



Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015

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

Secretaria de Estado de Saúde
Departamento de Planejamento

**AMAZONAS**
GOVERNO DO ESTADO



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Governador do Estado do Amazonas

Omar José Abdel Aziz

Secretário de Estado de Saúde

Wilson Duarte Alecrim

Secretário Executivo

José Duarte dos Santos Filho

Elaboração

Departamento de Planejamento e Gestão (DEPLAN/SUSAM)

Colaboração

Secretaria Executiva Adjunta de Atenção Especializada da Capital (SEAASC)

Secretaria Executiva Adjunta de Atenção Especializada do Interior (SEAASI)

Secretaria Executiva Adjunta do Fundo Estadual de Saúde (FES)

Departamento de Ações Básicas e Ações Estratégicas (DABE)

Departamento de Logística (DELOG)

Departamento de Tecnologia da Informação (DETIN)

Departamento de Gestão Financeira (DEGFIN)

Departamento de Controle e Avaliação Assistencial (DECAV)

Departamento de Gestão de Recursos Humanos (DGRH)

Central de Medicamentos (CEMA)

Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AM)

Conselho Estadual de Saúde (CES/AM)

Auditoria/Ouvidoria/SUSAM

Central Estadual de Transplante/SUSAM

Assessoria de Gabinete

Coordenação do Complexo de Regulação do Amazonas

Fundações de Saúde

Fundação Alfredo da Matta – FUAM

Fundação Centro de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON

Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – FHEMOAM

Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado – FMT/HVD

Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS/AM

Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ



Sumário

Apresentação	3
1. Análise Situacional	4
1.1 Condições de Saúde	4
1.1.1 Situação Demográfica	4
1.1.2 Situação Epidemiológica	9
a) Como e onde nascem os Amazonenses?	9
b) Morbidade – como adoecce a população no Amazonas?	11
c) Mortalidade – como e onde morre a população no Amazonas?	18
1.2 Determinantes e Condicionantes de Saúde	28
1.2.1 Situação Socioeconômica	28
1.3 Gestão em Saúde	32
1.3.1 Situação da Gestão da Saúde no Amazonas	32
1.3.2 Planejamento da Saúde	33
1.3.3 Financiamento	39
1.3.4 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	41
1.3.5 Articulação Interfederativa	45
1.3.6 Pesquisa em Saúde – PPSUS	49
1.4 Acesso a Ações e Serviços Públicos de Saúde	50
1.4.1 Redes de Atenção à Saúde - RAS	51
1.4.2 Atenção Primária em Saúde – APS	57
1.4.3 Vigilância em Saúde	61
1.4.3 Atenção Especializada (Média e Alta Complexidade)	62
1.4.4 Transplantes	65
1.4.5 Assistência Farmacêutica	66
1.4.6 Políticas Estratégicas	69
1.4.7 Políticas Transversais / Relações Interinstitucionais	78
1.4.8 Atenção à Saúde da População Indígena	82
1.4.9 Regulação e Controle do Sistema de Saúde	85
1.4.10 Telessaúde	86
2. Objetivo, Diretrizes e Metas.	87
3. Referências Bibliográficas.	104
Anexo – Painel de Indicadores	107



Apresentação

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

O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas, norteando a programação anual das ações e serviços de saúde. Instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde.

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

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

Esse plano foi elaborado conforme Portaria 3.332 de 28/12/06 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos de planejamento do SUS. Está estruturado em duas partes: a 1ª compreende a análise situacional que destaca o resumo das condições de saúde da população amazonense; determinantes e condicionantes de saúde; gestão em saúde e o acesso a ações e serviços públicos de saúde. A 2ª parte aponta os objetivos, diretrizes e metas a serem alcançadas no período de 4 anos e como anexo o Painel de Indicadores.

Wilson Duarte Alecrim
Secretário de Estado de Saúde





1. Análise Situacional

1.1 Condições de Saúde

1.1.1 Situação Demográfica

O Amazonas, estado brasileiro localizado no centro da região Norte, tem como limites: Venezuela e Roraima (N), Colômbia (NO), Pará (L), Mato Grosso (SE), Rondônia (S), Acre e Peru (SO). Ocupa uma área de 1.577.820,2km². Têm ao mesmo tempo as terras mais altas (pico da Neblina, 3.014m) e a maior extensão de terras baixas (menos de 100m) do Brasil. A economia se baseia no extrativismo, mineração, indústria e pesca. A capital do Estado é Manaus.

Gráfico 1: O Estado do Amazonas - Limites



Os indicadores demográficos descrevem a situação atual do Estado e permitem fazer comparações e verificar mudanças ou tendências durante um período de tempo. Destarte, conhecer a situação da população é importante para o gerenciamento de políticas públicas em curso e/ou implantação de outras necessárias para reduzir as desigualdades sociais, através do acesso dessa população a serviços públicos básicos.



Indicadores Demográficos

- Área (Km²): 1.557.820,2km²
- População: 3.483.985 habitantes (CENSO IBGE, 2010)
- Densidade (hab./km²): 2,23
- Taxa de Crescimento da População (% de incremento 2001/2010): 2,2
- Relevo: Depressão na maior parte; faixas de planície perto do Rio Amazonas e planaltos a Leste.
- Vegetação: Floresta Amazônica
- Rios principais: Solimões, Amazonas, Juruá, Purus, Negro Içá, Japurá
- Clima: equatorial

Devido a sua grande extensão territorial e a baixa população, a densidade demográfica do Amazonas é uma das menores do país superado apenas o Estado de Roraima que tem uma densidade demográfica de 2,01 habitantes/km².

A população do Amazonas está distribuída em 62 municípios, a maioria com população abaixo de 50 mil habitantes (87%). Para efeito de planejamento de política de saúde os municípios foram agrupados em Macrorregional (01)¹, Regionais (09)² e Microrregionais (18)³, levando em conta as possibilidades de acesso e as similaridades das peculiaridades dos municípios. A Região Metropolitana ampliada é composta de (03) Regiões: Entorno Centro/Rio Negro, Médio Amazonas e Rio Negro e Solimões, concentrando 67,2% da população total do estado, sendo que deste total a capital Manaus concentra 51,8% da população.

¹ Manaus

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

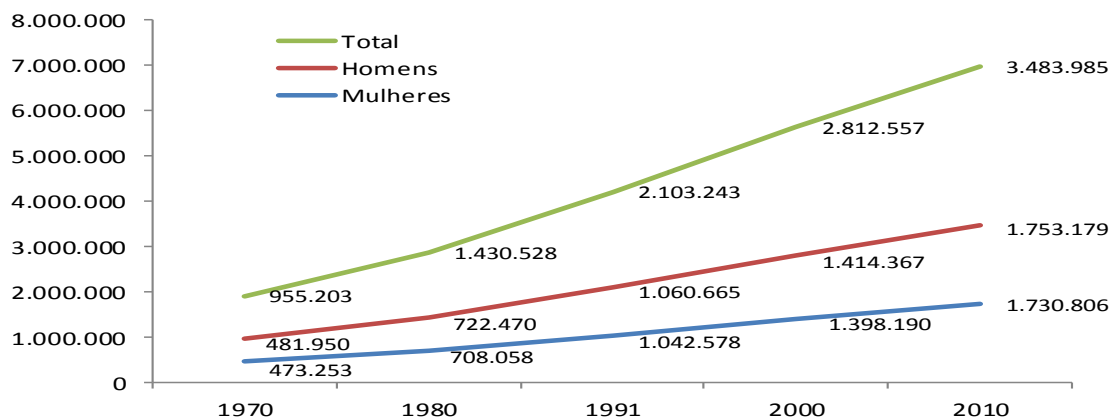
³ Tabatinga (4), Santo Antônio do Içá (3), Fonte Boa (2), Borba (2), Humaitá (3), Tefé (6), Manacapuru (6), Coari (2), Manaus (9), São Gabriel da Cachoeira (3), Boca do Acre (2), Lábrea (3), Itacoatiara (5), Maués (2), Parintins (3), Eirunepé (2), Carauari (2), Guajará (2).



Gráfico 2: Regiões de Saúde do Amazonas



Gráfico 3: Evolução da População do Amazonas - 1970 a 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1950/2010. Até 1991, dados extraídos de Estatísticas do Século XX, Rio de Janeiro: IBGE, 2007 no Anuário Estatístico do Brasil, 1994, vol 54, 1994.

No período analisado (1970 a 2010), a taxa média geométrica de crescimento anual foi de 3,29%. Na década 1970/1980 houve um crescimento acentuado de 4,12% ao ano e nas seguintes a população cresceu a taxas menores, chegando à década, 2000/2010, a valores anuais de 2,16%. Essa mudança no padrão do crescimento populacional do Amazonas decorre, principalmente, do



intenso processo de urbanização verificado a partir da década de 70, responsável pela redução das taxas de natalidade e, conseqüentemente, pelas quedas das taxas de crescimento demográfico.

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

Tabela 1 – População residente segundo o sexo e situação do domicílio - Regionais de Saúde – 2010

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

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2010

A análise por **sexo** mostra que 50,3% são homens e 49,7% são mulheres, das quais 54,5% estão em idade fértil e 12,6% da população geral têm 50 anos ou mais. Os demais grupos analisados foram os idosos, os jovens e as crianças.

As crianças (1 a 9 anos) representam 19,6% da população total. Grupo etário que demanda acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento, a fim de identificar, precocemente, transtornos que possam afetar sua saúde e, em especial, sua nutrição, sua capacidade mental e social.

Os jovens (10 a 19 anos) são 22%. Nessa população é prevalente o comportamento de risco à saúde. Entre os comportamentos de risco, é possível citar: hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo abusivo de álcool, consumo de drogas ilícitas, envolvimento em situações de violência e comportamentos sexuais de risco.



Os idosos somam 6% do total da população. O envelhecimento é uma tendência da população brasileira e impõe a necessidade de criar estratégias de avaliação e acompanhamento para os diferentes grupos da população idosa. Ressalte-se que a essa população apresenta alta utilização dos serviços de saúde e elevado índice de permanência e reinternação hospitalar.

Quando a análise leva em conta a **situação do domicílio**, verifica-se que a população é predominantemente urbana (79,1%). Destaca-se a regional Entorno Centro/Rio Negro com grau de urbanização superior a 91%. Quando o nível de detalhamento da análise é municipal, verifica-se que a população de Manaus está mais concentrada na zona urbana (99,5%), enquanto, em Careiro da Várzea, a maioria (95,8%) dos indivíduos está domiciliada na zona rural.

Tabela 2 - População residente segundo a cor ou raça - Regionais de Saúde – 2010

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

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2010

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



1.1.2 Situação Epidemiológica

a) Como e onde nascem os Amazonenses?

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

Tabela 3 - Nascidos Vivos por Tipo de Parto e Região de Saúde, Amazonas, 2011

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

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

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

Os riscos biológicos para a mãe caracterizam-se principalmente por pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, anemia, infecção urinária ou vaginal e parto prematuro. A prematuridade e o baixo peso ocorrem mais em filhos de adolescentes do que de mulheres adultas. O baixo peso ao nascer é apontado



como o fator de maior influência na determinação da morbimortalidade neonatal, podendo estar associado a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil.

A gravidez precoce é problema importante no Amazonas quando se observa que em 2011, 26,8 % de nascimentos no Estado foram de mães com menos de 20 anos. Em algumas regiões, os percentuais ultrapassam 30% como a região do Purus, Juruá, Madeira, Triângulo e Negro/Solimões (tabela 4).

Tabela 4 - Nascidos Vivos por Faixa Etária da Mãe e Região de Saúde, Amazonas, 2011.

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

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

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

Quanto à gravidez tardia, é cada vez maior o número de mulheres que estão adiando a gravidez por razões educacionais e profissionais, o que aumenta a probabilidade de complicações que podem afetar tanto elas quanto os bebês. Em 2011, foram registrados no Amazonas 6.007 (8%) partos em mulheres acima de 35 anos (tabela 4).

Há também um risco significativamente maior de mortalidade materna e fetal em mulheres de 50 anos se comparado com mulheres mais jovens. Além de maior probabilidade de desenvolver



problemas como placenta prévia, hemorragias durante o parto, pressão alta, diabetes gestacional, doenças da tireóide e cardíaca durante a gravidez.

Observa-se ainda na tabela 4, que a gravidez na faixa etária de 20 a 34 anos é predominante com 65,2%.

Quanto atenção ao pré-natal, verifica-se que no ano de 2011, 4.193 mulheres não tiveram acesso a consultas de pré-natal durante a gravidez (5,6%) e cerca de 17.190 tiveram entre 1 a 3 consultas (23%). Em função do não preenchimento do campo na Declaração de Nascidos Vivos, ignora-se o número de consultas em 1.834 partos.

b) Morbidade – como adoce a população no Amazonas?

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

☉ Morbidade Hospitalar

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

**Tabela 5: Morbidade Hospitalar no Amazonas, 2007 a 2011**

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

Fonte: SIM/NUSI/FVS

O perfil de internações no ano de 2011, assim como nos outros anos, das condições agudas e crônicas demonstra que o maior número de atendimentos que causaram internações ocorreu em gravidez, parto e puerpério com 36,0%, seguido por internações para tratamento de doenças do aparelho respiratório com 16,5% e doenças infecciosas e parasitárias com 16,0%.

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

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

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

☉ Morbidade por Doenças não Transmissíveis

Do ponto de vista social e econômico, o aumento da morbimortalidade por doenças não transmissíveis representa, além do comprometimento da saúde, a grande perda de anos potenciais de vida, com mortes precoces na faixa etária economicamente ativa e suas



implicações óbvias para a economia. Além disso, para o sistema de saúde é necessário considerar a aplicação de altos custos para minimizar os graus variados de incapacidade ocasionados por acidentes, agressões e outras causas externas. Com o envelhecimento da população, tem ocorrido um expressivo aumento das doenças cardiovasculares, neoplasias e outras doenças crônicas.

☉ Morbidade por Doenças Transmissíveis

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

Tabela 6: Números de Casos Confirmados de Doenças Transmissíveis, 2007 a 2011

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

Fonte: FVS/NUSI (sujeitos a revisão).

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



mantêm os níveis endêmicos dentro dos limites esperados, destacam-se a febre tifoide, leishmaniose tegumentar e leptospiroses.

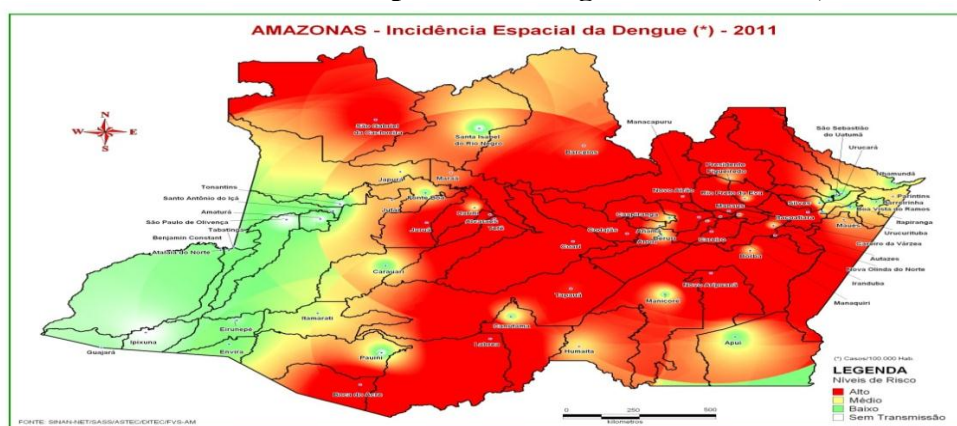
Dentre as doenças denominadas emergentes, principalmente aquelas com a ocorrência de casos autóctones, destacam-se a doença de Chagas, e a hantavirose (ainda caracterizadas, no Amazonas, como zoonoses). Não há registro de ocorrência de casos da raiva humana no Estado desde 2002, quando ocorreu um caso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

❖ Epidemia de Dengue em 2011

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

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

Gráfico 4: Incidência Espacial da Dengue no Amazonas, 2011



Fonte: FVS/AM

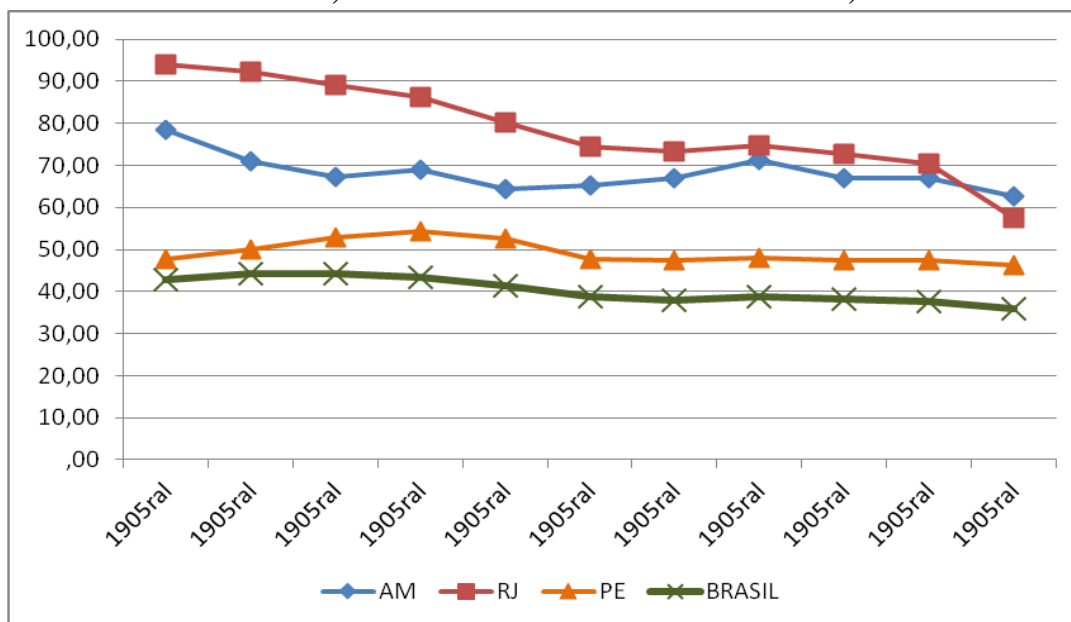


No entanto, além de situações epidêmicas, situações crônicas de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase e a Aids permanecem desafiando o sistema de saúde pública do Estado, e demandando maior esforço da atenção primária à saúde para o seu controle.

❖ Situação da Tuberculose no Amazonas

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

Gráfico 5: Série Histórica das Taxas de Incidência de Tuberculose por 100.000 habitantes no Rio de Janeiro, Amazonas e Pernambuco e do Brasil, 2001-2011



Fonte: SVS/MS, 2012.

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

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



A cultura para microbactérias é realizada em somente 8% dos municípios do Amazonas. Recomendada pelo Ministério da Saúde para todos os retratamentos (recidiva e reingresso após abandono), portadores de HIV, indígenas, contatos de tuberculose multirresistente, pessoas privadas de liberdade, pacientes internados em hospitais e profissionais de saúde. A testagem para HIV também apresenta aumento de realização nos últimos anos, porém menos da metade dos casos são testados. A taxa de co-infecção de TB/HIV foi de 10% em 2010.

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

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

❖ Situação da Hanseníase no Amazonas

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

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



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

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

As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que em 2010 foi precário, com 37,7%. O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção e o percentual de cura dos casos diagnosticados. O Amazonas apresentou resultado regular de 80,2% em 2010.

Gráfico 6: Coeficiente Geral de Detecção de Hanseníase por Municípios do Amazonas, 2010

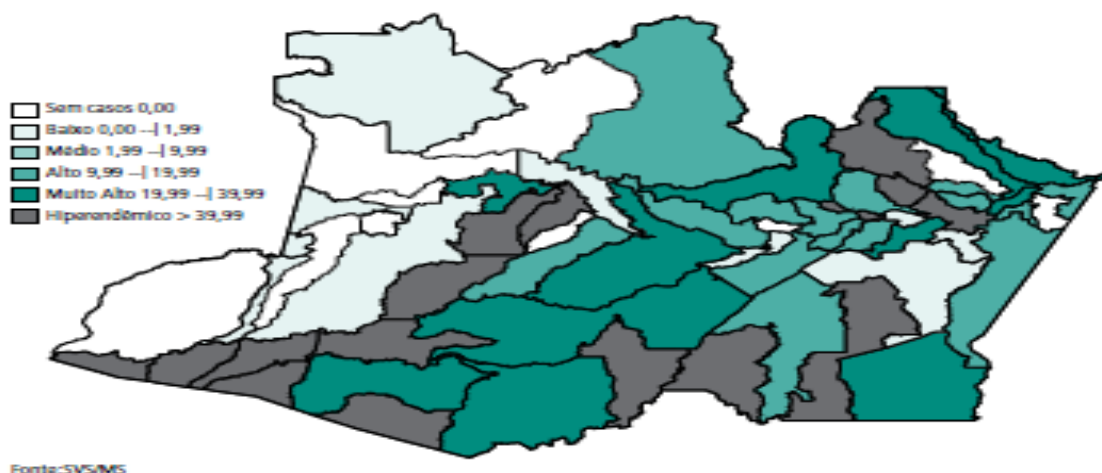
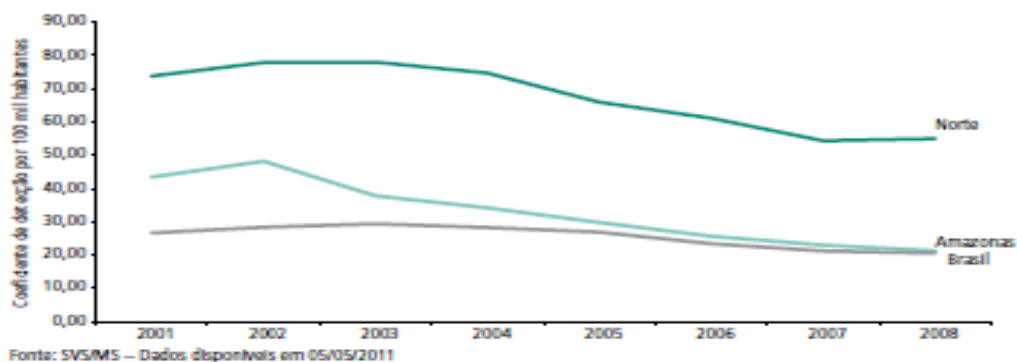


Gráfico 7: Série Histórica do Coeficiente Geral de Detecção de Hanseníase do Estado do Amazonas, Região Norte e Brasil, 2001 a 2010





c) **Mortalidade – como e onde morre a população no Amazonas?**

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

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

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

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

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

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

Em 2009, a distribuição de municípios segundo o percentual de óbitos por causas definidas foi:

- menor que 80%: 35 municípios (56,5%);
- de 80% a 89%: 12 municípios (19,3%);



- 90% e mais: 15 municípios (24,2%).

A qualidade da informação sobre a causa básica de morte na declaração de óbito no Amazonas melhorou na última década, porém não atinge nível adequado ($\geq 90\%$ de óbitos com causa definida). Esse nível foi observado em 15 dos 62 municípios do Estado, em 2009. Destaca-se que a capital também não apresentou percentual adequado em todo o período avaliado.

☉ Coeficiente de Mortalidade Geral

O Coeficiente de Mortalidade Geral do Estado do Amazonas apresentou oscilações pequenas no período analisado, sempre abaixo do estimado, porém com tendência crescente. Em 2011, com dados sujeitos a revisão, os registros de óbitos informados apontam um coeficiente de mortalidade geral de 4,3/1.000 habitantes para o Estado enquanto na capital, Manaus, apresenta cobertura de 105% e coeficiente de 5,01/1.000 habitantes. (Tabelas 7 e 8)

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

Tabela 7 – Coeficiente de Mortalidade Geral – Amazonas, 2007-2011

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

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

**Tabela 8 – Cobertura e Coeficiente da Mortalidade Geral, por Região de Saúde – Amazonas, 2011.**

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

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

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

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

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

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

Os municípios que ficaram com os menores índices na captação de óbitos foram: Jutai (20%) e Tonantins (13,2%) na Região do Alto Solimões; Boa Vista do Ramos (28,2%) na Região do



Baixo Amazonas; Pauíni (28,6%) na Região do Purus; Anamá (34,6%) e Caapiranga (22,4%) na Região do Rio Negro e Solimões; e Maraã (36,4%) na Região do Triângulo.

☉ Mortalidade Proporcional

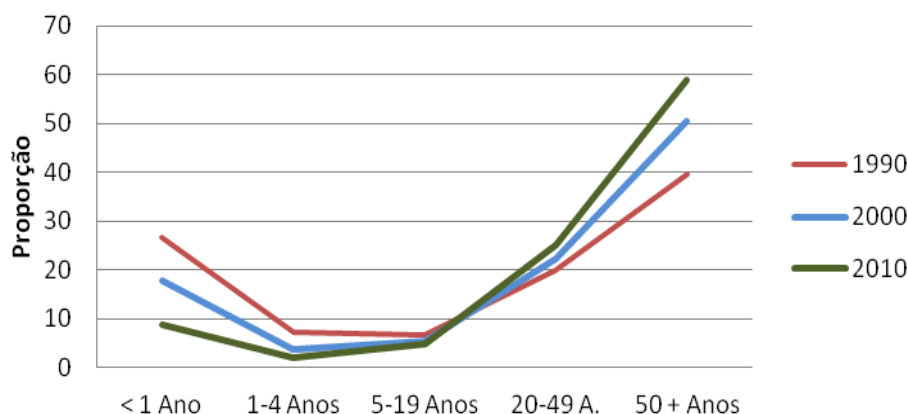
A curva de mortalidade proporcional – Indicador de Nelson de Moraes, que objetiva avaliar o grau de saúde de uma população, acompanhando a evolução da mortalidade em diferentes faixas etárias, mostra na análise sequencial dos anos de 1990, 2000 e 2010, que o Estado do Amazonas vem apresentando uma diminuição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

Tabela 9 – Número e Proporção de Óbitos por Faixa Etária – Amazonas, Período: 1990-2000-2010.

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

Fonte: SIM/MS

Gráfico 8: Curva de Nelson de Moraes





☉ **Proporção de Óbitos por Causas Mal Definidas**

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

☉ **Mortalidade Proporcional por Grupo de Causas**

No que se refere aos aspectos epidemiológicos, o quadro abaixo evidencia que as três primeiras causas de óbitos com causa básica definida nos últimos anos são desta categoria. As doenças do aparelho circulatório foram as principais causas de óbitos nos últimos 10 anos, respondendo por 20,8% dos óbitos do total registrado em 2011, junto com as causas externas e, em seguida, as neoplasias com 17,4%.

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

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



Tabela 10 – Número e Proporção de Óbitos por Grupo de Causas, Amazonas 2007-2011

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

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

Das causas definidas em ascensão, estão às doenças dos grupos das chamadas Causas Externas, as Neoplasias e as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas. Mostraram redução neste ano, às Doenças do Aparelho Circulatório, as Afecções Perinatais, Afecções Respiratórias e as Doenças Infecciosas e Parasitárias. As doenças do Aparelho digestivo mantiveram-se nos mesmos percentuais.

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



população, tem ocorrido um expressivo aumento das doenças crônicas, neoplasias e outras doenças.

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

Tabela 11- Mortalidade Proporcional por Causas Externas, Amazonas 2011

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

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

☉ Coeficiente de Mortalidade Infantil

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

O Coeficiente de Mortalidade Infantil do Amazonas é considerado baixo, segundo parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde que classifica como alto (25 ou mais óbitos em menores de um ano, por mil nascidos vivos); médio (25 - 16) e baixo (menos de 15). A evolução desse



indicador no Estado, no período analisado, demonstra um declínio substancial, passando de 17,0/1000 em 2007 para 14,9/1000 em 2011 (queda de 12,35%).

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

Tabela 12 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, Amazonas, 2006-2011

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

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

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

Tabela 13 - Coeficiente de Mortalidade Infantil e Componentes, Amazonas 2007-2011

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

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



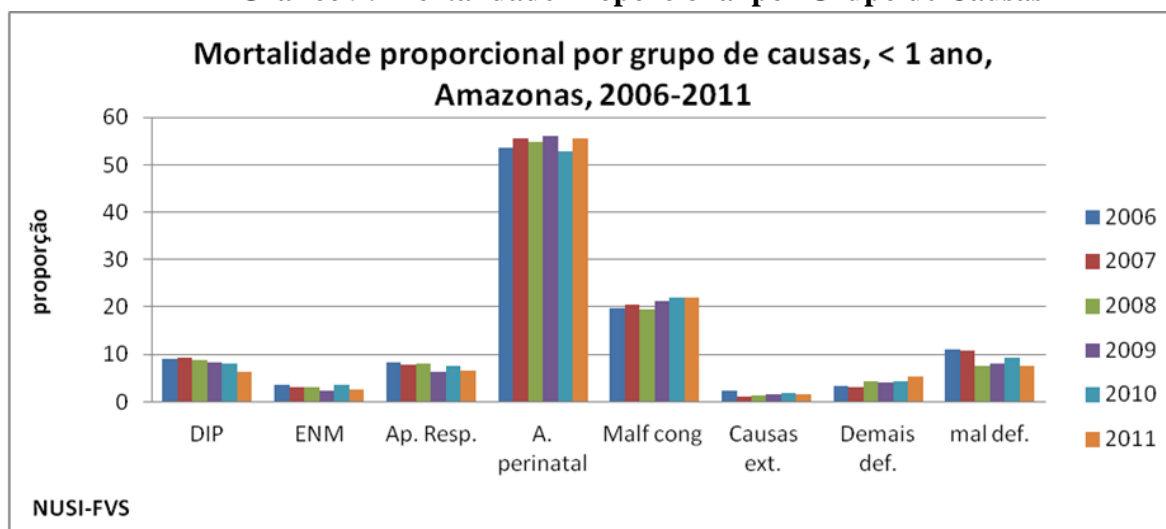
☉ Mortalidade Infantil por Grupo de Causas

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

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

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

Gráfico 9: Mortalidade Proporcional por Grupo de Causas



☉ Coeficiente de Mortalidade Materna

O coeficiente de mortalidade materna para o Estado do Amazonas, dentro da série histórica anual, apresenta oscilações, denotando irregularidades na notificação dessa ocorrência. Estes



dados sofrem influência direta da notificação de nascidos vivos que ficou abaixo do esperado e subnotificações, principalmente em função do não preenchimento, pelos médicos, no caso de óbitos de mulheres em idade fértil, do campo da Declaração de Óbito que informa se o óbito ocorreu na gravidez, parto ou puerpério. Para o ano de 2011, o Estado apresentou uma taxa de 67,1% óbitos por 100.000 nascidos vivos, em números absolutos, observa-se uma redução de 29,7% em relação a 2010.

Tabela 14- Razão de Mortalidade Materna, Amazonas, 2007-2011

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

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

☉ Mortalidade Materna por Grupo de Causas

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

Tabela 15 - Mortalidade proporcional por complicações da gravidez, parto e puerpério - Amazonas, 2007-2011.

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

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



☉ **Investigação de Óbito Materno - Infantil**

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

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

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

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

1.2 Determinantes e Condicionantes de Saúde

1.2.1 Situação Socioeconômica

É importante salientar que como indicador da qualidade de vida, a situação do domicílio merece destaque especial. A falta de saneamento básico (abastecimento, afastamento e destinação adequada dos esgotos sanitários, afastamento e destinação adequada dos resíduos sólidos,



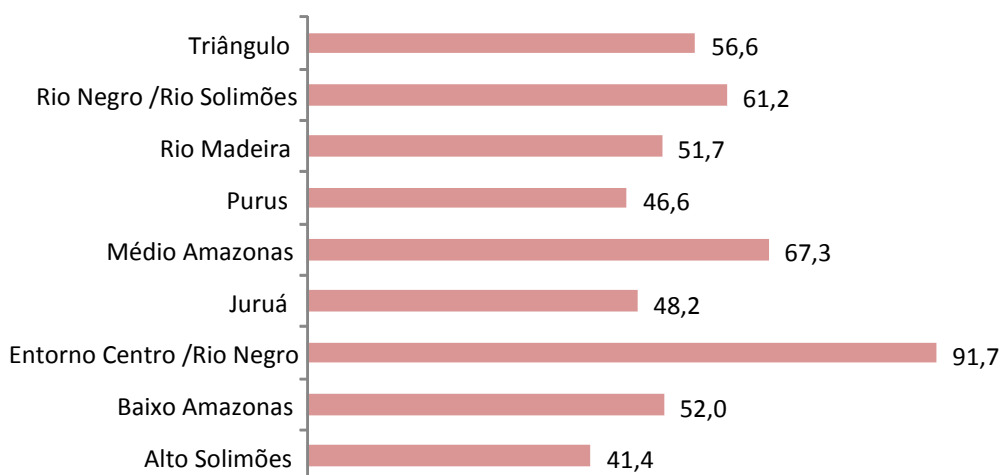
drenagem adequada para as águas pluviais) torna-se responsável por diversas doenças e óbitos delas decorrentes.

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

Indicadores Econômicos

- Participação no PIB (%): 1,28
- Produtos agrícolas: Mandioca, Laranja, Feijão, Juta
- Produtos minerais: Calcário, Cassiterita, Ouro
- Produtos da pecuária: Bovinos, Suínos
- Extrativismo vegetal: Castanha-do-Pará, borracha, Goma, Piaçava, Óleo de Copaíba
- Indústria: Eletroeletrônica, Mecânica, Transporte
- Arrecadação de ICMS (R\$ mil): 913.659

Gráfico 10- Existência de coleta de lixo, regionais de saúde do AM - 2010



Fonte: IBGE - Censo Demográfico

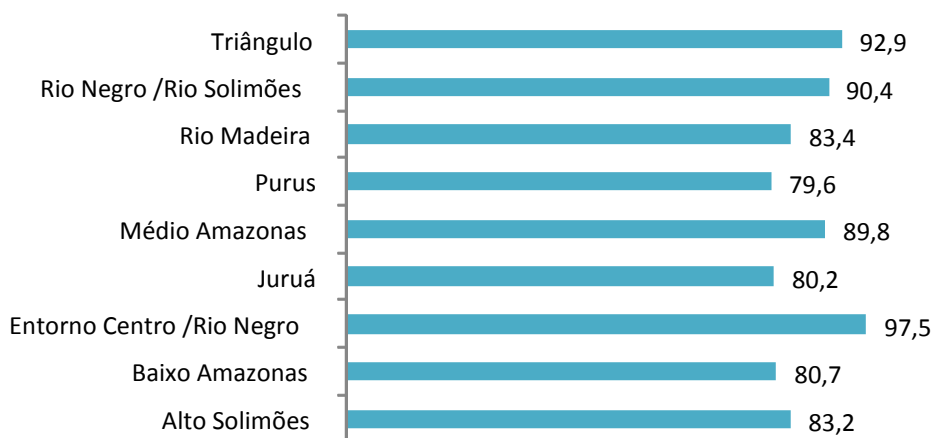


No Estado do Amazonas a coleta de lixo ocorre em 78,8% dos domicílios. O índice verificado é reflexo da cobertura, deste serviço, na Regional Entorno Centro /Rio Negro (91,7%). Nas Regionais do Alto Solimões, Juruá e Purus a ocorrência não atinge a metade das residências.

Infraestrutura

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

Gráfico 11 - Existência de energia elétrica, Regionais de Saúde do AM - 2010

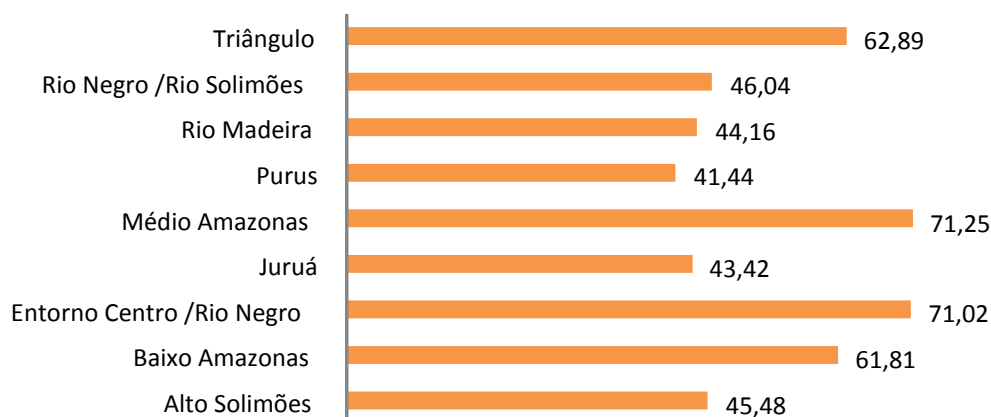


Fonte: IBGE - Censo Demográfico

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



Gráfico 12 - Abastecimento de água, através da rede geral de distribuição, Regionais de Saúde do AM - 2010



Fonte: IBGE - Censo Demográfico

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

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

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

Em relação aos outros estados da federação, o Amazonas encontra-se na 16ª posição, com um Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0,797 (médio).

O índice varia de 0 até 1. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD considera baixo o IDH-M de 0,00 a 0,499, médio de 0,500 a 0,799 e alto de 0,800 a 1,000.

**Tabela 16 - Índice de Desenvolvimento Humano nos Municípios do Amazonas, 2011**

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

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

1.3 Gestão em Saúde

1.3.1 Situação da Gestão da Saúde no Amazonas

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

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

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



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

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

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

A partir de 2011, com o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, a organização do SUS passou a ser regulamentada, visando a contratualização através do instrumento do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP, cujo objetivo é a organização das ações e serviços de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Atualmente a SUSAM encontra-se em transição do modelo de Pacto pela Saúde para esse novo modelo de contratualização.

1.3.2 Planejamento da Saúde

O processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como responsabilidade dos entes públicos, sendo desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde. Pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território; as necessidades de saúde da população; a definição de diretrizes,



objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados; a conformação das redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população brasileira.

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

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

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

Sistema de Planejamento do SUS



Fonte: DAI/SGEP/MS



Planejamento da Saúde Integrado

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

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

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

A produção resultante do processo de planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional, integrará o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS). O COAPS é um acordo (de vontades) firmado entre entes federativos, cujo objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade de diversos entes federativos em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos cidadãos, sempre de acordo com os consensos obtidos no colegiado interfederativo.

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



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

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

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

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

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



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

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

Cenário atual do Planejamento da Saúde no Amazonas.

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



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

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

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

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

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

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

A complexidade da região amazônica, com peculiaridades tais como concentração de população indígena, baixa densidade demográfica, problemas quanto ao transporte e comunicação, as grandes distâncias entre os seus municípios, que dificultam a descentralização e o acesso aos serviços de saúde pela população, tornam o processo de planejamento local ímpar, visto não existir parâmetros com as demais regiões e estados da federação. Para o enfrentamento das dificuldades, uma das ações estratégicas da Secretária de Estado da Saúde é investir na cultura de



planejamento em saúde, através de um programa de capacitação em parceria com o Ministério da Saúde, para técnicos que atuam nas secretarias estadual e municipais de saúde, com vistas à formação de profissionais que possam trabalhar os instrumentos do planejamento como planos e relatórios contemplando o ciclo de planejar, executar, monitorar e avaliar, porém buscando fazê-lo de forma participativa, ou seja, envolvendo atores envolvidos no processo especialmente o tripé usuário, profissionais de saúde e gestores.

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

1.3.3 Financiamento

❖ Cumprimento da Emenda Constitucional

O orçamento inicial do Governo do Estado do Amazonas para o ano 2012 foi de R\$ 11.139.410.000,00, cabendo à pasta da saúde o orçamento inicial (previsto) o valor de R\$ 1.751.537.000,00.

De acordo com o Art. 6º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, os estados aplicarão anualmente no mínimo 12% do produto da arrecadação de impostos e transferências nas ações e serviços públicos de saúde, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. Em 2011, o Estado do Amazonas aplicou 22,18%, conforme Balanço Geral do Estado e SIOPS, da sua receita própria com saúde pública, seguindo a tendência de aplicação acima do preconizado na legislação federal, excedendo 10,18%. Tal tendência deve-se essencialmente ao alto custo das ações e serviços de saúde em comparação a outros Estados, bem como a insuficiência de recursos repassados pelo governo federal, mesmo considerando as especificidades regionais, para manter a estrutura do Estado do Amazonas que possui uma das melhores redes assistenciais da Região Norte do país, o que resulta em um custo operacional muito elevado. Conforme série histórica de 2001 a 2011 observa-se que, das 27 Unidades Federativas do Brasil, o Estado do Amazonas é o que mais aplica proporcionalmente recursos próprios nas ações e serviços públicos de saúde.

**Tabela 17 - Histórico do Percentual Aplicado pelos Estados conforme a Ec-29**

ESTADOS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Rondônia	10,64	9,47	10,54	11,42	12,11	12,10	12,00	12,78	12,58	14,71	12,57
Acre	14,77	13,46	12,96	12,48	12,05	13,77	13,82	14,34	17,23	17,43	16,24
Amazonas	21,15	25,11	20,37	19,56	20,78	23,47	22,17	19,21	23,23	20,67	22,18
Roraima	14,92	10,14	13,26	11,53	12,77	13,22	13,64	14,95	12,32	13,78	14,13
Pará	8,88	9,88	10,31	12,04	12,41	12,74	12,61	12,77	12,44	12,48	12,40
Amapá	10,3	12,52	14,99	14,14	11,31	12,93	13,74	13,91	12,03	12,03	12,99
Tocantins	12,3	11,48	11,32	12,02	12,05	13,52	14,74	13,79	15,67	17,24	18,72
Maranhão	1,75	5,56	7,98	13,23	12,73	11,17	11,77	12,06	12,61	12,03	12,23
Piauí	8,90	6,07	7,48	11,62	12,64	13,48	13,71	12,16	10,06	11,07	9,88
Ceará	7,54	8,18	8,74	12,70	11,97	14,21	12,14	14,36	15,80	16,11	15,51
Rio Grande do Norte	11,53	13,30	14,58	12,02	12,63	14,43	17,53	16,52	16,34	15,28	15,57
Paraíba	12,81	10,52	10,62	9,59	10,32	12,91	12,72	12,49	16,03	13,73	12,03
Pernambuco	11,60	11,59	11,88	12,00	12,23	13,24	14,11	14,80	15,81	17,64	15,73
Alagoas	7,96	9,39	8,96	12,08	12,01	12,00	12,00	12,20	12,12	12,34	N.I.*
Sergipe	5,77	8,06	10,07	12,04	12,14	11,11	12,44	12,70	12,65	13,02	12,69
Bahia	8,40	9,41	10,38	12,15	12,15	12,17	12,63	12,77	13,89	13,67	13,44
Minas Gerais	6,88	6,36	10,20	12,16	12,33	13,20	13,30	12,19	14,67	13,30	12,29
Espírito Santo	12,23	12,91	12,65	12,23	12,05	10,43	9,88	10,24	11,80	12,77	12,48
Rio de Janeiro	5,01	6,28	10,85	11,92	11,92	10,37	10,92	12,63	12,15	12,09	12,22
São Paulo	11,15	11,76	12,26	13,74	12,95	12,80	13,07	13,46	12,66	12,63	12,83
Paraná	10,09	5,98	5,75	6,14	8,35	11,55	9,22	9,79	9,76	9,98	9,74
Santa Catarina	8,43	5,90	8,18	11,25	10,79	13,09	13,35	12,47	12,14	12,04	12,09
Rio Grande do Sul	6,59	5,62	4,32	5,20	4,80	5,40	5,80	6,53	7,24	7,62	8,04
Mato Grosso do Sul	6,81	9,22	8,61	12,14	12,57	12,25	13,46	12,98	14,78	14,92	13,94
Mato Grosso	6,33	7,72	9,09	11,01	11,19	11,07	11,90	11,24	11,66	12,28	12,07
Goiás	12,39	8,12	10,12	12,46	12,05	12,90	12,30	12,87	13,13	12,16	14,62
Distrito Federal	8,91	9,78	11,06	13,27	15,51	16,56	20,25	17,49	14,38	13,37	16,04

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS/MS

Nota: * Não Informado.

Na tabela abaixo demonstramos a evolução dos gastos da saúde no Amazonas de 2009 a 2011, detalhado por fonte de recursos.

Tabela 18 - Evolução dos Gastos da Saúde no Amazonas, 2009 - 2011

FONTE	2009	%	2010	%	2011	%
Tesouro Estadual	1.221.350.048,87	76,56	1.279.173.305,70	74,66	1.461.386.374,85	79,09
Tesouro	372.908.625,67	23,38	432.807.464,44	25,26	383.819.513,43	20,77
Outras fontes	1.081.599,17	0,07	1.284.614,35	0,08	2.544.916,52	0,14
TOTAL	1.595.340.273,71	100,00	1.713.265.384,49	100,00	1.847.750.804,85	100,00

Fonte: Fundo Estadual de Saúde – FES.



O Estado do Amazonas executou em 2011 em ações e serviços públicos de saúde o valor de R\$ 1.847.750.804,85 (Um bilhão, oitocentos e quarenta e sete milhões, setecentos e cinquenta mil, oitocentos e quatro reais e oitenta e cinco centavos), sendo 79,09% fonte estadual, 20,77% fonte federal e 0,14% outras fontes. Estes gastos da saúde referem-se à despesa empenhada, considerando também a execução dos recursos recebidos diretamente pelas fundações de saúde do Estado, além da execução da função saúde em outros órgãos. Ressaltamos que não foi considerada a execução da função 28, referente à sentença judicial.

1.3.4 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

❖ Gestão do Trabalho

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

O quantitativo de servidores da SUSAM e Fundações de Saúde é deficitário para assegurar o atendimento a saúde da população na rede assistencial, considerando que em 2005 foram oferecidas 10.206 vagas no concurso público e destas foram preenchidas somente 5.774. Aliado a esta situação no período de 2005 a 2011, foram desvinculados 5.451 servidores em decorrência de aposentadorias, demissões, falecimentos e reloações. Atualmente o quadro de Recursos Humanos da SUSAM e Fundações de Saúde vinculadas é de 24.043, desse contingente, 61,2% são estatutários e 30,5% são oriundos de processos seletivos simplificados havendo a necessidade de substituição dos mesmos, correspondendo 7.144 cargos.

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



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

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

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

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

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



❖ Educação em Saúde

A SUSAM aderiu a Política Nacional de Educação em Saúde em 2007, atendendo o disposto da Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS/MS, o processo de regionalização da educação em saúde e da implantação de Comissões de Integração de Ensino e Serviço - CIES, através do Plano Estadual de Educação Permanente, para o desenvolvimento de políticas relacionadas à formação de pessoal da saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional.

A CIES Estadual foi implantada em 2009, composta por representantes da SUSAM, Fundações de Saúde, SEMSA-MANAUS, SEDUC, SEMED, CES/AM, COSEMS, FIOCRUZ, ET-SUS, SESAI, UEA, UFAM, IES Privada, IE Médio Técnico Privada. As CIES regionais estão programadas para serem implementadas a partir de 2012 e 2013.

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

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

Mantem parceria com a Secretaria de Estado de Administração – SEAD capacitando trabalhadores do nível central e da rede assistencial da capital e do interior nas áreas de



planejamento, gestão e jurídica. Em 2012, um total de 91 servidores recebeu capacitação em diversas áreas.

Com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL/MS formou 15 especialistas no Curso de Especialização em Gestão da Clínica e Saúde Baseada em Evidência – SBE e estão sendo implementados os seguintes cursos: Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde para 12 profissionais do estado; Pós Graduação nos cursos de Gestão da Clínica, Regulação e Educação em Saúde da rede de saúde do Estado para 148 profissionais.

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

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



1.3.5 Articulação Interfederativa

❖ Comissão Intergestores Bipartite - CIB/AM

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

❖ Comissão Intergestores Regional - CIR

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

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

❖ Participação e Controle Social

O Conselho Estadual de Saúde - CES/AM é uma instância deliberativa e fiscalizadora do SUS no âmbito estadual. É um fórum colegiado com representação de diversos setores da sociedade



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

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

❖ Auditoria

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

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



de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do COAP.

❖ **Ouvidoria**

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

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

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

❖ **Consórcio de Saúde do Amazonas**

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

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

O funcionamento do consórcio tem o suporte técnico do Projeto de Desenvolvimento Sustentável e de Serviços Básicos do Alto Solimões – PRODERAM, que trata de ações estratégicas do governo para criar novas oportunidades no interior do Amazonas e realizou estudos para a definição do modelo. Os recursos iniciais para as ações consorciadas são oriundos do Governo do Estado e do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID que disponibilizaram 1 milhão



e 300 mil dólares para os primeiros programas integrados. Os recursos serão aplicados na aquisição de medicamentos, equipamentos para uso dos nove municípios e contratação de profissionais especializados de acordo a legislação nacional e estadual relativas ao SUS.

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

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

O Projeto de Desenvolvimento Sustentável e de Serviços Básicos do Alto Solimões – PRODERAM viabilizou ações e serviços nos seguintes componentes: Desenvolvimento Sustentável, Saneamento e Saúde, cujos objetivos são melhorar o acesso, a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde e fortalecer e modernizar a SUSAM com atuação em três eixos extensão da cobertura e melhoria da qualidade da Atenção a Saúde (apoio estadual para a melhoria da atenção básica/saúde da família, para o fortalecimento do sistema de vigilância à saúde, melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de média complexidade, estruturação do complexo regulador e sistema de referência e contra referência); desenvolvimento da capacidade Institucional da SUSAM e capacitações. As nove cidades que compõem o Projeto no Alto Solimões são Tabatinga, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Tonantins, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Amaturá, Jutai e Fonte Boa. A SUSAM e o BID estão avaliando as metas alcançadas de 2008 a 2012 e definindo prioridades para a segunda etapa do projeto para ser executada até 2016.

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

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



❖ **Qualisus Rede**

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

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

1.3.6 Pesquisa em Saúde – PPSUS

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

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

PPSUS – 2ª Edição (2006): o Programa experimentou crescimento quantitativo e qualitativo com aprovação de 18 projetos contemplados no Edital nº 014/2006-MS/CNPq/FAPEAM, com



investimentos de R\$ 2.788.818,88. Foram alcançadas 5 áreas/temas: Doenças Transmissíveis (11 projetos), Doenças Não Transmissíveis (1 projeto), Saúde de Populações em Situação de Vulnerabilidade (3 projetos), Gestão de Serviços e Qualidade de Atenção à Saúde (2 projetos), e Comunicação e Informação em Saúde (1 projeto). Um dos projetos aprovados nessa edição, intitulado “Avaliação da qualidade do diagnóstico de Malária no Estado do Amazonas”, de autoria da pesquisadora Ana Ruth Lima Arcanjo, da FVS-AM, envolveu 51 municípios.

PPSUS – 3ª Edição (2009): foram aprovados 28 projetos no Amazonas por meio do Edital 007/2009 - FAPEAM/SUSAM/MS/CNPq, para os quais foram alocados R\$ 2.783.726,55. Os projetos ficaram divididos em 3 (três) áreas/temas: As doenças negligenciadas (tuberculose, doença de Chagas, hanseníase e leishmaniose), objeto de estudo de 16 projetos; outras Doenças e Agravos, como Aids, hepatite, dengue e malária, objeto de 10 projetos e outros 2 projetos abordaram questões relacionadas à Vigilância em Saúde. Essa edição encontra-se em vigência, com data prevista para encerramento em fevereiro de 2013.

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

1.4 Acesso a Ações e Serviços Públicos de Saúde

No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, de média complexidade e de alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro porque a atenção à Saúde deve ser integral. Nem sempre um município necessita ter todos os níveis de atenção à saúde instalados em seu território para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente no caso dos pequenos municípios, isso pode ser feito por meio de pactos regionais que garantam às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia.



1.4.1 Redes de Atenção à Saúde - RAS

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

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

❖ Configuração da rede assistencial do Estado

Na capital a SUSAM tem sob sua coordenação um total de 63 unidades de saúde, destas, 09 são unidades complementares: Central de Medicamentos – CEMA, Complexo Regulador do Amazonas, Laboratório Central – LACEN, Centro de Zoonoses e 5 Farmácias Populares (Centro, Cidade Nova, São José, Santa Etelvina e Compensa).

**Tabela 19 - Rede do Estado na Capital por Zonas, 2011**

TIPO	ZONAS				TOTAL
	NORTE	SUL	LESTE	OESTE	
CAIC	03	03	03	03	12
CAIMI	01	01	-	01	03
CAPS	01	-	-	-	01
Policlínica	01	03	02	-	06
SPA	01	01	02	02	06
SPA e Policlínica	01	-	-	01	02
HPSC Infantil	-	01	01	01	03
HPSC Adulto	-	01	02	-	03
Maternidade	02	01	01	01	05
Hospital Infantil	-	02	-	-	02
Hospital	-	-	01	01	02
Hospital/Maternidade/SPA	-	-	01	-	01
Maternidade/Urgência Ginecológica	-	01	-	-	01
Hospital Universitário	01	-	-	-	01
Fundações	01	02	-	03	06
CAIC	03	03	03	03	12
Complexo Regional Amazonas	-	01	-	-	01
Centro de Zoonoses	-	01	-	-	01
Farmácias Populares	02	01	01	01	05
Central de Medicamentos – CEMA	-	01	-	-	01
TOTAL	14	21	14	14	63

Fonte: Secretaria Executiva de Atenção Especializada da Capital (SEAASC).

O interior possui 64 unidades hospitalares, das quais estão sob a gestão e a gerência do estado 54 e 62 unidades, respectivamente. Além de 02 unidades complementares Laboratório de Fronteira de Tabatinga e 01 Farmácia Popular em Coari. Destaca-se que nas unidades hospitalares do interior do Estado são realizados atendimentos de atenção básica, urgências e emergências e, parcialmente, de média complexidade.

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

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



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

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

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

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



❖ Serviço de Atenção Domiciliar – SAD

O Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, instituída no SUS em 2011, é um dos componentes da RUE estruturado de forma articulada e integrada aos outros componentes e às demais RAS, a partir dos Planos de Ação. Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, prestadas em domicílio, por equipe multidisciplinar, a pacientes crônico-estáveis que não necessitem de internação hospitalar, assim como aos egressos dessa modalidade de assistência, com garantia de continuidade de cuidados e integrados às RAS, tendo em vista à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados.

No Amazonas o MS habilitou como SAD, serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar – EMAD e Equipes Multiprofissionais de Apoio – EMAP, os seguintes estabelecimentos de saúde: HPS 28 de Agosto, HPS Dr. João Lucio P. Machado, Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ, Instituto da Mulher Dona Lindu e o Hospital Universitário Francisca Mendes – HUFM. Até outubro de 2012 foram avaliadas 1.039 pessoas e 144 foram atendidas pelo Programa.

• Rede Cegonha - RC

A Rede Cegonha é uma estratégia que fortalece o modelo de atenção que abrange desde o planejamento familiar à confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal, parto, pós-parto, até os dois primeiros anos de vida da criança. As ações previstas na estratégia RC visam qualificar toda a rede de assistência, ampliando e melhorando as condições para que as gestantes possam dar à luz e cuidar de seus bebês de forma segura e humanizada.

A SUSAM inicia o processo de implantação da RC nas quatro regionais prioritárias (Rio Negro-Centro Regional, Rio Negro-Solimões, Médio Amazonas e Alto Solimões) além dos convênios de projetos pelo MS de reforma para adequação de ambiência de quatro maternidades em Manaus (Azilda da Silva Marreiro, Instituto da Mulher Dona Lindu, Nazira Daou, Ana Braga), quatro hospitais no interior (Coari, Manacapuru, Itacoatiara, São Gabriel da Cachoeira); ampliação de quatro Centros de Parto Normal (Azilda da Silva Marreiro, Balbina Mestrinho,



Chapot Prevost, Nazira Daou), ampliação/construção de duas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (Ana Braga, Unidade Hospitalar de Itacoatiara) com ampliação, habilitação e qualificação de mais leitos.

- **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

1.4.2 Atenção Primária em Saúde – APS

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

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



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

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

Além disso, a SUSAM, por meio de suas áreas técnicas, vem realizando as seguintes atividades: acompanhamento dos Sistemas de Informações (SIAB, SIS-HIPERDIA, SIS-PRÉ-NATAL, SISVAN, SIA/SUS, CNES) em todos os municípios do Estado, trabalhando a pactuação dos indicadores da APS articulando com os da vigilância em saúde, avaliando as metas municipais dos indicadores locais, monitorando os 26 municípios que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ e suas 173 Equipes pelo SIAB, apoio técnico aos projetos municipais da APS, com avaliação por área, e matriciamento das equipes municipais do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família – NASF.

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

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

De acordo com a Portaria Nº 2488/2011 a Estratégia Saúde da Família – ESF é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de



promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade sob sua abrangência.

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

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

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

- Número de equipes de ESF implantadas: 515
- Número de Agentes Comunitários de Saúde: 6.108
- Número de equipes de Saúde Bucal tipo I: 280
- Número de equipes de Saúde Bucal tipo II: 40
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família tipo I: 29
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família tipo II: 01

❖ **Hipertensão e Diabetes**

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



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

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

❖ **Alimentação e Nutrição**

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

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

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



Em 2011 o apoio voltou-se á realização de eventos em práticas saudáveis para a melhoria da alimentação da população, tendo assim iniciativas e resultados positivos das SMS para a utilização da pirâmide de alimento atualizada, mostrando à população a importância das combinações de alimentos e o porcionamento de cada grupo alimentar, priorizando ainda a prática de atividade física para uma qualidade de vida mais saudável.

1.4.3 Vigilância em Saúde

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

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

Os componentes são: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador, a promoção da saúde e a vigilância sanitária.

Estão sob sua responsabilidade os Sistema de Informações de Interesse da Saúde Pública, a saber: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI, Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, Sistema de Informações de nascidos Vivos – SINASC, Sistema Nacional de Notificação de Agravos – SINAN, Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SINAVISA, Sistema de Vigilância Epidemiológico – SIVEP com suas subdivisões.

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



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

1.4.3 Atenção Especializada (Média e Alta Complexidade)

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

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

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

- A FCECON tem seus trabalhos voltados a Assistência à Saúde Oncológica, através do desenvolvimento de atividades educativas, preventivas de detecção precoce, tratamento e controle do câncer; da realização de atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e atendimento à população indígena, com a missão de formular e executar a política Estadual de Combate ao Câncer.
- Fundação Alfredo da Matta – FUAM, responsável pela promoção do atendimento aos pacientes do Estado do Amazonas acometidos por doenças tropicais e infecciosas, bem como desenvolver o ensino e a pesquisa ligados nas doenças tropicais e infecciosas de interesse do SUS/AM;
- Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado – FMT/HVD, responsável pela promoção do atendimento aos pacientes do Estado do Amazonas acometidos por



doenças tropicais e infecciosas, bem como desenvolver o ensino e a pesquisa ligados nas doenças tropicais e infecciosas de interesse do SUS/AM;

- Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – FHMOAM, responsável pelos processos de captação, coleta, tratamento e distribuição de sangue. Atua na capital e nas Unidades de Coleta e Transfusão no interior. Integra a rede nacional de hemocentros e segue as diretrizes do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue) do Ministério da Saúde;
- Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ, responsável pela implementação da Política de Atenção em Traumatologia-Ortopedia e assistência à saúde em outras especialidades com vistas a integralidade da atenção à saúde, bem como e o desenvolvimento do ensino e pesquisa nas áreas clínicas, cirúrgicas e de apoio ao diagnóstico de interesse do SUS/AM;

❖ Média Complexidade no Estado

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

Na atenção hospitalar envolve o conjunto de ações realizadas em regime de internação hospitalar que abrange procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica, assistência hemoterápica, reabilitação, consultas especializadas e preparação para a alta, contemplando a modalidade hospital-dia. Na atenção ambulatorial a referência da população à atenção especializada parte do território de responsabilização, podendo inicialmente se dar a partir de áreas estratégicas como a saúde mental, através do CAPS, saúde bucal pelos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, cardiologia, oftalmologia, neurologia, endocrinologia, traumatologia-ortopedia, etc.



❖ **Alta Complexidade no Estado**

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

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

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

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



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

❖ **Média Complexidade no Interior do Estado**

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

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

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

1.4.4 Transplantes

O fortalecimento da política estadual de transplantes é um das prioridades do Governo do Amazonas que, por meio da SUSAM, está investindo na reestruturação das unidades de saúde estaduais e na FHMOAM, além da implementação da Central Estadual de Transplantes que



funciona na FHAJ, e da escolha de 02 unidades captadoras de órgãos, o HPS 28 de Agosto e João Lúcio Pereira Machado.

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

Em 2011 a SUSAM deu início à captação de rim de doadores falecidos e em agosto realizou a primeira captação de múltiplos órgãos, ampliando as possibilidades de atendimento aos pacientes. Com isso, além dos transplantes de córnea e de rim intervivos (com órgão de pessoa viva, com compatibilidade genética com o paciente), o Estado passou a fazer transplante renal com rim de doador falecido. De 2002 até o mês de outubro/12 o Amazonas realizou 1.099 transplantes, dos quais 837 transplantes de córneas e 262 de rim, sendo 211 entre vivos e 51 doador falecido.

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

1.4.5 Assistência Farmacêutica

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

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



Nesse sentido, cabe à CEMA promover o abastecimento de medicamentos e produtos para saúde, em conformidade com a demanda, a toda rede de assistência à saúde do Estado, primando pela qualidade e eficácia e estimar necessidades, efetuando análise de consumo e demanda de medicamentos, programar, adquirir e acompanhar o processo de logística de armazenamento e distribuição dos medicamentos e produtos para saúde.

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

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

Programas de Medicamentos

☉ Medicamentos Básicos

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

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

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



☉ **Medicamentos Básicos de Controle Estratégico**

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

☉ **Medicamentos Estratégicos**

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

☉ **Medicamentos Excepcionais**

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

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



☉ **Farmácias Populares do Brasil**

A SUSAM mantém seis unidades, sendo 5 em Manaus e 1 em Coari, que integram o Programa Farmácia Popular do Brasil. Nestas farmácias são oferecidos 108 itens de medicamentos considerados essenciais para as doenças mais prevalentes no país. Em média, as unidades atendem juntas, entre 23 e 24 mil pessoas por mês. Os medicamentos são oferecidos a preço de custo e podem custar até 90% menos que nas drogarias comerciais. As cinco farmácias estão localizadas no Centro de Manaus, Zona Leste de Manaus, Zona Norte, e no serviço de Pronto Atendimento ao Cidadão – PAC da Compensa, que atende a população das Zonas Oeste e Centro-oeste da cidade.

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

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

1.4.6 Políticas Estratégicas

❖ Atenção à Saúde Materno-Infantil

Na área Materno-Infantil, o Governo do Estado vem envidando esforços no sentido de reduzir os coeficientes de mortalidade materna e infantil e, para alcançar esses resultados, uma série de investimentos vem sendo realizados nos últimos anos, entre as quais: renovação da estrutura do Instituto da Criança do Amazonas – ICAM, referência em cirurgias neonatais, a revitalização dos Centros de Atenção Integral à Criança – CAIC, que fazem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desde o nascimento do bebê até os 14 anos de idade, além da realização de



cursos e capacitações envolvendo as Maternidades para implementação da Rede Cegonha, visando melhorar a assistência às gestantes e aos recém-nascidos.

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

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

As principais ações já realizadas na área estratégica de saúde da criança foram: Desenvolvimento do Programa de Educação em Saúde da Criança – PESC, com oferta de doze (12) Cursos para os municípios do interior do Estado; organização e divulgação das ações da Semana Mundial de Aleitamento Materno no Estado do Amazonas; realização de Oficina de Formação de Tutores da Estratégia de Alimentação Complementar Saudável; elaboração e aprovação do projeto de capacitação de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI; elaboração de projeto para realização de Oficina de capacitação de gestores e profissionais para a promoção da saúde e prevenção de violências contra crianças; participação no projeto de promoção da saúde da criança ribeirinha em parceria com a Fundação Amazonas Sustentável – FAS.

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



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

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

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

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



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

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

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

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

❖ **Atenção à Saúde do Homem**

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

A Política visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguarde a integralidade da atenção, dando maior ênfase à faixa etária dos 20 aos 59 anos, que corresponde a 881.116 homens no Estado (IBGE 2010), conforme preconizado, levando em



consideração a população na faixa etária de 60 anos ou mais, já assistida e que também necessita de uma atenção, correspondendo a 101.651 homens no Estado (IBGE 2010).

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

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

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

❖ **Atenção à Saúde do Idoso**

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

É importante qualificar os serviços de saúde para trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa, inclusive a identificação de situações de vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais e a avaliação da capacidade funcional. É necessário garantir acesso a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e a reabilitação funcional da população idosa, prevenir a perda de capacidade funcional ou reduzir os efeitos negativos de eventos que a ocasionem.



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

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

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

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



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

❖ Política de Humanização

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS – PNH/MS é uma política transversal no SUS em defesa do direito à saúde, em defesa da vida e da democratização nas organizações, voltada a uma demanda social por humanização da atenção e na gestão. Tem como proposta estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários visando colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços, fomentando a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Reconhecendo que humanizar o atendimento na rede SUS é um desafio para os gestores nos estados e municípios, a humanização passou a ser uma das prioridades do Governo do Estado e diversas ações vêm sendo trabalhadas nas unidades de saúde para a implantação de diretrizes e dispositivos da PNH, com avanços maiores na atenção materno-infantil.

Nesse sentido, em 2011 as ações de humanização receberam apoio mais intensiva nas maternidades, considerando a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR, atentando para o grau de vulnerabilidade e risco apresentado pelas usuárias e dando agilidade e resolutividade ao atendimento, o direito a acompanhante a livre escolha da mulher além dos investimentos na melhoria da ambiência das maternidades por meio de reformas e ampliações de espaços físicos. Destaca-se também a realização do II Curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a Política no Amazonas, realizado em parceria com o MS e ETSUS/CETAM, que formou 75 apoiadores institucionais.

Para 2012, pretende-se focar o apoio intensivo às RAS como estratégia de qualificar a gestão e a atenção no SUS fomentando a construção de um sistema integrado de saúde, articulado por um conjunto de iniciativas e ações intersetoriais.



❖ Saúde do Trabalhador

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

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

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

❖ Diversidade do Sujeito

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

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, Portaria nº. 3.027 de 26/11/2007, diz que a “gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e



coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida”.

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

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

❖ **Atenção às Populações Específicas**

A construção da universalidade do acesso à saúde e a efetivação da integralidade do cuidado perpassam o reconhecimento da saúde enquanto processo determinado socialmente com dimensões como preconceito, localização geográfica, barreiras culturais e estruturais dos serviços e políticas estaduais, dentre outros. O importante é que todos se apropriem das políticas de promoção da equidade que o MS tem priorizado, como: Saúde da População Negra; Saúde das Populações do Campo e da Floresta; Ribeirinhos; Seringueiros; Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT; Saúde da População em Situação de Rua e Saúde da População Cigana.

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



1.4.7 Políticas Transversais / Relações Interinstitucionais

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

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

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

❖ Programa Escola Solidária

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

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

❖ Programa Saúde na Escola - PSE

O Programa Saúde na Escola - PSE lançado em 2008 tem o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde,



com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Os beneficiários do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais ampliada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos. O PSE é uma iniciativa do MS em parceria com o Ministério da Educação.

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

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

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

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

❖ Programa Estadual de Atenção as Pessoas com Deficiência

O Amazonas possui uma população de 3.483.985 (IBGE 2010) e estima-se que desta, aproximadamente 22,7% das pessoas afirmam ter pelo menos uma deficiência física (visual, auditiva ou motora), isso representa 790.647 pessoas, devido os números, o atual Governo do Estado criou o Programa Estadual de Atenção as Pessoas com Deficiência – Viver Melhor



Habitação e Reabilitação, coordenado pela SEPED, em parceria com as instituições: SEINF, SEAS e SUSAM, visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência e suas famílias.. A SUSAM é responsável pela aquisição e entrega de Kit's Saúde, tendo distribuído 101 equipamentos como: cadeira de rodas para paraplégico e tetraplégico simples e personalizadas, de banho, cama hospitalar tipo Fowler, muletas, colchão casca de ovo, bengalas, andadores e 47.030 fraldas. Além dessa parceria a Secretaria já beneficiou mais de 4.800 pessoas concedendo equipamentos, através do Programa Atenção Integral ao Deficiente – PAID, coordenado pela Policlínica Codajás. A reabilitação é realizada em unidades de saúde do Estado, principalmente na Policlínica Antônio Aleixo.

❖ Pronto Atendimento Itinerante – PAI

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

O trabalho tem a parceria da SUSAM, Secretaria de Segurança Pública – SSP, Exército, Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, Fundação Nacional do Índio – FUNAI, Correios, Banco do Brasil, Superintendência Regional de Trabalho e Emprego – SRTE, Tribunal de Justiça do Amazonas – TJ/AM e prefeituras municipais do Amazonas.

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

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



❖ **Saúde no Sistema Prisional**

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

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

❖ **Programa Bolsa Família – PBF**

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

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

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



1.4.8 Atenção à Saúde da População Indígena

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

Tabela 20 - Grupos Indígenas no Estado do Amazonas

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

Fonte: Fundação Nacional do Índio – FUNAI

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, e prevê, dentre outras coisas, o direito das populações a um atendimento diferenciado pelo SUS, que respeite suas especificidades culturais.

Desde agosto de 1999, o MS, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, assumiu a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SASI no âmbito do SUS. No entanto, em 2010 foi aprovada no MS a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, regulamentada pelos Decretos 7.335 e 7.336, ambos de 19/10/2010, transferindo as ações da saúde indígena ao MS, através de três subdivisões de áreas:



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Departamento de Gestão de Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A SESAI foi criada para coordenar e executar o processo de gestão do SASI no âmbito do SUS em todo o território nacional e tem como missão principal o exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI, em consonância com as políticas e programas do SUS, além de promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuem interface com a atenção à saúde indígena, identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos DSEI.

O SasiSUS está organizado em 34 DSEIs, tendo o Amazonas 11 DSEIs (Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Alto Rio Solimões, Amapá/Norte do Pará, Manaus, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões/Afluentes, Parintins, Porto Velho, Vale do Rio Javari e Ianomami). É um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que não guarda relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Visa promover a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias, e desenvolver atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência com controle social.

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



Gráfico 13 – DSEI no Brasil



Fonte: Fundação Nacional do Índio – FUNAI

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

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



1.4.9 Regulação e Controle do Sistema de Saúde

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

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

Dados do SISREG mostram que há um índice de 40% de pacientes que não comparecem na data marcada para realizar o exame ou a consulta solicitada, por isso, foi implantado o sistema de envio de mensagens telefônicas que funcionará acoplado ao SISREG para informar aos pacientes a data, horário e local da consulta ou exame, com o objetivo de diminuir esse índice.

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

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



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

1.4.10 Telessaúde

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

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

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

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



2. Objetivo, Diretrizes e Metas.

O presente Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015 está constituído em seis objetivos definidos pelos Blocos de Financiamento - Gestão do SUS, Atenção Básica, Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Investimento em Saúde, conforme Portarias nº 204 de 29 de janeiro de 2007 e nº 837 23 de Abril de 2009. Os Objetivos são: Objetivo 1- Aperfeiçoar a capacidade de gestão do SUS no Amazonas para a execução das políticas de saúde; Objetivo 2- Garantir o acesso da população a serviços de qualidade e ampliação do acesso equitativo aos serviços de saúde, mediante aprimoramento da atenção primária, definindo-a como eixo estruturante e reordenador da atenção à saúde no Estado do Amazonas; Objetivo 3- Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, ao atendimento de necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada; Objetivo 4-Garantir a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS Amazonas; Objetivo 5-Consolidar a Vigilância em Saúde como um dos pilares do modelo de atenção à saúde visando a redução dos riscos e agravos à saúde da população e Objetivo 6- Estabelecer a Política Estadual de Investimentos em Saúde, visando qualificar o processo de regionalização da saúde no Amazonas.

O alcance desses objetivos neste período será orientado por 13 diretrizes a seguir explicitadas e pelo conjunto de metas estabelecidas.

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

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

Diretriz 3: Qualificação da atenção à saúde no âmbito do SUS/AM, a partir da atenção primária, das políticas estratégicas e das ações de humanização.

Diretriz 4: Garantia do diagnóstico e tratamento com a máxima resolutividade das doenças dermatológicas de interesse sanitário e sexualmente transmissíveis, bem como coordenar as ações para a eliminação da hanseníase no estado do Amazonas e desenvolver o ensino e a pesquisa nas áreas de doenças dermatológicas e sexualmente transmissíveis de interesse do SUS/AM.



Diretriz 5: Promoção do atendimento aos pacientes do Estado do Amazonas acometidos por doenças tropicais e infecciosas, bem como desenvolver o ensino e a pesquisa ligados nas doenças tropicais e infecciosas de interesse do SUS/AM.

Diretriz 6: Garantia da execução das políticas públicas relacionadas a hemoterapia e hematologia, bem como obter alto-suficiência na distribuição de sangue e seus produtos, descentralização do diagnóstico e tratamento das doenças hematológicas benignas e desenvolver o ensino e a pesquisa voltadas a hematologia e hemoterapia de interesse do SUS/AM.

Diretriz 7: Execução das políticas estaduais de saúde no campo da oncologia mediante programas, projetos, planos e ações, assegurando a integralidade da assistência a saúde provendo a melhoria da qualidade de vida da população do Estado do Amazonas, bem como o desenvolvimento do ensino e a pesquisa voltadas a área da oncologia de interesse do SUS/AM.

Diretriz 8: Promoção da assistência à saúde em traumatologia-ortopedia, outras especialidades médicas e fisioterapia, bem como e o desenvolvimento do ensino e pesquisa nas áreas clínicas, cirúrgicas e de apoio ao diagnóstico de interesse do SUS/AM.

Diretriz 9: Reestruturação dos serviços de saúde, voltados para a implantação e implementação das redes temáticas – rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede psicossocial, rede de atenção à pessoa com deficiência, rede oncológica e demais Políticas de Atenção Especializada, oportunizando a ampliação do acesso aos serviços de saúde, à assistência integral e humanizada.

Diretriz 10: Implementação do Programa Amazonas Saúde Itinerante com o objetivo de atender os moradores das sedes e zonas rurais dos municípios do interior com a realização de consultas, exames e tratamentos de média complexidade.

Diretriz 11: Implantação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica e reestruturação da gestão da assistência farmacêutica, por meio de gestão eficiente com otimização dos recursos financeiros contribuindo para melhoria do acesso e uso racional de medicamentos.

Diretriz 12: Coordenação das ações nas áreas de vigilância e promoção à saúde no âmbito estadual, desenvolvendo ensino e pesquisa em vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e laboratorial.

Diretriz 13: Implementação da programação de investimentos em saúde, considerando a conformação das redes de atenção, planos regionais e necessidades da população, visando



melhorar a resolutividade e ampliar a cobertura da assistência ambulatorial e hospitalar no Estado do Amazonas.

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

Objetivo 1: Aperfeiçoar a capacidade de gestão do SUS no Amazonas para a execução das políticas de saúde.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.

- Administração da unidade.
- Remuneração de pessoal ativo do estado e encargos sociais.
- Concessão do auxílio-alimentação aos servidores e empregados.
- Administração de serviços de energia elétrica, água e esgoto e telefonia.

Metas 2012-2015
Administrar 01 Secretaria de Saúde e 06 Fundações de Saúde.
Remunerar 24.043 servidores públicos estaduais.
Fornecer auxílio-alimentação à 5.133 servidores.
Administrar nas 36 unidades gestoras os serviços de energia elétrica, água e esgoto e telefonia (fixa e móvel).

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

Objetivo 1: Aperfeiçoar a capacidade de gestão do SUS no Amazonas para a execução das políticas de saúde.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.

- Implementação das Ações de Gestão do Trabalho e das Ações de Desenvolvimento de Recursos Humanos.
- Fortalecimento da Comissão Intergestores Bipartite – CIB e Comissões Intergestores Regional – CIR.
- Apoio ao processo de descentralização da gestão e da atenção à saúde.
- Implementação da Nova Legislação Organizativa do SUS (Leis, Decretos e Portarias).
- Implementação do sistema de planejamento da saúde e monitoramento da gestão do SUS do Amazonas.
- Implementação das ações de auditoria e ouvidoria.
- Apoio às redes de atenção a saúde no Alto Solimões: projeto QualiSUS-Rede.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

- Apoio ao funcionamento de consórcios de saúde.
- Apoio ao fortalecimento do controle social e participação popular.
- Readequação da Estrutura Organizacional das Secretarias Executivas Adjuntas de Atenção Especializadas da Capital e do Interior da SUSAM.
- Fortalecimento da discussão dos aspectos da Judicialização da Saúde.
- Operacionalização do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde - SIOPS.
- Operacionalização da Política de Tecnologia da Informação.

Metas 2012-2015
Realizar concurso público para a SUSAM e seis Fundações de Saúde com o preenchimento de 12.785 cargos.
Implementar o Plano de Cargos Carreiras e Remuneração - PCCR
Implantar o Sistema de Avaliação de Desempenho em 100% das unidades administrativas da SUSAM e nas 6 Fundações de Saúde.
Capacitar 4.800 profissionais da saúde, através da Política de Educação Permanente em Saúde e do Programa de Formação de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS.
Manter parceria com a SEAD e ETSUS na capacitação de profissionais na saúde para atender as demandas da Copa do Mundo 2014 em Manaus.
Instalar 10 Comissões de Integração de Ensino e Serviço – CIES, sendo 9 nas regiões de saúde e 1 no Estado.
Fortalecer a CIB/AM e implantar/implementar as 9 CIR nas 9 regiões de saúde.
Realizar curso de atualização para servidores da CIB/AM e das CIR implantadas.
Realizar oficinas de implantação das câmaras técnicas da CIB e CIR
Criar na estrutura organizacional da SUSAM as CIR e os Escritórios Regionais
Implantar os escritórios regionais nas 9 regiões de saúde.
Criar a Fundação do Coração em substituição ao Hospital Universitário Francisca Mendes.
Alterar a forma de repasse de recursos às unidades administrativas da capital e do interior para o custeio das ações de saúde.
Realizar reunião de alinhamento conceitual da Nova Legislação do SUS com os órgãos que se relacionam com o setor saúde.
Prestar cooperação técnica aos 62 municípios do Amazonas no desenvolvimento das ferramentas de planejamento.
Elaborar os instrumentos de planejamento da saúde (PES, PAS, RAG e Relatórios Quadrimestrais) conforme ao disposto na Legislação.
Realizar o Planejamento Integrado da Saúde, envolvendo 100% das regionais, conforme pactuação relativa ao COAP.
Assinar 9 COAP nas 9 regiões de saúde.
Monitorar e Avaliar os COAPs assinados e os instrumentos de planejamento do SUS do Estado e dos Municípios.
Realizar 80 auditorias incluindo o acompanhamento das regionais que aderiram o Contrato de Ação Pública de Saúde – COAP
Implementar a Ouvidoria Estadual do SUS-AM e implantar as 9 ouvidorias nas sedes das CIR.



Metas 2012-2015 (continuação)
Qualificar 02 redes de atenção à saúde (rede cegonha e rede de urgência e emergência) no Alto Solimões: Projeto QualiSUS-Rede através da realização de 12 eventos de capacitação/treinamento/oficinas, 08 atividades de apoio aos municípios da região, 12 campanhas educativas e contratação de assessoria para construção de instrumento de avaliação e pesquisa de satisfação.
Apoiar o funcionamento do Consórcio Saúde e Vida (ASAVIDA) na Regional do Alto Solimões.
Fortalecer as ações do controle social em saúde por meio do Conselho Estadual de Saúde – CES/AM.
Disponibilizar um Programa Permanente de Educação na Saúde para os conselheiros, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde.
Realizar os eventos relacionados ao controle social em saúde, conforme as agendas aprovadas no Conselho Nacional de Saúde e Conselho Estadual de Saúde.
Elaborar, aprovar e implantar a proposta de readequação da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS.
Intensificar a interlocução entre a SUSAM e o Poder Judiciário com a finalidade de reduzir 20% das demandas judiciais.
Apoiar junto ao Poder Judiciário do Estado, a criação de um núcleo, para auxiliar os Magistrados nos processos de tomada de decisão.
Criar o núcleo estadual de apoio ao SIOPS, visando maior conhecimento na alimentação das informações no sistema e apoio aos municípios.
Aquisição e implantação da ferramenta para suporte e operacionalização do Cartão Saúde, integrada aos processos de gestão da SES/AM e sistemas do SUS, mediante a transferência da tecnologia para a Empresa de Processamento de Dados do Estado.
Aquisição e implantação de ferramenta de Gestão financeira para suporte da SES/AM e integração à ferramenta de gestão das unidades hospitalares da capital e do interior do Estado.
Aquisição de ferramenta de GED para a SES/AM visando eliminar o quantitativo de documentos em papel, suportado pela legislação do CFM, SUS e Secretaria de Fazenda.
Contratação de consultoria para suporte ao processo de modernização dos instrumentos contratuais da SES/AM e Unidades Orçamentárias sob sua jurisdição.
Revisão do modelo contratual da SES/AM de forma a atender aos processos administrativos e legais, de acordo com a Legislação do SUS, complementados por instrumentos regulatórios no nível local e legislação Estadual.
Adequação dos links de comunicação (tamanho da banda) para o interior do estado visando disponibilizar acesso aos sistemas governamentais implantados.
Regulamentar e implementar o Código de Saúde do Estado do Amazonas.

Diretriz 3: Qualificação da atenção à saúde no âmbito do SUS/AM, a partir da atenção primária, das políticas estratégicas e transversais e das ações de humanização.

Objetivo 2: Garantir o acesso da população a serviços de qualidade e ampliação do acesso equitativo aos serviços de saúde, mediante aprimoramento da atenção primária, definindo-a como eixo estruturante e reordenador da atenção à saúde no Estado do Amazonas.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.



- Apoio ao fortalecimento da atenção primária em saúde.
- Apoio à implementação das políticas estratégicas e transversais.
- Implementação das ações da Política Nacional de Humanização no Amazonas.

Metas 2012-2015
Planificar a Atenção Primária em Saúde no Estado, como eixo estruturante e reordenador das Redes de Atenção à Saúde.
Apoiar 100% dos municípios do Amazonas nas ações de Atenção Primária em Saúde – APS (atenção básica, ESF, PACS, saúde bucal, NASF, hipertensão e diabetes, alimentação e nutrição e outros).
Monitorar 100% dos municípios que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ e suas Equipes pelo SIAB.
Realizar pactuação, monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde da atenção primária.
Apoiar os 62 municípios do Amazonas nas Políticas Estratégicas e Transversais (saúde da criança, adolescente e jovem, mulher, homem, idoso, trabalhador, políticas de equidade - população negra, GLBT, campo e floresta e população de rua, Saúde na Escola, Saúde no Sistema Prisional, Programa Bolsa Família, População Indígena e outros).
Implementar Ações da Política Nacional de Humanização – PNH/MS no Amazonas com a formação de grupo técnico, capacitação de profissionais, acolhimento humanizado de pacientes e acompanhantes, adequação de espaços físicos nas unidades de saúde e implantação de grupos de trabalho de humanização.

Diretriz 4: Garantia do diagnóstico e tratamento com a máxima resolutividade das doenças dermatológicas de interesse sanitário e sexualmente transmissíveis, bem como coordenar as ações para a eliminação da hanseníase no estado do Amazonas e desenvolver o ensino e a pesquisa nas áreas de doenças dermatológicas e sexualmente transmissíveis de interesse do SUS/AM.

Objetivo 3: Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, ao atendimento de necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.

- Fortalecimento e incentivo ao desenvolvimento de pesquisas que avaliem e analisem a magnitude da hanseníase, doenças dermatológicas de interesse sanitário e doenças sexualmente transmissíveis.
- Intensificação das ações de controle da hanseníase no Estado visando a sua eliminação como problema de saúde pública.
- Realização de procedimentos de resolutividade diagnóstica e terapêutica.
- Atendimento da demanda espontânea e referenciada de casos de hanseníase, doenças dermatológicas e sexualmente transmissíveis.
- Realização de capacitações para os profissionais de saúde em hanseníase, doenças dermatológicas de interesse sanitário e doenças sexualmente transmissíveis.



Metas 2012-2015
Realizar 80% dos projetos propostos.
Monitorar 100% dos municípios nas ações de controle da hanseníase.
Realizar 560.000 procedimentos de resolutividade diagnóstica e terapêutica.
Diagnosticar e tratar com a máxima resolutividade 100% dos casos novos de hanseníase.
Diagnosticar e tratar com a máxima resolutividade 90% de doenças dermatológicas e de interesse sanitário.
Diagnosticar e tratar com a máxima resolutividade 100% de doenças sexualmente transmissíveis.
Implantar um sistema de teledermatologia.
Capacitar 70% dos profissionais de saúde inscritos nas respectivas áreas de hanseníase, doenças dermatológicas de interesse sanitário e doenças sexualmente transmissíveis.

Diretriz 5: Promoção do atendimento aos pacientes do Estado do Amazonas acometidos por doenças tropicais e infecciosas, bem como desenvolver o ensino e a pesquisa ligados nas doenças tropicais e infecciosas de interesse do SUS/AM.

Objetivo 3: Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, ao atendimento de necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.

- Promoção de eventos ligados às doenças tropicais e infecciosas.
- Atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras DST's.
- Operacionalização dos laboratórios de pesquisa da FMT-HVD.
- Atendimento ao portador de doenças tropicais e infecciosas.
- Operacionalização dos serviços de atenção à saúde do turista na Copa do Mundo 2014 em Manaus.

Metas 2012-2015
Promover a realização de 40 eventos ligados em doenças tropicais e infecciosas para atualização dos profissionais de saúde.
Realizar o atendimento de 77.680 pacientes acometidos com HIV/AIDS e outras DST's.
Realizar 4.020.000 exames laboratoriais referentes à demanda do SUS, frente às endemias e outras doenças tropicais e infecciosas típicas da região amazônica.
Realizar o atendimento de 1.534.006 pacientes acometidos de doenças tropicais e infecciosas.
Instalar 01 clínica de atendimento ao turista, durante a realização da Copa do Mundo 2014 em Manaus, na FMT-HVD e 02 centros de informação ao turista em locais estratégicos.



Diretriz 6: Garantia da execução das políticas públicas relacionadas a hemoterapia e hematologia, bem como obter alto-suficiência na distribuição de sangue e seus produtos, descentralização do diagnóstico e tratamento das doenças hematológicas benignas e desenvolver o ensino e a pesquisa voltadas a hematologia e hemoterapia de interesse do SUS/AM.

Objetivo 3: Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, ao atendimento de necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.

- Operacionalização das atividades em hemoterapia.
- Operacionalização das atividades em hematologia.
- Operacionalização das atividades de ensino e pesquisa.
- Ampliação do status atual relacionado à hemoterapia e hematologia e a distribuição dos hemocomponentes e hemoderivados.
- Avaliação do impacto da implantação da rede de diagnóstico NAT.
- Implementação de 06 programas de saúde (incentivo à doação de sangue, humanização, coagulopatias, assistência integral aos portadores de hemoglobinopatias, doenças linfoproliferativas, residência médica).

Metas 2012-2015
Realizar 3.000.000 procedimentos em hemoterapia.
Realizar 3.321.220 procedimentos em hematologia.
Oferecer 28 cursos em hemoterapia e hematologia.
Manter e aprimorar a educação continuada com o objetivo de atingir 80% dos colaboradores.
Oferecer 14 vagas para residência médica em hematologia e hemoterapia.
Readequar a hemorede do Estado do Amazonas com a implantação de 08 hemonúcleos.
Reestruturar 2 serviços (transfusão programada, programa de transfusão de hemocomponentes).
Ampliar o laboratório de citogenética.
Aumentar a doação voluntária espontânea em 2% ao ano e taxa de fidelização em 5% ao ano.
Aperfeiçoar 3 serviços (banco de doadores fenotipados, serviço de irradiação de hemocomponentes, programa de humanização).



Metas 2012-2015- Continuação
Implementar 4 serviços/programas (aférese terapêutica, controle de qualidade, leucoredução no concentrado de hemácias e plaquetas, programa de vacinação).
Implantar 13 serviços/procedimentos (rede de diagnóstico NAT, central analítica de laboratório, coleta de Stem Cell por aférese, banco de cordão umbilical e placentário, banco de sangue raros, serviço de alto-transfusão em cirurgias torácicas e cardíacas, uma classe hospitalar, doppler transcraniano, ambulatório de queilação, ambulatório de triagem neonatal, procedimento operacional padrão, laboratório de biologia molecular, biblioteca <i>on-line</i>).
Implantar 06 programas (gerenciamento de resíduos de hematologia e hematologia, qualidade de vida dos colaboradores, imuno-tolerância, profilaxia primária, trombofilias, transplante de medula óssea).

Diretriz 7: Implementação da Política de Atenção Oncológica assegurando a integralidade da assistência à saúde provendo a melhoria da qualidade de vida da população do Estado do Amazonas, bem como o desenvolvimento do ensino e da pesquisa voltadas a área da oncologia de interesse do SUS/AM.

Objetivo 3: Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, ao atendimento de necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.

- Desenvolvimento de atividades educativas, preventivas e de detecção precoce do câncer.
- Disponibilização do tratamento e controle do câncer através dos serviços ambulatoriais e hospitalares.
- Realização de atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.
- Atendimento à população indígena em oncologia.

Metas 2012-2015
Realizar 36 campanhas educativas preventivas e de detecção precoce do câncer (controle do câncer de colo uterino, controle do câncer de mama, dia mundial da saúde, dia mundial sem tabaco, dia nacional de combate ao fumo, dia mundial de combate ao câncer).
Dar suporte técnico a 100% dos municípios do Estado nos programas nacionais (colo uterino, mama, tabagismo, vigilância) e nos sistema de informação (SISBASEPOP, SISRHC, SISCOLO, SISMAMA).
Coletar 600.000 exames Papanicolau em todo o Estado.
Realizar 3.666.555 atividades ambulatoriais (consultas/procedimentos, exames de apoio diagnóstico, tratamento não cirúrgicos).
Realizar 86.914 atividades hospitalares (assistência hospitalar).
Operacionalizar o acelerador linear.
Implantar a tecnologia de Oncologia Molecular (montar e equipar o laboratório de oncologia molecular).
Implementar a telemedicina cirúrgica.



Metas 2012-2015- Continuação
Desenvolver 140 projetos de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.
Realizar o “II Congresso Pan Amazônico de Oncologia” com 1.500 participantes e “I Seminário de Bioética da FCECON”.
Expandir de 36 para 40 bolsas o Programa de Apoio a Iniciação Científica – PAIC.
Buscar o credenciamento da FCECON como hospital de ensino junto ao Ministério da Educação e da Saúde.
Implementar o programa de incentivo/benefício à graduação, pós-graduação e língua estrangeira dos colaboradores da FCECON.
Aumentar em 20% o número de publicações científicas dos grupos de pesquisa da FCECON.
Implementar os programas de residência médica em cirurgia oncológica, do programa de apoio a iniciação científica, das ações de teleconferência e telemedicina, das ações do comitê de ética em pesquisa em seres-humanos.
Implantar os programas de residência médica em cirurgia buco maxilo-facial, residência multidisciplinar em oncologia, tecnologia de rastreamento de hemocomponentes.
Modernizar a biblioteca especializada em oncologia e dos centros de telemedicina e Telessaúde da FCECON.
Atender 1.099 indígenas em oncologia.

Diretriz 8: Implementação da Política de Atenção em Traumatologia-Ortopedia e assistência à saúde em outras especialidades com vistas a integralidade da atenção à saúde, bem como e o desenvolvimento do ensino e pesquisa nas áreas clínicas, cirúrgicas e de apoio ao diagnóstico de interesse do SUS/AM.

Objetivo 3: Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, ao atendimento de necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.

- Realização de assistência à saúde nas áreas traumatologia-ortopedia e outras especialidades.
- Fornecimento de órtese e prótese para traumatologia-ortopedia.
- Desenvolvimento de ensino, pesquisa e eventos em saúde.
- Treinamento de acadêmicos de saúde.



Metas 2012-2015
Atender 325.000 pacientes nas áreas traumato-ortopedia e outras especialidades.
Iniciar cirurgias de alta complexidade: bariátricas e cirurgias ortopédicas.
Adquirir e dispensar 4.600 materiais de órtese e prótese para o atendimento médico e cirúrgico em traumato-ortopedia.
Qualificar 280 profissionais de saúde.
Firmar 08 contratos com instituições universitárias para treinamento dos acadêmicos.

Diretriz 9: Reestruturação dos serviços de saúde, voltados para a implantação e implementação das redes temáticas - rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede psicossocial, rede de atenção à pessoa com deficiência, rede oncológica e demais Políticas de Atenção Especializada, oportunizando a ampliação do acesso aos serviços de saúde, à assistência integral e humanizada.

Objetivo 3: Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, ao atendimento de necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.

- Aquisição e fornecimento de órtese, prótese e produtos para saúde.
- Encaminhamento e remoção de pacientes em tratamento de saúde fora de domicílio.
- Manutenção da rede ambulatorial e hospitalar de atenção especializada.
- Manutenção da rede de urgência e emergência.
- Manutenção da rede básica estadual.
- Manutenção da rede materno infantil.
- Manutenção da rede psicossocial.
- Manutenção do serviço de assistência aos nefropatas crônicos.
- Manutenção do SAMU Amazonas.
- Manutenção do Complexo Regulador do Estado.
- Manutenção das Unidades de Saúde que compõem o Consórcio.
- Apoio à implementação da rede Telessaúde.
- Contratação de cooperativas/empresas assistenciais.
- Prestação de serviços pela rede complementar do SUS.
- Implementação do programa de atenção domiciliar.
- Implementação do programa escola solidária.
- Implementação das ações de transplante.
- Operacionalização do serviço de remoção de urgência do interior para a capital.
- Operacionalização do serviço de transporte sanitário no Estado.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

- Transferência de recursos financeiros da média e alta complexidade aos municípios.
- Implantação e implementação das Redes Temáticas: Rede de Urgência e Emergência – RUE, Rede Cegonha – RC, Rede Psicossocial – RAPS, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede Oncológica nas regiões de saúde.
- Habilitação de SPAs em UPAs.

Metas 2012-2015
Beneficiar 19.200 pessoas com órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção necessárias para a recuperação e reabilitação das pessoas com deficiência.
Manter parceria com a SEPED na aquisição e dispensação de 5.000 Kit's Saúde para pacientes do Programa Viver Melhor na capital e 2.500 Kit's Saúde para pacientes no interior.
Manter as casas com entrega de Fraldas/Mensal e Colchão Caixa de Ovo/Trimestral das casas adaptadas no ano de 2011/2012 (102 Casas) bem como das novas casas previstas para 2013/2014, tanto na capital quanto no interior.
Realizar tratamento fora do domicílio (interestadual) para 7.600 pacientes.
Manter 73 unidades da rede ambulatorial e hospitalar da atenção especializada.
Manter 21 unidades de urgência (03 HPS e 03 HPSC - Manaus, 03 unidades de porta de entrada de urgência - Itacoatiara, Manacapuru e Tabatinga, 08 SPAs - Manaus e 04 UPAs - Manaus, Itacoatiara e Tabatinga).
Manter 15 unidades da rede básica (12 CAICs e 03 CAIMIs).
Manter 07 unidades da rede materna infantil (05 maternidades, 01 hospital/maternidade/SPA e 01 maternidade/urgência ginecológica).
Manter 04 unidades da rede psicossocial (01 CAPS, 01 CPER, 01 SRT (com 8 casas) e 01 Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos).
Manter o serviço de assistência aos nefropatas crônicos.
Manter a Central de Regulação do SAMU 192 Amazonas, em Manaus, e manter a Central de Regulação do SAMU Alto Solimões.
Manter o Complexo Regulador do Estado em funcionamento.
Manter 03 Unidades de Saúde sendo a Maternidade e UPA de Tabatinga e o Hospital de São Paulo de Olivença pertencentes ao Consórcio.
Implementar o Programa de Telessaúde nos 61 municípios do estado para a realização de exames, consultas especializadas e capacitação dos profissionais de saúde.
Manter o contrato com as 33 cooperativas/empresas para a prestação de serviço na rede assistencial.
Manter 73 contratos de saúde com a rede complementar do SUS/AM.
Realizar 1.200 atendimentos, através do Programa Saúde em Casa.
Realizar 92.000 atendimentos, através do Programa Escola Solidária.
Aumentar os transplantes de rim (doador vivo e doador falecido) em 60% e os transplantes de córneas em 80%.
Realizar 06 transplantes de fígado e 08 de coração.



Metas 2012-2015 - Continuação
Realizar 1.600 remoções de urgência com serviço aeromédico de UTI do interior para capital.
Elaborar o plano de transporte sanitário, considerando as características regionais para viabilizar o acesso aos serviços de saúde em todas as regionais.
Transferir os recursos do MAC a 06 municípios do interior.
Implantar e implementar a Rede de Urgência e Emergência – RUE, Rede Cegonha – RC, Rede Psicossocial – RAPS, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede Oncológica nas nove Regiões de Saúde.
Ampliar a oferta de serviços em saúde mental com 12 novas habilitações de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nos municípios do Amazonas.

Diretriz 10: Implementação do Programa Amazonas Saúde Itinerante com o objetivo de atender os residentes das sedes e zonas rurais dos municípios do interior com a realização de consultas, exames e tratamentos de média complexidade.

Objetivo 3: Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, ao atendimento de necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.

- Operacionalização da saúde itinerante no Estado do Amazonas.
- Apoio ao Pronto Atendimento Itinerante – PAI

Metas 2012-2015
Realizar 160 mutirões de cirurgias com 12.000 procedimentos cirúrgicos através do Programa Amazonas Saúde Itinerante
Realizar 740.000 atendimentos de saúde através do Pronto Atendimento Itinerante (PAI).

Diretriz 11: Implantação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica e reestruturação da gestão da assistência farmacêutica, por meio de gestão eficiente com otimização dos recursos financeiros contribuindo para melhoria do acesso e uso racional de medicamentos.

Objetivo 4: Garantir a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS Amazonas.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.

- Realizar transferência de recursos financeiros à farmácia básica aos municípios.



- Fornecer medicamentos e insumos para a rede assistencial do estado.
- Fornecer medicamentos excepcionais e de alto custo.
- Apoiar às farmácias populares.

Metas 2012-2015
Beneficiar os 62 municípios do Amazonas com recursos financeiros para atenção básica.
Beneficiar 118 unidades de saúde (capital e interior) de medicamentos e insumos para a rede assistencial do Estado.
Beneficiar 60.000 pessoas com fornecimento de medicamentos excepcionais e de alto custo.
Descentralizar para as 9 regionais o atendimento aos medicamentos do componentes especializados - PROEME
Manter 06 farmácias populares (05 na capital e 01 no interior).

Diretriz 12: Coordenação das ações nas áreas de vigilância e promoção à saúde no âmbito estadual, desenvolvendo ensino e pesquisa em vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e laboratorial.

Objetivo 5: Consolidar a Vigilância em Saúde como um dos pilares do modelo de atenção a saúde visando a redução dos riscos e agravos à saúde da população.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão:

- Coordenação, monitoramento, controle, avaliação e apoio técnico aos municípios do Estado, nas ações de vigilância epidemiológica.
- Coordenação, monitoramento, controle, avaliação e apoio técnico aos municípios do Estado, nas ações de vigilância ambiental em saúde.
- Coordenação, monitoramento, controle, avaliação e apoio técnico aos municípios do Estado, nas ações de vigilância sanitária.
- Realizar as análises laboratoriais de interesse em saúde pública através do LACEN.
- Fomentar o fortalecimento dos sistemas de informações de saúde na FVS/AM.
- Implantação das atividades de pesquisas, tecnologias e/ou inovação, em prevenção e controle das doenças e agravos no âmbito da FVS/AM.

Metas 2012-2015
Ampliar para 46 Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - NVEH, nos municípios no Estado do Amazonas até 2015.
Implantar a CMCIRAS (Comissão Municipal de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde) em 30 municípios do Estado até dezembro de 2015.
Alcançar as metas pactuadas de coberturas das vacinas do calendário de vacinação, conforme preconiza o MS e em todos os municípios.



Metas 2012-2015 - Continuação
Ampliar a taxa de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera para 83%, até dezembro de 2015.
Implantar a vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e Fatores de Risco, em 60% dos municípios do Estado até 2015.
Implantar o Sistema de Informação em Vigilância Sanitária- SIVISA em Manaus e nos municípios com mais de 100 mil habitantes até 2015.
Reduzir o Índice Parasitário Anual- IPA da malária no estado do Amazonas, com meta global de 80% até 2015, tendo como base o ano de 2010.
Implantar Núcleos de Educação em Saúde em 30% dos municípios do interior até 2015.

Diretriz 13: Implementação da programação de investimentos em saúde, considerando a conformação das redes de atenção, planos regionais e necessidades da população, visando melhorar a resolutividade e ampliar a cobertura da assistência ambulatorial e hospitalar no Estado do Amazonas.

Objetivo 6: Estabelecer a Política Estadual de Investimentos em Saúde, visando qualificar o processo de regionalização da saúde no Amazonas.

As estratégias na implementação dessa diretriz serão.

- Construção da nova sede da SUSAM.
- Construção do Hospital Pronto-Socorro da Zona Norte.
- Expansão de Serviços para a Rede Psicossocial.
- Implantação do SAMU Amazonas.
- Construção e ampliação da estrutura física da saúde e de gestão na capital.
- Construção e ampliação da estrutura física da saúde e de gestão no interior.
- Reforma e adequação da estrutura física da saúde e de gestão na capital.
- Reforma e adequação da estrutura física da saúde e de gestão no interior.
- Reforma e adequação de unidades de saúde no Alto Solimões: projeto QualiSUS-Rede.
- Aquisição de equipamento e material permanente no interior.
- Aquisição de equipamento e material permanente na capital.
- Aquisição de equipamentos e materiais permanentes para os municípios do Alto Solimões: projeto QualiSUS-Rede.
- Aquisição de ambulâncias terrestre e fluvial nos municípios.
- Co-financiamento para reestruturação da atenção primária de saúde no Estado.
- Apoio à implementação de convênios e parcerias com o Estado.
- Implementação da Qualidade da Atenção as Urgências e Emergências para a Copa 2014 em Manaus.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Metas 2012-2015
Construção da nova sede da SUSAM.
Construir o Hospital Pronto-Socorro da Zona Norte, através da Parceria Público Privada.
Implantar o Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos - CRDQ
Implantar o Serviço Residencial Terapêutico – SRT com oito casas para os pacientes residentes no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER.
Implantar o SAMU Amazonas nas quatro Regiões de Saúde prioritárias: Médio Amazonas, Rio Negro e Solimões, Rio Negro Centro Regional, contemplando uma Central de Regulação das Urgências, 26 unidades de suporte básico terrestre, 26 unidades de suporte fluvial e três unidades de aero médico. No Alto Solimões uma Central de Regulação das Urgências, nove unidades de suporte básico terrestre, 15 unidades de suporte fluvial e uma unidade de aero médico.
Implantar o centro de referência em atenção à saúde auditiva em alta complexidade.
Implantação da Regulação de Internações na região Manaus e Entorno
Implantação das Centrais de Regulação Ambulatorial, Internações e Urgência e Emergência nas regiões Triângulo, Alto Solimões, Baixo Amazonas, Purus e Juruá.
Implantação das Centrais de Regulação Ambulatorial e Internações nas regiões Rio Negro e Solimões e Médio Amazonas.
Construir o Centro Especializado em Reabilitação Tipo IV para atender as pessoas com deficiência.
Construir o Hospital do Sangue do Amazonas, o primeiro a ser construído na Região Norte.
Construir o Hospital Universitário no município de Iranduba com 200 leitos.
Construir a Unidade Básica de Saúde VIVER MELHOR
Ampliar através da Rede de Urgência e Emergência as unidades: HPS 28 de Agosto, HPS João Lúcio, HPSC da Zona Leste, HPSC da Zona Oeste, Platão Araújo e na Unidade Hospitalar de Itacoatiara.
Construir/ampliar através da Rede Cegonha os Centros de Parto Normal (Azilda da Silva Marreiro, Balbina Mestrinho, Chapot Prevost, Nazira Daou, Dona Lindu, Unidade Hospitalar de Itacoatiara e Manacapuru) e as casas de Gestante, Bebê e Puérpera (Ana Braga, Balbina Mestrinho, Instituto da Mulher, Unidade Hospitalar de Itacoatiara).
Construir/ampliar unidades na capital: Hospital Universitário Francisca Mendes, Pronto-Socorro da Criança Zona Leste, e PS da Zona Oeste (QUALISUS); Maternidade Balbina Mestrinho, Construção da sala de fracionamentos de Medicamentos do Componente Especializado na CEMA.
Finalizar a construção das UPAs: Campos Sales e Cidade Nova.
Construir a sede da Fundação de Vigilância em Saúde/AM e do Laboratório de Saúde LACEN, Rede de Frios, unidades descentralizadas de vigilância em saúde/UDES-VS.
Construir/ampliar unidades no interior: São Paulo de Olivença, Humaitá, Silves, Tabatinga e Manacapuru, Anori, Santo Antônio do Matupi (Manicoré), Envira, Pauini, Itacoatiara.
Reformar/adequar unidades na capital: Pronto-Socorro da Criança Zona Leste e PS da Zona Oeste, Francisca Mendes, Pronto-Socorro Platão Araújo, Hospital Geraldo da Rocha, CAPS Silvério Tundis, antigo Complexo Regulador, novo Complexo Regulador no Centro de Manaus, Central de Medicamentos do Amazonas, Farmácia Popular e dos SPAs, sendo 6 (Alvorada, Danilo Corrêa, Eliameme Mady, José Lins, Zona Sul e Joventina Dias) para habilitar em UPA tipo II e 2 (Coroado e São Raimundo) para habilitar tipo III.
Construir/ampliar e Reformar/adequar as Fundações de Saúde HEMOAM, CECON, Alfredo da Matta, Medicina Tropical, Adriano Jorge, FVS/AM.
Reformar/adequar as unidades no interior: Itamarati, Manacapuru, Manaquiri, Novo Aripuanã, Caapiranga, Careiro Castanho, Itacoatiara. Codajás, Eirunepé, Iranduba, Itapiranga, Ipixuna e Novo Airão.
Reformar através da Rede de Urgência a Unidade de Itacoatiara.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Metas 2012-2015 - Continuação
Reformar através da Rede Cegonha as maternidades em Manaus (Azilda da Silva Marreiro, Instituto da Mulher Dona Lindu, Nazira Daou, Ana Braga) e os hospitais no interior (Coari, Manacapuru, Itacoatiara, São Gabriel da Cachoeira).
Reformar/adequar através do projeto QualiSUS-Rede 12 unidades de saúde da região Alto Solimões.
Equipar com recursos da RUE e RC unidades hospitalares na capital: HPS 28 de Agosto, ICAM e as maternidades Ana Braga, Balbina Mestrinho, Nazira Daou, Azilda Marreiro, Chapot Prevost e Instituto da Mulher Dona Lindú.
Equipar com recursos da RUE e RC as unidades hospitalares no interior: Itacoatiara, Manacapuru e Coari.
Equipar com recursos de Emenda Parlamentar as unidades hospitalares na capital e no interior: maternidades Nazira Daou, Alvorada, Instituto da Mulher Dona Lindú, FCECON, HPSC Zona Leste, HPS Dr. Joao Lucio Machado, HPSC da Zona Oeste, HPS Platão Araújo, HPS 28 de Agosto, Hospital Regional de Tefé, Unidade Hospitalar de Caapiranga, U Mista de Amaturá, Hosp. Frei Roberto San Severino, Unidade Mista de Beruri, Unidade Mista de Itamarati, Unidade Mista de Novo Airão, Unidade Mista de Tonantins, Unidade Mista de Urucurituba, Hospital Silvério Tundis HPSC Zona Leste, HPSC da Zona Oeste, ICAM, Instituto da Mulher Dona Lindu, Maternidade Balbina Mestrinho, Maternidade de Referencia Zona Leste Ana Braga, HPSC Zona Sul, Hospital de Maués Dona Mundiquinha, Hospital Regional de Tefé, Unidade Hospitalar de Amaturá Hosp. Frei Roberto San Severino, Unidade Hospitalar de Beruri, Unidade Hospitalar de Caapiranga, Unidade Hospitalar de Itamarati, Unidade Hospitalar de Novo Airão, Unidade Hospitalar de Tonantins, Unidade Hospitalar de Urucurituba Hospital Silvério Tundis e Unidade Mista de Humaitá.
Equipar com recursos de Emenda Parlamentar 39 Unidades Básicas de Saúde no interior.
Equipar com recursos de Programa as unidades hospitalares na capital e no interior: HPS 28 de Agosto, Triagem Auditiva nas Maternidades: Ana Braga, Balbina Mestrinho, Instituto da Mulher Dona Lindu, Dona Nazira Daou e os Hospitais : José Mendes – Itacoatiara, Lázaro Reis e Maternidade Cecília Cabral - Manacapuru e Hospital Regional de Coari - Prefeito Dr. Odair Carlos Geraldo.
Equipar as unidades hospitalares de saúde no interior: Tabatinga, Silves, Japurá, Pauini e Humaitá.
Equipar as unidades hospitalares de saúde do Estado com cadeiras de rodas e macas específicas para pacientes obesos.
Equipar a FVS/AM, LACEN, Rede de Frios, UDES-VS, FHMOAM na capital e hemocentros no interior, FCECON, Fundação Alfredo da Matta, Fundação de Medicina Tropical, Fundação Adriano Jorge.
Instalar 11 mamógrafos nas unidades do interior e 01 no Barco Pai e adquirir mais equipamentos de Mamografia para os municípios ainda não contemplados.
Adquirir através do projeto QualiSUS-Rede 1.755 equipamentos para as unidades de saúde da região Alto Solimões.
Adquirir 25 ambulâncias para o atendimento inter-hospitalar, 03 ambulâncias UTI para atender as unidades do estado e 35 Ambulâncias Fluviais.
Cofinanciar a Atenção Primária em Saúde para 100% dos municípios do Estado.
Implementar 32 convênios em execução.
Implantar 25 salas de estabilização em 22 unidades (capital e região metropolitana) e implantar o acolhimento com classificação de risco para atender a Copa 2014 em Manaus.



3. Referências Bibliográficas.

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988
- _____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- _____. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- _____. Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000. Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 13 set. 2000.
- _____. Portaria nº. 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga O Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e Aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 22 fev. 2006.
- _____. Portaria nº. 3.085 de 1º de Dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF, 2006.
- _____. Portaria nº. 3.332 de 28 de Dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF, 2006.
- _____. Portaria nº. 3.176 de 24 de Dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde. Brasília, DF, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos. 2ª ed. Brasília: MS, 2009. 56 p. (Série Cadernos de Planejamento, v. 2).
- _____. Portaria nº. 204/GM de 29 de Janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF, 2007.



_____. Portaria nº. 837/GM de 23 de Abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2015. Brasília, 2012.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

_____. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 1.

_____. Portaria nº 4.279/GM/MS de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para organização da RAS no âmbito da SUS.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011: Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde –SUS.

_____. Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. Portaria nº 793, de 24 de Abril de 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília – DF, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: www.ibge.gov.br. Análise de dados.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude>. Análise de dados.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto>.
Indicadores de Saúde.

AMAZONAS. Constituição do Estado do Amazonas, de 5 de outubro de 1989.
_____. Conselho Estadual de Saúde. Relatório da 6ª Conferência Estadual de Saúde. Manaus,
2011.

_____. Secretaria de Saúde. Secretaria de Planejamento e Orçamento - SEPLAN . Plano
Plurianual (PPA) 2012-2015. Manaus, 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde - Projetos e Ações Priorizados na Saúde - Susam –
2011.



Anexo – Painel de Indicadores

Diretriz 1 - Garantir o acesso da população a serviços de qualidade e ampliação do acesso equitativo aos serviços de saúde, mediante aprimoramento da atenção primária, definindo-a como eixo estruturante e reordenador da atenção à saúde no Estado do Amazonas.

Indicadores:

1. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.
2. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (ESF).
3. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
4. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
5. Proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 07 consultas de pré-natal.
6. Número de testes de sífilis por gestante
7. Taxa de mortalidade infantil.
8. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família
9. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
10. Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose
11. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
12. Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados
13. Cobertura do Programa Saúde na Escola (PSE).

Diretriz 2 - Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, ao atendimento de necessidades de saúde, mediante aprimoramento da atenção especializada.

Indicadores:

1. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab)
2. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
2. Proporção de Internações hospitalares (SUS) por habitante.
3. Proporção de parto normal.
4. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.
5. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.



6. Número de cirurgias eletivas.
7. Número de consultas especializadas.
8. Índice de realização de transplantes.
9. Cobertura do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)

Diretriz 3 - Garantir a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS Amazonas.

1. Gasto per capita com medicamentos.
2. Proporção de municípios beneficiados com transferência de recursos à Farmácia Básica.

Diretriz 4- Consolidar a Vigilância em Saúde como um dos pilares do modelo de atenção à saúde visando a redução dos riscos e agravos à saúde da população.

Indicadores:

1. Incidência Parasitária Anual da Malária.
2. Índice de infestação predial com larvas Aedes Aegypti nos municípios prioritários para o controle da dengue no Estado.
3. Número absoluto de óbitos por dengue
4. Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
5. Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária.
6. Proporção de municípios com Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização implantado.
7. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
8. Proporção de óbitos maternos investigados.
9. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
10. Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas
11. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
12. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após
13. Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina
14. Número de casos novos de aids em menores de 5 anos



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

15. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

Diretriz 5- Aperfeiçoar a capacidade de gestão do SUS no Amazonas para a execução das políticas de saúde;

Sem indicador

Diretriz 6- Estabelecer a Política Estadual de Investimentos em Saúde.

Indicadores:

1. Variação anual dos investimentos em construção, ampliação, reforma e aparelhamento em unidades de saúde.

**Indicadores de saúde pactuados com o Ministério da Saúde - 2012**

Cadastro Estadual Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2012
Estado: AMAZONAS

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.			
Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
1	MEDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA	3	%
2	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAUDE DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA	82	%
3	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENCAO BASICA	56	%
4	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BASICAS DE SAUDE BUCAL	50	%
Objetivo Nacional 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
5	PROPORCAO DE SERVICOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO	3	%
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.			
Objetivo Nacional - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
6	NUMERO DE UNIDADES DE SAUDE COM SERVICIO DE NOTIFICAO DE VIOLENCIA IMPLANTADA	173	N ABSOLUTO
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.			
Objetivo Nacional 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de úter			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
7	RAZAO DE EXAMES CITOPATOLOGICOS DO COLO DO UTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULACAO FEMININA NA MESMA FAIXA ETARIA	0,5	RAZAO
8	RAZAO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULACAO DA MESMA FAIXA ETARIA.	0,35	RAZAO
9	SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNOSTICO DE LESOES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO UTERO	100	%
Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
10	PROPORCAO DE PARTOS NORMAIS	63	%
11	PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM NO MINIMO 7 CONSULTAS DE PRE-NATAL.	35	%
12	NUMERO DE OBITOS MATERNO EM DETERMINADO PERIODO E LOCAL DE RESIDENCIA	44	N ABSOLUTO
13	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	15,22	/1000
14	PROPORCAO DE OBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	35	%
15	PROPORCAO DE OBITOS MATERNO E DE MULHERES EM IDADE FERTIL (MIF) POR CAUSAS PRESUMIVEIS DE M	70	%
16	INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA.	85	N.Absoluto



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.			
Objetivo Nacional - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
17	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	0,4	/100.000
Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.			
Objetivo Nacional - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
18	TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FEMUR	20,92	/10.000
Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.			
Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
19	COBERTURA VACINAL COM VACINA TETRAVALENTE (DTP+HIB)/PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO	95	%
20	PROPORÇÃO DE CURA NAS COORTES DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	85	%
21	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	85	%
22	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	86	%
23	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO	80	%
24	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS QUE NOTIFICAM DOENÇAS/AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO DA POPULAÇÃO RESIDENTE	75	%
25	TAXA DE INCIDÊNCIA DE AÍDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE.	0,36	/100.000
26	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	16	%
27	ÍNDICE PARASITÁRIO ANUAL (IPA) DE MALARIA.	15	/1000
28	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	10	N ABSOLUTO
Objetivo Nacional 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
29	PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DAS ANÁLISES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA, REFERENTE AO PARÂMETRO DE TURBIDIDADE	35	%
Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.			
Objetivo Nacional - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
30	PERCENTUAL DE COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES) EM FUNCIONAMENTO POR ESTADO.	5	%
Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.			
Objetivo Nacional - Qualificação de instrumentos de gestão, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.			
Nº	Indicador	Meta 2012	Unidade
31	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	1,61	%

Fonte: SISPACTO/MS