



Governo do Amazonas



SUSAM
Secretaria de Estado da Saúde



Desafios Amazônicos

Plano Estadual de Saúde 2006 - 2007

Novembro/2006

MISSÃO INSTITUCIONAL

“Assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, através da formulação da Política Estadual de Saúde, da atenção à saúde individual e coletiva e da vigilância à Saúde, de acordo com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde-SUS, de universalidade, equidade, integralidade, dos princípios da regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos e atuar como Órgão Gestor Estadual do SUS-Am.” (Plano Estadual de Saúde 2004 – 2005)

IDENTIFICAÇÃO E AUTORIDADES

Identificação

Estado do Amazonas

Código do IBGE

Unidade territorial – 13 Amazonas

Governo do Amazonas

Governador

Carlos Eduardo de Souza Braga

Sede do Governo

Endereço: Av. Brasil s/no. Compensa II

Manaus – Am Cep 69 036 110

Secretaria de Estado da Saúde

Secretário

Wilson Duarte Alecrim

Sede da Secretaria

Av. André Araújo nº 701

Telefone: (92) 643-6300

Manaus – AM - CEP 69060-001

CNPJ: 00.697.295/0001-05

Email: sec_coordenador@saude.am.gov.br

Site: www.saude.am.gov.br

Aprovação:

Resolução nº 039, datada de 19 de dezembro de 2006 do Conselho Estadual de Saúde.

ELABORAÇÃO

Coordenação Geral::

Grupo Técnico Interinstitucional de Condução e Implementação do Pacto Pela Saúde 2006 constituído pela PT GSUSAM 0564/2006 . Resolução CES N°. 021 de 25/07/06

Orientação e Supervisão

Radija Mary Costa de Melo Lopes

Coordenador Técnico

Celso de Souza Cabral

Equipe Técnica

Valdenize Pereira Duarte

Theobalda Ferreira de Anísio

Alzemir Oliveira Alves

Carlos Renato Colares Carvalho

Elcileide Pereira da Silva

Maria Cleomirete Lopes de Almeida

Suziele da Costa Souza

Telma da Conceição Santos Amaral Pereira

Aida Cristina Tapajós Andrade

Apoio Administrativo

Jorge Anézio dos Santos Moura

Madalena do Perpétuo Socorro dos Santos Bezerra

Claudete Silva de Jesus

Maria Celeste Maduro Pereira

Colaboração:

Áreas Técnicas da SUSAM

Conselho Estadual de Saúde

Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta

Fundação de Medicina Tropical

Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas

Fundação Hospital Adriano Jorge

Fundação de Vigilância à Saúde do Amazonas

SUMÁRIO

Apresentação	5
Introdução	6
1. Diagnóstico Situacional.....	7
1.1 Condições de Saúde da População.....	7
1.1.1 Características Geográficas	7
1.1.2 Perfil Demográfico	9
1.1.3 Indicadores Sócio-Econômico.....	11
1.1.4 Saneamento Básico.....	13
1.2 Perfil Epidemiológico.....	14
1.2.1 Vigilância à Saúde.....	79
1.2.1.1 Vigilância Epidemiológica	82
1.2.1.2 Vigilância Sanitária.....	84
1.2.1.3 Vigilância ambiental e Controle de Doenças.....	85
1.3 Organização dos Serviços	87
1.3.1 Regionalização.....	87
1.3.2 Acessibilidade.....	90
1.3.3 Oferta de Serviços à População	92
1.4 Programas Estratégicos	97
1.5 Assistência Farmacêutica.....	103
1.6 Financiamento do Setor Saúde	104
1.7 Controle Social	106
1.8 Colegiados de Gestão	107
2 . Objetivo.....	109
3 . Metodologia	110
4 . Consolidação de Metas 2006.....	111
5 . Consolidação de Metas 2007.....	133
6. Monitoramento e Avaliação	165
7. Bibliografia	166

Apresentação

O Amazonas vem registrando avanços importantes no processo de implementação do SUS. Os grandes investimentos nessa área têm contribuído para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

O Plano Estadual de Saúde – PES configura-se como um dos instrumentos básicos de planejamento do SUS e teve como base para sua elaboração a Agenda Estadual de Saúde 2005 – 2006 e o Pacto pela Saúde 2006.

Seu processo de construção ocorreu de forma integrada com a colaboração de atores fundamentais para que pudesse ter legitimação na política local de saúde. Conduzido pelo Grupo de Implantação do Pacto pela Saúde, onde se fez representado pelas áreas técnicas da SUSAM, Fundações, e os Colegiados de Gestão do SUS em nível local, como o Conselho Estadual de Saúde (CES), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), de forma a absorver em grande parte os anseios da população no que tange as necessidades imediatas de intervenção pelo setor saúde.

Com o objetivo de contemplar as mudanças fruto de grandes discussões realizadas no Conselho Nacional de Saúde – CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASSEMS, este PES reflete as prioridades contidas no Pacto pela Saúde 2006 e as amplia ao considerar a realidade epidemiológica local.

Apesar dos esforços da Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM, para a implantação do Pacto pela Saúde 2006, estamos trabalhando com a cautela devida, visto que Pactuar prioridades para 62 municípios com características tão distintas da do resto do país é sem dúvida, um grande desafio. Por isto, este PES vem antecipar, de certa forma, o processo de pactuação do Estado, podendo ser revisto a qualquer momento.

No intuito de contribuir como um instrumento de referência para a gestão da saúde no Amazonas, temos a honra de apresentar à sociedade amazonense esta importante ferramenta de controle social.

Wilson Duarte Alecrim

Secretário de Estado da Saúde

Introdução

Desde o final do século XX o SUS passou por várias mudanças com o objetivo de aperfeiçoar os mecanismos de gestão e assim proporcionar um sistema capaz de se antecipar aos problemas de saúde da população e com isso diminuir seu impacto.

Um dos instrumentos orientadores da gestão do SUS é o Plano de Saúde, sua característica principal é a apresentação dos problemas de saúde que mais atingem a população, além da definição de prioridades de intervenção.

O Plano Estadual de Saúde do Amazonas – PES foi elaborado para 02 (dois) anos 2006 e 2007 com o objetivo de cumprir o que determina a Portaria nº 548/GM, datada de 12 de abril de 2001, que estabelece um período de 04 (quatro) anos acompanhando o quadriênio de governo.

Como o Plano anterior teve uma periodicidade de dois anos (2004 – 2005), faltava então complementar o período e assim fechar o quadriênio 2004 – 2007. Por isso, este Plano vem adequar o planejamento da SUSAM à legislação vigente.

Para o ano de 2006 foram considerados os eixos prioritários extraídos da Agenda Estadual de Saúde 2005 – 2006 ainda vigente.

Como o Pacto pela Saúde 2006 foi publicado somente em fevereiro de 2006, por tratar-se de um processo em construção, onde sua regulamentação vem se dando no decorrer do ano de 2006 e os processos de pactuação ultrapassarão o ano corrente, as metas para 2007 consideraram o termo de compromisso a ser pactuado pelo estado. Após a pactuação tais metas deverão ser revistas em momento oportuno.

Neste documento são apresentadas ainda estratégias de monitoramento e avaliação contínua da execução deste Plano, através dos meios tecnológicos disponíveis para o alcance de um gerenciamento eficiente.

Nas considerações finais apontamos alguns gargalos a serem trabalhados para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, além dos desafios que virão pela frente.

Esta Secretaria vem envidando esforços no sentido de regularizar-se frente à legislação pertinente aos instrumentos de gestão do SUS, sem perder de vista as profundas mudanças em curso com o advento do Pacto Pela Saúde.

1. Diagnóstico Situacional

1.1 Condições de Saúde da População

Vários estudos apontam que o processo Saúde X Doença está diretamente relacionado com as condições aos quais uma determinada população está submetida. Na intenção de traçarmos um perfil destes condicionantes sociais apresentaremos alguns dados selecionados sobre demografia, sócio-econômicos e de saneamento básico do Estado do Amazonas.

1.1.1 Características Geográficas

O estado do Amazonas possui uma área total de 1.570.745,7 km², constituindo-se como o maior estado do Brasil em extensão territorial¹ e seus municípios encontram-se distribuídos nas principais calhas de rios.

Seu relevo apresenta três patamares de altitude - igapós, várzeas e baixos platôs ou terra firme - definidos pelo volume de água dos rios, em função das chuvas. Os igapós são áreas permanentemente inundadas, com vegetação adaptada a permanecer com as raízes sempre debaixo d'água. As várzeas encontram-se em terreno mais elevado e são inundadas apenas na época das cheias dos rios. A seringueira é um exemplo do tipo de árvores existentes nessa área. Os baixos platôs ou terra firme estão localizados nas partes mais elevadas e fora do alcance das cheias dos rios.

Diferindo da maioria dos estados brasileiros, Amazonas é cortado ao norte pela linha do Equador; apresenta como clima dominante o equatorial (Am) com duas variações².

Porção Oeste: clima equatorial úmido sem estação seca definida. O regime pluviométrico é elevado, com índices superiores a 2.000 mm/ano. As temperaturas também são elevadas variando entre 25 e 27°C, durante os meses de maio a setembro as chances de ocorrer a friagem são grandes, quando ocorrem, em média de 3 a 4 dias as temperaturas diminuem chegando a 10 graus (mínima).

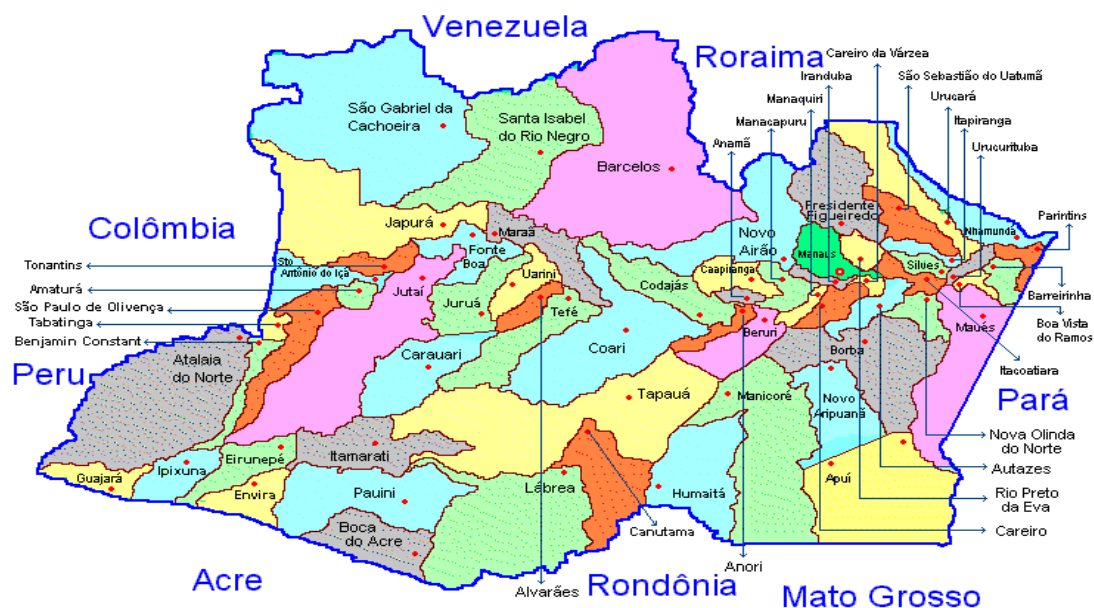
¹ http://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_estados_do_Brasil_por_densidade_demogr%C3%A1fica

² [tp://www.ambientebrasil.com.br/composer.php3?base=./estadual/index.html&conteudo=./estadual/am4.html](http://www.ambientebrasil.com.br/composer.php3?base=./estadual/index.html&conteudo=./estadual/am4.html)

Porção Leste: clima equatorial com pequena estação seca; chuvas acentuadas o que registra índices superiores a 2.500 mm/ano e temperaturas de 26°C. A estação seca ocorre na primavera (norte do Amazonas) e no verão (sul do rio Amazonas).

O mapa abaixo apresenta as dimensões políticas do estado do Amazonas, seus municípios e áreas fronteiriças.

Figura 1 – Mapa do Estado do Amazonas, municípios, fronteiras e divisas.

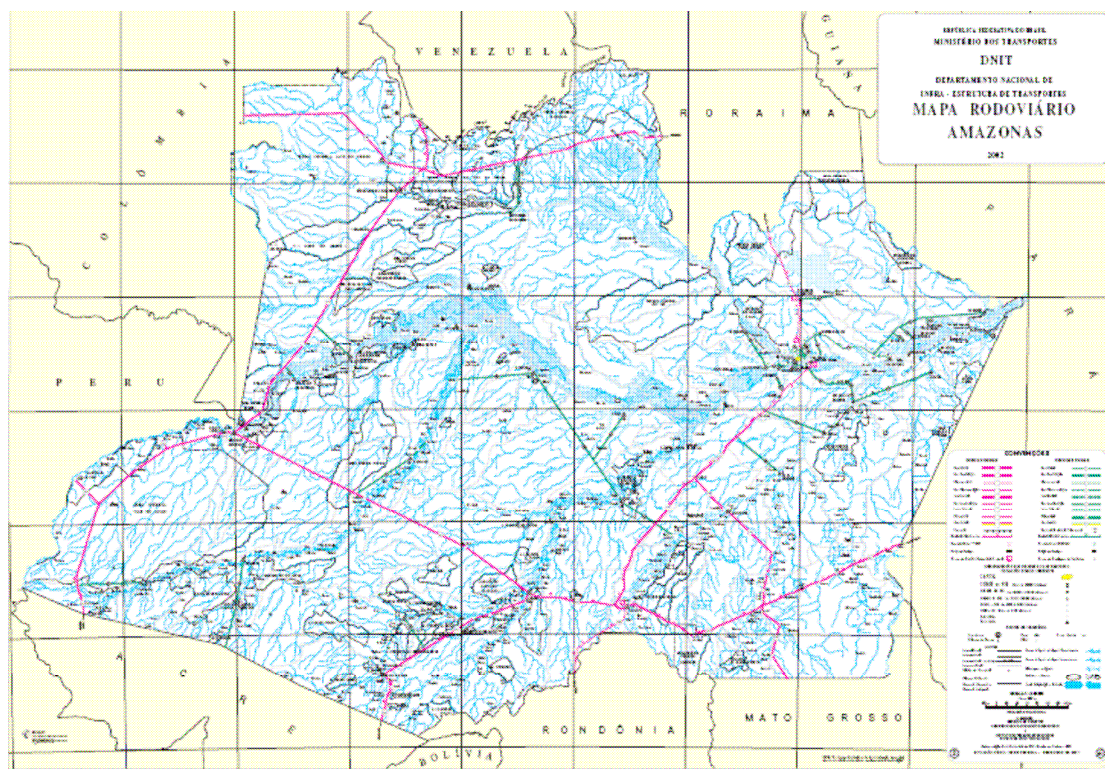


Fonte: www.am.trf1.gov.br, acesso em 28/12/2005.

O mapa acima demonstra a distribuição dos municípios dentro do estado, suas distâncias entre si e a capital Manaus. Os municípios mais longe da capital são: Guajará, Ipixuna, Envira, Boca do Acre, Atalaia do Norte, Tabatinga, Santo Antônio do Içá e São Gabriel da Cachoeira.

A figura abaixo apresenta a malha rodoviária e fluvial do Amazonas, assim como as áreas de reservas indígenas.

Figura 2 – Mapa do Estado do Amazonas, reservas indígenas e malha rodoviária e fluvial.



O principal meio de transporte utilizado é o fluvial, visto que as poucas estradas existentes não conseguem dar suporte terrestre aos habitantes da maioria dos municípios do estado como vimos na figura 2.

As enormes distâncias e dificuldades de locomoção através dos rios são fatores que interferem diretamente no custo saúde diferenciado dispendido pelo estado para a manutenção da rede assistencial no Amazonas em relação aos outros estados da União.

A assistência à saúde da população torna-se mais grave em períodos secas intensas, deixando vários municípios isolados. Sendo importante destacar o papel das forças armadas da Amazônia que desempenham ações conjuntas com o estado para o apoio a esses municípios.

1.1.2 Perfil Demográfico

A tabela abaixo faz um comparativo entre a população do Amazonas em relação aos outros estados da região norte e Brasil, com respectivo percentual e densidade demográfica.

Tabela 1 – População residente, total e percentual, Brasil, Região Norte e respectivos Estados, 2004

Brasil/Região Norte/Estados	População 2004	Percentual	Densidade Demográfica (hab/km²)
Brasil	179.108.134	100	20,96
Região Norte	14.064.278	7,8	3,64
- Pará	6.695.940	47,6	5,37
- Amazonas	3.100.136	22,0	1,98
-----Manaus	1.565.709	50,5	136,55
-----Interior	1.534.427	49,5	0,99
- Rondônia	1.479.940	10,5	6,23
- Tocantins	1.253.256	8,9	4,52
- Acre	614.205	4,3	4,03
- Amapá	553.100	3,9	3,88
- Roraima	367.701	2,6	1,64

Fonte: Datasus/MS, Wikipedia, acesso em 26/12/2005.

Dados do IBGE demonstraram que, em 2004, o Amazonas possuía 3.100.136 habitantes, correspondendo a 22,0% da população total da região norte perdendo apenas para o Pará que possui a maior população da região com 47,6%. Em termos populacionais verifica-se ainda que a região norte possui somente 7,8% da população total do Brasil (tabela 1).

Na região norte, a relação entre o baixo percentual da população e uma vasta extensão territorial resulta em uma das menores densidades demográficas do país com 3,64 hab/km². Entre os estados da região norte o Amazonas possui uma densidade demográfica de 1,98 hab/km² perdendo somente para Roraima que tem densidade demográfica de 1,64 hab/km².

O Amazonas possui uma característica singular, praticamente metade de sua população está concentrada na capital Manaus que possui uma altíssima densidade populacional com 136,55 hab/km² enquanto que o interior tem uma das mais baixas densidades populacionais de todo o país com 0,99 hab/km², ou seja, parte da população está concentrada na capital do estado e outra parte encontra-se dispersa nos outros 61 municípios que compõem a divisão política do Amazonas.

A tabela abaixo apresenta a distribuição da população 2004 e municípios do Amazonas, conforme faixa populacional.

Tabela 2 – População, segundo faixa populacional, municípios do Amazonas, 2004.

Faixa Populacional	População total e percentual	Total e Percentual de Municípios
Até 15 mil habitantes	212.536 (6,9)	21 (33,9)
De 16 a 30 mil habitantes	615.819 (19,9)	27 (43,5)
De 31 a 100 mil habitantes	603.205 (19,5)	12 (19,4)
Mais de 100 mil habitantes	1.668.576 (53,7)	2 (3,2)
Total	3.100.136 (100)	62 (100)

Fonte: Datasus/MS, acesso em 27/12/2005.

O Amazonas possui cerca de 48 (77,4%) municípios com população até 30 mil habitantes, representando uma população de 828.355 habitantes, ou seja, 27% do total do estado. Acima de 100 mil habitantes somente 2 municípios (3,2%) com uma população de 1.668.576 (53,7%). Desta constatação decorre a interpretação de que fazer assistência à saúde a população do interior do Amazonas é uma tarefa que envolve um grande esforço por parte de todo corpo técnico tanto do estado quanto dos municípios além da alocação de uma grande quantidade de recursos financeiros para investimento e manutenção da rede assistencial.

1.1.3 Indicadores Sócio-Econômico

Dentre os indicadores sócio-econômicos que mais demonstram as características intrínsecas da população destacamos o IDH-M que apesar de ter a educação como um de seus componentes, selecionamos outros da área educacional devido sua importância enquanto condicionante da saúde para a população.

A tabela a seguir apresenta o ranking do IDH-M Brasil em relação ao Amazonas e municípios selecionados.

Tabela 3 – Ranking Brasil do IDH-M, Amazonas e Municípios Selecionados, 2000.

Brasil/Amazonas/Municípios Selecionados	Ranking	IDH-M	IDH-M Renda	IDH-M Longevidade	IDH-M Educação
Brasil	-	0,766	0,723	0,727	0,849
Amazonas	16°	0,713	0,634	0,692	0,813
5 Melhores Municípios					
- Manaus	1.207°	0,774	0,703	0,711	0,909
- Presidente Figueiredo	2.135°	0,741	0,647	0,718	0,858
- Itacoatiara	2.800°	0,711	0,568	0,741	0,825
- Tabatinga	3.016°	0,699	0,600	0,718	0,780
- Urucará	3.037	0,698	0,589	0,705	0,800
5 Piores Municípios					
- Envira	5.468°	0,513	0,403	0,648	0,489
- Itamarati	5.481°	0,505	0,420	0,648	0,448
- Guajará	5.482°	0,504	0,375	0,618	0,520
- Tapauá	5.490°	0,498	0,418	0,564	0,512
- Ipixuna	5.501°	0,487	0,387	0,564	0,509

Fonte: Pnud. acesso em 27/12/2005.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD considera baixo o IDH-M de 0,000 a 0,4999, médio de 0,500 a 0,799 e alto de 0,800 a 1,000. Em relação aos outros estados da federação o Amazonas encontra-se na 16ª posição, com um IDH-M de 0,713 (médio).

Todos os 5 municípios do Amazonas melhores colocados no ranking nacional encontram-se em uma posição de média classificação. Dentre os 5 piores colocados, os municípios de Tapauá e Ipixuna são os únicos inseridos na posição de baixa classificação.

A análise da tabela aponta que o componente que mais influenciou na composição do IDH - M dos 5 piores municípios do Amazonas foi o IDH - Renda que manteve-se sempre abaixo de 0.500, indicando a necessidade urgente de intervenção por parte do governo estadual na introdução de mecanismos efetivos de desenvolvimento sustentável e de distribuição de renda para estes municípios.

Para aprofundar a análise da educação no Amazonas selecionamos alguns indicadores de desigualdade e comparamos com a região Norte e Brasil, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 4 – Indicadores selecionados sobre educação, Brasil, Região Norte e Amazonas, 2001.

Indicadores Selecionados	Amazonas	Região Norte	Brasil
Idade Média do Ensino Fundamental Regular na 1ª Série (em anos de idade)	9,3	9,1	8,9
Idade Média do Ensino Fundamental Regular na 8ª Série (em anos de idade)	18,6	17,2	16,5
Taxa de Analfabetismo na população de 15 anos ou mais (%)	7,7	11,2	12,4
Taxa de Analfab. na Pop. de 15 anos ou mais do Gênero Feminino (%)	7,6	11,0	12,3
Taxa de Analfab. na Pop. de 15 anos ou mais do Gênero Masculino (%)	7,9	11,5	12,4
Taxa de Analfab. na Pop. de 15 anos ou mais da Raça Branca e Amarela (%)	5,8	7,9	7,7
Taxa de Analfab. na Pop. de 15 anos ou mais da Raça Parda e Negra (%)	7,8	11,5	16,6

Fonte: IBGE, Pnad. acesso em 27/12/2005.

A idade média da população matriculada em 2001 nas 1ª e 8ª séries do ensino fundamental foi de 9,3 e 18,6 anos, respectivamente, sempre acima da média regional e brasileira, é considerada alta, significa que as pessoas estão entrando e saindo tardiamente do ensino fundamental, representando um grande problema para a formação dos cidadãos amazonenses e prejuízo para o desenvolvimento da cadeia produtiva.

Mesmo com pessoas entrando tardiamente no sistema educacional, o Amazonas registrou uma das menores taxas de analfabetismo na população de 15 anos ou mais, em comparação com a região Norte e Brasil.

Quando analisamos a taxa de analfabetismo por gênero e raça verificamos que há uma leve desigualdade na relação entre o sexo masculino e o feminino, mas é menor do que o registrado para a região Norte e Brasil. Quanto à raça verificamos que o Amazonas registra uma das menores taxas de analfabetismo em comparação com a região Norte e Brasil, contudo há uma visível desigualdade entre as raças Branca e Amarela com a Parda e Negra, apresentando 5,8 e 7,8, respectivamente. Este dado nos aponta que a redução das desigualdades tem que ser uma das prioridades de governo a serem enfrentadas.

Tais desigualdades certamente tem impacto direto na saúde da população mais pobre que tem em sua maior parcela formada por Pardos e Negros.

1.1.4 Saneamento Básico

O censo demográfico de 2000 registrou a existência de 570.938 domicílios no Amazonas, sendo distribuídos em 452.085 na área urbana e 118.853 na rural. A tabela 5 apresenta alguns indicadores selecionados sobre saneamento básico no Amazonas.

Tabela 5 – Indicadores selecionados, abastecimento de água e instalações sanitárias, segundo situação, Amazonas, 2000.

Situação	Urbana	%	Rural	%
Total de Domicílios (570.938)	452.085	80	118.853	20
Abastecimento de Água				
- Rede geral - canalizada em pelo menos um cômodo	275083	61	3397	3
- Rede geral - canalizada só na propriedade/terreno	61180	14	3049	3
- Poço ou nascente - não canalizada	21412	5	20083	17
- Outra forma - não canalizada	41384	10	87537	74
Tipo de Instalação Sanitária				
- Rede geral de esgoto ou pluvial	113797	26	374	1
- Fossa séptica	150540	34	3563	3
- Fossa rudimentar	107727	24	52831	45
- Não tem instalação sanitária	26581	6	46351	39

Fonte: Datasus/MS, acesso em 27/12/2005.

A análise desta tabela demonstra a discrepância existente de saneamento básico entre o urbano e o rural no estado do Amazonas.

Quanto ao abastecimento de água, verificou-se que em 2000, na área urbana representava 60% do total de domicílios, enquanto que na rural somente 3%. Para o setor saúde isto representa um risco eminente para o surgimento aparecimento de doenças de veiculação hídrica, principalmente àquelas relacionadas ao uso da água. Na área rural cerca de 74% dos domicílios não tinham água canalizada.

O mesmo acontece com as instalações sanitárias, que na área urbana 26% dos domicílios utilizavam a rede geral de esgoto ou pluvial, 34% tinham fossa séptica, 24% tinham fossa rudimentar e 6% não tinham qualquer instalação sanitária no domicílio. Esse quadro geral é preocupante, principalmente porque são nas áreas urbanas que estão concentradas as maiores parcelas da população. Ressalte-se que o meio ambiente em que as famílias residem e criam seus filhos interfere diretamente na relação saúde X doença.

Na área rural do Amazonas, onde o percentual de domicílios representam 20% do total, a situação é mais crítica porque somente 4% dos domicílios utilizam a rede geral de esgoto ou pluvial e fossa séptica e 84% utilizam fossa rudimentar ou não tem qualquer instalação sanitária. Esta característica da área rural é preocupante e deixa o setor saúde em constante alerta, principalmente porque a população da área rural do Amazonas está dispersa em várias comunidades de difícil acesso por parte das equipes de saúde dos municípios.

O perfil epidemiológico a seguir apresentado demonstrará mais detalhadamente a evolução das doenças decorrentes de fatores biológicos, ambientais e comportamentais da população.

1.2 Perfil Epidemiológico

Com introdução de vacinas, antibióticos, maiores e melhores ofertas de serviços de saúde e adequada aplicação de medidas de controle, ocorreu redução significativa da participação das doenças transmissíveis no perfil de mortalidade em nosso país, embora ainda seja um importante fator de morbidade, principalmente por aquelas doenças para as quais não se dispõe de mecanismos eficazes de prevenção ou que apresentam estreita relação com o meio ambiente, social e econômico.

Distribuição Das Doenças Transmissíveis No Amazonas 2002 A 2006*

AGRAVOS	ANOS						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Coqueluche	101	45	152	94	75	60	19
D.Chagas	00	00	00	01	12	02	01
Dengue	6.311	19.405	2.171	3.931	915	936	434
Difteria	13	04	04	05	00	00	00
Esquistossomose	00	00	05	00	01	00	00
F.Amarela	01	03	06	00	03	02	01
F.Tifóide	226	124	94	46	77	48	26
Hantavirose	00	00	00	00	03	01	3
Hepatite Viral	1.558	1.754	1.475	914	2.945	1.203	524
Leishmaniose	1.744	2.682	1.899	3.722	2.374	1.670	1.280
Leptospirose	34	27	21	30	35	37	41
Meningites	397	407	387	346	271	195	183
Rubéola	588	150	12	19	05	03	01
Sarampo	02	00	00	00	00	00	00
Sífilis Congênita	05	07	01	11	57	60	131
Tétano Acidental	19	17	18	12	14	09	16
Tétano Neonatal	02	04	02	00	01	00	21

Fonte: SINAN

* Dados até a 46 semana

A idéia de que as doenças transmissíveis seriam facilmente erradicadas ou controladas através de medicamentos, contribuiu para que as medidas de controle deixassem de ser prioridades, com prejuízo para o desenvolvimento adequado das ações e perda de oportunidade na tomada de decisão das medidas de impacto.

De acordo com a tendência e comportamento, o Ministério da Saúde, agrupa as doenças transmissíveis em três categorias:

I. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS COM TENDÊNCIA DESCENDENTES;

Difteria
Coqueluche
Tétano
Poliomielite
Sarampo

Rubéola
Raiva Humana
Doença de Chagas
Hanseníase*
Febre Tifóide

* Possui Programa Específico – Dados não trabalhados pelo DVE

II - DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS COM QUADRO DE PERSISTÊNCIA;

Malária*	Hepatites
Tuberculose*	Leptospirose
Meningites	Tracoma
Leishmaniose Tegumentar Americana	Acidentes Animais Peçonhentos*

- Febre Amarela Silvestre

* Possuem Programas Específicos – Dados não trabalhados pelo DVE

III - DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS EMERGENTES E REEMERGENTES;

AIDS*	Dengue
Cólera	Hantavirose

* Possui Programa Específico – Dados não trabalhados pelo DVE

I. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS COM TENDÊNCIA DESCENDENTES

Difteria

A difteria é uma doença infecto - contagiosa aguda, que ataca as mucosas da garganta, causada por um agente, o *Corynebacterium diphterae*. Este bacilo se aloja nas amígdalas, faringe, laringe e nariz e em outras mucosas da pele e caracteriza-se por placas pseudomembranosas típicas, tendo como seu principal reservatório o homem. A transmissão se dá pelo contato direto do doente, ou portadores, com pessoa suscetível, através de gotículas de secreção respiratória, eliminada por tosse, espirro ou ao falar. É uma doença rara nos países desenvolvidos e no Brasil, com a introdução da vacina DTP na rotina do Programa de Imunização, a incidência de difteria vem declinando sistematicamente em todas as regiões, mantendo-se abaixo da meta estabelecida (um caso por mil habitantes).

No Amazonas, também é possível observar o declínio do número de casos da doença, provavelmente associado à cobertura vacinal de DTP ou impacto das medidas de controle. No período de 2000-2005, foram confirmados 26 casos de difteria, sendo que em 2004 e 2005 não houveram casos notificados.

A estratégia de controle adotada para essa doença é o fortalecimento da vigilância e a elevação da homogeneidade das coberturas vacinais com DTP e/ou TETRAVALENTE, em pelo menos 90%.

Distribuição de Casos de Difteria no Amazonas Segundo o Grupo Etário 2000 A 2005

Grupo etário	2000	2001	2002	2003	2004	2005
< 1 a	00	00	00	00	00	00
1 a 4	04	00	01	01	00	00
05 a 09	01	01	01	03	00	00
10 a 14	01	01	02	01	00	00
15 a 19	01	01	00	00	00	00
20 e +	06	01	00	00	00	00
Total	13	04	04	05	00	00

Fonte: DVE/ SINAN/GVDT

A vacina DTP protege contra Difteria, Tétano e Coqueluche e a vacina TETRAVALENTE, protege contra Difteria, Tétano, Coqueluche e Meningite por Haemophilus Influenzae. E a cobertura adequada é de 95%.

Série Histórica de Cobertura Vacinal de Dtp e Tetraivalente em Menores de 01 Ano /Amazonas – 2000 – 2005

METAS	2000	2001	2002*	2003	2004	2005**
PROGRAMADO	71.036	72.719	79.670	81.528	83.376	79.585
ALCANÇADO	53.114	55.515	57.544	67.034	63.441	61.992
%	75,0	76,34	72,23	82,22	76,09	77,89

Fonte – DVE/PNI/FVS/AM

* Introdução da Tetraivalente

**Dados até Novembro/05

Coqueluche

A Coqueluche como outras doenças imunopreviníveis, vem apresentando uma expressiva redução em função da introdução da vacina tríplice nas campanhas de vacinação e na rotina estabelecida pelo programa nacional de imunização. Caracteriza-se uma infecção contagiosa, aguda do trato respiratório causada pela bactéria Bordetella Pertussis que se manifesta em

forma de tosse seca. A transmissão se dá principalmente, pelo contato direto entre as pessoas. De suscetibilidade universal, a doença atinge mais as crianças menores de cinco anos. Em lactantes, pode resultar em número elevado de complicações e até a morte.

Considerada uma doença endêmica com uma alta contagiosidade, confere uma imunidade duradoura.

Em populações aglomeradas, condição que facilita a transmissão, a incidência da coqueluche pode ser maior na primavera e no verão, porém em populações dispersas nem sempre se observa esta sazonalidade. Não existe uma distribuição geográfica presencial, nem característica individual que predisponha a doença, a não ser presença ou ausência de imunidade específica.

Na distribuição de casos no Estado do Amazonas no período de 2000 a 2005, observa-se um declínio no número de casos, quando o coeficiente de incidência reduz de 3,83/ 100.000 hab em 2000 para 1,98 em 2005. Desde a instituição do Programa Nacional de Imunização em 1973, quando a vacina tríplice bacteriana (DTP) passou a ser preconizada para crianças menores de sete anos, observa-se um declínio na incidência de coqueluche.

Distribuição de Casos e Coeficiente de Incidência Por Coqueluche Amazonas – 2000 - 2005

ANO	CASOS	INC. 00.000hab
2000	101	3,83
2001	45	1,48
2002	152	4,49
2003	94	2,34
2004	75	2,38
2005	60	1,98

Fonte: DVE/SINAN/FVS

Tétano Acidental

Doença grave de distribuição universal, constituindo-se ainda um sério problema de saúde pública em várias regiões da terra. A ocorrência está associada às áreas de baixa cobertura vacinal, de deficientes estruturas de serviços de saúde e baixo desenvolvimento sócio-econômico-cultural, onde as populações possuem precárias condições de vida e desconhecimento das formas de prevenção.

Dentro dos aspectos etiopatogênicos; clínicos e epidemiológicos, econômicos e sociais que caracterizam a importância do tétano e o torna motivo de contínuos estudos, situa-se no fato de ser uma doença que não produz imunidade. Esta característica permite que o paciente possa ter a repetição da doença.

Sua incidência pode ser utilizada como um indicador sensível ao grau de desenvolvimento de uma população, já que se dispõe de instrumentos de prevenção de baixo custo e efetividade comprovada, mesmo quando utilizados após a introdução do agente etiológico, o *Clostridium Tetani*, no organismo humano.

No Amazonas no período de 2000 a 2005 foram notificados 91 casos de tétano acidental com 28 óbitos.

A taxa de letalidade no período analisado é de 30,70%, considerada alta, o que demonstra a fragilidade da estrutura dos serviços de saúde tanto no nível de prevenção quanto assistencial na precocidade e eficácia de uma intervenção na suspeita de Tétano Acidental (Tab 1).

Tabela Casos de Tétano Acidental por Evolução e Letalidade. Amazonas 2000 - 2005.

ANO	EVOLUÇÃO		LETALIDADE
	CASOS	ÓBITO	
2000	19	06	36,80
2001	17	06	29,41
2002	18	07	33,16
2003	12	02	16,66
2004	14	03	21,40
2005	11	04	36,36
TOTAL	91	28	30,70

Fonte: DVE/FVS /AM

Quanto à situação vacinal, observa-se uma maior ocorrência dos casos nos não vacinados 57 (62,6%), o que vem validar a importância da vacina. A variável ignorada, 15 (16,5 %) foi significativa, demonstrando a fragilidade das ações de Vigilância Epidemiológica principalmente na investigação. Tabela 02.

Tétano Acidental Por Situação Vacinal, Amazonas 2000 - 2005

DOSES	MANAUS	%	INTERIOR	%	TOTAL	%
1ª Dose	02	6,7	09	14,7	11	12,1
2ª Dose	00	00	02	3,4	02	2,2
3ª Dose	00	00	06	9,8	06	6,6
Nunca Vac.	22	73,3	35	57,4	57	62,6
Ignorado	06	20,0	09	14,7	15	16,5
TOTAL	30	100,00	61	100,00	91	100,00

Em relação ao sexo, os casos confirmados de tétano acidental são predominantemente no sexo masculino com 77,0% do total de casos no período analisado, o que demonstra uma maior exposição da população masculina ao risco de infecção pelo clostridium tetani, por não estar incluída nos programas e campanhas de imunização. Tabela 03.

Tabela Casos de Tétano Acidental por Sexo e Percentual. Amazonas 2000 – 2005*.

SEXO	Nº	%
MASCULINO	70	77,0
FEMININO	21	23,0
TOTAL	91	100,00

Fonte: DVE/FVS/AM * Dados sujeitos à revisão

Os casos de Tétano Acidental estão predominantemente na faixa etária de 20 a 50 anos, com 41 casos e 45% do total, que representa a faixa etária mais produtiva, com predominância de casos no sexo masculino, o que indica necessidade de maior intervenção nesta população, visto ser o Tétano Acidental é uma doença imunoprevenível. Observa-se ainda uma predominância significativa na faixa etária de 60 anos e mais que poderá estar associada especialmente à queda linear dos níveis séricos da antitoxina tetânica com o avançar da idade, e à negligência nas doses do reforço da vacina antitetânica.

As faixas etárias de 05 a 09 anos, 10 – 14 anos representam um grupo relevantes por se tratar de grupos prioritários no programa de imunização. (Tabela 04).

Tabela Casos de Tétano Acidental por Faixa Etária e Percentual. Amazonas 2000 – 2005*.

FAIXA ETÁRIA	N. ° DE CASOS	PERCENTUAL %
< 01 ANO	00	00
01 a 04 anos	04	4,4
05 a 09 anos	10	10,9
10 a 14 anos	06	6,6
15 a 19 anos	06	6,6
20 a 24 anos	08	8,8
25 a 29 anos	08	8,8
30 a 40 anos	11	12,0
40 a 50 anos	14	15,5
50 a 60 anos	09	9,9
60 e +	15	16,5
TOTAL	91	100,00

Fonte: DVE/FVS/AM * Dados sujeitos à revisão

Em relação à ocupação, a maior ocorrência dos casos ainda está relacionada à classe trabalhadora na agricultura e no grupo estudantil o que poderá estar relacionada à não efetividade da imunização nas escolas uma vez que os casos ocorridos não tenham história vacinal (Tab 5).

Tabela 05 – Casos de Tétano Acidental por Ocupação e Percentual. Amazonas 1993 – 2005*.

OCUPAÇÃO	N. ° DE CASOS	PERCENTUAL %
AGRICULTOR	30	32,9
ESTUDANTE	14	15,4
DOMÉSTICA	09	9,9
APOSENTADO	05	5,5
NÃO SE APLICA	08	8,9
IGNORADO	06	6,6
* OUTROS	19	20,8
TOTAL	91	100,00

Fonte: DVE/FVS/AM *Dados sujeitos a revisão

* Mecânico, vigilante, professor, lixeiro, eletricista, feirante, carpinteiro, desempregado, funcionário público.

Embora não se ignore a redução da doença no Amazonas, a situação apresentada evidencia que permanece a necessidade de se instituir medidas mais efetivas de vigilância, de imunização e de educação em saúde para a população considerando ser uma doença imunoprevenível, não se transmitir de pessoa a pessoa e dispor de vacina gratuitamente nos serviços básicos de saúde.

Tétano Neonatal

A Organização Mundial de Saúde, em 1989 estimou que quatrocentas mil crianças morriam de tétano neonatal no mundo, estando a contribuição maior centrada nos países subdesenvolvidos. Em detrimento da magnitude do problema, a OMS propôs por ocasião da Assembléia mundial de Saúde a Eliminação do Tétano Neonatal em nível mundial até 1995.

Em 1995, com a implementação das ações, principalmente a vacinação de mulheres em idade fértil, em forma de campanhas, nos municípios com registros de ocorrência anual de casos (municípios de alto risco) verificou –se uma redução importante na ocorrência de casos de tétano neonatal. Pode-se inferir que a diminuição dos casos esteja diretamente relacionados à efetivação das ações propostas no plano emergencial.

O Amazonas no período de 2000 a 2005 apresentou 09 casos de Tétano Neonatal, com 08 óbitos e uma taxa de letalidade em torno de 88,88%.

Casos e Óbitos e Taxa de Letalidade Tétano Neonatal, Amazonas – 2000 – 2005*

CASOS	ÓBITOS	LETALIDADE
09	08	88,88

FONTE: DVE/FVS

Em 2005 não houve caso

A análise dos 09 casos ocorridos nesse período, segundo o perfil das mães nos permite destacar alguns fatores significantes em relação à ocorrência dos casos.

Tétano Neonatal Segundo O Pré – Natal, Amazonas – 2000 – 2005

Situação PRÉ- NATAL	C/PRÉ	%	S/PRÉ	%	TOTAL	%
CASOS	00	00	09	100,00	09	100,00

FONTE: DVE/FVS/AM

Todas as 09 mulheres (100%) não haviam realizado o pré – natal, demonstrando a fragilidade nesse tipo de assistência e do Programa PACS/PSF.

Tétano Neonatal Segundo Situação Vacinal Da Mãe, Amazonas – 2000 – 2005

DOSES	TOTAL	%
1ª Dose	02	22,2
2ª Dose	01	11,1
3ª Dose	02	22,2
Nunca Vac.	04	44,5
TOTAL	09	100,0

FONTE: DVE/FVS/AM

Em relação à situação vacinal uma mulher (11,1%) estava com duas doses de vacina, em 04 mulheres (44,5%) não constava nenhuma dose de vacina.

Tétano Neonatal Segundo A Assistência Ao Parto, Amazonas – 2000 – 2005

PARTO	Part. Trein.	%	Part. N/Trein	%	Prof. Saúde	%	TOTAL	%
CASOS	02	22,2	05	55,6	02	22,2	09	100,00

Quanto à atenção ao parto, duas mulheres (22,2%) foram assistidas por parteiras treinadas; 05 (55,6%) por parteiras não treinadas; duas mulheres (22,2%) por profissional de saúde.

Tétano neonatal, segundo local do parto, Amazonas – 2000 – 2005

LOCAL	Domiciliar	%	Hospitalar	%	TOTAL	%
CASOS	03	33,3	06	66,7	09	100,00

FONTE: DVE/FVS/AM

Em relação ao local do parto, 03 mulheres (33,3%) tiveram seus partos em domicílios e seis (66,7%) foram atendidas em hospital.

Este quadro pode estar relacionado à fragilidade das ações de vigilância epidemiológica, dos programas PACS/PSF, como também com a má qualidade da assistência ao pré-natal e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Em 2003 não houve notificação de caso de tétano neonatal no Estado, entretanto em 2004 um caso suspeito foi detectado na busca ativa de óbito neonatal, no município de Manacapuru, confirmado após investigação.

Em 2005 foi notificado um caso suspeito de tétano neonatal em Manaus, Distrito C. Oeste e que após investigação, foi descartado com o diagnóstico de ‘ENCEFALOPATIA BILIRRUBÍNICA “(ou Kernícterus)”’.

Polimiete

A Poliomielite é uma infecção causada por vírus pode acontecer em qualquer idade, sendo mais comum em crianças, podendo levar a paralisia e evoluir para morte por asfixia.

Em 1994 o Brasil recebeu o Certificado de Interrupção da Transmissão Autóctone do Vírus Selvagem. Essa interrupção aconteceu devido, principalmente, a implementação da vigilância, prevenção e controle da doença, entre elas; Coberturas vacinais adequadas (95%), sistema de vigilância atuante e sensível (realizando notificação e investigação de todos os casos de Paralisia Flácida Aguda em menores de 15 anos) e específico (diagnóstico laboratorial com a coleta de duas amostras de fezes em dias consecutivos).

Distribuição dos Casos de Paralisia Flácida Aguda/Pfa Notificados no Amazonas 2000 – 2005*

ANOS	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CASOS	15	25	12	20	17	17

Fonte – DVE/FVS/AM

* Dados sujeitos a revisão.

O objetivo da vigilância é que todos os casos de Paralisia Flácida Aguda, em menores de 15 anos sejam investigados, a fim de identificar se é Poliomielite e, ainda mais, se o agente etiológico é ou não o vírus selvagem da pólio. O Amazonas sempre extrapola a meta de casos esperados, 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 anos, e tem mantido os indicadores de qualidade de investigação oportuna em 48 horas, coleta adequada de duas amostras de fezes e manutenção da notificação negativa oportuna, em torno ou acima de 80%.

Série Histórica de Cobertura Vacinal Contra Pólio, em Menores De 01 Ano /Amazonas – 2000 – 2005*

METAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
PROGRAMADO	71.036	72.719	79.670	81.528	83.376	79.585
ALCANÇADO	73.435	69.133	73.225	71.880	65.525	58.289
%	103,0	95,07	91,91	88,17	78,59	73,24

Fonte – DVE/PNI/FVS/AM

* Dados até Novembro/2005

A interrupção da circulação do vírus autóctone da Pólio depende da manutenção da imunidade de grupo, mantida através de campanhas nacionais de vacinação, com cobertura vacinal de no mínimo 95% das crianças menores de cinco anos. Na rotina a meta é vacinar 95% dos menores de um ano (vide tabela acima).

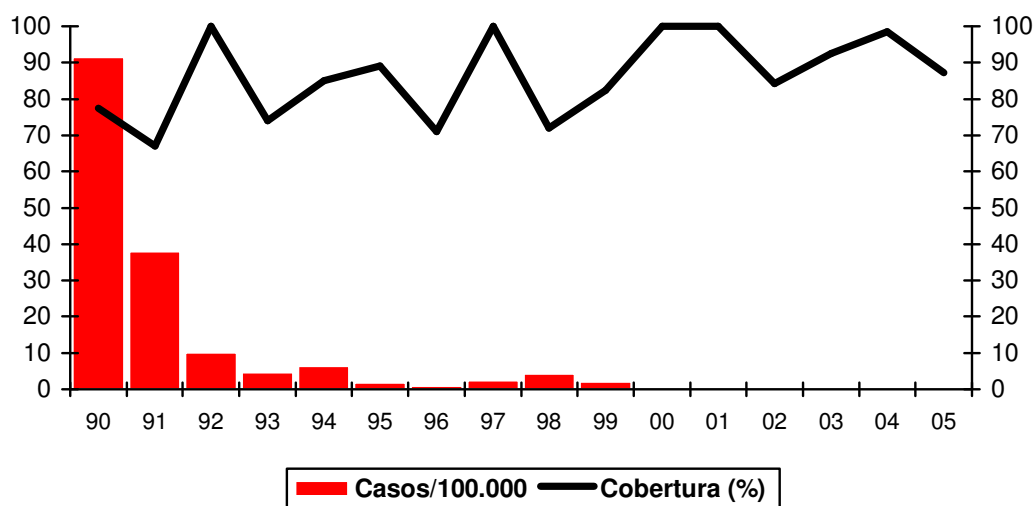
Sarampo

Em 1994, os países das Américas estabeleceram uma meta para erradicar o sarampo. Em 2001, foram identificados na Região das Américas apenas 503 casos confirmados, o que representa o número mais baixo já registrado, figurando uma redução de 71% em relação aos 1.754 casos notificados em 2000. Somente três países – Haiti, República Dominicana e Venezuela (após uma importação da Europa em 2001, apresentaram evidências de transmissão autóctone de sarampo em 2001).

Nenhum sistema de vigilância é capaz de detectar todos os casos. Além, disso, os casos importados passam despercebidos; nem sempre os visitantes buscam atenção médica no local e os indivíduos que o fazem, com frequência, buscam médicos particulares que nem sempre notificam os casos.

A partir da implantação do Plano de Erradicação do Sarampo em 1999, houve um incremento em todas as atividades e o sarampo apresentou uma nítida tendência de redução da sua incidência no período de 1991 a 2000, alcançando em 2001 a eliminação da circulação do vírus autóctone no Brasil. No Amazonas o Sarampo apresenta a mesma tendência epidemiológica do país. No ano 2000 foi confirmado, apenas, 01 caso de sarampo no município de Guajará, na fronteira com o Estado do Acre, último estado com surto de sarampo no país. No período de 2001 a 2005 no número de casos se manteve em zero.

Incidência de Sarampo e



Cobertura Vacinal, no Estado Amazonas - 1990 – 2005*

Série Histórica de Cobertura Vacinal Contra o Sarampo em Menores de 01 Ano e Tríplice Viral em um Ano, Amazonas – 2000 – 2005*

METAS	2000	2001	2002	2003*	2004	2005**
PROGRAMADO	71.036	72.719	76.670	82.220	84.080	80.248
ALCANÇADO	80.479	72.405	67.167	81.858	82.704	70.067
%	113,0	99,57	84,31	99,55	98,36	87,31

Fonte – DVE/PNI/FVS/AM

* Introdução da TRÍPLICE VIRAL a partir de 01 ano ** Dados até Novembro/2005

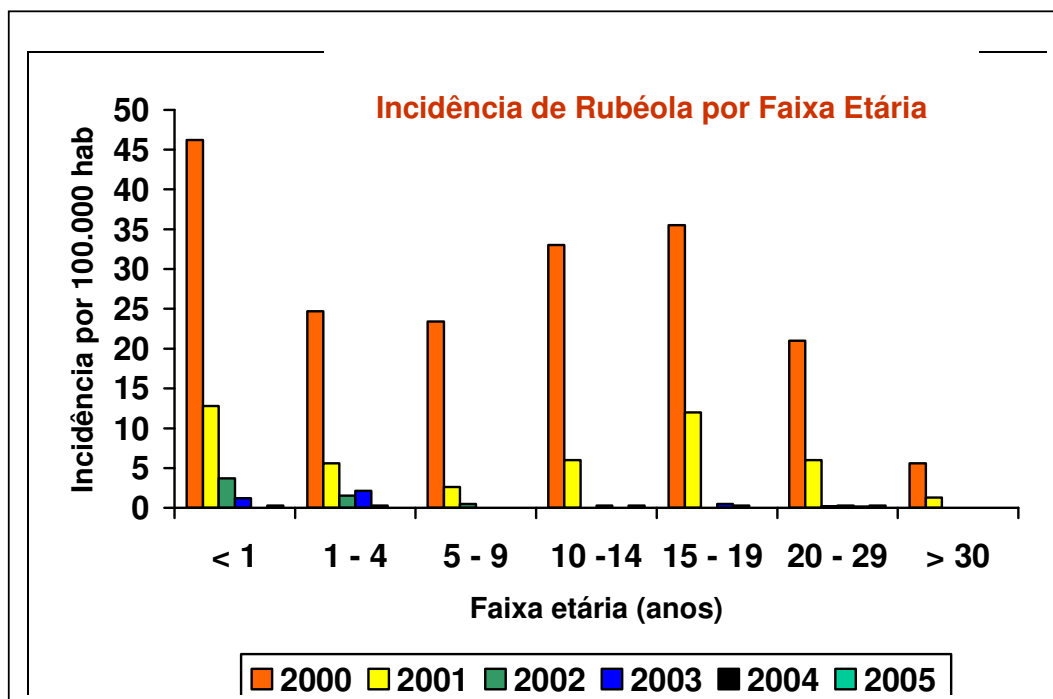
Rubéola

Com a introdução da vacina dupla viral nas mulheres de idade fértil, em 2000, o número de casos de rubéola reduziu drasticamente em todas as faixas etárias, embora tenhamos observado que nos últimos anos tenha sido maior a ocorrência da doença em pessoas vacinadas. Do total de casos suspeitos de rubéola notificados, 80% dos casos são confirmados ou descartados por laboratório, o que reflete a melhoria das ações de vigilância de uma doença que até pouco tempo não tinha nem dados para serem avaliados.

Em 2000 tivemos surtos de rubéola em Apuí, Envira, Eirunepé e Humaitá, no entanto somente o município de Apuí, acompanhou a evolução das crianças onde foram confirmados três casos de SRC. Tivemos neste mesmo ano surto de rubéola em uma aldeia indígena de Atalaia do Norte e na área urbana e rural de Carauari.

Em 2001 das mulheres em idade fértil 46 estavam grávidas, entre essas foram confirmados 28 casos de rubéola, dessas 26 eram do município de Carauari e 02 do município de Manaus. Todas as crianças foram acompanhadas e colheram sangue do coto umbilical, tivemos um caso de SRC confirmado em Manaus, uma criança IgM + em Carauari, que nasceu com hidrocefalia e catarata congênita, sendo caso confirmado de SRC. Os outros casos foram descartados pelo nível de IgG na segunda amostra. Na reavaliação das crianças IgM +, após um ano, em Carauari, encontramos uma criança surda e muda, filho de mãe que foi caso confirmado de rubéola na gravidez, não notificada.

Em 2002 foram confirmados 12 casos de rubéola, destes 10 casos foram confirmados por laboratório, sendo 03 casos em Carauari e 07 em Manaus e 02 casos clínicos. Em 2003 o número de casos confirmados foi maior que o ano anterior, foram 15 casos, sendo todos confirmados por laboratório, desses 07 (43.7%) foram em pessoas vacinadas.



Em 1999 a rubéola era uma doença que atingia principalmente mulheres na faixa etária reprodutiva, dos 1.104 casos confirmados que ocorreram em mulheres (62% do total), 18% delas estavam em idade fértil (11 a 39 anos). Em 2001 a partir da introdução da vacina Dupla Viral no Amazonas, em junho de 2000, já observamos mudanças no perfil epidemiológico da doença, com uma redução de 77% no total de casos confirmados de rubéola e em mulheres de idade fértil a redução foi em torno de 64,5%, embora este grupo ainda tenha sido o mais atingido. Em 2002 e 2003 o grupo de mulheres continuou a ser o mais atingido, porém ocorreu um deslocamento de faixa etária sendo a de 01 a 04 anos a mais atingida.

No ano de 2004 foram notificados 289 casos suspeitos de rubéola, desses 03 foram casos confirmados, sendo 01 em Manaus, sexo masculino com 02 anos; 01 em Humaitá, sexo feminina, 23 anos, não grávida; 01 em Carauari, sexo feminino, 17 anos, no terceiro trimestre de gravidez; o bebê nasceu sem nenhuma manifestação clínica, colheu duas amostras para

diagnóstico, com intervalo de três meses entre uma amostra e outra e foi descartado SRC por laboratório. Em 2005 foram notificados 03 casos confirmados de rubéola, dois em Presidente Figueiredo e um no município de Manaus, todos os três do sexo masculino.

Síndrome da Rubéola Congênita

Em 2000, principalmente no surto de rubéola em Apuí, estabelecemos um fluxo de acompanhamento para os casos confirmados em grávidas e conseguimos diagnosticar e acompanhar 03 casos de SRC, o mesmo aconteceu em 2001 no surto de Carauari, que se iniciou no final do ano anterior, onde de 20 mulheres grávidas com rubéola, ocorreram 02 casos confirmados SRC. Em 2002 apesar de não haver notificação de casos de rubéola em mulheres grávidas, identificamos uma criança com Síndrome, ainda resultante do surto de Carauari. Em 2003, não tivemos caso de rubéola em grávidas e nem casos confirmados de SRC, mesmo tardia.

Distribuição dos Casos Confirmados de Rubéola em Grávidas e Src – Amazonas – 2000 – 2005

ANO	TOTAL RUBEOLA	RUBÉOLA EM MULHERES	GRÁVIDAS COM RUBÉOLA	SRC CONFIRMADAS
2000	588	344	32	03
2001	150	92	20	02
2002	12	05	00	01
2003	19	09	00	00
2004	05	02	01	00
2005	03	00	00	00

FONTE: GT/Exantemáticas/AM

Em 2004 dos 03 casos confirmados de rubéola, 02 ocorreram em mulheres, sendo 01 em grávida. O bebê foi acompanhado, com resultado da primeira amostra IgM negativo e IgG positivo, descartado após resultado da terceira amostra. Em 2005 não houve caso confirmado de rubéola em mulheres.

Raiva Humana

A raiva ou hidrofobia é encefalite infecciosa que acomete praticamente todos os mamíferos: carnívoros - canídeos (cão, lobo, raposa, hiena, chacal, etc.), felídeos (gato), mustelídeos (skunk), quirópteros (morcegos), roedores (rato, esquilos), ruminantes (boi, veado),

monogástricos (cavalo), primatas (sagui, homem). O homem é um hospedeiro acidental na cadeia infecciosa, como o são, até certo ponto, os animais domésticos (cão e gato); o grande reservatório natural é representado por animais silvestres. Nem todo o cão mordido por animal raivoso adquire Raiva: apenas cerca de 35%, segundo Hutyra e Marek. Quanto ao risco de infecção humana, é estimado em 35-50% quando o cão excreta vírus na saliva e em apenas perto de 15% quando o vírus é detectado no cérebro, mas não na saliva.

O Amazonas, embora não registre casos desde 2002, ainda é considerado área de risco para raiva humana, pois apresenta alto índice de agressões de morcegos a humanos e possui muitas áreas silenciosas.

Doença de Chagas

A doença de Chagas é transmitida por triatomíneos, que apresentava elevada incidência em nosso país. Hoje, com a estratégia de monitoramento entomológico para identificar a presença do vetor e desencadear as medidas de controle e utilizar inseticidas específicos, essa doença encontra-se em declínio no País.

No Amazonas a vigilância epidemiológica da Doença de Chagas deverá ser implantada e sistematizada no ano de 2006, será realizado também inquérito sorológico. O caso de 2003 foi notificado no município de Manaus. Em 2004 foram notificados doze casos, sendo dez de Manaus e um de Apuí. Dos casos de 2005, foi notificado um caso de Manaus e um de Manacapuru.

Distribuição dos Casos Confirmados de Doença de Chagas – Amazonas – 2000 – 2005

ANO	CASOS
2000	00
2001	00
2002	00
2003	01
2004	12
2005	02

Fonte: SINAN/DVE/FVS

Febre Tifóide

A Febre Tifóide é uma doença infecciosa potencialmente grave, causada por uma bactéria, a *Salmonella Typhi*. Caracteriza-se por febre prolongada, alterações do trânsito intestinal, confusão mental progressiva, podendo levar ao óbito. A transmissão ocorre principalmente através da ingestão de água e alimentos contaminados. A distribuição é universal, porém é, mas prevalente em países e regiões onde o saneamento básico é inadequado. Estima-se a ocorrência de 12 a 33 milhões de casos por ano no mundo, com aproximadamente 600 mil óbitos. Cerca de 60% dos casos notificados ocorre na Ásia e 35% na África.

Nos países desenvolvidos ocorrem surtos ocasionais de febre tifóide. Nos países em desenvolvimento, principalmente no subcontinente indiano, Sudeste, Asiático, África, América Central e do Sul, a doença é endêmica.

No Brasil, são registrados casos em todas as regiões do país, principalmente no Norte e Nordeste. A presença de febre tifóide vinculada à escassez de acesso ao saneamento básico, reflete a história de uma política de saneamento vinculada ao desenvolvimento institucional do Estado, a economia, ao modo de produção, ao desenvolvimento tecnológico e a distribuição de renda.

Na distribuição dos casos no Estado do Amazonas, verifica-se que o coeficiente de incidência variou de 8,03 em 2000 a 1,48 em 2005 por 100.000 habitantes, o que indica a necessidade de implementar a vigilância, principalmente dos contatos assintomáticos.

Em 2000, ocorreu um incremento significativo no coeficiente, impondo a implementação de políticas e estratégias de ação que proporcionaram uma percepção desejável de resultado epidemiológico.

No período de 2001 a 2003, verifica-se uma grande redução no número de casos, onde o coeficiente de incidência em 2003 atingiu 1,51 por 100.000 habitantes tomando como estratégia à intensificação de medidas de controle.

Quanto à distribuição nos municípios do estado verifica-se que no ano de 2000 foram notificados 226 casos, distribuídos em todo o Estado. Nos últimos anos o município de Autazes tem sido o mais atingido, onde ocorre surto repetido da doença.

Distribuição de Casos e Coeficiente de Incidência/100.000hab de Febre Tifóide no Estado do Amazonas, 2000 – 2005*

ANO	N.º DE CASOS	COEF.INCIDÊNCIA
2000	226	8,03
2001	124	4,27
2002	94	3,17
2003	46	1,51
2004	77	2,48
2005	48	1,48

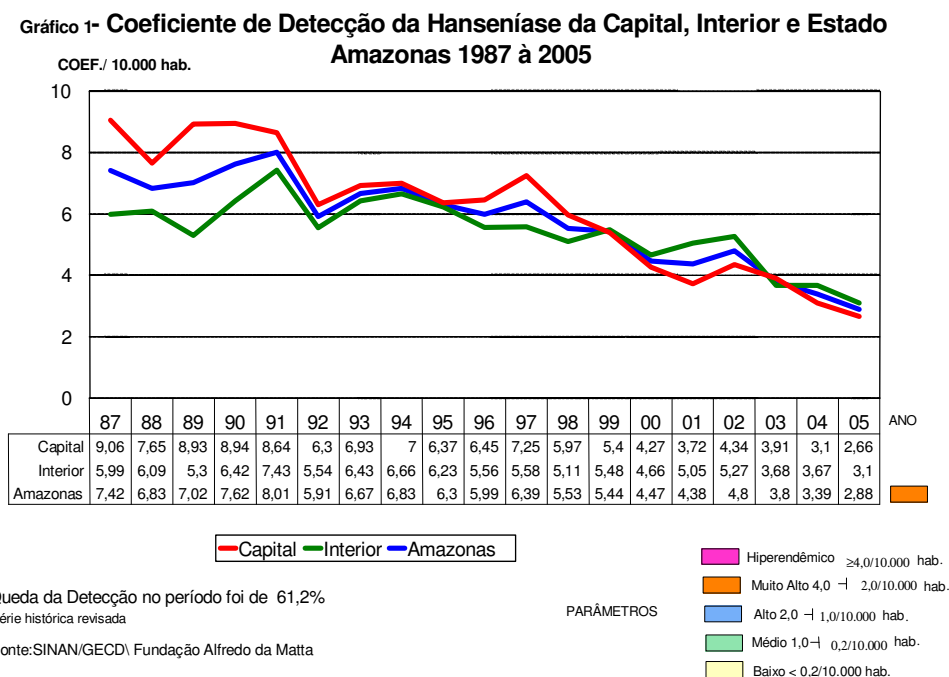
FONTE: SINAN / DVE / FVS * Dados sujeitos a revisão

Hanseníase

No ano 2005 as ações de controle e eliminação da hanseníase estavam implantadas nos 62 municípios, no estado do Amazonas.

Do total de 569 serviços ambulatoriais, (excluindo-se os ambulatórios de pronto socorro, serviços de diagnose e terapia, unidades móvel e de atenção psicossocial e outros no mesmo nível) no estado do Amazonas, 299 (52,5%) possuíam ações de controle da hanseníase, sendo 216 (72,2%) na capital e 83 (27,8%) no interior. Tendo havido um aumento de 28,1% na cobertura de serviços em relação ao ano anterior .

O coeficiente de detecção no Estado do Amazonas passou de 7,42/10.000 hab. em 1987 para 2,88/10.000 hab. em 2005, o que representou uma redução de 61,2%. Nas taxas de detecção de casos novos de hanseníase e tendência descendente da endemia nos últimos anos. Apesar dessa redução o estado ainda vinha mantendo-se como hiperendêmico ($\geq 4,0/10.000$ hab.) segundo parâmetro do Ministério da Saúde, até 2002. No entanto a partir do ano 2003 observa-se uma diminuição no coeficiente, passando para muito alto (gráfico 1).



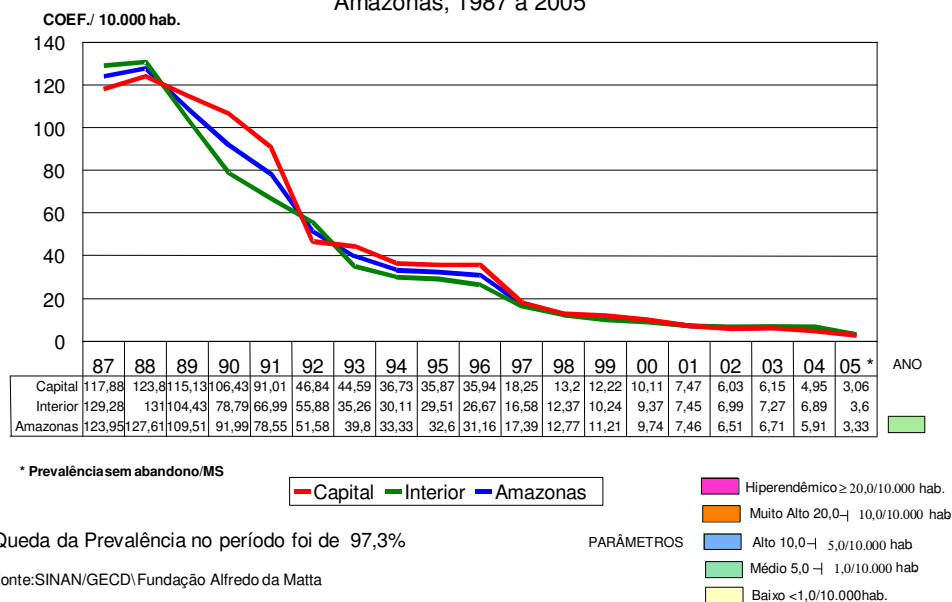
No ano de 2005 foram notificados no estado 1.047 casos de hanseníase, sendo 930(88,8%) casos novos, 58(5,5%) recidivas, 14(1,3%) transferências e 45(4,3%) outros reingressos. O modo de diagnóstico mais freqüente dos casos novos foi a forma espontânea (66,5%), seguida dos encaminhados por outros serviços (22,2%) e dos exames de contatos intradomiciliares (5,3%).

Dos 930 casos novos detectados, 438(47,1%) eram residentes de Manaus e o restante residentes em outros 57 municípios. Os coeficientes de detecção nos vários municípios do Amazonas variaram de 0,29 a 12,55/10.000 hab. Segundo parâmetros do Ministério da Saúde estas taxas encontram-se entre média (1^{-1} 0,2 /10.000 hab.) e hiperendêmica ($\geq 4,0/10.000$ hab.).

Dentre as áreas mais endêmicas no estado, destacaram-se em 2005, a região do Rio Juruá com um coeficiente de detecção de 5,83/10.000 hab., região do Rio Madeira com 4,36 /10.000 hab., a região do Rio Purus com 3,52/10.000 hab e a região do Médio Amazonas com 3,10/10.000 hab. Seguida de Manaus a capital do estado, com 2,66/10.000 hab.

Os dados de prevalência no Estado para o período de 1987 a 2005 mostram uma tendência descendente da endemia, com uma redução de 97,3% (passando de 123,95/10.000 hab. para 3,33/10.000 hab.) no período avaliado. A queda mais acentuada ocorreu a partir de 1996, com certa estabilidade ao final do período. Apresentou no último ano parâmetro de endemicidade considerado médio. (gráfico 2).

Gráfico 2 - Coeficiente de Prevalência da Hanseníase da Capital, Interior e Estado Amazonas, 1987 à 2005



No Estado do Amazonas até setembro de 2006 foram notificados 694 casos de hanseníase, sendo 617(88,9%) casos novos, 42(6,0%) recidivas, 6(0,9%) transferências e 29(4,2%) outros reingressos. Entre os casos novos detectados o modo de diagnóstico mais freqüente foi a forma espontânea 406(65,8%), seguida dos encaminhados por outros serviços 157(25,4%) e dos exames de contatos intradomiciliares 38(6,1%).

Dos 617 casos novos detectados, 253(41,0%) eram residentes de Manaus e o restante residentes em outros 57 municípios.

Com base nesses dados parciais a taxa de detecção para o ano de 2006 fica em 1,86/10.000 hab. Em relação a taxa de prevalência também com dados parciais ela fica em 2,77/10.000 hab.

II - DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS COM QUADRO DE PERSISTÊNCIA

Meningites

As Meningites em Geral, no Estado do Amazonas, vem apresentando uma diminuição tanto no número de casos como no número de óbitos. Dentre as diversas etiologias da doença assume grande importância, a Doença Meningocócica, fator ligado a sua gravidade e a possibilidade de desencadear epidemias.

No Brasil, a magnitude da incidência da Doença Meningocócica é subestimada tanto pela subnotificação, como pelas dificuldades de coleta de material para se fazer o diagnóstico em consequência ao emprego da automedicação utilizada. No Estado do Amazonas, este fato se repete, talvez com uma maior intensidade, o que possibilita a inclusão de muitas dessas infecções no grupo das meningites não especificadas e/ou sem diagnóstico conclusivo.

**CASOS E INCIDÊNCIA DAS MENINGITES EM GERAL E DOENÇA
MENINGOCOCICA AMAZONAS, 2000 – 2005*.**

ANO	Meningites Em Geral		Doença Meningococica	
	Casos	Incidência	Casos	Incidência
2000	397	14,11	131	4,65
2001	407	14,03	134	4,62
2002	387	13,06	151	5,09
2003	346	11,41	118	3,89
2004	271	8,74	99	3,19
2005	219	6,77	67	2,07

Dados com confirmação laboratorial. *Sujeitos a revisão
INC./100.000 hab.

Fonte: SINAN/DVE/FVS

Com relação ao número de óbitos, pode-se observar que a tendência é também de declínio, apesar do aumento registrado no ano 2003, por Doença Meningocócica, em relação aos óbitos pelas Meningites em Geral.

Apesar da tendência em declínio no número de casos e óbitos, as meningites ainda representam um dos mais importante agravo de interesse da saúde pública, no Estado, não só pela sua magnitude, como pela sua distribuição no espaço geográfico que não é homogênea.

**ÓBITOS POR MENINGITES EM GERAL E DOENÇA MENINGOCOCICA
AMAZONAS, 2000-2005*.**

ANO	Meningite Em Geral		Doença Meningococica	
	Óbitos	Letalidade	Óbitos	Letalidade
2000	58	14,60	15	11,45
2001	69	16,95	25	18,65
2002	52	13,43	23	15,23
2003	47	13,58	25	21,18
2004	37	13,65	11	11,11
2005	36	16,43	09	13,43

Dados com confirmação laboratorial. *Sujeitos a revisão
INC./100.000 hab.

Fonte: SINAN/FVS/DVE

A letalidade apresenta comportamento inverso a incidência, tanto nas meningites em geral quanto nas meningites meningocócica, a tendência é de manutenção em níveis bastante elevada.

Meningites Por Haemophilus

A meningite representa problema de Saúde Pública, comprometendo principalmente crianças e adolescentes. Todos os casos suspeitos, independentes dos agentes etiológicos, são de notificação compulsória e de investigação obrigatória. A meningite causada por *Haemophilus influenzae b* (Hib), é acompanhada pela vigilância desde 1978.

No Amazonas a vacina contra o *Haemophilus influenzae* foi implantada em 1999, garantindo menor incidência por este agente. Na distribuição da incidência de meningite por Hib conforme a faixa etária, verifica-se que é maior nas crianças menores de um ano, seguida da faixa etária de 1 a 4 anos, embora essa incidência esteja reduzindo durante os anos, que pode ser em consequência do impacto da vacina.

Meningite por *Haemophilus influenzae b* e coeficiente de incidência / 00.000 hab de acordo com a faixa etária. Amazonas 2000 – 2005 *

F. Etária ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005
< 1 ano	15,85	12,81	5,02	4,90	3,59	2,3
1 – 4 anos	3,21	1,86	0,34	00	0,28	0,84
5 – 9 anos	0,27	0,26	00	00	00	00
10 – 14 anos	00	00	00	00	00	00
15 – 19 anos	00	00	00	00	00	00
20 anos e +	0,27	00	00	0,67	00	00

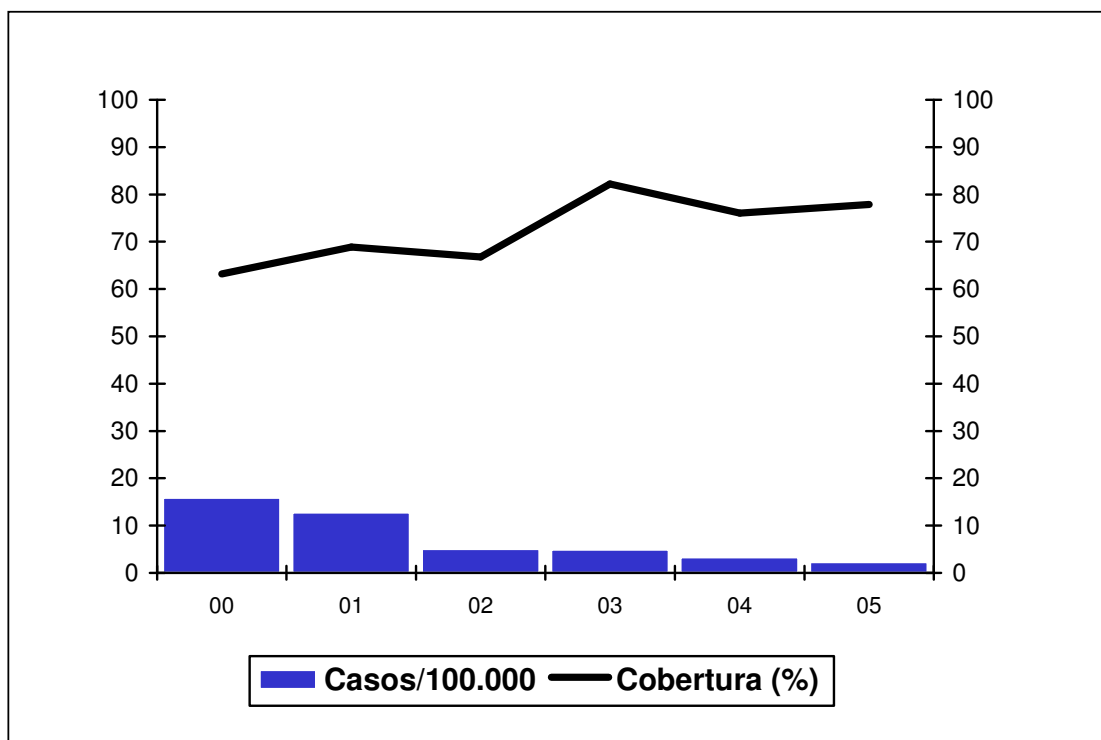
FONTE- SINAN/DVE/FVS

A partir de 2000 a vacina Hib passou a ser associada com a vacina DTP (TETRAVALENTE) nos menores de um ano e a cobertura adequada de no mínimo 95%. Analisando o período a partir da implantação da vacina contra Hib na rotina

(após 1999), observa – se uma significativa redução da incidência dessa meningite, especialmente entre os indivíduos menores de um ano (15,85 em 2000 para 2,30 em 2005/00.000 hab). No grupo de crianças de 1 – 4 anos, a redução da incidência, também, foi significativa (3,21 em 2000 para 0,84 em 2005/ 100.000 hab).

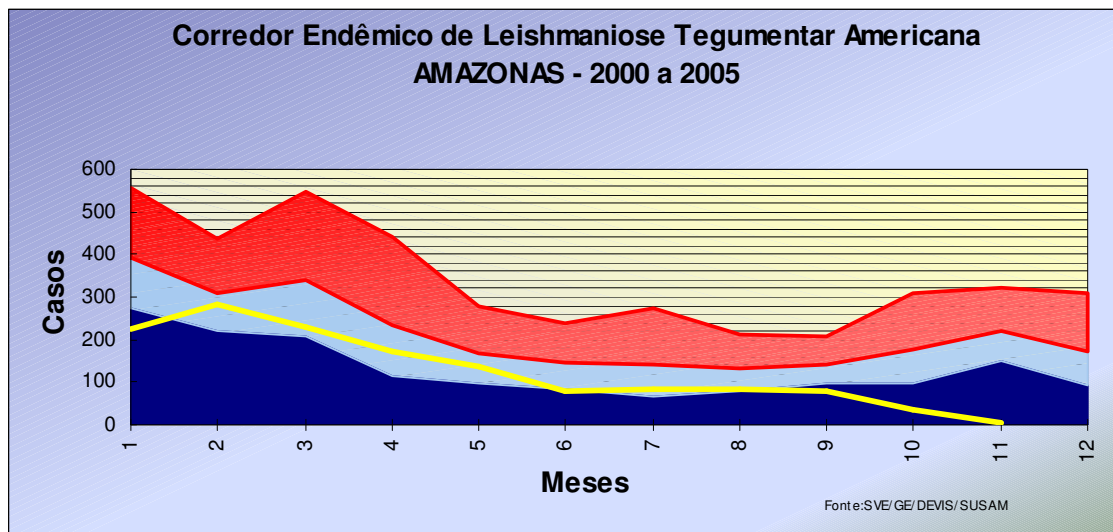
Apesar do advento das vacinas contra Hib (na rotina) e da pneumocócica heptavalente e meningocócica conjugada (utilizada nas clínicas particulares, CRIE, em casos restritos) ainda não houve impacto no perfil nacional da doença e a meningite meningocócica continua a representar importante causa de morbimortalidade entre crianças e adultos jovens.

Meningite por *Haemophilus influenzae b* e coeficiente de incidência / 00.000 hab em < 01 ano de acordo e cobertura vacinal na mesma faixa etária, Amazonas 2000 – 2005



Leishmaniose Tegumentar Americana

A leishmaniose é uma doença provocada por um protozoário (*Leishmania* spp), o qual é transmitido através da picada de um mosquito (*Lutzomyia* spp). Dependendo da espécie envolvida, provoca dois quadros distintos: a **leishmaniose tegumentar** (leishmaniose tegumentar americana, úlcera de Bauru, nariz de tapir, botão do oriente, ferida brava) e a **leishmaniose visceral** (leishmaniose visceral americana, calazar, esplenomegalia tropical, febre Dundun). A doença originariamente estava restrita ao ambiente silvestre ou em pequenas localidades rurais. Todavia, a transformação ocorrida no meio ambiente, como desmatamento, expansão das áreas urbanas e condições precárias de habitação e saneamento, está causando uma incidência crescente desta enfermidade em centros urbanos de médio porte, em área domiciliar ou peri-domiciliar. É um crescente problema de saúde pública no país e em outras áreas do continente americano, sendo uma endemia em franca expansão geográfica.



A detecção de casos de LTA nos últimos anos tem sido preocupante nos municípios de Rio Preto da Eva, Itacoatiara, Presidente Figueiredo, que, junto com Manaus, foram responsáveis, em 2005, por 1206 (72%) casos dos 1670 registrados no Estado. Esses municípios apresentam como característica comum o fato de estarem interligados por rodovia a Manaus. A recuperação dessas estradas criou condições para a ocupação de suas margens e vicinais, avançando em ritmo acelerado sobre a mata primária.

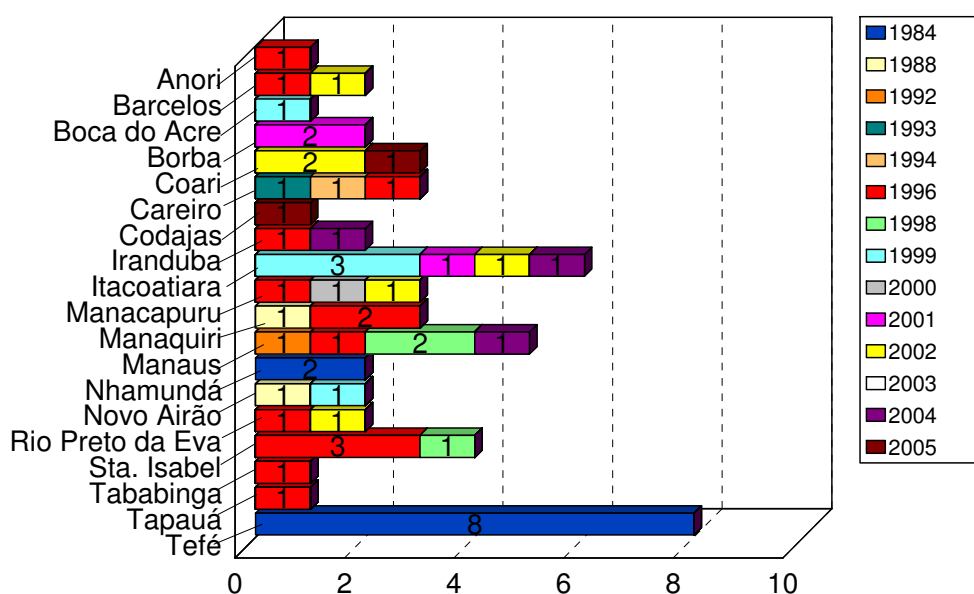
A doença apresenta uma evidente variação sazonal, sendo a transmissão mais intensa nos meses chuvosos do ano (de novembro a abril), quando a temperatura e a umidade parecem ser mais propícias ao aumento da densidade dos flebotomíneos transmissores.

Febre Amarela Silvestre

A doença ocorre com maior frequência no nosso Estado no 1º trimestre do ano, que corresponde à temporada de chuvas, com oscilação de temperatura entre 18° a 34° e umidade relativa do ar em torno de 80%, o que proporciona condições extremamente favoráveis ao desenvolvimento de mosquitos transmissores de enfermidades. A faixa etária com maior percentual de ocorrência fica entre adultos jovens de 15 a 40 anos. Em relação ao sexo, os homens são os mais afetados com um percentual de 80% dos casos. A distribuição por sexo e faixa etária se explica pela exposição ocupacional (agricultura, garimpo etc) e outras relacionadas ao ambiente silvestre, (pesca, caça etc...)

No Estado do Amazonas tivemos dois surtos expressivos de Febre Amarela Silvestre nos anos de 1984 com 10 (dez) casos e 10 (dez) óbitos, em 1996 com 14 (quatorze) casos diagnosticados e 12 (doze) óbitos, salientamos que nesse ano o Brasil registrou 15 casos sendo que 14 foram do nosso estado. No ano de 2002 foram diagnosticados 16 casos no Brasil. Desses, 6 foram de municípios do Estado do Amazonas. No ano de 2005 não foi diagnosticados .

Casos de Febre Amarela Amazonas 1984 a 2005



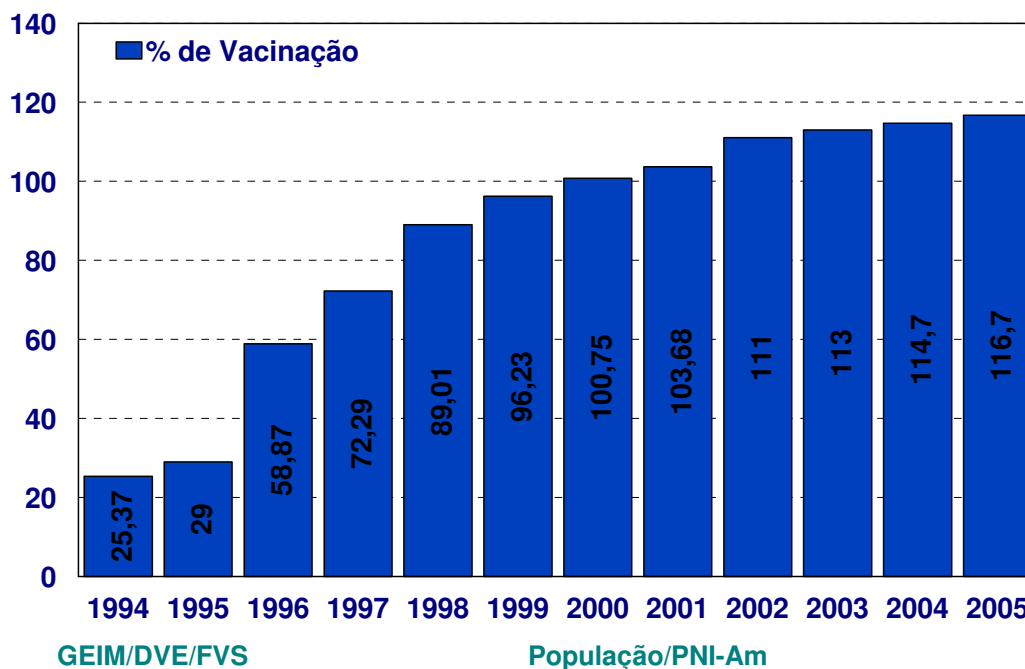
Fonte:DVE/FVS

A vacina contra a Febre Amarela foi implantada no Estado em 1996 para toda a população a partir dos seis meses de idade. A vacina contra a Febre Amarela é o único meio eficaz para prevenir e controlar a doença, pois interrompe a cadeia de transmissão, confere proteção individual e coletiva na população, impede a propagação e cria uma forma de prevenir epidemias.

Ações de prevenção e controle da febre amarela tem como meta atingir a cobertura vacinal de 100% da população, utilizando estratégias de vacinação diferenciada; casa/casa,

intensificação da rotina, vacinação de grupo de risco e monitoramento rápido. Na série histórica de 1996 a 2005 a cobertura acumulada é 116,7%.

COBERTURA VACINAL CONTRA A FEBRE AMARELA 1994 a 2005 - AMAZONAS



Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, de distribuição universal, possuem semelhanças do ponto de vista clínico-laboratorial, mas apresentam importantes diferenças epidemiológicas. Nos últimos anos foram notáveis as conquistas no que se refere à prevenção e ao controle das hepatites virais. Os mais significativos progressos foram à identificação dos agentes virais, o desenvolvimento de testes laboratoriais específicos, o rastreamento dos indivíduos infectados e o surgimento de vacinas protetoras. A expansão da cobertura vacinal no que se refere à Hepatite B e a substancial melhoria das condições sanitárias, entre outros, foram fatores decisivos que muito contribuíram para esta modificação.

O Ministério da Saúde criou, em 2002, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV), que deverá contribuir para aprimorar o conjunto de ações de saúde relacionadas as hepatites. A grande importância das hepatites não se limita ao enorme número de pessoas infectadas; estende-se também às complicações das formas agudas e crônicas. Para fins de vigilância epidemiológica, as hepatites podem ser agrupadas de acordo com a maneira preferencial de transmissão em fecal-oral (vírus A e E) e parenteral (vírus B,C,D). Uma das principais características que diferenciam esses vírus é a sua capacidade de determinar infecções crônicas ou a possibilidade de ocasionar comprometimento sistêmico relevante. Os vírus A, B, e C são os responsáveis pela grande maioria das formas agudas da infecção.

A Região Amazônica tem um padrão de alta endemicidade de hepatite. No Estado do Amazonas, no período de 2000 a 2005, pode-se observar uma alta incidência de casos, principalmente no ano de 2004, com 95,0 p/100.000 habitantes.

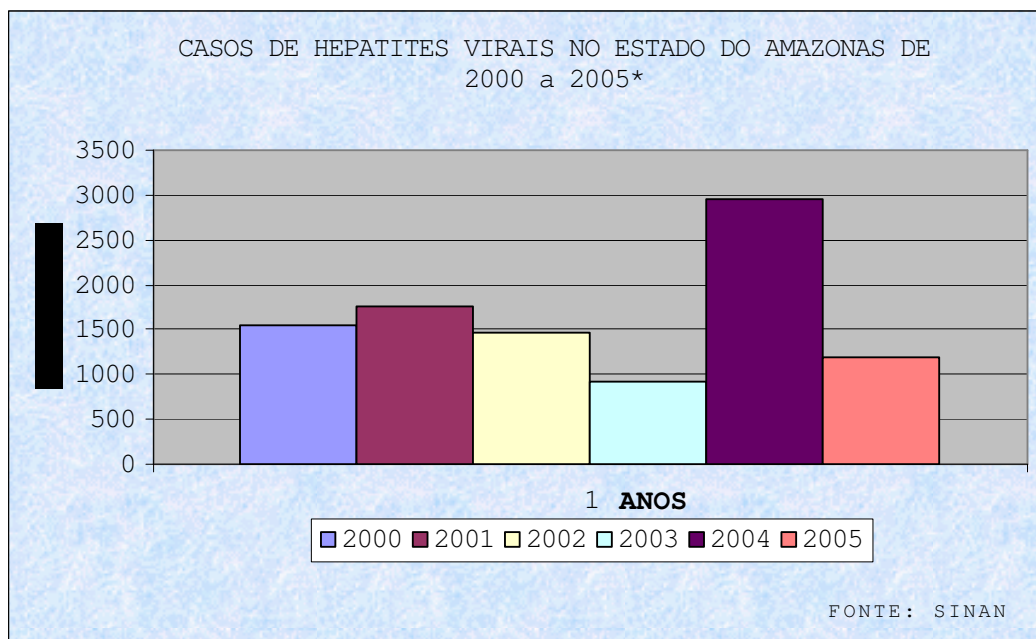
Coefficiente de Incidencia/100.000 Hab de Hepatites Virais no Estado no Amazonas - 2000 – 2005*

ANO	COEF.INCIDÊNCIA
2000	55,4
2001	60,5
2002	49,8
2003	30,1
2004	95,0
2005	41,6

FONTE: SINAN / DVE / FVS

* Dados sujeitos a revisão

No que se refere à confirmação diagnóstica, a forma mais utilizada foi a clínico – laboratorial e clínico-epidemiológica, com cerca de 90% dos casos confirmados.



Quanto à classificação etiológica dos casos neste período a maior contribuição é da Hepatite A, que variou de 57% em 2000 até 83% no total de todas as formas no ano de 2004, considerando-se a obrigatoriedade da notificação por este agente e forma de transmissão fecal-oral.

Percentual de Distribuição da Classificação Etiológica das Hepatites Virais, AMAZONAS - 2000 - 2005

ANO / Classificação	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %	2005* %
Vírus A	57,0	61,0	35,0	61,0	83,0	81,0
Vírus B	8,5	9,0	11,0	10,0	4,0	6,0
Vírus C	0,4	5,0	12,0	1,4	2,3	0,5
Outras Hepatites	24,0	17,0	36,0	9,0	2,2	3,2
Ignorado	10,2	8,0	6,5	18,5	8,3	9,0

FONTE: SINAN / DVE / FVS

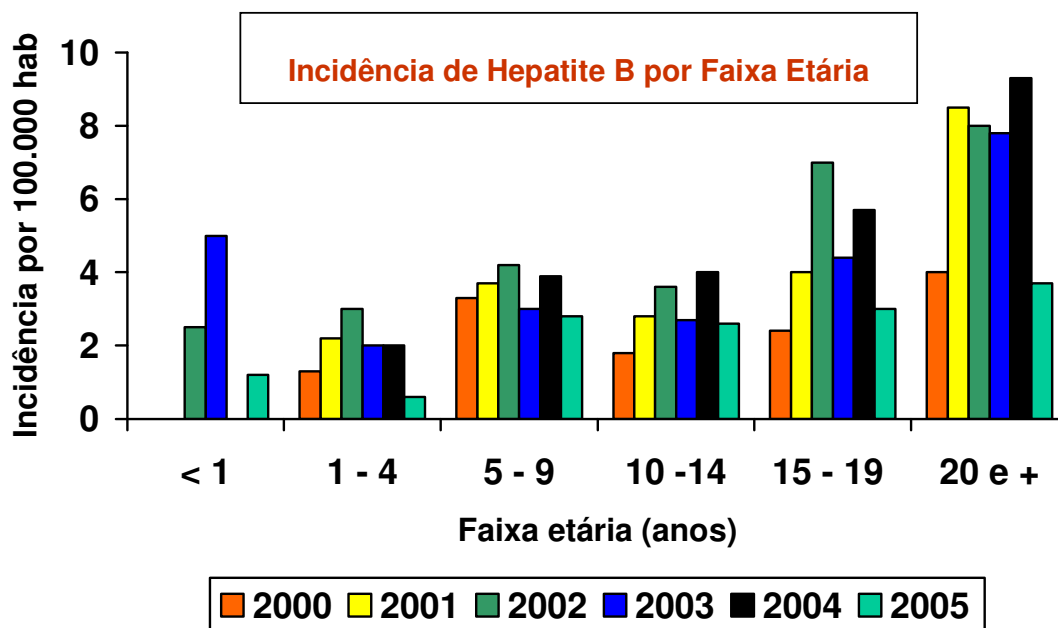
* Dados sujeitos a revisão

Os casos de classificação etiológicos ignorados praticamente se mantiveram, considerando-se, a disponibilização de tecnologias mais eficazes na identificação do agente etiológico.

Hepatite B

Doença viral aguda com infecções assintomática, sintomáticas e formas graves fulminantes. As formas anictéricas correspondem a 50% das infecções. Alguns indivíduos desenvolvem a forma crônica, caracterizada por um processo inflamatório contínuo do fígado, causada pelo vírus B, com duração superior a seis meses. Pode ter início abrupto ou insidioso, fígado aumentado, com consistência endurecida. O sexo masculino é mais propenso a ter a infecção crônica (portador do vírus).

A vacina é iniciada para todos os indivíduos suscetíveis, independentes da idade, principalmente para aqueles que residem ou se deslocam para áreas hiperendêmicas. São grupos prioritários para vacinação: profissionais de saúde, usuários de droga negativos; indivíduos que usam sangue e hemoderivados, presidiários, residentes em hospitais psiquiátricos, homossexuais masculinos e profissionais do sexo. A OMS recomenda que, nas populações nas quais a prevalência da infecção crônica pelo HBV é maior do que 2%, a intervenção seja realizada por meio da vacinação precoce em crianças. Para as regiões com taxa de prevalência inferior, as recomendações incluem a triagem em gestantes e a imunização ativa dos filhos recém-nascidos de mulheres recém infectadas.



A vacina para a hepatite B é altamente efetiva e praticamente isenta de complicações (pode causar apenas reações no local da injeção). Como a hepatite B é uma das principais causas de câncer de fígado no mundo, a vacinação não previne apenas a hepatite como também o câncer. Mais de 80 países já adotaram a vacinação de toda a população como estratégia de combate à doença. A vacina consiste de fragmentos do antígeno da hepatite B HBsAg, suficiente para produzir anticorpos mas incapaz de transmitir doença. A vacina contra hepatite B foi implantada no Amazonas em 1992 nos menores de 5 anos e em 2001 ampliada para os menores de 20 anos, com cobertura adequada de 95%. Na distribuição da incidência da hepatite B por faixa etária, observa-se que é maior nos maiores de 20 anos, que varia de 4,0 em 2000 para 9,3 em 2004/00. 000 hab, faixa etária que não é contemplada pela vacina. No acumulado de 1994 a 2005 a cobertura de hepatite B na faixa etária menor de 20 anos é 64,79%.

Série Histórica de Cobertura Vacinal Contra a Hepatite B em Menores de 01 Ano - Amazonas – 2000 – 2005*

METAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
PROGRAMADO	71.036	72.719	79.670	81.528	83.376	79.585
ALCANÇADO	45.831	50.796	52.635	57.705	55.596	57.305
%	64,51	69,85	66,07	70,78	66,68	72,00

Fonte – DVE/PNI/FVS/AM

* Dados sujeitos a revisão

Leptospirose

A leptospirose é uma doença de caráter sazonal, intimamente relacionada aos períodos chuvosos, quando há elevação dos índices pluviométricos e um conseqüente aumento na incidência de casos da doença. É uma doença endêmica, sendo comum o surgimento de casos isolados ou de pequenos grupos de casos, tornando-se epidêmica sob determinadas condições, tais como umidade e temperaturas elevadas e altas infestação de roedores contaminados. A doença ocorre tanto em nível rural quanto urbano. Na segunda, adquire um caráter mais severo, devido à grande aglomeração urbana de baixa renda morando à beira de córregos, em locais desprovidos de saneamento básico, em condições inadequadas de higiene e habitação, coabitando com roedores, que aí encontram água, abrigo e alimento necessários à sua

proliferação. A presença de água, lixo e roedores contaminados predispõe à ocorrência de casos humanos de leptospirose. No Brasil, durante o período de 1985 a 1997, foram notificados 35.403 casos da doença, variando desde 1.594 casos anuais (mínimo) em 1987, a 5.576 em 1997 (máximo). Nesse mesmo período, houve 3.821 óbitos, variando desde 215 em 1993 (mínimo) a 404 óbitos em 1988 (máximo). A letalidade da doença nesse período variou de 6,5% em 1996, a 20,7% em 1987, numa média de 12,5%, dependendo entre outros fatores, do ser infectante, da gravidade, da forma clínica, da precocidade do diagnóstico, do tratamento e da faixa etária do paciente.

**LEPTOSPIROSE NO ESTADO DO AMAZONAS
PERÍODO DE 2000 A 2005***

MUNICÍPIO	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
COARÍ	00	00	00	00	00	01
IRANDUBA	00	01	03	00	01	00
ITAPIRANGA	00	00	00	00	00	00
ITACOATIARA	00	01	00	00	01	00
JURUÁ	00	01	00	00	00	00
LÁBREA	00	00	00	00	01	00
MANACAPURÚ	01	00	00	01	00	03
MANAUS	27	22	17	20	28	36
MAUÉS	00	00	00	02	01	00
PARINTINS	01	00	01	00	00	00
S. G. CACHOEIRA	04	01	00	01	00	00
TABATINGA	01	00	00	01	00	00
TEFÉ	00	01	00		01	00
TOTAL AMAZONAS	34	27	21	25	33	40

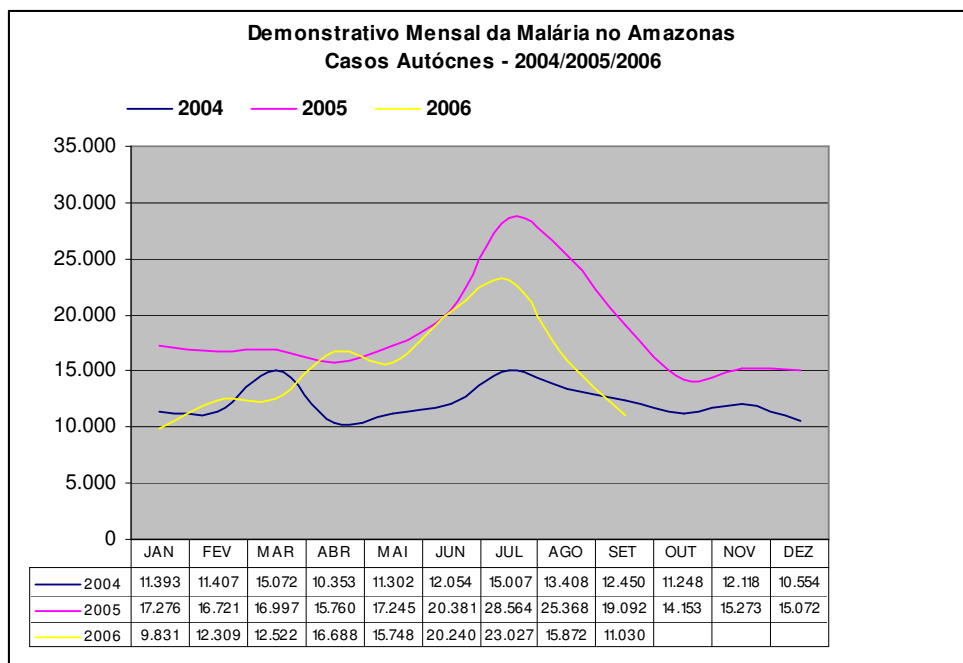
Fonte: SINAN-AM

*Dados sujeitos a revisão

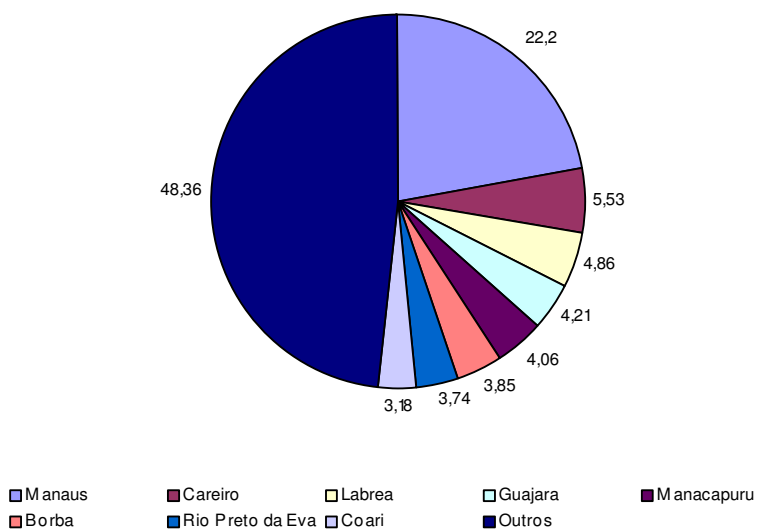
Malária

O Estado do Amazonas, em 2005, notificou 229.330 casos autóctones de malária, 39% do total de casos notificados na Amazônia Legal. Neste ano representou um acréscimo de 50,44%, no número de casos quando comparados ao mesmo período de 2004.

Entre os meses de janeiro e setembro de 2006, registrou-se 145.723 casos autóctones de malária, representando uma redução de 22,96%, quando comparado ao mesmo período de 2005. A proporção de malária falciparum no período, foi de 27,8%.



O declínio da malária demonstra uma recuperação do programa a partir de 2005, com atuação da FVS e apoio das Secretarias Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde. A queda das infecções por *Plamódium falciparum*, pode estar representando a retomada da intensificação do controle vetorial e a busca do diagnóstico precoce, implantando-se 71 novos laboratórios para diagnóstico de malária do ano de 2005 para 2006. A participação dos agentes do PACS na coleta de lamínas, passou de 4,5% em 2003 para 20,5% em 2006. Com relação ao tratamento, a partir de setembro de 2005, 16 municípios passaram a dotar a Mefloquina como esquema de primeira linha para o tratamento do *P. falciparum*, e a partir de outubro de 2006, foi adotado o uso da associação do Artemether + Lumefantrine no município de Manaus e municípios de entorno.



Dos 62 municípios do estado, 42 municípios conseguiram reduzir a malária no período de janeiro a setembro de 2006, comparada, ao mesmo período de 2005. Nove municípios do Amazonas representaram no período, 51,64% das notificações de casos de malária no Estado. Destaque para Manaus, que com uma redução de 37,6%, diminuindo 18.857 casos de malária, de janeiro a setembro de 2006. Tal redução deve-se aos grandes investimentos realizados pelo Estado no controle de vetores através das ações de vigilância realizadas pela Fundação de Vigilância em Saúde – FVS na capital em conjunto com outras instituições.

Em Manaus, de janeiro a setembro de 2006, o programa de controle da malária notificou 31.254 casos da doença. A participação da malária falcíparum foi de 20,7% com uma redução de 45,9%. O município de Manaus alcançou uma redução de 37,6% diminuindo 18.857 casos, de janeiro a setembro de 2006. Encontra-se estratificado em quatro distritos técnicos, o Distrito com sede na Cidade Nova reduziu a transmissão em 51,5% dos casos, o Distrito Zumbi 37,2%, Distrito de Alvorada 34,7% e o Distrito de Cachoeirinha com 34,20% de redução.

Uma das atividades de controle da malária que vem dando resultado em Manaus é o manejo ambiental nos criadouros da área urbana do município. A FVS em parceria com a Prefeitura Municipal de Manaus, através da Secretaria Municipal de Obras-SEMOSB e Secretaria Municipal de Limpeza e Serviços Públicos-SEMULSP, efetivou durante o período de setembro/2005 a agosto/2006 a limpeza e desobstrução de mais de 30.000 metros de igarapés

que vinham potencializando a transmissão da malária em Manaus; sobretudo nas localidades Grande Vitória e Nova Vitória, na Zona Leste e União da Vitória, Ismail Aziz e Santa Etelvina entre as zonas Norte e Oeste, resultando na mudança do perfil epidemiológico dessas áreas consideradas de Alto Risco em 2005 para Médio Risco em 2006.

Tuberculose

A Tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Micobacterium Tuberculosis* e continua sendo um grave problema de saúde pública.

Em 2005 foram diagnosticados 2.092 casos novos de tuberculose como mostra a tabela abaixo:

Casos de Tuberculose por forma, número encontrado e estimado e percentual de examinados – AM 2005

Forma Clínica	Número estimado	Número encontrado	% de examinados
Pulm. Positiva	1.356	1.081	79,7
Pulm. Negativa	775	646	83,3
Extra Pulmonar	297	365	122,8
Total	2.428	2.092	86,1

Fonte: SINAN/AM

Em estudo realizado de Coorte foram incluídos 2.202 casos de tuberculose de pacientes que iniciaram tratamento no período de 1º de abril de 2004 a 31 de março de 2005 como mostra a tabela abaixo.

Este estudo está com avaliação prejudicada em função da não alimentação correta do banco de dados, tanto que os dados são provisórios, mesmo assim o abandono esta acima do preconizado.

Resultado de tratamento – Coorte de Tuberculose de todas as formas , AMAZONAS – 2005

TIPO	TODAS AS	FORMAS
SITUAÇÃO NO 9º MES	NÚMERO	%
CURA	1.518	68,9
ABANDONO	223	10,1
IGNORADO	179	8,1
TRANSFERENCIA	150	6,8
FALÊNCIA	06	0,2
ÓBITO	100	4,5
TOTAL	2.202	90,5

Fonte: Fonte: SINAN/AM

O resultado, mesmo que prejudicado em função da não alimentação correta do banco de dados, mostram que a taxa de abandono é superior a estabelecida como ideal pelo MS, ou seja, abaixo de 5% atingiu neste período uma taxa de 10,1%.

A taxa de incidência de tuberculose de todas as formas, em 2001 e 2005 foi de 85,2 e 64,8/100.000 hab., respectivamente. Apesar da notória redução da incidência, o Amazonas ainda apresenta maior incidência da Região Norte e a segunda maior incidência em nível de Brasil (avaliação 2004).

A forma mais importante é a pulmonar bacilífera com uma taxa de incidência de 34,8/100.000 hab em 2004 e 32,9/100.000 hab. em 2005.

A taxa de mortalidade apresentou uma elevação em relação aos ano anteriores com coeficiente atual de 3,2/100.000 hab.

Apesar desses números nada agradáveis, a SUSAM, através do Programa de Controle da Tuberculose descobriu 86,6% do total de casos programados em 2005. Isto mostra uma boa atuação, uma vez que o Estado encontra-se acima dos 70% preconizado pelo Ministério da Saúde, mesmo assim é necessário ampliar a descentralização total na busca do sintomático respiratório.

Com relação à descentralização os resultados são satisfatórios, com uma cobertura de 84,9% no Estado do Amazonas e 96,6% nos municípios prioritários.

Quanto ao DOTS (Tratamento Diretamente Observado) o Estado encontra-se com uma cobertura de 88,5% nas Unidades de Saúde com Programa de Tuberculose implantado e 79% em relação ao total de Unidades de Saúde existentes.

Foram realizadas 785 capacitações para técnicos de saúde nas categorias de Nível médio ,como: Agente Comunitário de Saúde, Técnico de Enfermagem e Técnico de laboratório. Na categoria de nível superior tivemos Médicos, Enfermeiros, Bioquímicos. Assistentes sociais e Psicólogos.

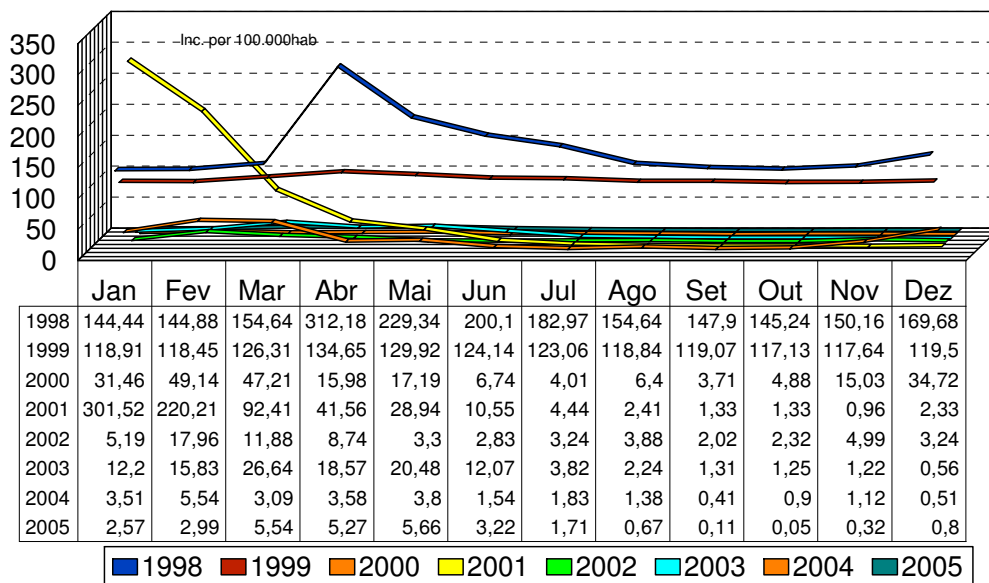
III - DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS EMERGENTES E REEMERGENTES

Dengue

No período de 1998 a 2005, observamos um padrão sazonal de incidência elevada, coincidente com os meses de novembro a abril, período de chuvas , aumento da temperatura e umidade relativa do ar em torno de 80%. Esses fatores favorecem o aumento dos índices de infestação vetorial. (Graf. I)

Incidência de DENGUE por mês

AMAZONAS 1998 a 2005

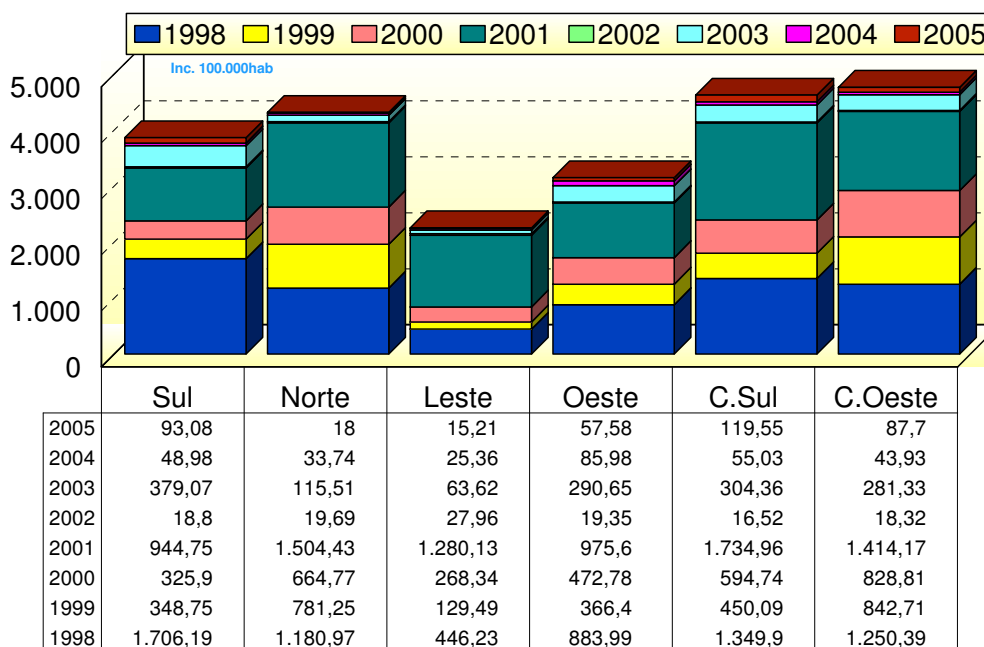


Fonte: SVE/NE/DEVIS/SUSAM

As zonas da Capital consideradas de elevada vulnerabilidade nesses últimos anos (1998 a 2005) foram as zonas Norte e Centro Oeste (Graf II).

Gráfico

Incidência de DENGUE por Zona Manaus 1998 a 2005



Fonte: GEVE/DEVIS/SUSAM

Observou-se que, no Estado do Amazonas a maior incidência dos casos foram na faixa etária de 20 a 49 anos, não havendo diferença na incidência entre os sexos.

Em junho de 2002, foi isolado o primeiro caso autóctone do sorotipo III na capital do Estado. No ano de 2002 foram notificados 2.063 casos, e realizados 15 isolamentos virais.

O número de notificações até dezembro de 2003 foi de 3.554 novos casos de Dengue no estado do Amazonas (Fonte SINAN), com evolução de 52 casos para FHD. Em 2004 foram notificados 846 casos de Dengue clássica e 5 casos de FHD, sendo esse o ano com o menor registro de casos de Dengue clássica desde 1998. Em 2005 foram notificados 944 casos de dengue clássica com 04 de FHD.

AIDS

No Amazonas, o primeiro caso de AIDS foi notificado em 1986, a partir daí a epidemia de AIDS no Estado continua em processo de crescimento. Dos 62 municípios, em 41 já foi registrado pelo menos um casos de AIDS até o ano de 2005. O total de casos notificados no período de 1986 a 2005 é de 2.960 casos, sendo 2.067 do sexo masculino e 898 do sexo feminino. Manaus é responsável por 2.216 casos, 88,33% do total.

A proporção segundo o sexo vem diminuindo com a evolução da epidemia, passando de 16 homens para uma mulher em 1991, e, de 2 homens para uma mulher em 1999.

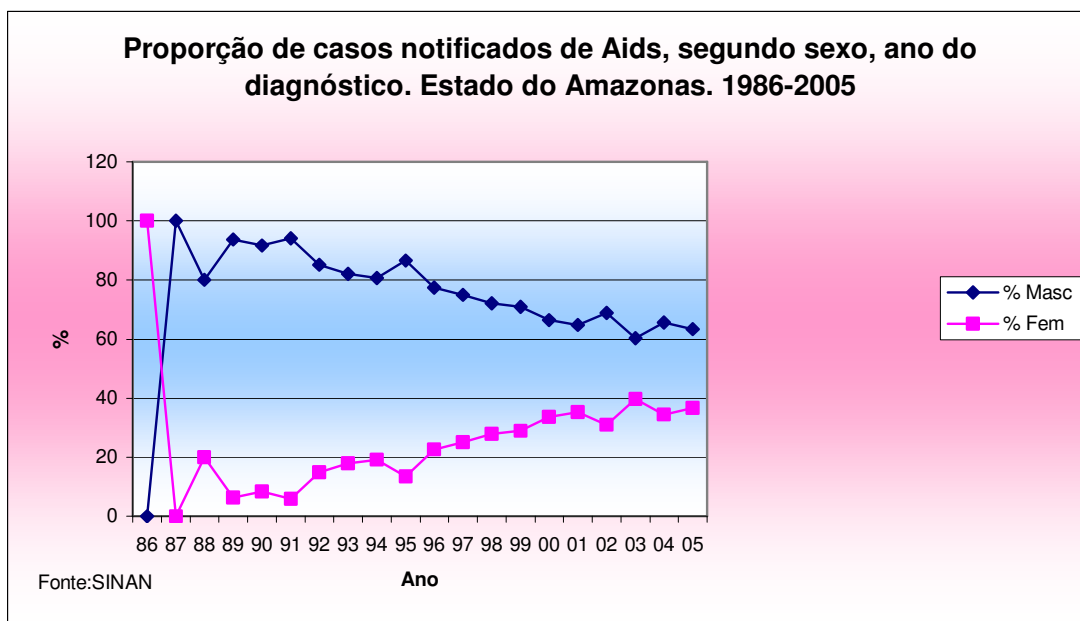
Quanto à distribuição de casos por faixa etária, observa-se que a maior concentração dos casos está na faixa de 25 a 29 anos 24,1% dos casos. Isso reflete socialmente, são pessoas jovens, em idade produtiva e reprodutiva e podendo sair do mercado de trabalho devido a doença, gerando ônus para a sociedade. Com o aumento dos casos em mulheres jovens, aumenta o risco de transmissão vertical em crianças, caso não sejam adotadas medidas de diagnóstico e tratamento precoce no pré-natal e parto. Com relação aos óbitos por AIDS, dos 2.960 pacientes notificados até 2005, tem-se informação de 989 óbitos, representando 33,4% do total de casos. A taxa de mortalidade em 2005 é de 4,4 por 100.000 habitantes, o que é sugestivo de uma tendência de mortalidade crescente.

Tabela de Casos notificados de Aids em mulheres com 13 anos ou mais, segundo categoria de Exposição e ano de diagnóstico Estado do Amazonas - 1986 a 2006 (*)

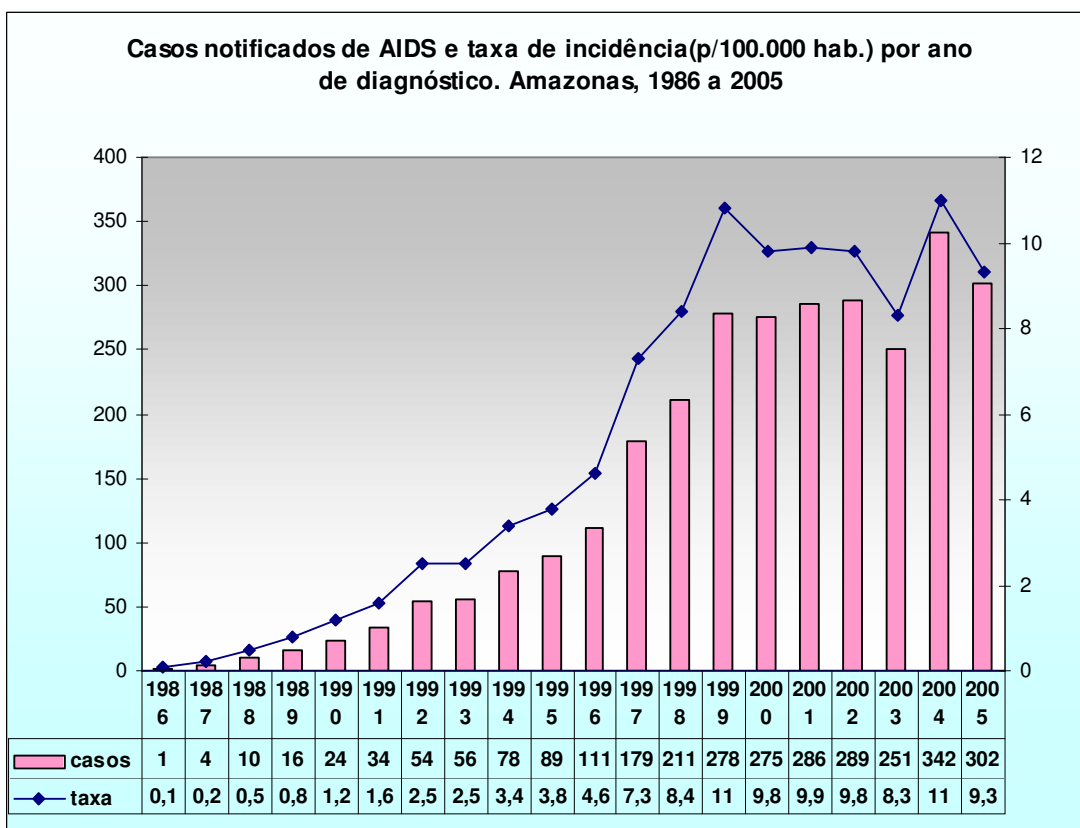
Ano do Diagnóstico	Homossexual		Homossexual Drogas		Heterossexual		Heterossexual Drogas		Heterossexual C/parc.de risco indefinido		Drogas		Transusão		Acidente Mat.Biológico		IGN		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1996	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
1988	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
1989	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
1990	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
1991	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
1992	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8
1993	0	0,0	1	10,0	2	20,0	1	10,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10
1994	0	0,0	1	6,7	2	13,3	1	6,7	12	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15
1995	1	8,3	0	0,0	4	33,3	0	0,0	7	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12
1996	0	0,0	0	0,0	6	24,0	0	0,0	17	68,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,0	25
1997	0	0,0	0	0,0	24	53,3	0	0,0	19	42,2	1	2,2	0	0,0	0	0,0	1	2,2	45
1998	0	0,0	0	0,0	39	66,1	0	0,0	18	30,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,4	59
1999	0	0,0	0	0,0	65	80,2	0	0,0	13	16,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,5	81
2000	0	0,0	0	0,0	76	83,5	0	0,0	11	12,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0	3	3,3	91
2001	1	1,0	2	2,0	71	71,0	2	2,0	18	18,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	8,0	100
2002	0	0,0	0	0,0	41	47,7	0	0,0	29	33,7	0	0,0	1	1,2	1	1,2	15	17,4	86
2003	0	0,0	0	0,0	42	47,2	0	0,0	42	47,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	5,6	89
2004	2	1,8	0	0,0	32	29,4	0	0,0	68	62,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,4	109
2005	3	3,0	1	1,0	27	27,3	1	1,0	63	63,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	5,1	99
2006	0	0,0	0	0,0	3	25,0	0	0,0	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	12
Total	7	-	5	-	438	-	5	-	344	-	1	-	2	-	1	-	51	-	849

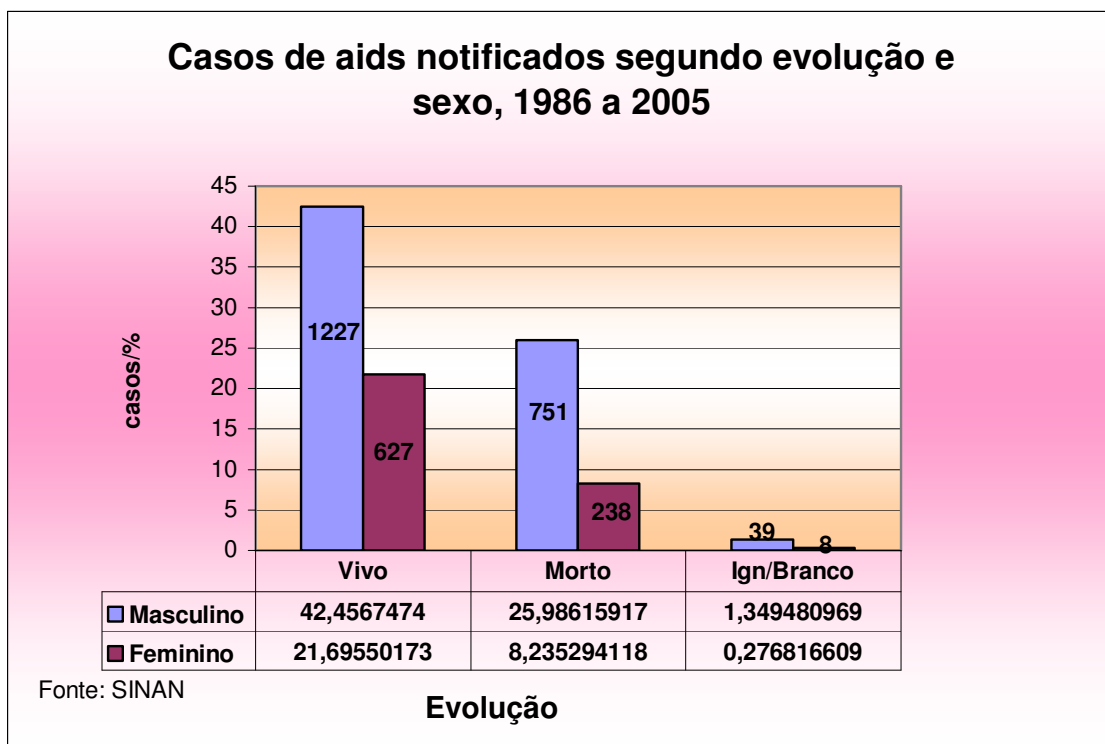
Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids - AM

(*) Dados preliminares, sujeito à revisão até 30/05/2006

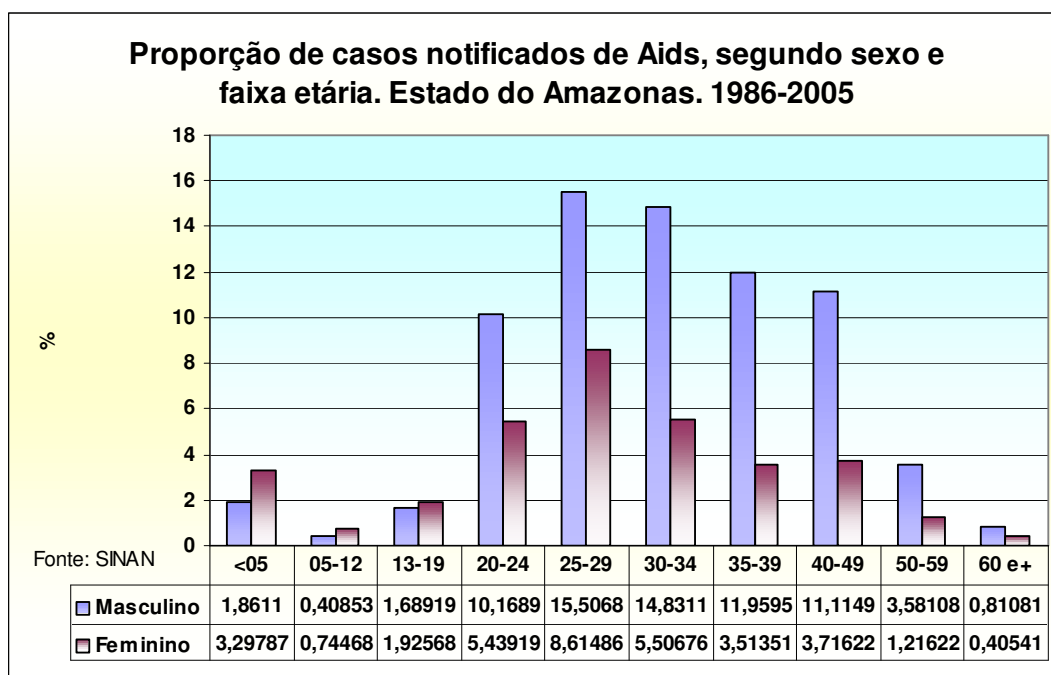


Fonte: coordenação estadual de DST/AIDS - Am



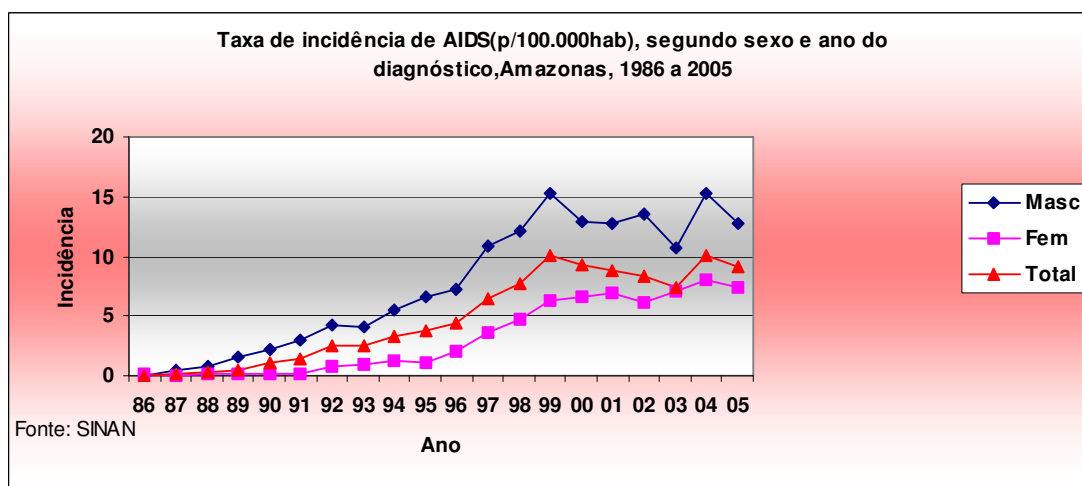


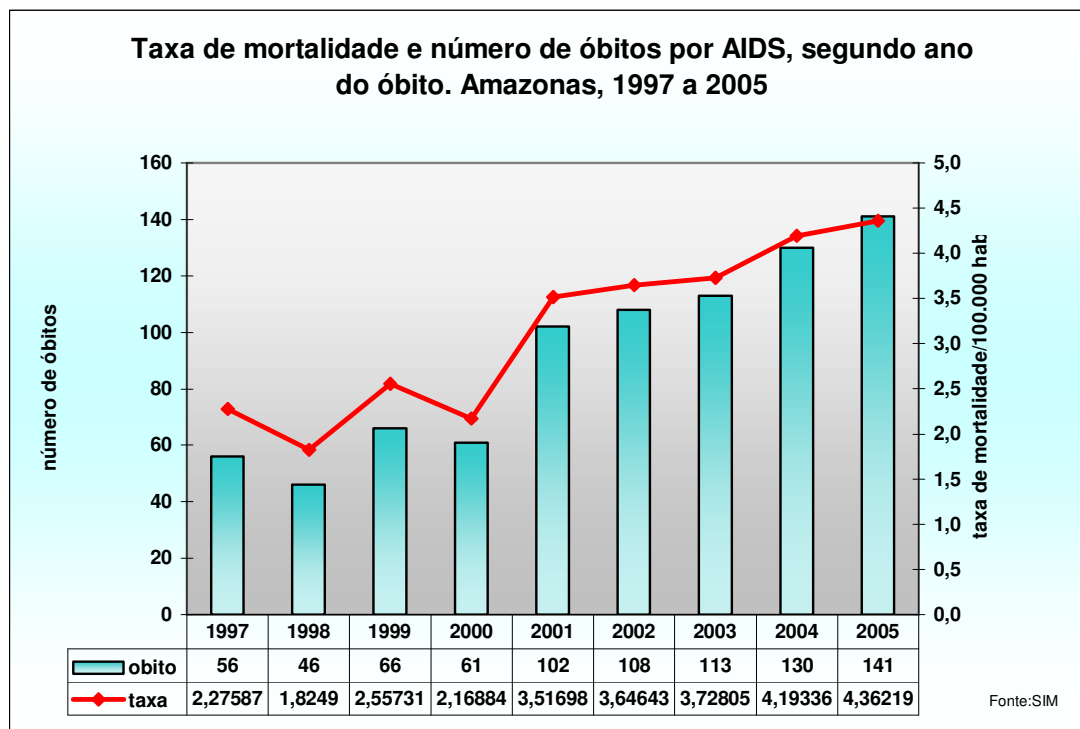
Fonte: coordenação estadual de DST/AIDS - Am



F

Fonte: DVE/FVS/AM * Dados sujeitos à revisão





Fonte: coordenação estadual de DST/AIDS - Am

Cólera

A cólera é uma infecção intestinal aquosa causada pela enterotoxina do *Vibrio Cholerae*, podendo se apresentar de forma grave com ou sem vômitos, dor abdominal e câimbras. Quando não tratado esse quadro pode evoluir para desidratação, acidose, colapso circulatório, com choque hipovolêmico e insuficiência renal.

Em 1991 houve a introdução da cólera no Peru, que atingiu outros países, inclusive o Brasil. Os primeiros casos de cólera foram registrados em abril de 1991, no estado do Amazonas, nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga. É a sétima pandemia, cujo agente responsável é o *Vibrio Cholerae*, sorogrupo 01, biótipo El Tor, que caracteriza-se por apresentar quadros clínicos benignos, grande frequência de infecções inaparentes e baixa letalidade, se comparada às epidemias do século passado produzidos pelo *V. Cholerae*, sorogrupo 01, biótipo clássico. No Amazonas observa-se que a doença tornou-se endêmica no período de 1991 a 1998, com alta incidência nos primeiros anos, diminuindo a partir de 1996 e chegando

a 0,65/por 100.000habitantes no ano de 1998, último ano com registro de casos. Pode-se inferir uma sazonalidade da doença, principalmente no período da baixa dos níveis de água nos rios.

No período de 1999 a 2003 não foram identificados casos positivos para o *V. Cholerae*. Contudo, sabe-se que o vibrião da cólera é um microorganismo que sobrevive em ecossistemas aquáticos de estuários e pântanos costeiros e que infecta o homem acidentalmente.

A possibilidade de sobrevivência do *Víbrio Cholerae* em água doce já foi demonstrada em laboratório, o que deve ser considerado pela Vigilância Epidemiológica, no que se refere a estar sensível aos casos de doença diarréica com alto grau de desidratação, principalmente em adultos, pois o comportamento da cólera indica seu estabelecimento enquanto doença endêmica.

Hoje, o estado do Amazonas não se encontra em situação epidêmica, contudo, continuam sendo notificados surtos na região Nordeste, o que significa que as condições sanitárias propiciam a manutenção da circulação do vibrião. O aparecimento de surtos localizados, exige uma vigilância ativa da doença e permanente monitoramento do meio ambiente, com o objetivo de quebrar a cadeia de transmissão e a ocorrência de óbitos.

Taxa de incidência de Cólera segundo ano de ocorrência/Amazonas, Período: 1991 – 1998.

Anos	Pop:	Nº de Casos	Inc. p/100.000 hab.
1991	--	1.359	--
1992	--	1.108	--
1993	--	992	--
1994	2.269.569	780	34,36
1995	2.320.229	1.452	62,58
1996	2.389.279	54	2,26
1997	2.460.606	48	1,95
1998	2.580.839	17	0,65

Fonte: SINAN/DVE/FVS

Hantavirose

A hantavirose é uma doença grave e aguda, com alta taxa de letalidade, cujo nome tem origem no rio “Hantan” na Coréia, onde vários soldados americanos adoeceram durante a guerra dos anos 50. A doença manifesta-se sob a forma renal, com febre hemorrágica, e sob a forma pulmonar. A Hantavirose é uma das zoonoses que vem preocupando as autoridades sanitárias de todo o mundo. Sua ocorrência se deve principalmente a distúrbios ecológicos, destacando-se desmatamentos, alterações em ecossistemas associados ao comportamento econômico, social e cultural do homem. A virose surge como um importante problema de saúde pública tanto em zonas rurais como em zonas urbanas.

Foi descrita pela primeira vez no Brasil em 1993 e atualmente registra-se sua ocorrência em vários estados do País, com uma incidência crescente. No Amazonas o primeiro caso foi registrado em 2004 no município de Itacoatiara, onde foram totalizados três casos, sem óbitos e 2005 ocorreu um caso em Maués, também sem óbito.

Casos de Hantavirose no Brasil e Amazonas 2000 a 2005*

LOCAL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
AMAZONAS	00	00	00	00	03	01	04
BRASIL	56	77	75	84	164	20	523

Fonte: SVS/MS/DVE/FVS

* Dados sujeito a revisão

Monitorização das Diarréias Agudas

A diarréia é uma doença causada por um agente infeccioso, vírus ou bactéria, e se caracteriza pela diminuição da consistência das fezes e/ou aumento do número de evacuações. Com freqüência é acompanhada de vômitos, febre e dor abdominal. Algumas vezes pode apresentar muco e sangue – disenteria. Em geral é autolimitada, tende a curar espontaneamente, com duração de até 14 dias, e sua gravidade depende da presença e intensidade da desidratação.

A maior parte das doenças diarréica é causada pela água ou por alimentos contaminados, e embora as pessoas possam ser afetadas em qualquer idade as crianças são as maiores vítimas.

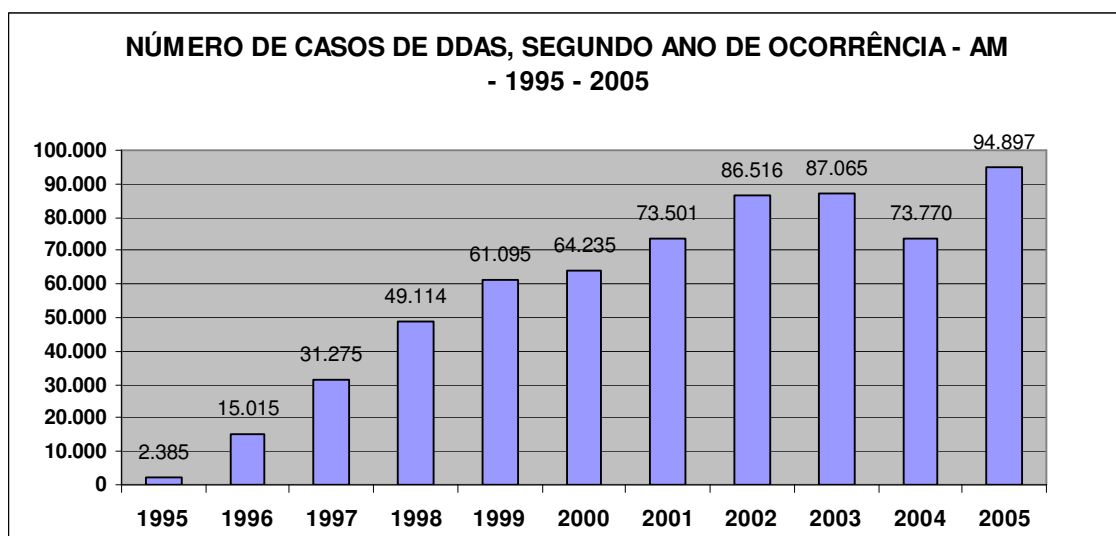
As estatísticas existentes indicam o binômio, desidratação e infecção como principal responsável pelo adoecimento e mortalidade infantil em países em desenvolvimento.

Com a introdução da cólera no país, ficou evidente a deficiência de conhecimentos sobre o comportamento das diarréias. As tentativas de incluí-la no sistema de Vigilância Epidemiológica foram frustradas, em consequência de sua magnitude. E como alternativa o Ministério da Saúde criou o Sistema de Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas.

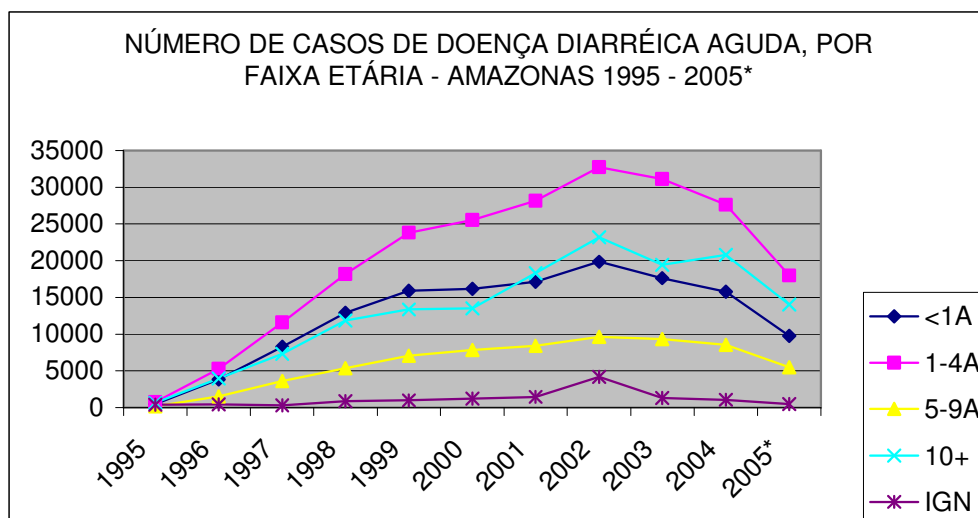
No estado do Amazonas o sistema de Monitorização das doenças Diarréicas Agudas – MDDA, está implantado em 100% nos 62 municípios. Este processo teve início a partir do 4º trimestre de 1994, e, atualmente 165 Unidades de Saúde realizam esta atividade.

A proposta da MDDA foi elaborada em 1994, e consiste na coleta, consolidação e análise de dados, que utiliza como variáveis; a idade, procedência, data dos primeiros sintomas e plano de tratamento dos casos que buscam atendimento nas Unidades de Saúde. E tem como objetivo recomendar medidas de prevenção e controle, bem como avaliar o impacto das ações desenvolvidas, dotando assim, o nível local de instrumentos ágeis e simplificados para a tomada de decisão.

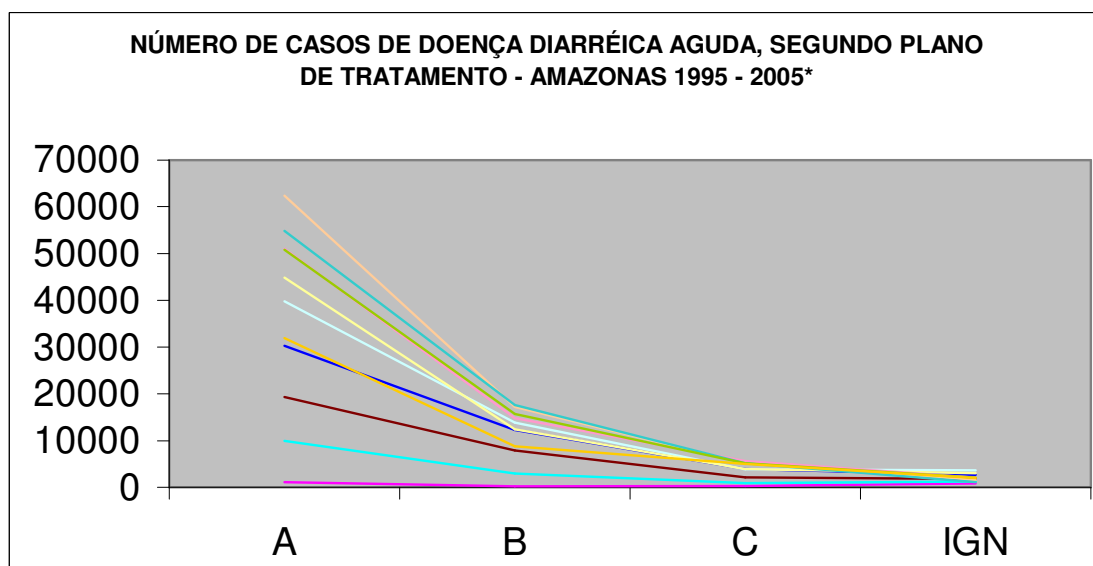
Os dados da MDDA foram agrupados no período de 1995 a 2005, e as áreas geográficas de análise são os municípios do Estado. Neste período foram notificados através da MDDA 616.130* casos de doenças diarréicas agudas, conforme gráfico a seguir.



Pode-se observar um incremento na notificação dos casos no decorrer de todo o processo. A maior concentração desta ocorrência está na faixa etária dos menores de cinco anos (58,47%), como se pode observar no gráfico abaixo.



Quanto ao plano de tratamento mais utilizado foi o A, com 56.03% dos casos notificados, representando casos de diarreia de forma leve.



Dados sujeitos a revisão.

Os resultados do sistema da MDDA permitem uma aproximação ao conhecimento da ocorrência deste agravo no estado, bem como a identificação precoce de surtos de Doença Diarréica Aguda no nível local, apesar das dificuldades de implantação e/ou implementação e sua dependência da demanda passiva.

MORTALIDADE

Análise da Situação atual

Cobertura do Número de Óbitos por 1.000 Habitantes e Mortalidade Geral

No ano de 2005, os municípios do Estado do Amazonas apesar de ter informações regulares, não alcançaram a cobertura mínima de 90% dos óbitos esperados. O Estado apresenta cobertura de 67,9% dos registros de óbitos com coeficiente de 3,3/1.000 habitantes, enquanto a capital Manaus, detém cobertura de 86,8% e coeficiente de 4,2/1.000 habitantes. Essa baixa cobertura na detecção e alimentação do sistema de informação está relacionada às dificuldades geográficas dos municípios do interior do Estado e no acesso aos serviços de saúde. Nesses municípios não existem profissionais qualificados para a emissão da Declaração de Óbito e faltam recursos financeiros para o deslocamento das pessoas aos cartórios que geralmente estão situados em zonas urbanas, contribuindo, assim, para fragilidade do sistema.

Os indicadores de mortalidade no Estado, ainda não representam a real situação desse desfecho. Apresentam deficiências quantitativas e qualitativas, a medida que o registro de óbitos efetuados nos municípios demonstram uma cobertura marcadamente baixa e heterogênea na captação e notificação de óbitos, com uma amplitude de variação em 2005 de 12,5 % à 115%, em relação aos óbitos esperados. Considerando a meta pactuada mínima no registro de 90% dos óbitos esperados, apenas o município de São Gabriel da Cachoeira atingiu a meta de 115% .Registramos que, somente 42% dos municípios apresentaram notificação de óbitos superior a 50% de cobertura. (tabela 1).

Na análise da série histórica desse indicador, observa-se uma variação importante de ano para ano, denotando uma falta de continuidade e conseqüente fragilidade das estratégias e ações definidas para o alcance dessa meta, (tabela 1).

A sub-notificação de óbitos, portanto, permeia praticamente todos os municípios, o que vai refletir na taxa de mortalidade geral e outros indicadores de mortalidade.

Observa-se que o Coeficiente de Mortalidade Geral do Estado do Amazonas apresenta um declínio, em décimos dos óbitos por 1.000 habitantes, a partir do ano de 2001 a 2005, com 3,62 por mil habitantes e 3,24 por mil habitantes, respectivamente, (tabela 2).

Tabela 1 - COBERTURA DO NÚMERO DE ÓBITOS POR 1.000 HABITANTES, AMAZONAS 2005

Municípios	Pop. 2005	Óbitos		Cobertura		Déficit	
		Esperados	Informados	Coef. P/ 1.000 Hab.	% Alc.	N.º Absoluto	%
JAPURÁ	13.028	64	8	0,6	12,5	56	87,5
JUTAÍ	27.112	133	17	0,6	12,8	116	87,2
UARINI	13.190	65	12	0,9	18,6	53	81,4
MARAÃ	20.256	99	20	1,0	20,2	79	79,8
TONANTINS	18.831	92	20	1,1	21,7	72	78,3
AMATURÁ	8.862	43	10	1,1	23,0	33	77,0
STO. ANT. DO IÇA	34.876	171	42	1,2	24,6	129	75,4
NOVO ARIPUANÃ	20.440	100	26	1,3	26,0	74	74,0
FONTE BOA	37.595	184	48	1,3	26,1	136	73,9
S. P. OLIVENÇA	28.860	141	38	1,3	26,9	103	73,1
RIO PRETO DA EVA	24.282	119	32	1,3	26,9	87	73,1
BARCELOS	32.168	158	44	1,4	27,9	114	72,1
IRANDUBA	40.436	198	64	1,6	32,3	134	67,7
PAUINÍ	17.125	84	30	1,7	35,7	56	66,6
BOCA DO ACRE	28.262	138	47	1,7	33,9	91	66,1
CAREIRO	24.971	122	46	1,8	37,6	76	62,4
MANICORÉ	38.148	187	74	1,9	39,5	114	60,9
URUCARÁ	22.639	111	45	2,0	40,6	66	59,4
CAAPIRANGA	9.996	49	20	2,0	40,8	29	59,2
BARREIRINHA	26.372	129	52	1,9	40,3	76	59,0
TEFÉ	70.810	347	144	2,0	41,5	203	58,5
N O. DO NORTE	30.254	148	65	2,1	43,8	83	56,2
ALVARÃES	14.369	70	31	2,2	44,0	39	56,0
S.S. DO UATUMÃ	8.749	43	19	2,2	44,3	24	55,7
APUÍ	18.788	92	42	2,2	45,6	50	54,4
COARÍ	84.309	413	198	5,7	47,9	217	52,6
CODAJÁS	19.956	98	47	2,4	47,9	51	51,9
AUTAZES	28.727	141	68	2,4	48,3	73	51,7
PARINTINS	109.150	535	263	2,4	49,1	274	51,2
PRES. FIGUEIREDO	23.636	116	56	2,4	48,3	59	50,8
SILVES	9.045	44	22	2,4	49,6	22	50,4
MANACAPURÚ	83.704	410	208	2,5	50,7	203	49,5
CANUTAMA	9.881	48	25	2,5	51,6	23	48,4
BORBA	35.524	174	91	2,6	52,3	84	48,3
ATALAIA DO NORTE	11.292	55	29	2,6	52,4	26	47,6
GUAJARA	12.065	59	33	2,7	52,4	28	47,6

Tabela 1 - COBERTURA DO NÚMERO DE ÓBITOS POR 1.000 HABITANTES, AMAZONAS 2005

Municípios	Pop. 2005	Óbitos Esperados	Cobertura Informados	Déficit Coef. P/ 1.000 Hab.	Esperados	Informados	Coef. 1.000 Hab.
ANORI	12.731	62	33	2,6	52,9	29	47,1
BENJAMIN CONSTANT	26.189	128	69	2,6	53,8	59	46,2
ITAPIRANGA	8.625	42	23	2,7	54,4	19	45,6
MANAQUIRI	13.916	68	38	2,7	55,7	30	44,3
ITAMARATI	7.994	39	22	2,8	56,2	17	43,8
ANAMÁ	6.889	34	19	2,8	56,3	15	43,7
TAPAUÁ	17.693	87	49	2,8	56,5	38	43,5
TABATINGA	43.974	215	124	2,8	57,7	92	42,9
CAREIRO DA VARZEA	16.726	82	47	2,8	57,3	35	42,7
BERURI	13.221	65	38	2,9	58,7	27	41,3
HUMAITÁ	29.166	143	95	3,2	66,4	57	39,8
NHAMUNDÁ	16.629	81	51	3,1	62,6	30	37,4
MAUÉS	45.814	224	142	3,1	63,3	82	36,7
IPIXUNA	17.258	85	54	3,1	63,9	31	36,1
BOA V. RAMOS	12.285	60	39	3,2	64,8	21	35,2
LÁBREA	26.475	130	85	3,2	65,5	45	34,5
JURUÁ	7.518	37	25	3,3	67,9	12	32,1
ENVIRA	13.548	66	47	3,5	70,8	19	29,2
ITACOATIARA	80.189	393	303	3,7	77,0	96	24,4
NOVO AIRÃO	7.003	34	27	3,9	78,7	7	21,3
EIRUNEPÉ	29.491	145	118	4,0	81,4	30	20,4
CARAUARÍ	25.914	127	102	3,9	80,3	25	19,7
Sta. IS. RIO. NEGRO	7.620	37	31	4,1	83,8	7	19,7
URUCURITUBA	8.986	44	36	4,0	81,8	8	18,2
M A N A U S	1.644.688	8.059	6.994	4,2	86,8	1.128	14,0
S. G. CACHOEIRA	34.069	167	192	5,6	115,0	-	-
IGNORADO/AM	0	0	6	0	0,0	0	0,0
TOTAL	3.232.319	15.838	10.845	3,3	67,9	5.085	32,1

FONTE: GESIM/DITEC-FVS/AM

População DATASUS - IBGE

Tabela 2- Coeficiente De Mortalidade Geral – Amazonas 2001- 2005

ANOS	POPULAÇÃO	Nº ÓBITOS	% O (1)
2001	2.900.218	10.504	3,62
2002	2.961.804	10.623	3,59
2003	3.031.079	10.594	3,50
2004 (*)	3.100.136	10.790	3,48
2005(*)	3.323.319	10.845	3,26

Fonte: GENSI/DITEC - FVS/AM

População: IBGE / Ministério da Saúde

(1)Coeficiente por 1.000 Habitantes

(*)Informações de óbitos 2004 e 2005 - Sujeitos a revisão

Mortalidade Proporcional

A curva de mortalidade proporcional – Indicador de Nelson de Moraes, que objetiva avaliar o nível de saúde de uma população, acompanhando a evolução da mortalidade, mostra na análise seqüencial dos anos de 1990, 1998 a 2005, que o Estado do Amazonas vem apresentando uma dimensão da proporção de óbitos em menores de um ano e conseqüente aumento da expectativa de vida, exteriorizada pela maior proporção de óbitos acima de 50 anos, configurando-se no formato em um **jota**, o que evidencia uma melhora da saúde da população, tabela 3 e gráfico 2.

Esta análise de mortalidade ainda é realizada com certas limitações e imprecisões, devido a baixa cobertura na notificação dos óbitos pelos municípios do Estado. Assim, o percentual de sub-registro é um dado que não pode ser ignorado.

**FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NÚCLEO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
NÚMERO E PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA NO AMAZONAS
PERÍODO: 1990, 1998 a 2005**

ANOS	FAIXA ETÁRIA					
	OB.	< 1 Ano	1-4 Anos	5-19 Anos	20-49 A.	50 + Anos
1990	Nº	2112	567	535	1576	3129
	%	26,67	7,16	6,76	19,90	39,51
1998	Nº	1.700	309	546	1.930	4.186
	%	19,61	3,56	6,30	22,26	48,28
1999	Nº	1.848	387	580	2.030	4.690
	%	19,38	4,06	6,08	21,29	49,19
2000	Nº	1864	402	572	2339	5286
	%	17,82	3,84	5,47	22,35	50,52
2001	Nº	1659	394	642	2267	5539
	%	15,80	3,75	6,11	21,59	52,75
2002	Nº	1613	393	598	2379	5626
	%	15,20	3,70	5,64	22,42	53,03
2003	Nº	1524	348	598	2396	5707
	%	14,41	3,29	5,66	22,66	53,98
2004 *	Nº	1312	337	562	2436	6119
	%	12,19	3,13	5,22	22,63	56,84
2005 *	Nº	1288	313	505	2521	6118
	%	11,99	2,91	4,70	23,46	56,94

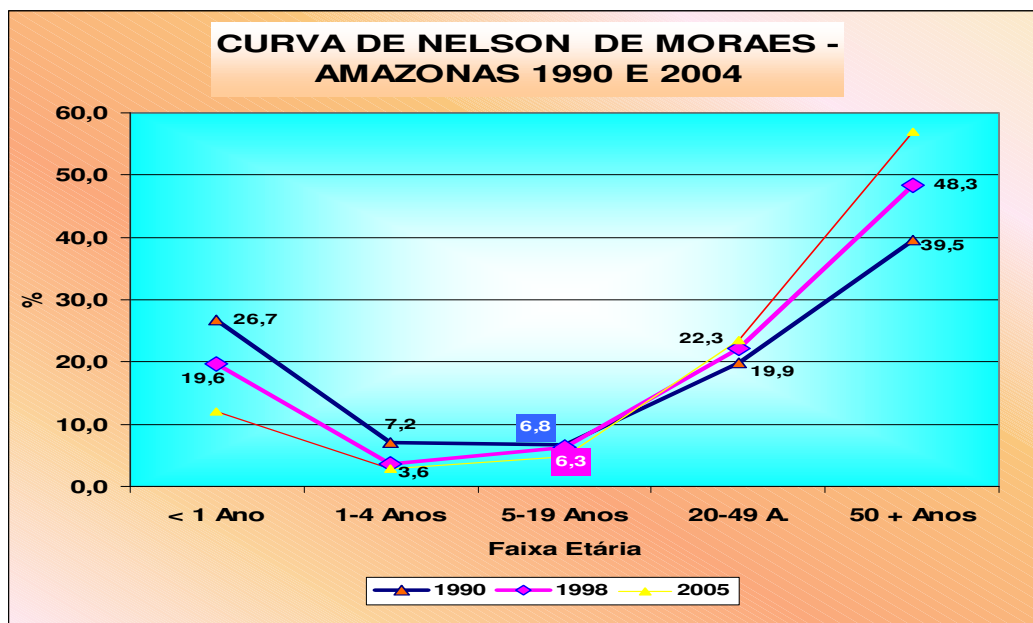
FONTE: FVE / GENSI / MS-TABNET

(*) ÓBITOS DE 2004 E 2005, SUJEITOS A REVISÃO

OBS.: EXCLUÍDOS OS ÓBITOS DE IDADE IGNORADA

Atualizado em 23/03/2006

PS-INFANTIL



Proporção de Óbitos por Causas Mal Definidas

Dos óbitos notificados à credibilidade desse indicador também fica comprometida pela deficiente qualificação da causa básica dos óbitos ocorridos, com um percentual de causas não definidas, perfazendo para o Estado um total de 21,5% dos óbitos no ano de 2005, quando o aceitável é de até 10%. Esta análise padrão de municípios, revela uma ampla variação, observando-se extremos de 0% à 84,2%. A mesma situação é vista para os óbitos ocorridos em menores de um ano, onde encontramos também variação de 0% à 66,7% dos óbitos rotulados como causa mal definidas, (tabela 4).

TABELA 4- PROPORÇÃO DE ÓBITOS EM GERAL E MENOR DE 1 ANO POR CAUSAS/MAL DEFINIDAS, AMAZONAS – 2005

Município Residência	Óbitos Gerais			Óbitos < 1 Ano		
	Total de Ób.	Mal Def.	% (*)	Total de Óbitos	Mal Definido	% (*)
Alvarães	31	11	35,5	10	3	30,0
Amaturá	10	2	20,0	0	0	0,0
Anamá	19	9	47,4	3	2	66,7
Anori	33	11	33,3	6	1	16,7
Apuí	42	5	11,9	2	0	0,0
Atalaia do Norte	29	3	10,3	6	0	0,0
Autazes	68	26	38,2	16	6	37,5
Barcelos	44	8	18,2	12	4	33,3
Barreirinha	52	22	42,3	6	2	33,3
Benjamin Constant	69	16	23,2	7	1	14,3
Beruri	38	5	13,2	1	0	0,0
Boa Vista do Ramos	39	1	2,6	7	0	0,0
Boca do Acre	47	30	63,8	0	0	0,0
Borba	91	47	51,6	22	6	27,3
Caapiranga	20	15	75,0	2	1	50,0
Canutama	25	6	24,0	6	1	16,7
Carauari	102	31	30,4	19	4	21,1
Careiro	46	10	21,7	9	1	11,1
Careiro da Várzea	47	25	53,2	4	2	50,0
Coari	198	70	35,4	39	6	15,4
Codajás	47	12	25,5	7	1	14,3
Eirunepé	118	12	10,2	25	5	20,0
Envira	47	2	4,3	8	0	0,0
Fonte Boa	48	0	0,0	9	0	0,0
Guajará	33	18	54,5	7	3	42,9
Humaitá	95	30	31,6	4	1	25,0
Ipixuna	54	13	24,1	16	2	12,5
Irlanduba	64	17	26,6	8	2	25,0
Itacoatiara	303	149	49,2	30	9	30,0
Itamarati	22	7	31,8	6	2	33,3
Itapiranga	23	8	34,8	3	0	0,0
Japurá	8	5	62,5	3	0	0,0
Juruá	25	1	4,0	9	0	0,0
Jutaí	17	1	5,9	1	0	0,0
Lábrea	85	28	32,9	16	2	12,5
Manacapuru	208	71	34,1	17	1	5,9
Manaquiri	38	19	50,0	4	0	0,0
Manaus	6.994	1.146	16,4	667	65	9,7
Manicoré	74	39	52,7	8	0	0,0
Maraã	20	4	20,0	4	0	0,0
Maués	142	70	49,3	22	0	0,0
Nhamundá	51	36	70,6	5	2	40,0
Nova O. do Norte	65	30	46,2	13	1	7,7
Novo Airão	27	10	37,0	6	2	33,3
Novo Aripuanã	26	1	3,8	4	0	0,0
Parintins	263	32	12,2	38	1	2,6
Pauini	30	14	46,7	4	1	25,0
Pres. Figueiredo	56	8	14,3	6	0	0,0

TABELA 4- PROPORÇÃO DE ÓBITOS EM GERAL E MENOR DE 1 ANO POR CAUSAS/MAL DEFINIDAS, AMAZONAS – 2005

Município Residência	Óbitos Gerais			Óbitos < 1 Ano		
	Total de Ób.	Mal Def.	% (*)	Total de Óbitos	Mal Definido	% (*)
Rio P. da Eva	32	4	12,5	7	0	0,0
Sta.I. do Rio Negro	31	12	38,7	3	1	33,3
Sto. Ant.do Içá	42	15	35,7	12	1	8,3
S. G. da Cachoeira	192	17	8,9	48	0	0,0
S. P. de Olivença	38	22	57,9	6	0	0,0
S. S. do Uatumã	19	2	10,5	5	1	20,0
Silves	22	5	22,7	4	0	0,0
Tabatinga	124	24	19,4	22	1	4,5
Tapauá	49	17	34,7	4	1	25,0
Tefé	144	21	14,6	36	2	5,6
Tonantins	20	16	80,0	2	1	50,0
Uarini	12	7	58,3	3	0	0,0
Urucará	45	20	44,4	6	1	16,7
Urucurituba	36	19	52,8	4	2	50,0
Munic.ign. - AM	6	0	-	1	0	0,0
Total AM	10.845	2.337	21,5	1.290	151	11,7

Fonte: GENSI/DITEC - FVS/ AM

Informação PPI / Monitoramento 2005

Obs. Proporção aceitável pelo MS – até 10%

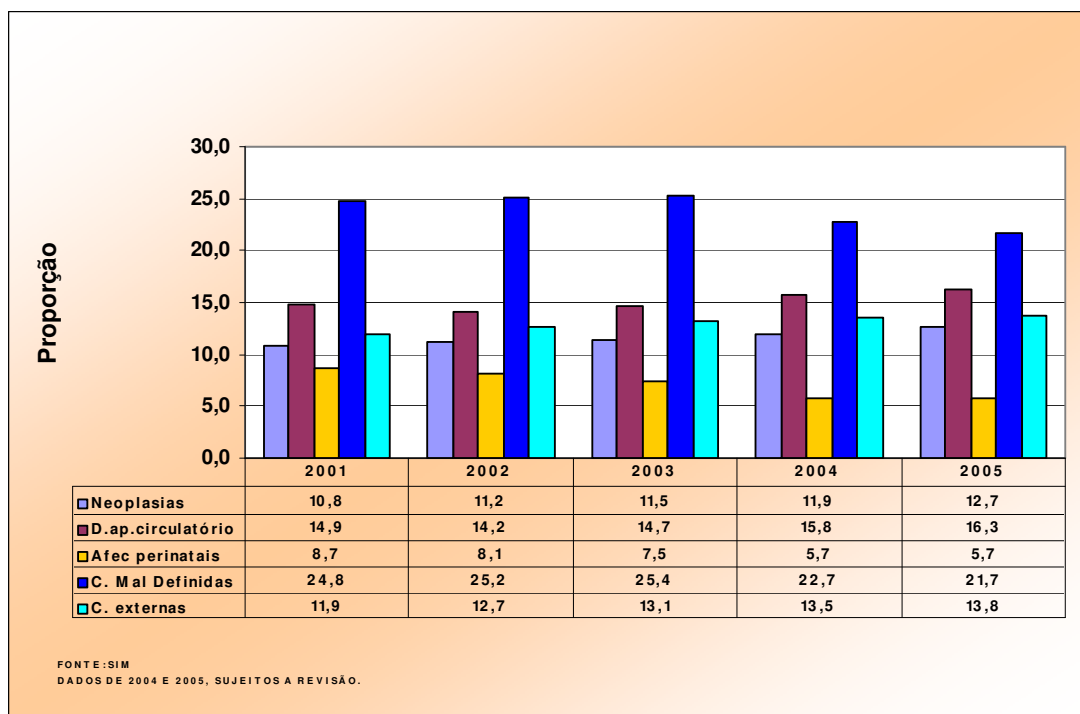
Obs: dados de nasc. Vivos e óbitos, sujeitos a revisão.

Mortalidade Geral por Grupo de Causas

A análise dos principais grupos de causas de óbitos mostrou por meio da proporção por grupo em 2005, como primeiro plano, as causas Mal Definidas com 21,7%, caracterizando a deficiência qualitativa desse registro e fragilizando esses indicadores.

Em ordem de frequência e em ascensão, seguem-se as doenças do Aparelho Circulatório; os grupos das chamadas Causas Externas, Neoplasias e as Afecções Perinatais.

GRÁFICO



Coefficiente de Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil no Estado apresenta, nos últimos dois anos, níveis inferiores a 20 óbitos em menores de um ano, para cada 1.000 nascidos vivos, salientando-se que essa taxa também sofre as mesmas interferências da taxa de mortalidade geral. Na sua estratificação entre interior e capital, observa-se uma maior magnitude para o interior do Estado em relação a capital. Talvez não seja tão expressiva quanto a esperada, em razão das condições e da atenção à saúde no interior do Estado serem completamente diferenciadas da capital (tabela 5).

A mortalidade neonatal, componente da mortalidade infantil que reflete a ocorrência de óbitos em menores de 28 dias de idade, portanto, tendo um grande reflexo das condições do pré-natal, parto e atenção ao neonato, cada vez é mais expressiva, principalmente na capital. 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 sub-notificação (tabela 6).

**TABELA - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL NO ESTADO,
EM MANAUS E NO INTERIOR**

2001 a 2005

ANOS	NASCIDOS VIVOS			N.º ÓB. < 1 ANO			COEF. P/ 1.000 NASC. VIVOS		
	AM.	MANAUS	INTERIOR	AM.	MANAUS	INTERIOR	AM.	MANAUS	INTERIOR
2001	70.252	37.767	32.485	1.659	970	689	23,61	25,68	21,21
2002	70.671	38.161	32.510	1.613	869	744	22,82	22,77	22,89
2003	70.751	37.463	33.288	1.524	796	728	21,54	21,25	21,87
2004 (*)	71.114	36.948	34.166	1.312	623	689	18,45	16,86	20,17
2005 (*)	72.606	37.998	34.608	1.290	667	623	17,77	17,55	18,00

FONTES: GENSI/DITEC - FVS/AM

ÓBITOS -2001 a 2003 MS / TABNET

(1)COEF.POR 1.000 NASCIDOS VIVOS

(*) Idades de nascidos vivos e óbitos, 2004 e 2005, - sujeitos à revisão.

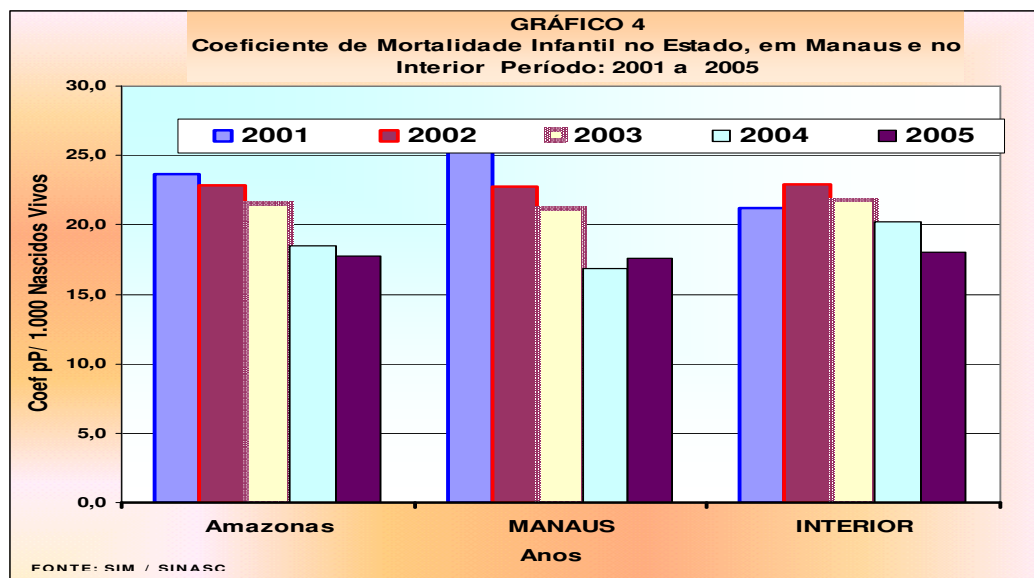


Tabela 6- Coeficiente de Mortalidade Infantil e Seus Componentes, Amazonas - 2001 A 2005

ANOS	REGIÃO	Nº. NASC. VIVOS	NEONATAL PRECOCE		NEONATAL TARDIO		TOTAL NEONATAL		INFANTIL TARDIO		<1 ano Ign	MORT. INFANTIL	
			Nº. OB.	%o	Nº. OB.	%o	Nº. OB.	%o	Nº. OB.	%o		Nº. OB.	%o
			0 - 6 d		7-27 d		< 28 ds		28 d-11m			< 1 ano	
2001	AMAZONAS	70.252	789	11,2	247	3,5	1.036	14,7	623	8,9	-	1.659	23,6
	MANAUS	37.767	460	12,2	178	4,7	638	16,9	332	8,8	-	970	25,7
	INTERIOR	32.485	329	10,1	69	2,1	398	12,3	291	9,0	-	689	21,2
2002	AMAZONAS	70.671	757	10,7	210	3,0	967	13,7	646	9,1	-	1.613	22,8
	MANAUS	38.161	444	11,6	149	3,9	593	15,5	276	7,2	-	869	22,8
	INTERIOR	32.510	313	9,6	61	1,9	374	11,5	370	11,4	-	744	22,9
2003	AMAZONAS	70.751	682	9,6	210	3,0	892	12,6	629	8,9	3	1.524	21,5
	MANAUS	37.463	382	10,2	140	3,7	522	13,9	274	7,3	-	796	21,2
	INTERIOR	33.288	300	9,0	70	2,1	370	11,1	355	10,7	-	725	21,8
2004 (*)	AMAZONAS	71.108	565	7,9	172	2,4	737	10,4	572	8,0	3	1.312	18,5
	MANAUS	36.948	276	7,5	92	2,5	368	10,0	255	6,9	-	623	16,9
	INTERIOR	34.160	289	8,5	80	2,3	369	10,8	317	9,3	-	686	20,1
2005 (*)	AMAZONAS	72.606	597	8,2	153	2,1	750	10,3	539	7,4	1	1.290	17,8
	MANAUS	37.989	329	8,7	93	2,4	422	11,1	245	6,4	-	667	17,6
	INTERIOR	34.617	268	7,7	60	1,7	328	9,5	294	8,5	-	622	18,0

FONTE: GENSI/DITEC - FVS /AM e MS-TABNET

Coeficiente por 1.000 nascidos vivos

Obs. Dados de nascidos vivos e óbitos de 2004 e 2005 - sujeitos a revisão

MORTALIDADE INFANTIL POR GRUPO DE CAUSAS

Na demonstração da mortalidade infantil no Estado do Amazonas, período de 2001 a 2005, Tabela 7 e Gráfico 5, verifica-se a predominância das Afecções Perinatais em média de 52,0% das demais causas. Embora exista um declínio dos óbitos infantis nos últimos 5 anos, a situação ainda é preocupante, considerando-se as causas apresentadas, principalmente a primeira, onde estão as mortes com causas evitáveis .

Os óbitos infantis neonatais ocorrem na sua totalidade devido às causas endógenas, ou seja, às causas perinatais e estão ligados aos problemas de gestação, parto e atenção ao recém-nascido. Vale ressaltar como causas, ainda importantes, as Anomalias Congênicas e as Mal Definidas que representam por ordem as 2ª e 3ª causas básicas, respectivamente.

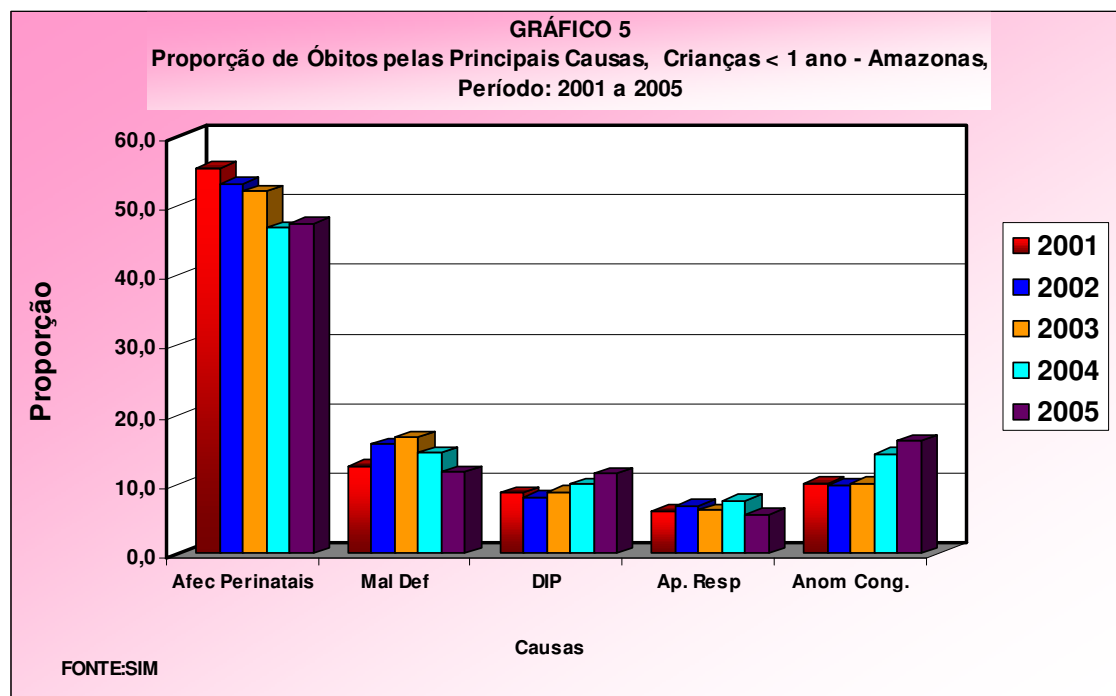
TABELA -PROPORÇÃO DE ÓBITOS EM MENORES 1 ANO - PRINCIPAIS CAUSAS, AMAZONAS, 2001 A 2005

GRUPO DE CAUSAS	Anos				
	2001	2002	2003	2004	2005
Afec. Período Perinatal	55,3	53,1	52,0	46,8	47,4
Afec. Mal Definidas.	12,5	15,7	16,7	14,5	11,7
D. Infec.e Parasitárias	8,7	8,1	8,9	10,0	11,5
D. Ap. Respiratório	6,1	6,9	6,2	7,6	5,6
Anom. Congênicas	10,1	9,9	10,1	14,3	16,2
Causas Externas	0,5	0,6	0,9	1,4	1,2
Outras Causas	6,6	5,6	5,2	5,3	6,4

FONTE: GENSI/DITEC - FVS /AM

(*) 2005 DADOS DE JANEIRO A NOVEMBRO

OBS. DADOS DE 2004 E 2005, SUJEITOS À REVISÃO



Coeficiente de Mortalidade Materna

O coeficiente de mortalidade materna para o Estado do Amazonas, dentro da série histórica anual, apresenta freqüente flutuação a cada ano, denotando irregularidades na notificação dessa ocorrência. Para o ano de 2005, o Estado apresentou uma taxa de 51,0 óbitos por 100.000 nascidos vivos quando, estratificada para a capital e municípios do interior, esta é de 47,4 e 54,9 por 100.000 nascidos vivos, respectivamente(tabela 8).

Importante destaque se dá a faixa etária de maior ocorrência de óbitos nesse estrato populacional, com 70% destes concentrados na faixa etária de mulheres menores de 30 anos de idade. (Tabela 8, gráficos 6 e 7).

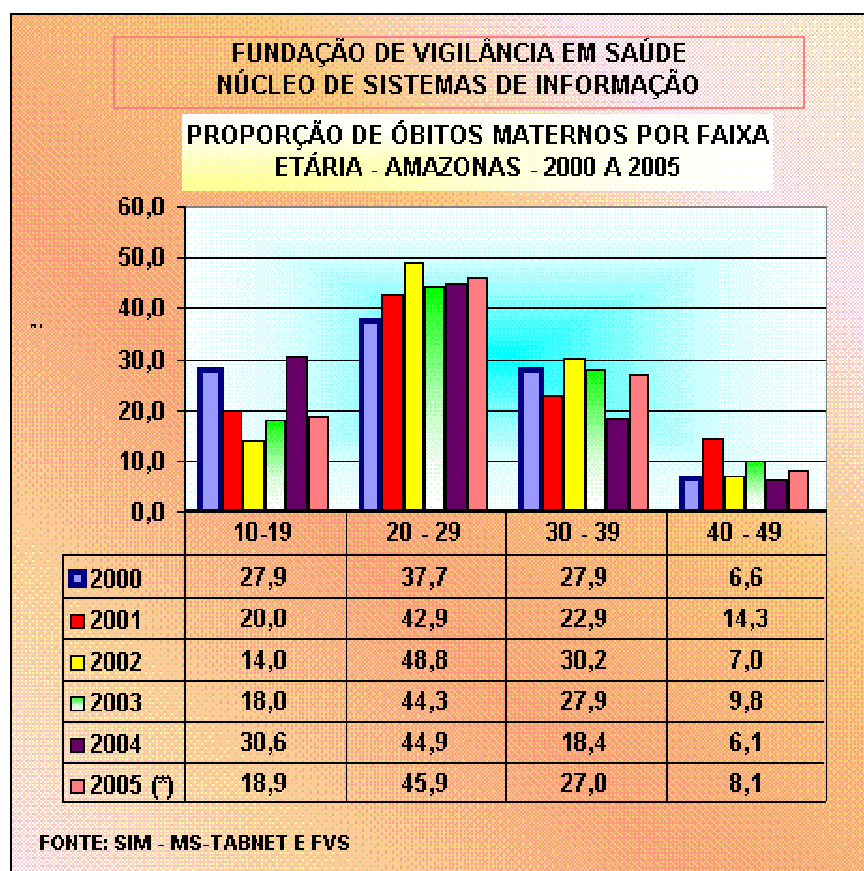
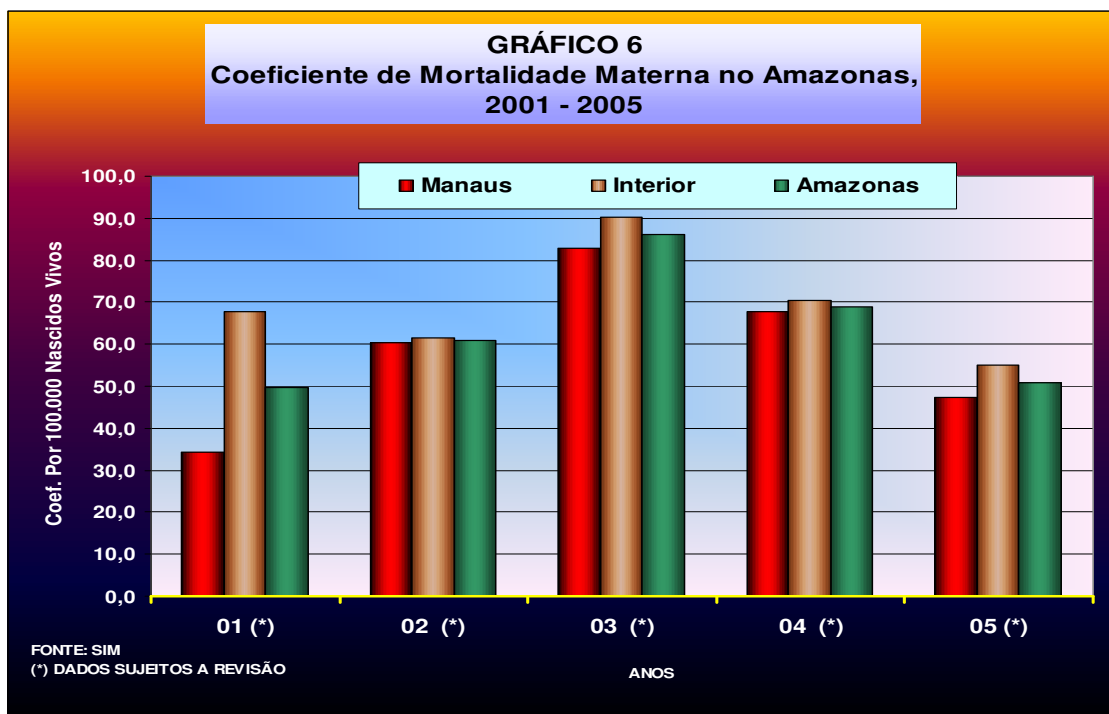
TABELA - COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA, AMAZONAS, 2001 A 2005

ANOS	AMAZONAS			MANAUS			INTERIOR		
	Nº ÓBITOS	Nº DE NASC. VIVOS	Coef. P/ 100.000 N.V.	Nº ÓBITOS	Nº DE NASC. VIVOS	Coef. P/ 100.000 N.V.	Nº ÓBITOS	Nº DE NASC. VIVOS	Coef. P/ 100.000 N.V.
2001	35	70.252	49,8	13	37.767	34,4	22	32.485	67,7
2002	43	70.671	60,8	23	38.161	60,3	20	32.510	61,5
2003 (*)	61	70.751	86,2	31	37.463	82,7	30	33.288	90,1
2004 (*)	49	71.065	69,0	25	36.954	67,7	24	34.111	70,4
2005 (*)	37	72.606	51,0	18	37.998	47,4	19	34.608	54,9

FONTE: GENSI/DITEC – FVS/AM

Coeficiente por 100.000 nascidos vivos

Obs: informações de nascidos vivos e óbitos - 2001 a 2003 sujeitos a revisão



MORTALIDADE POR DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – DANT

Mudanças expressivas no perfil epidemiológico da mortalidade no Estado têm-se refletido na redução da mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias e um aumento na mortalidade proporcional por doenças e agravos não transmissíveis. Com exceção das causas mal definidas, as três primeiras causas de óbitos nos últimos anos são desta categoria, tabela 9 e Gráfico 8. As doenças do aparelho circulatório têm sido a principal causa de óbitos nos últimos 10 anos, respondendo por 25,2 % de todos os óbitos registrados em 2005. Em segundo lugar vêm as causas externas, 21,4 %, e em seguida as neoplasias com 19,7% .

NÚCLEO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

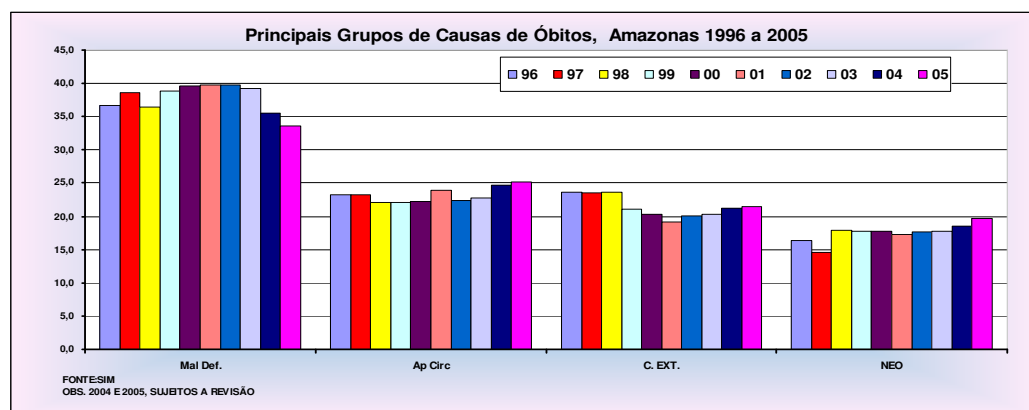
NÚMERO E PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR GRUPOS DE CAUSAS - AMAZONAS

PERÍODO: 1996 - 2005

GRUPOS DE CAUSAS CID 10	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	OB.	%	OB.	%	OB.	%	OB.	%	OB.	%	OB.	%	OB.	%	OB.	%	OB.	%	OB.	%
AFEÇÕES MAL DEF.	1854	36,7	2034	38,7	1998	36,4	2271	38,9	2634	39,7	2608	39,8	2674	39,8	2.688	39,3	2.454	35,5	2.329	33,6
D. AP. CIRCULATORIO	1176	23,3	1223	23,2	1213	22,1	1293	22,2	1472	22,2	1566	23,9	1505	22,4	1.557	22,7	1.705	24,7	1.748	25,2
CAUSA EXTERNAS	1199	23,7	1240	23,6	1299	23,7	1233	21,1	1352	20,4	1255	19,1	1349	20,1	1.389	20,3	1.461	21,2	1.484	21,4
NEOPLASIAS	827	16,4	765	14,5	982	17,9	1039	17,8	1178	17,8	1130	17,2	1189	17,7	1.214	17,7	1.284	18,6	1.365	19,7
TOTAL	5.056	100,0	5.262	100,0	5.492	100,0	5.836	100,0	6.636	100,0	6.559	100,0	6.717	100,0	6.848	100,0	6.904	100,0	6.926	100,0

FONTE: 1996-2003 SVS/MS; 2003 E 2004 FVE/IGENSI
 OBS. INFORMAÇÕES DE ÓBITOS - 2004 E 2005, SUJEITOS À REVISÃO
 ATUALIZADA EM 23/03/2006

GRÁFICO

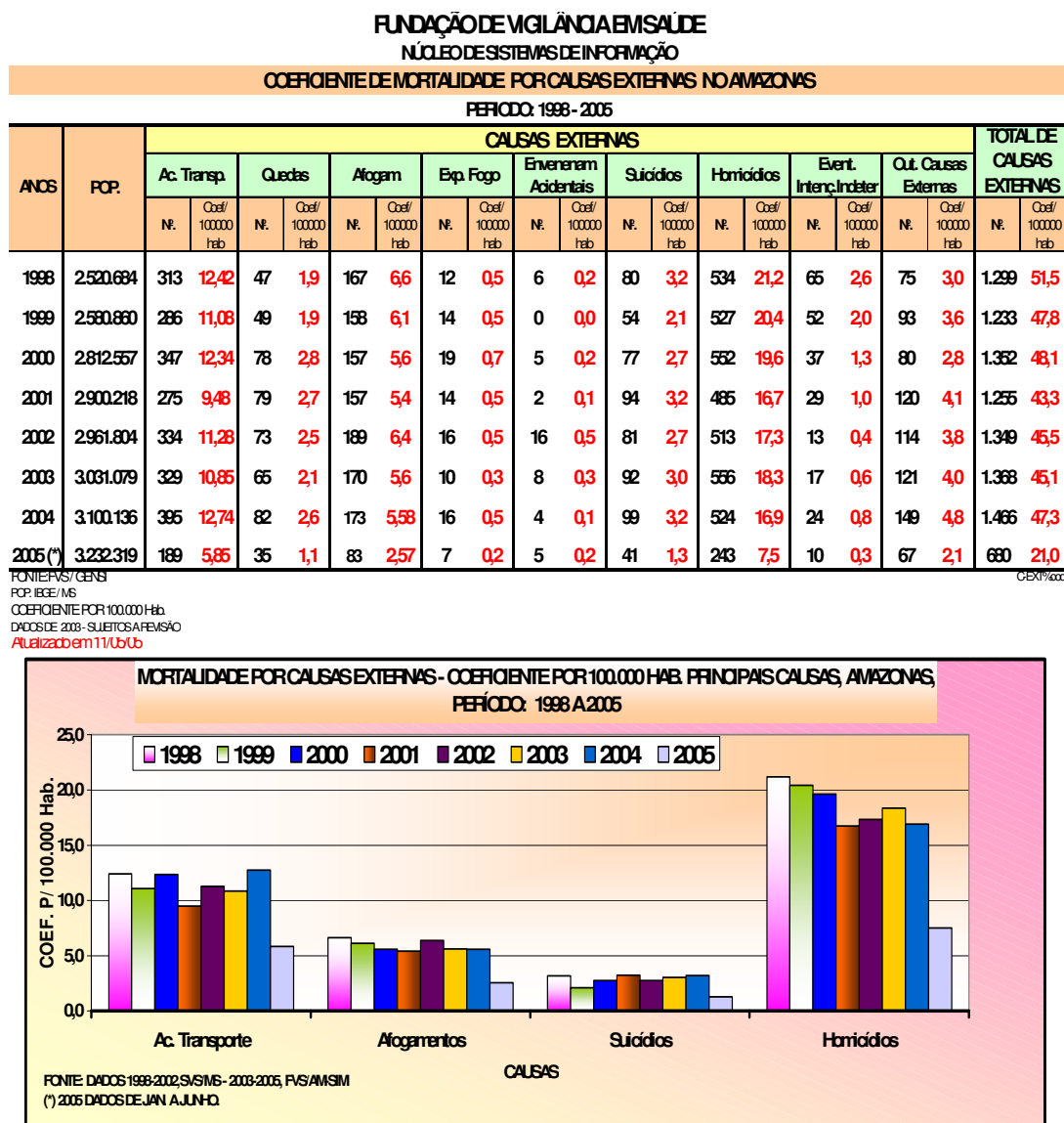


Do ponto de vista social e econômico, o aumento da morbi-mortalidade por DANT representa, além do comprometimento da saúde, a grande perda de anos potenciais de vida, com mortes precoces na faixa etária economicamente ativa no estado e suas implicações óbvias para a economia. Além disso, para o sistema de saúde é necessário considerar os altos custos envolvidos em minimizar os graus variados de incapacidade ocasionados por acidentes, agressões e outras causas externas nesta faixa etária. Adicionalmente, com o envelhecimento da população, tem ocorrido um expressivo aumento das doenças cardiovasculares, neoplasias e outras doenças crônicas, acometendo principalmente os mais idosos.

Mortalidade por Causas Externas.

Dentre o grupo de causas externas, na série histórica considerada, destacam-se como principal causa de óbitos os homicídios, com coeficientes que variam de 7,5 a 21,2 óbitos por 100.000 habitantes, seguem-se os acidentes de transportes e afogamentos como as principais

causas



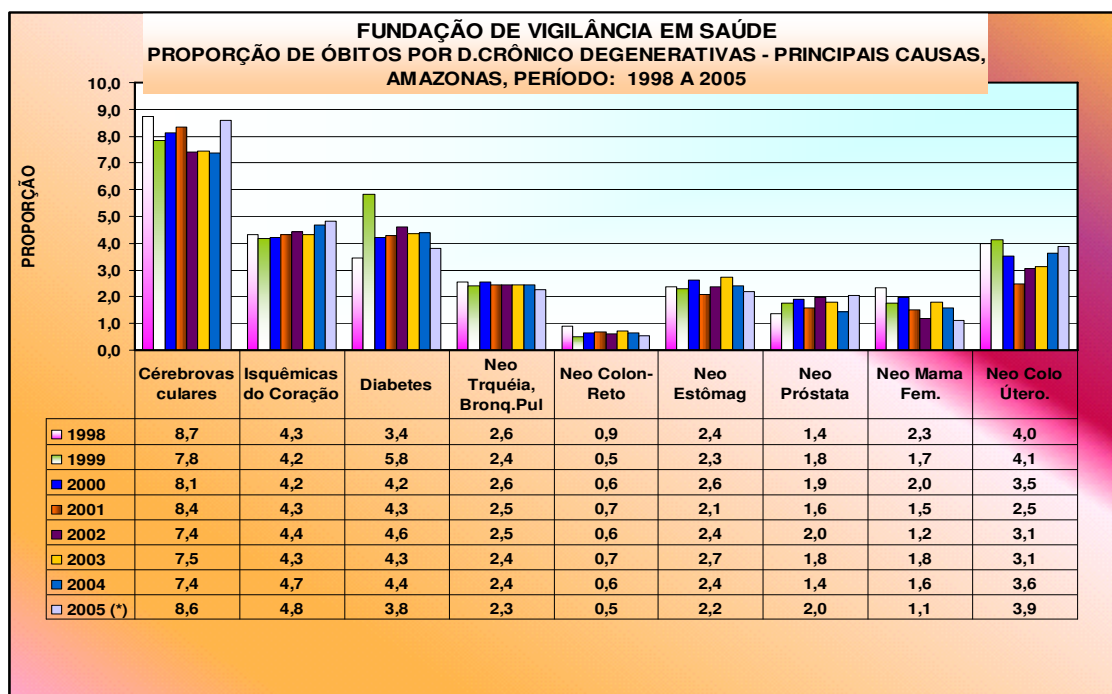
Proporção de óbitos por Doenças Crônicas Degenerativas

No Estado do Amazonas, no período de 1998 a 2005, destacamos nas Doenças Crônicas Degenerativas, como as principais causas as Doenças do Aparelho Circulatório e seus componentes: as Doenças Cérebro Vasculares, apresentando 8,6% em 2005, e as Doenças Isquêmicas, 4,8% dos óbitos.

A seguir, conforme revela o gráfico 10, estão as Neoplasias, registrando-se como a segunda maior causa de óbitos na série histórica. Em 2005 registram-se as Neoplasias do colo do útero

com 3,9%, as Neoplasias do Estômago com 2,2% e as Neoplasias da Próstata com 2,0 % dos óbitos.

Gráfico



1.2.1 Vigilância à Saúde

As ações de Vigilância à Saúde no Estado do Amazonas estão sob a responsabilidade da Fundação de Vigilância à Saúde –FVS. Criada em 2004 através da Lei nº 2.895, dirigida por uma Diretoria Executiva, Auxiliada por um Diretor Técnico e Diretor Administrativo – Financeiro.

Até o ano de 2005, o Estado do Amazonas contava com 25 municípios certificados na **Gestão de Vigilância em Saúde no Estado conforme quadro abaixo:**

Município	Portaria MS	Data
Alvarães	804/GM/M.S	31.05.2005
Apuí	224/GM/M.S	17.03.2003
Autazes	006/GM/M.S	09.12.2003
Barcelos	1.447/GM/ M.S	14.07.2004
Boca do Acre	1.447 GM/ M.S	14.07.2004
Borba	2.592/GM/ M.S	28.12.2005
Careiro Castanho	1.447/GM/ M.S	14.07.2004
Coari	843/GM/ M.S	27.06.2000
Fonte Boa	843/GM/ M.S	27.06.2000
Humaitá	843/GM/ M.S	27.06.2000
Iranduba	843/GM/ M.S	27.06.2000
Itacoatiara	843/GM/ M.S	27.06.2000
Lábrea	321/GM/M.S	04.03.2004
Manacapurú	843/GM/ M.S	27.06.2000
Manaquiri	1.345/GM/ M.S	12.08.2005
Manicoré	224/GM/ M.S	17.03.2003
Maraã	2.592/GM / M.S	28.12.2005
Maués	415 /GM/M.S	10.03.2003
Pauini	804/GM/M.S	31.05.2005
Parintins	224/GM/M.S	17.03.2004
Presidente Figueiredo	843/GM/M.S	27.06.2000
Rio Preto da Eva	1.447/GM/M.S	14.07.2004
Tabatinga	224/GM/M.S	17.03.2004
Tapauá	1.447/GM/M.S	14.07.2004
Tefé	804/GM/M.S	31.05.2005

Os municípios do Estado do Amazonas certificados na Gestão de Vigilância em Saúde tem encontrado dificuldades para o cumprimento das metas pactuadas, em virtude das peculiaridades regionais, não sendo diferenciada das outras regiões do país.

O processo de avaliação das metas não considera os entraves comuns nos municípios, como as grandes distâncias, a baixa densidade demográfica, o difícil acesso nas áreas rurais dos municípios, a sazonalidade dos rios com o ciclo das cheias e secas, contribuindo para os altos custos operacionais para o alcance da cobertura, principalmente das ações de imunização de rotina, homogeneidade de cobertura vacinal nos municípios, bem como a cobertura e a determinação de causas de óbitos.

Igualmente pelos fatores descritos acima com alto custo operacional, comprometendo as ações de controle da malária e da dengue sendo, portanto, insuficientes os recursos financeiros pactuados com os municípios e em decorrência, o cumprimento parcial da PPI-VS.

Ações relevantes realizadas pela Vigilância em Saúde no Estado

- Adequação e reforma da sede administrativa da FVS/am em Manaus;
- Construção da sede do distrito de Endemias da Zona oeste no bairro de Alvorada e adequação e reforma da sede do Distrito de Endemias da Zona leste, no Zumbi em Manaus paraq oferecer melhores condições de infra-estrutura física visando maior controle das endemias no município;
- Contratação de recursos humanos concursados, para suprir as atividades fins da FVS/Am;
- Aquisição de equipamentos para os Distritos de Endemias de Manaus e interior do estado;
- Implantação do Núcleo Estadual de Entomologia;
- Implementação do Georreferenciamento em ações de Malária e outras doenças transmitidas por vetores, dos municípios de interesse epidemiológico;
- Implantação do Plano Emergencial para o Controle da Malária em Manaus e nos 16 municípios prioritários , responsáveis por 70% dos casos no estado;
- Atualização da base cartográfica de ruas e ramais dos municípios prioritários do Plano Estadual de Controle de Malária- PECM;
- Implementação e supervisão das 61 Gerências Municipais de Endemias e quatro Distritos de Endemias do município de Manaus;
- Manutenção da erradicação da Poliomielite, Sarampo, e Febre Amarela Urbana;
- Investigação e controle de surtos inusitados de Facíola Hepática, Hepatite, Doenças Exantemáticas, Hantavirose e Pneumonite Eosinófila na capital e no interior do Estado;

- Implementação da Vigilância Epidemiológica no Controle do Hantavirus no Estado;
- Implementação da Vigilância Epidemiológica e Controle da Doença de Chagas no Estado;
- Campanha de Vacinação no Estado, atingindo parcelas específicas da população, vulneráveis a doenças imunopreveníveis;
- Consolidação do LACEN como Laboratório de Saúde Pública;
- Manutenção do Sistema da Qualidade segundo a NBR/ISSO/IEC 17025 e BPLC visando a certificação do LACEN;
- Manutenção em 13 municípios dos Sistemas de Informação da Vigilância de Qualidade da Água para consumo humano – VIGIAGUA e SISAGUA;
- Levantamento e mapeamento de áreas com suspeita de contaminação do solo no estado;
- Implantação das ações de Vigilância Sanitária em 6 municípios;
- Intensificação de atividades de mobilização comunitária para prevenção de doenças e comportamentos da saúde na capital e interior do Estado.
- Elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, para 18 estabelecimentos Assistenciais de Saúde da rede Estadual.

1.2.1.1 Vigilância Epidemiológica

Controle das doenças imunopreveníveis.

Doses de Vacinas Aplicadas de Rotina.

Ação/ Vacinas	Produto/ Doses aplicadas	Localidade
Contra Varicela	2.081	Estado
Contra Poliomielite	336.721	Estado
DTP (Difteria, Tétano e Coqueluche)	146.187	Estado
Tetraivalente (Difteria, Tétano, Coqueluche + HIB)	224.802	Estado
Contra Tuberculose	110.394	Estado
Contra Hepatite B	356.817	Estado
Contra Hemophylus B	183	Estado
Contra Febre Amarela	233.192	Estado
Tríplice Viral (Sarampo, Rubéola e Caxumba)	171.585	Estado
Salk	289	Estado
Pentavalente	8	Estado
Anti Pneumococo	9.534	Estado
Contra Hepatite A	23	Estado
Contra Difteria e Tétano (D.T.)	398.637	Estado
Tríplice Acelular	12	Estado
Meningocócica conjugada	16	Estado
Contra Influenza	47.484	Estado
Tríplice Viral / MIF	34.094	Estado

Fonte: DVE / GEIM

Doses de Vacinas Aplicadas em Campanhas

Ação/Vacina	Produto / Doses aplicadas	Localidade
Contra Poliomielite (menor de 5 anos)	740.864	Estado
Contra Influenza (acima de 65 anos)	133.016	Estado

Fonte: DVE / GEIM

Ações de Vigilância Epidemiológica.

Ação	Produto	Localidade
Investigações	13 investigações	Estado
Busca ativa de casos	840 casos	Estado
Realização de coleta de amostras	06 pesquisas	Interior
Implantação das ações de vigilância epidemiológica	03 municípios	Interior
Supervisão de programas e Vigilância Epidemiológica.	45 municípios	Estado
Treinamento Básico em ações de Vigilância Epidemiológica - CBVE	76 treinandos	Municípios-6
Capacitação de Recursos Humanos	13 treinandos	Estado
Participação em Eventos de avaliação	03 eventos	Brasília e outros Estados
Participação em Seminários	13 eventos	Estado

FVS – AM / DVE.

1.2.1.2 Vigilância Sanitária.

Ação	Produto	Localidade
Municípios com cadastro dos estabelecimentos sujeitos a inspeção sanitária *	55 municípios	Estado
Inspeções Sanitárias:		
Alta Complexidade	125 Estabelecimentos	Manaus
Média Complexidade:	346 Estabelecimentos	Manaus
Baixa Complexidade **;	37.291 Estabelecimentos	Estado
Implantação das ações de Vigilância Sanitária	06 municípios	Interior
Implementação das ações de Vigilância Sanitária	09 municípios	Interior
Supervisão das ações de Vigilância Sanitária	17 municípios	Interior
Assessoramento aos estabelecimentos de saúde na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde – PGRSS	18 estabelecimentos	Manaus
Análise e emissão de parecer técnico dos estabelecimentos assistenciais de Saúde Pública, Privada e indústria, referente a projetos arquitetônicos, conforme as normas vigentes.	334 estabelecimentos	Manaus
Cadastro e emissão de declaração de cadastro de projetos de EAS e indústrias.	543 estabelecimentos	Manaus
Proceder o parecer técnico dos PGRSS dos estabelecimentos assistenciais de saúde pública e privados	09 estabelecimentos	Manaus

* Comentário/Justificativas:

Existem 55 municípios com Ações Básicas de Vigilância Sanitária implantada, com os estabelecimentos cadastrados, entretanto, os cadastros não foram enviados para o Departamento de Vigilância Sanitária (DEVISA).

** Comentário/Justificativas:

Dos 25 municípios certificados, apenas 18 municípios enviam regularmente os relatórios mensais / quantitativos (estabelecimentos inspecionados em caráter sistemático e/ou processual, averiguação de denúncias).

Outras Ações de Vigilância Sanitária.

Oficina de Capacitação em Monitoração e Fiscalização de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária

Clientela: Técnicos do DEVISA / GPROVI/GSERVIS: 20

Monitoramento de Fitoterápicos: análise microbiológica.

Monitoramento de água sanitária: análise físico-química.

1.2.1.3 Vigilância ambiental e Controle de Doenças

Ações Específicas de combate à Malária realizadas

Ações de controle da Malária	Produto	Localidade
Coleta e exame de lâminas para diagnóstico	1.146.356	62 Municípios
Diagnóstico e tratamento de casos	272.051	62 Municípios
Borrifação intradomiciliar (Casas)	67.391	Estado
Aplicação de larvicidas para controle de vetores (litros)	13.660	Manaus
Limpeza de igarapés para controle de vetores	29.653 metros	Manaus
Aplicação de inseticida por termonebulização (imóveis)	197.550	29 Municípios

Ações Específicas de combate à Dengue, realizadas.

Ação	Produto	Localidade
Pesquisa larvária do <i>Aedes aegypti</i> (imóvel)	835.536	Estado
Tratamento focal de imóvel	865.915	Estado

Controle de Zoonoses

Ação	Produto	Localidade
Vacina anti-rábica animal (rotina) - Janeiro a Dezembro de 2005	3.134 animais vacinados	Manaus- 1.299 e Interior- 1.835
Vacina anti-rábica – cães (campanha)	346.125 cães vacinados	Manaus- 158.995
Vacina anti-rábica – gatos (campanha)	102.627-gatos vacinados	Manaus – 33.598
Investigação de zoonoses	3 investigações	Autazes e Tapauá (raiva), Canutama (fasciolose)
Controle de agressão de morcegos	11 municípios	Interior
Monitoramento da Captura de cães	6.278 cães capturados	Manaus-2.710 e Interior- 3.568
Exames Laboratoriais em cães	646 exames	Estado
Supervisão	111 Supervisões	Manaus- 29 e Interior - 82
Palestras sobre zoonoses	25 Palestras	Manaus- 18 e Interior- 07
Capacitação no programa da profilaxia da Raiva Humana	91 treinandos	Manaus - 42 Interior - 49
Participação em Eventos	11 eventos	Manaus - 02 e Outros Estados-09

Outras ações de Vigilância Ambiental.

Ação	Produto	Localidade
Implantação da Vigilância Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano.	22 municípios com Vigilância Ambiental implantada.	Interior
Capacitação para a gestão das ações de Vigilância Ambiental em Saúde.	315 profissionais de nível superior e nível médio capacitados	Municípios - 20

Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN

Exames realizados de apoio às Vigilâncias em Saúde. Ação	Produto / exames realizados	Localidade
Exames de Biologia Médica	96.789	Manaus
Exames de produtos	12.300	Manaus
Exames Laboratoriais de virologia	31.351	Estado
Revisão de lâminas de malária, para avaliar a qualidade da	43.741 lâminas revisadas	Estado
Revisão de lâminas de tuberculose, para avaliar a qualidade da leitura.	2.205 lâminas revisadas	Estado
Exames de baciloscopia	3.167 exames	Estado
Exames de cultura	591 exames	Estado
Capacitações de servidores em Tuberculose	30 capacitações	Estado
Supervisões de malária	82 supervisões	Manaus – 69 e Interior - 13
Supervisão no Laboratório Pólo	04 supervisões	Tabatinga
Supervisões de Tuberculose	106 supervisões	Manaus- 97 e Interior - 9
Treinamentos de laboratório em Tuberculose	23 eventos	Estado
Treinamento de recursos humanos em virologia	06 cursos	FUAM- 1 SEMSA MAO-1 Municípios- 4
Inquérito Epidemiológico / FUNASA / Vale do Javari	1 inquérito realizado	Atalaia do Norte
Investigação e Tratamento de Indígenas Procedentes de Atalaia do Norte	1 investigação realizada	Tabatinga
Investigação de Casos de Dengue	1 investigação	Tabatinga
Investigação do Surto de Rotavírus	1 investigação realizada	Ipixuna
Treinamento em qualidade e Biossegurança	2 eventos	Manaus

1.3 Organização dos Serviços

1.3.1 Regionalização

Em 2002 o estado deu início à elaboração do seu Plano Diretor de Regionalização – PDR/Am, conforme preconizado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2002.

No processo de construção do desenho do PDR-AM, preliminarmente foi utilizado como ponto de partida a divisão constitucional do estado. Em seguida, foi tomado como base metodológica, as experiências intersetoriais internas da SUSAM e um estudo detalhado da malha fluvial, acessibilidade e cultura de deslocamento, situação de meio de comunicação, abastecimento de energia elétrica, bens e serviços essenciais existentes, importância estratégica do município em relação aos demais na mesorregião considerando outros fatores como a grande heterogeneidade dos municípios, no que se refere ao perfil epidemiológico, condições sanitárias, capacidade instalada com base na rede cadastrada nos sistemas de informação SIA/SIH/SUS e nas características geográficas e ambientais do espaço territorial." (PDR-AM)

Complementou-se o processo com discussão junto aos gestores municipais, representando uma construção democrática e coletiva, ficando a seguinte configuração:

- 01 Macrorregião com o Centro macrorregional - Manaus
- 09 Regiões
- 15 Microrregiões: 15 Pólos
- 62 Módulos Assistenciais

Considerando a intenção do Estado em habilitar-se na Gestão Plena do Sistema Estadual e observando-se a necessidade de adequação do PDR, em 2003, instituiu-se através de portaria uma Comissão Técnica de Atualização do PDR-AM, coordenada pela Gerência de Apoio à Descentralização da Gestão e da Assistência - DEPLAN, composta por técnicos da SUSAM e do COSEMS, resultando na seguinte desenho regional:

- 01 Macrorregião com o Centro macrorregional - Manaus
- 10 Regiões
- 19 Microrregiões: 19 Pólos
- 62 Módulos Assistenciais

Em 2005, em oficina realizada para avaliação da Programação Pactuada e Integrada – PPI de 2004, por solicitação dos gestores municipais, retornou-se a configuração pactuada em 2002:

- 01 Macrorregião com o Centro macrorregional - Manaus
- 09 Regiões
- 15 Microrregiões: 15 Pólos (única alteração substituir o Pólo São Paulo de Olivença por Santo Antônio do Içá)
- 62 Módulos Assistenciais

A implementação do processo de regionalização, com disponibilidade de serviços e garantia de acesso aos mesmos à população, especialmente do interior do estado representa verdadeiro desafio no Amazonas, sendo fato afirmar que sua implantação conforme as normas ministeriais até então, poucos avanços obtiveram .

Não obstante o esforço de se instituir o processo de regionalização no estado, observa-se que a descentralização da Gestão e da Assistência para os municípios ainda é incipiente, sendo que 80% dos municípios são responsáveis apenas pela atenção básica, e aproximadamente 40% são certificados para ECD e ainda assim apresentam dificuldades com a cobertura e resolutividade de tais ações, contribuindo para isso:

- Distribuição esparsa da população no estado, (área de 1.570.745,680 km² , ou seja, um quinto de todo o território nacional, para uma população estimada pelo IBGE em 2006 de 3.311.046 habitantes, com densidade demográfica aproximada de 2 hab/km²).
- Grandes distâncias entre os municípios, com o acesso muitas vezes dificultados por barreiras geográficas
- Dificuldades de fixação de profissionais no interior do estado
- Centralização da oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial/hospitalar na capital.
- Recursos financeiros insuficientes
- Reduzida capacidade de gestão das Secretarias de Saúde na maioria dos municípios, especialmente nas áreas de planejamento, controle, avaliação, regulação e auditoria, bem como gestão dos fundos de saúde.

A conformação de uma rede de atenção à saúde organizada seguindo uma lógica regional, consonante com o atual PDR encontrou obstáculos que comprometeram sua implementação, de forma que mesmo nos municípios pólos, que funcionariam como centros de referência

regional, houve dificuldade na oferta de serviços de maior complexidade em nível ambulatorial e hospitalar.

A partir de fevereiro de 2006, com o advento do Pacto Pela Saúde, o qual em seu arcabouço legal fortalece o processo de descentralização com a regionalização solidária, definindo e pactuando responsabilidades dos entes gestores do Sistema Único de Saúde, respeitando as diversidades loco-regionais, observou-se mais uma vez a necessidade de adequação da configuração de regionalização no Estado do Amazonas.

Segundo as determinações das Portarias Ministeriais, MS/GM 399, 22/02/2006 que Aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 e MS/GM 699, de 30/03/2006 que Regulamenta as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, cabe como responsabilidade da Gestão Estadual do SUS na Regionalização:

Assumir compromissos pactuados contribuindo para a regionalização solidária e cooperativa;

Coordenar a regionalização em seu território;

Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

Participar da constituição da regionalização disponibilizando recursos humanos, tecnológicos e financeiros conforme pactuação, promovendo equidade inter - regional;

Assim sendo, a Secretária de Estado da Saúde, elaborou proposta de organização regional, a ser pactuada com os gestores municipais, objetivando viabilizar a regionalização de forma sustentável de acordo com a realidade local.

A proposta traz em seu conteúdo a atualização do desenho de 09 para 10 Regiões de Saúde intra estadual e de 15 para 16 microrregiões, mantendo 1 Centro Macrorregional (Manaus), adequando o PDR/PDI para criação de 5 Macrorregiões de Saúde, a serem implantadas de forma gradativa, em conjunto com os municípios, instituindo os respectivos Colegiados de Gestão.

Por Macrorregião entende-se que são arranjos territoriais configurados por mais de uma região de saúde, de qualquer modalidade, agregadas com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média e alta complexidade, complementando desta forma a atenção à saúde da população destes territórios. Nestes espaços são instituídos os Colegiados de Gestão Regional (CGR). Também está previsto o funcionamento nas sedes de Macrorregião o serviço

de regulação, em articulação com o Complexo de Regulação do Estado, em fase de implantação.

Em relação aos municípios que fazem limites com outros estados, como Boca do Acre, Pauini, Ipixuna, Guajará, Humaitá e Apuí, propõe-se que eles integrem as 5 Macro Regiões mas que sejam respeitados os fluxos assistências inter estaduais atualmente existentes e não regulamentados, pactuando com as CIBs dos Estados do Acre e Rondônia, até que seja estruturados serviços que contemplem suas necessidades no âmbito do próprio estado.

1.3.2 Acessibilidade

O acesso aos serviços de saúde se dá de várias formas que vão do primeiro contato do sadio com as ações de prevenção até sua completa cura. Desde o início, devem-se observar questões fundamentais como: informação, humanização das relações entre profissionais da saúde e destes com os usuários, ambientação, organização da rede para o alcance da resolutividade, além da disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos suficientes para permitir maior eficiência e efetividade na atenção à saúde da população.

Neste contexto, trabalhar a acessibilidade no estado do Amazonas será sempre considerado como um grande desafio a ser enfrentado pelo sistema de saúde, haja vista suas barreiras geográficas, culturais, financeiras, políticas, estruturais, dentre outras.

Enquanto estratégia para melhorar a acessibilidade, a SUSAM implantou serviços estratégicos no interior e ampliou a rede de média complexidade na capital, além de apoiar tecnicamente a inserção de equipes de saúde da família nos municípios,.

Conformação da Rede Assistencial

Para especificar a capacidade instalada da rede assistencial no Estado, utilizamos os dados oficiais registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, contendo as informações do total de unidades de saúde, leitos e equipamentos cadastrados, conforme segue:

Unidades de Saúde, por tipologia, Amazonas - 2005.

Tipologia	Unidades de Saúde
Centro de Saúde/Unidade Básica	381
Clínica Especializada/Am. de Especialidades	56
Consultório Isolado	86
Cooperativa	16
Farmácia	3
Hospital Especializado	24
Hospital Geral	23
Policlínica	37
Posto de Saúde	171
Pronto Socorro Especializado	3
Pronto Socorro Geral	9
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	79
Unidade de Vigilância Sanitária/Epidemiologia-Isolado	9
Unidade Mista	58
Unidade Móvel Fluvial	5
Unidade Móvel Terrestre	3
Total	963

Fonte: CNES /Datusus/MS- 2006

Leitos

Este indicador mede a cobertura de leitos hospitalares públicos e privados, por mil habitantes. A tabela abaixo apresenta os dados sobre o número de leitos existentes no Amazonas por grupo.

Total de leitos existentes, SUS e não SUS, por grupo, Amazonas

Especialidades	Existente	SUS	Não SUS
Cirúrgico	1.534	1.184	350
Clínico Adulto	1.731	1.391	340
Clínico Pediátrico	1.055	984	71
Obstétrico	1.194	976	218
Complementar	571	474	97
Total	6.085	5.009	1.076

Fonte: SCNES

O percentual de leitos privados em relação aos públicos é de 17,7%. Este indicador é influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda e composição etária da população, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas, os quais refletem o interesse privado nesta área.

Equipamentos

A oferta de equipamentos para execução de ações de média e alta complexidade, pode servir de indicador para analisar a cobertura de serviços para a população. Dentre os vários equipamentos cadastrados no SCNES selecionamos 4 deles por entendermos serem considerados os de maior importância estratégica para a assistência ambulatorial e hospitalar.

Total de equipamentos selecionados, Amazonas, 2005.

Equipamentos	Existentes	Parâmetro		
		Necessário	Alcançado	Unidade de Medida (mil/hab)
Mamógrafo	17	13	1,3	1/240
Tomógrafo Computadorizado	12	31	0,4	1/100
Ressonância Magnética	5	6	0,8	1/500
Aparelho Ultrassonógrafo	131	124	1,0	1/25

Fonte: CNES/MS, PT GM 1.101 de 12/06/2002.

O quadro acima apresenta a quantidade existente e necessária de mamógrafos, tomógrafos, aparelhos de ressonância magnética e ultrassonográficos cadastrados no Estado. Utilizando os parâmetros do MS verificamos que dentre os equipamentos selecionados, os mamógrafos e os de ultrassonografia satisfazem a condição ideal estabelecida.

1.3.3 Oferta de Serviços à População

Produção de Serviços

Ambulatorial

Os dados sobre produção de serviços representam uma das dimensões da acessibilidade da população ao aparato tecnológico (RH e Estrutura) disponibilizado pelo sistema de saúde. No caso específico da média e alta complexidade pode revelar de certa forma, o nível de organização da atenção na execução de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

No Estado do Amazonas, sabe-se que inexistente um sistema formal de referência e contra-referência entre os níveis de complexidade. O acesso aos serviços mais complexos se dá através de encaminhamentos médicos e solicitações de exames complementares, onde a população, além de não ser informada do local e data de atendimento, entra como demanda espontânea na disputa por vagas nos serviços de média e alta complexidade, com autorizações centralizadas na Policlínica Codajás.

Dentre o conjunto de procedimentos sob a responsabilidade do Estado na atual modalidade de gestão identificamos aqueles que, de certa forma, remetem à reflexão sobre a organização dos serviços no sistema de saúde local.

O quadro abaixo apresenta os procedimentos produzidos pela rede assistencial do Estado em 2005 (janeiro-novembro/05) e registrados no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS.

Produção Ambulatorial por Grupos de Procedimentos.

PROCEDIMENTOS	Quantidade Apresentada	Valor Apresentado R\$	Frequência	Valor Pago R\$
01 – AÇÕES BÁSICAS DE NÍVEL MÉDIO	8.495.424		6.959.770	
02 – CONSULTAS MÉDICAS BÁSICAS	4.331.219		2.815.209	
03 – AÇÕES BÁSICAS DE NÍVEL SUPERIOR	2.281.346		1.849.768	
04 – AÇÕES BÁSICAS DE ODONTOLOGIA	1.830.097		1.434.134	
05 – AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	32.756		31.171	
07 – CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS	4.693.519	27.186.827,76	3.322.671	22.633.096,01
08 – PROCEDIMENTOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS	155.977	6.637.827,98	131.168	6.154.169,46
09 – PROCEDIMENTOS TRAUMO-ORTOPÉDICOS	104.740	3.073.319,69	98.148	2.855.857,02
10 – AÇÕES ESPECIALIZADAS EM ODONTOLOGIA	93.364	415.892,23	78.925	357.219,61
11 – PATOLOGIA CLÍNICA	8.733.729	31.432.139,24	7.841.491	28.396.466,21
12 – ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA	140.650	1.099.523,31	137.476	1.070.202,93
13 – RADIODIAGNÓSTICO	1.090.675	10.343.070,09	1.030.518	9.876.280,94
14 – EXAMES ULTRA SONOGRÁFICOS	177.646	2.589.272,41	171.299	2.504.667,86
17 – DIAGNOSE	251.166	3.148.730,51	244.858	3.091.919,36
18 – FISIOTERAPIA	502.379	1.182.227,12	491.319	1.156.453,08
19 – TERAPIAS ESPECIALIZADAS	25.385	929.358,78	25.317	927.795,01
21 – PRÓTESES E ÓRTESES	49.693	818.390,00	49.693	818.390,00
22 – ANESTESIA	343	5.238,72	343	5.238,72
26 - HEMODINÂMICA	619	312.242,17	619	312.242,17
27 – TERAPIA RENAL SUSBITUTIVA	80.501	10.037.705,71	80.483	10.035.438,25
28 – RADIOTERAPIA	99.768	2.306.713,18	99.286	2.278.194,62
29 – QUIMIOTERAPIA	10.457	7.376.810,63	10.450	7.364.747,43
31 – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	16.328	4.388.705,00	16.248	4.367.205,00
32 – MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	4.259	925.647,10	4.259	925.647,10
33 – RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	14	1.131,62	12	969,96
35 – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	21.874	2.458.429,68	21.866	2.457.631,92
36 – MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS	1.498.647	5.180.627,45	1.498.647	5.180.627,45
37 – HEMOTERAPIA	315.870	6.017.528,64	310.586	5.678.915,58
38 – ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	864	96.075,92	864	96.075,92
TOTAL GERAL	35.039.309	127.963.434,94	28.756.598	118.546.151,61

Fonte: Período JAN/NOV/2005 – S I A/SUS/DATASUS/MS.

Consultas

No ano de 2005 foram produzidas 4.176.383 Consultas Médicas Básicas e 2.486.643 Consultas Médicas Especializadas, totalizando 6.663.026 Consultas Médicas no Estado do Amazonas. Utilizando o parâmetro mínimo estabelecido de 2 consultas por habitante/ano, o total de consultas necessárias para o estado seria de 6.464.638, com isso, considerando o parâmetro adotado e a efetiva produção de consultas realizadas, o número médio de consultas médicas apresentadas pelo sistema de saúde foi de 2,06 cons/hab/ano, representando um alcance de 100% do total de consultas necessárias para a população do Estado.

A mesma Portaria estabelece que do total de consultas previstas, 63% sejam de consultas básicas e 22% de especializadas. Considerando a quantidade apresentada em 2005, verifica-se que os parâmetros alcançados foram de 62,7% e 37,3%, respectivamente, o que demonstra uma situação de equilíbrio na oferta de consultas básicas e especializadas para a população.

Do total de procedimentos do grupo 10 – Ações especializadas em odontologia, foram executadas 93.364. O parâmetro adotado pelo Ministério da Saúde como ideal seria entre 0,04 a 0,06 proced/hab/ano. No entanto, o estado alcançou 0,03, ou seja, teve um alcance de 67% do mínimo previsto.

Patologia Clínica

O indicador de patologia clínica mede o volume de procedimentos complementares específicos gerados por consulta médica realizada no SUS. O MS estabeleceu que o percentual ideal de exames de patologia clínica realizadas sobre o total de consultas médicas executadas é de 30% a 50%.

Em 2005, foram produzidos 8.733.729 exames de patologia clínica no Amazonas, representando 120,9% em relação ao total de consultas médicas, ou 141,8% acima do parâmetro máximo recomendado pelo MS.

O percentual elevado desse indicador no Amazonas está relacionado às seguintes situações: inexistência de protocolo médico estabelecendo critérios técnicos para a solicitação de exames; alta disponibilidade de recursos tecnológicos (humanos e materiais), sejam públicos ou contratados; e, outros fatores de ordem sociológica merecedores de pesquisa para identificação do desvio padrão.

Hospitalar

A análise da produção hospitalar tem sua importância no Sistema de Saúde porque permite na visualização da cobertura de serviços hospitalares produzidos, além da possibilidade de intervenção estratégica no caso de desequilíbrios que possam merecer atuação especial, por parte do gestor local.

Internações por Especialidade, Amazonas – 2005

Especialidade	Frequência	Valor Pago
		R\$
Clínica Cirúrgica	32.153	22.610.972,88
Obstétrica	63.113	20.600.673,04
Clínica Médica	38.055	15.310.831,38
Psiquiatria	1.568	970.322,40
Tisiologia	333	217.790,32
Pediatria	34.476	12.904.754,03
Total	169.698	72.615.344,05

Fonte: S I H/SUS/DATASUS/MS.

Conforme parâmetro estabelecido na Programação Pactuada Integrada - PPI (0,06 pop/ano), o total de intervenções esperadas seria de 193.939 no ano de 2005. Contudo, neste período houveram 169.698 internações, ou seja, este quadro demonstrou um alcance de 87,5% em relação ao número de internações programadas.

A situação deste indicador sofre influência direta de vários fatores como: não registro das internações oriundas de unidades hospitalares do interior do Estado; indisponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros para a assistência médico-hospitalar; e características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas específicas da região.

A realidade nos mostra a necessidade da realização de pesquisas mais aprofundadas sobre o comportamento desse indicador no âmbito do sistema de saúde.

Tratamento Fora de Domicílio

O Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD tem a finalidade de encaminhar para outras regiões, pacientes com problemas de saúde que não encontraram resolutividade no Amazonas. Caminhando para a implantação da Central de Regulação a SUSAM, em novembro de 2005, centralizou as ações do Programa na Policlínica Codajás, subordinado ao

DERCAV, responsabilizando-se pelas despesas com passagens aéreas, ajuda de custo e tratamento, tendo destinado naquele ano R\$4.194.808,41 para custear despesas com TFD.

Atendimentos em Tratamento Fora de Domicílio, segundo Programação e Atendimentos, 2005.

ESPECIALIDADE	1.ª CONSULTA		RETORNO		TOTAL		Percentual Atendimento %
	Programado	Atendido	Programado	Atendido	Programado	Atendido	
Angiologia	2	-	5	4	7	4	57,14
Cabeça e Pescoço	37	26	94	76	131	102	77,86
Cardiologia	201	169	202	160	403	329	81,64
C. Plástica	11	4	8	9	19	13	68,42
Dermatologia	-	-	4	4	4	4	100,00
Endocrinologia	4	3	7	4	11	7	63,64
Gastroenterologia	32	25	109	79	141	104	73,76
Ginecologia	-	-	2	2	2	2	100,00
Hematologia	18	14	106	83	124	97	78,23
Infectologia	-	-	1	1	1	1	100,00
Nefrologia	10	8	27	21	37	29	78,38
Neurologia	60	53	156	112	216	165	76,39
Odontocirurgia	1	-	36	28	37	28	75,68
Oftalmologia	55	38	72	45	127	83	65,35
Oncologia	14	10	38	30	52	40	76,92
Otorrino	10	9	36	31	46	40	86,96
Pneumologia	8	5	6	4	14	9	64,29
Proctologia	-	-	3	3	3	3	100,00
Traumato-Ortope	18	11	93	74	111	85	76,58
Urologia	4	4	7	5	11	9	81,82
Reumatologia	-	-	2	1	2	1	50,00
Sub-Total	485	379	1.014	776	1.499	1.155	77,05

Fonte: Programa Estadual de Tratamento Fora de Domicílio

Analisando os atendimentos realizados em 2005, observa-se que 67% dos pacientes que viajaram eram para retorno de consultas e apenas 33% foram de 1ª vez. O percentual de atendimento comparando-se com a programação foi de 77%, o que podemos considerar um indicador do alto investimento neste programa de trabalho.

Quando analisamos os atendimentos por especialidades verificamos que dentre todos os encaminhamentos, os mais significativos ocorreram na área de cardiologia com 329 pacientes, neurologia com 165, gastroenterologia (transplantes hepáticos) com 104 e cabeça e pescoço com 102.

1.4 Programas Estratégicos

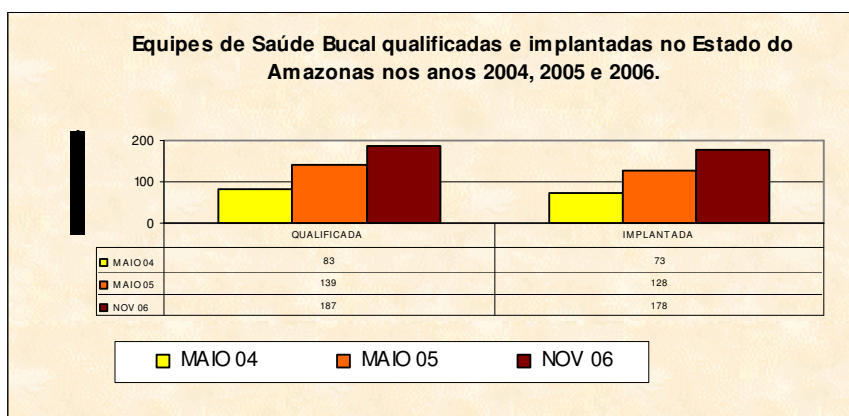
SAÚDE BUCAL NO AMAZONAS

A população do Estado ainda apresenta dificuldade de acesso às ações e serviços de saúde bucal, desde a atenção Básica, passando pela média e alta complexidade, em virtude de ter sido desconsiderado como prioridade em detrimento das ações médicas hospitalares. Segundo dados coletados até outubro de 2006 dos Sistemas de Informação de base nacional aproximadamente 10% da população do Estado do Amazonas está tendo acesso a 1ª consulta odontológica na Atenção Básica e foram realizados apenas 0,41 procedimentos odontológicos básicos individuais por habitante até outubro do ano de 2006 .

A partir do processo de descentralização, e com a ampliação das equipes multiprofissionais, melhorou a oferta das ações e serviços odontológicos, tendo como fator determinante a inserção dos profissionais de saúde bucal nas equipes de Saúde da Família. Atualmente o Estado possui 429 Equipes de saúde da Família implantadas das quais 245 possuem Equipes de Saúde Bucal nas mod I e II.

O Estado realizou no ano de 2006 1.459.083 procedimentos odontológicos, destes 92,7% referem-se aos de Atenção Básica e 7,3% aos procedimentos especializados, representando um avanço embora tímido, do ponto de vista da ampliação do acesso e da oferta de serviços odontológicos através das Policlínicas e implantação dos Centros de Especialidade Odontológica.

IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM SAÚDE BUCAL



FONTE: SIAB/Relatório de repasse de incentivos financeiros

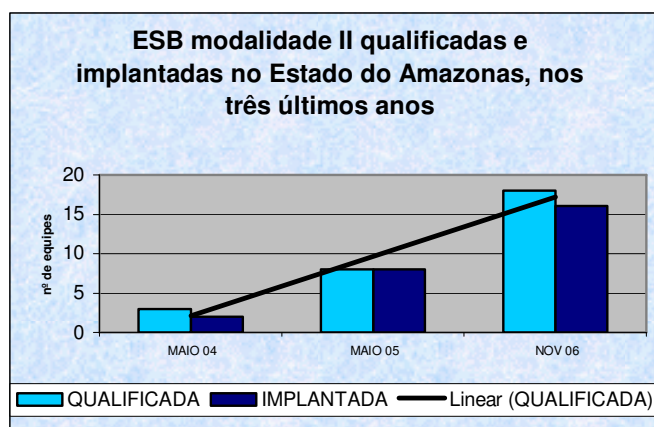
O gráfico acima apresenta um aumento do número de ESB qualificadas e implantadas no Estado com um percentual de 25% em relação a 2005 e 54,4% em relação a 2004.

Em Manaus, o processo de reorganização levou a mudanças administrativas com o objetivo de descentralizar a atenção e fortalecer a gestão. Nesse contexto, observamos o seguinte:

Equipes de Saúde da Família Implantadas – **153**

Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal Implantadas em 2005 - **10**

Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal Implantadas até Nov / 2006 - **51**



Mesmo com o crescimento das equipes de saúde da família com saúde bucal, apenas 57% das Equipes de Saúde da Família apresentam equipes de saúde bucal sendo 229 (94%) ESF com ESB MOD I e 18 (6%) ESF com ESB MOD II. Dentre alguns motivos, a falta de qualificação técnica para o incremento das equipes de mod II, é sem dúvida um fator importante, o que requer uma nova estratégia de incentivo para a qualificação profissional e formação de Técnicos de Saúde Bucal para implementar estas equipes.

Até o Ano de 2005, os indicadores de saúde bucal eram os seguintes:

1. Cobertura de primeira consulta odontológica;
2. Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.

3. Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.

Em 2006, algumas mudanças ocorreram tendo em vista o acréscimo de serviços ofertados com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, bem como nos códigos de alguns procedimentos odontológicos através da Portaria nº 95 de 14 de fevereiro de 2006. Os indicadores pactuados no ano de 2006 foram os seguintes:

1. Cobertura da primeira consulta odontológica programática

Esse indicador atingiu até o mês de outubro 78,78% da meta pactuada

2. Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada;

Trata-se de um indicador inserido a partir do ano 2006, impossibilitando sua avaliação em virtude desta ação estar contida nos procedimentos coletivos nos anos anteriores

3. Média de procedimentos odontológicos básicos individuais;

Este indicador alcançou até o mês de outubro 85,41% da meta pactuada para o ano

4. Proporção de procedimentos odontológicos individuais especializados, em relação aos procedimentos básicos individuais.

Os resultados encontrados 7,94 refletem a situação do Estado até o mês de Outubro de 2006. Observa-se que mesmo não contendo informações no SIA/SUS até o mês de Dezembro, o Estado atingiu a meta dos Procedimentos Odontológicos Especializados em relação aos procedimentos individuais já no mês de outubro.

CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO ESTADO DO AMAZONAS

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), implantados como estratégia para o aumento da resolutividade das ações, demandadas da Atenção Básica, o que permite organizar o Sistema de Referência e Contra-Referência em saúde bucal, até então incipiente.

Em funcionamento atualmente os seguintes Centros de Especialidades Odontológicas:

1. Manaus – 01 CEO tipo II
2. São Gabriel da Cachoeira - 01 CEO tipo II e 01 Laboratório de Prótese Dentária
3. Maués – 01 CEO tipo II e 01 Laboratório de Prótese Dentária
4. Tefé – 01 CEO tipo II e 01 Laboratório de Prótese Dentária
5. Parintins - 01 CEO tipo II e 01 Laboratório de Prótese Dentária

Aprovados na CIB e em fase de conclusão de obras os CEO's dos seguintes municípios:

1. Manaus - 01 em fase de conclusão (Zona Norte) e 01 para encaminhamento na CIB)
2. Boca do Acre – 01 CEO tipo II e 01 Laboratório de Prótese Dentária
3. Lábrea - 01 CEO tipo II e 01 Laboratório de Prótese Dentária

SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO AMAZONAS

A Saúde do Trabalhador no Estado do Amazonas tem buscado avanços significativos no processo de organização, tendo como marco a implantação de doze núcleos em Saúde do Trabalhador nos Municípios Pólos, que compõem a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador, cuja estratégia é desenvolver alternativas locais para intervir nos problemas relacionados ao ambiente de trabalho.

O Estado conta com três CEREST's sendo 01 Centro Estadual que tem como atribuição implementar as Políticas de Saúde do Trabalhador no estado, e dois Centros Regionais (Manaus e Tefé), que as atribuições são a implementação das políticas de saúde do trabalhador na região de abrangência. O CEREST Estadual está instalado em sede própria, onde desenvolve suas atividades de atendimento aos trabalhadores e implementa as ações de saúde do trabalhador a nível estadual. O fluxo de referência e contra referência está implantado na rede de alta e média complexidade. O Estado tem 432 profissionais de saúde, capacitados para notificar os agravos relacionados ao trabalho, e alimentar o Sistema de notificação dos Agravos e riscos a Saúde dos Trabalhadores – SINANET, tendo seu início previsto para Fevereiro no Pronto Socorro João Lucio. A Secretaria de Saúde através da sua participação no Fórum Estadual de Saúde e Segurança e Meio Ambiente do Trabalho tem contribuído para

o fortalecimento As ações de Saúde do Trabalhador. A devolutiva da III Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador, também apresenta importante contribuição, resultando em quatro projetos de pesquisas que estão em desenvolvimento.

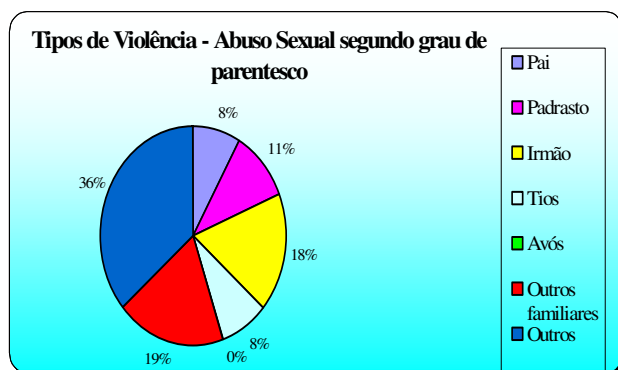
- 1- Projeto de pesquisa sobre LER/DORT
- 2- Projeto de pesquisa sobre contaminação da água.
- 3- Projeto de pesquisa sobre contaminação por agrotóxico
- 4- Projeto de pesquisa sobre Arte e Trabalho no festival folclórico de Parintins.

VIOLÊNCIA NO ESTADO DO AMAZONAS

Os diversos grupos populacionais são atingidos pelas várias formas de violência (abuso sexual, violência física, psicológica, econômica, institucional, assédio sexual...) com diferentes conseqüências. Quanto aos homens pode-se dizer que sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade; em crianças, adolescentes, mulheres, idosos e portadores de deficiência nos quais as violências não resultam necessariamente em óbito, repercutem, em sua maioria, no perfil da morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde, porém deve-se considerar a subnotificação em todo o estado, bem como no Brasil, onde as estatísticas ainda não conseguem representar a dimensão da violência.

O Amazonas é o 2º estado da Região Norte em abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Na mostra proporcional de denúncias em cada estado, é o primeiro da lista, com 20,01 telefonemas a cada 100.000 habitantes, segundo dados do disque-denúncia da Secretaria Especial de Direitos Humanos. De acordo com a PESTRAF-2004, foram apontadas rotas de tráfico de mulheres, crianças e adolescente para serem exploradas sexualmente nos municípios de Barcelos, Canutama, Careiro da Várzea, Carauari, Coari, Cuiú-Cuiú (região indígena), Humaitá, Itacoatiara, Lábrea, Manacapuru, Manaus, Maués, Parintins, Presidente Figueiredo, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga, Tapauá, Tefé, Tonantins e Urucará.

A cidade de Manaus encontra-se em 23º lugar no ranking das cidades mais violentas, segundo pesquisa do Ministério da Saúde, de acordo com dados do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), 2004.



Fonte: Programa Sentinela/Manaus, 2005.

ATENÇÃO AO DEFICIENTE

Na área de Atenção ao Deficiente a SES implementou medidas e ações como a reavaliação da Padronização e de rotinas e a realização de parcerias com instituições afins (SEDUC, CDH/SEAS) visando à organização dos serviços de Atenção a Saúde Física e Auditiva no Estado amparado pela legislação vigente.

O Estado possui 3.466 usuários cadastrados para o recebimento de próteses e órteses, sendo 836 módulo auditivo, 758 modulo ortopédico, 1433 módulo ocular, e 439 módulo ostomizado. Foram concedidos 45.698 (quarenta e cinco mil seiscientos e oitenta) materiais/equipamentos.

O Cadastramento do 1ª Centro Estadual de Reabilitação Física do Amazonas - CERFAAM/PAID na Policlínica Codajás e a cooperação técnica para implantação dos Centros Municipais de Reabilitação Física - CEMURF nos Municípios Pólos do interior do Estado, muito contribuirá para melhorar oferta de serviços do modulo ortopédico, descentralizando o atendimento que antes era realizado somente na capital.

Embora a habilitação do Serviço de referência em Atenção a Saúde Auditiva em média complexidade e a habilitação do Serviço de referência em Atenção a Saúde Auditiva em Alta complexidade ainda não tenha sido publicadas pelo Ministério da Saúde, já cumprimos os

requisitos exigidos na legislação vigente para que se possa atuar como referência na Atenção a Saúde Auditiva na CLINIAUDIO e na POLICLÍNICA CODAJÁS respectivamente.

No constante a concessão de bolsa de ostomia em geral, o Estado cumpre em 100%, haja vista foi definido um tipo de bolsa específica e diferenciada, regulamentado através de portaria Estadual.

Em relação ao serviço de Atenção a Saúde Ocular, a dispensação de órteses oculares (óculos, telulupa, bengala articulada) ocorre de forma regular e sem formação de demanda reprimida.

A implantação do serviço de atendimento aos pacientes que necessitam de reconstrução de cavidade orbitária (modulo ocular), é resultante de um grande movimento entre parceiros, viabilizando a concessão da prótese ocular. As cirurgias de catarata são viabilizadas através de Portarias Ministerial que estipulou um valor percapto populacional na ordem de R\$2,25 para organização dos serviços que não estão ofertados pelo Estado.

1.5 Assistência Farmacêutica

De janeiro a setembro de 2005, a SUSAM manteve a distribuição de produtos para a saúde, medicamentos de média e alta complexidade, medicamentos da atenção básica e de programas estratégicos como: endemias, DST/AIDS e doenças oportunistas para 246 unidades de saúde do interior, sendo 62 secretarias, que recebem seu medicamento trimestralmente, 61 Unidades Mistas, 61 gerências de endemias, 61 gerências de DST/AIDS e doenças oportunistas, 50 unidades da capital mantidas mensalmente e, aproximadamente, 12 unidades filantrópicas que solicitam medicamentos eventualmente.

Com relação à medicação excepcional, de alto custo, houve um aumento percentual de:

Ano 2003: Encerramos o ano com 6.362 pacientes cadastrados

Ano 2004: De Jan/2004 a Dez/2004: 6.362 para 11.694 pacientes cadastrados; com um aumento de 83,8% em relação ao ano de 2003;

Ano 2005: De Jan/2004 a 30 de Nov/2005: 11.694 para 15.439 pacientes cadastrados com um aumento de 32% em relação ao ano de 2004.

1.6 Financiamento do Setor Saúde

Para o custeio de ações e serviços de saúde no Estado do Amazonas, a cobertura financeira originária dos governos Federal e Estadual, apresenta índices significativos no orçamento do Estado, onde podemos constatar no comparativo a seguir:

Tesouro Estadual – A Constituição Federal determina aos Estados da Federação a aplicação de recursos no setor saúde de no mínimo 12% (doze por cento) do produto resultante da arrecadação de receitas originárias de impostos deduzidas as transferências constitucionais e legais. Na prática esta aplicação tem se efetivado em percentuais superiores ao estabelecido: Em 2003 foi aplicado 25,63% (vinte e cinco vírgula sessenta e três por cento), em 2004 foi aplicado 22,83% (vinte e dois vírgula oitenta e três por cento) e em 2005 a aplicação de recursos foi da ordem de 21,22% (vinte e um vírgula vinte e dois por cento).

Tesouro Federal – O Governo Federal participa no financiamento do setor de saúde, através do Sistema Único de Saúde e de Convênios. As transferências de recursos efetuadas pela esfera federal, passam a compor o orçamento do Estado do Amazonas e a sua gestão é obrigatória do Fundo Estadual de Saúde e apresenta índices crescente no orçamento do FES. Em 2003 o percentual foi de 13,33% (treze vírgula trinta e três por cento) de transferências do SUS e de 1,64% (um vírgula sessenta e quatro por cento) de Convênios; em 2004 o percentual foi de 18,88 % (dezoito vírgula oitenta e oito por cento) de transferências do SUS e de 0,15% (zero vírgula quinze por cento) de Convênios; em 2005 o percentual foi de 20,52% (vinte vírgula cinquenta e dois por cento) de transferências do SUS e 0,06% (zero vírgula zero seis por cento) de Convênios.

Recursos aplicados na área de saúde – 2003 a 2005

RECEITAS	2003		2004		2005	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
1. RESULTANTES DE IMPOSTOS	2.358.853.095		2.800.082.185		3.230.700.576	
2. TRANSFERÊNCIA DA UNIÃO	694.084.505		762.544.463		927.264.677	
3. (-) TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS	590.911.896		698.841.512		807.127.470	
4. TOTAL(1+2-3)	2.462.025.704		2.863.785.136		3.350.837.783	
6. TOTAL APLICADO	630.976.267	25,63	653.746.197	22,83	711.138.958	21,22
7. VALOR MÍNIMO A SER APLICADO	295.443.084	12,00	343.654.216	12,00	402.100.534	12,00
8. APLICAÇÃO A MAIOR (6-7)	335.533.183	13,63	310.091.981	10,83	309.038.424	9,22

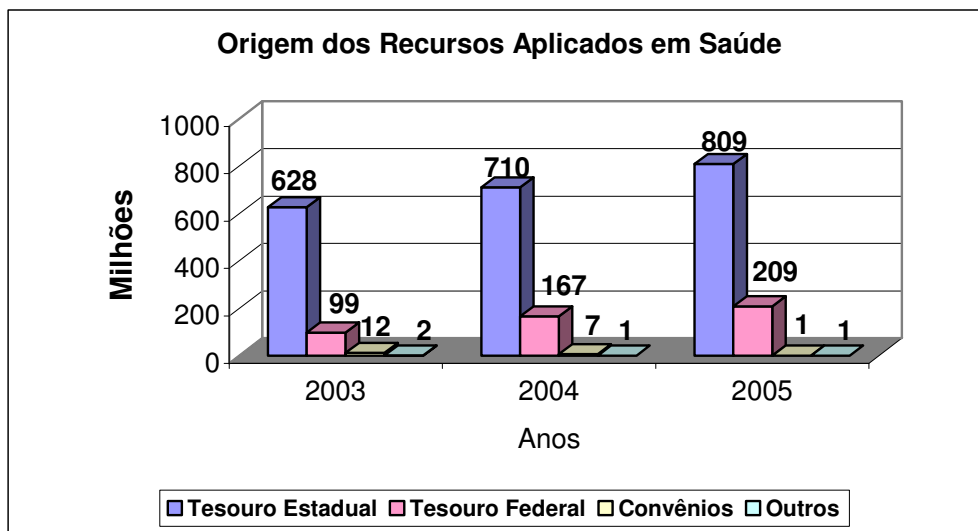
Fonte: Gerência de Controle Orçamentário/Deplan/SUSAM

A participação das fontes de Recursos utilizadas para o financiamento da saúde está demonstrada no quadro seguinte e configurada no gráfico abaixo.

Recursos Orçamentários Executados pelo Fundo Estadual de Saúde.

FONTE/ ANO	2003	%	2004	%	2005	%
TESOURO ESTADUAL	628.274.760	84,82	709.731.810	80,22	808.821.946	79,31
TESOURO FEDERAL/SUS	98.765.548	13,33	167.025.888	18,88	209.196.342	20,52
CONVÊNIOS	12.148.563	1,64	6.609.802	0,75	1.135.012	0,11
OUTROS	1.543.264	0,21	1.363.876	0,15	642.058	0,06
TOTAL	740.732.135	100,00	884.731.376	100,00	1.019.795.358	100,00

Fonte: Gerência de Controle Orçamentário/SUSAM

Gráfico - Origem dos Recursos Aplicados em Saúde – 2003 a 2005.

Fonte: Gerência de Controle Orçamentário/SUSAM

1.7 Controle Social

O controle social é uma instância de poder dentro do SUS que permite a participação da comunidade na política de saúde local. O órgão de controle social do SUS no estado é o Conselho Estadual de Saúde - CES.

Além desta, outras instâncias funcionam como órgãos colegiados de pactuação e deliberação que são o Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS e Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Conselho Estadual De Saúde – Ces/Am

A estrutura do Conselho Estadual de Saúde – CES é composta por uma Mesa Diretora presidida pelo Secretário Estadual de Saúde, tendo um vice, um 1º Secretário e 2º Secretário, além da mesa diretora tem a representação dos 16 órgãos/entidades apresentadas abaixo:

01. Secretaria de Estado da Saúde - SUSAM
02. Ministério da Saúde – MS
03. Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS
04. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA

05. Estabelecimentos e Serviços de Saúde Não Governamentais
06. Conselhos e Associações dos Profissionais da Área da Saúde
07. Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Área de Saúde do Amazonas
08. Universidade Federal do Amazonas
09. Centrais Sindicais
10. Federação Patronal
11. Programa Estadual de Proteção e Orientação ao Consumidor – PROCON
12. Portadores de Deficiência Física do Estado do Amazonas
13. Instituições que se Destinam a Proteção e Assistência de Portadores de Doenças Crônicas Degenerativas
14. Federação das Associações Comunitárias
15. Aposentados e Pensionistas do Estado do Amazonas
16. Representante dos Povos Indígenas

Em 2005, o CES, realizou 12 reuniões ordinárias e 01 extraordinária.

1.8 Colegiados de Gestão

Comissão Intergestores Bipartite –Cib/Am

A CIB é constituída pelo Secretário de Estado da Saúde na função de Presidente, Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas, Departamento de Controle e Avaliação, Fundo Estadual de Saúde, Departamento de Planejamento, Secretaria Executiva Adjunta de Assistência a Saúde do Interior, Presidente do COSEMS, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, Secretaria Municipal de Saúde de Parintins, Secretaria Municipal de Saúde de Maués, Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião do Uatumã, e, Ministério Público.

Durante o ano de 2005 ocorreram as reuniões de número 145 e 101ª ordinária até a 157ª e 112ª, respectivamente.

Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas - COSEMS

O Cosems é composto por um presidente, dois vice-presidentes, uma secretaria executiva, três secretários e três tesoureiros.

Em 2005, o COSEMS/AM procurou interagir com os segmentos da saúde, na busca de consenso visando à consolidação do SUS.

Os maiores entraves identificados quanto ao desempenho do COSEMS-AM, foram: difícil articulação com os Secretários de Saúde dos municípios; não efetiva participação dos gestores na liberação dos técnicos para participação nos eventos de interesse do trabalho e falta de recursos para manutenção do COSEMS/AM, como: transporte, recursos para participação em eventos estaduais e nacionais.

Ações junto aos Municípios:

- Encaminhamentos aos municípios falando da necessidade de alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica, sob pena de perda de recursos.
- Solicitação a CIB para suspender a Portaria que trata da retenção de 50% dos recursos das Unidades Básicas de Saúde.
- Solicitação aos municípios da prestação de contas dos recursos federais da Farmácia Básica.
- Solicitação a CIB para criação de um PAB Estadual.
- Solicitação a CIB, para criação das CIB's nas microrregiões em alguns Município – Pólo.

Instituir a Comissão de Acompanhamento e Avaliação das Ações de Saúde dos Povos Indígenas.

2 . Objetivo

Geral

O Plano visa orientar a Política Estadual de Saúde através do estabelecimento das prioridades de intervenção para os anos de 2006 e 2007.

Específicos

Realizar um diagnóstico da situação de saúde da população do Amazonas, considerando as condições de saúde, perfil epidemiológico, organização dos serviços, assistência farmacêutica, financiamento e controle social;

Com base nos eixos prioritários da Agenda Estadual de Saúde estabelecer as metas para o ano de 2006;

Estabelecer as metas para o ano de 2007 considerando as prioridades estabelecidas no Pacto Pela Saúde 2006.

3 . Metodologia

Elaboração de diagnóstico situacional da saúde no Amazonas, com base em informações oriundas das áreas técnicas da SUSAM sobre a análise da situação de saúde do estado no período de 2003 a 2005.

Reuniões com as Fundações e áreas técnicas da SUSAM, para definir as metas referentes ao ano de 2006, considerando as prioridades previstas na Agenda Estadual de Saúde 2003 – 2006. A definição das metas para 2007 observou as prioridades definidas no Pacto Pela Saúde 2006.

Disponibilização *intranet* da SUSAM de formulários para alimentação pelas áreas técnicas.

Consolidação dos dados em planilha única realizada pelo Departamento de Tecnologia e Informação da SUSAM.

Revisão e finalização do documento.

4 . Consolidação de Metas 2006

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Qualificação do Controle Social	
OBJETIVO:	Fortalecimento das Instancias de Controle Social e Pactuação no SUS	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Difundir as novas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saude-2006, através da sociedade em geral, Fortalecendo e Qualificando o funcionamento das instancias de Controle Social e possibilitando aos gestores do SUS novas atitudes frente às demandas da popu	01 - Realizar conferências, seminários e plenárias para apoiar o processo de mobilização social e instucional em defesa do sus e na discussão do pacto.	20 EVENTOS
	02 - Sensibilizar as instancias de controle social e de pactuação, no ambito estadual e municipal para a importancia da implementação e/ou implantação de suas estruturas para atender às novas demandas do pacto.	15 EVENTOS
	03 - Dar continuidade ao processo de educação popular em saúde e formação de agentes para o controle social no sus para ampliar e qualificar a participação social no sus.	20 CURSOS
EIXO PROGRAMÁTICO:	Redução da mortalidade infantil e materna	
OBJETIVO:	Reduzir a mortalidade materna	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Ampliação da oferta de leitos obstétricos em Manaus, incluindo leitos de UTI.	01 - Reinauguração da Maternidade Alvorada	31 Leitos Alcom
	02 - Projeto de ampliação de um Alberque na Maternidade Nazira Daou	20 Leitos
Implantação de sistema de monitoramento e avaliação da assistência nas maternidades	01 - Implantação de Comitês de Prevenção do Óbito Materno e Neonatal em municípios pólos	3 Comitês
	02 - Implantação ,implementação de Comissões de Vigilância e investigação do óbito materno e neonatal nas maternidades de Manaus integrantes da rede SUS	8 Comissões
	03 - Monitorar o desempenho e resultados através de indicadores atualizados nos bancos de dados do SIM, SINASC e SISPRENATAL	16 Indicadores

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Redução da mortalidade infantil e materna	
OBJETIVO:	Reduzir a mortalidade materna	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Aumento do número de consultas e melhoria da qualidade na assistência ao pré-natal em todos os municípios	01 - Viagem aos municípios Polos, visando intensificar as ações de cooperação técnica, monitoramento e avaliação das ações de pré-natal	15 municípios
	02 - Articular a criação de comissão Interinstitucional para discutir e elaborar proposta de melhoria da assistência ao pré-natal	1 Comissão
	03 - Participar da elaboração da proposta de ampliação da cobertura dos exames do pré-natal na rede básica do município de Manaus	1 Proposta
Melhoria da qualidade da assistência nas maternidades com base em critérios reconhecidamente relevantes (acreditação)	01 - Implantar nas Maternidades a garantia do acompanhante durante o pré-parto, conforme lei 1.108	20
	02 - Realizar nas regionais Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal baseado em evidências Científicas	3 Seminários
	03 - Realizar nas regionais Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal baseado em evidências Científicas	1 Seminário

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Reorientação do Modelo Assistencial e Descentralização	
OBJETIVO:	Apoiar tecnico-operacionalmente os municípios na implementação das estratégias PACS e PSF	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Apoiar a implantação e operacionalização da estratégia PACS e PSF nos municípios do Estado	01 - Articular com DGRH uma oficina de elaboração, avaliação e validação dos Protocolos de Hipertensão e Diabetes na AB	1 Protocolo
	02 - Articular com DGRH um curso para o fortalecimento do Sistema de Informação em Hipertensão e Diabetes no Estado (SISHIPERDIA)	1 Sistema
	03 - Articular com DGRH curso de Atualização de profissionais em Hipertensão e Diabetes na AB	1 curso
	04 - Implementar o Programa de Hipertensão e Diabetes do Estado do Amazonas através do Monitoramento e Avaliação	15 municípios
	05 - Elaborar, Validar e Difundir material educativo para prevenção da Hipertensão e Diabetes no Estado.	62 MUNICÍPIOS
	06 - Realizar campanha de Detecção de casos de Hipertensão e Diabetes no Estado do Amazonas	62 MUNICÍPIOS
	07 - Revisar Projetos de Criação do Instituto de Hipertensão e Diabetes no Estado	1 Projeto
	08 - Realizar Reunião com Comitê Estadual do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético	1 Reunião
	09 - Descentralização das ações da estratégia PACS/PSF para aumentar o acesso da população aos serviços de saúde em todas as UBS's	62 MUNICÍPIOS
	10 - Implementação das Equipes PACS/PSF para aumentar o cadastro das Famílias, assim como o acompanhamento das pessoas por área de abrangência e atividades.	62 MUNICÍPIOS
	11 - Articulação Institucional das Equipes PACs/PSF, em parceria para resolver os problemas da comunidade com ênfase no conceito confiado de Saúde	62 MUNICÍPIOS
	12 - Analisar e Monitorar os dados dos Sistemas de Base Nacional relacionados com AB de acordo com o nº de equipes, capacidade instalada e metas programadas	62 MUNICÍPIOS
	13 - Avaliar o impacto do acompanhamento trimestralmente das áreas técnicas inseridas no processo da estratégia PACS/PSF _ fazer boletim/Planilha e enviar aos municípios.	62 MUNICÍPIOS

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Reorientação do Modelo Assistencial e Descentralização	
OBJETIVO:	Implantar a Central de Regulação Estadual	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Estruturar complexo regulador, regulando inicialmente assistência em obstetrícia, pediatria, urgência e emergência, além do TFD.	01 - Implantar a Central de Regulação Macro Regional	1 Central
	02 - Implantar o Sistema de Conexão para funcionamento do Complexo Regulador	1 Sistema
	03 - Elaborar Projeto para Implantação das Centrais de Regulação Regionais e seus respectivos Sistemas de Conexão	3 Projetos
OBJETIVO:	Implantar o componente pré-hospitalar móvel para urgência e emergência – SAMU	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Estruturar em parceria com a Prefeitura de Manaus a rede pré-hospitalar móvel	Parceria na implantação do SAMU-Manaus com a SEMSA-Manaus	01 SAMU - Manaus implantado
	Aprovação dos Planos na CIB/AM para implantação dos SAMUs das regiões do Médio e Baixo Amazonas	02 Planos do SAMU Aprovados
OBJETIVO:	Estruturar a Rede de Média complexidade em Manaus e no Interior do Estado	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Redefinir o perfil de atendimento e reorientar as ações e serviços dos Centros de Atenção Integral à Criança, Policlínicas e Centros de Atenção ao Idoso.	01- Adequar os CAIMI's para transformar em Policlínica voltada ao atendimento da pessoa Idosa.	3 Unidades
	02- Otimizar o funcionamento das Policlínicas existentes equipando e complementando a equipe de especialistas.	5 Policlínicas
	03- Inaugurar as Policlínicas Centro, CREPS e Danilo Correa.	3 Policlínicas
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Apoiar a implantação dos serviços de média complexidade, prioritariamente nos municípios em Gestão Plena	01- Garantir acesso da população em geral a assistência à saúde de média complexidade (cirurgias eletivas)	28 Cirurgias
	02- Aumentar a resolutividade da assistência hospitalar e ambulatorial através da regulação e avaliação do fluxo de remoção dos usuários, de acordo com a necessidade da assistência de média e alta complexidade	64 Assistência Hospitalares Mantidas
	03- Garantir o acesso da população a assistência à saúde através do deslocamento de equipes de saúde em unidades fluviais com atendimento básico e média complexidade	1.505 Atendimentos

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Reorientação do Modelo Assistencial e Descentralização	
OBJETIVO:	Estruturar a Rede de Média complexidade em Manaus e no Interior do Estado	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Estruturar e organizar a rede de média complexidade no Estado	01- Manutenção e implementação físico funcional das 63 Unidades de Saúde/ Hospitalares dos 61 Municípios do Interior do Amazonas	63 HOSPITAIS
	02- Conclusão e ampliação/adequação e aparelhamento das Unidades de Saúde/Hospitalares dos Municípios do Interior do Amazonas	7 HOSPITAIS
	03- Modernização e Humanização das Unidades de Saúde/Hospitalares e Capacitação de Recursos Humanos para execução de procedimentos e manipulação de equipamentos	7 HOSPITAIS
EIXO PROGRAMÁTICO:	Reorientação do Modelo Assistencial e Descentralização	
OBJETIVO:	Implantar política de transplante no Estado e estimular a doação de órgãos	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Estruturar Unidades de Saúde para funcionarem como referência no transplante de órgãos no Estado	01- Realizar em parceria com as comissões intra-hospitalares de Transplantes, cursos de capacitação com SNT.	2 Cursos
	02- Implantar as Comissões intra-hospitalares nas Unidades da rede pública e privada.	8 Comissões
	03- Realizar Campanha Educativa para a população sobre o processo de doação de <input type="checkbox"/> mbito.	4 Campanhas
	04- Implantar o laboratório de HLA e dos exames das doenças infecciosas.	1 Laboratório
	05- Credenciar 01 estabelecimento e 01 equipe para Transplante de âmbito.	2 Credenciamentos
	06- Credenciar 01 estabelecimento e 01 equipe para Transplante de Coração.	2 Credenciamentos
	07- Colocação de frases educativas sobre doação de <input type="checkbox"/> mbito em contra-cheques dos servidores públicos. Ex: Águas do Amazonas, Secretarias de Estado e etc.	5 Campanhas
	08- Capacitação dos profissionais da Central de Transplantes.	3 Pessoas

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Melhoria da Gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde	
OBJETIVO:	Melhorar a Gestão e implementar a descentralização	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Implantar sistema de monitoramento e avaliação do processo de descentralização da atenção básica nos municípios, com base em estudos técnico-científicos.	01 – implantar a avaliação para melhoria da qualidade amq	16 MUNICÍPIOS
	02 – oficina de pactuação dos indicadores	62 MUNICÍPIOS
	03 – visita aos municípios para realizar cooperação técnica no âmbito do m & a da atenção básica (3 visitas ano)	15 MUNICÍPIOS
	04 – seminário de m & a	62 MUNICÍPIOS
	05 – oficina de atualização do siab,sim,sinan	62 MUNICÍPIOS
	06 – Acompanhar e esessorar tecnicamente in loco os municípios de Maués e São Gabriel da Cachoeira no processo de implantação da Avaliação para melhoria da Qualidade	2 Municípios
	07 – Apoiar, acompanhar e e assessorar os municípios na implantação dos centros de especialidade odontológica (Tefé, Parintins, São Gabriel, Manaus)	4 Municípios
	08 – Participar de reuniões, encontros e eventos estaduais, nacionais e municipais com vistas a fortalecer a intersetorialidade para implantação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN	10 Eventos
	09 – Realizar oficina de avaliação e planejamento das ações de alimentação e nutrição prioritárias da PNAN.	2 Oficinas
	10 – Capacitar municípios na implantação do Portal Rede Alimenta, com o objetivo de avaliar segurança alimentar e nutricional.	2 Capacitações
	11 – Implantar o Programa Pró-Iodo nos municípios.	15 municípios
	12 – Acompanhar e assessorar tecnicamente in loco, o município de Tabatinga na Implantação da Avaliação para Melhoria da Qualidade na Atenção Básica	2 Acompanhamento
	13 – Realizar pesquisa na área de alimentação e nutrição nos municípios.	62 MUNICÍPIOS
	14 – Monitorar a implantação do Programa Bolsa Família e fortalecer o Comitê Gestor e a Instância de Controle Social	62 MUNICÍPIOS
15 – Capacitar municípios nas ações prioritárias previstas na PNAN: Vigilância Alimentar e Nutricional; Programa Nacional de Combate ao Ferro, Promoção da Alimentação Saudável e Pesquisa.	62 MUNICÍPIOS	

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Melhoria da Gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde	
OBJETIVO:	Melhorar a Gestão e implementar a descentralização	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Capacitar os técnicos da área de monitoramento e avaliação da atenção básica (Curso de Mestrado e Especialização)	14 - Elaboração da Ficha Clínica Odontológica padrão para uso no Estado	1 Ficha
	15 - Implementação da Ficha clínica nos municípios do Estado	31 Municípios
	16 - Elaboração de projeto para realização do levantamento epidemiológico	1 Projeto
	17 - Treinamento de profissionais para a realização do Levantamento Epidemiológico no Estado	2 Treinamentos
	18 - Elaboração de projeto para aquisição de equipamentos para fortalecimento das equipes de saúde bucal	1 Projeto
	19 - Oficina de qualificação de rh em saúde mental no interior do Amazonas	05 MUNICÍPIOS
OBJETIVO:	Melhorar a Gestão e implementar a descentralização	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Implantar um modelo de regionalização compatível com as características e peculiaridades do Amazonas, com base em estudo técnico realizado por consultoria específica	01- Instituir grupo técnico de implantação/implementação para elaborar proposta de Regionalização	01 Grupo implantado
	02- Realizar consultorias através de acordos com o Banco Mundial para municípios priorizados	15 municípios
Implementar o processo de descentralização para habilitação dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal	01- Habilitação de municípios em GPSM	01 município
	02- Implantação do complexo regulador iniciando a regulação das consultas e exames especializados na capital	01 Central Regional implantada
	03- Implantação do serviço de atenção pré-hospitalar de urgência e emergência no município de Parintins e Itacoatiara	02 serviços implantados
	04- Realizar curso de regulação, controle, avaliação e auditoria para fortalecimento da capacidade de gestão do Estado e dos municípios em GPSM	01 Curso realizado
	05- Realizar curso para técnicos do Estado para multiplicadores para disseminação na unidade de saúde em controle, regulação, avaliação e auditoria.	01 Curso realizado

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Melhoria da Gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde	
OBJETIVO:	Melhorar a Gestão e implementar ou implementar a descentralização das ações de Vigilância em Saúde nos Municípios	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Implementar o processo de certificação dos municípios em Vigilância em Saúde, integrando-o ao da assistência nos municípios.	01 Estimular e Apoiar tecnicamente os municípios para a certificação na condição da gestão de Vigilância em Saúde.	Certificar 3 municípios, sendo 1(hum) capital e 2(dois) interior do Estado.
OBJETIVO:	Implementar a Gestão do SUS no Amazonas	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Formular, operacionalizar e implementar a Política Estadual de Medicamentos e produtos para saúde.	01 Coordenação, controle, distribuição e supervisão do abastecimento de 1.565 itens de produtos para saúde às 52 unidades de saúde da rede assistencial do Estado	Abastecer 52 U.S. da rede
	02 Programação para aquisição, controle da armazenagem e dispensação dos medicamentos excepcionais	Dispensar 100% dos 92 medicamentos padronizados PROEME para pacientes cadastrados
	03 Coordenação, controle, distribuição e supervisão do abastecimento de 848 itens de medicamentos às 52 unidades de saúde da rede assistencial do Estado	Abastecer 100% dos 848 itens de medicamentos padronizados no estado às 52 U.S. da rede
	04 Contratos administrativos da Central de Medicamentos: a) Manutenção de ap. de ar condicionado e câmaras frias e b) Manutenção do Grupo Gerador de Emergência	a) Concretizar 100% de 72.000,00 b) Concretizar 100% de 27.000,00

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos	
OBJETIVO:	Executar Políticas que visem a Administração e o Desenvolvimento dos Recursos Humanos	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Alinhamento dos processo de provimento, alocação, recompensa, desenvolvimento, manutenção e monitoração interligando esses processos através de um sistema Computadorizado de Informações.	01- Realizar o diagnóstico situacional de recursos humanos	100% das Unidades de Saúde e Nível Administrativo Central
	02- Implantar a política de monitoração com vistas a adequação contínua das políticas de gestão de recursos humanos	100% das políticas e procedimentos implantados
	03- Proceder mensalmente a análise da Folha de Pagamento para verificar ocorrências de inconformidades, procedendo as devidas correções	12 relatórios / ano
	04- Elaborar e implantar Instruções Normativas- IN, disciplinadoras dos procedimentos referentes ao planejamento, manutenção, monitoração, alocação e desenvolvimento de recursos humanos	10 I.N.
	05- Elaborar e implantar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários, formulado considerando as diretrizes nacionais	100% do contingente de recursos humanos de provimento efetivo.
	06- Realizar curso de gestão e fiscalização de contratos de terceirização e serviços na administração pública	90 servidores
	07- Curso de Consolidação das várias formas de comprar e contratar na administração pública	25 Servidores
	08- Realizar curso integrado de execução orçamentária financeira e contábil no serviço público sob a ÉGIDE da LRF	50 Servidores

Consolidado de Metas 2006

EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Reduzir as incidências de casos de Malária e Doença de Chagas	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e a Vigilância Entomoepidemiológica integrada aos municípios.	01 - Realizar Reunião Interestadual de Pactuação de Atividades de Controle da Malária em Áreas de Fronteira de Interesse Epidemiológico.	Pactuar com 02 (dois) Estados (Rondônia e Acre)
	02 - Realizar pactuação em áreas de fronteira intermunicipal com interesse epidemiológico.	Pactuar em áreas de fronteira intermunicipal (5 municípios),com interesse epidemiológico.
	03 - Realizar Supervisão e Apoio Técnico aos municípios prioritários.	Realizar supervisão e reuniões de avaliação do Programa de Malária com periodicidade trimestral com 37 municípios.
	04 - Elaborar Guia de Condutas Técnicas para Levantamento do Potencial Malarígeno.	Elaborar e reproduzir o Guia de Condutas Técnicas para Levantamento do Potencial Malarígeno.
	05 - Realizar Borrifação Intradomiciliar nas localidades dos municípios que respondem por 80% dos casos de malária registrado no Amazonas.	Intensificar ação em todas as localidades com transmissão ativa de malária (148.000 casas).
	06 - Realizar aplicação de inseticida por meio de termonebulização em localidades responsáveis por até 50% dos casos autóctones dos municípios que agrupam 80% dos casos de malária no Amazonas.	Garantir atividade de termonebulização em localidades com transmissão ativa comprovadamente peridomiciliar (1.950.000 hab.)
	07 - Realizar atividades de diagnóstico da malária em todos os municípios do Amazonas.	Realizar 994.610 exames para o diagnósticos laboratorial de malária nos municípios
	08 - Realizar atividades de tratamento da malária em todos os municípios do Amazonas.	Realizar 233.154 tratamentos de casos de malária nos municípios.
	09 - Realizar atividades de diagnóstico e tratamento da malária em todos os municípios do Amazonas.	Ampliar em 15% a rede de diagnóstico e tratamento da malária no Estado do Amazonas (implantar 90 laboratórios)
	10 - Realizar ações de Manejo Ambiental nos municípios com transmissão ativa de malária urbana.	Realizar limpeza e retificação de igarapés e canais de drenagem (30.000 metros).
	11 - Realizar Curso de Capacitação de Supervisores e Gerentes de Endemias, com ênfase aos aspectos operacionais e epidemiológicos de malária e dengue.	Capacitar Supervisores e Gerentes de Endemias nas ações de controle da malária e dengue(60 pessoas).
	12 - Controlar a prevalência de Doença de Chagas.	Executar Inquérito da Prevalência de Doença de Chagas em 27 municípios..

Consolidado de Metas 2006

EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Reduzir as incidências de casos de Dengue	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar o levantamento de índices e tratamento focal e Vigilância entomoepidemiológica integrada aos municípios.	01 - Realizar pesquisa larvária e eliminação dos criadouros para <i>Aedes aegypti</i>	Realizar 6 inspeções anuais em imóveis nos municípios infestados(1.453.792 imóveis)
	02 - Realizar tratamento focal nos imóveis com focos de <i>Aedes aegypti</i>	Realizar tratamento focal em 50% de imóveis inspecionados(726.896 imóveis).
	03 - Implantar a Vigilância Entomológica em municípios não infestados pelo <i>Aedes aegypti</i>	Implantar Vigilância Entomológica em 5 municípios.
	04 - Realizar inspeções em armadilhas para <i>Aedes aegypti</i> em municípios não infestados	Realizar 4 inspeções mensais nas armadilhas instaladas (14.928 armadilhas)
	05 - Realizar Pesquisa Larvária e eliminação dos criadouros em Pontos Estratégicos para <i>Aedes aegypti</i>	Inspeccionar quinzenalmente 100% dos Pontos Estratégicos nos municípios (15.396 pontos).
	06 - Realizar curso de Controle da Dengue para Supervisores de campo	Capacitar supervisores (1 por município e 79 de Manaus)
	07 - Realizar o curso de Conduta Clínica ao paciente com dengue	Capacitar 30 médicos da rede básica de saúde
	08 - Realizar o curso Técnico de Vigilância Epidemiológica.	Capacitar 20 técnicos responsáveis pela Vigilância Epidemiológica da Dengue
	09 - Realizar o curso de Instrutores/Supervisores do PACS/PSF	Capacitar 30 Instrutores/ Supervisores do PACS/PSF para atuarem como multiplicadores.
	10 - Realizar o curso Básico de Dengue para Agentes de Operação de Campo	Capacitar 850 Agentes de Saúde do Programa de Controle da Dengue.
	11 - Realizar o curso Básico de Dengue para Agentes Comunitários de Saúde	Capacitar 600 Agentes Comunitários de Saúde.
	12 - Realizar o curso Técnico em Saneamento Ambiental	Capacitar 50 Agentes de Saúde de Manaus, nas atividades de saneamento ambiental.
	13 - Realizar o curso Técnico em Comunicação de Mobilização Social.	Capacitar 40 técnicos em Educação em Saúde para controle da dengue em Manaus..

Consolidado de Metas 2006

EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Coordenar, executar e monitorar as ações de Vigilância Ambiental relacionadas à qualidade da água para consumo humano e as populações expostas as áreas com solo contaminado por agentes químicos	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Avaliar e gerenciar fatores de riscos ambientais, que interfiram na saúde humana, atuando conjuntamente com órgãos e entidades afins, nos níveis federal , estadual e municipal	01 - Realizar a Vigilância Ambiental em saúde relacionada a qualidade da água para consumo humano-VIGIAGUA	Implantar o Sistema de Controle de Qualidade da água para Consumo Humano – VIGIAGUA nos municípios certificados.
		Inspeccionar Sistemas de Abastecimento de Água e soluções alternativas coletivas(15 municípios) e individuais(06 municípios).
		Implantar 08 laboratórios de análise de água para consumo humano.
		Assessorar e supervisionar os 22 municípios, onde está implantada a Vigilância da qualidade da água.
		Realizar coletas de amostras para vigilância da qualidade da água para consumo humano.
	02 - Cadastrar áreas com populações expostas a solo contaminado por substâncias químicas	Emitir um relatório anual
	03 - Capacitar Recursos Humanos	Realizar 01 Curso Básico de Vigilância Ambiental em Saúde - CBVA .
Realizar 01 curso de capacitação pedagógica para técnicos de nível superior, egressos do CBVA, qualificando-os como multiplicadores.		
Realizar curso de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA , em 4municípios.		

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Manter o Controle da Raiva Humana no Estado	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Apoiar os municípios nas ações de controle da raiva humana	01 - Coordenar o Controle da População de Cães.	Capturar e sacrificar, no mínimo 5.000 animais
	02 - Coordenar as Campanhas de Vacinação Anti-rábica Animal.	Vacinar caninos e felinos nos 62 municípios
	03 - Coordenar as Ações de Controle de Foco de Zoonoses.	Investigar e controlar focos
	04 - Controlar e monitorar a população de quirópteros em áreas de risco, com agressão humana.	Realizar controle em 09 municípios
	05 - Acompanhar e monitorar as atividades do Programa de Controle dos Acidentes por Animais Peçonhentos e de Zoonoses.	Supervisionar as atividades do Programa desenvolvido nas Unidades de Saúde.
	06 - Realizar atividades de Educação em Saúde sobre controle e prevenção de zoonoses em Unidades de Saúde, Hotéis de Selva e Eventos.	Realizar Palestras de controle das zoonoses, em Manaus e no interior.
	07 - Monitorar a situação epidemiológica de raiva no Estado.	Enviar amostras ao Laboratório, para diagnóstico da raiva animal.
	08 - Capacitar Recursos Humanos sobre Controle de Zoonoses e Animais Peçonhentos.	Realizar capacitação de recursos humanos da capital.
OBJETIVO:	Coordenar e monitorar o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar ações de controle da Vigilância Sanitária no Estado, nos produtos e serviços, evitando a ocorrência de riscos a saúde da população.	01 - Efetuar controle sanitário de medicamentos e demais produtos, e empresas produtoras de medicamentos	Inspeccionar Farmácias de Manipulação, Distribuidoras de Medicamentos e Indústrias Produtoras de Fitoterápicos.
	02 - Efetuar o controle sanitário de Saneantes e Cosméticos fabricados em Manaus.	Inspeccionar empresas Fabricantes de Saneantes e Cosméticos de Riscos I e II.
	03 - Realizar Controle Sanitário Tecnológico de Produtos para Saúde em Empresas e Distribuidoras.	Inspeccionar empresas de Produtos Médicos - RDC 185 - Grupo 3 e 4, empresas Distribuidoras e importadoras do kit I- Diagnóstico in vitro.
	04 - Realizar Controle Sanitário em Serviços de Saúde	Inspeccionar unidades hospitalares que possuam exclusivamente ou não, Serviços de Obstetrícia, UTI, Urgência / Emergência, cirurgias de grande porte e internações hospitalares.
	05 - Realizar Controle Sanitário em Serviços de Hemoterapia e Banco de Celulas e Tecidos	Inspeccionar Hemocentro Coordenador - HC, Núcleo de Hemoterapia, Unidades de Coleta e Transfusão e Agência Transfusional, em Manaus e no Interior.

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Coordenar e monitorar o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar ações de controle da Vigilância Sanitária no Estado, nos produtos e serviços, evitando a ocorrência de riscos a saúde da população	06 - Realizar Controle Sanitário Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico	Inspecionar os Serviços de Terapia Renal Substitutiva; Quimioterapia; laboratório de Análises Clínicas; Medicina Nuclear e serviços de Diagnóstico e Imagem.
	07 - Realizar Controle Sanitário em Indústria	Inspecionar indústrias de processamento de alimentos isenta de registros; indústrias de processamento de alimentos sujeitos a registro; cozinha Industrial.
	08 - Analisar Projeto Arquitetônico de Estabelecimentos Assistenciais de saúde e Indústria	Emitir parecer técnicos e declaração de cadastramentos de projetos.
	09 - Implantar o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde no Estado	Análise e parecer Técnico dos PGRSS`s dos estabelecimentos de saúde públicos e privados , e Farmácias de Manipulação e Distribuidores e produtores de produtos Farmacêuticos.

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Controlar e Reduzir as Doenças Transmitidas por Vetores	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Implantar e monitorar por meio de ações de vigilância epidemiológica, os programas da febre amarela, doença de chagas, leishmaniose tegumentar americana, dengue e a síndrome febril íctero/hemorragia aguda.	01 - Manter erradicada a Febre Amarela Urbana e diagnosticar e tratar precocemente os casos de Febre Amarela Silvestre.	Implementar o Programa de Febre Amarela nos 08 municípios. Executar medidas específicas de controle na área de ocorrência de caso. Acompanhar a assistência hospitalar prestado ao portador de Febre Amarela
	02 - Manter o controle da Doença de Chagas no Amazonas com redução da letalidade	Implantar o Programa de Controle da Doença de Chagas em 08 Municípios.
	03 - Favorecer a realização do Diagnóstico e Tratamento precoce da Leishmaniose Tegumentar Americana-LTA .	Capacitar profissionais da área de laboratório para realização de Exame para o Diagnóstico de LTA, em 30 municípios.
		Garantir o tratamento medicamentoso aos portadores de LTA nos 62 municípios enviando os fármacos.
		Supervisionar as ações desenvolvidas nos 17 municípios.
	04 - Manter a Dengue sob controle e reduzir a letalidade de Febre Hemorrágica do Dengue-FHD.	Capacitar profissionais de nível superior e médio para diagnosticar e tratar casos de Dengue nos municípios.
		Realizar supervisão, apoio e acompanhamento das ações desenvolvidas em Manaus.
05 - Implementar a V.E. da Síndrome Febril Íctero e/ou Hemorrágica Aguda	Implementar e acompanhar os Municípios.	
06 - Implementar ações de V.E. para o controle da Pneumonite Eosinofílica	Monitorar o sistema de vigilância da Pneumonite eosinofílica em Manaus	

Consolidado de Metas 2006

EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Reduzir e Controlar as Doenças de Veiculação Hídrica e Alimentar	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Implantar, Implementar, monitorar e capacitar recursos humanos das U.S. em atividades de vigilância epidemiológica e controle das doenças e agravos.	01 - Monitorar os casos de Diarréias agudas nos Municípios do Amazonas	Implementar a VE das Doenças Diarréicas Agudas em 11 municípios do Estado.
		Realizar sistematicamente o acompanhamento da MDDA, junto às vigilâncias e supervisionar 06 municípios;
		Implantar a V. E. do Rotavírus em 02 Unidades Sentinelas de Manaus.
		Prevenir reintrodução do vibrião Colérico no Estado, por meio do monitoramento dos 62 municípios.
		Detectar 70% dos surtos de MDDA; monitorar 80% da notificação e investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos no município.
	02 - Executar ações de Controle da Febre Tifóide	Implantar a VE e Busca ativa da Febre Tifóide nos 06 municípios com alta incidência.
		Monitoramento à distância junto as Vigilâncias Epidemiológicas dos municípios.
		Investigar 100% dos casos notificados
	03 - Implementar a V. E. da Facíola Hepática	Realizar inquérito epidemiológico em Canutama
	04 - Implementar a VE das doenças Transmitidas por Alimentos	Capacitação de técnicos da V. E. no município de Coari.
	05 - Manter o Controle da Leptospirose nos Municípios do Estado do Amazonas	Supervisionar ações de Vigilância e Notificação nos 10 municípios ..
		Notificar o Centro de Controle de Zoonoses-SEMSA Manaus, da ocorrência de Leptospirose para medidas de controle de roedores.

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Reduzir as incidências de casos por doenças imunopreviníveis	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Manter as atividades dos programas de saúde implantados, capacitar recursos humanos das unidades de saúde e intensificar a vigilância epidemiológica e controle dos agravos	01 - Manter o Plano Nacional de Erradicação do Sarampo	Implementar e supervisionar as atividades do Plano de Erradicação do Sarampo em 4 municípios do Estado do Amazonas
	02 - Manter o controle da Rubéola	Implementar e supervisionar os municípios
	03 - Manter o Plano de Eliminação do Tétano Neonatal e Controlar o Tétano Acidental	Implementar e supervisionar atividades do Programa de Controle do Tétano em 09 municípios do Estado
	04 - Reduzir Morbimortalidade por Coqueluche e Difteria.	Supervisionar as ações de VE de Difteria e Coqueluche em 32 municípios .
		Monitorar a VE nos 62 municípios por meio de análise de informações/ SINAN.
		Realizar Busca Ativa de casos nas 04 unidades sentinelas do município(Manaus e Tabatinga).
	05 - Manter a vigilância das Hepatites	Capacitar a Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais em 08 municípios.
		Implantar o Plano Nacional de hepatites virais em 7 municípios do Estado.
		Realizar inquérito sorológico em 3 Municípios
	06 - Reduzir os Índices de Morbi-Mortalidade por Meningites Bacterianas.	Implementar a VE das meningites em 10 municípios .
		Capacitar profissionais da área de laboratório, para realização de Exame para o Diagnóstico de Meningite, em 16 municípios.
	07 - Manter erradicada a Poliomielite no Estado.	Monitorar 100% das Notificações de Paralisia Flácida Aguda – PFA de casos:
		<ul style="list-style-type: none"> ● Em menores de 15 anos com deficiência motora súbita;
<ul style="list-style-type: none"> ● Em qualquer idade que apresente hipótese de Poliomielite. 		
Monitorar a remessa de Notificação Negativa de Poliomielite pelos municípios.		
Realizar a Investigação oportuna.		
	Realizar coleta adequada de 01 amostra de fezes para cada suspeito de PFA	

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Melhorar a cobertura vacinal nos municípios que comprometem negativamente o alcance de homogeneidade	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Definição de estratégias de operacionalização para a realização de vacinação no Estado do Amazonas.	01 - Reduzir os Índices de Morbi-Mortalidade por Doenças Imunopreveníveis	Homogeneizar com 95% de cobertura vacinal em 70% dos municípios, com as vacinas preconizadas pelo PNI-crianças < de 1 ano : TETRAVALENTE (43 municípios) FEBRE AMARELA (43 municípios) VCHb (43 municípios) BCG(90 %) (43 municípios) SABIN (43 municípios)
	02 - Manter a eliminação do Sarampo , com (zero) caso.	Efetivar cobertura vacinal de 95% com a vacina Tríplice Viral em crianças de 1 ano em 70% dos municípios (43)
	03 - Manter Tétano Neo-Natal em zero caso.	Efetivar cobertura vacinal de 100% com a segunda dose de Dt em mulheres grávidas, nos municípios do Estado (71.056 grávidas).
	04 - Intensificar a vacinação da população de 01 a 19 anos contra Hepatite B	Realizar intensificação nas escolas, creches, universidades e zona rural em 40% do resíduo de 665.704
	05 - Realizar a Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinais.	Monitorar 100% das notificações, através do Sistema de Eventos adversos- SI- EAPV.
	06 - Acompanhar, assessorar, monitorar e avaliar as ações de imunização executada pelos municípios.	Supervisionar sistematicamente os 62 municípios do Estado.
	07 - Manter a Febre Amarela Urbana com zero caso e controlar a Febre Amarela Silvestre.(acumulado de 10 anos)	Vacinar (dose única) crianças < de 1 ano (71.056)e população vacinada há mais de 10 anos Manter 100% de cobertura vacinal da população geral do Estado (520.296 pessoas).
	Garantir reserva de recursos para a realização das Campanhas de vacinação.	01 - Obter 95 % com vacina Sabin em duas etapas de campanhas para crianças < de 5 anos.
02 - Obter 70% de cobertura vacinal Contra Influenza para a população > de 60 anos		Promover/coordenar 01 Campanha de vacinação no âmbito Estadual

Consolidado de Metas 2006

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Reduzir a a mobimortalidade por Doenças e Agravos Não Transmissíveis	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Capacitar as Comissões de Infecção Hospitalar-CCIHs e as Unidades de Vigilância Epidemiológica-UVES das Unidades Sentinelas em V.E. das DANTs e Comitês da Mortalidade materna e infantil	01 - Implantar a Vigilância Epidemiológica das DANTs na capital e em 12 municípios pólos.	Implantar o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências do trabalhador – SINAN-NET , em 02 Unidades Hospitalares de Manaus.
		Capacitar técnicos da CCIHs e UVES da FVS/AM, SUSAM/ DABE e SEMSA Manaus, na V.E das DANTs.
		Implantar a Vigilância Epidemiológica das DANTs em Manaus
		Implantar o comitê de Mortalidade Materna e Infantil, em 12 municípios pólos.
		Realizar assessoria técnica e monitorar as ações de V.E. das DANT
		Implementar as ações de Registro de Câncer de Base Populacional em Manaus.
		Realizar o Inquerito Nacional de Acidentes e Violências em Manaus
OBJETIVO:	Garantir apoio laboratorial na área de saúde pública	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar análises complementares para o diagnóstico de doenças e agravos a saúde.	01 - Implantar serviços de apoio diagnóstico de alta complexidade PCR	Realizar exames complementares de biologia médica em apoio a vigilância epidemiológica
	02 - Realizar diagnóstico Laboratoriais dos agravos de interesse em Saúde Pública da lista notificação compulsória.	Realizar exames de interesse de Vigilância Epidemiológica em Manaus.
	03 - Realizar 15% de exames da Biologia médica em apoio a vigilância epidemiológica	Realizar exames complementares de biologia médica em apoio a vigilância epidemiológica
	04 - Capacitar em Teste rápido p/ HIV em CTA'S	Capacitar CTAs do interior
	05 - Efetuar o controle de qualidade do diagnóstico de malária (revisão de lâminas)	Revisar lâminas de malária para controle da qualidade,da capital e interior.
	06 - Capacitar e avaliar os recursos humanos em diagnóstico de malária	Capacitar profissionais da capital e do interior para o diagnóstico da malária.

Consolidado de Metas 2006

Consolidado de Metas 2006		
EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Garantir apoio laboratorial na área de saúde pública	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar análises complementares para o diagnóstico de doenças e agravos a saúde.	07 - Efetuar o controle de qualidade do diagnóstico de leishmaniose (revisão de lâminas)	Revisar lâminas de leishmaniose para controle da qualidade, da capital e interior.
	08 - Efetuar o controle de qualidade do diagnóstico de DCh (revisão de lâminas)	Revisar lâminas de chagas para controle da qualidade no interior.
	09 - Realizar o diagnóstico sorológico para Doença de Chagas.	Realizar exame sorológico para diagnóstico da Doença de Chagas.
	10 - Realizar diagnóstico e controle do tratamento da tuberculose	Realizar Baciloscopia para diagnóstico e controle de tratamento da tuberculose, na capital.
		Realizar Cultura de BK para diagnóstico e tratamento da tuberculose
	11 - Capacitar os Recursos Humanos dos Laboratórios pólos.	Treinar os Recursos Humanos dos Laboratórios pólos.
	12 - Realizar o curso de capacitação em filariose	Capacitar e treinar os profissionais da capital para diagnóstico da filariose..
13 - Capacitar e treinar os recursos humanos em diagnóstico de malária	Capacitar e treinar os profissionais da capital e interior.	
OBJETIVO:	Garantir a qualidade dos produtos usados pela população	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar controle de qualidade de produtos.	01 - Realizar análise físico-química e microbiológica de água, alimentos e saneantes.	Realizar análises bromatológicas em apoio à vigilância sanitária e ambiental
		Realizar análises para o Controle de qualidade de saneantes e cosméticos
		Realizar análises de alimentos e bebidas
		Capacitar recursos humanos para as análises de bromatologia
		Analisar os metais pesados em água e alimentos.
		Realizar análises para a identificação de sorovariedade de salmonela
		Realizar análises para o controle de qualidade de saneantes

Consolidado de Metas 2006

EIXO PROGRAMÁTICO:	Controle de Doenças e Agravos	
OBJETIVO:	Assegurar a utilização bem como a divulgação de informações e análises dos indicadores de saúde	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Manter em operação os Sistemas de Informação em Saúde de sua competência.	01 - Implementar os Sistemas de Informações de Saúde	Capacitar técnicos da capital e do interior nos cursos de EPINFO e SINAN.
	02 - Coordenar os sistemas de Informações: SIM, SINASC, SINAN, SIVEP e FAD em 100% dos municípios.	Coordenar continuamente os sistemas em 62 municípios.
	03 - Implantar a versão SIM e SINASC (nova linguagem de programação)	Implantar a versão do sistema em 100% dos municípios.
	04 - Retroalimentar as Secretarias municipais de Saúde com as informações do SIM SINASC e SINAN de 100% dos municípios.	Enviar Relatório Anual
	05 - Promover a qualidade dos dados dos sistemas de informações processadas pelos municípios e enviadas por meio eletrônico (SIM e SINASC)	Analisar continuamente os dados/informações enviados pelos 62 municípios.
	06 - Acompanhar o funcionamento dos sistemas SIM, SINASC, SINAN, SIVEP e FAD em 100% dos municípios.	Realizar supervisão técnica.
	07 - Manter atualizado os banco de dados nacional com informações de morbidade, de acordo com o cronograma anual do Ministério da Saúde-MS.	Enviar dados quinzenal do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, ao Nível Nacional.
	08 - Manter o nível nacional atualizado com os municípios que enviam regularmente suas informações.	Enviar mensalmente a Planilha de Alimentação dos sistemas SIM e SINASC, para efeito de corte dos recursos do PAB.
	09 - Manter os 62 municípios em condições de digitar dados nos sistemas, mesmo com a alta rotatividade de funcionários	Capacitar operadores para os sistemas SIM, SINASC, SINAN, SIVEP e FAD
	10 - Treinamento do FAD em 10 municípios do Estado.	Instalação do Sistema e capacitação dos digitadores do FAD.
	11 - Codificar Causa Básica de Óbitos de todos os municípios com exceção de Manaus.	Codificar em média 4.000 óbitos dos municípios do interior.
	12 - Manter os municípios em condições de codificar a causa básica de óbitos	Treinar e reciclar os codificadores em Causa Básica de Óbito, por meio de 01 curso.

5 . Consolidação de Metas 2007

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO DE GESTÃO	
OBJETIVO	Incentivar a Participação e o Controle Social no Estado	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de saúde;	01 - Planejar os materiais de consumos para a conferência.	1 Planejamento realizado
	02 - Assegurar os recursos financeiros para a realização da Conferência Estadual.	1 Conferência realizada
	03 - Elaborar materiais de divulgação da Conferência. Relatório final.	20.000 Unidades confeccionadas
Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;	01 - Realizar encontros, Plenárias de Conselhos de saúde para articulação de experiências de educação popular, Informação, Comunicação e Educação, nas regionais de saúde.	02 Encontros realizados
	02 - Realizar debates sobre as ações relativas à alimentação saudável para promoção da saúde e segurança alimentar e nutricional.	01 Debate realizado
	03 - Realizar palestras para redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito.	02 Palestras realizadas
Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.	01 - Implantar Ouvidoria do SUS no Estado.	01 ouvidoria implantada
	02 - Assegurar a infraestrutura da Ouvidoria (como piloto).	01 ouvidoria estruturada
	03 - Garantir os Recursos Humanos necessários para funcionamento da Ouvidoria.	05 servidores contratados
Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;	01 - Equipar o CES com materias de escritório	01 mesa com 20 cadeiras adquirida
	02 - Elaborar o manual de gestão da qualidade do CES.	100 manuais elaborados
	03 - Implementar a capacitação de Secretaria Administrativa nos Conselhos Municipais de Saúde.	62 municípios capacitados
Apoiar os processos de educação em saúde, com vista ao fortalecimento da participação social do SUS;	01 - Cadastrar as organizações de educação popular no Estado.	170 Organizações
	02 - Estimular os Conselhos Municipais de Saúde a reunir grupos de educação e saúde.	61 Municípios
	03 - Apoiar os Municípios na realização de jornada de educação popular.	5 Municípios
Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;	01 - Assessorar os municípios na realização de seminários em defesa do SUS.	10 Municípios
	02 - Realizar a sensibilização dos Conselhos, trabalhadores e sociedade civil em defesa do SUS.	10 Instituições
	03 - Apoiar a implantação do acolhimento nos serviços de saúde.	50 Unidades
Apoiar o processo de formação dos Conselhos de Saúde;	01- Implementar a formação de Conselheiros.	62 Municípios
	02 - Realizar curso de promoção a saúde para Conselheiros.	70 Participantes
	03 - Avaliar os Conselheiros egressos aos cursos de capacitação	65 Conselheiros

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO DE GESTÃO	
OBJETIVO	Incentivar a Participação e o Controle Social no Estado	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.	01 - Articular os meios de comunicação no Estado e município para divulgar as informações básicas do SUS.	10 Unidades
	02 - Elaborar o jornal do semestre do CES.	2.000 Unidades
	03 - Realizar concurso para criação de folhetos com frases do SUS nas escolas.	5 Unidades
OBJETIVO	Implementar a Gestão do SUS no Amazonas	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;	01- Contribuir para o processo de adesão do Projeto de Avaliação para Melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família	10 municípios
	02 - Acompanhar sistematicamente os relatórios dos Sistemas de Informação de Base Nacional	15 MUNICÍPIOS
	03 – Implementar Grupo Ampliado de Monitoramento e Avaliação das SES	01 grupo implementado
	04 – Melhorar infra estrutura do Departamento da Atenção Básica no âmbito da SES	01 Departamento reformado
	05– Modernizar equipamentos de Informática, comunicação de multimídia da Departamento de Atenção Básica da SES	01 Departamento modernizado
	06- Divulgar de Boletim Informativo da Atenção Básica	01 Boletim
Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;	01 – Realizar Fóruns regionais para discutir a Política Nacional de Promoção da Saúde	05 Fóruns
	02 – Apoiar o desenvolvimento de pesquisa na área de Promoção da Saúde	03 Pesquisas
Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde	01- Participar do orçamento único do SUS com base na Portaria 698/06	Participação no orçamento tripartite

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO DE GESTÃO	
OBJETIVO	Implementar a Gestão do SUS no Amazonas	
Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;	01- Elaborar Planos de Intervenção para áreas prioritárias conforme pactuação	06 estudos realizados
	02 - Habilitar e Credenciar do 2º Centro estadual de reabilitação Física (CERFAM) em atenção á Média Complexidade a portadores de Deficiente na Rede Estadual em parceria com o Ministério da Saúde.	1 CERFAM credenciado
	03 - Realizar diagnóstico dos portadores de deficiência nos municípios pólos	16 Municípios
	06 Criar um instrumento de controle e avaliação oftalmológica para portadores de deficiência visual através do PESO na CEAD.	01 Instrumento criado
	07-Credenciar o Centro Estadual de Reabilitação e Protetização Auditiva em Atenção a Alta complexidade (CERPAAM) na Capital do estado.	1 credenciamento
	08-Estruturar a rede Municipal de Reabilitação Física do Interior do Estado	16 municípios
	09- Apoiar a implantação do Programa de Atenção ao Portador de Deficiencia Fisica nos Municípios Pólos	16 municípios
	11-Reorganizar o Comitê de Atenção ao Deficiente.	01 Comitê estruturado
	12-Criar o Centro Estadual de Atenção ao deficiente no Estado (CAED)	1 Centro criado
	13 – Promover eventos para sensibilização, construção de Planos de Ação para enfrentamento à violência doméstica e sexual no âmbito dos municípios envolvendo Saúde, Educação e Assistência Social, bem como apoiar campanhas de mobilização social	15 MUNICÍPIOS

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO DE GESTÃO	
OBJETIVO	Implementar a Gestão do SUS no Amazonas	
Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;	14 - Apoiar a implantação da notificação de violências no Estado, juntamente com a Fundação de Vigilância em Saúde.	15 MUNICÍPIOS
	15 - Disponibilizar aos municípios subsídios didáticos, através de Portaria, Artigos técnicos, Apostilas., para o enfrentamento à violência.	15 MUNICÍPIOS
	16- Apoiar a implementar as ações do Programa Juventude Consciente, na Secretaria Municipal de Manaus	1 município
	20- Apoiar a Implantação da Rede Sentinela nos serviços de média e alta complexidade no município de Manaus	16 Unidades de Saúde
	21- Apoiar a Implantação da Rede de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no Estado.	20 Municípios
	22- Monitorar e avaliar os núcleos de Saúde do trabalhador implantados no município	12 Municípios
	23- Monitorar e avaliar os CERESTs Regionais	02 CEREST
	24- Implantar Residência Médica em Psiquiatria no Hospital Eduardo Ribeiro	01 Residência
	25- Implantar Serviços Residenciais Terapeúticos- SRT	05 SRT
	26- Apoiar a implantação do CAPSi em Manaus	01 CAPSi

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO DE GESTÃO	
OBJETIVO	Implementar a Gestão do SUS no Amazonas	
Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;	26- Apoiar a implantação do CAPSad em Manaus	01 CAPSad
	27- Assessorar a implantação das ações de Saúde Mental nos Municípios Polo	16 municípios
	28- Realizar recenseamento da população psiquiátrica do estado do Amazonas em parceria com a FIOCRUZ	01 recenseamento
	29- Realizar parceria com o Centro de Treinamento Tecnológico do Amazonas – CETAM para realização de capacitações em Saúde Mental	01 parceria
	30- Contribuir para a substituição do Hospital Eduardo Ribeiro em hospital de Clínicas	01 substituição
	31 – Aquisição de barco Escola para capacitação das equipes de Saúde da Família em Saúde Mental	01 barco
Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;	01- Coordenar e acompanhar a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e Termos de Compromisso	62 municípios acompanhados
	02- Avaliação das metas, objetivos e indicadores do Termo de Compromisso de gestão	62 municípios avaliados

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO DE GESTÃO	
OBJETIVO	Implementar a Gestão do SUS no Amazonas	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;	01- Orientar os gestores municipais para que assumam a responsabilidade de gestor da atenção básica, pactuando aporte técnico quando necessário	15 Pólos do PDR
Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos.	01- Apoiar técnica e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios considerando os cenários epidemiológicos	61 municípios
Coordenar o processo de configuração do desenho a rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios a região;	01- Realizar oficinas regionais para revisão do desenho do PDR	06 macroregionais
	02- Firmar termos de compromisso regionais para a conformação da rede	06 macroregionais
Organizar e pactuar com os municípios, o processo e referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;	01- Implantar as Centrais Regionais de Regulação	03 Centrais implantadas

Consolidado de Metas 2007

EIXO PROGRAMÁTICO		
PACTO DE GESTÃO		
OBJETIVO	Apoio ao processo de Regionalização do SUS	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;	01-Fortalecer, no âmbito da SUSAM a Gerência de Apoio à Gestão Descentralizada	01 Gerência fortalecida
Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;	01- Elaborar critérios sobre a organização da rede de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	Apoiar a elaboração e aprovação do Plano Regional de Saúde em 100% das Regionais
Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o Plano Diretor de Regionalização;	01- Coordenar, em conjunto com as áreas afins no âmbito das Regionais, as discussões sobre as propostas de adequação do PDR-PDI	Analisar 100% das propostas encaminhadas
Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;	01- Compor grupos técnicos de apoio às CIBs Regionais (com técnicos da SUSAM) 02- Manter no orçamento a Ação de apoio à Regionalização	Indicar 02 representantes e respectivo suplente 01 Ação mantida no PPA
Participar dos Colegiados de Gestão Regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;	01- Indicar representantes do Departamento de Planejamento da SUSAM para compor o colegiado	Indicar 01 representante e 01 suplente
Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Estadual de Saúde, no Plano Diretor de Regionalização, no planejamento regional e no Plano Diretor de Investimento.	01- Prestar assessoramento técnico em apoio a construção dos projetos e sua adequação, acompanhando e propondo adequação quando necessário	Participar em 100% dos projetos priorizados no PES

Consolidado de Metas 2007

EIXO PROGRAMÁTICO		
PACTO DE GESTÃO		
OBJETIVO	Implementar estratégias de planejamento e programação	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação	01- Implementar mecanismos de planejamento participativo integrado com os municípios com a finalidade de construir Planos de Saúde de base local e ascendente	Realizar no mínimo 01 oficina por macroregional
	02- Criar grupo técnico para apoiar as CIBs regionais nas áreas de gestão e assistência para orientação do processo de planejamento regional	Instituir 02 grupos técnicos para apoio às CIBs regionais
	03- Viabilizar treinamento nas áreas de gestão priorizando planejamento, controle, avaliação e auditoria	Realizar no mínimo 05 cursos por macroregional
Formular, no Plano Estadual de Saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite -CIB, a política estadual de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;	01- Consolidar as propostas de planejamento regional subsidiando a elaboração do Plano Estadual de Saúde	Realizar oficina estadual com representantes das regiões
	02- Articular com os setores da área de assistência e vigilância da SUSAM, objetivando assegurar a inclusão de todas as políticas priorizadas pelo Estado	Aprovação do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2008-2011
	03- Encaminhar para aprovação no conselho e CIB/AM	01 Plano aprovado
	04- Readequação da estrutura organizacional da SUSAM para atendimento das novas responsabilidades decorrentes da legislação do Pacto pela Saúde 2006	Elaborar 01 proposta de readequação para 2007
	05- Implantar sistema de monitoramento da execução do Plano Estadual de Saúde	01 Sistema implantado
Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;	01- Fazer adequação da PPI em 2007 nas regiões conforme PDR em parceria com o DERCAV	04 oficinas realizadas
	02- Implementar o grupo permanente de acompanhamento da PPI sob coordenação do DERCAV	Realizar acompanhamento trimestral das PPIs Pactuadas
Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;	01- Acompanhar a alimentação e a qualidade dos dados informados	Acompanhamento de 100% dos bancos de dados

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO PACTO DE GESTÃO		
OBJETIVO	Realizar ações de regulação, controle, avaliação e auditoria	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular automática (fundo a fundo) e por convênios;	01- Instituir grupo permanente de acompanhamento com a participação do FES, DERCAV e DEPLAN	Acompanhar 100% dos recursos transferidos
	01- Alterar a denominação da Gerência de Programação em Saúde do Deplan para Gerência de Programação e Monitoramento da Gestão em Saúde	Elaborar proposta de readequação para 2007
Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação n	02- Alimentar e disponibilizar informações dos bancos de dados	Alimentar 100% dos dados disponibilizados
	03- Implantar sistema de monitoramento da Gestão do SUS no Estado	01 Sistema implantado
	01- Implantar os Protocolos de Acolhimentos com classificação de risco nas unidades de urgência e emergência da SUSAM/CAPITAL	08 SPA"s e 05 Pronto-Socorros
Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;	02- Implantar os Protocolos Clínicos nas unidades de urgência e emergência da SUSAM/CAPITAL	08 SPA"s e 05 Pronto-Socorros
	03- Implantar fluxo de monitoramento da Assistência: Indicadores, Gestão de Leitos e Acolhimento nas unidades de urgência e emergência da SUSAM/CAPITAL	08 SPA"s e 05 Pronto-Socorros
	04- Realizar diagnóstico situacional no contexto de implantação de protocolos assistenciais e operacionais nas maternidades da SUSAM/CAPITAL	06 maternidades

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO DE GESTÃO	
OBJETIVO	Realizar ações de regulação, controle, avaliação e auditoria	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;	05- Implantar fluxo de monitoramento da Assistência: Indicadores, Gestão de Leitos e Acolhimento nas maternidades da SUSAM/CAPITAL	Fluxos implantados em 06 maternidades
	06- Implantar os Protocolos Clínicos nas maternidades da SUSAM	06 maternidades
	07- Implantar os fluxos de critérios de solicitação, substituição e exclusão do Padrão Estadual de Medicamentos e Produtos para Saúde.	50 unidades
Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços	01 - Orientar os Secretários Municipais para a necessidade de emissão do Cartão SUS, para identificação de seus usuários.	61 municípios 100% da população de 2001- interior - Manaus 70% da população de 2001
Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade	01 - Orientar as Unidades de Saúde da rede assistencial, para a necessidade de atualização sistemática do SCNES	680 Unidades
	02 - Orientar os Secretários Municipais de Saúde com base na legislação do SUS para que exerçam as atividades de controle e avaliação na atualização do SCNES	62 Municípios
Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais controlando as referências a serem realizadas em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada	01 - Implementar a Central de Regulação Macro Regional	1 Central
	02 - Concluir o Projeto para Implantação das Centrais de Regulação Regionais e seus respectivos Sistemas de Conexão.	1 Projeto
	03 - Implantar as Centrais de Regulação Regionais nos Municípios de Itacoatiara, Parintins e Tabatinga	3 Centrais
Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;	01 - Estimular a implantação das Centrais de Regulação Municipais	62 Municípios
	02 - Promover a capacitação de pessoal para atuação nas Centrais de Regulação Municipais	62 Municípios
Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;	01 - Promover o monitoramento da implantação e implementação das Centrais Municipais de Regulação	62 Municípios

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO DE GESTÃO	
OBJETIVO	Realizar ações de regulação, controle, avaliação e auditoria	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;]	01 - Promover a capacitação dos técnicos das Secretarias Municipais de Saúde para a atividade de regulação, controle e avaliação.	62 Municípios
	02 - Orientar as Secretarias Municipais de Saúde quanto ao processo de contratualização de prestadores de serviços para o SUS	62 Municípios
Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;	01 - Promover o monitoramento e a fiscalização dos prestadores de serviços integrantes da rede assistencial	680 Unidades prestadoras de serviço
Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, observando as programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada d	01 - Promover o acompanhamento, fiscalização e o monitoramento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados pelas unidades de saúde integrantes da rede assistencial	680 unidades prestadoras de serviço
OBJETIVO	Executar Políticas que visem a administração e o desenvolvimento dos Recursos Humanos	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Alinhamento dos processos de provimento, alocação, recompensa, desenvolvimento, manutenção e monitoração interligando esses processos através de um sistema computadorizado de informações	01- Implementação do Plano de cargos carreiras e salários_PCCS	01 PCCS implantado
	02- Estruturar o DGRH: Ampliar/readequar o espaço físico Dotar de mobiliário e equipamentos de informática, para instalação de Sistemas Informatizados de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde - InforSUS.	01 DGRH estruturado
	03- Implantar o Sistema Nacional de Informação de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde - InforSUS	01 Sistema Implantado
	04- Elaborar e implantar Instruções Normativas - IN, que disciplinem procedimentos relativos do planejamento, manutenção, monitoração e Desenvolvimento de Recursos Humanos, com vistas a regulação e a descentralização das políticas de Recursos Humanos	Elaborar 10 Instruções Normativas

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO DE GESTÃO	
OBJETIVO	Executar Políticas que visem a administração e o desenvolvimento dos Recursos Humanos	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Alinhamento dos processos de provimento, alocação, recompensa, desenvolvimento, manutenção e monitoriação interligando esses processos através de um sistema computadorizado de informações	05- Desprecarizar contratos de trabalho.	Nomear 5.000 servidores
	06- Implementar a política de monitoração com vistas a adequação contínua das políticas de Gestão de Recursos Humanos.	100% das políticas e procedimentos implantados
	07- Qualificar Gestores e Equipes de Recursos Humanos: · Promover cursos de nivelamento para 100% dos Gestores e Equipes técnicas de RH	01 curso realizado
	08- Qualificar Gestores e Equipes de Recursos Humanos: · Promover cursos de especialização de gestão de políticas de RH, para 100% de Gestores de Equipes técnicas que participaram do curso de nivelamento.	01 curso realizado
	09- Qualificar Gestores e Equipes de Recursos Humanos: · Realizar reuniões sistemáticas com 100% de gestores e equipes técnicas, para discutir sobre as políticas de RH, sua execução e avaliação.	04 reuniões realizadas
	10- Realizar Oficina para discussão e compreensão do conceito e princípios da educação permanente para 198 servidores entre gestores e equipes técnicas para discutir sobre políticas de RH, do nível Central Administrativo e unidades assistenciais.	05 oficinas
	11- Prestar assessoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde aos Gerentes das Unidades de Saúde.	Demanda
	12- Realizar Cursos de: Integração / Avaliação de Desempenho.	6213 Participantes
	13- Curso de Auditoria Médica das Ações de Alta e Média Complexidade	40 Participantes
	14- Capacitação em Sistema Regional de Urgência e Emergência na Região do Médio e Baixo Amazonas e na Região do Alto Solimões	684 Participantes
	15- Capacitação de Profissionais na Prevenção de Violência Infante - Juvenil	70 Participantes
	16- Curso de Reanimação Neo - Natal	40 Participantes
	17- Capacitação e Processamento e Controle de Qualidade de Leite Humano Ordenhado	40 Participantes
	18- Capacitação de Profissionais em Assistência Obstétrica e Neo Natal Humanizada	30 Participantes
19- Curso de Atualização em Planejamento Familiar, Pré Natal e Climatério	60 Participantes	

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO DE GESTÃO	
OBJETIVO	Executar Políticas que visem a administração e o desenvolvimento dos Recursos Humanos	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Alinhamento dos processos de provimento, recompensa, manutenção e monitoriação interligando esses processos através de um sistema computadorizado de informações	20- Curso de Atualização de Profissionais em Hipertensão e Diabetes na Atenção Básica	90 Participantes
	21- Curso de Extensão / Formação de profissionais de odontologia para detecção precoce e tratamento do Câncer e atenção aos portadores de anemia falciforme	45 Participantes
	22- Curso de Capacitação em Saúde Mental	80 Participantes
	23- Curso Introdutório em Saúde da Família, descentralizado para municípios do Estado do Amazonas	150 Participantes
	24 - Realização de curso de capacitação para profissionais da atenção a media complexidade que atuam no CEMURF e PAID	
	25- Capaciação de profissionais para implantação dos comitês regionais de Prevenção do Óbito Materno e Neonatal	15 Participantes

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO EM DEFESA DO SUS	
OBJETIVO	Repolitização da Saúde, como um movimento que retoma a reforma sanitária brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito	01 - Capacitar Conselheiros para o controle social com ênfase na Reforma Sanitária.	62 Municípios
	02 - Analisar Relatório de gestão dos municípios	62 Relatórios
	03 - Reproduzir e distribuir para Conselheiro/Sociedade civil	200 Cópias
Aprovação do orçamento tripartite do SUS de acordo com as necessidades locais.	01 - Garantir os recursos financeiros para o cumprimento da meta de capacitação de Conselheiros.	62 Municípios
	02 - Garantir os recursos financeiros para implantar CNDSS	10 CNDSS
	03 - Realizar seminários de Gestores nos municípios.	10 Seminários
	04 - Garantir recurso para realizar sessão de estudos;	30 Sessões
	05 - Criar sala de situação	10 Salas
	06 - Implantar a Comissão de Comunicação/Informática/Saúde.	10 Comissões
Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.	01 - Criar sala de situação em saúde nos municípios.	10 Salas
	02 - Realizar sessão de estudos para Conselheiros e representante da sociedade civil nos municípios.	30 Sessão de estudos
	03 - Capacitar técnicos para implantar a informatização em saúde.	30 Técnicos
Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos usuários do SUS	01 - Estimular a produção de conhecimento sobre direitos do usuário. Distribuir a Carta usuário.	1.500 Cartas dos usuários
	02 - Reproduzir a carta do usuário	5000 cartas reproduzidas
	03 - Elaborar a carta do usuário com dados do Estado do Amazonas.	10000 cartas do estado reproduzidas
Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania	01 - Sensibilizar os municípios pólos sobre a Comissão Nacional sobre determinantes de Saúde - CNDSS.	10 Municípios pólos
	02 - Realizar seminário de mobilização dos profissionais e Gestores de saúde em prol de política pública nos municípios.	10 Seminários nos municípios.
	03 - Implantar a Comissão de Comunicação e Informação, Informática em Saúde/ CCIS, nos municípios.	10 Comissões

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Promover a saúde da pessoa idosa	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Implementar instrumentos de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde	01- Elaborar e implantar a cartilha do Idoso no Estado	62 municípios
	02- Promover fóruns para a discussão sobre prevenção de Acidentes e Violência contra idosos nos municípios pólos	15 MUNICÍPIOS
	03- Elaborar, validar e difundir material educativo	62 municípios
	04- Levantar o quantitativo de idosos existentes no estado que são cadastrados e acompanhados na atenção básica.	62 municípios
	05- Implantar a Caderneta do Idoso nas Unidades de Saúde do Estado	62 Municípios
	06- Implantar o Serviço de Notificação de Violências contra o idoso nos Municípios do Estado	62 Municípios
	07- Promover Seminários para divulgação da Política Nacional do Idoso para profissionais de Saúde	2 Seminários
Indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.	01- Estimular a realização da Comemoração do Dia Nacional do Idoso no Estado	62 Municípios
	02- Estimular a promoção de palestras educativas ao idoso e seus familiares em todos os Municípios do Estado	62 Municípios
	03- Buscar parcerias com a mídia televisiva, vislumbrando flashes de chamada ao envelhecer com qualidade	3 parcerias
	04- Monitorar e assessorar o Programa de Saúde do Idoso no Estado	62 Municípios
	05- Implantar a Política Nacional do Idoso no Estado	62 Municípios
	06- Apoiar instituições de ensino e pesquisa quanto ao desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre envelhecimento	03 Instituições
Implementar programas de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado a profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populaci	01- Articular junto ao DGRH curso para cuidadores de nível médio no estado Amazonas	62 Municípios
	02- Articular junto ao DGRH curso de articulação para ACS para o cuidado domiciliar com a pessoa idosa no estado	62 Municípios
	03- Articular junto ao DGRH curso de capacitação para profissionais de nível superior em saúde do idoso no estado	62 Municípios
	04- Articular junto ao DGRH curso para ACS visando o auto-cuidado da pessoa idosa no estado	62 Municípios
Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.	01- Articular junto ao DGRH capacitação para todas as unidades de saúde no que se refere ao acolhimento e humanização da pessoa idade	3 Capacitações
	02- Buscar parcerias junto a IES para oferecimento de cursos de especialização em gerontologia e geriatria	3 Cursos
	03- realizar seminário de geriatria e gerontologia no estado	1 Seminário

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Promover a saúde da pessoa idosa	
Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à assistência farmacêutica	01- Garantir insumos e medicamentos dentro de um contexto de ações assistenciais padronizados no estado e de acordo com a finalidade embasada na política nacional de medicamentos e na política nacional de assistência farmacêutica e na RESME, que permite o	62 Municípios
	02- Instituir protocolos com as diretrizes do Programa de Assistência Farmacêutica a Pessoa Idosa no Estado	62 Municípios
	03- Aprovação das diretrizes de assistência farmacêutica na CIB	1 Aprovação na CIB
	04- Articular junto ao DGRH contratação de farmacêutico nos Centro de Referência do Idoso - CAIMI	3 Contratações
	05- Cadastrar os centro de referência - CAIMI no PROEME - Programa de Medicamentos excepcionais no estado	3 Cadastros
Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.	01- Articular curso de Humanização do Atendimento com cuidado direcionado ao paciente idoso	60 Municípios
	02- Implantar Protocolo de Atenção Domiciliar	5 Protocolos
	03- Realização de seminário sobre atenção domiciliar no estado	1 Seminário
Instituir a atenção domiciliar como modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde	01- Articular junto ao DGRH capacitação do cuidador nas doenças e agravos da pessoa idosa	60 Municípios
	02- ampliar equipes de assistência domiciliar no estado	5 Equipes
	03- Articular junto ao DGRH capacitação de cuidadores nos processos de reabilitação de pacientes idosos	60 Municípios
	04- Articular com a Secretaria de Saúde de Manaus e com o Programa Saúde da Família para fortalecimento da rede de atenção básica e saúde mental	2 Articulações
OBJETIVO	Redução da Mortalidade Infantil e Materna	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Reduzir a mortalidade infantil	01- Realizar monitoramento do Pacto da Atenção Básica emitindo relatórios trimestrais para retroalimentar os municípios	04 Relatórios
	02- Articular a realização de FORUM para debate do tema em parceria com diversos segmentos da sociedade civil organizada	01 forum
Reduzir os óbitos por doenças diarreicas e por pneumonia	01- Assessorar os municípios para implementar as ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com foco no uso adequado da caderneta da criança	62 municípios
	02- Elaborar, divulgar e apoiar a implantação de uma proposta de incentivo e apoio ao aleitamento materno nos serviços de Atenção Básica dos municípios	62 Municípios

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Redução da Mortalidade Infantil e Materna	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.	01- Sensibilizar e apoiar os municípios para implantação de protocolos assistenciais	15 MUNICÍPIOS
	02- Assessorar os municípios na implantação da estratégia de Atenção Integral as Doenças Prevalentes da Infância - AIDPI	18 Municípios
Criar Comitês de Vigilância do Óbito em municípios com população acima de 80.000 habitantes.	01- Sensibilizar e assessorar os Secretários municipais de saúde para implantação dos Comitês	5 Municípios
	02- Intensificar a atuação do CEPOMI –Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Materno e Infantil	12 Municípios
Reduzir a razão da mortalidade materna	01- Realizar monitoramento das ações pactuadas pelo Estado no Pacto da Atenção Básica	62 Municípios
	02- Apoiar as equipes de hospitais e maternidades para fortalecer as comissões de investigação do óbito materno e infantil	12 comissões
	03- Realizar Seminários regionais de Atenção Obstétrica e Neonatal Baseada em evidências científicas e monitoramento das ações pactuadas pelo Estado no Pacto da Atenção Básica	06 Seminários
Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto	01- Realizar levantamento da necessidade na rede para aquisição dos insumos	1 Levantamento
	02- Apresentar proposta de aquisição de insumos para pactuação na CIB	1 Proposta
	03- Monitorar o abastecimento de insumos e medicamentos nas unidades de saúde	62 Municípios
Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.	01- Informatização das agências transfusionais da Capital em parceria com a SUSAM	12 EQUIPAMENTOS
	02- Informatização das agências transfusionais do Interior em parceria com a SUSAM	15 EQUIPAMENTOS
	03- Modernização dos equipamentos do Banco de Sangue	89 Equipamentos
	04- Descentralizar ações para acompanhamento da gestantes RH negativo	1.200 VACINAS

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Atingir o patamar de eliminação da hanseníase como problema de saúde nos municípios prioritários	01- Diminuir o nº de casos com incapacidades grau I e II entre os casos novos detectados e avaliados no ano	0,028
	02- Diminuir o nº de curados com aumento do grau de incapacidade em relação ao grau apresentado no início do tratamento no ano.	0,068
	03- Aumentar o nº de contatos examinados entre os casos novos detectados	0,516
	04- Aumentar o nº de cura entre os casos novos pb (2004) diagnosticados no ano coorte.	0,794
	05- Aumentar o nº de cura entre os casos novos mb (2004) diagnosticados no ano coorte.	0,801
	06- Aumentar o nº de contatos examinados entre os casos novos detectados.	0,516
	07- Diminuir o nº de abandono de tratamento entre os casos novos de pb diagnosticados no ano da coorte	0,116
	08- Diminuir o nº de abandono de tratamento entre os casos novos de mb diagnosticados no ano da coorte	0,084
	09- Descentralização das ações de controle da Tuberculose, nas unidades de Saúde nos municípios do Amazonas	10 municípios
	10- Implantação e Implementação do Tratamento Diretamente Observado -DOTS	10 municípios
	11- Implantação do Livro de Registro do sintomático Respiratório	10 municípios
OBJETIVO	Promoção a saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Elaborar e implementar Política de Promoção da saúde de forma tripartite	01 - Capacitar municípios na implantação no Protocolo de Atendimento de Paciente Desnutrido Grave	15 MUNICÍPIOS
	02 - Participar de eventos municipais, estaduais, nacionais e internacionais para fortalecer as ações de Promoção no Estado	10 Eventos
	03 – Articular com o DGRH, curso de identificação de fatores de risco para saúde do escolar	05 cursos
	04 – Apoiar a implantação/implementação da Política Nacional de Combate ao Tabagismo	62 municípios
	05 - Acompanhar o Programa Bolsa Família e suas condicionalidades na saúde.	15 MUNICÍPIOS

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Promoção a saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Articular e promover os diversos programas de promoção de atividades físicas já existentes e apoiar a criação de outros.	01- Capacitar por meio de curso, profissionais envolvidos nos programas de alimentação escolar na identificação de fatores desfavoráveis ao crescimento e desenvolvimento do escolar.	5 Cursos
	02- Apoiar a implantação de cozinhas e hortas escolares.	5 Municípios
	03- Apoiar a implantação/implementação de Programas de Atividades Físicas na Escola.	15 municípios
	04 – Articular com o DGRH, curso para elaboração de brinquedos escolares com material reciclável	05 municípios
	05 – Resgatar a estratégia “Agita Amazonas”	15 municípios
	06 – Incentivar a realização de jogos escolares no âmbito municipal	15 municípios
	07 – Resgatar e estimular a implantação/implementação de brincadeiras infantis	15 municípios
	08- Implantar e monitorar o Programa de Suplementação de ferro nos municípios.	62 Municípios

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Promoção a saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável	01 – Realizar a Conferência Estadual de Vigilância Alimentar e Nutricional	01 Conferência
	02- Elaborar material informativo para promoção da alimentação saudável	5000 Folderes
	03 - Acompanhamento e monitoramento das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nos municípios: Vigilância Alimentar e Nutricional, Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Promoção da Alimentação Saudável e Pesquisa em Nutrição.	20 Municípios
	04 - Implantar o Programa Pró-Iodo nos municípios.	15 MUNICÍPIOS
	05 - Acompanhar a implantação do Portal Rede Alimentação nos municípios	15 MUNICÍPIOS
	06 – Realizar Oficina de Avaliação e Planejamento das ações de alimentação e nutrição	01 evento
	07- Capacitar por meio de cursos profissionais de saúde e educação na elaboração de refeições regionais e de baixo custo.	10 municípios
OBJETIVO	Fortalecimento da Atenção Básica	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Assumir a estratégia saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais	01- Incentivar a implantação / implementação das equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal	62 municípios
	02- Realizar Oficina descentralizada de Sensibilização com Gestores, Técnicos e Controle Social	10 municípios
	03- Divulgar Boletim Informativo sobre Indicadores da Atenção Básica semestral	02 Boletins
	04-Realizar Levantamento Epidemiológico Estadual na metodologia SB 2003	1 Levantamento
	05-Reprodução do protocolo de Referência e contra referência em Saúde Bucal	1000 unid
	06-Incentivar a implantação de CEOs com a doação de equipos odontológicos	04 municipios
	07- Definir critérios de doação de equipos odontológicos como incentivo a ampliação das Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal	15 equipos
	08- Elaborar / reproduzir Material Educativo de promoção e prevenção de agravos em Saúde Bucal para apoio às Equipes de Saúde Bucal	1 Material reproduzido
	09 - Reproduzir Material Educativo de promoção e prevenção aos agravos em saúde bucal para distribuição à população assistida pelas equipes de Saúde Bucal	500000 unidades
	10- Implementar o Programa de Hipertensão e Diabetes nos Municípios do Estado através do Monitoramento e Avaliação	30 Municípios

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Fortalecimento da Atenção Básica	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Assumir a estratégia saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais	12- Reorganizar o Comitê Técnico Estadual em Hipertensão e Diabetes	1 Comitê
	13- Incentivar os municípios com a população em até 30.000 hab. A Cadastrar 80% dos portadores de Hipertensão e Diabetes no Estado	5 Cursos
	14- Fortalecer o uso do SIAB como instrumento gerencial	62 municípios
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina familiar	01- Promover Curso Introdutório Descentralizado em Saúde da Família	06 Cursos
	02- 01- Curso de Atualização do SIAB e outros Sistemas de Base Nacional	01 Curso
	03- Promover Curso de Avaliação em Saúde para Grupo Ampliado e Núcleo Coordenador de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica	01 Curso
	04- Articular com o setor de RH a qualificação de pessoal no novo modelo de atenção em saúde mental	01 Curso
	05- Articular com o setor de RH a qualificação de pessoal através do curso de especialização em saúde mental para implementar/ implantar as ações prioritárias de saúde mental no Amazonas.	01 Curso
	06- Articular com o setor de RH a qualificação de pessoal através de oficinas implementar/implantar as ações prioritárias de saúde mental Amazonas.	16 Oficinas
	07- Articular com o setor de RH a qualificação de pessoal no novo modelo de atenção em saúde mental para implementar/ implantar as ações prioritárias de saúde mental nos 16 municípios pólos do Amazonas.	16 municípios
	08- Articular com o setor de RH a qualificação de pessoal de nível médio para implementar/ implantar as ações prioritárias de saúde mental em Manaus	01 Curso
	09- Articular com o DGRH, capacitação das equipes de saúde da família no Estado para o enfrentamento à violência doméstica e sexual	01 Curso
	10- Capacitar equipes de Saúde Bucal para atendimento em urgência e emergência	02 Curso
	11- Curso de Atualização em Diabetes e Hipertensão para profissionais da Atenção Básica	01 Curso

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Fortalecimento da Atenção Básica	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina familiar	12- Articular com setor de RH a qualificação de pessoal para implementar as ações prioritárias em saúde da criança	10 Cursos
	13- Articular com DGRH capacitação para os profissionais das Unidades básicas, sobre a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com deficiência	01 Curso
OBJETIVO	Fortalecimento da Atenção Básica	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios	01 – Sensibilizar gestores para definição da estratégia Saúde da família como estratégia prioritária de organização da Atenção Básica	03 municípios
	02- Incentivar os municípios para adesão ao Projeto de Avaliação para melhoria da Qualidade da estratégia Saúde da Família	05 municípios
Ampliar e qualificar a estratégia saúde da família nos grandes centros urbanos	01 Cooperar tecnicamente para implementação do Projeto de Avaliação para Melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família - AMQ	01 município
	02- Acompanhar a Elaboração/Implantação dos Protocolos Clínicos	01 município
	03- Acompanhar o processo de adequação da rede Básica e ampliação da oferta de serviços básicos	01 município
	04- Implantação de ficha clínica padronizada nas Unidades Básicas e Centros de Especialidades Odontológicas do Estado	01 município
	05- Acompanhar a elaboração/implantação de protocolos clínicos	01 município
Implementar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica, com vistas à qualificação da gestão descentralizada	01- Incentivar os municípios para implementar o Projeto de Avaliação para melhoria da Qualidade da estratégia Saúde da Família - AMQ	15 municípios
	02 – Implementar o Plano Estadual para Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica	01 plano
	03- Cooperar tecnicamente para Alimentação do SIAB e Sistema de Gerenciamento do PROESF- SGP	01 município
	04- Implementar a Proposta Metodológica de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Estado junto a Instituição de Ensino e Pesquisa – IEP – Centro Colaborador	01 proposta
	05- Realizar Oficina de Avaliação e Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica - AB	01 oficina

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Fortalecimento da Atenção Básica	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da atenção básica que considere os princípios da estratégia de saúde da família, respeitando as especificidades loco-regionais.	01- Realizar parcerias com as instituições /ONG indígena na condução de processos de trabalho	60 municípios
	02- Articular com as forças armadas em Pelotões de Fronteira, para a expansão da estratégia de Saúde da Família	04 municípios
Garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão	01- Assegurar, no orçamento 2007, recursos para co-financiamento da atenção básica para os municípios	01 ação no PPA 2007 assegurada
	02- Criar incentivo financeiro definindo critérios para qualificação de municípios para recebimento dos recursos	Disponibilizar recursos a 100% dos municípios elegíveis
Apoiar a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para estes serviços	01- Garantir acesso da população em geral a assistência à saúde de média complexidade (cirurgias eletivas)	28 municípios
	02- Aumentar a resolutividade da assistência hospitalar e ambulatorial através da regulação e avaliação do fluxo de remoção dos usuários, de acordo com a necessidade da assistência de média e alta complexidade	61 municípios
	03- Garantir o acesso da população a assistência à saúde através do deslocamento de equipes de saúde em unidades fluviais com atendimento básico e média complexidade	1000 rabetas
	04- Manutenção e implementação físico funcional das 67 Unidades de Saúde/ Hospitalares dos 61 Municípios do Interior do Amazonas	66 hospitais + 1 lab fronteira
	05- Conclusão e ampliação/adequação e aparelhamento das Unidades de Saúde/Hospitalares dos Municípios do Interior do Amazonas	13 Hospitais
	06- Modernização e Humanização das Unidades de Saúde/Hospitalares e Capacitação de Recursos Humanos para execução de procedimentos e manipulação de equipamentos	25 Capacitações
	07- Contribuir técnica e financeiramente para a implementação da rede básica para municípios com menos de 15.000 hab	20 municípios

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Controlar o Câncer de colo do útero e da mama	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Ampliar a cobertura para exame preventivo do câncer do colo do útero, de acordo com protocolo específico.	01 - Garantir o acesso das mulheres, na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, ao exame preventivo de câncer de colo uterino (fonte: ms/inca).	62 Municípios
	02 - garantir kits ginecológico descartáveis para todas as unidades básicas de saúde - ubss que realizam a coleta do exame preventivo do câncer de colo uterino.	62 Municípios
	03 - Capacitar profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), para a coleta do exame preventivo do câncer de colo uterino.	260 profissionais
Incentivar a realização da cirurgia de alta frequência, técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo do uterino comprometido, com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenc	01 - capacitar médicos ginecologistas para cirurgias de alta frequência do colo uterino - cafs.	130 médicos
	02 - equipar unidades básicas de saúde - ubss com colposcópios e aparelhos de cirurgias de alta frequência do colo uterino - cafs.	130 colposcópios e 130 aparelhos de caf
	03 - descentralizar os exames de colposcopia e as cirurgias de alta frequência do colo uterino - cafs, para as unidades básicas de saúde - ubss.	100% das mulheres
Ampliar a cobertura de mamografia, de acordo com protocolo	01 - Garantir uma mamografia anual para mulheres acima dos 50 anos (fonte: inca/ms).	158.752 exames
	02 - Monitorar a produção de mamografias por mastógrafo credenciado ao sus/am, cerca de 10.800 exames ao ano (fonte: inca/ms).	172.800 exames
	03 - Descentralizar o atendimento de mastologia no amazonas, permitindo a solicitação de mamografias feita por ginecologistas de unidades básicas de saúde - ubss.	20 municípios
Realizar punção dos casos necessários (câncer de mama), conforme protocolo.	01 - Garantir a realização da punção aspirativa de mama (citologia mamária e/ou biópsia de mama) em todas as mulheres com indicação para esse exame.	100% dos casos necessários
	02 - Capacitar médicos para punção aspirativa de mama (citologia mamária e/ou biópsia de mama).	130 médicos (clínicos, cirurgiões, ginecologistas)
	03 - descentralizar a punção aspirativa de mama (citologia mamária e/ou biópsia de mama) para unidades básicas de saúde - ubss.	20 Municípios

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Assegurar a utilização bem como a divulgação de informações e análises dos indicadores de saúde.	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.	01 - Treinar funcionários dos municípios no Sistema SINAN NET	Implantar o SINAN NET nos 62 municípios
	02 - Implementar os Sistemas de Informações de Saúde	Capacitar técnicos da capital e do interior nos cursos de Tabwin e EPIINFO (62 municípios)
	03 - Coordenar os sistemas de Informações: SIM, SINASC, SINANW, SINAN NET, SIVEP e FAD em 100% dos municípios.	Coordenar continuamente os sistemas em 62 municípios.
	04 - Promover a qualidade dos dados dos sistemas de informações processadas pelos municípios e enviadas por meio eletrônico (SIM e SINASC)	Analisar continuamente os dados/informações enviados pelos 62 municípios.
	05 - Manter atualizado os banco de dados nacional com informações de morbidade, de acordo com o cronograma anual do MS.	Enviar quinzenalmente dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, ao Nível Nacional dos 62 municípios.
	06 - Manter os municípios em condições de digitar dados nos sistemas, mesmo com a alta rotatividade de funcionários	Capacitar operadores para os sistemas SIM, SINASC, SINAN, SIVEP e FAD (62 municípios)
	07 - Realizar pesquisas epidemiológicas e divulgar os informes epidemiológicos da situação de saúde do Estado.	Elaborar 02 boletins epidemiológicos/ ano.
OBJETIVO	Controlar o Câncer de colo do útero e da mama	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Implantar e Monitorar por meio de ações de vigilância epidemiológica, os programas das doenças de notificação compulsória e agravos inusitados	01 - Implantar, implementar, coordenar, supervisionar e executar quando necessário as ações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória e agravos inusitados.	Elaborar Plano de Contingência para atenção aos pacientes com Dengue
		Investigar e adotar medidas de controle de 100% dos agravos de notificação imediata (Portaria 05/2006 MS/SVS).
		Manutenção de 100% das Unidades Sentinela Implantadas de Influenza.
		Consolidar a vigilância epidemiológica e controle de agravos no Município de Manaus, municípios satélites de abrangência epidemiológica comum e municípios pólos

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Reduzir a incidência de casos por doenças imunopreviníveis	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Melhorar a cobertura vacinal na rotina das imunizações, nas campanhas e nos bloqueios de surtos imunopreviníveis.	01 - Intensificar ações para o alcance de coberturas adequadas para as vacinas do calendário básico de imunização para crianças,adolescentes,adultos e idosos.	Efetivar cobertura vacinal de 95%, em 70% dos municípios com vacinas preconizadas pelo PNI para crianças.
		Efetivar cobertura vacinal em 100% com segunda dose de Dt em mulheres grávidas,nos municípios do Estado.
		Manter 100% de cobertura vacinal da população geral do Estado para Febre Amarela
		Promover 3 campanhas de vacinação no âmbito Estadual(2 SABIN,1 Influenza)
OBJETIVO	Reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis.	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Implantar a Vigilância Epidemiológica das Doenças não transmissíveis-DANTS.	01 - Investigar os óbitos de mulheres em idade fértil nos municípios do Amazonas.	Implantar Comitê de Mortalidade Materna Infantil em 12 Municípios.
		Investigar 50% dos óbitos de mulheres em idade fértil nos municípios com mais de 100.000 hab. (Manaus e Parintins).
		Investigar 20% dos óbitos de mulheres em idade fértil nos municípios com menos de 100.000 hab.(60 municípios).
OBJETIVO	Coordenar e monitorar o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária.	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Coordenar, executar, monitorar, supervisionar e pactuar as ações de Vigilância Sanitária nos municípios.	01 - Efetuar controle sanitário de medicamentos e demais produtos, e empresas produtoras de medicamentos	Inspeccionar Farmácias de Manipulação , Distribuidoras de Medicamentos e Industrias Produtoras de Fitoterápicos (229 cadastrados).
	02 - Efetuar o controle sanitário de Saneantes e Cosméticos fabricados em Manaus.	Inspeccionar 23 empresas Fabricantes de Saneantes e Cosméticos de Riscos I e II.
	03 - Realizar Controle Sanitário Tecnológico de Produtos para Saúde em Empresas e Distribuidoras.	Inspeccionar empresas de Podutos Médicos - RDC 185 - Grupo 3 e 4 , empresas Distribuidoras e importadoras do kit I- Diagnóstico in vitro (35 cadastrados)

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Coordenar e monitorar o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária.	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Coordenar, executar, monitorar, supervisionar e pactuar as ações de Vigilância Sanitária nos municípios.	04 - Realizar Controle Sanitário em Serviços de Saúde	Inspecionar unidades hospitalares que possuam exclusivamente ou não, Serviços de Obstetrícia, UTI, Urgência / Emergência , cirurgias de grande porte e internações hospitalares (128 cadastrados).
	05 - Realizar Controle Sanitário em Serviços de Hemoterapia e Banco de Celulas e Tecidos	Inspecionar Hemocentro Coordenador - HC , Núcleo de Hemoterapia, Unidades de Coleta e Transfusão e Agência Transfusional, em Manaus e no Interior (72 cadastrados).
	06 - Realizar Controle Sanitário Serviços de Apoio Diagnóstico Terapeutico	Inspecionar os Serviços de Terapia Renal Substitutiva; Quimioterapia; laboratório de Análises Clínicas; Medicina Nuclear e serviços de Diagnóstico e Imagem (170 cadastrados).
	07 - Realizar Controle Sanitário em Indústria	Inspecionar indústrias de processamento de alimentos isenta de registros; industrias de processamento de alimentos sujeitos a registro; cozinha Industrial (206 cadastrados)
	08 - Analisar Projeto Arquitetônico de Estabelecimentos Assistenciais de saúde e Indústria	Emitir parecer técnicos com certificado ou declaração de cadastramentos de projetos.
	09 - Implantar o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde no Estado	Análise e parecer Técnico dos PGRSS`s dos estabelecimentos de saúde públicos e privados , e Farmácias de Manipulação e Distribuidores e produtores de produtos Farmacêuticos.
	10 - Implementar e Supervisionar Ações de Vigilância Sanitária nos Municípios	Supervisionar 22 municípios que foram implantados a Vigilância Sanitária.
	11 - Inspeção Técnica e Aplicação de Roteiro com vista na Autorização de Funcionamento junto a ANVISA/MS.	Em Indústria e Distribuidora e Importadoras de alimentos, medicamentos, saneantes, cosméticos e produtos para saúde. (30 capital , 08 interior)
	12 - Monitoramento de Produtos Alimentícios e saneantes e domissanitário, dispensados de registros.	Produtos Monitorados a serem definido pela ANVISA (estimados em 150 amostras/ano).

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Reduzir para níveis mínimos a infestação predial por <i>aedes aegypti</i> nos municípios prioritários.	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar o levantamento de índices e tratamento focal e Vigilância entomoepidemiológica integrada aos municípios.	01 - Elaborar o Plano de Contingência da Dengue nos municípios prioritários	Elaborar Plano de Contingência para Manaus e municípios prioritários com risco de transmissão ativa de dengue.
	02 - Realizar pesquisa larvária e eliminação dos criadouros para <i>Aedes aegypti</i>	Realizar 6 inspeções anuais em imóveis nos municípios infestados.
	03 - Realizar tratamento focal nos imóveis com focos de <i>Aedes aegypti</i>	Realizar tratamento focal em 50% de imóveis inspecionados.
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar o levantamento de índices e tratamento focal e Vigilância entomoepidemiológica integrada aos municípios	04 - Implantar a Vigilância Entomológica em municípios não infestados pelo <i>Aedes aegypti</i>	Implantar Vigilância Entomológica em 5 municípios.
	05 - Realizar inspeções em armadilhas para <i>Aedes aegypti</i> em municípios não infestados	Realizar 4 inspeções mensais nas armadilhas instaladas.
	06 - Realizar Pesquisa Larvária e eliminação dos criadouros em Pontos Estratégicos para <i>Aedes aegypti</i>	Inspeccionar quinzenalmente 100% dos Pontos Estratégicos nos municípios .
	07 - Realizar curso de Controle da Dengue para Supervisores de campo	Capacitar 80 supervisores dos municípios.
	08 - Realizar o curso de Conduta Clínica ao paciente com dengue	Capacitar 30 médicos da rede básica de saúde.
	09 - Realizar o curso Técnico de Vigilância Epidemiológica.	Capacitar 20 técnicos responsáveis pela Vigilância Epidemiológica da Dengue
	10 - Realizar o curso de Instrutores/Supervisores do PACS/PSF	Capacitar 30 Instrutores/ Supervisores do PACS/PSF para atuarem como multiplicadores.
	11 - Realizar os cursos Básico de Dengue para Agentes de Operação de Campo e Agentes Comunitários de Saúde-ACS.	Capacitar 850 Agentes de Saúde do Programa de Controle da Dengue e 800 ACS.
	12 - Realizar o curso Técnico em Saneamento Ambiental	Capacitar 50 Agentes de Saúde de Manaus, nas atividades de saneamento ambiental.
13 - Realizar o curso Técnico em Comunicação de Mobilização Social.	Capacitar 40 técnicos em Educação em Saúde para controle da dengue em Manaus..	

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Reduzir a Incidência Parasitária Anual - IPA, no Amazonas.	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e a Vigilância Entomoepidemiológica integrada aos municípios.	01 - Realizar Reunião Interestadual de Pactuação de Atividades de Controle da Malária em Áreas de Fronteira de Interesse Epidemiológico.	Pactuar com o Estado de Rondônia e Acre as Ações de Controle da Malária em Localidades de Fronteira de Interesse Epidemiológico.
	02 - Realizar pactuação em áreas de fronteira intermunicipal com interesse epidemiológico.	Pactuar ações de controle da malária em áreas de fronteira intermunicipal (5 municípios).
	03 - Realizar Supervisão e Apoio Técnico aos municípios prioritários.	Realizar supervisão e reuniões de avaliação trimestral do Programa de Malária em 37 municípios.
	04 - Elaborar Guia de Condutas Técnicas para Levantamento do Potencial Malarígeno.	Elaborar e reproduzir o Guia de Condutas Técnicas para Levantamento do Potencial Malarígeno.
	05 - Realizar Borrifação Intradomiciliar nas localidades dos municípios que respondem por 80% dos casos de malária registrados no Amazonas.	Intensificar ação em todas as localidades com transmissão ativa de malária(148.000 casas).
	06 - Realizar aplicação de inseticida por meio de termonebulização em localidades responsáveis por até 50% dos casos autóctones dos municípios que agrupam 80% dos casos de malária no Amazonas.	Garantir atividade de termonebulização em localidades com transmissão ativa comprovadamente peridomiciliar (1.950.000 hab.protegidos)
	07 - Realizar atividades de diagnóstico e tratamento da malária em todos os municípios do Amazonas.	Realizar 596.766 exames para o diagnósticos laboratorial de malária e 170.000 tratamentos de casos de malária nos municípios.Ampliar em 15% a rede de diagnóstico e tratamento da malária (implantar 90 laboratórios)
	08 - Realizar ações de Manejo Ambiental nos municípios com transmissão ativa de malária urbana.	Realizar a manutenção da limpeza e retificação de igarapés e canais de drenagem(30.000 metros).
	09 - Realizar Curso de Vigilância em Saúde, Epidemiologia e Controle de Doenças com ênfase em Malária.	Capacitar 60 Supervisores e Gerentes de Endemias nas ações de controle da malária e dengue

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Coordenar, executar e monitorar as ações de Vigilância Ambiental relacionadas à qualidade da água para consumo humano e as populações expostas as áreas com solo contaminado por agentes químicos.	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Avaliar e gerenciar fatores de riscos ambientais, que interfiram na saúde humana, atuando conjuntamente com órgãos e entidades afins, nos níveis federal, estadual e municipal.	01 - Realizar a Vigilância Ambiental em saúde relacionada a qualidade da água para consumo humano-VIGIAGUA	Implantar o Sistema de Controle de Qualidade da água para Consumo Humano – VIGIAGUA nos municípios certificados.
		Inspecionar 8 Sistemas de Abastecimento de Água de Consumo Humano
		Implantar 08 laboratórios de análise de água para consumo humano.
		Assessorar e supervisionar os 21 municípios, onde está implantada a Vigilância da qualidade da água.
	02 - Capacitar Recursos Humanos	Realizar coletas de amostras para vigilância da qualidade da água para consumo humano.
		Realizar 01 Curso Básico de Vigilância Ambiental em Saúde - CBVA .
Realizar 01 curso de capacitação pedagógica para técnicos de nível superior, egressos do CBVA, qualificando-os como multiplicadores.		
	Realizar curso de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA, em 4municípios.	
OBJETIVO	Garantir apoio laboratorial na área de saúde pública	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar análises complementares para o diagnóstico de agravos a saúde.	01 - Implantar, implementar, treinar, padronizar, coordenar, supervisionar e executar quando necessário os diagnósticos dos agravos de Saúde Pública da Capital e Interior.	Realizar diagnóstico laboratorial dos agravos de interesse da Saúde Pública das doenças de Notificação Compulsória na Capital e Interior
		Realizar exames complementares de Biologia Médica em apoio aos de Notificação Compulsória no LACEN
		Capacitar os CTA's em Teste rápido p/ HIV e Hepatites Virais no Estado.
		Implantar e capacitar profissionais no diagnóstico das doenças de Notificação Compulsória ligados à Vigilância Epidemiológica no Estado.
		Implantar diagnóstico de Biologia Molecular para Hepatite B no LACEN

Consolidado de Metas 2007		
EIXO PROGRAMÁTICO	PACTO PELA VIDA	
OBJETIVO	Garantir apoio laboratorial na área de saúde pública	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Realizar análises complementares para o diagnóstico de doenças e agravos a saúde.	01 - Implantar, implementar, treinar, padronizar, coordenar, supervisionar e executar quando necessário os diagnósticos dos agravos de Saúde Pública da Capital e Interior.	Implantar diagnóstico de Isolamento Viral para Dengue e Febre Amarela no LACEN
		Capacitar e treinar os recursos humanos em diagnóstico de Endemias no Estado.
		Padronizar a técnica da coleta e preparo de corantes utilizados no diagnóstico de malária dos municípios do Interior
		Implantar Baciloscopia na rede de laboratório do Estado.
		Implantar Cultura de BK em 20% dos municípios prioritários para Tuberculose no Interior
		Monitorar, capacitar e assessorar a rede de laboratório do Estado.
	02 - Realizar Controle de Qualidade no diagnóstico das Doenças de Notificação Compulsória do Interior e da Capital	Supervisionar os Laboratórios da Rede Pública, Privada e Conveniada do Estado.
		Revisar lâminas de Tuberculose e Endemias para o Controle da Qualidade no Estado.
		Confirmar as sorologias positivas das Doenças de Notificação Compulsória vindas da Capital e Interior
OBJETIVO	Implantar e/ou implementar a Gestão na descentralização das ações de vigilância em Saúde nos municípios.	
ESTRATÉGIA	AÇÕES	META FÍSICA
Implantar e/ou implementar o processo de certificação dos municípios em Vigilância em Saúde, integrando-o ao da assistência nos municípios	01 - Estimular e Apoiar tecnicamente os municípios para a certificação na condição da gestão de Vigilância em Saúde.	Certificar 10 municípios no interior do Estado.

6. Monitoramento e Avaliação

O monitoramento deste Plano dar-se-á através da realização de análises periódicas de cumprimento de metas em sistema *intranet* a ser criado pelo Departamento de Tecnologia e Informação em conjunto com o Deplan, contendo o eixo programático, objetivo, estratégia e meta, além da definição de setores e pessoas responsáveis pela execução e alimentação.

Além desse sistema que poderá ser acompanhado em tempo real pelo Senhor Secretário, conselheiros e áreas técnicas afins, a cada trimestre o Deplan realizará a análise da execução do PES 2006 – 2007, e o encaminhará ao Senhor Secretário para a tomada de decisão.

Ao final do primeiro semestre de 2007 será realizado 01 (um) Seminário de Avaliação do Plano Estadual de Saúde 2006 e 2007.

7. Bibliografia

BRASIL. CONASS. Seminário do CONASS: Para entender o Pacto pela Saúde – Legislação e Notas Técnicas do CONASS. Brasília – DF, 2006.

AMAZONAS. Agenda Estadual de Saúde 2005 – 2006. Secretaria de estado da Saúde do Amazonas. Manaus – AM, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde : um pacto pela saúde no Brasil. Ministério da Saúde, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – Brasília – DF, 2005.

BRASIL. Portaria 399 GM/MS de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto.

BRASIL. Portaria 699 GM/MS de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: Estimativa da população. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: Acesso em: Jul/2006.