena em oncologia.	Atender 2.240 indígenas em oncologia.

Diretriz 9 - Implementação da Política de Atenção em Traumatologia-Ortopedia e assistência à saúde em outras especialidades com vistas a integralidade da atenção à saúde, bem como e o desenvolvimento do ensino e pesquisa nas áreas clínicas, cirúrgicas e de apoio ao diagnóstico de interesse do SUS/AM.	
Objetivo 9.1- Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno das doenças em traumatologia-ortopedia e outras especialidades.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Realizar assistência à saúde nas áreas traumatologia-ortopedia e outras especialidades.	Realizar atendimento de 1.304.000 pacientes nas áreas traumatologia-ortopedia e outras especialidades.
Fornecer órtese e prótese para traumatologia-ortopedia.	Adquirir e dispensar 5.780 materiais de órtese e prótese para o atendimento médico e cirúrgico em traumatologia-ortopedia.
Desenvolver ensino, pesquisa e eventos em saúde.	Capacitar/treinar 40.000 profissionais de saúde e acadêmicos.

Diretriz 10 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção especializada.	
Objetivo 10.1 - Ampliar o acesso aos serviços de saúde especializados, mediante reestruturação da rede assistencial, com implantação e implementação das redes temáticas – rede de atenção às urgências, rede cegonha, rede psicossocial, rede de atenção à pessoa com deficiência, e demais redes de atenção especializada, proporcionando uma assistência integral e humanizada.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Adquirir e fornecer órtese, prótese e produtos para saúde.	Beneficiar 23.000 pessoas com órteses e próteses pelo CER III e atender o Programa Viver Melhor.
Realizar encaminhamento de pacientes em tratamento de saúde fora de domicílio.	Realizar tratamento fora do domicílio (interestadual) para 9.000 pacientes.
Realizar manutenção da rede ambulatorial e hospitalar de atenção especializada.	Manter 72 unidades da rede ambulatorial e hospitalar da atenção especializada.
Realizar manutenção da rede de urgência e emergência.	Manter 19 unidades da rede de urgência e emergência.
Realizar manutenção da rede básica estadual.	Manter 15 unidades da rede básica.
Realizar manutenção da rede materno infantil.	Manter 08 unidades da rede materna infantil.
Realizar manutenção da rede psicossocial.	Manter 04 unidades da rede psicossocial.
Realizar manutenção do serviço de assistência aos nefropatas crônicos.	Manter contratos com 04 unidades complementares de serviço de assistência aos nefropatas crônicos.
Realizar manutenção do SAMU Amazonas.	Manter o SAMU em 04 regiões prioritárias.
Realizar manutenção do Complexo Regulador do Estado.	Manter o Complexo Regulador do Estado em funcionamento.
Apoiar à implementação da rede Telessaúde para a realização de exames, consultas especializadas e capacitação dos profissionais de saúde.	Implementar o Programa de Telessaúde nos 61 municípios.
Contratar cooperativas/empresas assistenciais.	Manter o contrato com as 33 cooperativas/empresas para a prestação de serviço na rede assistencial.
Realizar contratos de serviços pela rede complementar do SUS.	Manter 73 contratos de saúde com a rede complementar do SUS/AM.
Implementar o programa de atenção domiciliar.	Realizar 4.000 atendimentos, através do Programa Saúde em Casa.
Implementar o programa escola solidária.	Realizar 50.000 atendimentos, através do Programa Escola Solidária.
Aumentar a realização de transplantes de rim e córnea no Estado.	Aumentar os transplantes de rim (doador vivo e doador falecido) em 60% e os transplantes de córneas em 80% em relação à 2011.
Realizar transplantes de fígado e coração.	Realizar 06 transplantes de fígado e 08 de coração.
Operacionalizar o serviço de remoção de urgência do interior para a capital.	Realizar 1.200 remoções de urgência com serviço aeromédico de UTI do interior para capital.
Operacionalizar o serviço de transporte sanitário no Estado.	Elaborar o plano de transporte sanitário, considerando as características regionais para viabilizar o acesso aos serviços de saúde em todas as regionais.
Implementar as Redes Temáticas: Rede de Urgência e Emergência – RUE e Rede Cegonha – RC.	Implementar a Rede de Urgência e Emergência - RUE e a Rede Cegonha - RC em 4 Regiões de Saúde prioritárias, Médio Amazonas, Rio Negro e Solimões, Rio Negro Centro Regional e Alto Solimões.
Implantar e implementar as Redes Temáticas: Psicossocial – RAPS, Rede de Atenção à Pessoa com	Implantar e implementar as Redes Temáticas: Psicossocial – RAPS, Rede de Atenção à Pessoa com

Deficiência e Rede Oncológica.	Deficiência e Rede Oncológica nas 4 Regiões de Saúde prioritárias, Médio Amazonas, Rio Negro e Solimões, Rio Negro Centro Regional, Alto Solimões.
Transferência de recursos financeiros da média e alta complexidade aos municípios.(CAPS)	Transferir os recursos do MAC (CAPS) a 06 municípios do interior.
Implementar as ações da Política Nacional de Humanização no Amazonas.	Implementar ações da Política Nacional de Humanização – PNH no Amazonas com a formação de grupo técnico, capacitação de profissionais, acolhimento humanizado de pacientes e acompanhantes, adequação de espaços físicos nas unidades de saúde e implantação de grupos de trabalho de humanização.

Diretriz 11 - Garantia do acesso à população aos serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar, mediante o fortalecimento do Programa Amazonas Saúde Itinerante.	
Objetivo11.1- Implementação do Programa Amazonas Saúde Itinerante para atender os residentes das sedes e zonas rurais dos municípios do interior com a realização de consultas, exames e tratamentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Operacionalizar a saúde itinerante no Estado do Amazonas com a realização de consultas especializadas, cirurgias e dispensação de óculos.	Realizar 120.000 atendimentos através da saúde itinerante.
Apoiar o Pronto Atendimento Itinerante – PAI.	Realizar 320.000 atendimentos de saúde através do Pronto Atendimento Itinerante (PAI).

Eixo: Assistência Farmacêutica

Diretriz 12 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito estadual	
Objetivo 12.1- Implantação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica e reestruturação da gestão da assistência farmacêutica, por meio de gestão eficiente com otimização dos recursos financeiros contribuindo para melhoria do acesso e uso racional de medicamentos.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Realizar transferência de recursos financeiros à farmácia básica aos municípios.	Beneficiar os 62 municípios do Amazonas com recursos financeiros para atenção básica.
Fornecer medicamentos e insumos para a rede assistencial do estado.	Beneficiar 118 unidades de saúde (capital e interior) com fornecimento de medicamentos e insumos para a rede assistencial do Estado.
Fornecer medicamentos excepcionais e de alto custo.	Beneficiar 200.000 pessoas com fornecimento de medicamentos excepcionais e de alto custo.
Descentralizar o atendimento aos medicamentos do componente especializado.	Descentralizar para as 09 regionais o atendimento aos medicamentos do componente especializado - PROEME
Apoiar às farmácias populares.	Manter 06 farmácias populares (05 na capital e 01 no interior).

Eixo: Vigilância em Saúde

Diretriz 13 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	
Objetivo 13.1- Fortalecer a promoção e vigilância em saúde no âmbito estadual.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Operacionalizar a vacinação de crianças.	Vacinar 240.629 crianças.
Ampliar núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar nos municípios.	Ampliar para 15 núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar, nos municípios no Estado.
Implantar a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e fatores de risco nos municípios.	Implantar a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e fatores de risco em 30% dos municípios.
Realizar as análises laboratoriais de interesse em saúde pública através do LACEN.	Realizar 160.000 exames pelo LACEN.
Implantar o sistema de informação gerenciador de ambiente laboratorial nos municípios	Implantar o sistema de informação gerenciador de ambiente laboratorial em 30 municípios.
Operacionalizar as ações de vigilância ambiental em saúde	Combater 236.000 casos de malária.
Operacionalizar a ação de combate a dengue nos municípios do Estado.	Monitorar a execução de 100% dos planos de contingência da dengue em 28 municípios prioritários.
Coordenar, monitorar, controlar e avaliar as ações de vigilância ambiental em saúde.	Implementar e supervisionar o programa de vigilância da água para consumo humano, em 10 municípios.
Operacionalizar as ações de vigilância sanitária.	Realizar 28.000 inspeções sanitárias.
Implantar o sistema de informação em vigilância sanitária.	Implantar o sistema de informação em vigilância sanitária em Manaus e nos municípios com mais de 100 mil habitantes.
Monitorar as ações de vigilância sanitária desenvolvidas nos municípios.	Monitorar 100% das ações de vigilância sanitária desenvolvidas nos municípios da Região de Entorno de Manaus e os municípios de Tabatinga e Parintins.
Realizar diagnóstico situacional de vigilância sanitária nos municípios.	Realizar diagnóstico situacional de vigilância sanitária em 17 municípios.
Fomentar o fortalecimento dos Sistemas de Informações de Saúde na FVS/AM.	Monitorar 62 municípios nos sistemas de informações de saúde, no âmbito da vigilância em saúde.
Fortalecer o Comitê Estadual de Controle das Infecções relacionadas à Assistência em Saúde - CECIRAS.	Implantar a comissão municipal de controle de infecções relacionadas à assistência em saúde em 15 municípios do Estado.
Fortalecer a educação em saúde e mobilização social nas ações de Vigilância em Saúde.	Implantar núcleos de educação em saúde em 10% municípios do interior do Estado.

Eixo: Investimento em Saúde

Diretriz 14 - Garantir a Política Estadual de Investimentos em Saúde, considerando a conformação das redes de atenção, planos regionais e necessidades da população, visando melhorar a resolutividade e ampliar a cobertura da assistência ambulatorial e hospitalar no estado do Amazonas.	
Objetivo 14.1 - Implementar a Programação de Investimentos em Saúde, mediante a ampliação da capacidade instalada da rede estadual.	
Ações 2012-2015	Metas 2012-2015
Construir a nova sede da SUSAM.	Executar 30% da obra de construção da nova sede da SUSAM.
Contraprestação da Parceria Público Privada Construir o Hospital Pronto-Socorro da Zona Norte	Manter 03 PPP
Construir o Centro de Reabilitação em Dependência Química.	Executar 100% da obra de construção do Centro de Reabilitação em Dependência Química.
Construir Unidades de Pronto Atendimento na capital.	Finalizar a construção das UPA Campos Sales e Cidade Nova.
Expandir os serviços de Hemoterapia e Hematologia no Estado.	Construir a proposta do Hospital do Sangue do Amazonas.
Expandir os serviços da Atenção Básica na capital.	Construir a UBS VIVER MELHOR.
Expandir o Programa de Atenção Integral ao Deficiente na capital.	Construir o Centro Especializado em Reabilitação – CER “Tipo IV” para atender as pessoas com deficiência.
Expandir os serviços da Central de Medicamentos do Amazonas.	Construir uma sala de fracionamentos de medicamentos do componente especializado na CEMA.
Expandir o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência nos municípios.	Implantar o SAMU Amazonas nas quatro regiões de saúde prioritárias: Médio Amazonas, Rio Negro e Solimões, Rio Negro Centro Regional e Alto Solimões.
Expandir os serviços de Atenção à Saúde Auditiva.	Implantar o Centro de Referência em Atenção à Saúde Auditiva em Alta Complexidade.
Expandir os serviços de Regulação de Internações no Estado.	Implantar a Regulação de Internações na Região Entorno de Manaus.
Expandir os serviços de Regulação Ambulatorial, Internações e Urgência e Emergência no Estado.	Implantar as Centrais de Regulação Ambulatorial, Internações e Urgência e Emergência nas regiões Triângulo, Alto Solimões, Baixo Amazonas, Purus e Juruá.
Expandir os serviços de Regulação Ambulatorial e Internações no Estado.	Implantar as Centrais de Regulação Ambulatorial e Internações nas regiões Rio Negro e Solimões, Médio Amazonas.
Melhorar a qualidade do serviço da Rede Psicossocial na capital.	Implantar o Serviço Residencial Terapêutico – SRT com oito casas para os pacientes residentes no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER.
Melhorar a qualidade dos serviços da Rede de Urgência e Emergência na capital.	Ampliar através da Rede de Urgência e Emergência as unidades: HPS 28 de Agosto, HPS João Lúcio, HPSC Zona Leste, HPSC Zona Oeste, PS Platão Araújo.
Melhorar a qualidade dos serviços da Rede Cegonha na capital.	Construir/ampliar os Centros de Parto Normal (Azilda Marreiro, Balbina Mestrinho, Chapot Prevost, Nazira Daou, Instituto da Mulher) e as casas de Gestante, Bebê e Puérpera (Ana Braga, Balbina Mestrinho, Instituto da Mulher). Reformar as maternidades Azilda Marreiro, Instituto da Mulher, Nazira Daou e Ana Braga.
Melhorar a qualidade dos serviços da Vigilância em Saúde no Estado.	Construir e reformar a sede da Fundação de Vigilância em Saúde/AM, o Laboratório de Saúde LACEN, a Rede de Frios e as unidades descentralizadas de vigilância em

	saúde/UDES.
Melhorar a qualidade dos serviços de Hemoterapia e Hematologia na capital.	Construir e reformar a sede da Fundação HEMOAM.
Melhorar a qualidade dos serviços de Oncologia na capital.	Construir e reformar a sede da Fundação CECON.
Melhorar a qualidade dos serviços de Dermatologia Tropical e Venereologia na capital.	Construir e reformar a sede da FUAM
Melhorar a qualidade dos serviços de Epidemiologia, Doenças Tropicais e Infecciosas na capital.	Construir e reformar a sede da FMT-HVD
Melhorar a qualidade dos serviços de Traumatologia e Outras Especialidades na capital.	Construir e reformar a sede da FHAIJ
Melhorar a qualidade dos serviços de saúde no interior.	Construir/ampliar unidades no interior: São Paulo de Olivença, Humaitá, Silves, Tabatinga e Manacapuru, Anori, Santo Antônio do Matupi (Manicoré), Envira, Pauini, Itacoatiara. Reformar/adequar as unidades no interior: Itamarati, Manacapuru, Manaquiri, Novo Aripuanã, Caapiranga, Careiro Castanho, Itacoatiara. Codajás, Eirunepé, Iranduba, Itapiranga, Ipixuna e Novo Airão.
Melhorar a qualidade dos serviços de Urgência e Emergência no interior.	Ampliar e reformar a Unidade Hospitalar de Itacoatiara.
Melhorar a qualidade dos serviços da Rede Cegonha no interior.	Construir/ampliar os Centros de Parto Normal (Unidade Hospitalar de Itacoatiara e Manacapuru) e a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera da Unidade Hospitalar de Itacoatiara. Reformar os hospitais nos municípios de Coari, Manacapuru, Itacoatiara, São Gabriel da Cachoeira.
Melhorar a qualidade dos serviços de saúde na capital.	Reformar/adequar unidades na capital: PSC Zona Leste e PSC Zona Oeste, Hospital Francisca Mendes, HPS Platão Araújo, Hospital Geraldo da Rocha, CAPS Silvério Tundis, antigo Complexo Regulador, novo Complexo Regulador no Centro de Manaus, CEMA, Farmácia Popular e dos SPA's, sendo 6 (Alvorada, Danilo Corrêa, Eliameme Mady, José Lins, Zona Sul e Joventina Dias) para habilitar em UPA tipo II e 2 (Coroadó e São Raimundo) para habilitar tipo III.
Reformar e adequar as unidades de saúde no Alto Solimões: projeto QualiSUS-Rede.	Reformar/adequar através do projeto QualiSUS-Rede 12 unidades de saúde da região Alto Solimões.
Adquirir equipamento e material permanente na capital.	Equipar 62 unidades de saúde na capital.
Adquirir equipamento e material permanente no interior.	Equipar 65 unidades de saúde no interior.
Expandir os serviços de prevenção ao câncer de mama no interior.	Instalar 11 mamógrafos nas unidades do interior e 01 no Barco Pai.
Adquirir equipamento e material permanente para os municípios do Alto Solimões: projeto QualiSUS-Rede.	Adquirir através do projeto QualiSUS-Rede 1.755 equipamentos para as unidades de saúde da região Alto Solimões.
Adquirir ambulâncias e ambulanchas nos municípios.	Adquirir ambulâncias e ambulanchas.
Apoiar à implementação de convênios e parcerias com o Estado.	Implementar 32 convênios em execução.

3. Pactuação dos Indicadores de Saúde (Sispacto) - 2013

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de Saúde							
Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.							
OBJETIVO: Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	58,00	57,59	%	↑	99,3
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	39,50	38,01	%	↓	96,2
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	80,00	74,52	%	↑	93,2
4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	45,00	47,21	%	↑	104,
5	U	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	2,50	1,68	%	↑	67,2
6	E	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	20,00	8,04	%	↓	40,2
OBJETIVO: Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
7	U	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	1,00	0,007	/100	↑	0,7
8	U	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	5,00	0,018	/100	↑	0,4
9	E	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E	3,00	0,025	/100	↑	0,8

		POPULAÇÃO RESIDENTE					
10	E	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	1,00	0,001	/1000	↑	0,1
11	E	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.	11,76	0,12	%	↑	0,1

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 1

Indicador 1: Algumas características ambientais e sociais da Amazônia Brasileira, contribuíram para o não alcance de 100% da meta pactuada, dentre elas, podemos destacar: a escala espacial dos fenômenos; a extensão territorial e as vias de acesso predominantemente fluviais; grande diversidade biológica e social e a relativa preservação dos ecossistemas naturais. De importância ainda há que se destacar a extensão da área total de ambientes aquáticos (rios, lagos, planícies inundáveis) que na Amazônia Brasileira chega a 300 mil km²; dificuldade de mão de obra humana e a grande rotatividade dos profissionais que atravancam o processo da implantação de novas equipes de saúde da família; Manaus possui 52% da população do estado e sua cobertura na atenção básica é relativamente baixa com 47,6 % e se consideramos a Estratégia Saúde da Família (ESF) essa cobertura cai para 30%, segundo Relatório-Nota Técnica do DAB/SAS/MS de 30/05/2015.

Indicador 2: Devido a atuação das equipes de saúde estarem cuidando da população de modo efetivo, buscando realizar os atendimentos de modo a atender a população de risco de forma prioritária, percebe-se uma redução no percentual desse indicador o que torna o resultado positivo.

Indicador 3: O acompanhamento de crianças e gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família é realizado duas vezes ao ano. Em 2012 a cobertura do estado foi de 79,99% na segunda vigência, por isso, optou-se em pactuar 80% em 2013. Entretanto, apesar de muitos municípios no estado terem uma cobertura acima de 80%, o município de Manaus apresenta o maior desafio em acompanhar o público alvo, pois, em 2013 contou com uma cobertura de 59,19% (2013/2), superior ao primeiro semestre que foi de 51,95%. Esta queda na cobertura do município de Manaus que em 2012 foi de 81,19%, deve-se ao fato, da reestruturação das equipes e mudança de coordenação do programa, que teve que reorientar as mesmas para o acompanhamento. Portanto, justifica-se o não atingimento de 100% da meta pactuada em virtude da baixa cobertura do município de Manaus.

Indicador 4: Devido as características peculiares dos municípios, existem dificuldades de fixação dos profissionais de saúde bucal nos mesmos, apesar desse empecilho, foi possível melhorar o indicador; além dos esforços específicos desta área técnica, como oficinas através do serviço de telessaúde da Universidade Estadual do Amazonas (UEA) para os municípios e a oficina PMAQ-CEO para gestores.

Indicador 5: A área técnica de saúde bucal vem acompanhando e monitorando os municípios (inclusive com serviços de telessaúde, mensagens eletrônicas, telefone), com o apoio dos profissionais das equipes para o alcance da meta pactuada. Os profissionais contestam sobre o incentivo dos insumos para o desenvolvimento qualificado das ações. O número de equipes de saúde bucal (M1) aumentado em 2013 de 302 para 322, não foram suficientes para que se atingisse 100% da meta pactuada.

Indicador 6: Os esforços da área técnica aliados ao dos profissionais nos municípios, resultou no aprimoramento da qualidade das ações que abrangem maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária. Em conseguinte superando a meta pactuada.

Indicador 7 e 8: Os dados obtidos levaram em conta os registros dos procedimentos contidos no instrutivo, que segundo nossa avaliação, contemplam procedimentos ambulatoriais de média complexidade que não são realizados na maioria dos municípios. Assim, esse indicador teve como base de cálculo o exercício de 2013 e os procedimentos foram registrados somente pelos municípios de Manaus e Tefé.

Indicador 9 e 10: Os dados obtidos levaram em conta os registros dos procedimentos contidos no instrutivo e segundo nossa avaliação, contemplam procedimentos ambulatoriais de alta complexidade que são realizados somente em Manaus.

Indicador 11: Esse indicador contempla somente informações de hospitais com contrato de metas na capital Manaus (proporção entre os 3 hospitais universitários contratualizados em Manaus e 25 hospitais-SUS acima de 50 leitos no Estado).

Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.							
OBJETIVO: Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	71,00	204,00	N.Abso	↑	287,3
13	E	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE	55,00	50,2	%	↑	91,3
14	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	10,00	8,94	%	↓	89,4
15	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS, EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	N/A	N/A	%	-	-
16	E	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	78,94	51,44	%	↑	65,2
OBJETIVO: Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
17	E	PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGULADAS	N/A	N/A	%	-	-

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 2

Indicador 12: Este foi um dos indicadores que ultrapassou a meta pactuada em 2013, demonstrando que as estratégias de ação adotadas, como a implementação das notificações de violências, e a capacitação dos gestores e profissionais de saúde sobre a violência, a notificação e investigação de violência doméstica, sexual e outras violências, foram bem sucedidas. A meta foi pactuada conforme os critérios estabelecidos na Resolução CIT nº 5, de 19/06/2013, ou seja, ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências implantadas, para os anos 2013-2015. No estado ao todo são 810 unidades consideradas prioritárias para a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências (ESF, UBS e Hospitais públicos e privados).

No ano de 2013, a FVS pactuou um aumento de 71 unidades notificadoras, segundo sua capacidade operacional e alcançou o aumento de 177 unidades.

Indicador 13: A Rede de Atenção às Urgências e Emergências ainda não está completamente implantada, por isso, não foi possível alcançar 100% da meta pactuada.

Indicador 14: O alcance do indicador deve-se a implantação das Redes de Atenção à Saúde e organização da linha de cuidado das doenças cerebrovasculares.

Indicador 16: A Rede de Atenção às Urgências e Emergências ainda não está completamente implantada. O Estado ainda não realiza regulação das internações de Urgência/Emergência, por isso, não foi possível atingir 100% da meta pactuada.

Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.							
OBJETIVO: Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,50	0,50	RAZÃO	↑	100,0
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,30	0,27	RAZÃO	↑	90,0
OBJETIVO: Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	63,00	61,90	%	↑	98,3
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	50,00	35,2	%	↑	70,4
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.	2,20	13,08	RAZÃO	↑	594,5

23	U	NÚMERO DE OBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	41,00	48,00	N.Abso	↓	117,1
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	16,35	18,00	/1000	↓	110,1
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	40,00	52,80	%	↑	132,0
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS	100,00	92,00	%	↑	92,0
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	70,00	70,9	%	↑	101,3
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	136,00	130,00	N.Abso	↓	95,6

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 3

Indicador 18: Foram realizados 126.463 exames citopatológicos alcançando a meta de 0,50 (razão) como fonte de dados o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/Datasus. O Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA) nem todos são entregues no Decav, que é o caso de um laboratório e alguns municípios, sendo assim, a informação que temos no nosso sistema Sisco/AM através do exporta dados é de que foram realizados 128.199 exames citopatológicos alcançando a razão de 0,51.

Indicador 19: Foram realizadas 23.695 mamografias (mamografias de rastreamento e na faixa-etária de 50 a 69 anos) alcançando a razão de 0,27, portanto, atingindo 90% da meta pactuada. Muitos municípios não pactuaram esse indicador devido os mamógrafos ainda não estarem instalados, dificultando assim o alcance da meta.

Indicador 20: Este resultado é fruto de amplo esforço desenvolvido pelo estado por meio das equipes de trabalho nos diversos campos de atuação. As unidades de saúde buscam fortalecimento do vínculo entre serviço e usuários, pela qual vem sendo utilizado um fluxo de acesso a partir dos bairros, suas unidades de saúde, e referências. Citamos também, a utilização da classificação e estratificação de risco como mecanismo importante no acolhimento e orientação das vantagens do parto normal assistido. Há que se fazer também inferência ao trabalho ao esforço desta SES, em integrar e qualificar o trabalho das Parteiras

às Equipes de Saúde da Família do estado, resgatando a confiança e segurança da mulher no parto normal, com significativo compromisso e valorização entre os envolvidos neste evento. Há ainda, muito a ser feito, entretanto, na medida em que se amplia o acesso, sem deixar de considerar as ações a serem desenvolvidas pelos pontos de atenção de acordo com a estratificação de risco gestacional e acolhimento seguro, é possível que se construa uma relação de confiança entre a mulher e a equipe que irá acompanhá-la não somente no ambiente hospitalar, mas nos distintos pontos da rede de atenção ao cuidado.

Indicador 21: indicador mede o grau de cobertura do atendimento pré-natal nos serviços de saúde. As normas instituídas, em âmbito nacional, pelo MS, estabelecem um número mínimo de sete consultas de acompanhamento pré-natal, realizadas por médico ou enfermeiro. Ao analisar variações geográficas e temporais na perspectiva de acesso de cada município, verificou-se que não há uma relação direta entre cobertura de ESF e proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Foram identificados municípios que embora tenham uma cobertura acima de 50% da meta, mantiveram uma baixa proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal de igual modo, verificou-se também o inverso, baixa cobertura de ESF com boa captação de mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal. Há que se trabalhar juntamente com os municípios na perspectiva de captação precoce da gestante em toda área urbana, haja vista a presença de ESF se assim o fizerem seguramente haverá um aumento de cobertura desse indicador que guarda relação fortemente com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil. Ressaltamos também as limitações do instrumento de coleta do dado Declaração de Nascido Vivo (DNV). A DNV não especifica se a consulta foi realizada por médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde. O preenchimento desse item baseia-se na informação prestada pela mãe, estando sujeita, portanto, a erro de interpretação.

Indicador 22: Maior cobertura de testagem no pré-natal.

Indicador 23: O número alcançado reflete o aumento na investigação do óbito com a qualificação da informação da vigilância do óbito materno; Os comitês de prevenção à mortalidade materna têm contribuído para uma análise mais qualificada e propostas de intervenções para a melhoria e qualidade dos serviços de atenção obstétrica.

Indicador 24: Independente de todas as ações desenvolvidas no estado para redução da mortalidade infantil em conjunto com a rede cegonha, muito ainda precisa ser realizado e

podemos concluir que este aumento no indicador deve-se em parte: 1) Aumento da investigação dos óbitos, tornando os dados mais fidedignos e com qualidade; 2) Nossa maior mortalidade ainda concentra-se no interior que tem características peculiares incluindo a dificuldade de fixação de RH e conseqüente dificuldade de descentralização de infraestrutura e tecnologia; 3) Apesar de disponibilizar capacitações em AIDPI NEO (inclui reanimação e transporte Neonatal), apenas 14 municípios compareceram, e nossos bebês oriundos do interior chegam para atendimento na capital em condições que diminuem as chances de sobrevivência e aumentam chances de sequelas; 4) Nenhum município amazonense (exceto Manaus) possui incubadora de transporte Neo; 5) Os leitos Neonatais concentram-se na capital, dificultando acesso.

Justificativas pelo não alcance das metas: 1) Municípios com dificuldade na realização das investigações dos óbitos nas áreas descobertas pela atenção primária (indígenas, ribeirinhas e parte da capital); 2) Centralização das investigações nos Distritos de Saúde em Manaus, enfrentando dificuldades com Recursos Humanos insuficientes e transporte deficiente no uso das investigações e 3) Ausência de investigação do componente hospitalar em unidades de saúde onde ocorre o óbito, dificultando a conclusão da investigação.

Indicador 25: Este indicador alcançou a meta, isto se deve a melhoria das informações fornecidas ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), justificando as estratégias adotadas quanto ao investimento realizado em 2013 na qualificação das equipes municipais na vigilância dos óbitos. As estratégias empregadas para o alcance da meta neste indicador foram: 1) Prestação de apoio técnico aos municípios para a implementação da vigilância dos óbitos infantis e fetais na rede de atenção primária e atenção hospitalar; 2) Promoção de capacitações periódicas dos profissionais de saúde responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais; 3) Monitoramento e avaliação das informações sobre vigilância dos óbitos infantis e fetais; 4) Apoio na constituição de grupos técnicos para análise das investigações dos óbitos infantis e fetais e 5) Gerenciamento dos sistemas de informação voltados à vigilância em saúde.

Indicador 26: A meta foi pactuada conforme os critérios do MS, com a utilização do parâmetro nacional e seguindo também as orientações da pactuação estabelecidas no Manual de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, para os anos de 2013-2015. Este indicador não alcançou 100% da meta pactuada. Embora as estratégias utilizadas sejam semelhantes às empregadas nos indicadores 25 e 27, tem que se levar em consideração, que a meta pactuada

na investigação de óbitos maternos é de 100%, enquanto que no indicador nº 25, investigação de óbitos infantis, é de 40%, e no indicador nº 27, investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, é de 70%. As principais dificuldades encontradas para o não alcance de 100% da meta foram: municípios que apresentaram dificuldades na realização das investigações dos óbitos em áreas descobertas pela atenção primária (indígenas, áreas ribeirinhas dispersas e parte da capital); a centralização das investigações dos óbitos nos distritos de saúde de Manaus, que apresentam recursos humanos insuficientes e transporte deficiente no uso das investigações; e, ausência de investigação do componente hospitalar em unidades de saúde onde ocorre o óbito, dificultando a conclusão da investigação.

Indicador 27: Este indicador alcançou a meta e foi pactuada conforme os critérios do Ministério da Saúde, com a utilização do parâmetro nacional e seguindo também as orientações da pactuação, estabelecidas no Manual de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, para os anos de 2013-2015. As estratégias utilizadas foram às mesmas que foram utilizadas nos indicadores de nº 25 e de nº 26.

Indicador 28: Maior cobertura do tratamento no pré-natal.

Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.							
OBJETIVO: Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	0,47	0,44	/100.000	↑	93,6

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 4

Indicador 29: O não alcance de 100% da meta pactuada, foi devido, o município de Manaus não ter implantado nenhum dos 02 CAPS previstos para 2013.

Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.							
OBJETIVO: Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta

30	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	50,00	74,39	/100.000	↓	148,8
----	---	--	-------	-------	----------	---	-------

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 5

Indicador 30: Houve melhoria nas notificações, fato este, que elevou o indicador. A Susam está reestruturando o Grupo Conductor da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, priorizando a atenção oncológica. A Rede Manauara, conduzida pela Semsa Manaus, está implantando na capital a linha de cuidado às doenças crônicas (hipertensão, diabetes e doenças renais).

Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.							
OBJETIVO: Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
35	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	70,00	24,20	%	↑	34,6
36	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	85,00	73,50	%	↑	86,5
37	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	75,00	49,80	%	↑	66,4
38	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	90,00	86,70	%	↑	96,3
39	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	80,00	89,10	%	↑	111,4

40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	80,00	63,00	%	↑	78,8
41	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	67,00	11,30	%	↑	16,9
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	6,00	3,00	N.Abso	↓	50,0
43	E	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/MM3	2,30	3,99	%	↓	173,5
44	E	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS	558,00	35.567,00	N.Abso	↑	6.374,0
45	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	90,00	83,7	%	↑	93,0
46	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	78,70	59,50	%	↑	75,6
47	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL	N/A	N/A	N.Abso	-	-
48	E	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA	80,00	88,30	%	↑	110,4
49	E	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORIT.	N/A	N/A	%	-	-
50	E	INCIDÊNCIA PARASITÁRIA ANUAL (IPA) DE MALÁRIA	16,70	21,2	/1000	↓	126,9
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	5,00	11,00	N.Abso	↓	220,0

52	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	80,00	51,31	%	↑	64,1
OBJETIVO: Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
53	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	35,00	34,5	%	↑	98,6

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 7

Indicador 35: Este indicador não alcançou 100% da meta pactuada. A meta foi pactuada segundo os critérios do MS, ou seja, alcançar em pelo menos 70% dos municípios as coberturas vacinais adequadas do calendário básico de vacinação da criança. A progressão do SI-API para o SI-API WEB em julho de 2013, gerou dificuldade na migração no banco de dados do Programa Nacional de Imunização (PNI), levando principalmente a sub-registros de doses de vacinas aplicadas, aliadas as dificuldades logísticas e financeiras dos municípios, para o alcance das metas. Espera-se que os problemas ocorridos no software sejam solucionados e as informações geradas sejam fidedignas e o estado alcance as metas pactuadas, portanto, o resultado demonstrado está sujeito à revisão. Entre as dificuldades no alcance das metas, tem a dificuldade de se chegar as comunidades ribeirinhas e indígenas, por carência de recursos humanos e de transporte, visto que grande parte dessa população só tem acessibilidade por meio fluvial. As estratégias utilizadas foram: a disponibilização das vacinas na rede de serviços locais; vacinação da população alvo conforme o esquema vacinal e as normas estabelecidas pelo (PNI/SVS/MS) para cada vacina; o monitoramento do avanço

mensal das coberturas de cada vacina; e a implantação e implementação do sistema de informação nominal e por procedência referente à vacinação (SI-PNI), nas salas de vacinas.

Indicador 36: Visto que o indicador não é calculado sobre a coorte de casos encerrados, em relação à tuberculose (TB), vários fatores devem ser levados em conta: o tratamento é de no mínimo de 06 meses, na maioria dos casos. Há casos em que o tratamento vai de 09 meses (outros casos de TB) a 01 ano (como nos casos associados ao HIV) e mais 03 meses de encerramento do caso no Sinan. Somente em setembro de 2014, teremos o fechamento dos casos novos de TB de 2013.

Indicador 37: A meta foi pactuada segundo as recomendações do MS, todavia, há dificuldade na realização do teste anti-HIV nas unidades da atenção primária, cuja maioria dos casos de TB é atendida, pela disponibilidade insuficiente dos testes para os exames.

Indicador 38: A principal justificativa para o não alcance de 100% da meta pactuada é a ausência de Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Cerca de 80% dos óbitos de causas mal definidas ocorrem em domicílio. Em Manaus estes óbitos recorrem ao Instituto Médico Legal (IML) para obtenção da DO, cuja causa é dada como indeterminada. Nos demais municípios a DO é emitida sem assinatura de um médico, e são emitidas como sem assistência médica. Enquanto as pessoas forem enterradas em todos os municípios, com exceção de Manaus, sem necessidade de DO, contrariando a legislação, e enquanto o número de médicos for insuficiente e a população não tenha acesso à assistência na zona rural dos municípios, inviabilizam o alcance da meta de 90% de óbitos por causas definidas.

Indicador 39: Este indicador alcançou a meta pactuada segundo os critérios do MS. Como a meta foi alcançada, significa que a estratégia de encerrar oportunamente as investigações das notificações dos agravos compulsórios imediatos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi eficaz.

Indicador 40: Conseguimos implantar os 06 NUSATs previstos no plano de saúde do trabalhador para 2013, nos municípios de: Tapauá, Barcelos, Manicoré, São Gabriel da Cachoeira, Pauini e Atalaia do Norte, resultando no alcance de 63% da meta dos municípios notificantes, sendo que a meta pactuada foi de 80%. Consideramos como principais motivos do não alcance de 100% da meta pactuada: Dificuldades na comunicação com os municípios (telefone, internet e outros); Insuficiência de profissionais; Rotatividade de profissionais; Acúmulo de atividades de diversos programas; Dificuldade de acesso ao sistema de

informação. Em outros casos, falta de comprometimento em implantar as ações de saúde do trabalhador para notificação dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho, como também, morosidade no pagamento de diárias para o deslocamento dos técnicos para os municípios impossibilitando várias viagens durante o exercício de 2013.

Indicador 41: Este indicador não alcançou a meta. O principal fator é que uma das 07 ações da vigilância sanitária a serem cumpridas na pactuação, é a realização de processos administrativos, o DEVISA/FVS iniciou em dezembro de 2013 as capacitações, tendo como prioridade os municípios da Região Metropolitana de Manaus (RMM) e de interesse turístico, devido à realização da Copa de 2014. Em 2014, pretendem-se dar continuidade nas capacitações aos demais municípios, visando aumentar a proporção e o alcance da meta esperada, que é gradativa até 2015, ou seja, 100% dos municípios das regiões de saúde realizando todas as ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias até o ano de 2015.

Indicador 42: Maior cobertura da profilaxia no pré-natal.

Indicador 43: Diagnóstico tardio.

Indicador 44: Descentralização do diagnóstico do teste rápido.

Indicadores 45 e 46: Apesar do Programa Estadual de Hanseníase/FUAM ter realizado treinamento, monitoramento e intensificação da hanseníase em 33 municípios do Amazonas, a alta rotatividade de secretários de saúde municipais e de técnicos previamente treinados para o controle da hanseníase, alguns municípios sem telessaúde, outros com dificuldade na telefonia e internet, culminando com a enchente do Rio Madeira, dificultou para que nossa meta fosse atingida na totalidade. Esse treinamento, monitoramento e intensificação vêm sendo realizado ao longo dos três últimos anos, mas infelizmente, não está havendo empenho dos municípios (atenção básica com a vigilância epidemiológica/Sinan) no cumprimento da meta.

Indicador 48: Este indicador ultrapassou 100% da meta pactuada. A meta foi pactuada segundo os critérios do MS. Um dos poucos indicadores em que não tem havido problemas no alcance de metas. Acredita-se que as estratégias empregadas estejam sendo eficientes.

Indicador 50: Em comparação ao período de 2012, foi observada a redução do IPA de 23,8 para 21,2 em 2013. No entanto, apesar dos esforços, a meta pactuada de 16,7 não foi atingida em 100%. Fatores como: transição política em virtude do pleito municipal contribuiu para a descontinuidade de ações de controle em municípios prioritários; a adesão dos municípios na gestão das ações de vigilância em saúde, assumindo as responsabilidades pela gerência e

aplicação dos recursos financeiros (resolução nº4, MS/GM/2012), com a descentralização imediata das ações de vigilância em saúde, foram fatores que contribuíram para o não cumprimento das metas pactuadas. O aumento da participação da malária indígena observada em 2013 influenciou diretamente no aumento de casos de malária em áreas urbanas, como o ocorrido em Eirunepé. No entanto, os planos de intensificação que garantiram o repasse de insumos, equipamentos, capacitações técnicas e demais atividades, foram todos executados conforme a programação anual da GDTV/DVA/FVS, e pelos motivos descritos o desempenho esperado foi comprometido.

Indicador 51: A meta foi pactuada segundo os critérios do MS, tendo como referência o parâmetro nacional, com a redução conforme o número dos óbitos por dengue ao ano, nos municípios. Ressalta-se que este indicador, como está direcionado com a atenção oferecida na rede de assistência à saúde ao paciente, a FVS/AM embora atue na sua área de competência, não tem governabilidade de intervenção para a redução dos óbitos por dengue. O número de óbitos por dengue irá depender de vários fatores, como: a forma e a gravidade da doença quando paciente chega à assistência, o tipo de dengue, o tipo de assistência prestada, o acesso ao serviço de saúde em tempo hábil, etc. O aumento dos óbitos em relação aos óbitos esperados em 2013 teve como alguns fatores, dentre os quais: o diagnóstico tardio dos pacientes que procuraram a assistência médica. Embora a FVS/AM tenha oferecido aos profissionais vários cursos de capacitação para o diagnóstico e manuseio do paciente com dengue, direcionado aos médicos da rede assistencial ambulatorial, hospitalar e de urgência, a participação destes profissionais foi mínima, diante do quadro de recursos humanos existente no estado.

Indicador 52: A meta foi pactuada de acordo com as Diretrizes do Programa Nacional de Combate a Dengue do MS, ou seja, a cobertura deverá ser de no mínimo de 80% de imóveis visitados, com 04 ciclos de visitas domiciliares, para controle da dengue. Dos 62 municípios do estado do Amazonas, 30 são infestados pelo mosquito *Aedes aegypti*, e realizam visitas domiciliares de acordo com as Diretrizes Nacionais. Destes Municípios, apenas seis não cumpriram a meta de 4 ciclos de visitas com 80% de cobertura. Tal fato está relacionado principalmente pela baixa cobertura de visitas realizadas pela Capital Manaus. A programação inicial para a capital seria de 2.030.608 visitas, considerando 80% da cobertura do território. No entanto, em 2013, o número de visitas foi de 689.353, correspondendo 27,15% da meta

proposta. Outra consideração importante é a falta de profissionais nos municípios, em razão da alta rotatividade de recursos humanos.

Indicador 53: Em 2013, a FVS disponibilizou para os 36 municípios insumos, equipamentos necessários e capacitação de recursos humanos para implantação dos laboratórios de análise da água para consumo humano. Nesse ano, das 5.893 (35%) amostras de água programadas no estado, foram realizadas 5.755, alcançando 34,2% das amostras em 12 municípios. A situação atual dos outros 50 municípios é a seguinte: 09 municípios estavam funcionando em 2012, mas no ano de 2013, os equipamentos foram retirados do espaço físico existente e as atividades paralisaram. A paralisação ocorreu, também, por falta de insumos e recursos humanos. 11 municípios que tinham espaço físico receberam equipamentos, mas não tinham RH e insumos; Outros 05 municípios receberam os equipamentos, mas não tomaram providências para implantação do laboratório e os demais municípios não manifestaram interesse em implantar o laboratório de análise de água de consumo humano.

Diretriz 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.							
OBJETIVO: Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
54	E	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO	N/A	N/A	%	-	-
OBJETIVO: Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
55	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAIS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS	N/A	N/A	%	-	-
OBJETIVO: Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.							

Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
56	E	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO	100,00	100,00	%	↑	100,0

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 8

Indicador 56: A meta foi pactuada segundo os critérios do MS e existe apenas uma indústria de medicamentos no Amazonas, e fica localizada em Manaus.

Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.							
OBJETIVO: Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
57	U	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	60,00	75,00	%	↑	125,0
58	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE COLETIVA	N/A	N/A	%	-	-
59	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL	N/A	N/A	%	-	-
60	E	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS	N/A	N/A	N.Abso	-	-
OBJETIVO: Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.							

Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	100,00	97,79	%	↑	97,8
OBJETIVO: Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
62	E	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO	1,00	1,00	N.Abso	↑	100,0

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 11

Indicador 57: Da Política Nacional de Educação Permanente dos recursos destinados ao Estado do Amazonas, a Resolução nº 173 da CIB consensuou a sua utilização na realização de 16 eventos dos quais foram realizados 12 ficando consensuado a realização de 04 eventos para 2014, considerando os recursos já pactuados.

Indicador 61: Justificativa - Na esfera pública, no âmbito do Estado, a gestão do SUS tem um percentual de 97,79% de trabalhadores com vínculos protegidos. Com a realização do concurso público em 2014, atenderemos a necessidade de promover a cobertura legal dos direitos trabalhistas.

Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.							
OBJETIVO: Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	62,00	42,00	N.Absol	↑	72,6

64	U	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	62,00	61,00	N.Absol	↑	98,4
----	---	---	-------	-------	---------	---	------

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 12

Indicador 63: Em 2013, 45 municípios enviaram seus planos municipais de saúde aos respectivos Conselhos de Saúde, isso representa 72,6% dos municípios estão em situação regular. Para o alcance deste indicador é necessário o esforço dos técnicos da gestão municipal de saúde e o apoio técnico do Cosems/AM e Susam, através do Departamento de Planejamento. O não alcance da meta em 100% do pactuado está relacionado com a fragilidade na área de gestão das Secretarias Municipais de Saúde, cuja maioria, não possui equipes de planejamento estabelecidas para o desenvolvimento das atividades de planejamento, além, da rotatividade das equipes de gestão nos municípios. A Susam, através do Deplan tem realizado diversas ações para que os municípios elaborem seus instrumentos de planejamento do SUS e apresentem aos Conselhos Municipais de Saúde para aprovação e deliberação. Realizamos capacitações ligadas ao planejamento; Curso de Especialização em Planejamento e Orçamento Público em Saúde para 41 profissionais pela Fiocruz/AM; apoio técnico aos municípios na construção dos instrumentos de planejamento; monitoramento da situação dos instrumentos de planejamento do SUS. Ressalvamos que é preciso uma maior integração da Susam com as SMS dos municípios, para a construção do processo de planejamento regional com o intuito de desenvolver o planejamento integrado.

Indicador 64: Apesar de todos os esforços empreendidos, e-mails, contatos telefônicos e treinamento realizado, o município de Ipixuna apenas solicitou acesso ao Sistema, e obteve autorização, porém, não alimentou os dados solicitados.

Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.							
OBJETIVO: Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.							
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade	Resultado Esperado	% de Alcance da Meta
65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	5,00	1,61	%	↑	32,2

66	E	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO	1,00	1,00	N.Abso	↑	100,0
67	E	PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE	N/A	NA	N.Abso	-	-

4. Processo de Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e avaliação do Plano de Saúde Estadual 2012-2015 e de suas respectivas programações é uma estratégia para o fortalecimento do planejamento da Susam estabelecidos para o quadriênio.

O Monitoramento e Avaliação do PES 2012-2015 dar-se-ão nas suas respectivas programações anuais e será um processo pedagógico, tendo como base, a construção de uma agenda quadrimestral e anual com as equipes responsáveis pelas ações e metas previstas, na perspectiva de envolver as áreas técnicas da secretaria e as instâncias de participação e controle social do SUS no Estado, no sentido de acompanhar e analisar os resultados alcançados.

O Monitoramento das Programações Anuais de Saúde será realizado quadrimestralmente, com a participação das equipes técnicas da secretaria, através de oficinas e reuniões com o intuito de:

1) checar, analisar e registrar o progresso das ações e metas realizadas em relação às programadas e gerar adequações necessárias como, por exemplo, reprogramar metas em um espaço de tempo mais curto. Nesta etapa, não inclui e não excluem ações na programação, apenas, realizam-se adequações nas metas propostas inicialmente. O Monitoramento tem uma característica de cobrança, pois é uma observação sistemática da evolução do alcance das metas.

A Avaliação das Programações Anuais de Saúde será realizada anualmente com a participação das equipes técnicas da secretaria, através de oficinas e reuniões, no sentido de:

1) medir o alcance quantitativo das ações e metas propostas, ou seja, como se deu de forma geral o desempenho das ações e metas, se conseguimos alcançar o que se pretendia de forma quantitativa. A metodologia escolhida para medir o alcance quantitativo das ações e metas propostas, consiste em um escore com pontos percentuais de cortes e legendas coloridas para avaliar o status alcançado em relação à execução das metas programadas. Este método atualmente é utilizado no monitoramento do PPA 2012-2015.

2) verificar se o que foi realizado gerou aperfeiçoamento e melhorias na gestão das ações e serviços e no estado de saúde da população, ou seja, medir a efetividade das ações, e o impacto das decisões estabelecidas no planejamento. Isso é mensurado através dos resultados

dos indicadores anuais de saúde, pois os mesmos expressam de forma efetiva os resultados das diretrizes e objetivos estabelecidos.

ESCORE DOS STATUS ALCANÇADOS NAS METAS PREVISTAS

20%	40%	60%	85%	100%
Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo

Fonte: Seplan/Am

O planejamento em saúde na esfera pública exige que o monitoramento e a avaliação sejam utilizados de forma sistematizada a partir da construção dos indicadores e das referências adequadas para o acompanhamento e análise de resultados. Exige também considerar as ações planejadas, as relações inter e intersetoriais para a realização destas ações e o período de execução, pois a destinação dos recursos e a dinâmica da realidade da saúde exigem permanente interpretação para, se necessário, realinhar o planejamento inicial.

O Monitoramento é a observação e o registro regular das atividades de um projeto ou programa. É um processo rotineiro de acúmulo de informações do projeto em todos os seus aspectos. Monitorar é checar o progresso das atividades do projeto, ou seja, uma observação sistemática e com propósitos. Monitorar é também dar um retorno sobre o projeto aos seus colaboradores, implementadores e beneficiários. A criação de relatórios permite que todas as informações reunidas sejam usadas na tomada de decisões em prol do aperfeiçoamento da performance do projeto (BARTLE,2007).

Ainda segundo Bartle (2007), monitorar fornece informações que serão úteis para (...) garantir que todas as atividades sejam executadas corretamente pelas pessoas certas no tempo certo. O monitoramento, portanto, se constitui em etapa importante do processo de planejamento sem a qual se deixa de retroalimentar o processo para a superação de dificuldades e para gerar adequações necessárias a novos cenários da realidade.

O monitoramento e a avaliação se constituem em elos entre o que se quer – e planejou – e o que se alcança – os resultados. O monitoramento caminha *pari passu* com a avaliação, pois permite flexibilização para intervenções necessárias ao processo a partir da observação e registro de dados concretos da realidade em um espaço de tempo mais curto.

A avaliação no setor saúde se configura como instrumento importante para a consolidação do SUS, uma vez que possibilita a produção de conhecimentos sobre a realidade e subsidia a tomada de decisões, favorecendo o repensar das estruturas operacionais e dos procedimentos de atenção, no sentido de verificar se o que foi realizado gerou aperfeiçoamento e melhorias na gestão das ações e serviços e no estado de saúde da população (PES-AL, 2012-2015 p. 79).

A importância da avaliação se expressa na reflexão e discussão sobre o ponto de chegada para se construir um novo ponto de partida. Com este escopo a avaliação perde a característica de cobrança e, portanto, cerceadora de ideias e estratégias de superação para assumir a perspectiva de propulsora de processos de transformação e ações inovadoras.

O campo da avaliação em saúde tem se organizado na concepção de que avaliar é uma forma particular de julgamento e ferramenta de gestão compromissada com os processos de transformação social (SANTOS 2004).

Segundo Baptista (2007), a avaliação, no processo de planejamento corresponde à fase em que o desempenho e os resultados da ação são examinados a partir de critérios determinados, com vistas à formulação de juízos de valor. A avaliação é o meio através do qual o técnico poderá medir a efetividade de suas ações, e o impacto das decisões estabelecidas no planejamento.