



RESOLUÇÃO CIB Nº 036/2026 DE 25 DE MAIO DE 2026.

Dispõe sobre a solicitação de aprovação da proposta de implantação da Vigilância de Acidentes de Transporte Terrestre no estado do Amazonas.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO AMAZONAS – CIB/AM, na sua Reunião 381ª (trecentésima octogésima primeira), 309ª (trecentésima nona) Reunião Ordinária, realizada em 25/05/2026, e;

Considerando Parecer Técnico nº 009/2026- DIPLAE/DVE/DIPRE/FVS-RCP, que trata acerca da implantação da Vigilância de Acidentes de Transporte Terrestre no estado do Amazonas;

Considerando que os Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) configuram importante problema de saúde pública, sendo responsáveis por elevada carga de morbimortalidade, com impacto direto sobre os serviços de urgência, internações hospitalares e reabilitação no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando que a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM nº 737/2001) estabelece a necessidade de atuação do setor saúde na vigilância, prevenção e atenção integral às vítimas, com ênfase na promoção de ambientes e comportamentos seguros;

Considerando a necessidade de articulação intersetorial entre saúde, trânsito, segurança pública e demais setores estratégicos, visando à redução de lesões e óbitos;

Considerando que o Programa Vida no Trânsito (PVT) se apresenta como a principal estratégia do setor saúde para enfrentamento dos acidentes de trânsito, alinhado às metas nacionais e internacionais de redução de óbitos;

Considerando que a meta 3.6 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelece a redução de 50% dos óbitos por lesões de trânsito, reforçando a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância;

Considerando que os dados epidemiológicos constantes no processo demonstram que o estado do Amazonas registrou 4.384 óbitos por acidentes de transporte terrestre no período de 2016 a 2025, com predominância no município de Manaus, responsável por 62,7% dos registros;

Considerando que, no âmbito da saúde, as informações sobre acidentes de transporte terrestre encontram-se fragmentadas, estando majoritariamente restritas aos registros de óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e às internações no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), limitando a análise integrada e oportuna dos eventos;

Considerando que tais limitações comprometem a capacidade de análise epidemiológica, dificultando a identificação de grupos vulneráveis, padrões de ocorrência e fatores determinantes;

Considerando a necessidade de qualificação da informação em saúde, com produção de dados padronizados, oportunos e integrados, que subsidiem o planejamento de ações efetivas de prevenção e controle;

Considerando a experiência exitosa do projeto piloto de vigilância de acidentes de transporte terrestre no município de Parintins, no período de junho de 2024 a janeiro de 2026, que demonstrou a viabilidade operacional da estratégia e a relevância dos dados produzidos para a vigilância em saúde;

Considerando que a implantação de um sistema de vigilância estadual permitirá o monitoramento contínuo dos acidentes, o fortalecimento da tomada de decisão baseada em evidências e o direcionamento de políticas públicas;





Considerando que A proposta apresentada contempla: notificação compulsória estadual dos Acidentes de Transporte Terrestre; implantação de ficha específica de notificação; utilização da plataforma REDCap para registro eletrônico; definição de caso notificável para indivíduos atendidos em estabelecimentos públicos ou privados em decorrência de acidentes envolvendo transporte terrestre;

Considerando o parecer técnico favorável da Câmara Técnica de Atenção e Vigilância em Saúde da CIB/AM à implantação da Vigilância de Acidentes de Transporte Terrestre em âmbito estadual, como estratégia estruturante para o fortalecimento da vigilância em saúde, qualificação da informação, integração intersetorial e apoio à formulação de políticas públicas voltadas à redução da morbimortalidade no trânsito no Estado do Amazonas;

Considerando o Parecer da Relatora Mônica Lima de Melo e Melo, Secretária Executiva Adjunta de Assistência Hospitalar e Urgência Membro da CIB-AM, favorável à implantação da Vigilância de Acidentes de Transporte Terrestre em âmbito estadual, nos termos propostos pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Dra. Rosemary Costa Pinto – FVS-RCP.

Considerando o **Processo nº 01.02.017306.003060/2026-88-(SIGED)**, que solicita aprovação da proposta de implantação da Vigilância de Acidentes de Transporte Terrestre no estado do Amazonas.

RESOLVE:

CONSENSUAR pela aprovação da proposta de implantação da Vigilância de Acidentes de Transporte Terrestre no estado do Amazonas. (ficha de Notificação de Acidentes de Transporte Terrestre, anexa).

Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Amazonas, em Manaus, 25 de maio de 2026.

Esta Resolução será publicada no Diário Oficial do Estado do Amazonas sem seus anexos, os quais poderão ser consultados no site www.saude.am.gov.br/cib/index.php.

A Coordenadora da CIB/AM e a Presidente do COSEMS/AM estão de comum acordo com a presente Resolução.

Maria Adriana Moreira
Presidente do COSEMS/AM

Nayara de Oliveira Maksoud
Coordenadora da CIB/AM

HOMOLOGO as decisões contidas na Resolução CIB/AM Nº 036/2026, datada de 25 de maio de 2026 nos termos do Decreto de 19.03.2024.

NAYARA DE OLIVEIRA MAKSOUD
Secretário de Estado de Saúde

<http://www.saude.am.gov.br/>
facebook.com/saudeam
instagram.com/saudeam

Fone: (92) 99503-4956
E-mail: protocolo@saude.am.gov.br
Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Manaus – AM, CEP: 69060-000

Secretaria de
Saúde





FL. 03 - PARECER TÉCNICO referente ao Processo: 01.02.017306.003060/2026-88 (FVS-RCP)

Quadro 1 - Ficha de Notificação de Acidentes de Transporte Terrestre.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS - SES AM FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS "DRA. ROSEMARY COSTA PINTO"			
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE			
DEFINIÇÃO DE CASO DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE - Indivíduo atendido em estabelecimento de saúde público ou privado em decorrência de acidentes envolvendo transporte terrestre ocorrido em via pública ou área aberta à circulação de veículos, que resulte em lesão, trauma ou necessidade de atendimento em serviço de saúde.			
Dados Gerais	1- DATA DE NOTIFICAÇÃO: _____/_____/_____	2-MUNICÍPIO NOTIFICAÇÃO: _____	
	3- UNID. SAÚDE/ OUTRA FONTE NOTIFICADORA: _____	4- DATA DO ATENDIMENTO: _____/_____/_____	
Notificação Individual	5-CPF: _____		
	6 - NOME COMPLETO DO PACIENTE: _____		
	7 - DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____	8- IDADE: _____	
	9-TIPO IDADE: ☐ Hora ☐ Dia ☐ Mês ☐ Ano		
	10- NOME DA MÃE: _____		
	11- TELEFONE PARA CONTATO: _____	12 - SEXO: ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Ignorado	
	13 - GÊNERO: ☐ Cis ☐ Transexual masculino ☐ Transexual feminino ☐ Travesti ☐ Ignorado		
	14- GESTANTE: ☐ 1º Trimestre ☐ 2º Trimestre ☐ 3º Trimestre ☐ Idade Gestacional Ignorada ☐ Não ☐ Não se aplica		
	15- RAÇA/COR: ☐ Branca ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena Se indígena, qual etnia? _____		
	16- ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Incompleto ☐ Ensino Médio Completo ☐ Educação Superior Incompleta ☐ Educação Superior Completa ☐ Não se aplica		
17- UF RESIDÊNCIA: _____	18- MUNICÍPIO RESIDÊNCIA: _____		
Dados do Acidente	19- DATA DO ACIDENTE: _____/_____/_____	20- TIPO DE VÍTIMA: ☐ Pedestre ☐ Condutor ☐ Passageiro	
	21- MEIO DE LOCOMOÇÃO DA VÍTIMA: ☐ A pé ☐ Bicicleta ☐ Motocicleta ☐ Automóvel ☐ Triciclo motorizado ☐ Ônibus/Micro-ônibus ☐ Veículo pesado (Caminhão...) ☐ Outro Se outro, especificar: _____	22- SE CONDUTOR de Motocicleta, Automóvel, Ônibus/Micro-ônibus ou Veículo pesado, possui CNH: ☐ Sim ☐ Não	
	23- DIA DA SEMANA DO ACIDENTE: ☐ Domingo ☐ Segunda – feira ☐ Terça – feira ☐ Quarta – feira ☐ Quinta – feira ☐ Sexta – feira ☐ Sábado		
	24- TURNO QUE OCORREU O ACIDENTE: ☐ Madrugada (00:00 às 05:59) ☐ Manhã (6:00 às 11:59) ☐ Tarde (12:00 às 17:59) ☐ Noite (18:00 às 23:59)		
	25- MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA: _____	26- LOGRADOURO (Rua, Avenida...): _____	27- N°: _____
	28- BAIRRO DA OCORRÊNCIA: _____	29- ZONA DA OCORRÊNCIA: ☐ Urbana ☐ Rural ☐ Periurbana	30- PONTO DE REFERÊNCIA: _____





FL. 04 - PARECER TÉCNICO referente ao Processo: 01.02.017306.003060/2026-88 (FVS-RCP)

Quadro 2 - Ficha de Notificação de Acidentes de Transporte Terrestre.

Dados do Acidente	31- NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ Colisão/Abalroamento ☐ Atropelamento ☐ Tombamento/Capotamento ☐ Queda em/do veículo ☐ Choque com objeto fixo ☐ Outro: _____	
	32- CAMPO CID: ☐ V01 - V09 Pedestre traumatizado em um acidente de transporte ☐ V10 - V19 Ciclista traumatizado em um acidente de transporte ☐ V20 - V29 Motociclista traumatizado em um acidente de transporte ☐ V30 - V39 Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte ☐ V40 - V49 Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte ☐ V50 - V59 Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte ☐ V60 - V69 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte ☐ V70 - V79 Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte ☐ V80 - V89 Outros acidentes de transporte terrestre	
Fatores de Risco e Proteção	33- OUTRA PARTE ENVOLVIDA NO ACIDENTE: ☐ Bicicleta ☐ Motocicleta ☐ Pedestre ☐ Automóvel ☐ Ônibus/Micro-ônibus ☐ Veículo pesado (Caminhão...) ☐ Animal ☐ Objeto Fixo ☐ Outros Se outros, especificar: _____	34- ACIDENTE RELACIONADO AO TRABALHO? ☐ Não relacionado ao trabalho ☐ Indo ou voltando do trabalho ☐ Durante o serviço/trabalho Se durante serviço/trabalho, ocupação: _____
	35- SINAL OU EVIDÊNCIA DE QUE A VÍTIMA ESTAVA SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOÓLICA NO MOMENTO DO ACIDENTE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica	36- OUTRO FATOR RELACIONADO AO ACIDENTE: ☐ Nenhum outro fator ☐ Buraco na via ☐ Ausência de sinalização na via ☐ Violência ☐ Travessia de pedestre fora da faixa ☐ Desvio de animal na pista ☐ Outros, especificar: _____
Lesões e Evolução	37- A VÍTIMA FAZIA USO DE EQUIPAMENTO/DISPOSITIVO DE SEGURANÇA? ☐ Cinto de segurança ☐ Capacete ☐ Dispositivo de retenção infantil (cadeirinha, bebê conforto...) ☐ Não utilizava ☐ Não se aplica ☐ Ignorado	
	38- NATUREZA DA LESÃO: ☐ Escoriações ☐ Corte/Laceração ☐ Torção/Luxação ☐ Queimadura ☐ Fratura ☐ Amputação traumática ☐ Traumatismo cranioencefálico ☐ Lesões de órgãos internos ☐ Politraumatismo ☐ Outras, especificar: _____	
Informações Complementares	39- PARTE / REGIÃO DO CORPO ATINGIDA (DIAGNÓSTICO PRINCIPAL): ☐ Cabeça ☐ Face ☐ Pescoço ☐ Coluna/Medula ☐ Tórax/Dorso ☐ Abdome ☐ Quadril ☐ Membros superiores ☐ Membros inferiores ☐ Múltiplos órgãos	
	40- PRECISOU DE INTERNAÇÃO: ☐ Sim ☐ Não Se sim, Data: ____/____/____	41- PRECISOU DE CIRURGIA: ☐ Sim ☐ Não Se sim, Data: ____/____/____
	42- EVOLUÇÃO DO CASO: ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão/fuga	
Informações Complementares	43- OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:	
	44- RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO E CONTATO:	45- FUNÇÃO:

