



Plano Estadual de Saúde Amazonas 2016-2019 (1ª Revisão) SUSAM

Governador do Estado do Amazonas
José Melo de Oliveira

Vice - Governador do Estado do Amazonas
José Henrique Oliveira

Secretário de Estado de Saúde do Amazonas
Pedro Elias de Souza

Secretário Executivo
Maderson da Rocha Furtado

Organização

Departamento de Planejamento (DEPLAN/SUSAM) - Gerência de Programação em Saúde/Gerência de Apoio à Gestão Descentralizada / Gerência de Projetos e Estudos Técnicos

Colaboração

Secretaria Executiva Adjunta de Atenção Especializada da Capital (SEAASC)

Secretaria Executiva Adjunta de Atenção Especializada do Interior (SEAASI)

Secretaria Executiva Adjunta do Fundo Estadual de Saúde (FES)

Departamento de Planejamento (DEPLAN)

Departamento de Ações Básicas e Ações Estratégicas (DABE)

Departamento de Tecnologia da Informação (DETIN)

Departamento de Controle e Avaliação Assistencial (DECAV)

Departamento de Gestão de Recursos Humanos (DGRH)

Departamento de Gestão Financeira (DEGFIN)

Departamento de Logística (DELOG)

Central de Medicamentos (CEMA)

Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AM)

Conselho Estadual de Saúde (CES/AM)

Auditoria/Ouvidoria/Susam

Central Estadual de Transplante/Susam

Complexo de Regulação do Amazonas

Assessoria de Gabinete

Fundações de Saúde / Hospitais

Fundação Centro de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON

Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado

Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – FHMOAM

Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta

Fundação Hospital Adriano Jorge

Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS/AM

Hospital Universitário Francisca Mendes

Sumário

	Pg
Lista de Siglas	06
Lista de Figuras, Gráficos, Mapas, Quadros e Tabelas	09
Identificação Estadual	13
Apresentação	15
Introdução	17
Orientações Estratégicas da SES/Am.....	19
Informações Gerais da Secretaria de Estado de Saúde	20
1. Análise da Situação de Saúde	22
A Amazônia	22
O Estado do Amazonas	24
Região Metropolitana de Manaus	25
Indígenas no Amazonas	26
Bacia Hidrográfica do Amazonas	28
1.1 Condições Sociossanitárias	29
1.1.1 Determinantes Sociais da Saúde	29
1.1.1.1 Situação Demográfica	29
1.1.1.2 Situação Socioeconômica	33
1.1.1.3 Situação Ambiental	40
1.1.1.4 Situação Comportamental	44
1.2 Condições de Saúde da População	46
1.2.1 Situação de Natalidade	46
1.2.2 Situação de Mortalidade	51
1.2.3 Situação de Morbidade	62
1.2.4 Situação de Saúde de Grupos Populacionais de Maior Vulnerabilidade e Ciclos de Vida	78
1.3 Estrutura do Sistema de Saúde	81
1.3.1 Estabelecimentos de Saúde no Amazonas	81
1.3.2 Leitos no Amazonas	84
1.3.3 Equipamentos	87
1.3.4 Recursos Humanos	87
1.4 Serviços Produzidos	90
1.4.1 Internações Hospitalares do SUS – Amazonas	90
1.4.2 Produção Ambulatorial do SUS no Amazonas	93
1.5 Redes de Atenção à Saúde	95
1.5.1 Atenção Básica em Saúde	97
1.5.1.1 Situação da Atenção Básica no Amazonas	99
1.5.1.2 Estratégias de ampliação da AB na Amazônia	101
1.5.2 Política de Redes de Atenção à Saúde – RAS	113
1.5.2.1 Redes de Atenção à Saúde - RAS no Amazonas	113

	Pg
▪ Rede de Atenção às Urgências - RUE	115
▪ Rede Materno-Infantil - RMI/Rede Cegonha	117
▪ Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	119
▪ Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	121
▪ Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência	125
1.5.3 Políticas Transversais / Relações interinstitucionais	127
1.5.4 Fundações de Saúde	141
1.6 Assistência Farmacêutica no Estado do Amazonas	150
1.7 Recursos Financeiros	156
1.8 Gestão da Saúde	162
1.8.1 Situação da Gestão	162
1.8.2 Instâncias de Pactuação e Controle Social	163
1.8.3 Serviço de Auditoria do SUS	166
1.8.4 Controle e Avaliação	167
1.8.5 Regulação do acesso aos serviços de atenção especializada	169
1.8.6 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	171
1.8.7 Educação em Saúde:	173
1.8.8 Regionalização	178
1.8.9 Planejamento da Saúde	193
1.9 Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde e Gestão	195
2. Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Metas	198
2.1 Diretrizes orientativas do Plano Estadual de Saúde 2016 -2019	198
2.2 Objetivos	200
2.3 Indicadores	201
2.4 Objetivos, Indicadores e Metas	204
Eixo Gestão do SUS	204
Objetivo 1: Indicadores e Metas.....	204
Objetivo 2: Indicadores e Metas.....	205
Objetivo 3: Indicadores e Metas	205
Eixo Atenção Básica	208
Objetivo 4: Indicadores e Metas.....	208
Objetivo 5: Indicadores e Metas.....	209
Eixo Atenção de Média e Alta Complexidade	212
Objetivo 6: Indicadores e Metas.....	212
Objetivo 7: Indicadores e Metas.....	215
Eixo Assistência Farmacêutica	218
Objetivo 8: Indicadores e Metas.....	218
Eixo Vigilância em Saúde	218
Objetivo 9: Indicadores e Metas.....	218

	Pg
Eixo Investimento em Saúde	219
Objetivo 10: Indicadores e Metas.....	219
Eixo Gestão da SES	220
Objetivo 11: Metas	220
3. Processo e Monitoramento e Avaliação	221
4. Referências	224
Anexos	226

Lista de Siglas

AB – Atenção Básica
 ACISO – Ação Cívica e Social
 ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco
 ACS – Agente Comunitário de Saúde
 AFI – Administração Financeira Integrada
 AIDPI – Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância
 AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (em português, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
 ALE/Am – Assembléia Legislativa do Amazonas
 AMB – Associação Médica Brasileira
 APS – Atenção Primária em Saúde
 ASB – Auxiliares de Saúde Bucal
 BLH – Bancos de Leite Humano
 CAIMI – Centro de Atenção Integral a Melhor Idade
 CAN – Correio Aéreo Nacional
 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
 CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
 CC – Centro Cirúrgico
 CEMA – Central de Medicamentos do Amazonas
 CEO – Centros de Especialidades Odontológicas
 CER III – Centro Especializado de Reabilitação III
 CERAC – Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
 CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
 CES/AM – Conselho Estadual de Saúde do Amazonas
 CETAM/ETSUS – Centro de Educação Tecnológica do Amazonas/Escola Técnica do SUS
 CIB – Conselho de Informações sobre Biotecnologia
 CIB/AM – Comissão Intergestores Bipartite do Amazonas
 CIHDOTT – Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
 CIR – Comissões Intergestores Regionais
 CIT – Comissão Intergestores Tripartite
 CNCDO/AM – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Amazonas
 CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
 CNI – Confederação Nacional das Indústrias
 CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
 COAPS – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
 CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
 COSEMS/AM – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas
 CPD – Centro de Processamento de Dados
 CPER – Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro
 CRDQ – Centro de Reabilitação de Dependentes Químicos
 DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
 DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias
 DRC – Doença Renal Crônica
 DSEI – Distrito de Saúde Especial Indígena
 DST – Doença Sexualmente Transmissível
 DOGES – Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/MS
 EC-29 – Emenda Constitucional 29
 ESB – Equipes de Saúde Bucal
 ESF – Estratégia Saúde da Família
 FAPEAM – Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Amazonas

FES – Fundo Estadual de Saúde
 FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
 FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
 FNS – Fundo Nacional de Saúde
 GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
 HCOR – Hospital do Coração de São Paulo
 HCV – Vírus da Hepatite C
 HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
 HPSC – Hospital e Pronto Socorro da Criança
 HPS – Hospital Pronto Socorro
 HPV - *Human Papiloma Virus*
 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
 IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
 ICAM – Instituto da Criança do Amazonas
 IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
 IHAC – Hospital Amigo da Criança
 INTO/Projeto Suporte – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad
 ISO – *International Organization for Standardization*
 ISBT – *International Society of Blood Transfusion*
 LACEN – Laboratório Central
 LOA – Lei Orçamentária Anual
 LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias
 MAC – Média e Alta Complexidade
 MAPA – Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial
 MPT – Ministério Público do Trabalho
 MS – Ministério da Saúde
 OMS – Organização Mundial de Saúde
 OPO/AM – Organização de Procura de Órgãos do Amazonas
 PAI – Pronto Atendimento Itinerante
 PAIC – Programa de Apoio a Iniciação Científica
 PAID – Programa de Atenção Integral ao Deficiente
 PAS – Programação Anual de Saúde
 PCCR – Plano de Cargos, Carreira e Remuneração
 PCR – Reação em Cadeia da Polimerase
 PECTI-AM/Saúde – Programa Estratégico de Ciência, Tecnologia & Inovação nas Fundações Estaduais de Saúde.
 PES – Plano Estadual de Saúde
 PESc – Programa de Educação em Saúde da Criança
 PIA – Primeira Infância Amazonense
 PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
 PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
 PNH – Política Nacional de Humanização
 PNS – Plano Nacional de Saúde
 PPA – Plano Plurianual
 PPP – Parceria Público-Privada
 PPG/MT – Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical
 PROEME – Programa Estadual de Medicamento Especializado
 PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica
 PQA/VS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
 PVS – Programa Pesquisador Visitante Sênior
 RAG – Relatório Anual de Gestão
 RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
 RAS – Redes de Atenção à Saúde

RC – Rede Cegonha
RDQA – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RNA – Ácido Ribonucléico
RPA – Sala de Recuperação Pós-Anestésica
RS – Região de Saúde
RUE – Rede de Urgência e Emergência
RUTE – Núcleo da Rede Universitária de Telemedicina
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
SEAAS – Secretaria Executiva de Assistência à Saúde
SEDUC - Secretaria de Estado de Educação e Qualidade do Ensino
SEFAZ – Secretaria de Fazenda
SEINFRA – Secretaria de Estado de Infraestrutura
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SEPLAN – Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISCAN – Sistema de Informação em Câncer
SPA – Serviço de Pronto Atendimento
SPLAM – Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Gestão do Estado do Amazonas
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUHAB – Superintendência Estadual de Habitação
SUSAM – Superintendência de Saúde do Amazonas (também denominada Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas SES/Am)
TFD – Tratamento Fora de Domicílio
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde
UEA – Universidade do Estado do Amazonas
UFAM – Universidade Federal do Amazonas
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Lista de Figuras, Gráficos, Mapas, Quadros e Tabelas

FIGURAS	Pg
Figura 1: Floresta Amazônica	22
Figura 2: Recursos naturais e biodiversidade da Amazônia	22
Figura 3: Ponte sobre o Rio Negro (Manaus - Iranduba)	26
Figura 4: Cenário da enchente dos rios, Anamá, Amazonas, 2015	42
Figura 5: Telessaúde Amazonas	130
Figura 6: Fundação CECON – Manaus, Am	141
Figura 7: Fundação HEMOAM – Manaus, Am	141
Figura 8: Fundação Hospital Adriano Jorge – Manaus, Am	142
Figura 9: Fundação Alfredo da Mata – Manaus, Am	143
Figura 10: Fundação de Medicina Tropical – Manaus, Am	144
Figura 11: Hospital Dona Francisca Mendes – Manaus, Am	145
Figura 12: Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS/Am, Manaus, Am	148
Figura 13: Cenários contrastes Amazônicos: área urbana e periferia de Manaus, Am	191
Figura 14: Cenários e riquezas naturais do Amazonas	192
GRÁFICOS	
Gráfico 1: Distribuição da população por sexo, segundo faixa etária, Amazonas, 2005	29
Gráfico 2: Distribuição da população por sexo, segundo faixa etária, Amazonas, 2015	29
Gráfico 3: População por situação de Domicílio, Am, 2015	30
Gráfico 4: População Am por Sexo, 2015	30
Gráfico 5: População Am por Grupo Etário, 2015	31
Gráfico 6: População com 60 anos ou mais, Am, 2010- 2015	32
Gráfico 7: População por cor ou raça, Am, 2010	32
Gráfico 8: Projeção da População do Am por Faixa Etária, 2016-2019	33
Gráfico 9: Indicadores ambientais selecionados, Am, 1991, 2000, 2010, e 2012	34
Gráfico 10: % de Pessoas de 15 ou mais anos analfabetas, Amazonas e Brasil, 2001 a 2014	36
Gráfico 11: Média de anos de estudo, Amazonas e Brasil, 2001 a 2014	36
Gráfico 12: Renda média per capita, Amazonas e Brasil, 2001 a 2014	38
Gráfico 13: Índice de Desenvolvimento Humano – IDH Amazonas e Brasil, 1991, 2000 e 2010	39
Gráfico 14: Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes, Amazonas e Brasil, 2003 a 2013	46
Gráfico 15: Proporção de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer por Região de Saúde, Am, 2010 a	50
Gráfico 16: Mortalidade proporcional por grupos de causas < 1 ano, Amazonas, 2010-2014	55
Gráfico 17: Proporção de óbitos infantis e fetais investigados, Amazonas, 2009-2014	56
Gráfico 18: Razão da mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, Amazonas, 2010 a 2014	57
Gráfico 19: Proporção de Óbitos Maternos e de Mulheres em Idade Fértil Investigados, Amazonas,	59
Gráfico 20: Proporção de Óbitos por Grupo das DCNT, em relação a total de óbitos, por faixa etária de	60
Gráfico 21: Taxa de Óbitos por Grupo de Causas das DCNT, faixa etária de 30 a <70 anos por 100.000	61
Gráfico 22: Taxa de Óbitos por Grupo Causas Externas por 100.000 habitantes Amazonas, 2010 a 2014	61
Gráfico 23: Casos Novos de TB-MDR notificados no site TB/MS Amazonas, 2000 a 2015	66
Gráfico 24: Coeficiente de Detecção Geral da Hanseníase, Manaus, Interior e Estado, 1990 a 2015	68
Gráfico 25: Tipos de Criadouros Predominantes para o Aedes aegypti LIRAA Nacional Outubro, por	71
Gráfico 26: Casos de Malária por Região de Saúde, Amazonas 2015	72
Gráfico 27: Relação Histórica entre Casos de Malária e IPA, Amazonas 2007 a 2015	73

GRÁFICOS

Gráfico 28: Proporção dos acidentes por animais peçonhentos, por tipo de acidente, Amazonas, 2015	75
Gráfico 29: Proporção dos acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva, por espécie agressora, Amazonas, 2015	76
Gráfico 30: Internações Hospitalares do SUS por Região de Saúde e Ano, Amazonas, 2012 a 2015	91
Gráfico 31: Internações Hospitalares do SUS: AIH aprovadas por Grupo e SubGrupo de Procedimentos,	92
Gráfico 32: Internações Hospitalares do SUS: AIH aprovadas por Grupo e SubGrupo de Procedimentos,	92
Gráfico 33: Evolução da cobertura da Atenção Básica: Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, Amazonas, nos anos 2013-2015	101
Gráfico 34: Distribuição do percentual dos Estabelecimentos de Saúde por Região de Saúde, Amazonas	104
Gráfico 35: Distribuição dos Profissionais de Saúde por Região de Saúde - Amazonas	105
Gráfico 36: Distribuição dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Manaus	105
Gráfico 37 : Assistência Farmacêutica CEMA: % de Abastecimento da Capital	153
Gráfico 38 : Assistência Farmacêutica CEMA: % de Abastecimento do Interior	153
Gráfico 39: Despesa total em saúde por habitante e % dos recursos próprios gastos em saúde. Amazonas, 2006 a 2015	156
Gráfico 40: Transferência Fundo a Fundo por Bloco de Financiamento selecionado. Amazonas, 2010 a 2015	157
Gráfico 41: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e Valor Per Capita Anual. Amazonas, 2010 a 2015	157

MAPAS

	Pg
Mapa 1: Desmatamento na Amazônia	23
Mapa 2: Limites do Estado do Amazonas	24
Mapa 3: Densidade Populacional por municípios Am	25
Mapa 4: Região Metropolitana de Manaus	25
Mapa 5: Terras Índigenas no Amazonas	26
Mapa 6: Rios da Bacia Amazônica	28
Mapa 7: Amazonas: Cenário de enchentes dos rios	41
Mapa 8: Amazonas: Enfrentamento às enchentes dos rios	42
Mapa 9: Amazonas: Impacto das enchentes em 2015	43
Mapa 10: Capacitação curso de vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos – Vigipeq, 2015	44
Mapa 11: Distribuição Espacial da Taxa de Incidência de Tuberculose, Amazonas, 2015	66
Mapa 12: Rede de Diagnóstico Laboratorial para Tuberculose, Amazonas, 2015	67
Mapa 13: Detecção de Hanseníase por Região de Saúde, Amazonas, 2015	68
Mapa 14: Incidência Espacial de Dengue por 100.000 habitantes, Amazonas, 2011	69
Mapa 15: Incidência Espacial de Dengue por 100.000 habitantes, Amazonas, 2015	70
Mapa 16: Índice de Infestação Predial segundo o LIRAA Nacional/outububro, por município, Amazonas, 2015	71
Mapa 17: Risco de adoecer por Malária, por Município do Amazonas, 2015	74
Mapa 18: Espacialização da vacinação anti-rábica em cães, por Município do Amazonas, 2015	76
Mapa 19: Regiões de Saúde prioritárias para implantação das Redes de Atenção à Saúde, Amazonas	113
Mapa 20: Mapa das Regiões de Saúde. Amazonas	181

QUADROS

Quadro 1: Proporção de óbitos maternos, MIF, infantis e fetais investigados, Amazonas, 2009 a 2014	56
Quadro 2: Estabelecimentos de Saúde Segundo Tipo e Gestão - Amazonas - Dezembro, 2015	81
Quadro 3: Quantidade de Estabelecimentos de Saúde por Esfera Jurídica e Tipo de Gestão, Amazonas, Dez/ 2015	82
Quadro 4: Estabelecimentos de Saúde da Rede Estadual na Capital Por Zonas Geográficas, 2015	83
Quadro 5: Equipamentos selecionados Existentes e Disponíveis ao SUS por Região de Saúde, Dez/2015	87
Quadro 6: Quantidade de Profissionais por Ocupações de Nível Superior e Tipo de Gestão, Amazonas, Dez/2015	88
Quadro 7: Quantidade de Profissionais por Ocupações de Nível Técnico/Auxiliar e Tipo de Gestão, Amazonas, Dez/2015	88
Quadro 8: Produção Ambulatorial do SUS por Local de Atendimento: Quantidades e Valores Aprovados por Grupo de Procedimentos e Complexidade, Amazonas, 2015	93
Quadro 9: Produção Ambulatorial e Hospitalar do SUS de Urgência e Emergência por Grupo de Procedimento, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015	94
Quadro 10: Produção Ambulatorial e Hospitalar do SUS de Atenção Psicossocial por Forma de Organização, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015	94
Quadro 11: Produção Ambulatorial Especializada e Hospitalar do SUS, Por Grupo de Procedimento, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015	95
Quadro 12: Produção Ambulatorial do SUS da Assistência Farmacêutica Por Subgrupo de Procedimento, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015	95
Quadro 13: Produção Ambulatorial do SUS de Vigilância em Saúde Por Grupo de Procedimento, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015	95
Quadro 14: Situação atual da implantação de NASF no Amazonas - 2015	103
Quadro 15: Situação atual da implantação de Equipe de Saúde Bucal.	106
Quadro 16: Situação atual da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Amazonas – 2015	107
Quadro 17: UBS Amazonas – Construção 2015	108
Quadro 18: UBS Amazonas – Ampliação 2015	102
Quadro 19: UBS Amazonas – Reforma 2015	108
Quadro 20: Academia da Saúde – Construção, 2015	109
Quadro 21 : Orçamento FES/SUSAM: Demonstrativo de Créditos Iniciais e Adicionais	158
Quadro 22 : Execução Orçamentária e Financeira FES/SUSAM- 2015	159
Quadro 23 : Demonstrativo de Recursos Aplicados - SUSAM - 2015	159
Quadro 24: Série histórica dos principais indicadores SIOPS do Estado do Amazonas 2011 a 2015:	160
Quadro 25 : Comissões de Integração Ensino e Serviço CIES instituídas no Amazonas – Estado e Regiões de Saúde	175
Quadro 26 : Regionalização da Saúde - Amazonas: Quadro Sintético da Conformação Regional	180

TABELAS

Tabela 1: População por Região de Saúde Am	30
Tabela 2: Número e Proporção de Nascidos Vivos por Região de Saúde, Amazonas 2010 – 2014	47
Tabela 3: Cobertura de Nascidos Vivos por Região de Saúde, Amazonas 2010 – 2014	47
Tabela 4: Nascidos Vivos por Tipo de Parto por Região de Saúde, Amazonas, 2014	48
Tabela 5: Nascidos Vivos por Faixa Etária da Mãe por Região de Saúde, Amazonas, 2014	49
Tabela 6: Nascidos Vivos por Duração da Gestação por Região de Saúde, Amazonas, 2014	49
Tabela 7: Nascidos Vivos por No. de Consultas Pré Natal por Região de Saúde, Amazonas, 2014	50
Tabela 8: Cobertura de Captação de Óbitos e Coeficiente Geral de Mortalidade por Região de Saúde,	51
Tabela 9: Número e Proporção de Óbitos por Grupos de Causas, Amazonas, 2010 a 2014	53
Tabela 10: Coeficiente de Mortalidade Infantil (< 1 ano) por Região de Saúde, Amazonas, 2010 a 2014	54
Tabela 11: Proporção de Óbitos Maternos por Grupos de Causas, Amazonas, 2010 a 2014	58

Tabela 12: Mortalidade proporcional por Causas Externas, Amazonas, 2010 a 2014	62
Tabela 13: Número de Casos Confirmados de Doenças Transmissíveis, Amazonas, 2011 a 2015	64
Tabela 14: Proporção de Morbidade Hospitalar do SUS por Grupos de Causas, Amazonas, 2011 a 2015	77
Tabela 15: Municípios que notificaram doenças e agravos relacionados ao trabalho, Amazonas, 2013 a 2015	79
Tabela 16: Rede de Saúde Estadual no Interior por Tipologia e Região de Saúde – Amazonas,, Dez/ 2015	84
Tabela 17: Leitos Existentes (SUS e Não SUS) Por Tipo de Gestão – Amazonas, Dez 2015	84
Tabela 18: Leitos de Internação Hospitalar Por Habitante – Amazonas, 2015	85
Tabela 19: Leitos de Internação Hospitalar Por Especialidade – Amazonas, 2015	86
Tabela 20: Leitos de Internação Hospitalar Complementares - Amazonas, Dez 2015	86
Tabela 21: Quantitativo de Profissionais do Sistema Estadual de Saúde do Amazonas - Dez/2015	89
Tabela 22: Internações Hospitalares do SUS, 2015 – Amazonas; Quantidade de AIH aprovadas e Valor Total por Grupo de Procedimento	91
Tabela 23: Situação da cobertura da Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família e Agentes	100
Tabela 24: Situação Atual da Implantação das Equipes da ESFR no Amazonas, 2015	102
Tabela 25: Financiamento Federal para Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	103
Tabela 26: Organização da gestão regionalizada da Saúde no Amazonas, 2015	103
Tabela 27: Financiamento Federal para Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	106
Tabela 28: Financiamento Federal para Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD	107
Tabela 29: Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – Amazonas 2015	107
Tabela 30: Distribuição de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nas Regiões de Saúde – Amazonas 2015	120
Tabela 31: Plano de Atenção Oncológica do Amazonas	121
Tabela 32: Ações desenvolvidas para Portadores de Doenças Renais Crônicas	124
Tabela 33: Ações desenvolvidas para Portadores de Doenças Renais Crônicas, Amazonas	124
Tabela 34: Unidades com Serviços de Atenção s Pessoas em Situação de Violência Sexual cadastradas no CNES – Amazonas	137
Tabela 35: Unidades com Serviços de Atenção s Pessoas em Situação de Violência Sexual / Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei cadastradas no CNES - Amazonas	138
Tabela 36: Amazônia – Distribuição da População por Estados	178
Tabela 37: Amazonas – Distribuição da População por Tamanho dos Municípios	179
Tabela 38: Execução do Programa PPSUS/MS – Amazonas	196

Identificação Estadual

1. Identificação	
UF: Amazonas	
1.2 Secretaria de Saúde	
Razão Social da Secretaria de Saúde	Secretaria de Estado de Saúde
CNPJ	00.697.295/0001-05
Endereço da Secretaria de Saúde (logradouro, nº)	Av: André Araújo, nº 701, Aleixo, Manaus/AM, CEP: 69060-001
Telefone	92 3643-6300
Site da Secretaria	www.saude.am.gov.br
1.3 Secretário de Saúde	
Nome	Pedro Elias de Sousa
Data da Posse	01/07/2015
1.4 Informações do Fundo Estadual de Saúde	
Instrumento legal de criação do FES	Tipo Lei – 2.880
CNPJ	06.023.708/0001-44 – Fundo de Saúde
Data	07/04/2004
O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde?	Sim
Gestor do FES	Pedro Elias de Sousa
Cargo do Gestor do FES	Secretário de Estado de Saúde
1.5 Informações do Conselho de Saúde	
Instrumento legal de criação do CES	Tipo Lei – 2.670
Data	23/07/2001
Nome do Presidente do CES	Pedro Elias de Sousa
Segmento	Gestor
Data da última eleição do Conselho	13/01/2015
Telefone/E-mail	92 3643-6349 / ces@saude.am.gov.br

1.6 Conferência de Saúde	
Data da última Conferência de Saúde	28 a 30 de setembro de 2015
1.7 Plano de Saúde	
A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde?	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Período a que se refere o Plano de Saúde	2016-2019
Status	No CES/AM
Aprovação no Conselho de Saúde	
1.8 Plano de Carreira, Cargos e Salários	
O estado possui Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?	Sim
1.9 Informações sobre regionalização	
Regiões de Saúde Existentes no Estado:	9

Apresentação

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

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

Com a finalidade de orientar a atuação da Gestão do SUS no Amazonas para os próximos quatro anos, a SUSAM elaborou o Plano Estadual de Saúde - PES 2016-2019, sendo este um importante documento que deve ser compreendido como o instrumento de referência da gestão da saúde no âmbito estadual, uma vez que baseia-se em um diagnóstico a partir de vários recortes da situação de saúde no estado, destacando os principais problemas e prioridades de intervenção em prol da melhoria da saúde da população amazonense

O processo de elaboração do PES caracterizou-se pela construção coletiva, onde várias áreas da secretaria, gestores e técnicos das secretarias municipais de saúde, coordenações de comissões intergestores estadual e regionais, representantes do controle social, do conselho de secretários municipais e de outras instituições participaram das discussões, análises e propostas, possibilitando a elaboração de um Plano com diferentes olhares e enfoques.

Enquanto seja um instrumento dinâmico, influenciado pelos avanços e definições da Política de Saúde seguindo as diretrizes nacionais, bem como pela conjuntura político-econômica, este PES será revisado e atualizado sempre que necessário, a partir do processo de monitoramento e avaliação da situação de saúde e da implementação das redes de atenção à saúde, no contexto da implementação do decreto federal 7508/2011 e da Lei Federal Complementar 141/2012.

A partir dos objetivos estabelecidos e das intervenções propostas, temos várias expectativas de resultados positivos, entre os quais citamos: a redução da mortalidade materna e infantil, controle das doenças endêmicas, das desigualdades regionais do acesso aos serviços de saúde; a ampliação da cobertura qualificada da atenção básica, ordenadora do Sistema e o fortalecimento do controle social sobre a política de saúde do nosso estado, a consolidação da regionalização da saúde e da gestão compartilhada entre os entes responsáveis pelo sistema de saúde no âmbito das regiões de saúde.

Entendendo que apenas com a união de gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema público de saúde e sociedade em geral, poderemos atingir nossos objetivos e alcançar os resultados esperados, convidamos a todos a fazerem a sua parte na execução e acompanhamento das ações previstas nesse planejamento, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população que integra esse grande e desafiador estado que é o Amazonas.

Pedro Elias de Souza

Secretário de Estado de Saúde do Amazonas

Introdução

O Plano de Saúde (PS) é o instrumento principal de planejamento, que se configura em documento de intenções políticas, de diagnósticos, de estratégias, e definição de metas, onde constam as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera gestora do Sistema Único de Saúde (SUS) a serem desenvolvidas no período de quatro anos, por meio do estabelecimento de diretrizes, objetivos e metas.

O PS constitui-se em exigência legal e orienta a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde buscando a integralidade dessa atenção sendo também um importante instrumento para o controle social. Nele são consolidadas as políticas e compromissos de saúde numa determinada esfera de governo. Nesse sentido, reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

O Plano Estadual de Saúde (PES) é um documento que sistematiza o conjunto das propostas de ação em relação aos problemas e às necessidades de saúde da população do estado, em consonância com os princípios e diretrizes gerais que regem a política de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal, expressando a responsabilidade estadual com a saúde da população e a síntese de um processo de decisão para enfrentar um conjunto de problemas.

Em cumprimento à legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei 8.080/90 (regulamentada pelo Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011), Lei 8.142, Lei 141/2011 o Governo do Estado do Amazonas, sob a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde – Susam, apresenta o Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019.

Desenvolvimento do Plano Estadual de Saúde

Para elaboração do Plano Estadual de Saúde do Amazonas (PES/Am), foram seguidas as orientações da Portaria GM/MS nº 2.135/2013, onde foram trabalhadas três fases interrelacionadas:

Fase 1 – Análise Situacional

Fase 2 – Definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançados visando o aperfeiçoamento do SUS e a melhoria da qualidade de vida da população

Fase 3 – Identificação do processo de monitoramento e avaliação do plano

Nestas fases de construção do Plano considerou-se as necessidades e condições de saúde da população, através de vários diagnósticos produzidos pelas áreas técnicas da saúde e instituições parceiras, com a participação de representantes do COSEMS/Am e Controle Social, e as respectivas iniciativas e compromissos propostos pelo estado para fazer frente aos desafios da saúde no Amazonas para o período de 2016-2019.

Alguns eixos norteadores orientam a organização da apresentação da análise situacional e dos objetivos diretrizes e metas:

- Atenção básica;
- Vigilância em saúde;
- Atenção média e alta complexidade;
- Gestão do SUS;
- Assistência farmacêutica.
- Investimento em Saúde

Foram também observadas as diretrizes nacionais e estaduais das Conferências de Saúde, as Macrodiretrizes do Governo do Estado do Amazonas e o Plano de Governo,, além de outros documentos como Plano Plurianual , Plano de Saúde, Relatórios de Gestão, Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do quadriênio 2012/2015.

As discussões para o PES ocorreram a partir de 2015, através de reuniões e oficinas de trabalho, tendo sido definido Grupo de Trabalho para elaboração do PES Am/2016-2019, através da Portaria N.º 0727/2015 – GSUSAM, composto de 48 participantes entres membros titulares e suplentes., com a seguinte representatividade:

Áreas Técnicas SES/AM: Planejamento, Orçamento e Financiamento, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Atenção à Saúde Especializada, Atenção Primária em Saúde, Regulação do Acesso, Controle e Avaliação, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde.

Esfera Federal: Apoiador Regional do Ministério da Saúde

Orgãos Colegiados:

- Articulação Interfederativa e Pactuação: Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AM) e Comissões Intergestores Regionais (CIR),
- Controle Social: Conselho Estadual de Saúde (CES/AM)
- Esfera de Gestores: Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS/AM)

Além dos integrantes do GT, também houve participação de outros técnicos, gestores e instituições conforme as temáticas desenvolvidas nas oficinas e reuniões de trabalho para elaboração do Plano.

Orientações Estratégicas da SES/Am

Missão

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

Visão

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

Valores

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

Cooperação - Socializar as informações e estimular o trabalho em equipe

Acolhimento – Tratar o outro com se quer ser tratado

Resolutividade – Solucionar o problema do cidadão

Competência – Trabalhar com conhecimento, habilidade e atitude

Comprometimento – Realizar seu trabalho com entusiasmo e proatividade

Inovação – Buscar novos caminhos para melhoria do trabalho

Integridade – Agir com ética, respeito, compromisso e transparência

Informações Gerais da Secretaria de Estado de Saúde

Breve Histórico da Secretaria

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

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

Em 1984 sua estrutura foi reformulada pelo Decreto Nº 8049 de 19/07/84. Em 1995 foi criada como Superintendência de Saúde SUSAM através da Lei nº 2330. Após isso sofreu modificações na estrutura organizacional através das Leis Delegadas Nº 38 de 29/07/2005 e No. 77 de 18/05/07, republicada no Diário Oficial do Estado em 06/06/07, e novamente foi redefinida por meio das Leis 3.475 de 04/02/2010 e 4.163 de 09/03/2015

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

I - Órgãos Colegiados

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

II - Órgãos de Assistência e Assessoramento

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

III - Órgãos de Atividades-Meio (*)

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

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

IV - Órgãos de Atividades-Fim (*)

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

V - Entidades Vinculadas

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

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

1. Análise da Situação de Saúde

A Amazônia

O Bioma Amazônia é um conjunto de ecossistemas interligados pela Floresta Amazônica e pela Bacia Hidrográfica do Rio Amazonas, a mais densa de todo o planeta.



Caracteriza-se pela sua elevada extensão, ocupando quase a metade do território do Brasil, além das áreas territoriais da Bolívia, Guiana, Guiana Francesa, Suriname, Peru, Colômbia, Venezuela e Equador

A Floresta Amazônica destaca-se pela sua rica diversidade biológica, chegando a ser considerada por muito o local de maior biodiversidade, ou seja, o conjunto de todas as espécies de seres vivos existentes na biosfera, do mundo.

Figura 1: Floresta Amazônica

A vegetação nativa é formada por uma floresta pluvial, características de ambientes úmidos e altas temperaturas. Nela encontramos as Matas de Inundação e Matas de Terra firme.

A Amazônia possui grande importância para a estabilidade ambiental do Planeta. Nela estão fixadas mais de uma centena de trilhões de toneladas de carbono. Sua massa vegetal libera algo em torno de sete trilhões de toneladas de água anualmente para a atmosfera, via evapotranspiração, e seus rios descarregam cerca de 20% de toda a água doce que é despejada nos oceanos pelos rios existentes no globo terrestre.

A importância da Amazônia para a humanidade não reside apenas no papel que desempenha para o equilíbrio ecológico mundial. A região é o berço de inúmeros povos indígenas e constitui-se numa riquíssima fonte de matéria-prima (alimentares, florestais, medicinais, energéticas e minerais).



Figura 2: Recursos naturais e biodiversidade da Amazônia

A Bacia Hidrográfica Amazônica é a maior bacia hidrográfica do mundo com 7,05 milhões de quilômetros quadrados. Deste total, aproximadamente 4 milhões de km² estão em território brasileiro (região norte). Ela também está presente nos territórios da Bolívia, Peru, Venezuela e Colômbia.

Tendo o Rio Amazonas como a espinha dorsal da bacia, ela conta com grande quantidade de afluentes e canais, criados pelo processo de cheia e vazante. Os principais rios da Bacia Hidrográfica Amazônica são os rios Amazonas, Xingu, Tapajós, Solimões, Içá, Rio Branco, Rio Negro, Juruá, Jari, Japurá, Madeira, Trombetas, Purus e Tocantins.

A Amazônia é um dos biomas mais ameaçados do mundo e está desaparecendo a um ritmo de mais de 18 mil km² ao ano. Nos últimos 25 anos, uma área de floresta primária maior do que os estados do Mato Grosso do Sul e do Rio de Janeiro, juntos, foi destruída. Entre as principais causas dos impactos ambientais que ameaçam a Amazônia, destacam-se as queimadas, o extrativismo mineral e vegetal, o desmatamento, a expansão da agropecuária, crescimento populacional, a poluição de rios e matas e a Biopirataria.



Mapa1: Desmatamento na Amazônia

O Brasil é considerado um país privilegiado quando falamos sobre recursos hídricos, entretanto o aquecimento global, as mudanças climáticas e as alterações provenientes de ações humanas em especial na floresta Amazônica ameaçam alterar os regimes de chuva em todo o mundo.

O desmatamento reduz a biodiversidade, causa erosão dos solos, degrada áreas de bacias hidrográficas, libera gás carbônico para a atmosfera, reduz a umidade do ar, causa desequilíbrio social, econômico e ambiental e nesse contexto afeta de forma significativa a qualidade de vida da população.

O Estado do Amazonas

O Estado do Amazonas integra o Bioma da Amazônia, sendo um dos sete estados da Região Norte do Brasil, fazendo parte também da Amazônia Legal, juntamente com os estados do Amapá, Acre, Tocantins, Rondônia, Roraima e Pará o Norte do Mato Grosso e Oeste do Maranhão. Localizado no centro da região Norte, tem como limites: Venezuela e Roraima (N), Colômbia (NO), Pará (L), Mato Grosso (SE), Rondônia (S), Acre e Peru (SO). Têm ao mesmo tempo as terras mais altas (pico da Neblina, 3.014m) e a maior extensão de terras baixas (menos de 100m) do Brasil.

O Estado do Amazonas - Limites

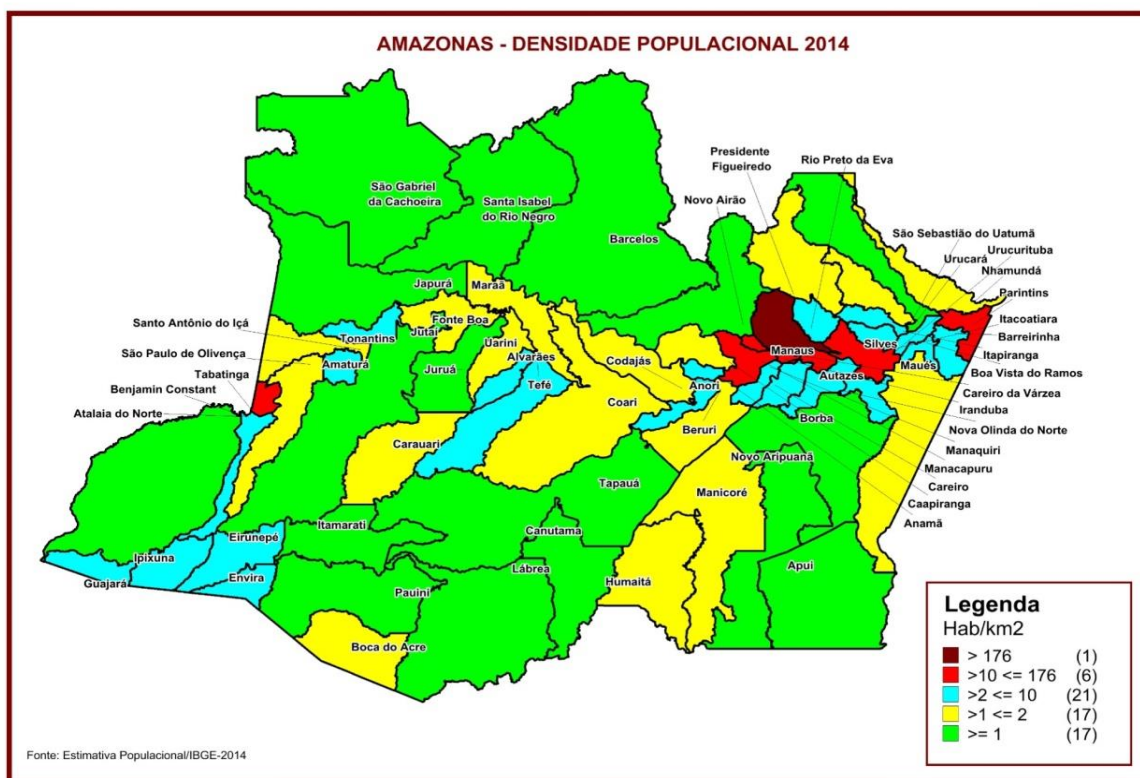


Mapa 2: Limites do Estado do Amazonas

O Amazonas detém, ainda, 98% de sua cobertura florestal preservada, além de um dos maiores mananciais de água doce e constitui-se no maior estado em área territorial do País, com 1.559.161,682 quilômetros quadrados, o equivalente ao território de cinco países, somados: França, Espanha, Suécia e Grécia e ocupa uma área de 40,5% da Região Norte. Inversamente ao seu tamanho, conta com 3,9 milhões de habitantes, que representam cerca de 2% da população do país, e apresenta a segunda menor densidade demográfica (2,5 habitantes por quilômetros quadrados) entre as unidades da federação, superado apenas pelo estado de Roraima que tem uma densidade demográfica de 2,25 habitantes/km².

Em relação a distribuição da população pelo território, observa-se que excetuando-se a capital Manaus, com concentração acima de 176 habitantes por Km², cerca de 55% dos municípios apresentam uma densidade populacional de um ou menos habitantes por Km².

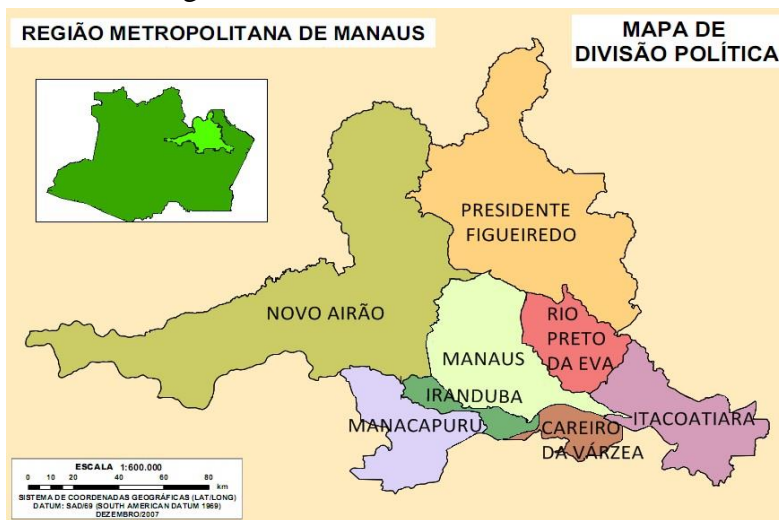
Densidade Populacional por Município do Amazonas



Mapa 3: Densidade Populacional por municípios Am

Região Metropolitana de Manaus

O Amazonas possui o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (empatado com o Amapá) e o maior PIB per capita entre todos os estados do Norte do Brasil. Tem uma única Região Metropolitana, considerada a maior em área territorial do mundo, a Região Metropolitana de Manaus, com população superior aos 2,5 milhões de habitantes, criada pela Lei Complementar Estadual nº 52 de 30 de maio de 2007 e reúne 8 municípios em processo de conurbação sendo eles Manaus, Iranduba, Careiro da Várzea, Rio Preto da Eva, Manacapuru, Novo Airão, Itacoatiara e Presidente Figueiredo.



Mapa 4: Região Metropolitana de Manaus

A área da Região Metropolitana de Manaus - 101.474 km² é a maior área metropolitana brasileira. É superior à área de alguns estados brasileiros como Pernambuco, Santa Catarina e Rio de Janeiro.

A metrópole sozinha, representa 60% da população do estado do Amazonas e cerca de 14,4% da população de toda a Região Norte do Brasil.

Em 24 de outubro de 2011, foi inaugurada a Ponte Rio Negro, com o objetivo de conurbar os municípios de Iranduba, Manacapuru e Novo Airão com a capital amazonense, representando um marco na integração da Região Metropolitana de Manaus (RMM),

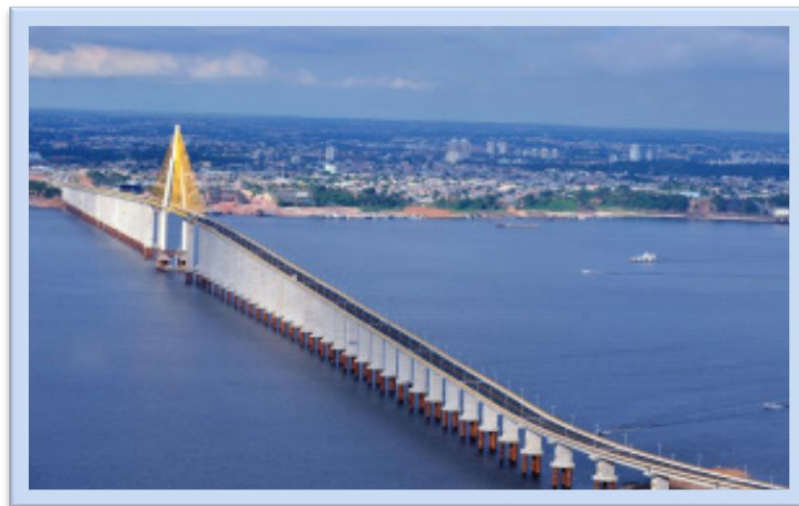


Figura 3: Ponte sobre o Rio Negro (Manaus/Iranduba)

Indígenas no Amazonas

O estado concentra a maior população indígena do país, 168.680 (IBGE 2010), onde foram identificados 65 grupos indígenas, distribuídos em 188 áreas, 64 etnias em 43 municípios (IBGE 2011, OLIVEIRA 2010).



Mapa 5: Terras Índigenas no Amazonas

O subsistema de Saúde Indígena

A Lei Nº. 9.836/99 complementou a Lei Nº. 8.080/90, criando no Sistema Único de Saúde - SUS brasileiro um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizando-o em Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. Essa lei cria o relacionamento entre o subsistema de saúde e os órgãos responsáveis pela política indigenista; permite uma atuação complementar por parte de Estados, Municípios e Organizações não-governamentais; determina a necessidade de diferenciação na organização do SUS para atender às especificidades da atenção intercultural em saúde, recuperando o princípio de equidade das ações de saúde; possibilita a representação indígena no Conselho Nacional de Saúde, nos Conselhos Estaduais e Municipais; estabelece o financiamento no âmbito da União para os DSEI; adota uma concepção de saúde integral e diferenciada; aplica os princípios do SUS de descentralização, hierarquização e regionalização ao subsistema de saúde indígena.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI são unidades de responsabilidade sanitária federal, correspondentes a uma ou mais terras indígenas criados pela Lei Nº 9.836 de 24 de setembro de 1999.

A partir de 1999 foram organizados no Brasil 34 Distritos Sanitário Especial Indígena ficando a execução da atenção à saúde indígena sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, braço executivo do Ministério da Saúde do Brasil. Portanto, a partir da aprovação da Portaria Nº 254, de 31 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde, entra em vigor a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A Lei nº 12.314/2010, publicada no Diário Oficial no dia 20 de agosto, autorizou a criação da Secretaria Especial no âmbito do Ministério da Saúde e transferiu as ações de saneamento básico nas comunidades indígenas da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para o Ministério da Saúde. O decreto assinado em 21 de outubro de 2010 define as competências, estrutura de organização e execução descentralizada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) pela SESAI.

Bacia Hidrográfica do Amazonas

Sofrendo influência de vários fatores com precipitação, vegetação e altitude, a água forma na região a maior rede hidrográfica do planeta. A maioria dos rios amazonenses é navegável durante todo o ano. O rio Amazonas é internacionalmente conhecido como o maior do mundo, possuindo um curso calculado em 6.300 quilômetros. Seu arco atlântico tem a extensão de 400 quilômetros.



Mapa 6: Rios da Bacia Amazônica

O acesso ao Estado é feito principalmente por via fluvial ou aérea. O clima é equatorial úmido, com temperatura média de 26,7°. A umidade relativa do ar fica em torno de 70% e o Estado possui apenas duas estações bem definidas: chuvosa (inverno) e seca ou menos chuvosa (verão). É no Estado do Amazonas que se encontram os pontos mais elevados do Brasil: o Pico da Neblina, com 3.014 metros de altitude, e o 31 de Março, com 2.992 m de altitude, ambos na fronteira.

1.1 Condições Socio sanitárias

1.1.1 Determinantes Sociais da Saúde

1.1.1.1 Situação Demográfica

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

População do Amazonas 2015 – Habitantes distribuídos por municípios

Em relação às características demográficas, destaca-se a estrutura das populações por faixa etária e sexo. No Estado do Amazonas a população é predominantemente jovem, apresentando a maior concentração na faixa etária de 0 a 19 anos. Contudo, na comparação dos anos 2005 e 2015, observa-se aumento gradativo da população nas demais faixas etárias, (gráfico 1 e 2), significando uma tendência ao envelhecimento da população. Com referência a distribuição por sexo, há uma discreta predominância do sexo masculino em relação ao feminino, correspondendo a 50,3% e 50,5% nos anos 2005 e 2015, respectivamente.

Gráfico 1

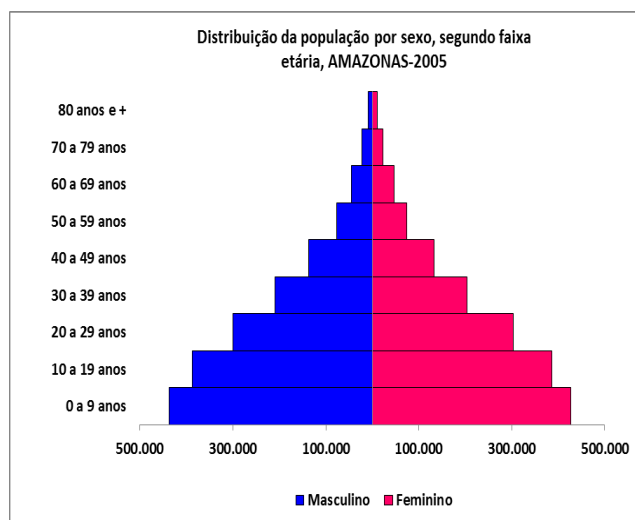
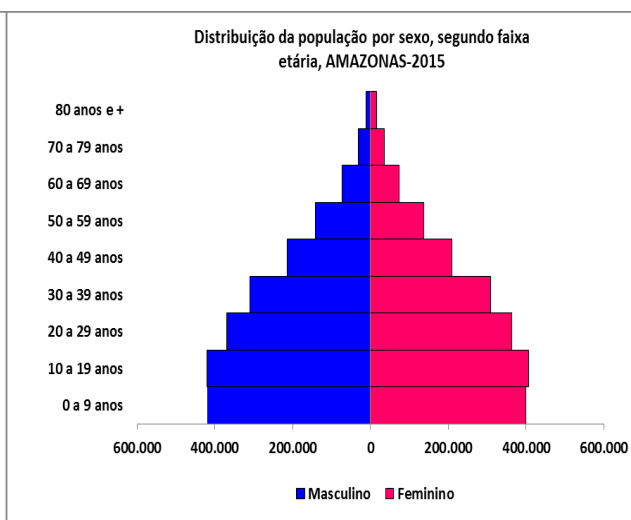


Gráfico 2



Fonte: IBGE/MS/SGEP/DATASUS

Quanto a distribuição populacional nos municípios, apenas 2 municípios do Estado (Manaus e Parintins) tem população acima de 100.000 habitantes, 8 municípios entre 50.001 e 100.000 habitantes, 14 municípios entre 30.001 e 50.000 habitantes, 34 municípios entre 10.001 e 30.000 habitantes e 4 municípios com população inferior a 10.000 habitantes. Daí, infere-se que 84% dos municípios do estado do Amazonas possui população abaixo de 50 mil habitantes.

Essa população encontra-se dispersa nas Regiões de Saúde, em conformidade com a regionalização da saúde, como a seguir é demonstrado:

População Total por Região de Saúde /(CIR) – Amazonas 2015

Região de Saúde (CIR)	2015	%
13001 Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	2.424.986	61,6
13002 Rio Negro e Solimões	283.904	7,2
13003 Rio Madeira	188.610	4,8
13004 Médio Amazonas	166.240	4,2
13005 Baixo Amazonas	240.242	6,1
13006 Regional Purus	129.421	3,3
13007 Regional Juruá	131.556	3,3
13008 Triângulo	127.856	3,2
13009 Alto Solimões	245.521	6,2
Total	3.938.336	100,0

Tabela 1: População por Região de Saúde Am
Fonte: IBGE; Datasus/MS

População do Amazonas 2015 – Situação de Domicílio, Sexo, Faixa Etária e Raça

Em 2015, a população total do Amazonas era de 3.938.336 habitantes (IBGE, 2015), dos quais, mais da metade (50,5%) eram do sexo masculino e a diferença (49,5%) do sexo feminino. Levando em conta a situação do domicílio, constatou-se que 52,2% do total da população reside na capital e 47,8% no interior do estado, cujo grau de acesso aos serviços públicos é menor.

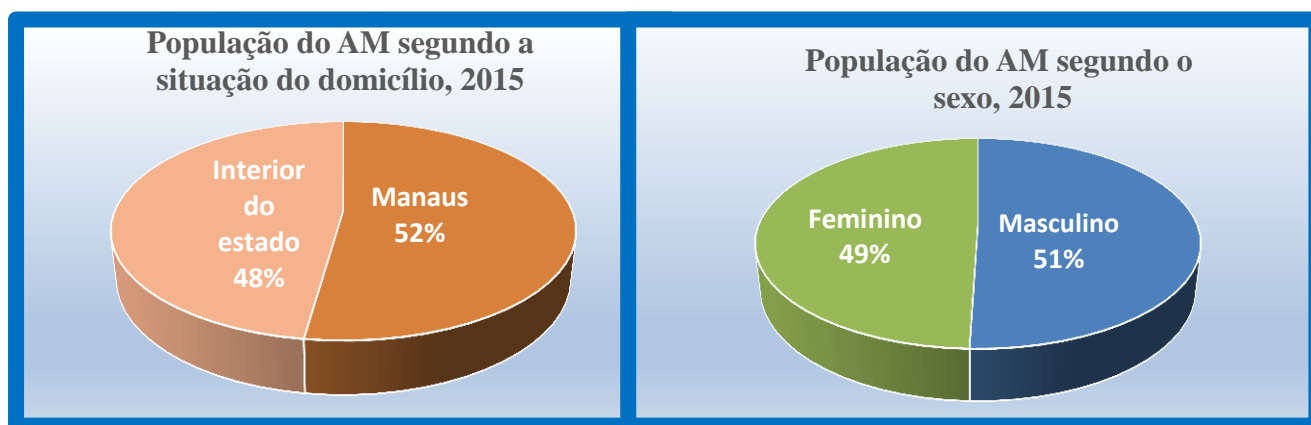


Gráfico 3: População por situação de Domicílio, Am, 2015

Gráfico 4: População Am por Sexo, 2015

Fonte: IBGE

A influência do estilo de vida sobre os níveis de saúde e qualidade de vida de diferentes grupos populacionais, incluindo crianças e adolescentes, tem sido amplamente documentada na literatura na área da saúde. Destarte, fazer o levantamento, o monitoramento e a intervenção sobre comportamentos de risco à saúde têm sido considerados por diversas agências de saúde como prioridades de saúde pública, possíveis a partir da identificação das características demográficas da população do Amazonas no ano de 2015.

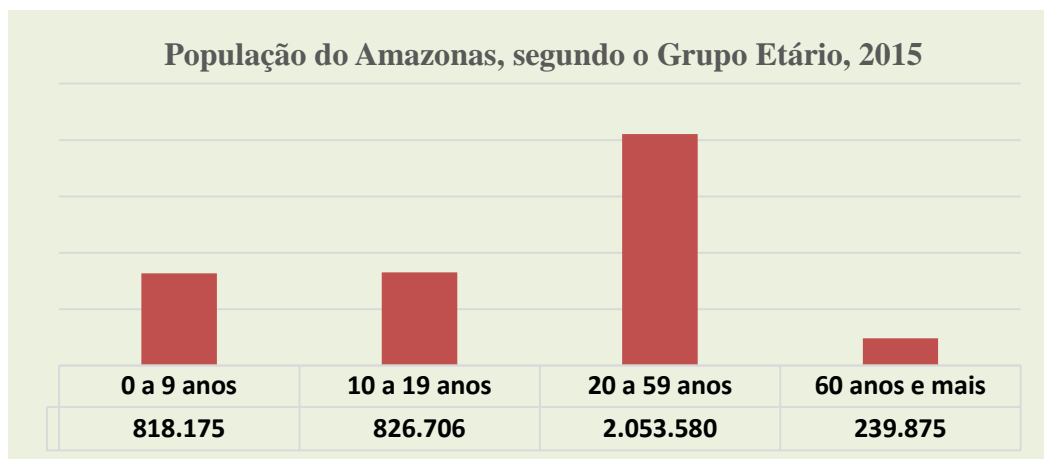


Gráfico 5: População Am por Grupo Etário, 2015

Fonte: População estimada IBGE 2015

As crianças (0 a 9 anos) representam 20,8% da população total. Grupo etário que demanda acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento, a fim de identificar, precocemente, transtornos que possam afetar sua saúde e, em especial, sua nutrição, sua capacidade mental e social.

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

Os adultos (20 a 59 anos) são 52,1%. Nesta faixa etária demanda o acompanhamento e o controle das doenças de maior risco neste grupo, como: causas externas, transtornos mentais e comportamentais e as doenças crônicas não transmissíveis.

Os idosos (acima de 60 anos) somam 6,1% do total da população. O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, resultado, principalmente, da diminuição dos índices de mortalidade geral e da fecundidade. Tal fenômeno é uma tendência da população brasileira (aí incluída a do AM) e impõe a necessidade de criar estratégias de avaliação e acompanhamento para os diferentes grupos da população idosa.

Ressalte-se que, nos últimos cinco anos (2010/2015), a população desse grupo aumentou 28%, apresenta alta utilização dos serviços de saúde e elevado índice de permanência e reinternação hospitalar.

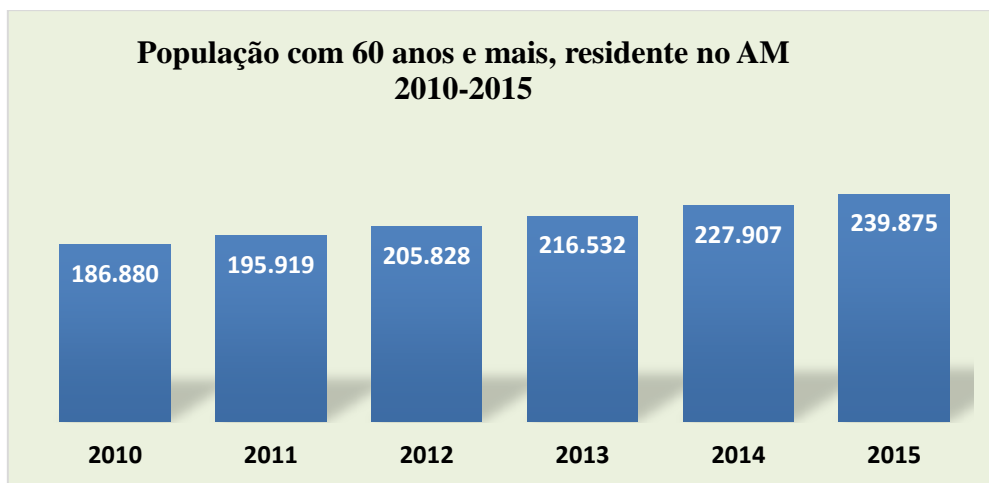


Gráfico 6: População com 60 anos ou mais, Am, 2010- 2015

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030.

As informações do Censo de 2010, sobre a cor ou raça, mostrou que a maioria (68,9%) da população residente no Amazonas declarou-se parda, seguidos pelos que se diziam brancos (21,2%), os negros com 4,1% e os indígenas 4,8%. Os municípios de São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, Tabatinga, Santa Isabel do Rio Negro, destacam-se por possuírem em número absoluto, as maiores populações indígenas do estado.

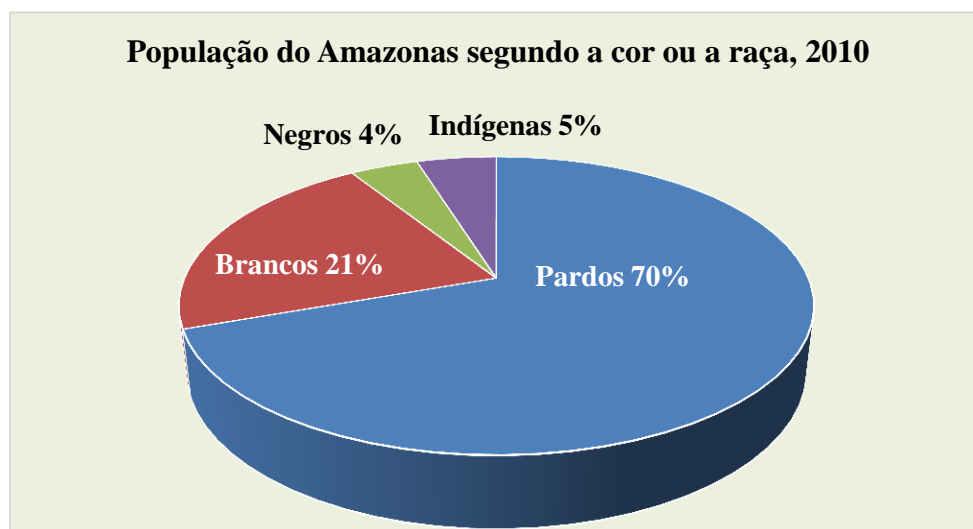


Gráfico 7: População por cor ou raça, Am, 2010

Fonte: Censo 2010 . IBGE

Projeção da População residente no Amazonas por grupos de idade, 2016 – 2019

Dados da Coordenação de População e Indicadores Sociais /Diretoria de Pesquisas do IBGE, publicados no sitio do DATASUS, mostram uma dinâmica atípica da observada na demografia do Amazonas até a primeira década dos anos 2000. A população estimada para o período 2016-2019, apresenta um discreto crescimento da população total com queda na taxa de natalidade e um aumento da população idosa.

Projeção da população do AM, segundo a faixa etária, 2016-2019

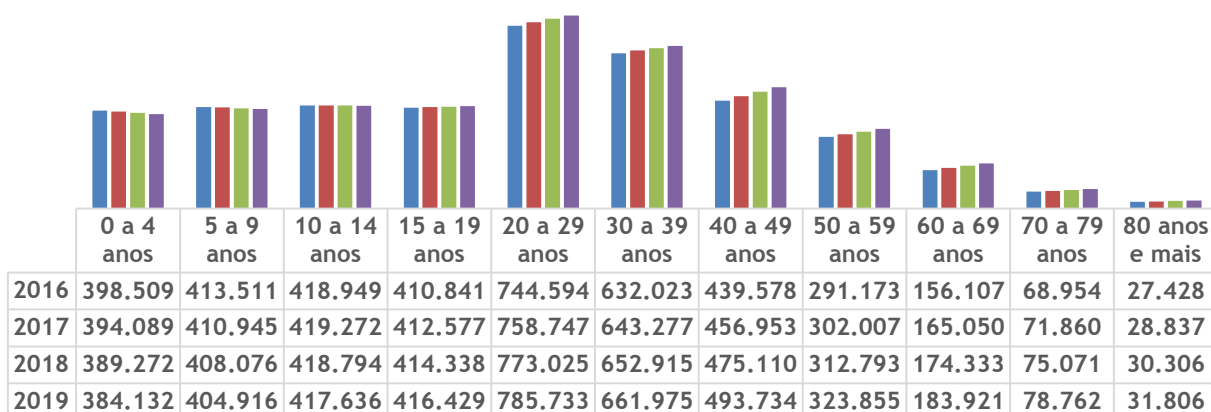


Gráfico 8: Projeção da População do Am por Faixa Etária, 2016-2019

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030.

Essa mudança no padrão demográfico do estado decorre, provavelmente, do intenso processo de urbanização verificado a partir da década de 70, da queda da fecundidade da mulher, do planejamento familiar, da utilização de métodos de prevenção à gravidez, da mudança ideológica da população. As alterações verificadas têm impactos significativos na saúde da população, trazendo novas formas de atuação do SUS, principalmente em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis.

1.1.1.2 Situação Socioeconômica

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

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

— Indicadores Econômicos

O governo do Amazonas adota uma política arrojada para atrair investidores comprometidos com o meio ambiente, direcionando esforços para diversificar a economia a partir do desenvolvimento de atividades voltadas ao aproveitamento de recursos naturais nas áreas de agroindústria, bioindústria, fruticultura, turismo, energia, dentre outras potencialidades abundantes na região.

No interior do Estado é crescente a abertura de novas oportunidades de emprego e renda, com investimentos em áreas como a piscicultura, agroindústria e produção rural. Entretanto, a mola propulsora da economia do estado ainda é o Polo Industrial de Manaus (PIM), que abriga inúmeras empresas nacionais e internacionais, gerando mais de 100 mil empregos diretos (site governo AM).

— Indicadores Sociais

▪ Saneamento Básico

“O acesso à água potável e ao esgotamento sanitário é condição necessária para a superação da injustiça social e para a erradicação da pobreza e da fome, para a superação dos altos índices de mortalidade infantil e de doenças evitáveis e para a sustentabilidade ambiental” (Papa Francisco).

Mesmo localizado na região que concentra a maior bacia hidrográfica do planeta, o Amazonas ainda padece com problemas relacionados ao saneamento básico.

Embora os indicadores tenham melhorados nos últimos vinte anos conforme apresentado no gráfico abaixo, a cobertura populacional desses serviços no estado ainda encontra-se abaixo dos percentuais médios do Brasil e o acesso à água tratada, coleta e tratamento de esgoto ainda são assuntos negligenciados.

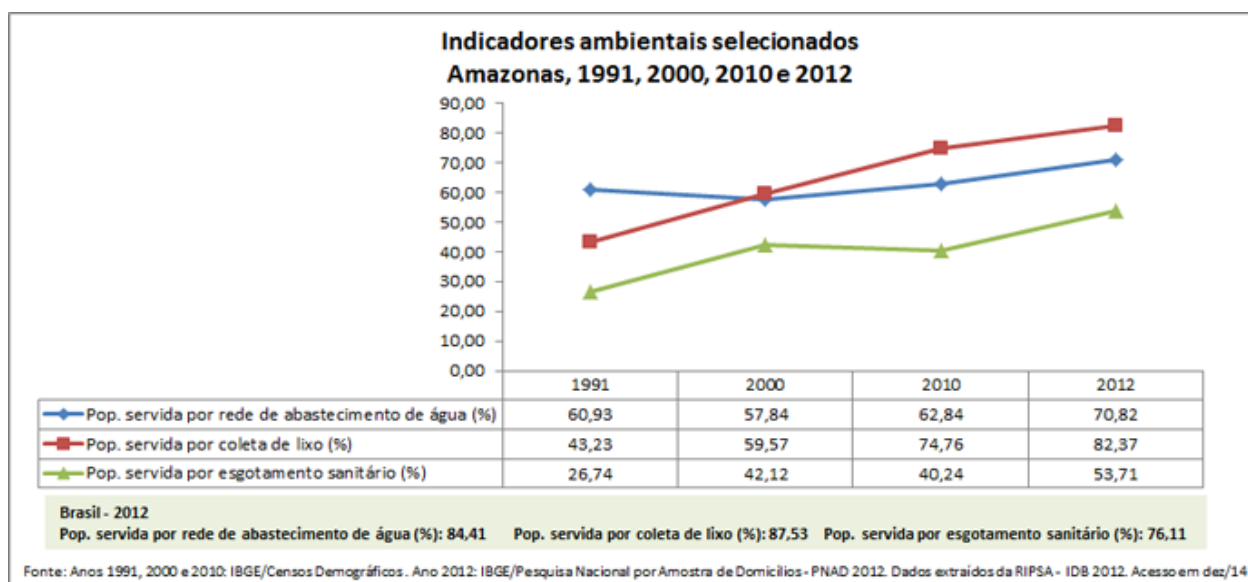


Gráfico 9: Indicadores ambientais selecionados, Am, 1991, 2000, 2010, e 2012

O Amazonas ainda tem grandes dificuldades na questão do saneamento básico acessível à população. É o que revela os dados divulgados pela Síntese de Indicadores Sociais (SIS) de 2014, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

De acordo com a pesquisa, somente 36% dos domicílios urbanos possuíam saneamento adequado, o que representa 816 mil moradias com condições simultâneas de abastecimento de água por rede geral no domicílio ou na propriedade, esgotamento sanitário por rede coletora de esgoto ou fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto e lixo coletado direta ou indiretamente. Enquanto que 64% (522 mil domicílios) não possuía o acesso ao saneamento básico adequado. Para os domicílios sem acesso ao saneamento adequado 28, 2% não tinham abastecimento d'água; 90, 7% não possuíam esgotamento sanitário e 4, 1% não tinham coleta de lixo (IBGE, SIS, 2014).

O problema da destinação de lixo continua representando um grande desafio aos municípios do Estado do Amazonas. Já se passaram mais de cinco anos desde a instituição da Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) e nenhum município amazonense conseguiu pôr seus planos em prática, apesar que os 62 municípios estão com seus planos concluídos. O motivo principal,

justificado pela Associação Amazonense de Municípios (AAM), é a falta de recurso financeiro uma vez que o custo de construção de aterros sanitários é muito elevado considerando o baixo poder de investimento da grande maioria dos municípios amazonenses.

Entre as dificuldades de cumprir a legislação está a gestão integrada de resíduos sólidos. Os municípios de pequeno porte geralmente tem o serviço de coleta de lixo, mas tem problema quanto a destinação final desse resíduo. O lixo costuma parar em lixões a céu aberto, que implica em graves consequências ambientais e na saúde da população.

Além das questões que agridem o meio ambiente, existem também as consequências na economia, como no caso de municípios que são afetados quanto ao funcionamento de aeroportos, devido ao risco representado por aves que se juntam, atraídas pelo acúmulo de lixo, comprometendo assim a segurança dos vôos, o que muitas vezes obriga a interdição desses aeroportos, como frequentemente ocorre nos municípios de Parintins, Tefé e Tabatinga, dificultando o acesso aos municípios e impactando diretamente na economia desses municípios e dos que encontram-se próximos a eles.

Manaus é o único município em que o plano está avançando. Porém, ainda há uma incógnita sobre o futuro do aterro controlado. O aterro possui licença ambiental, mas para a renovação do documento será necessária uma série de estudos sobre a viabilidade operacional do local e por conta da vida útil. O prazo para que todos os municípios tenham seus planos implantados e funcionando é até 2018.

O Plano Estadual de Resíduos Sólidos do Amazonas (PERS-AM) encontra-se até o momento na Casa Civil e em seguida será encaminhado para a Assembleia Legislativa do Amazonas (ALE/Am) para votação. O plano visa o planejamento, ordenamento e operacionalização da gestão e gerenciamento de resíduos sólidos no Estado, onde apenas quatro municípios possuem iniciativas de coleta seletiva.

▪ **Energia Elétrica**

No Estado do Amazonas, a geração e distribuição de energia são feitas, atualmente, pela Eletrobrás Amazonas Energia, que atua na capital e no interior, possuindo apenas uma usina hidrelétrica (UHE), a de Balbina (250 MW), localizada no Rio Uatumã. O mercado de energia elétrica amazonense era o único, até o ano de 2013, que não estava interligado ao Sistema Integrado Nacional (SIN).

A matriz energética estadual consiste 82% de termelétricas e apenas 18% de hidrelétricas. O Sistema Interior se estende aos demais municípios, numa área de 1,57 milhão de quilômetros quadrados, contemplando 105 localidades, entre as quais 61 sedes municipais, e atende 293.045 consumidores, sendo 225.229 residenciais (dezembro/2011). A potência nominal do parque gerador do interior é de 479 MW e potência efetiva de 383 MW. (Eletrobrás Amazonas Energia, 2014).

▪ **Educação**

O Amazonas tem registrados avanços na educação na última década, como a redução do analfabetismo e aumento do número de anos de estudo, como pode ser observado nos gráficos 10 e 11 a seguir:

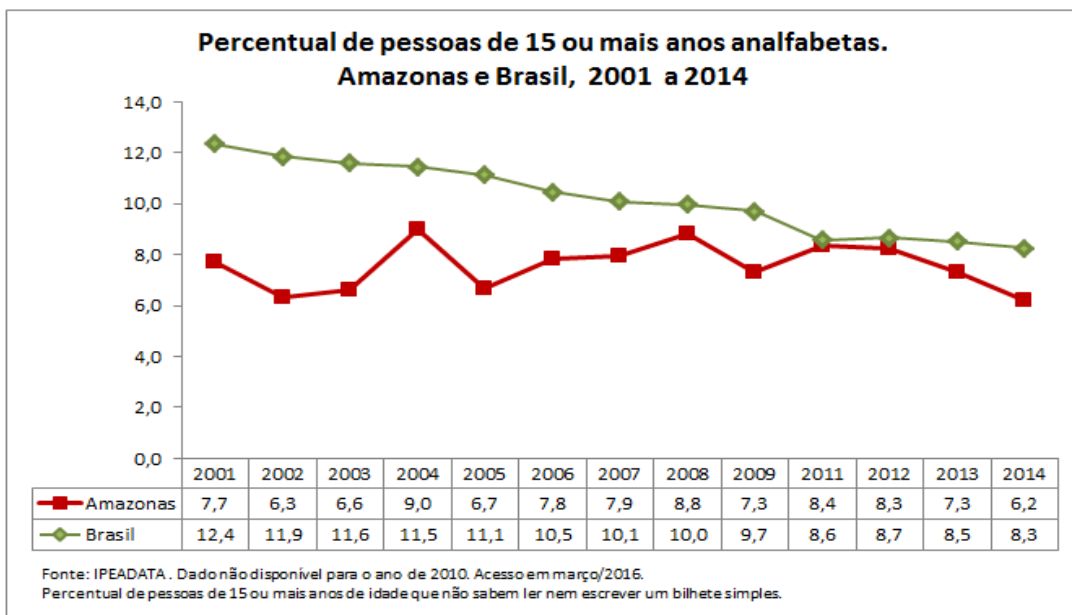


Gráfico 10: % de Pessoas de 15 ou mais anos analfabetas, Amazonas e Brasil, 2001 a 2014

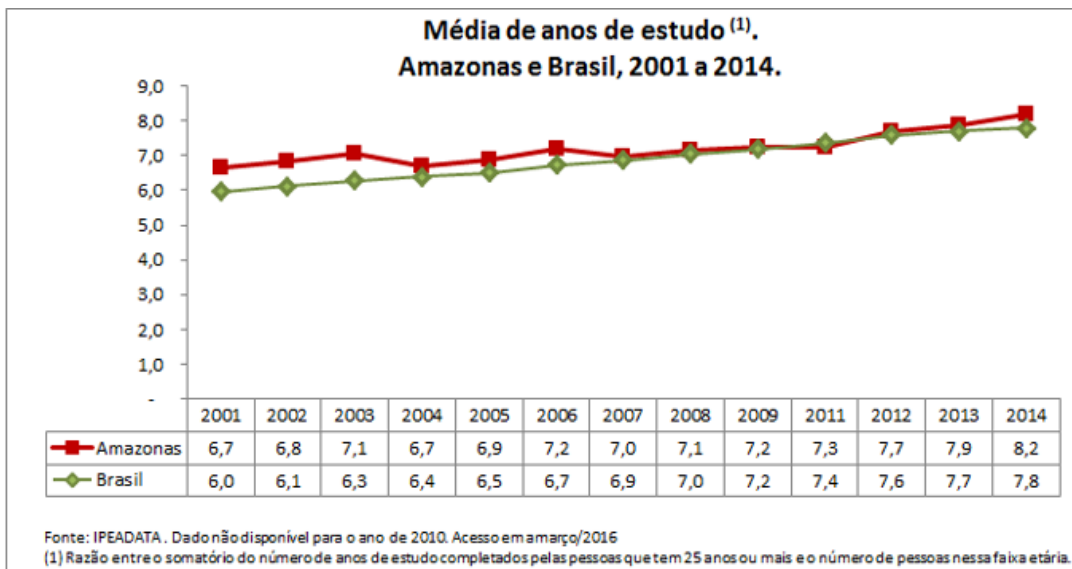


Gráfico 11: Média de anos de estudo, Amazona e Brasil, 2001 a 2014

Avaliações nacionais e estaduais realizadas com o intuito único de diagnosticar o nível de qualidade das redes públicas de educação, por sua vez, tem apontado uma evolução significativa dos indicadores das escolas da rede pública estadual do Amazonas.

A evolução destes indicadores regionais pode ser constatada por meio de sistemas de avaliação externos e realizados em larga escala, como o Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) –

que gera o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) – e também pelo Sistema de Avaliação do Desempenho Educacional do Amazonas (Sadeam).

Em tais sistemas, tem sido evidenciado o contínuo crescimento dos indicadores de qualidade da rede estadual do Amazonas, tanto nos segmentos de ensino fundamental quanto de ensino médio.

Os índices do último Ideb revelam que no Ensino Fundamental “Anos Iniciais” (correspondente ao ensino do 1º ao 5º ano) a média geral alcançada pela rede pública estadual do Amazonas foi “5,1”, superior à média “4,4” projetada para a rede estadual para este Ideb.

No Ensino Fundamental “Anos Finais” (correspondente ao ensino do 6º ao 9º ano) o resultado da rede também foi positivo, atingindo a média “3,9”, superior à média “3,5” projetada para o Estado pelo Ministério da Educação.

No Ensino Médio, por sua vez, a média da rede estadual do Amazonas foi de “3,0”, superando, também a média projetada pelo governo federal que seria de “2,8”.

Assim como no Ideb, a rede pública estadual também apresentou evolução significativa no Sistema de Avaliação do Desempenho Educacional do Amazonas (Sadeam), que é desenvolvido pelo governo do Estado, via Seduc, e cujas avaliações em larga escala são aplicadas anualmente junto a alunos do 5º e 9º do ensino fundamental e também com alunos da 3ª série do ensino médio.

▪ **Emprego e renda**

A renda média per capita é um indicador que ajuda a medir o grau de desenvolvimento econômico de um país ou região, e embora seja um índice muito útil, por se tratar de uma média, esconde várias disparidades na distribuição de renda, como por exemplo, no caso do Amazonas, esse indicador não evidencia a grande concentração de renda em Manaus, capital do Estado, em comparação com os demais 61 municípios cuja renda média por habitante é muito inferior, observando-se no entanto, que mesmo na capital existe forte discrepância entre os rendimentos de pequena parcela em relação a maioria da população, o que resulta em grande desigualdade social.

No Amazonas, 153 mil casas nas quais vivem 450 mil pessoas, têm renda média mensal de até um salário mínimo, ou, R\$880 (valor atualizado). Elas representam 14,75% de um universo de 1.037 Mi de domicílios. Em contrapartida, apenas 17 mil unidades no Estado 1,5% do total, onde residem 65 mil pessoas, contam com mais de 20 salários mínimos para viver durante o mês, o equivalente a R\$17,6 mil, o que evidencia a má distribuição de renda entre a população amazonense.

Os dados fazem parte da Pnad (Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios) realizada pelo IBGE, em 2014. O levantamento apontou, ainda, que outras 267 mil domicílios (25,78%) declararam viver com renda de até dois salários mínimos no Estado, situação que afeta 938 mil pessoas ao todo. Na época pesquisada pelo instituto, o salário mínimo era de R\$ 724.

Nos últimos anos, a renda média per capita do amazonense evoluiu, passando de R\$ 518,33 em 2006 para R\$ 833,68 em 2014, porém sempre se mantendo abaixo da média nacional, conforme evidenciado abaixo pelos dados da Pnad/IPEA:

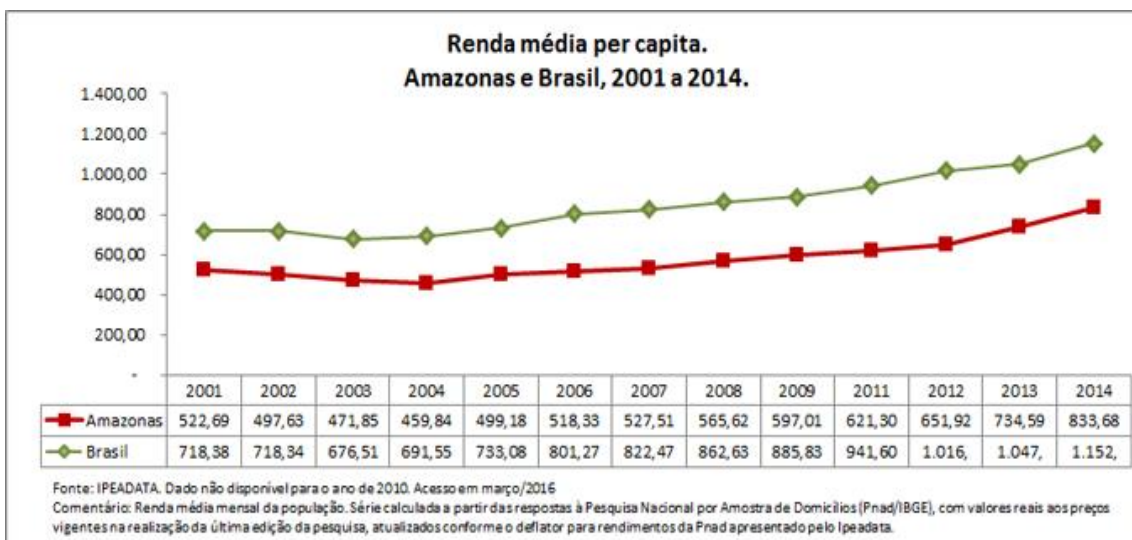


Gráfico 12: Renda média per capita, Amazonas e Brasil, 2001 a 2014

Em 2015 a renda média per capita do Amazonas foi de R\$ 752,00 (Pnad/IBGE) e o estado ocupou a 20ª. Posição no ranking dos 26 estados e Distrito Federal.

Em relação à situação de pobreza, os municípios do Amazonas com maior taxa de extrema pobreza são Itamarati, Santa Isabel do Rio Negro, Maraã, Santo Antônio do Içá, Guajará, Barcelos, Amaturá, São Paulo de Olivença, Pauini e São Gabriel da Cachoeira. Isso é o que aponta o estudo presente no “Atlas da Extrema Pobreza no Norte e no Nordeste do Brasil em 2010”, que identifica os municípios das regiões Norte e Nordeste com maior concentração de pessoas residentes em domicílios com renda mensal per capita de até R\$ 70 em 2010.

Referente ao emprego, o Amazonas, que tem a sua economia sustentada na Zona Franca de Manaus, foi o Estado que mais perdeu com a crise econômica que afeta o país, o que gerou uma significativa queda nas receitas, sendo estimado pelo governo que em 2015 o estado deixou de arrecadar mais de 2 bi de reais.

Ainda segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) para o Amazonas, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Amazonas registrou, no primeiro trimestre de 2015, a segunda maior taxa de desemprego (9,4%) entre os Estados da região Norte do Brasil, atrás apenas do Amapá (9,6%).

O número de pessoas empregadas no Estado caiu de 56%, no primeiro trimestre de 2014, para 55,5% no mesmo período de 2015.

A pesquisa apontou que a quantidade de pessoas com 14 anos ou mais ocupadas de janeiro a março deste ano no Estado foi de 1,5 milhão. Desse total 36% estão empregados no setor privado, 30,4%

trabalham por conta própria, 16,4 no setor público, 8,8% são trabalhadores familiares ou auxiliares, 4,1% trabalhador doméstico e 3,7% empregadores.

Do total de trabalhadores de cada setor, a Pnad visualizou que 69,4% dos empregados do setor privado tinham a Carteira de Trabalho assinada. No setor público esse número é de 3,6% (militares e RJU – Regime Jurídico Único – abrangem 61%).

Quanto à distribuição da população amazonense ocupada por grupamento de atividade, a Pnad apontou que 18,8% está empregada no setor primário, 17,3% no comércio, 13,2% na indústria, 11,7% na indústria de transformação, 7,7% na construção civil e o restante nos demais serviços.

O rendimento médio dessas pessoas no primeiro trimestre do ano foi de R\$ 1.617,18, enquanto que no mesmo período de 2014 ficou em R\$ 1.619,44.

A crise, que em 2015 desempregou mais de 25 mil pessoas só no Polo Industrial de Manaus, trouxe como consequência um aumento significativo na demanda por serviços públicos, aí incluído o serviço de saúde, com a entrada no Sistema de Saúde daqueles desempregados e seus familiares que não tiveram mais a cobertura de seus planos de saúde, tendo como resultado uma demanda inesperada de mais de 100 mil novos pacientes na rede pública de saúde.

▪ Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), é um bom indicador de qualidade de vida da população. No Amazonas, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano Brasil 2013, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (Ipea) e a Fundação João Pinheiro, o estado deu salto espetacular nos últimos 20 (vinte) anos (PNUD, Ipea, FJP, 2013).

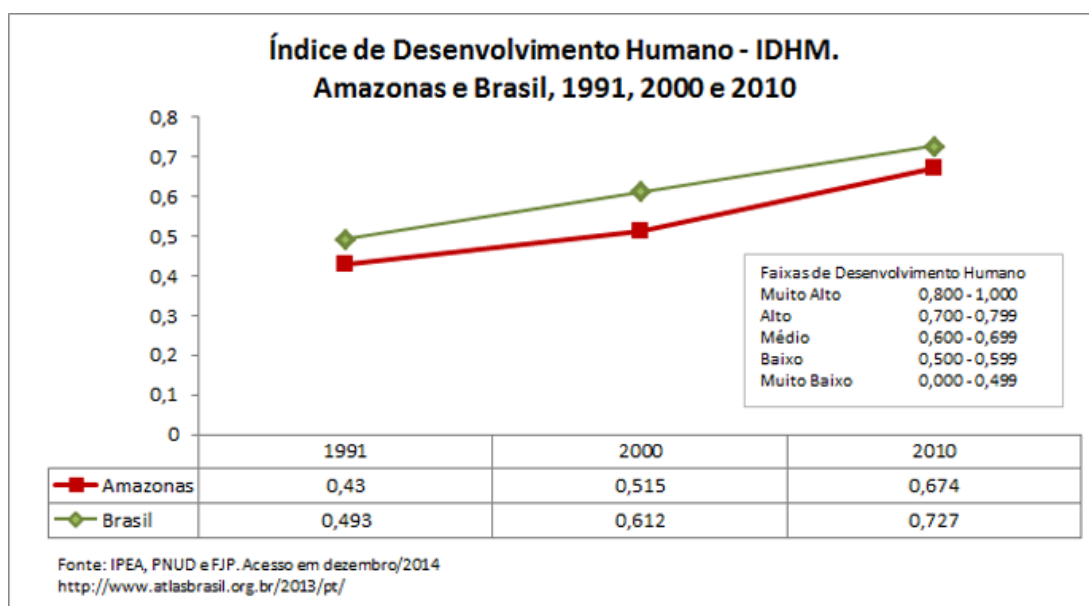


Gráfico 13: Índice de Desenvolvimento Humano – IDH Amazonas e Brasil, 1991, 2000 e 2010

O Amazonas, que está situado na faixa de Desenvolvimento Médio (de 0,600 a 0,699)¹, também tem dois municípios entre os cinco piores IDHM do País: Itamarati (0,477) e Atalaia do Norte (0,450).

A capital no intervalo de 2000 a 2010, teve a Educação como o indicador que mais cresceu em termos absolutos, partindo de 0,443 para 0,658. Em segundo lugar no ranking local, com o IDHM indo de 0,727 para 0,826, a Longevidade. Cenário observado também entre 1991 e 2000, em que tanto Educação, como Longevidade, destacaram-se com os melhores desempenhos.

Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do Amazonas e do País eram 17,0 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente. Ressalte-se que, Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

Utilizada para compor a dimensão de Longevidade do IDHM, a esperança de vida ao nascer aumentou 8,7 anos, em Manaus nas últimas duas décadas, passando de 65,9 anos em 1991 para 68,6 anos em 2000, e para 74,5 anos em 2010. Neste último, a esperança de vida ao nascer, média para o Amazonas, era de 73,3 anos e, para o Brasil, de 73,9 anos.

1.1.1.3 Situação Ambiental

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

No período de seca, na zona rural, ocorrem os desmatamentos e as queimadas, cujos efeitos à saúde ainda são poucos estudados. Contudo, estudos apontam que dentre os sintomas de doenças e doenças observados relatam infecções do sistema respiratório superior, asma, conjuntivite, bronquite, irritação dos olhos e garganta, tosse, falta de ar, nariz entupido, vermelhidão e alergia na pele, e desordens.

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

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

¹ Manaus ocupou o primeiro lugar em IDHM com o índice de 0,737, seguida de Parintins (0,658); Itapiranga (0,654); Presidente Figueiredo (0,647); Itacoatiara (0,644); Tefé (0,639) e Apuí (0,637).

Ambiente e Saúde no estado do Amazonas: Vigilância em saúde para desastres

A ocorrência de doenças transmissíveis e sua modulação sazonal tem uma influência importante dos fatores ambientais, seja decorrente do ambiente natural ou do ambiente modificado pelo homem, alterando as condições de vulnerabilidade e/ou receptividade de espaços geográficos, permitindo uma maior reprodução ou circulação de parasitas.

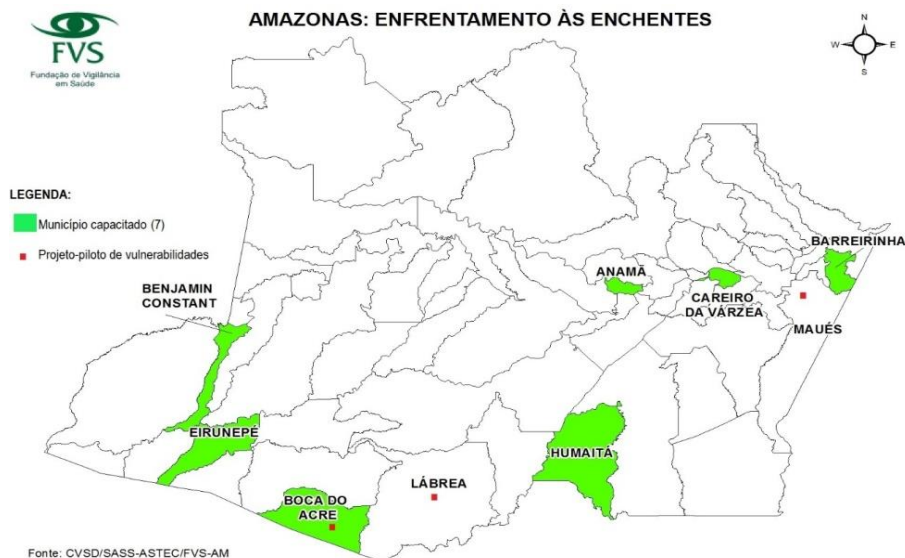
As grandes enchentes figuram entre os desastres naturais que mais ocorreram nos últimos cinco anos no Amazonas. Além do transtorno socioeconômico, esses desastres naturais comprometem a saúde humana. As doenças de veiculação hídrica (doenças diarreicas, hepatite A, leptospirose, dentre outras) e os agravos relacionados a animais peçonhentos que são típicos das enchentes dos rios amazônicos.



Mapa 7: Amazonas: Cenário de enchentes dos rios

A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS/AM), atua na vigilância em saúde para desastres monitorando os municípios prioritários com risco de enchentes no Amazonas. Além de alertas emitidos a esses municípios, a FVS desenvolve ações de capacitação de preparação e resposta no enfrentamento às enchentes.

Ainda desenvolve projeto-piloto de vulnerabilidades às enchentes dos estabelecimentos de saúde, de ensino e de abastecimento de água na área urbana dos municípios. Até o momento foram realizados em 03 municípios (Boca do Acre, Lábrea e Maués), sendo que a cidade de Boca do Acre é a mais vulnerável com 71,9% dos estabelecimentos atingidos pelas grandes enchentes, enquanto que Maués não apresenta estabelecimentos atingidos pelas grandes enchentes na área urbana.



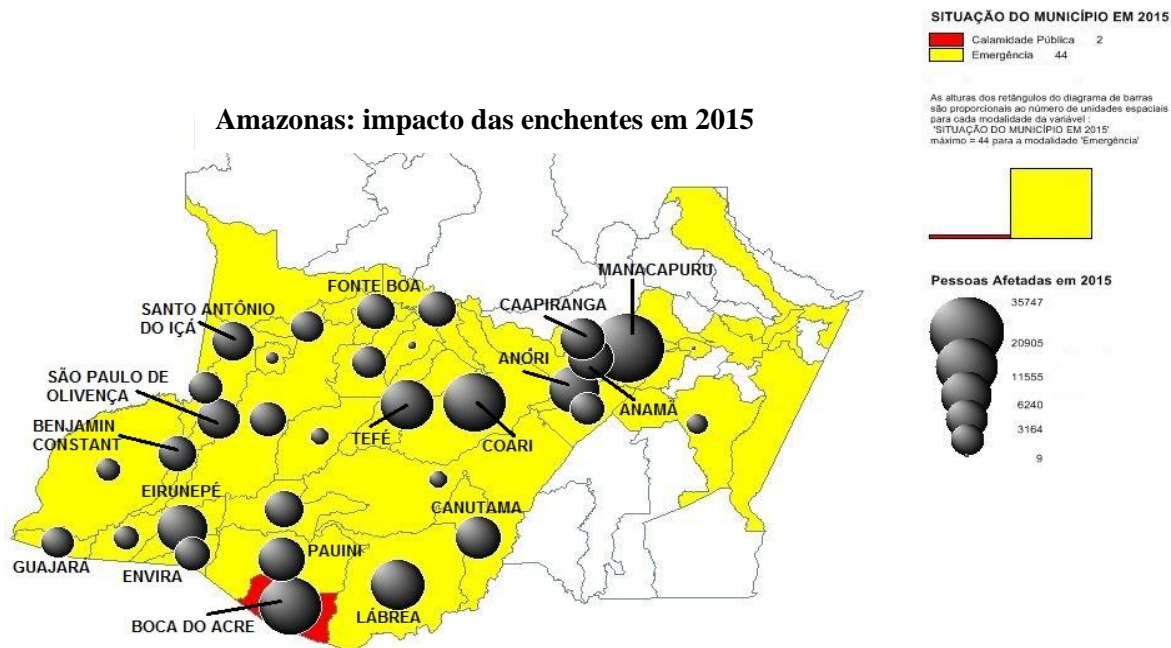
Mapa 8: Amazonas: Enfrentamento às enchentes dos rios

Em 2015 foram 460.191 pessoas afetadas pela enchente, distribuídas em 46 municípios, e em dois deles, Boca do Acre e Anamá, decretaram-se em situação de calamidade pública. Além disso, as calhas dos rios do Alto, Médio e Baixo Solimões registraram as maiores cotas fluviométricas da história, configurando-se como a maior enchente dessas calhas.



Figura 4: Cenário da enchente dos rios, Anamá, Amazonas, 2015

Segundo a Defesa Civil do Amazonas, as Regiões de Saúde que tiveram mais pessoas afetadas pelas enchentes em 2015 foram: Rio Negro e Solimões, Rio Purus, Alto Solimões, Rio Juruá e Triângulo, juntas representam 49,4% das pessoas afetadas no Amazonas. Os municípios com mais pessoas afetadas na Região de Saúde do Rio Negro e Solimões foram Manacapuru (35.747), Coari (21.752), Anori (11.576) e Anamá (8.323); no Rio Purus foram Boca do Acre (20.905), Lábrea (14.375) e Pauini (9.300); no Triângulo foi Tefé (13.088); e no Rio Juruá foi Eirunepé (11.555).



Mapa 9: Amazonas: Impacto das enchentes em 2015

As mudanças climáticas acabam interferindo na dinâmica dos sistemas ambientais existentes no Amazonas. Como consequência disso, a ocorrência de grandes enchentes impactam a saúde da população do estado. O aumento de número de doenças transmitidas por vetores tais como a malária, tendem a estar associadas com essas enchentes, uma vez que propiciam o crescimento do número de criadouros por meio do alagamento das áreas mais altas, formando criadouros temporários. Além disso, a paralisação de serviços essenciais em virtude de os estabelecimentos de saúde estarem inundados, bem como a contaminação da água, acabam resultando em impacto negativo para a saúde da população residente nesses municípios amazonenses.

Riscos ambientais relacionados ao uso de agrotóxicos e saúde

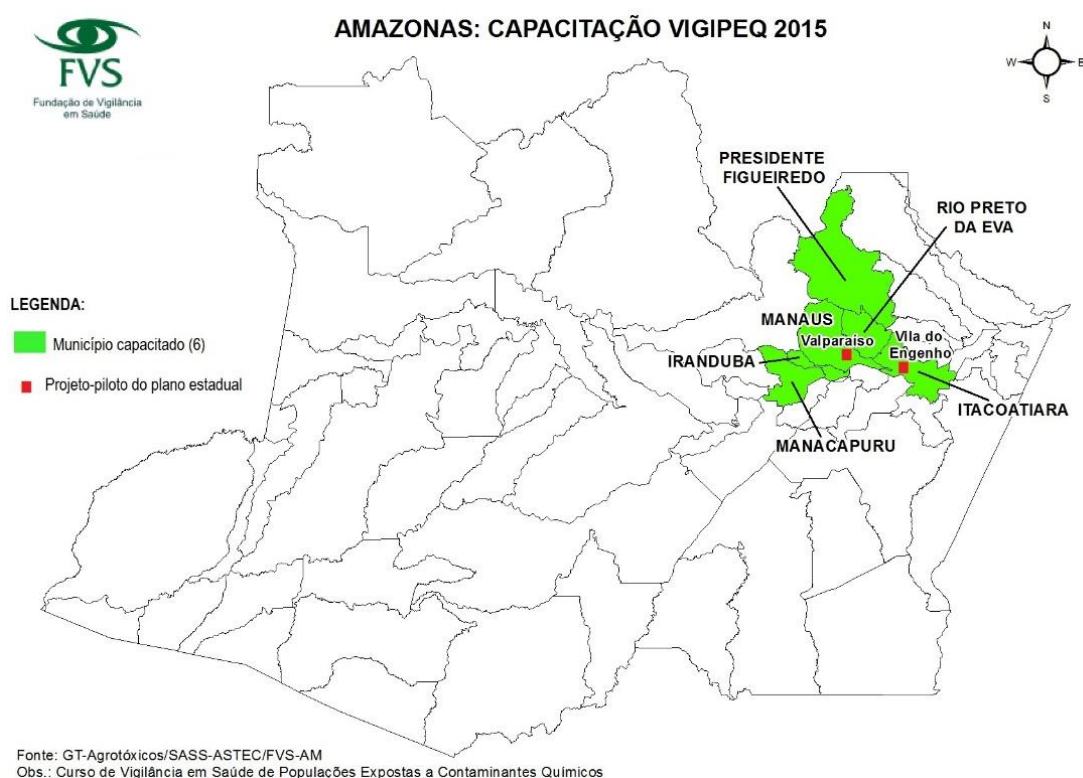
A ação dos agrotóxicos sobre a saúde humana costuma ser danoso, muitas vezes fatal, provocando desde náuseas, tonteadas, dores de cabeça ou alergias até lesões renais e hepáticas, cânceres, alterações genéticas, dentre outras; condições que podem manifestar-se imediatamente após o contato com o produto (efeitos agudos) ou após semanas, meses e anos (efeitos crônicos) condição que demanda sofisticados exames e complexos procedimentos para o diagnóstico e tratamento.

O intenso e indiscriminado uso de agrotóxicos na agricultura desenvolvida no Estado, caracteriza um processo produtivo de alto risco para a saúde humana, tanto de agricultores quanto de consumidores, caracterizando grave e silencioso problema de saúde pública.

Face à necessidade de enfrentamento de tal cenário, foi formado um grupo de trabalho denominado GT-agrotóxicos, composto por setores da FVS (DVA, DVE, NES, SASS, LACEN, DEVISA) e outras instituições (UFAM, UEA, IDAM, IPAAM, SEPROR, SUSAM, SEMSA, CREA-AM). Este grupo é responsável pela coordenação e acompanhamento das ações expressas no Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. O objetivo expresso neste plano é de implementar em nível do Estado e dos municípios, ações de promoção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças e agravos decorrentes do uso de agrotóxicos, buscando-se

incrementar a notificação e a investigação dos eventos relacionados a exposição/intoxicação por agrotóxico, melhorar a qualidade e a cobertura da assistência e da vigilância de modo a torná-las oportunas e adequadas às características clínicas, epidemiológicas e ambientais das doenças ou agravos relacionados a exposição/intoxicação por agrotóxicos, cogitando-se por fim reduzir a morbimortalidade por estas causas.

Dentre as ações já desenvolvidas pelo GT Agrotóxicos, destacam-se o projeto-piloto da Vila do Engenho no município de Itacoatiara, onde são desenvolvidas as ações como: atividades de capacitação, oficinas e cursos de boas práticas na comunidade. Ainda com o apoio deste grupo, foram capacitados 06 municípios (Manaus, Itacoatiara, Rio Preto da Eva, Manacapuru, Iranduba e Presidente Figueiredo) em 2015, no curso de vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos – Vigipeq.



Mapa 10: Capacitação curso de vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos – Vigipeq, 2015

1.1.1.4 Situação Comportamental

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

O comportamento dos jovens tem sido tema de interesse da mídia, institutos e academias. Alinhada nessa vertente a Universidade Federal de São Paulo – Unifesp divulgou resultado de uma pesquisa que analisou o comportamento de risco dos jovens (com idade entre 15 e 29 anos) de 149 municípios do Brasil revela que, Sexo sem camisinha, álcool e direção, cocaína, aborto, depressão,

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

Apenas 5% afirmaram ter usado maconha no último ano e 3,5% fizeram o mesmo com cocaína, sendo que esta última é mais popular entre as garotas. De acordo com a Secretaria Municipal da Infância e da Juventude (Seminf), em Manaus, de cada 10 consumidores de drogas sete são jovens, destacando-se que além das drogas, o trabalho infantil, a violência e o abuso sexual constituem-se nos principais problemas de crianças e adolescentes da capital. (rondoniaaovivo.com, 2014). Outra consequência do uso de drogas são os óbitos por causas violentas cujos índices são ascendentes no estado do Amazonas. Segundo o vereador Carlos Alberto (PRB/AM), as mortes causadas pelo tráfico de drogas na cidade de Manaus, em 2013, ultrapassaram 700 homicídios, sendo que 90% foram motivados pela disputa ou acerto de contas no tráfico de drogas (portal do Holanda, 2014).

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

Ademais, quase 70% dos jovens brasileiros não sabem o período em que a mulher tem mais chances de engravidar, 42% não sabem que a camisinha é o único método que previne, simultaneamente, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, e quase 30% acreditam que o coito interrompido é um método contraceptivo eficaz (Amazonas Notícias, 2014). A ignorância dos jovens faz com que a gravidez precoce atinja um terço das garotas brasileiras e pelo menos uma entre cada dez meninas de 14 a 20 anos já sofreu um aborto. Entre as que têm de 20 a 25 anos, a quantidade sobe para quase 15% (Catraca Livre, 2014). Ainda, pode ser tido como uma das causas da alta incidência de câncer de colo de útero no Estado do Amazonas.

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

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

1.2 Condições de Saúde da População

1.2.1 Situação de Natalidade

Como nascem os residentes no Amazonas

Aspectos da Natalidade no Estado

Os dados registrados nos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde produzem informações relevantes e possibilitam avaliação de riscos para subsidiar as intervenções na saúde da mulher e da criança. O número de nascidos vivos é utilizado, por exemplo, como denominador para calcular coeficientes de mortalidade infantil e materna.

Em relação a natalidade, os dados apontam para um declínio nos últimos dez anos, porém o estado ainda apresenta taxas acima da média Brasil, conforme o gráfico elaborado pelo CONASS abaixo:

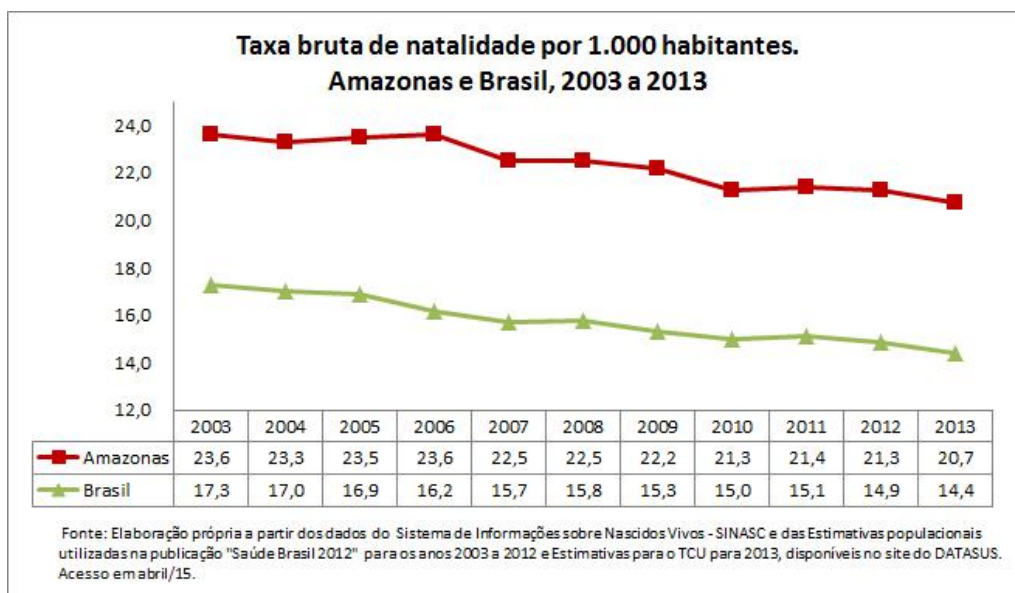


Gráfico 14: Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes, Amazonas e Brasil, 2003 a 2013

Mesmo com números acima da realidade nacional, observa-se que a natalidade no Amazonas vem decaindo a cada ano. Se considerarmos os anos de 2014 (20,8/1.000 hab) em relação à 2010 (21,3/1.000 hab), houve uma redução de 3,3% na taxa de natalidade do Estado.

Nos últimos 5 anos, a maior proporção de nascidos vivos no Amazonas ocorreu na Região de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro sendo responsável por mais de 60% dos nascidos vivos do Estado. Enquanto que, as menores proporções de nascidos vivos vem ocorrendo nas regiões do Purus, Juruá e Triângulo, valores inferiores a 4%.

Número e Proporção de Nascidos Vivos por Região de Saúde, Amazonas 2010 - 2014

Região/Estado	2010		2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alto Solimões	5.302	7,1	5.903	7,7	6.367	8,2	6.309	8,0	6.516	8,1
Baixo Amazonas	4.866	6,5	4.819	6,3	4.694	6,0	4.868	6,1	4.854	6,0
Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	45.017	60,2	46.423	60,5	47.336	60,8	47.788	60,3	48.932	60,8
Juruá	2.713	3,6	2.749	3,6	2.886	3,7	2.890	3,6	2.857	3,5
Médio Amazonas	3.293	4,4	3.114	4,1	3.217	4,1	3.273	4,1	3.175	3,9
Purus	2.227	3,0	2.270	3,0	2.354	3,0	2.477	3,1	2.403	3,0
Rio Madeira	3.022	4,0	3.062	4,0	2.892	3,7	3.039	3,8	3.099	3,8
Rio Negro e Solimões	5.450	7,3	5.555	7,2	5.296	6,8	5.576	7,0	5.726	7,1
Triângulo	2.928	3,9	2.857	3,7	2.828	3,6	3.063	3,9	2.933	3,6
Amazonas	74.818	100,0	76.752	100,0	77.870	100,0	79.283	100,0	80.495	100,0

Fonte: SINASC-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

Base de dados de 01 de março de 2016, sujeitos à revisão

Excluídos 80 nascidos vivos no período de 2010 a 2014 de municípios ignorados do Amazonas

Nascidos vivos por local de residência da mãe

Tabela 2: Número e Proporção de Nascidos Vivos por Região de Saúde, Amazonas 2010 – 2014

A cobertura de nascidos vivos no Estado do Amazonas, de 2010 a 2012, manteve-se em torno de 94% e nos dois anos subsequentes foi declinando, e finalizou o ano de 2014 com 90,7%, a menor do período. Na comparação entre os anos 2010 e 2014, houve uma redução desta cobertura de 3,4%. Assim como ocorreu no Estado, na maioria das 9 regiões que a compõem foram observadas redução na cobertura, contudo destaca-se a Região Alto Solimões que apresentou no mesmo período, aumento de 13,5%. Nas regiões em que a redução ocorreu, há necessidade de avaliar se foi em função da transição demográfica com queda da natalidade ou por subnotificação de nascidos vivos.

Cobertura de Nascidos Vivos por Região de Saúde, Amazonas 2010 a 2014

Região/Estado	Cobertura(%)				
	2010	2011	2012	2013	2014
Alto Solimões	103,3	113,1	120,1	114,7	117,2
Baixo Amazonas	99,1	96,7	93,0	91,1	89,5
Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	92,8	94,0	94,3	89,4	89,8
Juruá	101,3	101,2	104,8	99,0	96,3
Médio Amazonas	96,6	90,1	92,0	88,5	84,6
Purus	82,8	83,0	85,4	85,4	81,9
Rio Madeira	80,0	79,4	73,9	73,0	73,0
Rio Negro e Solimões	94,5	94,9	89,2	88,6	89,5
Triângulo	104,1	101,0	99,6	104,8	100,3
Amazonas	93,9	94,7	94,7	90,9	90,7

Fonte: SINASC-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM e IBGE/MS/SGEP/DATASUS

Base de dados de 01 de março de 2016, sujeitos à revisão

Excluídos 80 nascidos vivos no período de 2010 a 2014 de municípios ignorados do Amazonas.

Nascidos vivos por local de residência da mãe

OBS: Estimativa de nascidos vivos a partir da população DATASUS/IBGE com cálculo de 22,9 por 1.000 hab. para cada município

Tabela 3: Cobertura de Nascidos Vivos por Região de Saúde, Amazonas 2010 – 2014

Em relação aos tipos de parto ocorridos no Amazonas, em 2014 foram 61,5% de partos normais e 38,2% cesarianas. Buscando reduzir riscos para mãe e a criança, a recomendação da Organização Mundial de Saúde é de que as cirurgias cesáreas sejam limitadas para no máximo 15% do total dos partos.

A proporção de parto normal de acordo com o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) deveria ser igual ou maior que 70%. Segundo este parâmetro, o resultado do Estado do Amazonas ainda se encontra abaixo do preconizado. Contudo, observamos que sete das nove regiões do Estado apresentaram uma proporção de parto normal acima de 70%, destacando-se a Região do Alto Solimões com o melhor desempenho (83,8%) e as regiões que apresentaram resultado abaixo do preconizado foi o Entorno de Manaus e Alto Rio Negro com 52,7% e o Purus com 68,8%.

Nascidos Vivos Por Tipo de Parto por Região de Saúde, Amazonas 2014

Região/Estado	Tipo de Parto						Total
	Normal		Cesário		Não inf.+lgn		
	n	%	n	%	n	%	
Alto Solimões	5.462	83,8	958	14,7	96	1,5	6.516
Baixo Amazonas	3.726	76,8	1.126	23,2	2	0,0	4.854
Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	25.809	52,7	23.006	47,0	117	0,2	48.932
Juruá	2.032	71,1	807	28,2	18	0,6	2.857
Médio Amazonas	2.332	73,4	838	26,4	5	0,2	3.175
Purus	1.653	68,8	748	31,1	2	0,1	2.403
Rio Madeira	2.181	70,4	906	29,2	12	0,4	3.099
Rio Negro e Solimões	4.085	71,3	1.635	28,6	6	0,1	5.726
Triângulo	2.242	76,4	691	23,6	0	0,0	2.933
Amazonas	49.522	61,5	30.715	38,2	258	0,3	80.495

Fonte: SINASC/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

Fonte Nascidos Vivos: SINASC-AM de 01 de março de 2016

Dados sujeitos à revisão

Excluídos 12 nascidos vivos de municípios ignorados do Amazonas

Tabela 4: Nascidos Vivos por Tipo de Parto por Região de Saúde, Amazonas, 2014

Mães adolescentes ou aquelas que tem idade considerada avançada para a maternidade, apresentam maior risco para gerar bebês prematuros e de baixo peso ao nascer. A consequência disso é o risco maior de mortalidade para estas mulheres, nessas faixas extremas.

No que diz respeito a proporção de nascidos vivos, segundo a faixa etária da mãe, observou-se que no Amazonas, em 2014, houve predominância de mães na faixa de 20 a 34 anos (64,3%). Esse padrão é semelhante em todas as Regiões do Estado, a variação desta proporção é de 56,8% (Purus) a 66,5% (Manaus, Entorno e Alto Rio Negro).

Observa-se que mais de 1/4 dos partos ocorridos no Estado do Amazonas foram de mães adolescentes. Na análise por Regiões de Saúde, a proporção de gravidez na adolescência apresentou variações, a mais baixa registrada na RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro com 23,6% e a mais alta no Purus com 37,0%. A gravidez tardia aumenta a probabilidade de complicações tanto para as mães quanto para os bebês. No Amazonas 8,9% das mães apresentaram idade acima de 35 anos, sendo que duas regiões apresentaram valores superiores aos do Estado, foram as regiões Alto Solimões (9,5%) e Manaus, Entorno e Alto Rio Negro (9,9%). A proporção mais baixa foi do Rio Madeira com 5,9%.

Nascidos Vivos (NV) por Faixa Etária da Mãe por Regiões de Saúde do Amazonas, 2014

Região/Estado	Nascidos Vivos Faixa Etária da Mãe						Total
	<20 anos		20-34 anos		35 e +		
	n	%	n	%	n	%	
Alto Solimões	1.811	27,8	4.084	62,7	621	9,5	6.516
Baixo Amazonas	1.474	30,4	2.976	61,3	404	8,3	4.854
Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	11.559	23,6	32.552	66,5	4.821	9,9	48.932
Juruá	962	33,7	1.680	58,8	215	7,5	2.857
Médio Amazonas	968	30,5	1.973	62,1	234	7,4	3.175
Purus	890	37,0	1.364	56,8	149	6,2	2.403
Rio Madeira	987	31,8	1.928	62,2	184	5,9	3.099
Rio Negro e Solimões	1.913	33,4	3.453	60,3	360	6,3	5.726
Triângulo	1.022	34,8	1.736	59,2	175	6,0	2.933
Amazonas	21.586	26,8	51.746	64,3	7.163	8,9	80.495

Fonte: SINASC/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

NV da base de dados SINASC-AM de 01 de março de 2016

Dados sujeitos à revisão

Excluídos 12 nascidos vivos de municípios ignorados do Amazonas

Tabela 5: Nascidos Vivos por Faixa Etária da Mãe por Região de Saúde, Amazonas, 2014

Foram registrados 9.676 prematuros, no ano 2014, correspondendo a 12,0% dos nascimentos ocorridos no Amazonas. Das nove regiões, quatro apresentaram proporções de prematuridade superior à média do Estado: Região Médio Amazonas (15,0%), Baixo Amazonas (14,1%), Alto Solimões (13,8%) e Triângulo (13,4%).

Nascidos Vivos (NV) por Duração da Gestação por Regiões de Saúde do Amazonas, 2014

Região/Estado	Nascidos Vivos Duração da Gestação (semanas)						Total
	< 37		37 e +		Nº Inf.+Ign		
	n	%	n	%	n	%	
Alto Solimões	898	13,8	5.465	83,9	153	2,3	6.516
Baixo Amazonas	683	14,1	4.086	84,2	85	1,8	4.854
Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	5.640	11,5	41.772	85,4	1.520	3,1	48.932
Juruá	314	11,0	2.501	87,5	42	1,5	2.857
Médio Amazonas	476	15,0	2.550	80,3	149	4,7	3.175
Purus	274	11,4	2.037	84,8	92	3,8	2.403
Rio Madeira	316	10,2	2.723	87,9	60	1,9	3.099
Rio Negro e Solimões	681	11,9	4.960	86,6	85	1,5	5.726
Triângulo	394	13,4	2.383	81,2	156	5,3	2.933
Amazonas	9.676	12,0	68.477	85,1	2.342	2,9	80.495

Fonte: SINASC/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

NV da base de dados SINASC-AM de 01 de março de 2016

Dados sujeitos à revisão

Excluídos 12 nascidos vivos de municípios ignorados do Amazonas

Tabela 6: Nascidos Vivos por Duração da Gestação por Região de Saúde, Amazonas, 2014

Dentre os nascidos vivos no Amazonas no período de 2010 a 2014, a proporção dos que apresentaram baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g) variou entre 7,3% a 7,7%. Esta proporção aumentou 5% no ano 2013, em relação a 2010. Entretanto, apresentou melhora em 2014 com uma

queda de 2,8% em relação a 2013. Entre as regiões, a mais elevada proporção de baixo peso ao nascer tem sido observada na Região do Juruá, em 2014 apresentou 8,4%.

Ressalta-se que, dos 2.642 nascidos vivos com peso ignorado, 90,2% ocorreram em domicílio. Também, destaca-se melhora no registro do peso, houve redução de 50% dos nascidos vivos com peso ignorado, quando comparados os anos de 2010 e 2014.

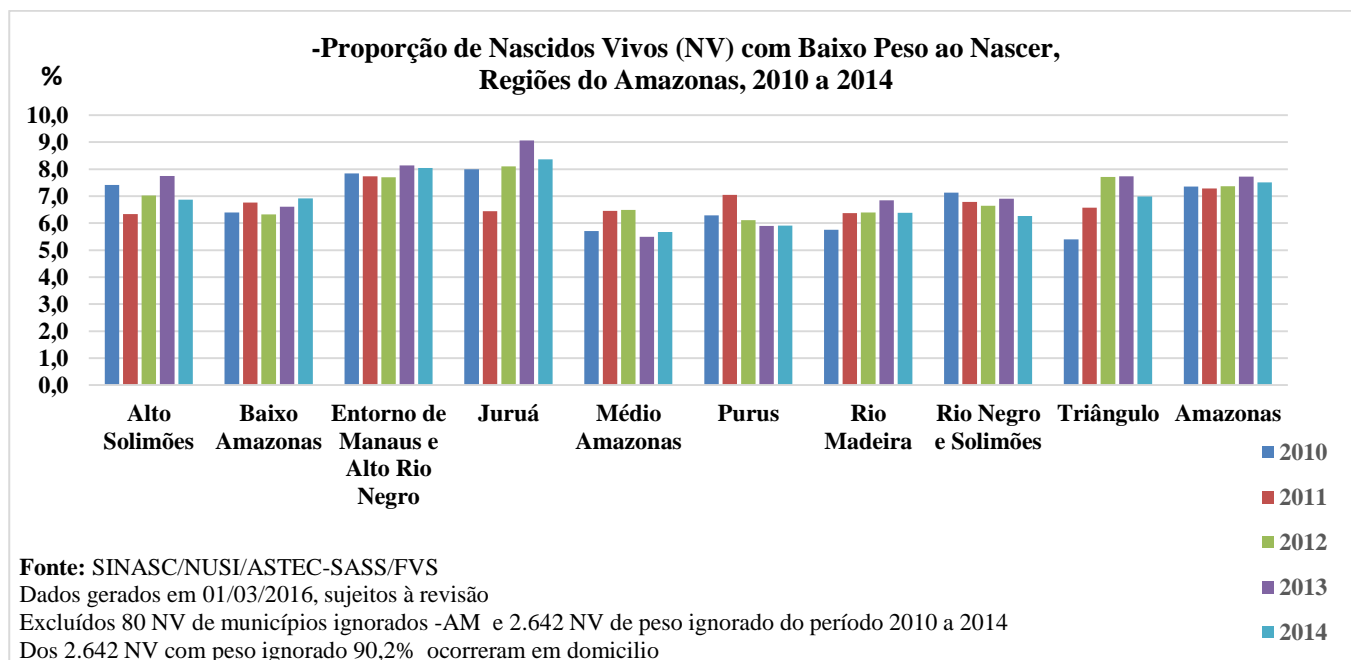


Gráfico 15: Proporção de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer por Região de Saúde, Am, 2010 a 2014

O Ministério da Saúde preconiza 7 ou mais consultas de pré-natal. Em 2014, dentre as grávidas residentes no Amazonas, as que realizaram consultas, conforme o recomendado, foram a maioria (41,1%). Contudo, ainda existem mulheres que não realizaram nenhuma consulta durante a gravidez, correspondendo a 5,2% do total.

Nascidos Vivos por No. de Consultas Pré Natal por Regiões de Saúde do Amazonas, 2014

Região/Estado	Consultas pré-natal										Total
	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Não Inf. + Ign		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alto Solimões	249	3,8	1.057	16,2	2.501	38,4	2.677	41,1	32	0,5	6.516
Baixo Amazonas	147	3,0	927	19,1	1.900	39,1	1.817	37,4	63	1,3	4.854
Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	2.955	6,0	6.405	13,1	19.383	39,6	19.889	40,6	300	0,6	48.932
Juruá	264	9,2	484	16,9	1.019	35,7	1.089	38,1	1	0,0	2.857
Médio Amazonas	80	2,5	455	14,3	1.095	34,5	1.517	47,8	28	0,9	3.175
Purus	42	1,7	317	13,2	837	34,8	1.179	49,1	28	1,2	2.403
Rio Madeira	148	4,8	456	14,7	969	31,3	1.524	49,2	2	0,1	3.099
Rio Negro e Solimões	249	4,3	1.129	19,7	2.171	37,9	2.133	37,3	44	0,8	5.726
Triângulo	61	2,1	489	16,7	1.048	35,7	1.233	42,0	102	3,5	2.933
Amazonas	4.195	5,2	11.719	14,6	30.923	38,4	33.058	41,1	600	0,7	80.495

Fonte: SINASC/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

NV da base de dados SINASC-AM de 01 de março de 2016

Dados sujeitos à revisão

Excluídos 12 nascidos vivos de municípios ignorados do Amazonas

Tabela 7: Nascidos Vivos por No. de Consultas Pré Natal por Região de Saúde, Amazonas, 2014

1.2.2 Situação de Mortalidade

Como morrem os residentes no Amazonas

Aspectos da Mortalidade no Estado

Para o cálculo dos indicadores de mortalidade foi utilizada a base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Estado do Amazonas. As análises, a partir dos dados captados, poderão orientar os gestores na adoção de medidas, assim como realizar avaliação das ações implementadas que tenham impacto sobre a mortalidade.

Mortalidade Geral e Cobertura de Captação de Óbitos

A cobertura de captação de óbitos é calculada tendo como numerador os óbitos registrados no SIM em relação aos óbitos projetados pelo IBGE.

No período de análise de 2010 a 2014, a cobertura de captação de óbitos no Amazonas atingiu o melhor resultado em 2012 (78,3%). Apesar da cobertura nos anos subsequentes terem sido mais baixas, ainda assim, houve uma melhora na notificação oficial de ocorrência de óbitos, se considerarmos que a cobertura de 72,4% em 2010 passou para 76,8% em 2014.

Este resultado está abaixo da meta de 90% estimada para o Estado. Possíveis explicações para a dificuldade no alcance desta meta é que na maioria dos municípios do Estado ainda há pouca oferta de médicos, além de ocorrerem sepultamentos sem a emissão da declaração de óbito e em cemitérios não oficiais, principalmente na zona rural.

Observa-se ainda que, em 2014, embora as Regiões de Saúde com as proporções mais baixas de cobertura na captação de óbitos tenham sido Rio Madeira (50,9%) e Rio Purus (53,5%), a Região que apresentou a maior redução (11,6%) na cobertura da captação de óbitos em 2014 comparado ao ano anterior foi o Médio Amazonas.

Cobertura de Captação de Óbitos e Coeficiente Geral de Mortalidade por Regiões de Saúde do Amazonas, 2010 a 2014

Região/Estado	2010		2011		2012		2013		2014	
	Cobertura %	Coef/1000 hab.	Cobertura %	Coef/1000 hab.	Cobertura %	Coef/1000 hab.	Cobertura %	Coef/1000 hab.	Cobertura %	Coef/1000 hab.
Alto Solimões	53,3	2,8	52,0	2,8	58,8	3,1	61,8	3,3	63,4	3,4
Baixo Amazonas	62,5	3,3	63,3	3,4	66,1	3,5	65,3	3,5	70,7	3,7
Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	83,1	4,4	88,2	4,7	89,5	4,7	84,7	4,5	87,0	4,6
Juruá	59,8	3,2	66,9	3,5	63,2	3,4	58,9	3,1	61,9	3,3
Médio Amazonas	62,1	3,3	67,9	3,6	65,8	3,5	69,9	3,7	61,8	3,3
Purus	49,8	2,6	49,3	2,6	56,6	3,0	58,7	3,1	53,5	2,8
Rio Madeira	48,5	2,6	52,6	2,8	57,5	3,0	52,4	2,8	50,9	2,7
Rio Negro e Solimões	57,2	3,0	58,7	3,1	60,0	3,2	58,5	3,1	59,6	3,2
Triângulo	47,8	2,5	49,0	2,6	54,9	2,9	49,4	2,6	55,5	2,9
Amazonas	72,4	3,8	76,2	4,0	78,3	4,1	75,1	4,0	76,8	4,1

Fonte: DATASUS/IBGE/MS/SGEP/SIM-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

Base de dados de 01/03/2016, sujeito a revisão

Excluídos 77 óbitos no período de 2010 a 2014 de municípios ignorados no Amazonas

Tabela 8: Cobertura de Captação de Óbitos e Coeficiente Geral de Mortalidade por Região de Saúde, Am, 2010 a 2014

Coefficiente Geral de Mortalidade

O cálculo do coeficiente geral de mortalidade, em determinada população, não leva em consideração sexo, idade ou causa de óbito. Entretanto, este indicador é fortemente influenciado pela distribuição etária da população. Um local que possui população composta por elevada proporção de idosos, poderá apresentar taxas de mortalidade mais altas do que nos locais que possui menor proporção de idosos, pois a expectativa é de que ocorram mais óbitos dentre os indivíduos em idades mais avançadas. Por outro lado, os gestores deverão estar atentos quando a taxa de mortalidade for alta em populações com maior proporção de jovens do que de idosos, pois significa que a mortalidade está ocorrendo prematuramente.

No Estado do Amazonas, o coeficiente de mortalidade geral vem apresentando variação em torno de 4,0 óbitos por 1.000 habitantes. No ano de 2014 em relação a 2010, observou-se um aumento deste coeficiente de 7,9% (passou de 3,8 para 4,1 óbitos/1.000 habitantes). Na comparação destes coeficientes, nos mesmos anos, por regiões, uma permaneceu inalterado, a RS Médio Amazonas, enquanto em todas as outras regiões houve aumento no coeficiente de mortalidade variando de 3,1% (Juruá) a 21,4% (Alto Solimões). Uma possível explicação para estes aumentos é que a Fundação de Vigilância em Saúde, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, vem intensificando a busca ativa de óbitos, visando reduzir a subnotificação.

Proporção de Óbitos por Grupos de Causas Definidas

O Estado do Amazonas apresentou uma melhora na identificação da causa básica definida, passando de 84,8% (11.320/13.349) em 2010 para 88,1% (13.884/15.764) em 2014. A partir deste ponto, melhorar o resultado da proporção de causa básica definida, cuja meta é de 90%, torna-se uma tarefa árdua, pois vários fatores contribuem para os registros de causas de óbitos mal definidas como: a ausência do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) no Estado, os óbitos ocorridos em sua maioria na área rural e sem assistência médica, dispersão populacional, falta de profissionais médicos, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, existência de cemitérios não oficiais, pouco compromisso de alguns gestores e profissionais de saúde e a deficiência na formação desses profissionais. A implantação do SVO traria contribuição importante para aumentar o grupo de causas de óbitos definidas.

Mortalidade Proporcional por Grupo de Causas

O grupo composto pelas três primeiras causas de óbitos (doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias) representam mais de 57% das causas definidas de mortalidade que ocorreram anualmente no estado do Amazonas entre 2010 e 2014.

- Número e Proporção de Óbitos por Grupos de Causas, Amazonas, 2010-2014

Grupos de Causas	2010		2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.389	21,1	2.552	20,7	2.616	20,5	2704	20,6	2.967	21,4
XX. Causas externas	2272	20,1	2538	20,6	2690	21,1	2602	19,8	2689	19,4
II Neoplasias	1868	16,5	2116	17,2	2338	18,3	2363	18,0	2443	17,6
X. Doença do aparelho respiratório	1.088	9,6	1.174	9,5	1.163	9,1	1241	9,4	1.392	10,0
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	829	7,3	855	6,9	833	6,5	942	7,2	982	7,1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	768	6,8	852	6,9	880	6,9	960	7,3	958	6,9
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	572	5,1	625	5,1	582	4,6	611	4,6	645	4,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	557	4,9	606	4,9	596	4,7	612	4,7	622	4,5
XVII. Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	297	2,6	294	2,4	337	2,6	339	2,6	329	2,4
Demais causas definidas	680	6,0	703	5,7	727	5,7	776	5,9	857	6,2
Total de Causas Definidas	11320	100,0	12.315	100,0	12.762	100,0	13150	100,0	13.884	100,0
TOTAL GERAL	11.320	100,0	12.315	100,0	12.762	100,0	13.150	100,0	13.884	100,0

Fonte: SIM-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

Base de dados de 01/03/2016, sujeitos à revisão

Óbitos de residentes no Amazonas

OBS: Excluídos dados referentes a município ignorado do AM

Tabela 9: Número e Proporção de Óbitos por Grupos de Causas, Amazonas, 2010 a 2014

Em 2014, quatro regiões do Amazonas, apresentaram coeficiente de mortalidade infantil mais elevado que o do Estado: Juruá (25,2/1.000 NV), Alto Solimões (23,3/1.000 NV), Baixo Amazonas (20,6/1.000 NV) e Triângulo (16,0/1.000 NV).

Ressalta-se que o coeficiente de mortalidade infantil apresentou declínio em 6 das 9 regiões do Estado. A maior queda ocorreu na Região Rio Madeira que passou de 16,8/1.000 NV em 2013 para 12,6/1.000 NV em 2014, correspondendo a uma redução de 25%. Enquanto que o maior incremento (19%) ocorreu no Baixo Amazonas que apresentou coeficiente 17,3/1.000 NV em 2013 e 20,6/1.000 NV em 2014

Alguns fatores devem ser considerados para a diminuição da mortalidade infantil no estado do Amazonas como: implementação da Rede Cegonha com especial atenção ao componente do pré-natal de risco habitual e de alto risco bem como garantia de acesso ao parto a partir da vinculação a maternidade mais próxima da usuária, além de melhorar as condições ambientais e nutricionais da população.

Coeficiente de Mortalidade Infantil (< 1 ano), Regiões do Amazonas, 2010-2014

Estado/Região	2010			2011			2012			2013			2014		
	n Óbitos < 1 ano	n NV	Coef/ 1000 hab.	n Óbitos < 1 ano	n NV	Coef/ 1000 hab.	n Óbitos < 1 ano	n NV	Coef/ 1000 hab.	n Óbitos < 1 ano	n NV	Coef/ 1000 hab.	n Óbitos < 1 ano	n NV	Coef/ 1000 hab.
Alto Solimões	118	5.302	22,3	109	5.903	18,5	158	6.367	24,8	172	6.309	27,3	152	6.516	23,3
Baixo Amazonas	72	4.866	14,8	83	4.819	17,2	69	4.694	14,7	84	4.868	17,3	100	4.854	20,6
Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	656	45.017	14,6	657	46.423	14,2	714	47.336	15,1	779	47.788	16,3	710	48.932	14,5
Juruá	76	2.713	28,0	75	2.749	27,3	82	2.886	28,4	70	2.890	24,2	72	2.857	25,2
Médio Amazonas	40	3.293	12,1	45	3.114	14,5	48	3.217	14,9	45	3.273	13,7	39	3.175	12,3
Purus	33	2.227	14,8	43	2.270	18,9	52	2.354	22,1	40	2.477	16,1	32	2.403	13,3
Rio Madeira	44	3.022	14,6	36	3.062	11,8	50	2.892	17,3	51	3.039	16,8	39	3.099	12,6
Rio Negro e Solimões	90	5.450	16,5	91	5.555	16,4	69	5.296	13,0	70	5.576	12,6	82	5.726	14,3
Triângulo	61	2.928	20,8	52	2.857	18,2	63	2.828	22,3	54	3.063	17,6	47	2.933	16,0
Amazonas	1.190	74.818	15,9	1.191	76.752	15,5	1.305	77.870	16,8	1.365	79.283	17,2	1.273	80.495	15,8

Fonte: SIM-AM e SINASC-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

Base de dados do SIM-AM de 01/03/2016

Base de dados do SINASC-AM de 01/03/2016

Dados sujeitos à revisão

NV = Nascidos Vivos

Excluídos 80 NV no período de 2010 a 2014 de municípios ignorados do AM

Excluído 01 óbito no período de 2010 a 2014 de municípios ignorados do AM

Tabela 10: Coeficiente de Mortalidade Infantil (< 1 ano) por Região de Saúde, Amazonas, 2010 a 2014

A mortalidade neonatal, componente da mortalidade infantil, demonstrada pela ocorrência de óbitos em menores de 28 dias de idade, vem apresentando aumento no coeficiente desde 2010, mas em 2014 houve um declínio, passando de 10,3/1.000 NV para 9,9/1.000 NV, correspondendo a uma redução de 3,7%. O coeficiente de mortalidade infantil neonatal precoce (óbitos em recém-nascidos menores de sete dias) confirma essa tendência, atingiu em 2012 o resultado mais elevado, chegando a 8,1/1.000 NV e em 2014 houve diminuição para 7,6/1.000 NV, redução de 5,6%. Apesar das reduções observadas, o coeficiente de mortalidade neonatal ainda se mantém elevado (9,9/1.000 NV), sendo, portanto, um reflexo das condições do pré-natal, parto e atenção ao neonato.

Considerando o total de óbitos infantis ocorridos no Amazonas nos últimos 3 anos (2012 a 2014), 47,0% foram neonatais precoces, 14,0% neonatais tardios, e 39,0% pós-neonatais. Salienta-se, ainda, que a mortalidade pós-neonatal se mantém elevada no período. Ainda nos últimos 3 anos, do total de óbitos pós neonatais por causas conhecidas: 13,7% foram por pneumonias, 9,6% por diarreias e gastroenterites infecciosas e 8,6% por malformações congênitas do coração. Porém, do total de óbitos, ressalta-se que 10,5% ocorreram sem assistência médica e por causas indeterminadas, o que traduz a necessidade de maior efetividade da atenção básica na atenção à saúde dessas crianças.

Mortalidade Infantil por Grupo de Causas

Até a década de 90, 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.

No Amazonas, entre os anos 2010 a 2014, verifica-se a predominância dos óbitos em menores de um ano de idade decorrentes das afecções originadas no período perinatal. Em 2014, neste grupo, foi identificado como o principal agrupamento, correspondendo a 47%, os "transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal".

Considerando que este grupo concentra a maioria dos neonatos sem a especificação da causa, há necessidade de melhor estudo detalhando suas causas. Ressalta-se que as malformações congênitas representam a segunda causa de óbito infantil, e esta vêm aumentando, em 2010 representavam 20,1% das causas e em 2014 foram 21,7%. Ambos refletem a necessidade de melhorar a qualidade da assistência prestada a gravidez e ao parto.

Observa-se que houve melhora na definição das causas de óbitos em menores de 1 ano de idade. Vem ocorrendo uma redução das causas mal definidas nos últimos anos, em 2010 correspondiam a 9,2% e em 2014 declinou para 4,3% (redução de 50%).

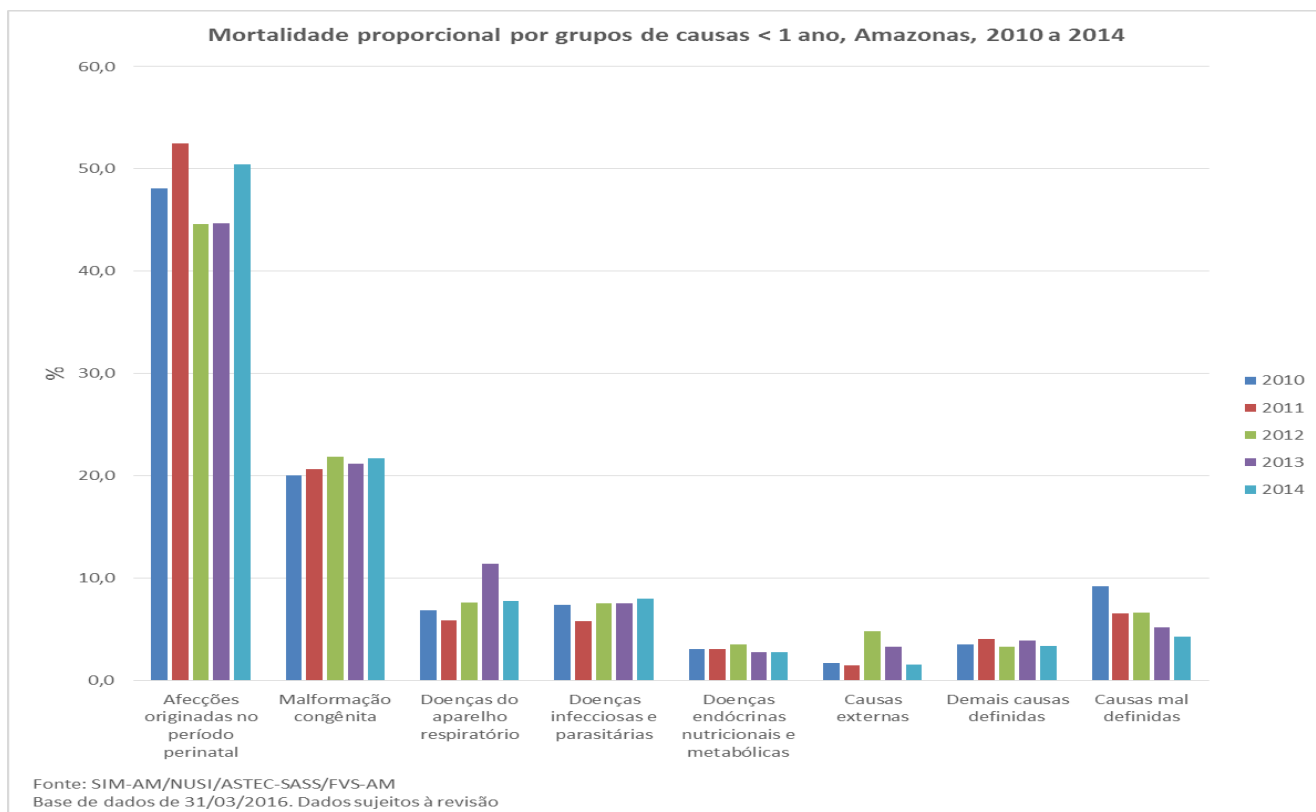


Gráfico 16: Mortalidade proporcional por grupos de causas < 1 ano, Amazonas, 2010-2014

Vigilância de Óbitos Infantis e Fetais

A organização da Vigilância Epidemiológica do óbito materno infantil, é uma importante estratégia para o enfrentamento da redução da mortalidade destes dois grupos prioritários, que destacam-se como uma das metas do milênio.

A investigação de óbitos é efetivada pela coleta de dados em várias fontes, mas principalmente através da entrevista em domicílio, registros dos serviços de saúde ambulatorial e hospitalar. No entanto, importantes desafios ainda perduram para qualificação desse processo, como a investigação oportuna – no período de 120 dias, especialmente em área indígena e rural, e a implantação de Grupo Técnico em cada município, que representa uma estratégia em franca expansão, e é composto por profissionais da atenção básica, hospitalar e da vigilância, atuando na análise da evitabilidade dos casos, a partir da identificação das falhas nas linhas de cuidado e definição de recomendações para cada ponto de atenção à saúde.

A meta de investigações pactuada para 2009 e 2010 foi de 25%; de 30% para 2011, de 35% para de 2012, de 45% para 2013 e de 60% para o ano 2014. No Amazonas, no período de 2009 a 2014, a proporção de investigação dos óbitos infantis e fetais apresentou um aumento significativo, passando de 13,9% em 2009 para 69,1% em 2014, ultrapassando a meta pactuada. Destaca-se que no referido período, tanto em relação aos óbitos fetais quanto aos óbitos infantis, a capital e os municípios do interior apresentaram um melhor desempenho na proporção de investigação.



Gráfico 17: Proporção de óbitos infantis e fetais investigados, Amazonas, 2009-2014

Proporção de Óbitos Maternos, MIF, Infantis e Fetais Investigados - Amazonas, 2009 - 2014

Tipo de óbito	% Investigados						
	Nível	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Materno	Estado	75,7	76,0	73,2	90,4	98,2	94,8
	Capital	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Interior	60,0	55,0	54,5	83,3	96,3	88,9
MIF	Estado	70,3	75,1	66,8	68,9	74,2	74,3
	Capital	73,0	71,9	62,3	64,6	67,2	66,8
	Interior	65,3	82,4	74,7	77,0	88,8	90,4
Materno + MIF	Estado	70,6	75,2	67,1	69,9	75,4	75,5
	Capital	73,8	73,2	63,6	65,7	68,4	68,3
	Interior	64,8	79,3	73,0	77,5	89,3	90,2
Fetal	Estado	12,6	50,8	55,5	51,3	77,8	66,6
	Capital	0,0	46,0	52,3	50,6	77,6	58,0
	Interior	28,4	57,3	59,0	52,0	77,9	77,1
Menor de 1 ano	Estado	14,7	37,6	52,1	48,5	63,5	70,9
	Capital	0,2	0,2	31,1	34,7	52,1	58,2
	Interior	27,3	74,6	69,4	58,8	73,6	81,9
Menor de 1 ano + Fetal	Estado	13,9	42,6	53,4	49,6	68,8	69,1
	Capital	0,1	19,1	40,3	42,0	62,3	58,1
	Interior	27,7	68,8	65,6	56,4	75,1	80,1

Fonte: SIM WEB/NUSI/ASTEC-SASS/FVS

Dados acessados no SIM WEB em 28/03/2016 - Sujeitos à revisão

Quadro 1: Proporção de óbitos maternos, MIF, infantis e fetais investigados, Amazonas, 2009 a 2014

Razão de Mortalidade Materna

A razão de mortalidade materna é utilizada para estimar a frequência de óbitos femininos após o término da gestação, atribuídas a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. A estruturação da vigilância do óbito materno, em 2009, no Estado do Amazonas com a intensificação da busca ativa, inicialmente, refletiu no aumento deste indicador. No período de 2010 a 2013 ocorreu um declínio da razão de mortalidade materna no Amazonas, redução de 36,3%, mas em 2014 apresentou um aumento de 4,2%. Estas variações podem ser influenciadas devido a qualidade da atenção prestada à saúde da mulher como planejamento familiar, assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.

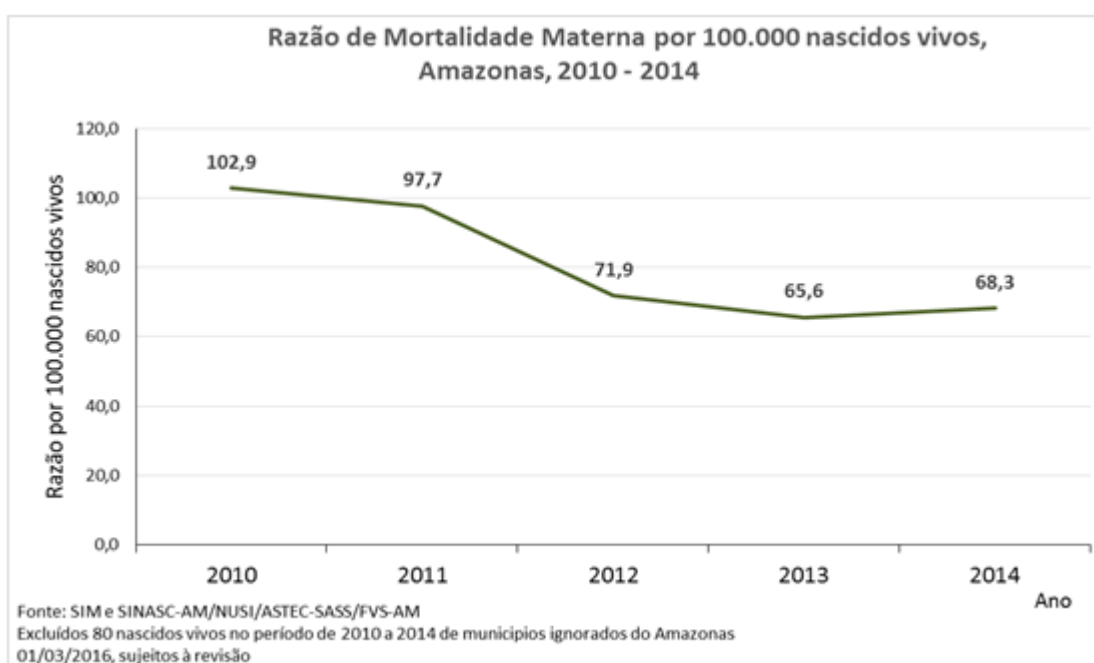


Gráfico 18: Razão da mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, Amazonas, 2010 a 2014

Em relação a proporção de óbitos maternos ocorridos no Amazonas, por agrupamento de causas, observa-se que a infecção puerperal predominou até o ano 2011, representando a principal causa de óbito materno ocorrida anualmente. Entretanto, em 2012 houve uma mudança deste quadro, e as síndromes hipertensivas da gravidez passaram a se posicionar como a primeira causa, sendo responsável, neste ano, por 25% dos óbitos maternos. Em 2014, apesar das síndromes hipertensivas continuarem ocupando a primeira posição, houve uma redução de 37,7% em relação ao ano 2012. Ressalta-se que os óbitos maternos devidos a abortos, durante o período da análise, alternam o número de ocorrências entre altos e baixos, em 2012 houve registro de 1 óbito atribuído ao aborto e em 2013 foram 9 óbitos.

Proporção de Óbitos Maternos, segundo agrupamento de causas, Amazonas, 2010-2014

Causa de óbitos maternos	2010		2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Síndromes hipertensivas da gravidez	9	12,0	4	7,1	13	25,0	9	16,4	12	15,6
Abortos	3	4,0	8	14,3	1	1,9	9	16,4	4	5,2
Anormalidade da Contração Uterina	0	0,0	2	3,6	1	1,9	5	9,1	4	5,2
Infecção puerperal	13	17,3	9	16,1	5	9,6	5	9,1	6	7,8
Hemorragias intra e pós parto	4	5,3	1	1,8	2	3,8	6	10,9	7	9,1
Doenças ap. circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério	6	8,0	3	5,4	5	9,6	1	1,8	4	5,2
Doenças do ap. respiratório complicando a gravidez, o parto e o puerpério	7	9,3	3	5,4	3	5,8	0	0,0	6	7,8
Descolamento Prematuro de Placenta	2	2,7	1	1,8	0	0,0	1	1,8	1	1,3
Aids no puerpério ou Aids na gravidez	3	4,0	3	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Demais causas maternas	28	37,3	22	39,3	22	42,3	19	34,5	33	42,9
TOTAL	75	100,0	56	100,0	52	100,0	55	100,0	77	100,0

Fonte: SIM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

Base de dados de 31/03/2016, sujeitos à revisão

Tabela 11: Proporção de Óbitos Maternos por Grupos de Causas, Amazonas, 2010 a 2014

Vigilância de Óbitos Maternos e de Mulheres em Idade Fértil (MIF)

A redução da mortalidade materna no Brasil ainda representa um grande desafio para os serviços de saúde. Para isso, o Ministério da Saúde, vem adotando uma série de medidas para que haja melhoria na qualidade da atenção à saúde da mulher e no registro de óbitos maternos. A Portaria GM/MS nº1.172, de 15 de junho de 2004, definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados, e em 2008, a Portaria GM/MS nº1.119 de 5 de junho, regulamentou essa prática estabelecendo prazos e fluxos da investigação.

A vigilância dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) é uma estratégia para identificação de possíveis óbitos maternos “mascarados”, ou seja, cuja causa básica relacionada ao estado gravídico-puerperal não consta na Declaração de Óbito. Para uma adequada identificação dessas mortes, recomenda-se investigar pelo menos 85% dos óbitos de MIF.

Avaliando-se os óbitos maternos declarados no Amazonas, onde a meta de investigação é de 100%, podemos observar que em 2014 a proporção de investigação ainda não foi atingido (94,8%), no entanto chegou ao melhor resultado desde 2009. Em relação à proporção de óbitos de MIF investigados no Estado em 2014, o resultado foi 74,2%, em virtude da contribuição da capital que apresentou apenas 66,7% dos óbitos de MIF investigados. O componente materno necessita de maior atenção no interior do Estado, pela dificuldade de acesso aos domicílios e/ou de localização das famílias para conclusão das investigações.

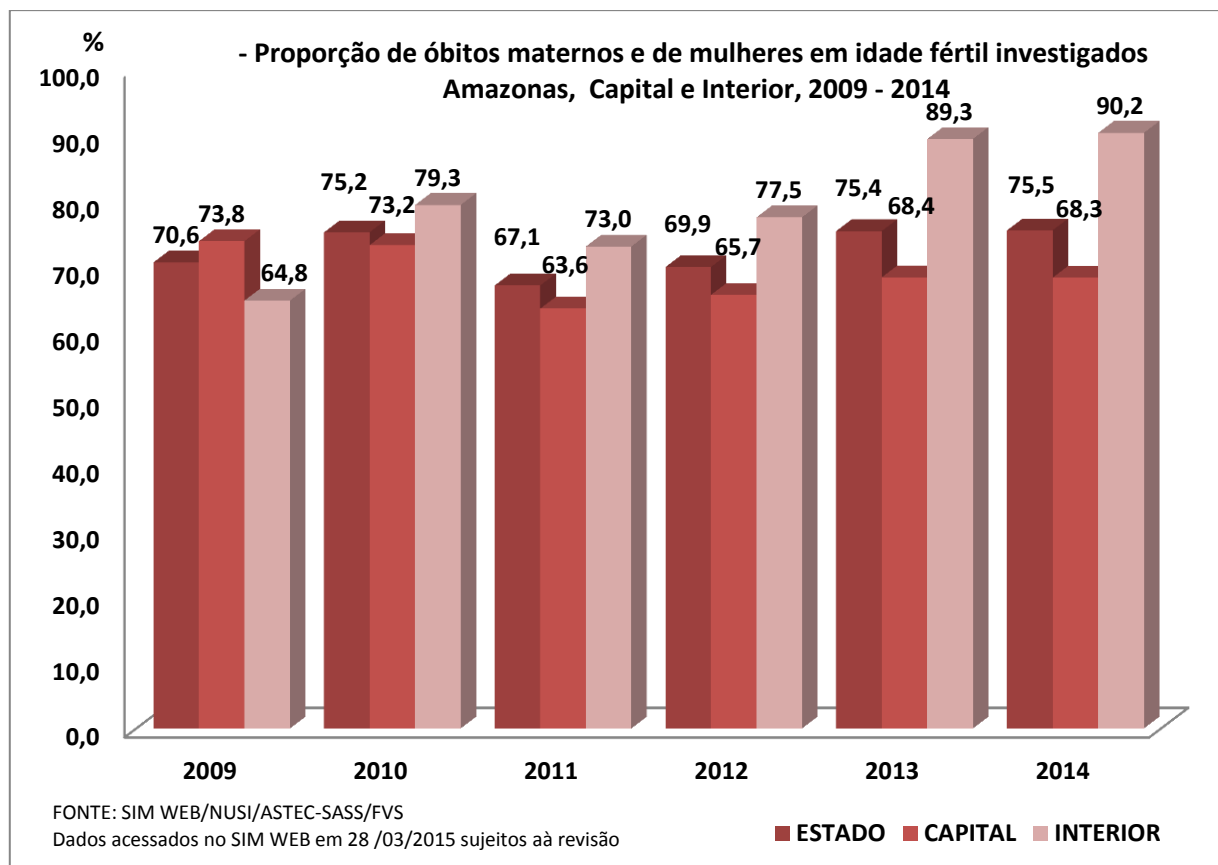


Gráfico 19: Proporção de Óbitos Maternos e de Mulheres em Idade Fértil Investigados, Amazonas, Capital e Interior, 2009 a 2014

Óbitos por Doenças e Agravos Não Transmissíveis

▪ Óbitos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT

No Estado do Amazonas, no período de 2010 a 2014 dentre os óbitos registrados como causa básica relacionada às DCNT, na faixa etária de 30 à <70 anos de idade, as neoplasias, foram as causas com a maior proporção de óbitos, cerca de 21% anualmente. Entre 2010 a 2013, as neoplasias apresentaram aumento e em 2014 ocorreu declínio, passando de 22,4% para 21,0%.

As doenças cardiovasculares, ocupam a segunda posição com aproximadamente 18% seguidas da proporção de óbitos por diabetes que vem se mantendo em torno de 5% e das doenças respiratórias crônicas (doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças pulmonares intersticiais, pneumonias aspirativas, enfisemas, asma etc.) com cerca de 3% (gráfico 20). A intercalação entre aumento e redução de casos pode ser devido a sub registro.

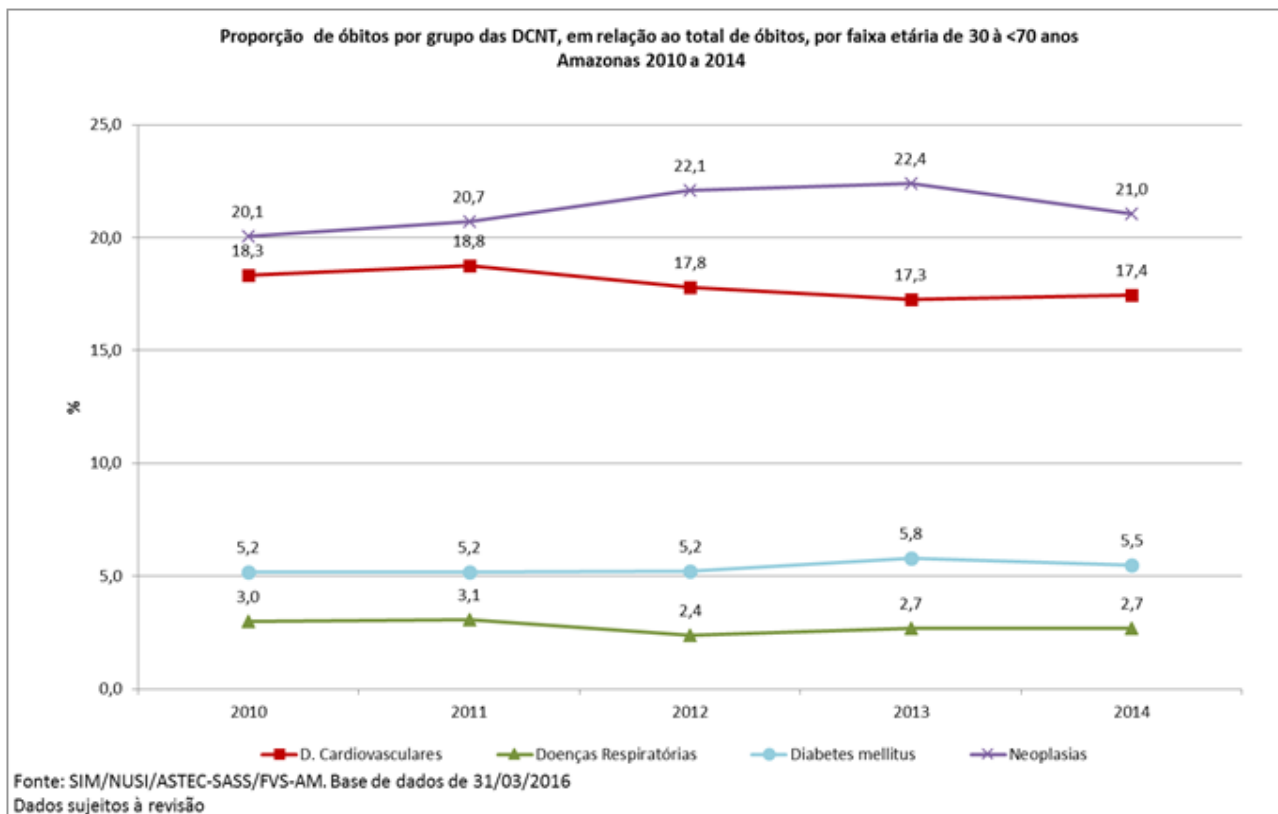


Gráfico 20: Proporção de Óbitos por Grupo das DCNT, em relação a total de óbitos, por faixa etária de 30 a <70 anos, Amazonas, 2010 a 2014

Em todo o período avaliado (2010 a 2014), no grupo das DCNT na faixa etária de 30 à <70 anos de idade, a taxa de óbitos por neoplasias, vem ocupando a primeira posição e a segunda são as doenças cardiovasculares (gráfico 21). Contudo, observou-se que, as neoplasias iniciam o período com uma taxa de 89,5/100.000 habitantes, atingindo 100,9/100.000 habitantes em 2012, e encerra o ano 2014 com 98,9/100.000 habitantes, o aumento do início da análise em 2010 para 2014 foi de 10,5%, enquanto que as doenças cardiovasculares mantiveram-se inalterados nestes mesmos anos.

As DCNT vêm se constituindo como um problema real de saúde pública portanto, objeto de interesse de vigilância contínua.

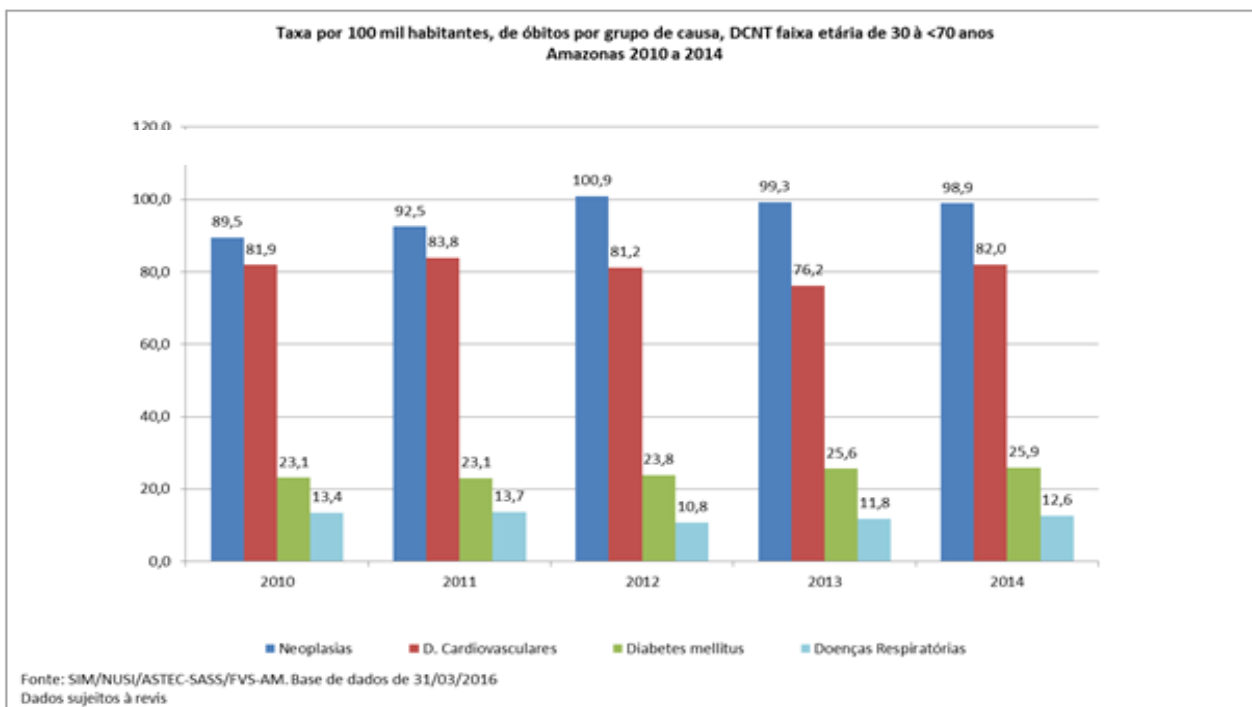


Gráfico 21: Taxa de Óbitos por Grupo de Causas das DCNT, faixa etária de 30 a <70 anos por 100.000 habitantes Amazonas, 2010 a 2014

▪ **Óbitos por Causas Externas**

A taxa de óbito no Amazonas em 2010, devido a causas externas, foi de 63/100.000 habitantes e em 2014 esta taxa subiu para 70/100.000 habitantes (aumento de 11%). Em todo o período de análise (2010 a 2014), as causas externas representam a segunda causa de óbito no Amazonas, exceto em 2012, ano em que se posicionou como a primeira causa apresentando o maior volume de registro de óbitos. Neste grupo, as agressões (homicídios) figuram como a principal causa e representam entre 45 a 50% dos óbitos ocorridos anualmente (gráfico 22). Os óbitos registrados por esta causa chegaram a 35,9/100.000 habitantes em 2012. Na sequência, foram observados os acidentes de transportes que apresentaram taxas de óbitos anuais em torno de 14/100.000 habitantes no período analisado.

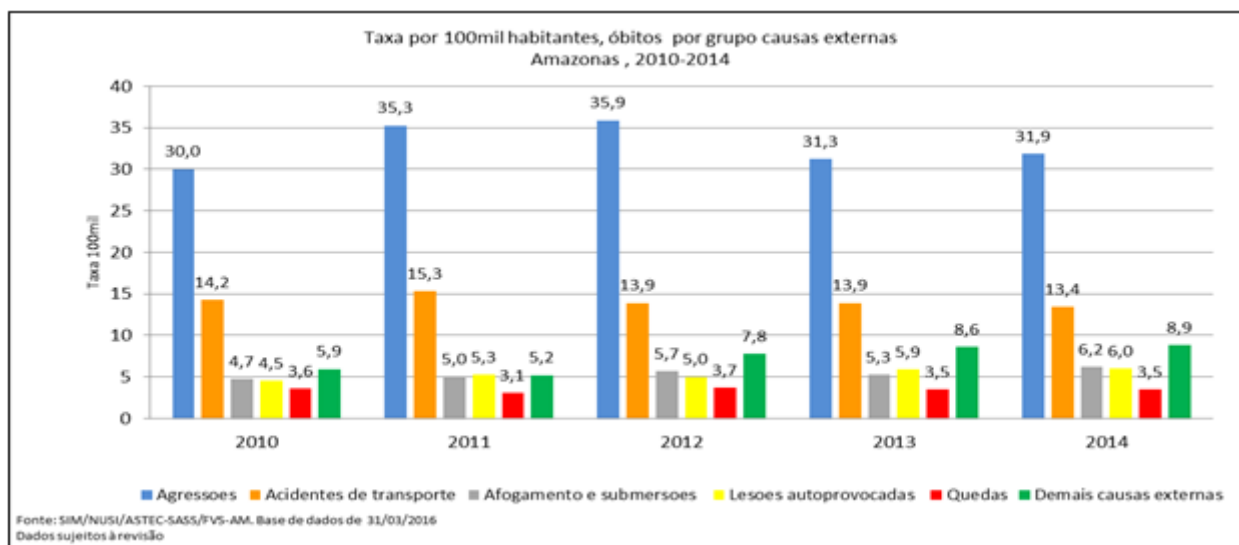


Gráfico 22: Taxa de Óbitos por Grupo Causas Externas por 100.000 habitantes Amazonas, 2010 a 2014

A intensificação das ações direcionadas à prevenção e à redução da mortalidade por causas externas no Estado do Amazonas representa um desafio aos gestores de políticas públicas.

Mortalidade proporcional por causas externas, Amazonas, 2010-2014										
Causas	2010		2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agressões	1.096	47,8	1.305	51,0	1.354	49,9	1.196	45,5	1.238	45,6
Acidente de Transporte	515	22,5	565	22,1	525	19,4	540	20,6	521	19,2
Afogamento e submersões acidentais	173	7,5	186	7,3	214	7,9	202	7,7	243	9,0
Lesões autoprovocadas voluntariamente	162	7,1	194	7,6	187	6,9	225	8,6	232	8,5
Quedas	131	5,7	115	4,5	141	5,2	133	5,1	134	4,9
Demais causas externas	216	9,4	193	7,5	292	10,8	331	12,6	347	12,8
TOTAL GERAL	2.293	100,0	2.558	100,0	2.713	100,0	2.627	100,0	2.715	100,0

Fonte: SIM-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

Base de dados de 01/03/2016, Sujeitos à revisão

Tabela 12: Mortalidade proporcional por Causas Externas, Amazonas, 2010 a 2014

1.2.3 Situação de Morbidade

Como adoecem os residentes no Amazonas

Morbidade por Doenças Transmissíveis

A Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, do Ministério da Saúde, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

As doenças transmissíveis no Estado do Amazonas configuram-se entre aquelas que 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 meio ambiente social e econômico.

No grupo das doenças de transmissão vetorial, foram notificados e confirmados 57.884 casos novos de dengue no ano de 2011, durante a maior epidemia ocorrida no Amazonas, e finalmente em 2015, apresentou o menor número de casos (2.727) do período analisado. Observa-se que, em todos os anos (2011 a 2015) a Malária, considerada endêmica no Estado do Amazonas, foi a que apresentou o maior número de casos dentre os agravos de notificação compulsória, foram notificados 61.659 casos em 2011 e 74.309 casos em 2015. Desde 2008 não havia ocorrência de casos de Febre Amarela, entretanto em 2013 foram registrados 02 casos. Além disso, os agravos que apresentaram aumento do número de casos na comparação dos anos 2014 e 2015 foram: Coqueluche, Tétano Acidental, Malária, Tuberculose, febre de chikungunya e febre pelo vírus zika. Dentre os agravos que apresentaram redução no número de casos na comparação dos mesmos anos, destacam-se:

Aids, Dengue, Febre Tifoide, Hanseníase, Hepatites, Leishmaniose Tegumentar Americana, Leptospirose e Meningites.

Dos 9.432 casos de Hepatites virais ocorridos no período (2011 a 2015), 3.242 (34,4%) foram pelo vírus da Hepatite A; 3.357 (35,6%) foram pelo vírus da Hepatite B; 1.387 (14,7%) pelo vírus da Hepatite C; 578 (6,1%) pelo da Hepatite B+D; 128 por outros vírus (1,36%) e 740 (7,85%) não houve especificação da etiologia.

O número de casos de Aids e Hepatites virais, em 2015, apresentou expressiva redução de mais de 50% quando comparados à 2014. O monitoramento e avaliação destes dados são de responsabilidade da Coordenação Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais do Amazonas.

O Tétano Neonatal apresentou 2 casos no ano de 2011, o que denota que houve uma falha da atenção básica na assistência ao pré-natal. Nos demais anos da análise não ocorreram casos.

A Hantavirose, considerada uma doença emergente, apresentou 02 casos em 2011 e nenhum caso nos demais anos analisados.

A Coqueluche no Amazonas, assim como no Brasil, apresentou um aumento súbito do número de casos durante todo o ano de 2012, nos 2 anos seguintes os números de casos foram declinando, mas voltou a aumentar em 2015. Este aumento não superou o que ocorreu em 2012, mas mantêm-se em números elevados.

Arboviroses Emergentes no país – o ano de 2015 foi marcado pelo reconhecimento da circulação no país de dois vírus pertencentes ao grupo dos Arbovírus, o vírus Chikungunya e Zika vírus. O primeiro, determinou inicialmente surto epidêmico no Oiapoque (AP) e Feira de Santana (BA) com difusão para vários estados, principalmente da região nordeste. O Zika vírus, também com espaço de circulação inicial em estados da região nordeste, como uma doença exantemática benigna, e posterior difusão à outras regiões do país. Neste mesmo ano, detectou-se a ocorrência de aumento significativo de crianças nascidas com diminuição do perímetro cefálico (microcefalia), nos mesmos estados com circulação do Zika vírus, cuja investigação apontou para uma hipótese de relação causal entre infecção por esse vírus e a microcefalia, ficando portanto estabelecida uma relação espaço-temporal. O Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 1.813, define a situação como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, por alteração do padrão de ocorrência de microcefalia no Brasil.

No estado do Amazonas, a introdução e circulação do vírus Chikungunya foi marcada pela detecção de inúmeros casos importados principalmente de países limítrofes e Caribe, posteriormente pela instalação da transmissão, totalizando 166 notificações e 13 casos confirmados no ano. A vigilância epidemiológica do Zika, inicialmente prejudicada pela dificuldade do diagnóstico laboratorial, registrou 127 notificações e 12 casos confirmados, durante o ano de 2015.

Dos 867 casos de Meningites, 162 (18,7%) foram por doença meningocócica; 84 (9,7%) casos foram por Meningite Tuberculose; 94 (10,8%) casos foram por Meningites por outras bactérias; 265 (30,6%) Meningites não especificadas; 122(14,1%) Meningites virais e 140 (16,1%) outras Meningites.

É importante ressaltar a não ocorrência de casos de Difteria, Cólera, Paralisia Flácida Aguda e da Síndrome da Rubéola Congênita nos anos analisados. O Sarampo e a Raiva Humana registraram seus últimos casos nos anos de 2000 e 2002, respectivamente.

A situação da Tuberculose e Hanseníase, Dengue e Malária no Estado do Amazonas, doenças endêmicas crônicas, consideradas pelo Ministério da Saúde como negligenciadas, são analisadas e descritas nos tópicos seguintes.

Número de Casos Confirmados de Doenças Transmissíveis, Amazonas, 2011-2015

Agravos	2011	2012	2013	2014	2015
Aids	875	907	1.224	1.249	526
Coqueluche	33	192	142	67	112
Dengue	57.884	4.397	15.858	3.876	2.727
Doenças exantemáticas	0	0	0	0	0
Febre Amarela	0	0	2	0	0
Febre Tifóide	11	2	39	28	8
Hanseníase	596	651	696	556	509
Hepatites	1.917	1.260	2.530	2.580	1.145
Hantavirose	2	0	0	0	0
Leishmaniose Tegumentar Americana	2.295	2.249	1.440	1.792	1.614
Leptospirose	73	66	63	83	67
Malária	61.659	82.972	76.053	66.788	74.309
Meningites	141	150	204	193	179
Tuberculose	2.160	2.370	2.625	2.672	2.929
Tétano Acidental	14	7	8	8	11
Tétano Neonatal	2	0	0	0	0
Febre de Chikungunya	0	0	0	9	13
Febre pelo Vírus Zika	0	0	0	0	12

Fonte: SINAN NET/SINAN ONLINE e SIVEP-MALÁRIA/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

SINAN NET de 01/04/2016 e SINAN ONLINE de 08/04/2016

SIVEP Malária WEB: Acesso em 08/03/2016

Dados de Aids e Hepatites de 2015 da Coordenação Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais do AM

Dados sujeitos a revisão

Tabela 13: Número de Casos Confirmados de Doenças Transmissíveis, Amazonas, 2011 a 2015

Situação da Tuberculose no Estado

Em 2015 foram notificados 2.929 casos novos de tuberculose (TB) no estado do Amazonas, distribuídos em 61 dos 62 municípios (Mapa 11).

Dentre os casos novos 73,5% eram residentes em Manaus. No cenário nacional, o estado do Amazonas manteve a maior taxa de incidência de TB do Brasil, com 70,1 casos/100.000 habitantes, enquanto que a taxa de incidência nacional foi de 30,9 casos/100.000 habitantes e Manaus passou de quinta capital para a primeira capital com a maior taxa de incidência do Brasil com 98,3 casos/100.000 habitantes (MS, 2016). Segundo dados do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade/FVS-AM), no ano de 2015 foram registrados 128 óbitos por TB no Amazonas, correspondendo a uma das maiores mortalidades do país (3,3/100.000 habitantes).

A distribuição da doença por gênero e idade nos casos novos de TB no Amazonas se manteve com a maioria sendo do sexo masculino (62,6%) e concentrada na faixa etária entre 15-44 anos (58,7%). Verifica-se uma tendência de adoecimento na faixa etária cada vez mais jovem, sendo predominante a forma pulmonar com 82,6% dos casos registrados.

A testagem para HIV nos casos novos de TB foi de 57,4% e destes, 23,9% apresentaram resultado positivo para HIV, resultado que sugere uma alta taxa de coinfeção TB/HIV/Aids.

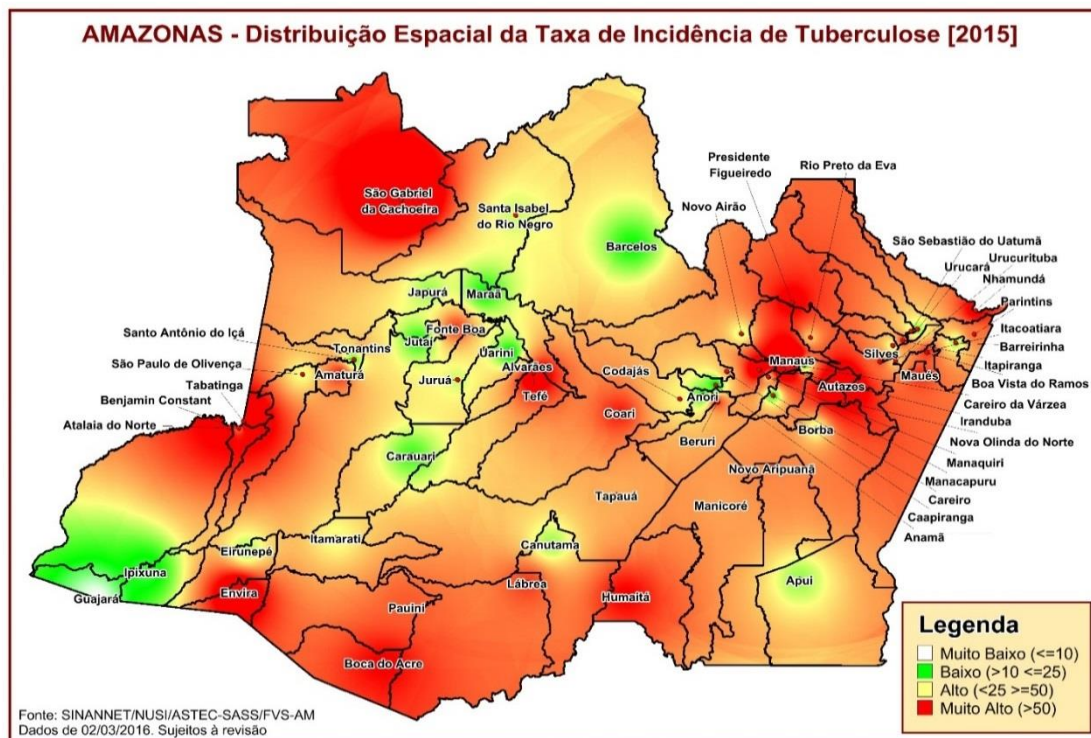
A realização de cultura para micobactérias nos retratamentos (reingresso após abandono e recidiva) apresentou aumento com relação a 2014, passando de 15,3% para 28,7% em 2015, porém ainda muito abaixo do esperado (100,0%).

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde 2016, houve aumento de 4% na taxa de cura dos casos novos de TB pulmonar bacilífera, passando de 73,0% em 2013 para 77,0% em 2014 e a taxa de abandono no estado caiu de 15,9% para 13,3% no mesmo período. Destaca-se que 32 municípios alcançaram a meta de cura $\geq 85\%$ nos casos novos de TB bacilífera, o que reflete a melhoria no acompanhamento do tratamento e encerramento dos casos nos municípios do interior. Manaus registrou a taxa de cura de 75,1% de cura e taxa de abandono de 17,0% em 2014.

Quanto à tuberculose multirresistente (TB-MDR), definida como resistência do bacilo a pelo menos rifampicina e isoniazida, os principais fármacos que compõem o esquema básico de tratamento, o estado apresenta crescente número de casos registrados de TB-MDR nos últimos anos (gráfico 11), o que demonstra a necessidade de realizar o tratamento diretamente observado, ou seja, assistir a tomada diária do medicamento até o final do tratamento, a fim de evitar a resistência aos fármacos e a transmissão de cepas resistentes.

Com relação ao diagnóstico da tuberculose nos municípios do Amazonas, destaca-se o importante papel do LACEN na capacitação e monitoramento dos exames laboratoriais para diagnóstico e controle do tratamento. O Teste Rápido Molecular para tuberculose (TRM-TB), está acessível em todas as Unidades do SUS da capital e do município de Tabatinga na região do Alto Solimões. A baciloscopia de escarro está sendo executada em 55 dos 62 municípios do estado e a cultura para micobactérias está sendo realizada em 9 municípios, sendo que 3 foram implantados em 2015 (Autazes, Tefé e Eirunepé) (Mapa 12).

Os principais desafios em todos os municípios do Amazonas são: realizar busca ativa permanente dos casos, realizar o tratamento da tuberculose de forma correta e prioritariamente supervisionado, realizar testagem para HIV, examinar os contatos e encerrar os casos no tempo oportuno.



Mapa 11: Distribuição Espacial da Taxa de Incidência de Tuberculose, Amazonas, 2015

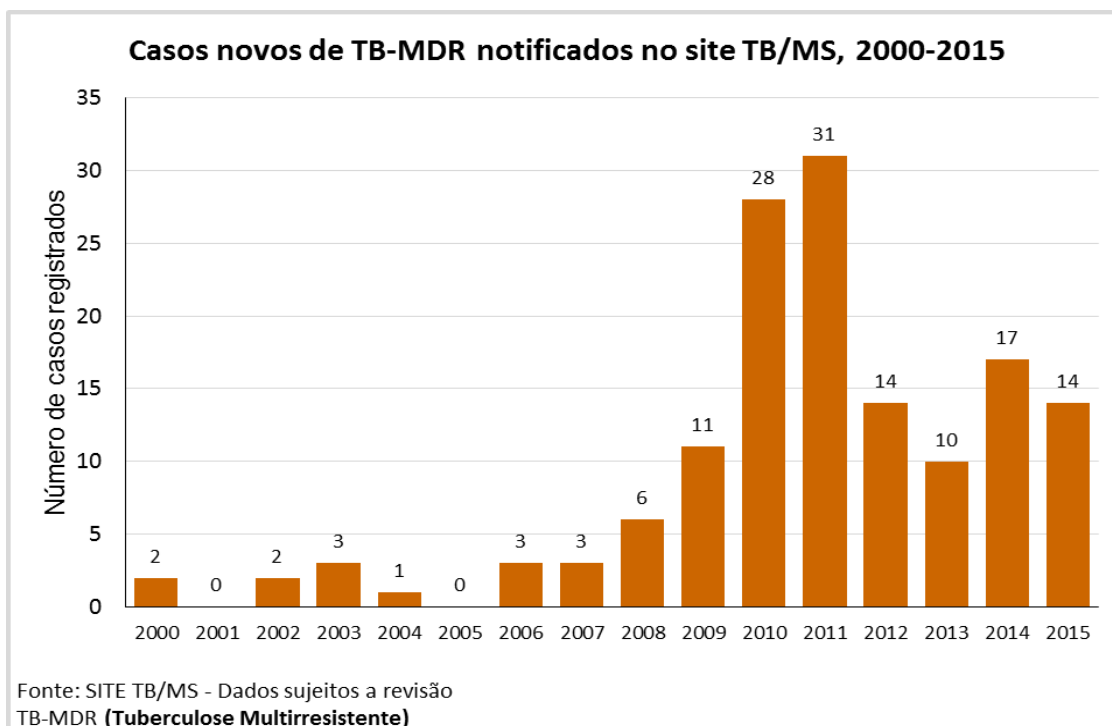
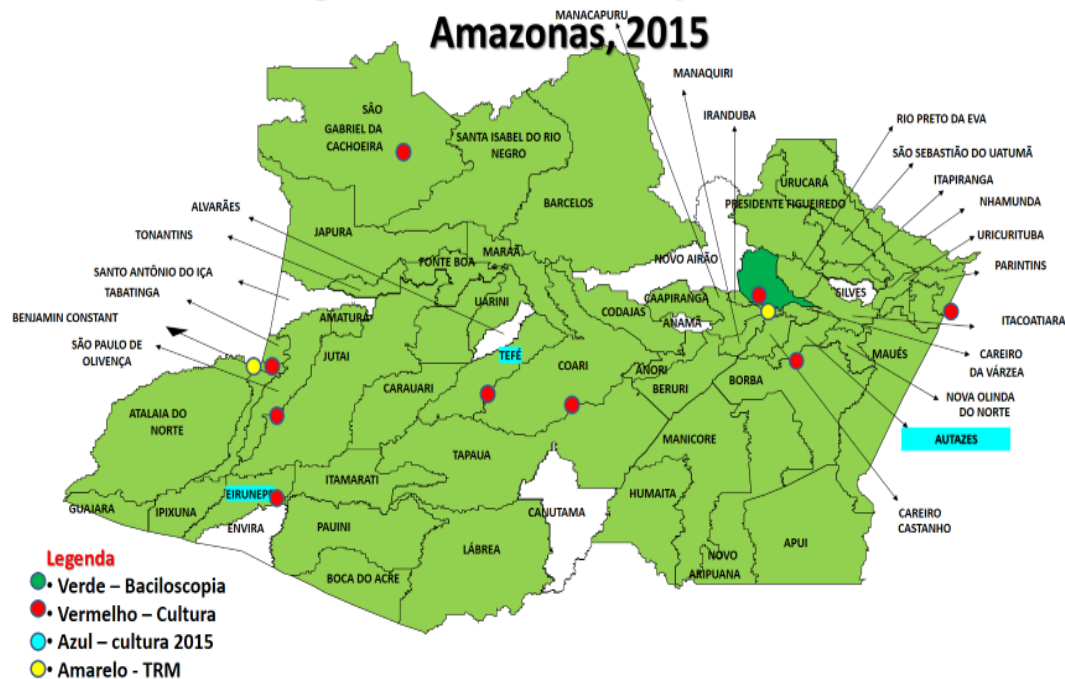


Gráfico 23: Casos Novos de TB-MDR notificados no site TB/MS Amazonas, 2000 a 2015

Rede de diagnóstico laboratorial para Tuberculose no Amazonas, 2015



Mapa 12: Rede de Diagnóstico Laboratorial para Tuberculose, Amazonas, 2015

Situação epidemiológica e operacional da Hanseníase no Estado do Amazonas

A luta contra a Hanseníase no Amazonas alcançou avanços significativos mas, ainda é um problema de saúde pública. Os indicadores apresentaram comportamento descendente com redução da taxa de detecção nos últimos anos no estado, tendo passado de 75,5/100.000 hab. em 1990 para 12,87/100.000 hab. em 2015, o que representou uma redução de 82,9%, com parâmetro de endemicidade ainda alto. Manaus apresentou comportamento descendente semelhante ao do estado com redução de 89,9% no período.

Em 2015, foram detectados no Estado do Amazonas 507 casos novos de Hanseníase. Do total de casos novos, 186 (36,7%) eram residentes de Manaus e 321 (63,3%) residentes em outros 51 municípios. Na faixa etária de maiores de 15 anos foram detectados 448 (88,4%) casos e em menores de 15 anos 59 (11,6%). Em relação ao gênero a proporção maior foi no sexo masculino com 329 (64,9%), enquanto que no feminino foi de 178 (35,1%).

Os municípios que apresentaram o maior número de casos foram: Manaus com 186 casos novos, Humaitá com 26, Parintins com 19, Boca do Acre 16, Manicoré com 16, Guajará com 14, Manacapuru com 13 e Itacoatiara com 12.

A distribuição dos casos em relação as regiões de saúde ocorreram da seguinte forma: Na RS do Juruá foram detectados 52 casos novos com uma taxa de detecção de 39,53/100.000 em seguida vem a RS do Purus com 38 casos e taxa de detecção de 29,36/100.000 hab., na regional do Madeira foram 54 caso com taxa de detecção de 28,63/100.000 hab., ambas apresentaram nível de endemicidade considerado muito alto (20,0 a 39,9/100.000), já as regiões do Rio Negro e Solimões com 37 casos e taxa de 13,03/100.000 hab., Médio Amazonas com 20 casos e uma taxa de

12,03/100.000 hab., Baixo Amazonas com 28 casos e taxa de 11,65/100.000 hab., Alto Solimões com 27 casos e taxa de 11,00/100.000 hab. e Manaus, Entorno e Alto Rio Negro com 244 casos e taxa de 10,06/100.000 hab., todas estas regiões apresentaram endemicidade considerada alta (10,0 a 19,9/100.000 hab.) e apenas a RS do Triângulo com 7 casos e taxa de 5,47/100.000 hab. apresentou nível médio de endemicidade (2,0 a 9,9/100.000 hab.).

Apesar dos resultados ainda é necessário a manutenção e implementação de ações que cumpram pactos e metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, com vistas à eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública.

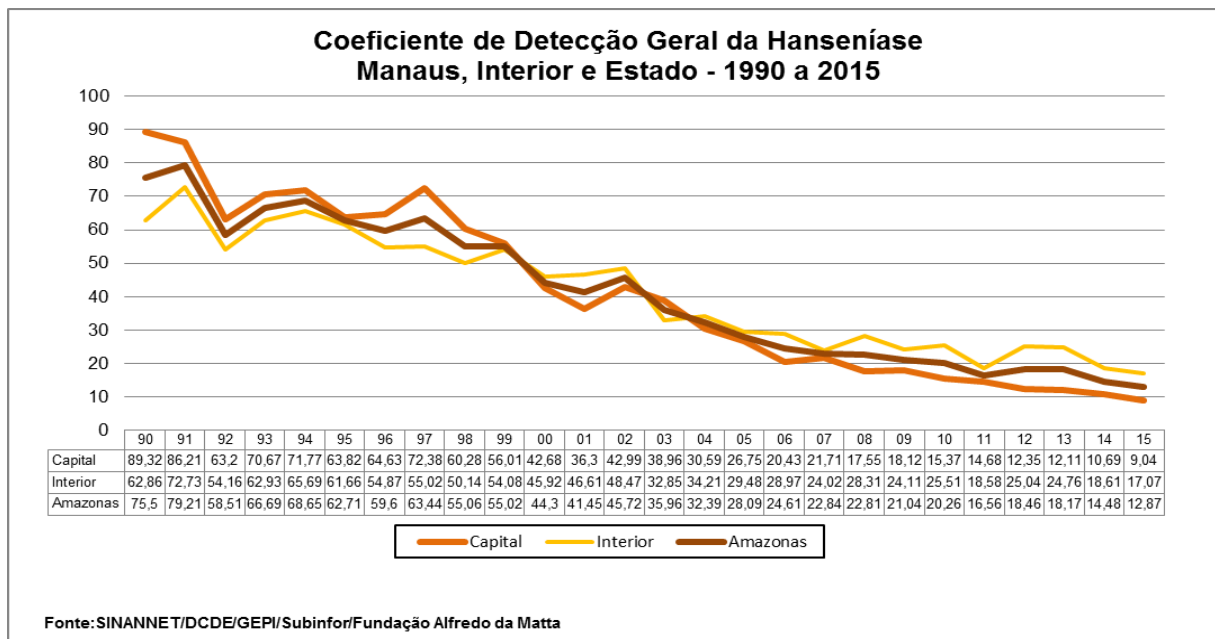
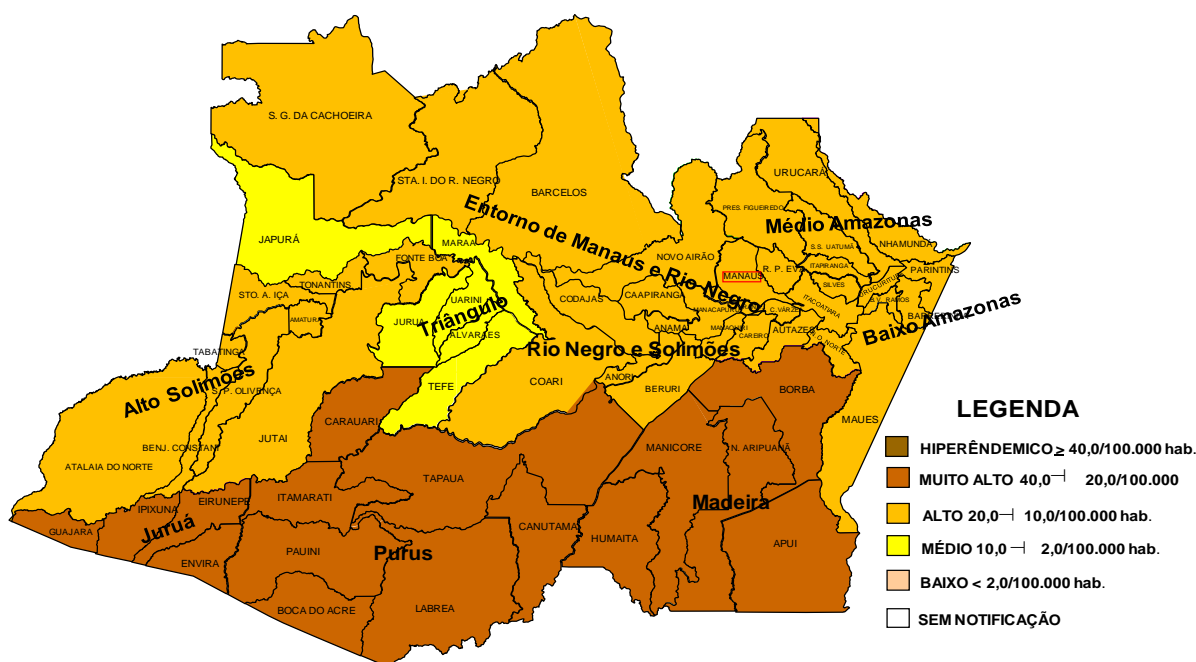


Gráfico 24: Coeficiente de Detecção Geral da Hanseníase, Manaus, Interior e Estado, 1990 a 2015

Detecção Hanseníase por Regiões Amazonas - 2015



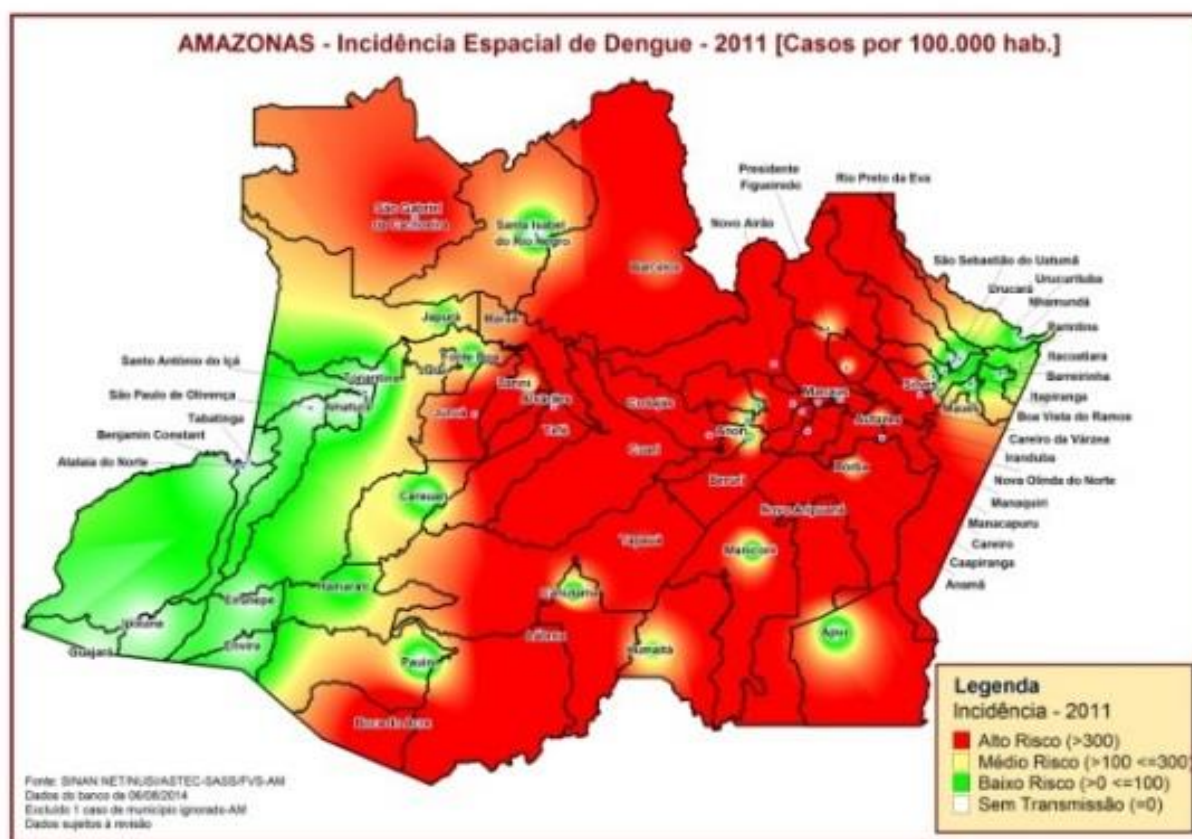
Mapa 13: Detecção de Hanseníase por Região de Saúde, Amazonas, 2015

Situação da Dengue no Estado do Amazonas

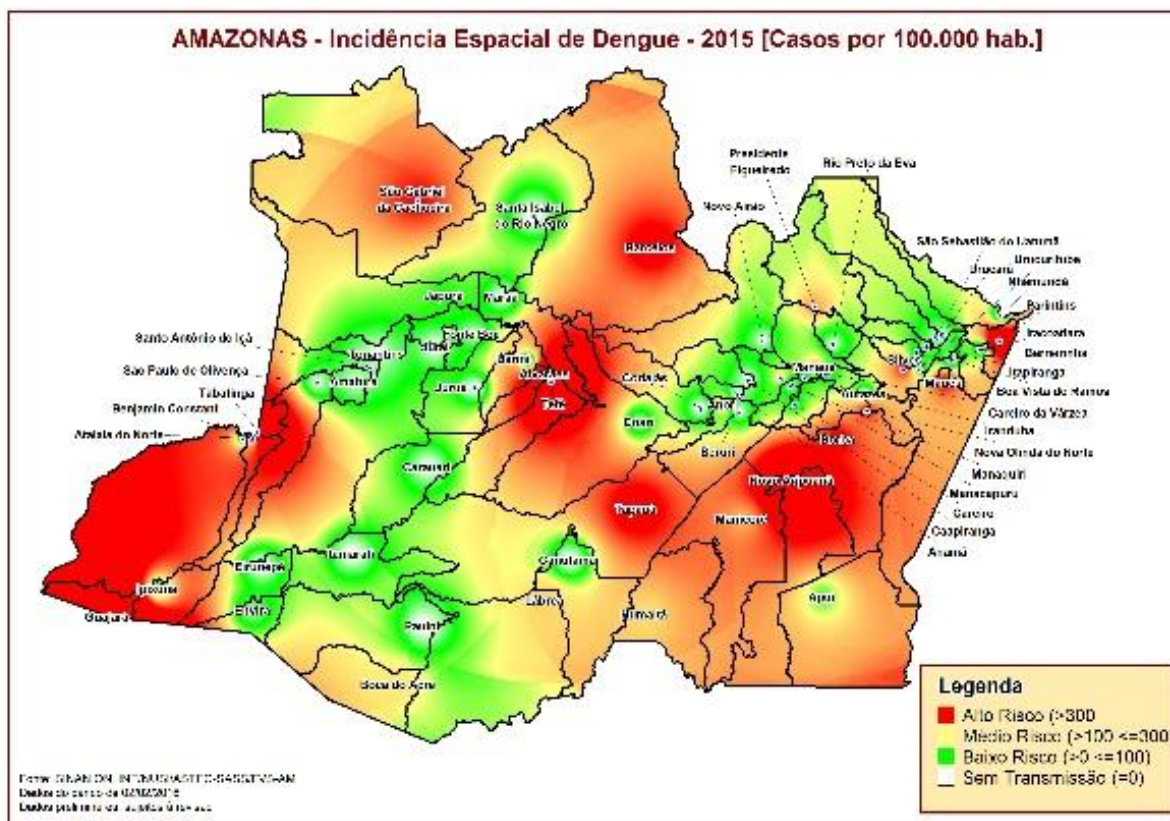
Atualmente 42 municípios são considerados prioritários para as ações de vigilância e controle da Dengue, conforme as diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), destes, 39 são infestados pelo *Aedes aegypti* e 04 não são infestados, mas estão em vigilância entomológica.

A maior epidemia de Dengue no Amazonas ocorreu no ano de 2011 (Mapa 14), quando houve a expansão da sua transmissão para quase todos os municípios do interior do Estado. Contudo, o empenho do Programa Estadual de Controle da Dengue associado ao esforço das Secretarias Municipais de Saúde, conseguiu reduzir a incidência de casos, passando de 1.635 casos para cada 100.000 habitantes em 2011, para 57 casos por 100.000 hab. em 2015.

Em 2015, persistem focos nos municípios de Tabatinga, Guajará, Parintins e Novo Aripuanã.



Mapa 14: Incidência Espacial de Dengue por 100.000 habitantes, Amazonas, 2011



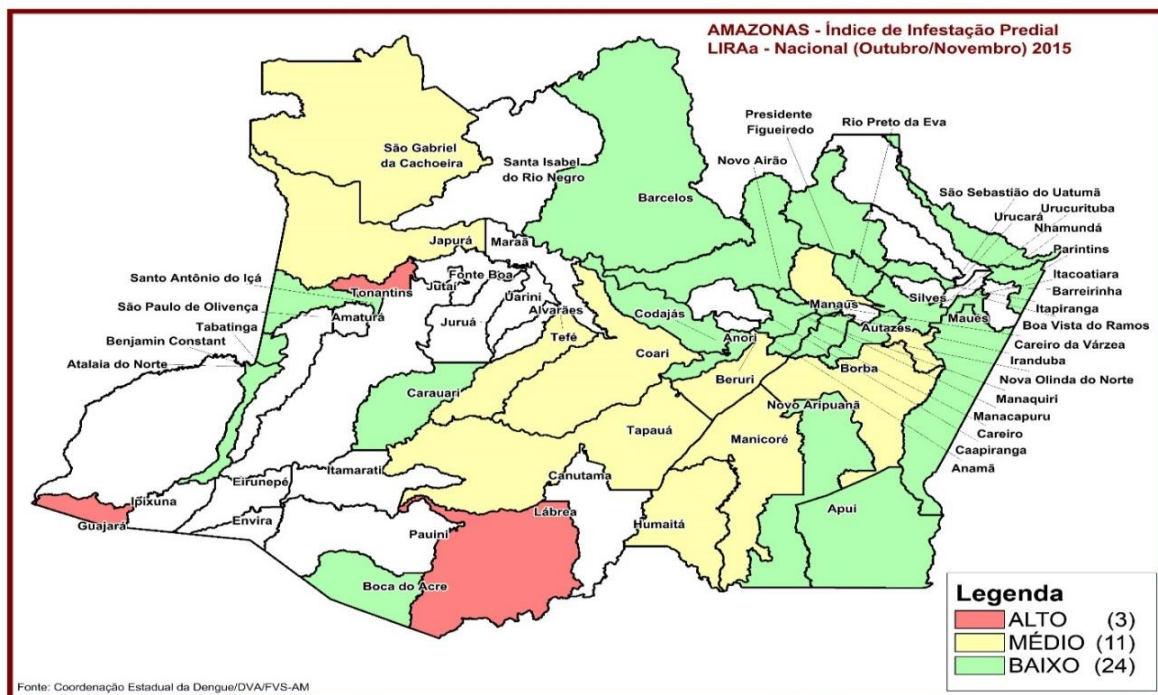
Mapa 15: Incidência Espacial de Dengue por 100.000 habitantes, Amazonas, 2015

Avaliação do Levantamento de Índices de Infestação (LIRAA) no Estado do Amazonas.

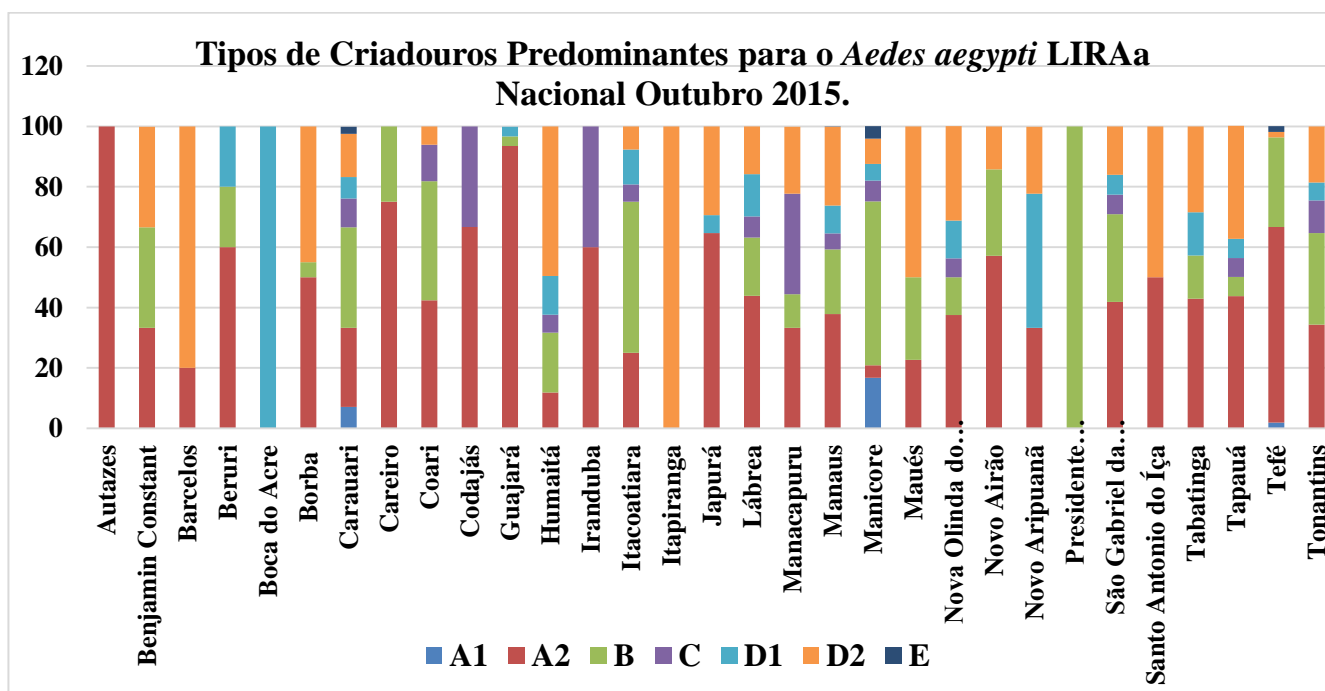
No estado do Amazonas, são realizadas pesquisas larvárias por meio do Levantamentos de Índices de Infestação Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA), que orientam as ações de vigilância prevenção e controle de doenças transmitidas por este vetor. As pesquisas são realizadas durante os meses de janeiro, março, julho e o LIRAA nacional em outubro, conforme diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Em outubro de 2015, 38 municípios prioritários realizaram o LIRAA nacional com os seguintes resultados: 24 municípios (63%) apresentaram Índice de Infestação Predial (IIP): $\leq 1\%$ baixo risco; 11 municípios apresentaram IIP: $>1 \leq 3,9\%$, médio risco ou seja 29%; 03 municípios apresentaram IIP $>3,9\%$, alto risco contribuindo com 7,8% dos municípios avaliados.

Em relação ao tipo de criadouros predominantes, destacam-se os depósitos para o armazenamento de água ao nível do solo (A2), bem como os D2, ou seja, os inservíveis e descartáveis (lixo) e que vêm contribuindo para a manutenção do vetor nos municípios.

Índice de Infestação Predial, segundo o LIRAA Nacional/outubro, por município do Amazonas, 2015.



Mapa 16: Índice de Infestação Predial segundo o LIRAA Nacional/outububro, por município, Amazonas, 2015



Fonte: LIRAA/GDTV/DVA/Dengue/FVS-AM

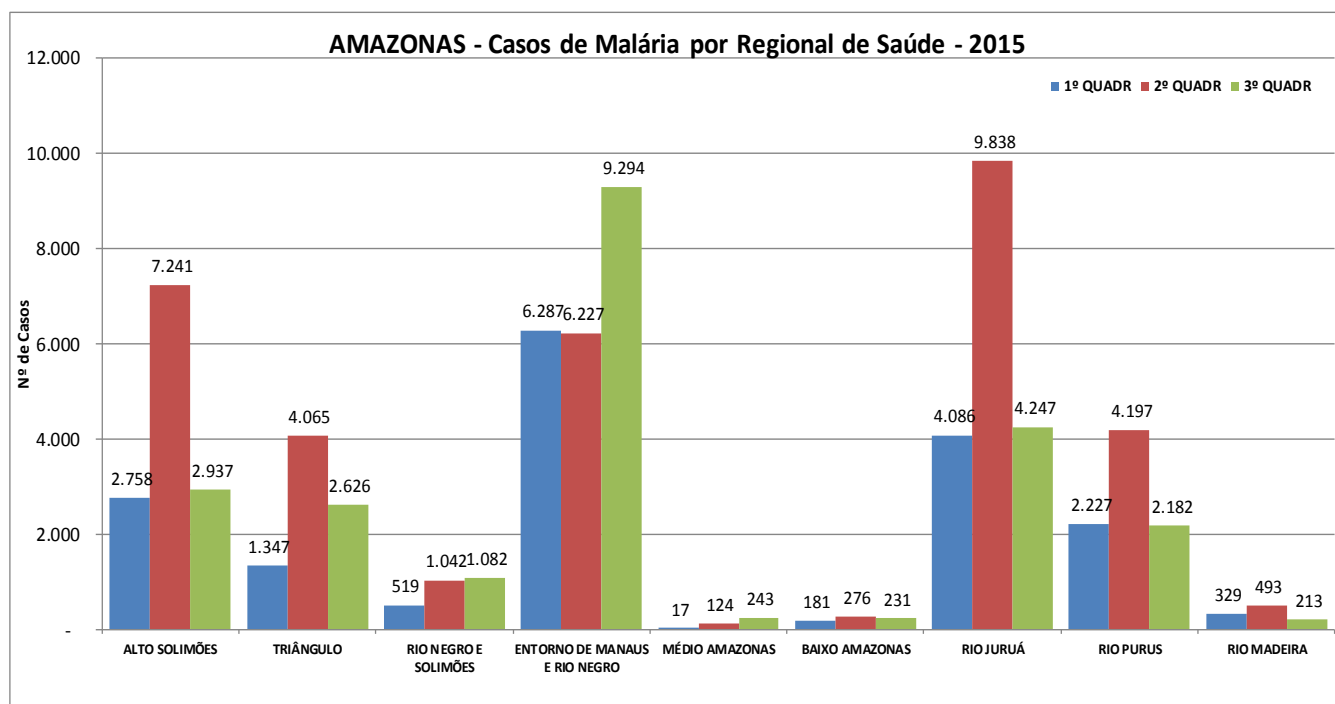
Gráfico 25: Tipos de Criadouros Predominantes para o *Aedes aegypti* LIRAA Nacional Outubro, por Município, Amazonas 2015

Legenda: A1 – Depósito de água elevado ligado à rede pública/ A2- Depósito em nível de solo para armazenamento de água doméstico/ B – Depósito móveis/ C- Depósito de água fixos/ D- Depósitos passíveis de remoção (D1- Pneus e materiais rodantes; D2- Fixo)/ E- Depósitos móveis

Situação da Malária no Estado do Amazonas

No ano de 2015 foram notificados 74.309 casos de malária com procedência autóctone do Estado do Amazonas, equivalente a um aumento de 11,26% em relação a 2014. Foram responsáveis diretos por 39.504 (53,16%) dos casos do Estado, os municípios de Manaus 8.500 (11,44%), Ipixuna 6.746 (9,08%), Eirunepé 6.262 (8,43%), Lábrea 5.288 (7,12%) São Gabriel da Cachoeira 5.195 (6,99%), Barcelos 4.359 (5,87%) e Atalaia do Norte 3.154 (4,24%). Destes, os municípios de Manaus e São Gabriel da Cachoeira foram os que apresentaram maior aumento do número absoluto de casos, sobretudo no 3º quadrimestre, contribuindo para a definição do período sazonal na regional do Entorno de Manaus e Rio Negro. O pico de elevação sazonal deu-se no 2º quadrimestre, com 33.503 (45,09%) casos.

As regiões do Rio Juruá, Alto Solimões e Entorno de Manaus e Rio Negro apresentaram maiores evidências do impacto epidemiológico da sazonalidade da malária em 2015.



Fonte: SIVEP Malária WEB/ASTEC-SASS/FVS-AM; Dados do SIVEP Malária WEB: Acesso em 07/03/2016

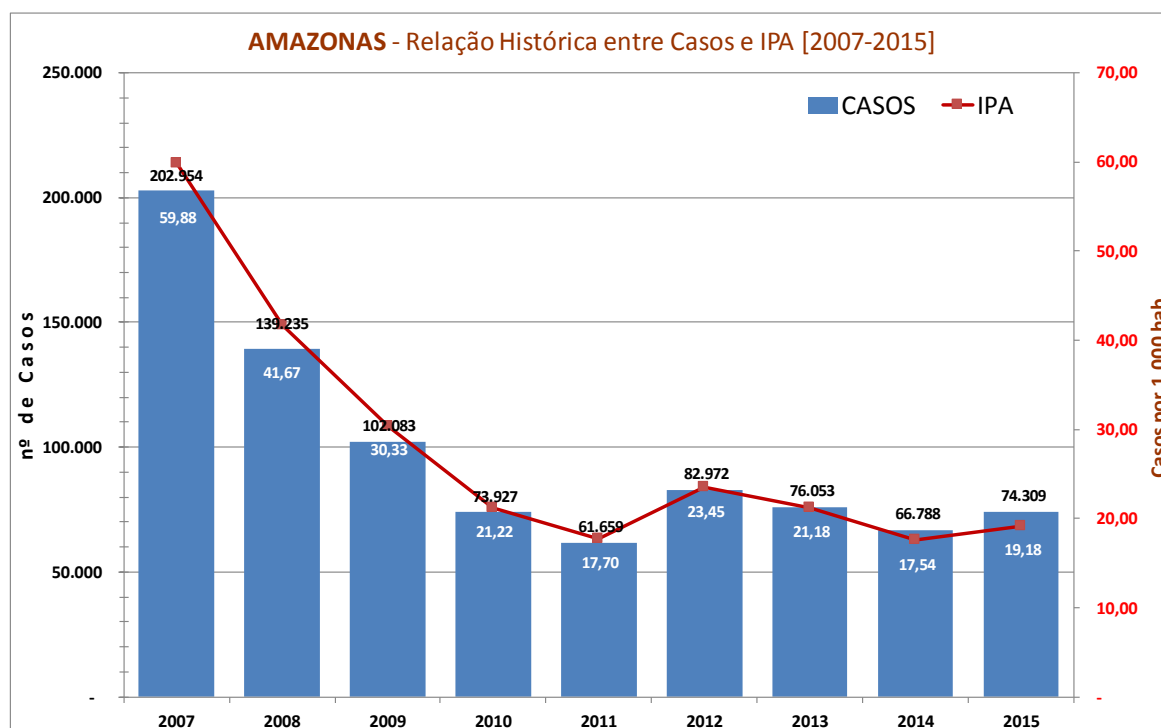
Gráfico 26: Casos de Malária por Região de Saúde, Amazonas 2015

A Região de Saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro foi a única que apresentou aumento de casos no 3º quadrimestre, sendo o município de Manaus (54,18%) o principal responsável pelo aumento no período.

Na Região do Alto Solimões, onde houve aumento de 22,05%, os municípios de Tonantins (491,67%), Benjamin Constant (149,05%) e São Paulo de Olivença (85,82%) apresentaram os maiores aumentos percentuais.

Somente as Regiões do Baixo Amazonas (-53,84%), Rio Purus (-29,82%) e Rio Madeira (-55,86%) apresentaram redução no número de casos de malária, em contrapartida, as regiões que apresentaram aumento de casos foram: Médio Amazonas (94,95%) - com destaque para São Sebastião do Uatumã, Triângulo (33,15%) e Rio Negro e Solimões (3,94%).

O gráfico dos dados do Estado do Amazonas “Relação Histórica entre Casos de Malária e IPA”, demonstra a queda progressiva dos indicadores malariométricos até 2011 como resposta às estratégias e medidas de controle financiadas pelo Governo do Amazonas por meio do PPACM 2007-2010, tendo continuidade com o PPACM 2011-2015 que vem sendo executado pelos municípios, cujos resultados não tem tido a mesma performance do plano anterior.

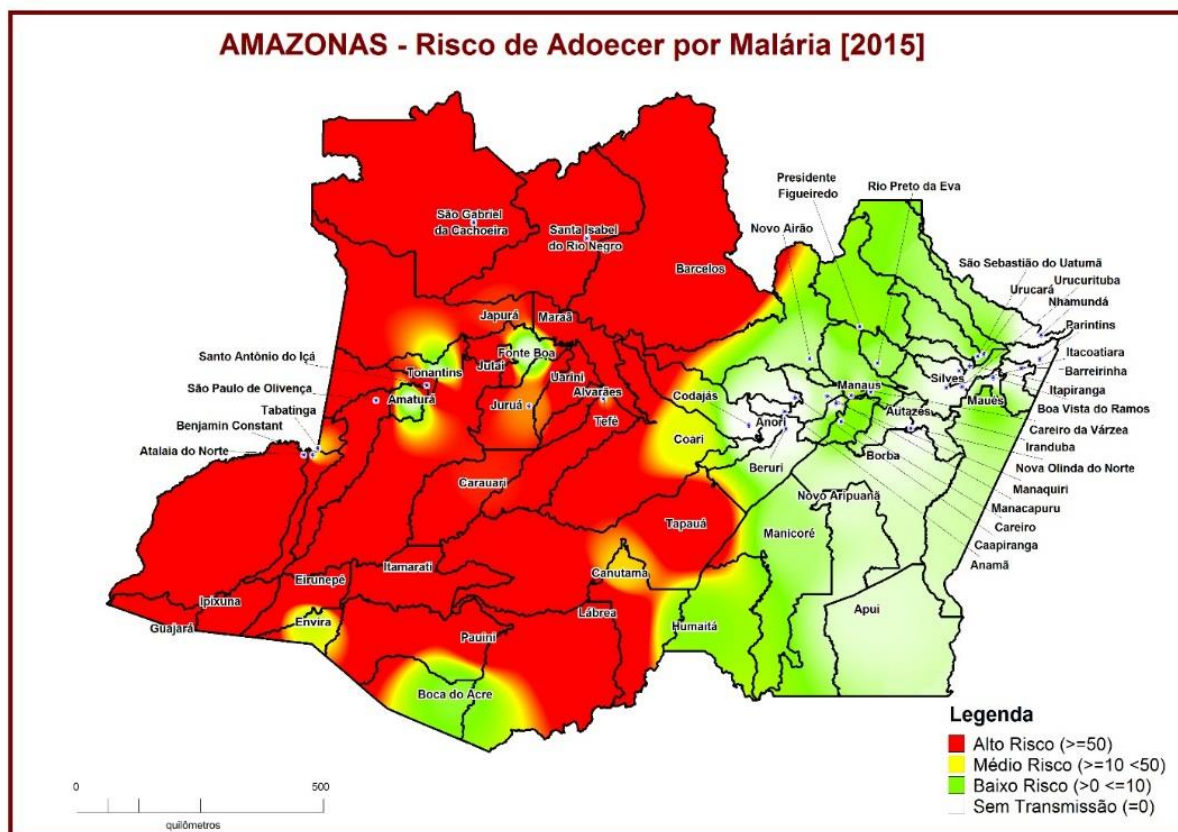


Fonte: SIVEP_MALARIA/DATASUS/MS/SASS/DITEC/FVS-AM, Acesso em 07/03/2016 - Dados sujeitos a revisão

Gráfico 27: Relação Histórica entre Casos de Malária e IPA, Amazonas 2007 a 2015

O risco de adoecer por malária (Mapa 17) tem sido menor ao leste do Estado, compreendendo as regiões do Baixo Amazonas, Entorno de Manaus e Rio Negro (exceto São Gabriel da Cachoeira e Barcelos) e Rio Madeira. Por sua vez, o extremo oeste concentra as áreas de maior risco, com aglomerados na regional do Triângulo (Alvarães, Tefé e Uarini), Purus (Lábrea), Alto Solimões (Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Atalaia do Norte) e Juruá (Eirunepé, Ipixuna, Guajará e Itamarati).

O município de Manaus, apesar do expressivo quantitativo de casos, apresenta IPA de baixo risco devido a base populacional utilizada para cálculo do indicador não considerar apenas a população diretamente exposta ao risco, estimada em aproximadamente 700.000 habitantes.



Fonte: SIVEP_MALARIA/ASTEC-SASS/FVS – Acesso 07/03/2016 – dados sujeitos a revisão

Mapa 17: Risco de adoecer por Malária, por Município do Amazonas, 2015

É oportuno ressaltar que o ciclo hidrológico (cheia/vazante) influi diretamente na dinâmica de transmissão da malária, contribuindo de forma intensa no aumento do território de transmissão ativa da doença. Isto ocorre devido a mobilidade das pessoas que vivem nas comunidades ribeirinhas como desalojadas/desabrigadas e geralmente são conduzidas para as zonas urbanas das cidades. Estas pessoas trazem consigo, na condição de portadores do plasmódio, as formas infectantes para os mosquitos vetores que geralmente estão presentes nestas áreas.

Situação das Zoonoses no Estado

▪ Acidentes por animais peçonhentos

Foram notificados 2.231 acidentes por animais peçonhentos no Amazonas, no ano de 2015, correspondendo a uma diminuição de 15% em relação ao ano de 2014.

Dos acidentes ocorridos em 2015, 65,1% (1.453/2.231) foram provocados por serpentes, 14,8% (330/2.231) por escorpiões, 9,1% (202/2.231) por aranha e 11% (246/2.231) por outros animais (lagarta, abelha, arraia e outros)

Os acidentes ofídicos, os de maior destaque devido a sua magnitude e gravidade, apresentaram um coeficiente de incidência de 36,8 casos/100.000 habitantes. O maior coeficiente de incidência foi o de Alvarães (238casos/100 mil hab.), seguido de Uarini (236,3 casos/100 mil hab.) e Barreirinha (176,1 casos/100 mil hab.). O menor coeficiente de incidência foi o de Manaus com 3,7 casos/100.000 habitantes.

Os acidentes escorpiônicos ocupam o segundo lugar na frequência entre os acidentes por animais peçonhentos, com um coeficiente de incidência de 8,4 casos/100.000 habitantes. O maior coeficiente de incidência foi o de Apuí (271,2 casos/100 mil hab.), seguido de Jutai (90,4 casos/100 mil hab.) e Rio Preto da Eva (78,6 casos/100 mil hab.).

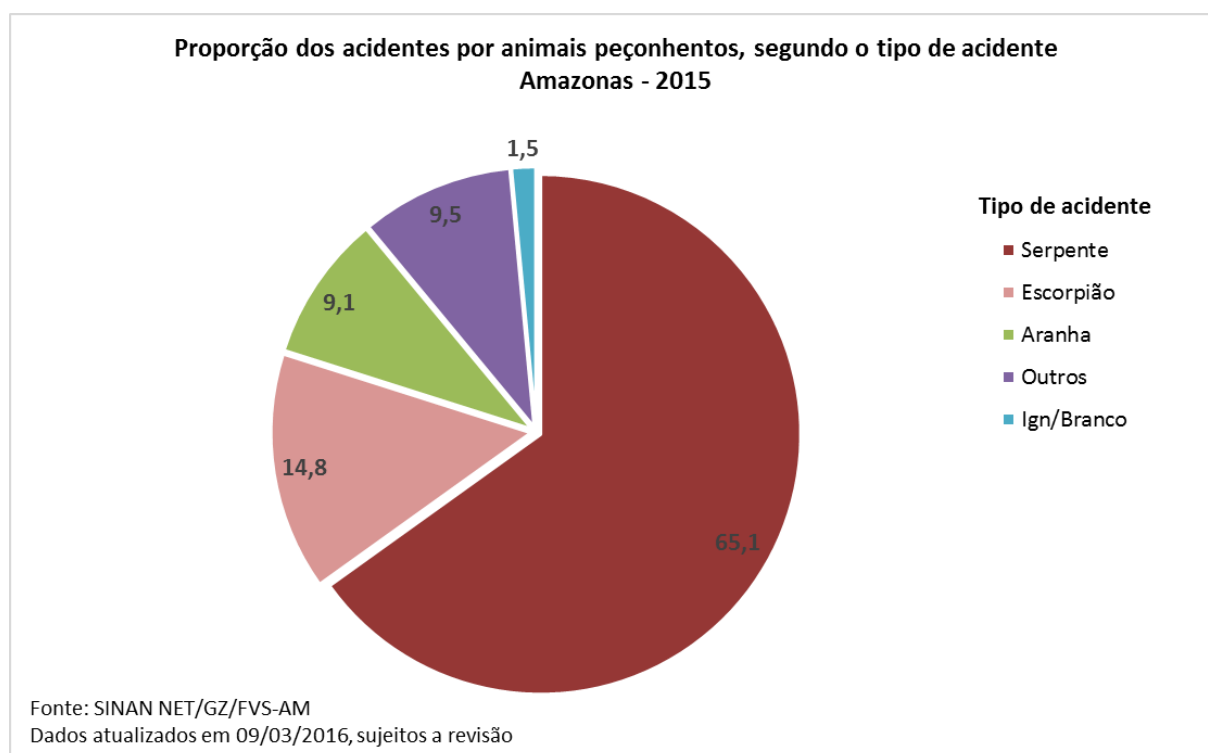


Gráfico 28: Proporção dos acidentes por animais peçonhentos, por tipo de acidente, Amazonas, 2015

▪ Acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva

Foram notificados 10.982 casos de acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva, no Amazonas em 2015. Houve um decréscimo de 5,5% em relação ao ano de 2014.

Quanto a espécie do animal agressor, 87% foram canina, 8,3% felina, 1,2% quiróptera (morcegos), 0,8% primata (macacos) e outras espécies 2,7% (gráfico 29). Dos cães e gatos agressores, 80% estavam sadios no momento da agressão e destes 95% eram passíveis de observação.

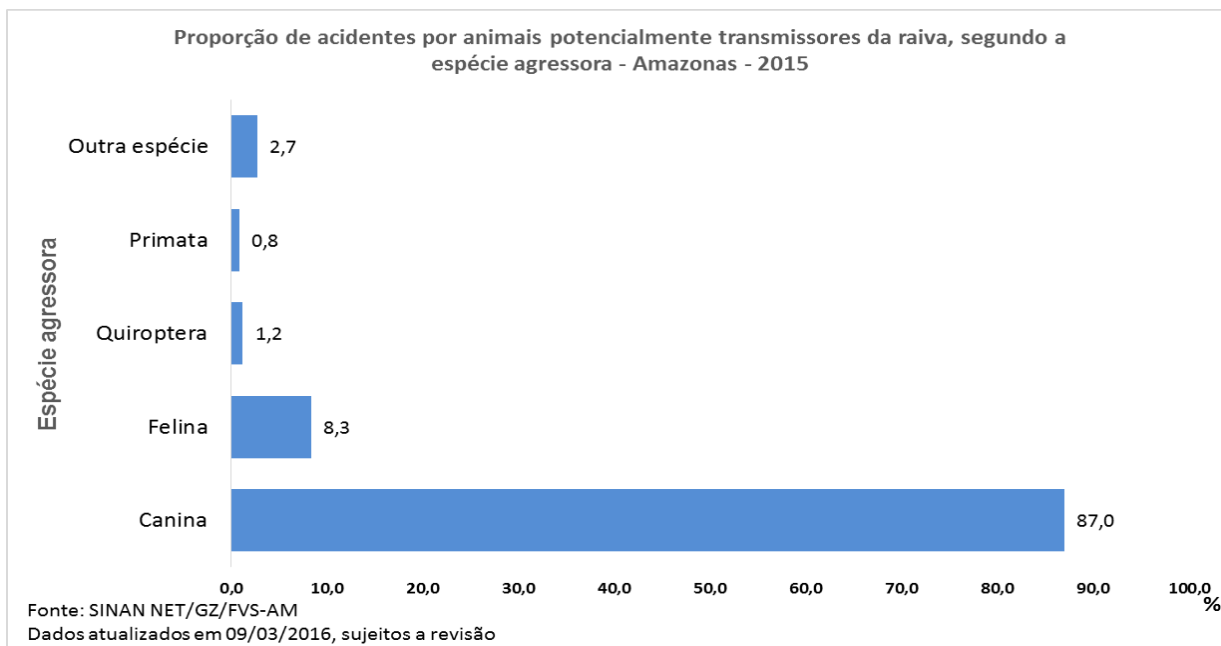
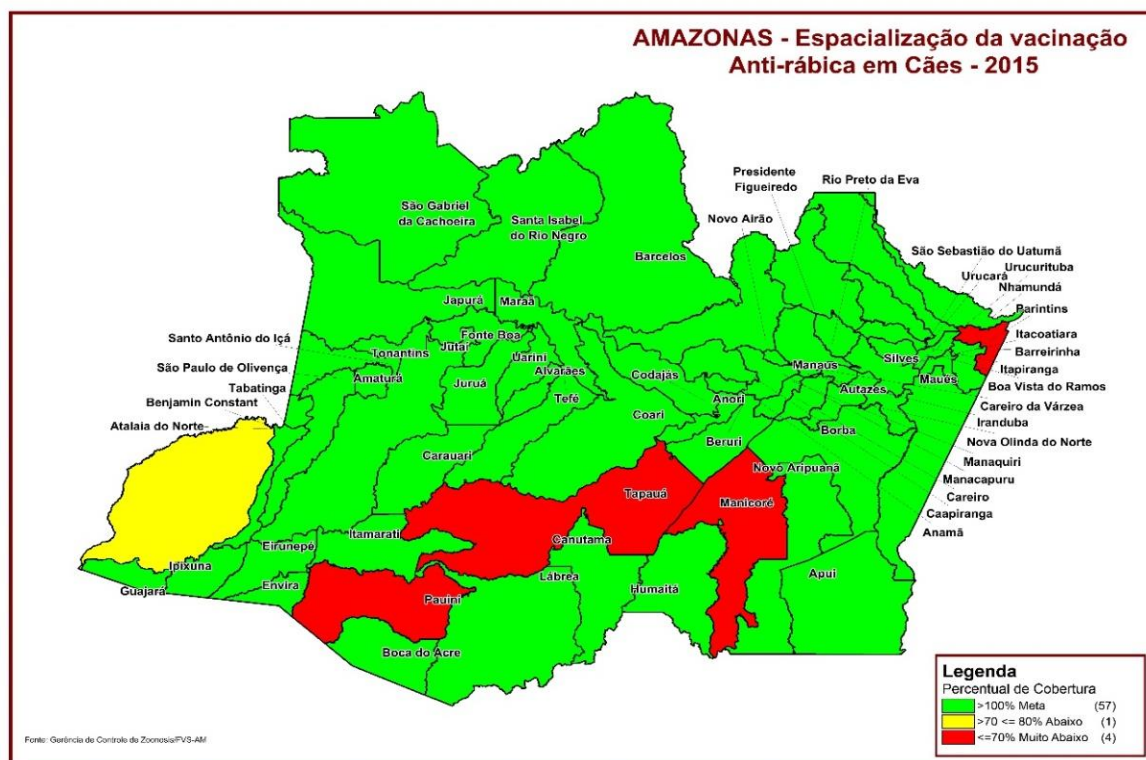


Gráfico 29: Proporção dos acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva, por espécie agressora, Amazonas, 2015

Campanha de vacinação antirrábica animal

No Estado do Amazonas, 100% dos municípios finalizaram a Campanha de vacinação antirrábica animal em 2015, com cumprimento de meta canina de 88,82% de cães vacinados (383.238/431.485). (Pacto pela Saúde – SISPACTO, com meta de vacinar, no mínimo, 80% da população de cães).



Mapa 18: Espacialização da vacinação anti-rábica em cães, por Município do Amazonas, 2015

Morbidade Hospitalar

Destacam-se como as principais causas de internação hospitalar do SUS no Estado do Amazonas no período de 2011 a 2015: doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho geniturinário e lesões por envenenamentos/algumas outras consequências de causas externas (exclui-se gravidez, parto/puerpério e contatos com serviços de saúde). A soma destes cinco capítulos da CID-10, correspondem a aproximadamente 70% das internações ocorridas anualmente.

Dentre todas as causas de internação, sobressaem-se aquelas que apresentaram variação com aumento quando comparados os números absolutos dos anos 2011 e 2015. Houve aumento de 53,2% nas internações por "doenças da pele e do tecido subcutâneo", 56,3% nas internações por "malformações congênicas/deformidades e anomalias cromossômicas" e 277,4% foram devido a "doenças do olho e anexos". Em relação as causas que apresentaram as maiores reduções nas internações, ainda no mesmo período, destacam-se as "causas externas de morbidade e mortalidade" (67,6%), "algumas doenças infecciosas e parasitárias" (31,1%) e "algumas afecções originadas no período perinatal" (22,3%) .

Proporção de Morbidade Hospitalar do SUS por grupo de causas, Amazonas, 2011 a 2015

Capítulo CID-10	2011		2012		2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
X. Doenças do aparelho respiratório	17.322	16,8	17.769	17,3	17.378	17,5	16.101	17,6	14.751	15,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	17.016	16,5	17.365	16,9	16.782	16,9	15.721	17,2	17.324	18,1
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16.710	16,2	14.128	13,8	13.187	13,3	11.598	12,7	11.512	12,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	11.347	11,0	11.421	11,1	11.415	11,5	10.801	11,8	11.222	11,7
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	10.003	9,7	11.054	10,8	10.903	11,0	10.004	10,9	10.624	11,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	9.298	9,0	9.240	9,0	8.843	8,9	8.631	9,4	8.743	9,1
II. Neoplasias (tumores)	6.191	6,0	5.362	5,2	5.299	5,3	4.301	4,7	5.391	5,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.352	2,3	3.123	3,0	3.423	3,4	3.067	3,4	3.603	3,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.742	2,7	3.505	3,4	3.205	3,2	2.259	2,5	2.635	2,7
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2.945	2,9	2.627	2,6	1.844	1,9	2.140	2,3	2.288	2,4
VI. Doenças do sistema nervoso	2.056	2,0	2.057	2,0	1.969	2,0	1.837	2,0	1.974	2,1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.220	1,2	1.062	1,0	1.196	1,2	1.013	1,1	1.072	1,1
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.132	1,1	1.164	1,1	1.303	1,3	1.212	1,3	1.294	1,3
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	785	0,8	773	0,8	834	0,8	919	1,0	1.227	1,3
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	809	0,8	858	0,8	837	0,8	691	0,8	872	0,9
V. Transtomos mentais e comportamentais	656	0,6	705	0,7	687	0,7	685	0,7	624	0,7
VII. Doenças do olho e anexos	137	0,1	75	0,1	200	0,2	238	0,3	517	0,5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	169	0,2	148	0,1	169	0,2	157	0,2	212	0,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	68	0,1	61	0,1	33	0,0	16	0,0	22	0,0
TOTAL	102.958	100,0	102.497	100,0	99.507	100,0	91.391	100,0	95.907	100,0

Fonte: SIH/SUS/MS

Situação da base de dados nacional em 30/03/2016

Dados sujeitos a revisão

Tabela 14: Proporção de Morbidade Hospitalar do SUS por Grupos de Causas, Amazonas, 2011 a 2015

1.2.4 Situação de Saúde de Grupos Populacionais de Maior Vulnerabilidade e Ciclos de Vida

Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

Desde 1999, quando se deu o plano de reorganização de atenção as pessoas portadoras de doenças crônica hipertensão arterial e diabetes mellitus pelo ministério da saúde, passaram a ser cadastradas e acompanhadas, pelo Sis-hiperdia, realizado pelos profissionais de saúde da rede básica, vinculadas as Unidade de Saúde, próximas de sua residência, com confirmação de diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento medicamentoso, reabilitação e educação em saúde.

Ao longo dos últimos anos, programas, estratégias, ações e políticas voltadas para implementação das ações de prevenção da doença, tratamento e promoção da saúde, tornaram-se fundamentais na vida dos usuários e famílias.

A partir de 2010, foram reorganizadas as redes de atenção à saúde, uma delas, a rede das crônicas. A portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Em 2011, o Ministério da Saúde apresentou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil / 2011-2022, com objetivo de promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para prevenção e controle das DCNT e seus fatores de riscos. Aborda os quatros principais grupos de doenças (cardiovascular, câncer, respiratórias crônicas e diabetes).

Em 2013, com reorganização e mudanças de estratégias e sistemas de saúde, o Sis-HiperDia, tornou-se inoperante, com registro de dados na base nacional de 211.716 Hipertensos e 95.062 Diabéticos no Amazonas. Hoje, as informações de atendimentos e registros das pessoas com doenças crônicas ocorrem somente pelas fichas do e-SUS e Sistema da Atenção Básica-Sis AB, nas bases dos sistemas municipais das unidades básicas de saúde. Porém, considerando a prevalência da pesquisa nacional em saúde – PNS/2013 – AM e a população TCU 2015, para cálculo da população estimada atendidas com doenças crônicas nas unidades de saúde temos 559.552 pessoas autoreferidas portadoras de hipertensão arterial e 181.163 com diabetes mellitus.

Dentre as ações do Estado, o Departamento de Atenção Básica, através da Educação Permanente em Saúde, trabalha a instrução, orientação, alinhamento e emponderamento dos técnicos para posterior multiplicação nos municípios aos profissionais das ESF/ UBS, atenção básica. Como desafios, enfrentar e deter o avanço das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais, doenças cardiovasculares (hipertensão arterial) e diabetes mellitus. Tendo como fatores intermediários, os fatores de riscos modificáveis: tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, que requer a mudança e reeducação diárias dos hábitos na vida do individuo. Assim como, a Atenção Básica constituir-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado.

Saúde do Trabalhador

A atenção à saúde do trabalhador no estado está implantada desde 2004 com a criação do CEREST/AM composto por uma equipe multiprofissional formada por 03 médicos do trabalho, 02 assistentes sociais, 01 fisioterapeuta, 02 enfermeiros, 01 psicóloga, 01 cirurgiã-dentista, 01 administrador e 03 técnicos de nível médio. Desde 2007 foram implantados 38 Núcleos de Saúde do Trabalhador nos municípios com o objetivo de desenvolver ações de saúde do trabalhador com foco na notificação dos agravos relacionados ao trabalho, prevenção e promoção à saúde.

Atualmente existem no estado além do Cerest estadual, dois Cerest regionais, um no município de Manaus e outro no município de Tefé, ambos de gestão municipal.

De acordo com os resultados apresentados pelo indicador de saúde do trabalhador no triênio 2013 a 2015, houve um aumento gradativo de municípios notificantes de doenças e agravos relacionados ao trabalho, conforme tabela abaixo.

Municípios do Amazonas que notificaram doenças e agravos relacionados ao trabalho 2013 a 2015

%	2013	2014	2015
Meta	80%	80%	80%
Resultado	62,90	72,58	74,19

Fonte: Coord. Saúde do Trabalhador/CEREST/Am/SINAM

Tabela 15: Municípios que notificaram doenças e agravos relacionados ao trabalho, Amazonas, 2013 a 2015

Principais ações desenvolvidas pelo estado para o desenvolvimento da Política de Saúde do Trabalhador

- Capacitações para ampliação das notificações dos agravos relacionados ao trabalho;
- Implantação de Núcleos de Saúde do Trabalhador nos municípios;
- Ações de vigilância em saúde do trabalhador e inspeção em ambientes e processos de trabalho com riscos a saúde do trabalhador;
- Ações de educação em saúde para promoção e prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
- Articulação intersetorial para desenvolvimento do Plano de Atenção Integral as Populações Expostas a Agrotóxicos;
- Análise das informações dos sistemas de informação SINAN e SIM sobre os agravos e óbitos relacionados ao trabalho;
- Investigação dos acidentes fatais relacionados ao trabalho;
- Ações de prevenção e promoção à saúde dos motoristas rodoviários em parceria com a Polícia Rodoviária Federal;
- Capacitação das equipes de saúde dos municípios em vigilância em saúde do trabalhador;
- Atendimento multiprofissional aos trabalhadores referenciados e por livre demanda;

Avanços, problemas e desafios

Entre os avanços no desenvolvimento da Política de Saúde do trabalhador destacam-se: qualificação dos técnicos do CEREST; ampliação do tema da saúde do trabalhador na agenda dos municípios; criação do Comitê de Enfrentamento da Mortalidade Relacionado ao Trabalho com foco na prevenção dos acidentes fatais; implantação da Atenção Integral as Populações Expostas aos Agrotóxicos no município de Itacoatiara/AM; Consolidação do CEREST como campo de estágio nas áreas de Serviço Social, Psicologia e Fonoaudiologia.

Como principais problemas, que dificultam a execução das ações são apontados: deficiência na quantidade de técnicos para desenvolver as ações de saúde do trabalhador no estado; morosidade nos processos de aquisição de materiais de consumo e educativo para utilização nas ações do CEREST; Infraestrutura inadequada ou deficitária (manutenção do prédio e dos equipamentos permanentes, segurança patrimonial e da integridade dos servidores); rotatividade dos profissionais de saúde nos municípios que dificultam a continuidade das ações já implantadas.

Em relação aos desafios a superar para a implementação da Política de ST, encontram-se entre os mais relevantes: ampliar a atuação da saúde do trabalhador no estado; aumentar o número de municípios notificantes dos agravos relacionados ao trabalho; consolidar as parcerias institucionais para implementação da Política de Saúde do Trabalhador; fortalecer a Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador para apoiar o CEREST no desenvolvimento das ações.

Situação de Saúde de Outros Grupos Populacionais de Maior Vulnerabilidade e Ciclos de Vida

No tópico Redes de Atenção à Saúde, serão abordados outros grupos populacionais e Ciclos de Vida que são enfocados a partir da organização das Redes Temáticas de Atenção à Saúde que o Estado aderiu, bem como em programas e ações estratégicos desenvolvidos pela gestão estadual da Saúde no Amazonas

1.3 Estrutura do Sistema de Saúde

1.3.1 Estabelecimentos de Saúde no Amazonas

Rede Física de Saúde Pública e Privada Prestadora de Serviços - SUS Amazonas

A rede física dos serviços de saúde cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS) abrangeu 2.237 estabelecimentos de saúde, tanto públicos, privados e filantrópicos, distribuídos por gestão dupla (gestão compartilhada entre o estado e os municípios), gestão estadual e municipal. A seguir, a descrição dos estabelecimentos de saúde cadastrados, segundo o tipo de estabelecimento, por tipo de gestão e por esfera jurídica (Quadro 2).

Estabelecimentos de Saúde Segundo Tipo e Gestão - Amazonas - Dezembro, 2015

Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Academia da Saúde	-	-	1	1
Central de Regulação	-	2	1	3
Central de Regulação Médica das Urgências	-	1	1	2
Centro de Apoio à Saúde da Família - CASF	-	-	2	2
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	5	6	15	26
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	18	1	485	504
Central de Regulação de Serviços de Saúde	-	6	1	7
Central de Notif. Captação e Distr. Órgãos Estadual	-	1	1	2
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	9	157	74	240
Consultório	7	326	264	597
Cooperativa	-	35	-	35
Farmácia	-	3	14	17
Hospital Especializado	2	19	2	23
Hospital Geral	35	38	10	83
Hospital Dia	-	-	1	1
Laboratório Central de Saúde Pública - Lacen	-	-	1	1
Laboratório de Saúde Pública	-	1	6	7
Policlínica	2	27	27	56
Posto de Saúde	-	-	161	161
Pronto Atendimento	3	7	-	10
Pronto Socorro Geral	-	1	-	1
Secretaria de Saúde	2	3	62	67
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado(Home Care)	-	4	-	4
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	-	101	101
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	5	94	34	133
Unidade de Vigilância em Saúde	-	1	53	54
Unidade Mista	3	1	2	6
Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp-	-	-	68	68
Unidade Móvel Fluvial	-	4	8	12
Unidade Móvel Terrestre	-	1	8	9
Telessaúde	-	1	3	4
TOTAL	91	740	1.406	2.237

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Dados de dezembro 2015 sujeitos a retificação.

Quadro 2: Estabelecimentos de Saúde Segundo Tipo e Gestão - Amazonas - Dezembro, 2015

Em relação à rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, existem no Amazonas um total de 2.237 estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, dos quais 54,5% são estabelecimentos no âmbito da administração pública e 45,5% da esfera privada. Dos estabelecimentos públicos, estão sob gestão municipal 1.406, estadual 740 e dupla 91 estabelecimentos.

CNES - Estabelecimentos por Tipo - Amazonas
Quantidade de Estabelecimentos de Saúde por Esfera Jurídica e Tipo de Gestão, Dez /2015

Esfera Jurídica	Tipo de Gestão			
	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Administração Pública	79	96	1.045	1.220
.. Federal	2	7	103	112
.. Estadual	55	78	11	144
.. Municipal	20	11	895	926
.. Outros	2	-	36	38
Entidades Empresariais	6	376	211	593
.. Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	-	-	1	1
.. Demais Entidades Empresariais	6	376	210	592
Entidades sem Fins Lucrativos	-	12	4	16
Pessoas Físicas	6	256	146	408
Total	91	740	1.406	2.237

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Dados de dezembro 2015 sujeitos a retificação.

Quadro 3: Quantidade de Estabelecimentos de Saúde por Esfera Jurídica e Tipo de Gestão, Amazonas, Dez/ 2015

Detalhamento da Rede Estadual na Capital e no Interior

- Estabelecimentos de Saúde na Capital

A Susam tem na sob administração própria, 56 estabelecimentos de saúde na capital, além das unidades de apoio. A rede assistencial está dividida entre Centro de Atenção Integral à Criança, Centro de Atenção Integral à Melhor Idade, Centro de Atenção psicossocial, Serviço de Pronto Atendimento, Unidade de Pronto Atendimento, Hospital e Pronto-Socorro da Criança Hospital e Pronto-Socorro Adulto, Policlínicas, Maternidades, Hospitais e Fundações de Saúde vinculadas. A Susam conta com as seguintes unidades de apoio: Sede da Secretaria de Estado de Saúde, Complexo Regulador do Amazonas, Central de Transplante do Amazonas, Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas (Lacen), Central de Medicamentos do Amazonas (CEMA), Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador do Amazonas (Cerest-AM) e 5 Farmácias Populares do Brasil.

Estabelecimentos de Saúde da Rede Estadual na Capital Por Zonas Geográficas, 2015

TIPO	ZONAS				TOTAL
	Norte	Sul	Leste	Oeste	
Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC)	3	3	3	3	12
Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI)	1	1	-	1	3
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	1	-	-	-	1
Policlínica	1	3	2	-	6
Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Policlínica	1	-	-	1	2
Serviço de Pronto Atendimento (SPA)	1	1	2	2	6
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	1	-	-	-	1
Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Maternidade	-	-	1	-	1
Hospital e Pronto Socorro da Criança (HPSC)	-	1	1	1	3
Hospital e Pronto Socorro (HPS)	1	1	2	-	4
Maternidade	2	1	1	1	5
Maternidade/Urgência Ginecológica	-	1	-	-	1
Hospital Infantil	-	2	-	-	2
Hospital Adulto	-	1	1	-	2
Fundação	2	2	-	3	7
Sede Secretaria	-	1	-	-	1
Complexo Regulador	-	1	-	-	1
Central de Transplante	-	1	-	-	1
Laboratório Central	-	1	-	-	1
Central de Medicamentos	-	1	-	-	1
Farmácia Popular	2	1	1	1	5
TOTAL	16	23	14	13	66

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

Quadro 4: Estabelecimentos de Saúde da Rede Estadual na Capital Por Zonas Geográficas, 2015

Para detalhamento das Unidades de Saúde da capital por tipologia vide Anexo 1 - A

- Estabelecimentos de Saúde no Interior

No interior são 66 estabelecimentos de saúde, sob gestão, gerência ou conveniado ao Estado, além de duas unidades de apoio (farmácia popular em Coari e Laboratório de Fronteira de Tabatinga). Em relação à gestão de serviços de saúde de atenção especializada, três municípios aderiram ao Pacto Pela Saúde (Borba, Nova Olinda do Norte e Parintins) e nove municípios habilitados em gestão plena do sistema de saúde. O Hospital de Guarnição de Tabatinga, Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira e o Hospital Padre Colombo tem convênio firmado com a Susam para o seu funcionamento.

Rede de Saúde Estadual no Interior por Tipologia e Região de Saúde – Amazonas, Dez/2015

REGIÕES DE SAÚDE	TIPO EAS			TOTAL
	Hospital / Maternidade	UPA	CRDQ	
1301 Alto Solimões	09	01	-	11
1302 Baixo Amazonas	05	-	-	05
1303 Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	13	-	01	14
1304 Médio Amazonas	07	-	-	07
1305 Juruá	06	-	-	06
1306 Purus	05	-	-	05
1307 Rio Madeira	05	-	-	05
1308 Rio Negro e Rio Solimões	08	-	-	08
1309 Triângulo	06	-	-	06
TOTAL	64	01	01	66

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

Legenda: UPA = Unidade de Pronto Atendimento; CRDQ – Centro de Recuperação Dependentes Químicos

Tabela 16: Rede de Saúde Estadual no Interior por Tipologia e Região de Saúde – Amazonas,, Dez/ 2015

Para detalhamento das Unidades de Saúde do interior vide Anexo 1 - B

1.3.2 Leitos no Amazonas

Os leitos nos estabelecimentos de saúde do Amazonas registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/MS estão a seguir demonstrados:

Leitos Existentes (SUS e Não SUS) Por Tipo de Gestão – Amazonas, Dez 2015

Leitos Cadastrados	Tipo de Gestão			Total Existente (SUS e Não SUS)
	Dupla	Estadual	Municipal	
Ambulatório / Observação	69	102	212	383
Urgência / Observação	256	479	212	947
Hospitalar / Internação	1.498	3.395	874	5.767
Hospitalar / Complementares	94	638	57	789
TOTAL GERAL	1.917	4.614	1.355	7.886

Fonte: Ministério da Saúde / CNES.

Tabela 17: Leitos Existentes (SUS e Não SUS) Por Tipo de Gestão – Amazonas, Dez 2015

Descritivo dos Leitos Cadastrados:

- **Ambulatório - Leitos de repouso/observação:** Apresenta o quantitativo de leitos em ambulatórios. São aqueles leitos destinados a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica ou de enfermagem, para fins de diagnóstico ou terapêutica, durante um período inferior a 24 horas.
- **Urgência - Leitos repouso/observação:** Apresenta o quantitativo de leitos de repouso e/ou observação em ambientes de urgência/emergência.

- **Hospitalar - Leitos de internação:** Apresenta o quantitativo de leitos em ambientes hospitalares, nas categorias cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia e outras especialidades, na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS. São as camas destinadas à internação de um paciente no hospital.
- **Hospitalar - Leitos complementares:** Apresenta o quantitativo de leitos em ambientes hospitalares, nas categorias de leitos complementares (UTI, Unidade Intermediária e Isolamento), na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS e atendimento Não SUS.

Em dezembro de 2015 encontravam-se cadastrados no CNES/MS 7.886 leitos existentes no Amazonas (SUS e não SUS), sendo que deste total, 4.614 sob a gestão estadual, representando 58,5% dos leitos existentes.

Em relação aos leitos de internação hospitalar, não incluindo os leitos complementares, do total de 5.767 leitos informados no CNES no período, 4.515 são públicos e destes 3.436 pertencem a unidades hospitalares do estado, correspondendo a cerca de 60% do total de leitos de internação, evidenciando a grande participação do estado na execução desses serviços, tanto na capital como no interior.

Leitos de Internação Hospitalar Por Habitante – Amazonas, 2015

Leitos De Internação	Número de Leitos	Leitos Hosp. Por 1.000 Hab
Leitos Existentes (SUS e Não SUS)	5.767	1,46
Leitos SUS	4.886	1,24

Fonte: Ministério da Saúde / CNES

Obs: Considerados apenas os leitos de internação hospitalar, não incluindo leitos de UTI, unidade intermediária e isolamento

Tabela 18: Leitos de Internação Hospitalar Por Habitante – Amazonas, 2015

Os leitos de internação totalizaram 5.767 (excluindo leitos de UTI, unidade intermediária e isolamento), sendo 4.886 leitos SUS. Considerando o indicador número geral de leitos de internação por 1.000 habitantes, o estado do Amazonas que possui 3.938.336 habitantes² contou com 1,46 leitos/1.000 hab. e 1,24 leitos SUS para cada grupo de 1.000 habitantes. Este número é inferior ao “Índice da Média Brasil” de 2,36 leitos de internação para cada grupo de 1.000 habitantes, como também, está abaixo do mínimo recomendado pela OMS que indica o equivalente a 2,5 a 3,0 leitos para 1.000 habitantes. O não alcance desse indicador foi observado também na maioria dos estados brasileiros, no entanto, houve um aumento do número de leitos de UTI e de unidade intermediária que são mais complexos.

² População estimada 2015 segundo o IBGE.

**Leitos de Internação Hospitalar
Segundo Especialidade - Amazonas, Dez 2015**

Especialidade	Gestão Estadual		Total no Amazonas	
	Existente	SUS	Existente	SUS
Cirúrgicos	1.025	758	1.561	1.289
Clínicos	1.163	769	1.913	1.508
Obstétricos	543	439	1.093	982
Pediátricos	544	470	1.025	949
Outras Especialidades	90	85	125	120
Hospital/dia	30	18	50	38
Total	3.395	2.539	5.767	4.886

Fonte: Ministério da Saúde / CNES.

Tabela 19: Leitos de Internação Hospitalar Por Especialidade – Amazonas, 2015

Quanto aos Leitos Complementares, houve nos últimos anos um crescimento no quantitativo de leitos, especialmente nos Leitos SUS que passaram de 348 em 2013 para 562 em 2015, sendo ampliados principalmente as UTI's Neonatais e Coronarianas. Embora esses sejam importantes avanços, resta ainda o desafio de implantar esses leitos complementares nos municípios de referência nas Regiões de Saúde, uma vez que atualmente esses leitos estão concentrados no município de Manaus, capital do estado, que na regionalização funciona como macrorregião de saúde, recebendo a referência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar de todos os demais 61 municípios integrantes das 9 Regiões de Saúde

**Leitos de Internação Hospitalar
Complementares - Amazonas, Dez 2015**

Leitos Complementares	Quantidade Existente	Quantidade SUS
Unidade intermediária neonatal	21	21
Unidade isolamento	138	126
UTI adulto I	52	11
UTI adulto II	182	139
UTI pediátrica I	10	-
UTI pediátrica II	97	72
UTI pediátrica III	10	-
UTI neonatal I	15	-
UTI neonatal II	75	59
UTI neonatal III	12	-
UTI coronariana tipo II -UCO tipo II	10	10
Unidade de cuidados intermed neonatal convencional	81	68
Unidade de cuidados intermed neonatal canguru	72	43
Unidade de cuidados intermed pediátrico	9	9
Unidade de cuidados intermed adulto	5	4
TOTAL	789	562

Fonte: Ministério da Saúde / CNES.

Tabela 20: Leitos de Internação Hospitalar – Amazonas, 2015

1.3.3 Equipamentos

Constam cadastrados no CNES no mês de dezembro de 2015 2.877 equipamentos (lista de equipamentos selecionados) dos quais 1.210 estão disponibilizados ao SUS, conforme a seguir demonstrado por Região de Saúde.

CNES - Recursos Físicos - Equipamentos - Amazonas
Equipamentos selecionados Existentes e Disponíveis ao SUS por Região de Saúde, Dez/2015

Região de Saúde	Mamógrafo		Raio X		Tomógrafo Computadorizado		Ressonância Magnética		Ultrassom		Equipo Odontológico Completo		Total Equipamentos	
	Existente	Disp. SUS	Existente	Disp. SUS	Existente	Disp. SUS	Existente	Disp. SUS	Existente	Disp. SUS	Existente	Disp. SUS	Existente	Disp. SUS
13001 Manaus e Alto Rio Negro	36	27	663	207	31	20	18	12	264	114	1225	317	2.237	697
13002 Rio Negro e Solimões	7	6	22	16	-	-	-	-	16	12	53	50	98	84
13003 Rio Madeira	4	4	21	17	-	-	-	-	10	9	51	40	86	70
13004 Médio Amazonas	2	2	16	12	-	-	-	-	11	6	45	40	74	60
13005 Baixo Amazonas	1	1	30	23	1	-	-	-	16	12	48	40	96	76
13006 Regional Purus	-	-	18	15	-	-	-	-	6	6	35	27	59	48
13007 Regional Juruá	1	1	16	14	-	-	-	-	7	5	28	23	52	43
13008 Triângulo	4	4	20	16	-	-	-	-	19	10	35	25	78	55
13009 Alto Solimões	5	5	21	14	-	-	-	-	18	14	53	44	97	77
Total	60	50	827	334	32	20	18	12	367	188	1573	606	2.877	1.210

Fonte: Ministério da Saúde / CNES.

Quadro 5: Equipamentos selecionados Existentes e Disponíveis ao SUS por Região de Saúde, Dez/2015

1.3.4 Recursos Humanos

Profissionais de Saúde no Amazonas

O trabalho no SUS desenvolve um campo de atuação que inclui a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e assistência integral. A criação do SUS, ao definir que o Estado deve prover as condições de garantia à saúde, com o processo de descentralização, induz a ampliação da rede de atenção em saúde, com a responsabilização dos entes federados para a manutenção desta rede. A força de trabalho no SUS deixa de estar relacionada somente a esfera federal, e estados e municípios também passam a assumir a contratação de servidores para desenvolver as ações e os serviços de saúde. Atualmente o maior empregador no SUS são os poderes municipais e estaduais.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, disponibiliza o quantitativo de profissionais (indivíduos) e de vínculos cadastrados no CNES pelas esferas gestoras do sistema de saúde, identificando também o tipo de Ocupação, com base na Tabela de Ocupação - Classificação Brasileira de Ocupação – CBO. A CBO é uma tabela do Ministério do Trabalho que codifica títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Essa tabela identifica os profissionais que atuam em estabelecimentos de saúde ambulatoriais e hospitalares.

Também são fornecidas pelo CNES informações por tipo de gestão, onde identifica-se a qual gestor (Estadual ou Municipal) o estabelecimento tem contrato/convênio, e que é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamento dos serviços prestados SUS. A seguir são demonstrados os profissionais que atuam no SUS no Amazonas, por CBO e Tipo de Gestão.

CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002 - Amazonas
Quantidade de Profissionais por Ocupações de Nível Superior e Tipo de Gestão
Período: Dez/2015

Ocupações de Nível Superior	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Profissional Médico				
Anestesiata	4	140	15	159
Cirurgião geral	27	127	22	176
Clínico geral	129	440	360	929
Gineco obstetra	22	151	110	283
Médico de família	11	1	559	571
Pediatra	135	333	155	623
Psiquiatra	4	11	12	27
Radiologista	10	52	16	78
Outras especialidades médicas	191	852	79	1.122
Subtotal	533	2.107	1.328	3.968
Outros Profissionais Não Médicos				
Assistente social	69	186	299	554
Bioquímico/farmacêutico	34	159	130	323
Enfermeiro	246	1.328	1.508	3.082
Fisioterapeuta	51	231	199	481
Fonoaudiólogo	11	106	45	162
Nutricionista	17	68	102	187
Odontólogo	119	422	898	1.439
Psicólogo	58	129	170	357
Outras ocup. De nível superior relacion. À saúde	35	43	67	145
Subtotal	640	2.672	3.418	6.730
Total	1.173	4.779	4.746	10.698

Fonte: Ministério da Saúde / CNES.

Quadro 6: Quantidade de Profissionais por Ocupações de Nível Superior e Tipo de Gestão, Amazonas, Dez/2015

CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002 - Amazonas
Quantidade de Profissionais por Ocupações de Nível Técnico / Auxiliar e Tipo de Gestão
Período: Dez/2015

Ocupações de Nível Técnico /Auxiliar	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Auxiliar de Enfermagem	886	1.278	1.108	3.272
Fiscal Sanitário	4	6	167	177
Técnico de Enfermagem	602	3.372	1.940	5.914
Técnico e Auxiliar de Farmácia	-	25	3	28
Técnico e Auxiliar de Laboratório	285	795	540	1.620
Técnico e Auxiliar em Nutrição e Dietética	10	3	-	13
Técnico e Auxiliar em Fisioterapia e Reabilitação	-	4	7	11
Técnico e Auxiliar em Saúde Oral	26	36	113	175
Técnico e Auxiliar em Equip Médico-Hospitalares	-	3	-	3
Técnico e Auxiliar em Radiologia Médica	131	246	148	525
Técnico e Auxiliar em Hematologia/Hemoterapia	5	21	3	29
Técnico e Auxiliar em Histologia	7	1	-	8
Outras Ocupações Nível Técnico e Auxiliar em Saúde	39	106	20	165
Total	1.995	5.896	4.049	11.940

Fonte: Ministério da Saúde / CNES

Quadro 7: Quantidade de Profissionais por Ocupações de Nível Técnico/Auxiliar e Tipo de Gestão, Amazonas, Dez/2015

Quanto aos profissionais da saúde com vínculo com o estado, em 2009 foram aprovadas as leis que criam os Planos de Cargos, Carreira e Remuneração - PCCR dos servidores da saúde do estado do Amazonas, e em 2011 houve o processo de enquadramento dos servidores no referido PCCR. Os servidores ganharam com o plano, além das vantagens do enquadramento, a data base anual para o reajuste dos salários, tendo como base o Índice de Preços ao Consumidor (IPCA), que é o mês de maio.

Quantitativo de Profissionais do Sistema Estadual de Saúde do Amazonas - Dez/2015

ÓRGÃO	CARGOS
Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – SUSAM	17.308
Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas – FCECON	489
Fundação Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – FHEMOAM	414
Fundação Alfredo da Matta – FUAM	243
Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado – FMT-HVD	598
Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ	848
Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS/AM	1.742
TOTAL	21.642

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

Tabela 21: Quantitativo de Profissionais do Sistema Estadual de Saúde do Amazonas - Dez/2015

A SUSAM e as Fundações de Saúde têm em seus quadros, o total de 21.642 profissionais com vínculo empregatício, conforme informações do DGRH da SUSAM e das Fundações de Saúde vinculadas à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Neste total, não estão incluídos os profissionais terceirizados contratados através das cooperativas/empresas privadas de saúde e nem os servidores da Fundação Hospital do Coração Francisca Mendes.

Em dezembro de 2014 este quantitativo foi de 22.421, ou seja, em comparação com 2015, houve uma redução de 779 servidores no quadro de recursos humanos da SUSAM e das Fundações de Saúde, geralmente ocasionado por exonerações, falecimentos, licença especial, etc.

1.4 Serviços produzidos

A produção de serviços ambulatoriais e hospitalares executadas através da rede própria, contratada e conveniada com o SUS, sob gestão estadual é informada por meio dos Sistemas de Informações (SI) do Datasus/Ministério da Saúde, sendo estes o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

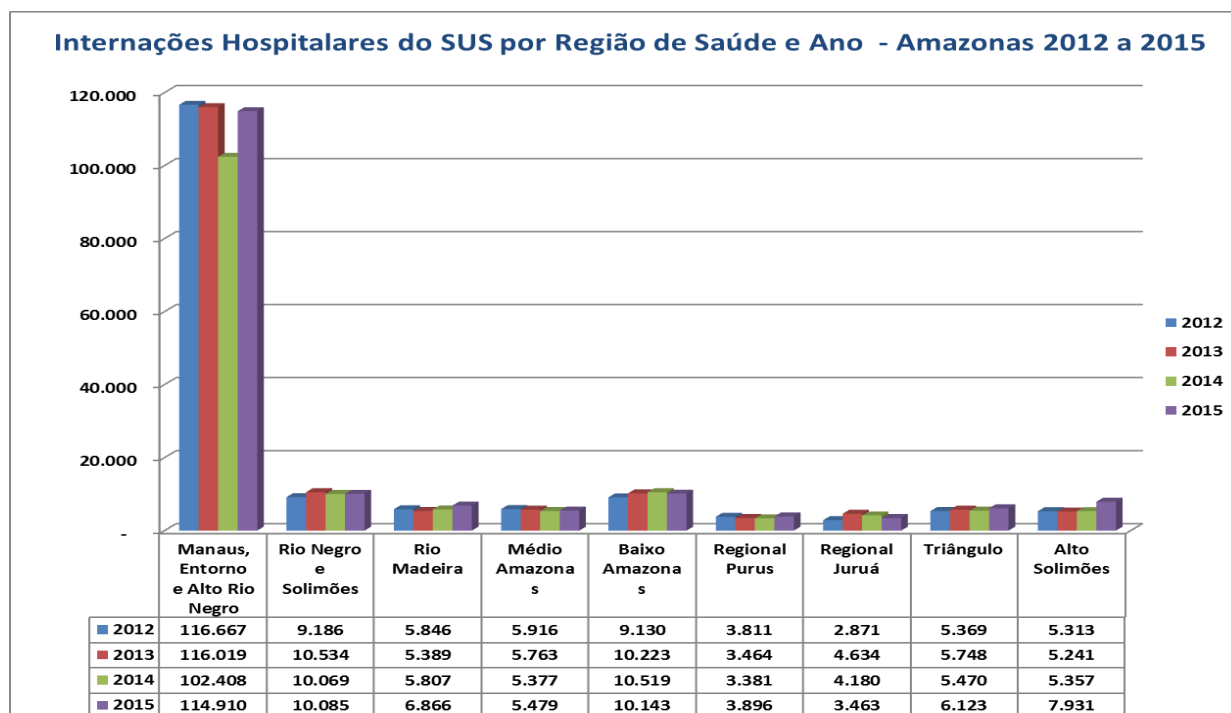
Na análise da produção dos serviços deve-se considerar que, apesar da obrigatoriedade da alimentação regular e sistemática das base de dados de interesse nacional, os dados registrados nem sempre expressam a realidade dos serviços realizados, tendo em vista dificuldades na operacionalização dos SI por grande parte dos municípios amazonenses, que enfrentam problemas que vão desde condições de acesso a internet, até a necessária qualificação contínua de profissionais que operam os SI, o que contribui para dificultar o processo de planejamento de ações a partir das necessidades de saúde nas Regiões de Saúde.

A seguir são demonstrados a produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, e ainda serviços selecionados por área assistencial realizados em 2015 pelos prestadores públicos e privados sob gestão do estado.

1.4.1 Internações Hospitalares do SUS – Amazonas

Em 2015, conforme dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), foram realizadas um total de 168.896 internações hospitalares pelo SUS no Amazonas, das quais 132.576 (78,5%) sob gestão estadual através da rede própria ou complementar.

Tendo em vista a concentração de serviços na capital, que dispõe de maior capacidade instalada para execução de ações de saúde de maior complexidade, observa-se que a Região de Saúde (RS) de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro é a que apresenta o maior volume de pessoas internadas, destacando-se Manaus como o Município de referência para a RS e também como Macrorregião de Saúde para os demais 61 municípios que integram as 9 Regiões de Saúde do Estado;



Fonte: SIH/SUS/Datasus/MS

Gráfico 30: Internações Hospitalares do SUS por Região de Saúde e Ano, Amazonas, 2012 a 2015

Das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas, 107.479 (63,6%) referem-se ao grupo de procedimentos clínicos, seguida pelo grupo de procedimento cirúrgicos, que correspondem a 36,21% do total de AIH's.

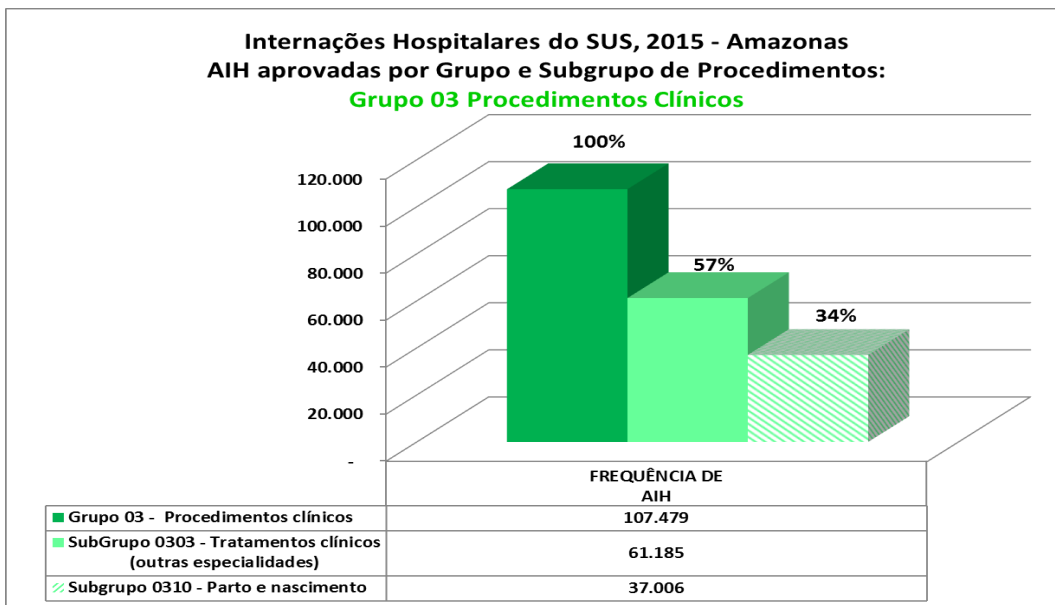
Internações Hospitalares do SUS, 2015 – Amazonas
Quantidade de AIH aprovadas e Valor Total por Grupo de Procedimento

Grupo de Procedimentos	Estadual plena	Municipal plena assist	Total	Valor R\$
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	55	-	55	21.380,58
03 Procedimentos clínicos	82.886	24.593	107.479	77.430.275,75
04 Procedimentos cirúrgicos	49.440	11.727	61.167	72.570.004,39
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	207	-	207	1.257.078,34
Total	132.588	36.320	168.908	151.278.739,06

Fonte: SIH/SUS/Datasus/MS

Tabela 22: Internações Hospitalares do SUS, 2015 – Amazonas; Quantidade de AIH aprovadas e Valor Total por Grupo de Procedimento

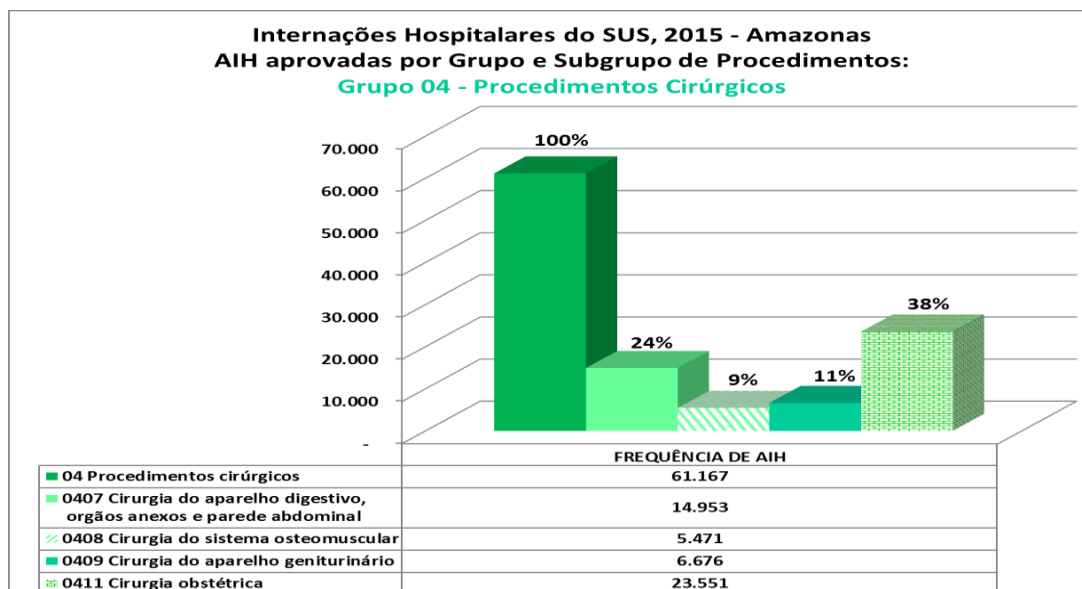
Os gráficos 31 e 32 demonstram os subgrupos de procedimentos que mais se destacaram entre as AIH's aprovadas em 2015:



Fonte:

SIH/SUS/Datasus/MS

Gráfico 31: Internações Hospitalares do SUS: AIH aprovadas por Grupo e SubGrupo de Procedimentos, Grupo 03 Procedimentos Clínicos, Amazonas, 2015



Fonte: SIH/SUS/Datasus/MS

Gráfico 32: Internações Hospitalares do SUS: AIH aprovadas por Grupo e SubGrupo de Procedimentos, Grupo 04 Procedimentos Cirúrgicos, Amazonas, 2015

1.4.2 Produção Ambulatorial do SUS no Amazonas

Em 2015, de acordo com os registros do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), foram realizados através da rede prestadora de serviços ao SUS, sob gestão estadual e municipal, 82.333.787 procedimentos ambulatoriais aprovados, dos quais 46,2% executados na atenção básica, e 52,5% na atenção especializada de média e alta complexidade ambulatorial, conforme abaixo demonstrado.

Produção Ambulatorial do SUS - Amazonas - por Local de Atendimento Quantidades e Valores Aprovados por Grupo de Procedimentos e Complexidade Período:2015

Grupo procedimento	Atenção Básica		Média complexidade		Alta complexidade		Não se aplica		Total	
	Quant. Aprov	Valor Aprov	Quant. Aprov	Valor Aprov	Quant. Aprov	Valor Aprov	Quant. Aprov	Valor Aprov	Quant. Aprov	Valor Aprov
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	11.666.966	-	294.896	823.544,72	-	-	169.055	123.662,42	12.130.917	947.207,14
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	2.162.044	-	18.113.424	96.115.185,29	144.054	19.690.515,21	-	-	20.419.522	115.805.700,50
03 Procedimentos clínicos	22.383.316	-	18.971.010	97.295.637,14	187.863	33.862.023,15	612.676	-	42.154.865	131.157.660,29
04 Procedimentos cirúrgicos	1.892.140	-	301.049	10.110.770,30	9.192	5.470.139,53	-	-	2.202.381	15.580.909,83
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	-	-	12.517	636.890,69	2.136	709.085,45	-	-	14.653	1.345.976,14
06 Medicamentos	-	-	-	-	5.198.357	6.589.846,16	-	-	5.198.357	6.589.846,16
07 Órteses, próteses e materiais especiais	-	-	7	31.500,00	-	-	30.811	9.096.556,83	30.818	9.128.056,83
08 Ações complementares da atenção à saúde	7.207	-	-	-	-	-	175.067	15.018.110,20	182.274	15.018.110,20
Total	38.111.673	-	37.692.903	205.013.528,14	5.541.602	66.321.609,50	987.609	24.238.329,45	82.333.787	295.573.467,09
%	46,29	-	45,78	69,36	6,73	22,44	1,20	8,20	100,00	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Quadro 8: Produção Ambulatorial do SUS por Local de Atendimento: Quantidades e Valores Aprovados por Grupo de Procedimentos e Complexidade, Amazonas, 2015

Produção de Urgência e Emergência Ambulatorial e Hospitalar

A produção ambulatorial e hospitalar do SUS no caráter de atendimento de urgência, que inclui desde as urgências básicas até as de maior complexidade, realizadas na rede de urgência e emergência do Estado (Rede RUE) distribuída nos Pronto Socorros, Serviços de Pronto Atendimento e Unidades Hospitalares dos municípios do interior, apresentou quantidade aprovada de 403.293 procedimentos ambulatoriais e 101.331 procedimentos referentes as internações hospitalares.

Produção Ambulatorial e Hospitalar do SUS de Urgência e Emergência por Grupo de Procedimento, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015

Grupo Procedimento	SIA		SIH	
	Quantidade Aprovada	Valor Aprovado R\$	AIH Aprovadas	Valor Total R\$
Ações de promoção e prevenção em saúde	-	-	-	-
Procedimentos com finalidade diagnóstica	179.722	5.723.087,59	11	2.106,80
Procedimentos clínicos	201.482	1.728.873,80	69.403	53.428.004,61
Procedimentos cirúrgicos	21.751	768.646,50	31.742	31.304.467,82
Transplantes de órgãos, tecidos e células	-	-	175	524.478,66
Medicamentos	-	-	-	-
Órteses, próteses e materiais especiais	14	2.903,00	-	-
Ações complementares da atenção à saúde	324	11.624,25	-	-
Total	403.293	8.235.135,14	101.331	85.259.057,89

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA/SIH/SUS)

Notas: Situação da base de dados nacional em 25/01/2016. Dados até dezembro de 2015 sujeitos a retificação.

Quadro 9: Produção Ambulatorial e Hospitalar do SUS de Urgência e Emergência por Grupo de Procedimento, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015

Dos procedimentos ambulatoriais de U/E, o Grupo de Procedimentos com maior quantitativo aprovado foi o de Procedimentos Clínicos com cerca de 50% do total de procedimentos, porém o grupo Finalidade Diagnóstica foi o que obteve a maior concentração de valores, correspondendo a 69,5% do montante de recursos ambulatoriais aprovados. Em relação a produção hospitalar, o Grupo de Procedimentos Clínicos obteve maior representatividade, com 68,49 % do total de procedimentos de internação realizados e 62,67 % do valor total de R\$ 85.259.057,89

Produção de Atenção Psicossocial

Em 2015 foram aprovados 13.212 procedimentos ambulatoriais relacionados a atenção psicossocial e a produção hospitalar apresentou 600 autorizações de internação hospitalar (AIH) aprovadas em tratamentos dos transtornos mentais e comportamentais. Esses serviços foram executados no CAPS, no CRDQ e nas unidades de referência hospitalar que integram a Rede estadual de Atenção Psicossocial (Rede RAPS)

**Produção Ambulatorial e Hospitalar do SUS de Atenção Psicossocial
Por Forma Organização, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015**

Forma Organização	SIA		SIH	
	Quantidade Aprovada	Valor Aprovado R\$	AIH Aprovadas	Valor Total R\$
Atendimento/acompanhamento psicossocial	13.212	42.140,23	-	-
Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	-	-	600	284.600,07
Total	13.212	42.140,23	600	284.600,07

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA/SIH/SUS). Situação da base de dados nacional em 25/01/2016. Dados sujeitos a retificação.

Quadro 10: Produção Ambulatorial e Hospitalar do SUS de Atenção Psicossocial por Forma de Organização, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015

Produção da Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar

Os procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial realizados sob gestão estadual em 2015 foram superiores 30.7 Mi e foram aprovadas 31.257 Autorizações de Internação Hospitalar. Na produção ambulatorial especializada (SIA) prevaleceram os procedimentos clínicos com 56,3% e na produção hospitalar (SIH) prevaleceram os cirúrgicos com 56,6%.

Produção Ambulatorial Especializada e Hospitalar do SUS Por Grupo de Procedimento, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015

Grupo Procedimento	SAI		SIH	
	Quantidade Aprovada	Valor Aprovado R\$	AIH Aprovadas	Valor Total R\$
Ações de promoção e prevenção em saúde	278.927	772.129,52	-	-
Procedimentos com finalidade diagnóstica	12.700.733	85.929.625,48	44	19.273,78
Procedimentos clínicos	17.294.754	118.924.554,65	13.483	12.811.290,06
Procedimentos cirúrgicos	252.231	13.938.856,18	17.698	35.183.188,07
Transplantes de órgãos, tecidos e células	14.659	1.345.976,14	32	732.599,68
Órteses, próteses e materiais especiais	27.548	8.665.163,57	-	-
Ações complementares da atenção à saúde	149.133	14.783.769,00	-	-
Total	30.717.979	244.360.074,54	31.257	48.746.351,59

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA/SIH/SUS). Situação da base de dados nacional em 25/01/2016. Dados até dezembro de 2015 sujeitos a retificação.

Quadro 11: Produção Ambulatorial Especializada e Hospitalar do SUS, Por Grupo de Procedimento, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015

Produção da Assistência Farmacêutica

Produção Ambulatorial do SUS da Assistência Farmacêutica Por Subgrupo de Procedimento, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015

Subgrupo Procedimento	Quantidade Aprovada	Valor Aprovado R\$
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	5.198.357	6.589.846,16

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); Situação da base de dados nacional em 25/01/2016. Dados sujeitos a retificação.

Quadro 12: Produção Ambulatorial do SUS da Assistência Farmacêutica Por Subgrupo de Procedimento, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015

Produção de Vigilância em Saúde

Produção Ambulatorial do SUS de Vigilância em Saúde Por Grupo de Procedimento, Gestão: Estadual – Amazonas, 2015

Grupo Procedimento	Quantidade Aprovada	Valor Aprovado R\$
Ações de promoção e prevenção em saúde	1.542	-
Procedimentos com finalidade diagnóstica	6.299	-
Total	7.841	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Situação da base de dados nacional em 25/01/2016. Dados sujeitos a retificação.

Quadro 13: Produção Ambulatorial do SUS de Vigilância em Saúde Por Grupo de Procedimento, estão: Estadual – Amazonas, 2015

1.5 Redes de Atenção à Saúde

Atenção à Saúde

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das lutas pela Reforma Sanitária nos anos 80, implicou na “integração” dos serviços públicos das diversas instituições, que passaram ao comando do Ministério da Saúde (que incorporou o antigo INAMPS), e das secretarias estaduais e municipais de saúde. Com isso, o SUS “herdou” o modelo de atenção médico-assistencial hospitalocêntrico e privatista, que subordina, inclusive, as ações e serviços que compõem o modelo sanitarista.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aquele que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde, e esses dois níveis, também não se comunicam com a atenção terciária à saúde.

Este modelo vem apresentando sinais de uma “crise permanente”, caracterizada pela tendência inexorável de elevação de custos, redução da efetividade diante das mudanças do perfil epidemiológico da população, crescente insatisfação dos profissionais e trabalhadores de saúde e, por último, mas não menos importante, pela perda de credibilidade e confiança por parte da população usuária.

Ao longo do século XX surgiram vários movimentos ideológicos na área de saúde, propondo a introdução ou revisão de concepções acerca da saúde-doença e das formas de organização da produção de ações e serviços. Várias das noções e valores propostos por esses movimentos vêm sendo re-significados, e “refuncionalizados”, influenciando a formulação de políticas e estratégias de mudança na formação de pessoal e na organização dos serviços de saúde nos últimos 30 anos.

Nesta conjuntura, as Redes de Atenção à Saúde - RAS surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira, que devem ter foco na população, de forma integral, por meio de um serviço contínuo de cuidados que visem prioritariamente à promoção da saúde.

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 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.

1.5.1 Atenção Básica em Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica em Saúde - PNAB tem representado uma das mais importantes políticas de saúde desde a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Os avanços na política estão presentes na região amazônica como é o caso da especificidade das Unidades Básicas de Saúde Fluviais – UBSF e as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas - ESFR, ampliando a capacidade de resposta às características regionais. Outro grande avanço foi o Programa Mais Médicos – PMM, implantado em 2013, que tem suprido a falta desses profissionais nas regiões com maior desigualdade social e menor desenvolvimento humano – IDH do país. O PMM tem sido fundamental para municípios que, historicamente, sofreram com a falta e a rotatividade desse profissional pudessem manter a proposta da Estratégia da Saúde da Família - ESF. Atualmente, o PMM tem contribuído com a fixação de profissionais, com a ampliação da produção das equipes, reduzindo as internações hospitalares (Ferla et all, 2015).

A superação das desigualdades pelo Estado, segundo Escorel (2016), se fundamenta em dois princípios: primeiro, os serviços devem estar abertos a todos sob condições de igualdade equitativa de oportunidades e, segundo, o maior benefício devem priorizar os que têm menos vantagens. A equidade considera que as pessoas são diferentes e com necessidades diversas, ou seja, pressupõe um parâmetro da distribuição heterogênea. Sob essa ótica, vale o que preconiza o Ministério da Saúde (2000): “Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades.” Daí, infere-se que para superarmos a desigualdade deve-se aplicar o princípio da equidade. Então, o planejamento e o financiamento deve considerar uma distribuição desigual para situações diferenciadas no Estado do Amazonas.

A equidade está referida na lei e nos princípios do SUS, que significa a “igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (Lei n. 8.142 - 90). A equidade é definida pelo acesso aos serviços de saúde e que reflete também a desigualdade na oferta dos serviços nos territórios. O acesso é entendido como a liberdade de utilizar os serviços de saúde a partir da oferta disponibilizada. A política de saúde objetiva o acesso através da discussão do sistema de saúde, mas necessita também olhar para as dimensões familiares e individuais do acesso (Thiede et all, 2014). Cabe à gestão analisar os graus de acesso através da relação entre a oferta de serviços e aceitabilidade dos usuários em relação ao ofertado. Nesse sentido, temos o compromisso de avaliar a capacidade de oferta, a qualidade desses serviços como a avaliação por parte dos usuários.

A Atenção Básica em Saúde - AB é uma política que tem como referência o território, e nesse caso, o Estado do Amazonas tem territórios muito específicos, como das comunidades ribeirinhas, das populações indígenas, das comunidades rurais, dos extrativistas e do contexto urbano. As regiões têm territórios com diferentes contextos socioculturais e geográficos, que produzem a saúde de modo diferenciado. No Amazonas, as territorialidades agregam dimensões ambientais, culturais, diversidade étnica, processo de ocupação da terra, movimentos de afirmação de algumas tradições e invenção de outras. Assim, temos um território em constante movimento e dinamismo, tendo a gestão das políticas públicas como uma outra forma de intervenção sobre o mesmo espaço (Schweickardt et al., 2016). Cada Região de Saúde do Amazonas possui uma realidade específica,

por isso precisa ser tratada de modo diferente, respeitando as suas especificidades, a sua história e a sua cultura, as suas características em relação aos grupos sociais, movimentos e fluxos da população, níveis de organização dos serviços, participação na gestão e no controle social. Para realizarmos uma saúde com equidade precisamos realizar um planejamento que busque a diminuição das desigualdades regionais e supere as iniquidades em saúde, pois historicamente temos regiões de saúde que apresenta condições de desenvolvimento muito baixas e com indicadores de organização, gestão e participação em saúde muito baixos. Portanto, a SUSAM, através do DABE tem o compromisso de diminuir essas desigualdades e aumentar a igualdade, construindo condições para que o princípio da equidade esteja presente na Política de Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas.

O Plano Estadual na dimensão da Atenção Básica em Saúde vai priorizar nesse quadriênio as seguintes ações: Monitoramento e Avaliação - M&A; Educação Permanente em Saúde – EPS; Financiamento compartilhado com Governo Federal e Municípios; Comunicação e Divulgação em Saúde. O M&A será realizado através de ações de pesquisa, formação e construção de um Sistema de M&A de modo que possamos acompanhar os municípios na execução e desenvolvimento da AB, para que possa desempenhar o seu papel na assessoria dos municípios. Nesse caso, necessitamos criar estratégias nos Sistemas de Informações para monitorar a equidade em saúde nas diferentes regiões de saúde do Amazonas.

As ações de EPS são transversais a todos os Programas e Estratégias de Saúde da AB. Por isso, serão utilizadas as estratégias e metodologias da EPS para ampliar a capacidade de formação e qualificação dos técnicos, gestores, trabalhadores e controle social. Parte-se do pressuposto de que EPS é uma estratégia de gestão que permite a participação e o diálogo de diferentes atores no processo de planejamento e realização da AB. A potência do desenvolvimento do trabalho na AB está na relação com a educação permanente. A análise compartilhada dos indicadores e a discussão refletida sobre o cotidiano do trabalho tem potência de desenvolvimento do trabalho (CECCIM; FERLA, 2008). A ‘educação permanente em saúde’ se caracteriza por ser um processo coletivo e transformador do mundo do trabalho em saúde. As informações que produzimos da realidade passam pela nossa capacidade de problematizar e intervir nelas, mas para isso necessitamos organizar os espaços de diálogo e de debate sobre os problemas e as soluções. Assim, para termos uma Atenção Básica fortalecida precisamos organizar estratégias e redes de informações que potencializem as ações para além do instituído, envolvendo todos os atores da saúde: gestores, trabalhadores, usuários, movimentos sociais.

A terceira ação prioritária está relacionada ao cumprimento da participação do Estado no financiamento da AB, que passa pelo investimento estratégico nas regiões para que se desenvolvam as ações de saúde com o objetivo de ampliar o acesso à saúde e diminuir as desigualdades inter e intrarregionais.

Propõem-se ainda, investir na ampliação da comunicação e informação sobre saúde, apoiando os municípios no enfrentamento das necessidades de qualificação de pessoas e de suporte técnico para desenvolver as ações supracitadas. Entende-se a comunicação de modo amplo, desde a divulgação de ações da AB realizadas no âmbito Estadual e Municipal até estratégias de utilização das mídias para a ampliação do conhecimento dos direitos da saúde da população e a oferta de serviços. Para desenvolver essas ações, realizar-se-á parcerias com instituições de Ensino e Pesquisa do Estado do

Amazonas para desenvolver tecnologias que permitam descrever, refletir, analisar e intervir sobre a realidade de saúde no Estado.

1.5.1.1 Situação da Atenção Básica no Amazonas

Atenção Básica em Saúde é um componente estratégico da gestão em saúde, considerada como a porta preferencial e ordenadora do sistema, constituindo-se no primeiro contato da população com serviços e ações de saúde, que devem incidir positivamente sobre a maioria das necessidades da população, estabelecendo relações com os demais níveis de atenção.

A PNAB foi instituída pela Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, caracteriza a AB como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.” (BRASIL, 2011).

A PNAB define que as ações e serviços de saúde da AB são de responsabilidade da gestão municipal, mas cabe à gestão estadual dar o apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento da organização e a qualificação da gestão do trabalho através da Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2011).

O Amazonas tem como referência para análise situacional os indicadores inerentes à AB, o Sistema de Informação para a Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de saúde - SISPACTO. Ressalte-se que, os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas, permitindo-nos realizar uma análise crítica dos resultados obtidos e auxiliando no processo de tomada de decisão; contribuindo para a melhoria contínua dos processos organizacionais; além de proporcionar a análise comparativa dos desempenhos anteriores.

Para o período 2013 a 2015 foi definido um rol de 67 (sessenta e sete) indicadores a serem pactuados pelos entes federados, composto por tipos. Os Indicadores universais que expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente. Os Indicadores Específicos expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território (Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015, Brasília, 2013).

A pactuação tripartite tem como diretriz garantir o acesso da população a serviços de qualidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da Política de Atenção Básica e especializada. Contempla ainda o aprimoramento da rede de atenção às urgências e a garantia de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, dentre outras necessidades.

A cobertura populacional estimada pelas equipes de AB é um dos indicadores acompanhados pelo Departamento de Atenção Básica do Município.

Situação da cobertura da Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, Amazonas, 2015

Equipes	Nº de Municípios com ESF/ACS	Teto	Credenciado	Implantado	Proporção de cobertura pop. estimada
ESF	62	1.796	976	690	60,78
ACS	62	9.783	8.840	6.383	67,53

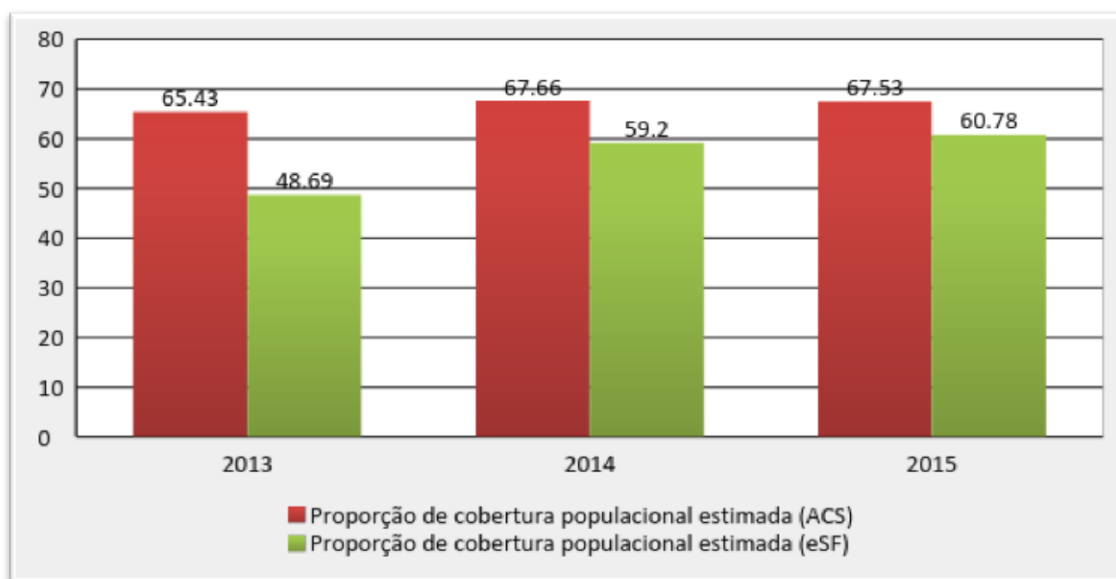
Fonte: DAB/Ministério da Saúde, 2015.

Tabela 23: Situação da cobertura da Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, Amazonas, 2015

O Amazonas apresenta cobertura de AB de 60,78 % e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde de 67,43%. Mesmo com a possibilidade de expandir a cobertura por equipes de AB, boa parte do território estadual ainda se encontra desprovido desse serviço. Uma equipe mínima da ESF é composta por: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. O município de Manaus possui população para cálculo de PAB-Fixo (Faixa 4 - 23,00 per capita) de 1.861.838 habitantes, representando 51,84% da população geral do Estado (3.590.985 habitantes) (IBGE, 2013), o que corresponde a R\$ 3.568.522,83 de repasse mensal. Apresenta cobertura de AB de 55,14 %, considerando ESF com cobertura de 36,00 % e 19,14% de equipes tradicionais, influenciando diretamente o resultado do indicador.

Um dos maiores obstáculos para a implantação das equipes e, conseqüentemente, o aumento da cobertura, deve-se à dificuldade de contratação e fixação do profissional médico nos municípios, principalmente, nos mais longínquos da capital do Estado, outro é o subfinanciamento da ESF pelos entes federados.

Evolução da cobertura da Atenção Básica: Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, Amazonas, nos anos 2013-2015



Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

Gráfico 33: Evolução da cobertura da Atenção Básica: Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, Amazonas, nos anos 2013-2015

Considerando a série histórica de 2013 a 2015, observa-se que houve um aumento gradativo de cobertura por equipes da AB (equipes da ESF e equipes tradicionais), principalmente, a partir do segundo semestre de 2013 com a implantação do PMM, tornando possível formar mais equipes de ESF e fixando esse profissional em áreas de difícil acesso, inclusive em Distritos Sanitários Indígenas. Dos 62 municípios do Amazonas, apenas o de Uarini não aderiu ao PMM.

1.5.1.2 Estratégias de ampliação da AB na Amazônia

A ESF se constitui importante pilar na organização e fortalecimento da AB, como primeiro nível de atenção à saúde no Sistema, potencializando a resolutividade dos serviços, por meio da ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na Promoção da Saúde. Tem como objetivo a redução da demanda dos serviços especializados e das internações hospitalares.

Estratégia Saúde da Família Ribeirinha e Unidade Básica de Saúde Fluvial são estratégias específicas que ampliam a AB no Amazonas. As ESFR e as UBSF estão direcionadas para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, respectivamente. Considerando as especificidades locais, os municípios podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

I. Equipes de Saúde da Família Ribeirinha: equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes a regiões a beira de rios e lagos cujo acesso se dá por meio fluvial; e

II. Equipes de Saúde da Família Fluvial: equipes que desempenham suas funções em UBSF.

Para o MS as UBSF são embarcações que comportam uma ou mais equipes de Saúde da Família Fluvial, equipadas com os materiais necessários para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense.

Municípios do Amazonas contemplados com financiamento do governo federal para construção de UBSF: Anamã, Autazes, Barcelos, Barreirinha, Benjamin Constant, Beruri, Borba, Careiro, Careiro da Várzea, Coari, Humaitá, Itacoatiara, Itamarati, Jutai, Lábrea, Manacapuru, Manaus (02 unidades), Manicoré, Maués, Nhamundá, Novo Aripuanã, Parintins, Pauini, São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, Tabatinga, Tonatins e Uarini, totalizando 29 UBSF; 04 UBSF já estão em funcionamento nos municípios (Borba, Itamarati, Manicoré e Tonantins), 02 com habilitação para recebimento do custeio pelo MS; 08 (Barcelos, Barreirinha, Humaitá, Itacoatiara, Lábrea, Manacapuru, Maués e Uarini) estão com mais de 70% de área construída da embarcação.

Constituem a ESFR, as equipes que desempenham a maior parte de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área descrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As ESFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área descrita.

Situação Atual da Implantação das Equipes da ESFR no Amazonas, 2015

Tipo Estratégia	Quantidade Equipes	
	Habilitadas	Implantadas
ESFR - Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha	46	14
ESFR – Programa Mais Médicos ou PROVAB	-	22
ESFRSB – Estrat. de Saúde da Família Ribeirinha Saúde Bucal.	30	23
ESFF - Estratégia de Saúde da Família Fluvial	3	2
ESFFSB - Estratégia de Saúde da Família Fluvial Saúde Bucal	2	2

Fonte: DAB/Ministério da Saúde, 2015.

Tabela 24: Situação Atual da Implantação das Equipes da ESFR no Amazonas, 2015

Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as ESF, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Tem como objetivo apoiar a consolidação da AB, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações. São regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e complementados pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. Seguindo a mesma dificuldade encontrada em contratar profissionais especializados e a permanência dos mesmos nos municípios, ainda é subaproveitado

pelos gestores municipais, refletindo no número de municípios que buscaram o credenciamento e de Núcleos implantados.

Situação atual da implantação de NASF no Amazonas - 2015

NASF	Tipo	Nº de Municípios	Credenciado	Implantado
	I	33	71	49
	II	5	7	4
	III	2	2	2

Fonte: DAB/Ministério da Saúde, 2015.

Quadro 14: Situação atual da implantação de NASF no Amazonas - 2015

O parâmetro de teto do NASF é calculado a partir do número de ESF credenciadas. Os NASF podem ser organizados em três modalidades definidas de acordo com o número de ESF e/ou EAB para populações específicas (ECR, ESFR e ESFF) e recebem os seguintes incentivos:

Financiamento Federal para Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF

Tipo de NASF	Valor Incentivo de Custeio Mensal R\$
NASF 1 (5 a 9 ESF e/ou EAB)	20.000,00
NASF 2 (3 a 4 ESF e/ou EAB)	12.000,00
NASF 3 (1 a 2 ESF e/ou EAB)	8.000,00

Fonte: DAB/Ministério da Saúde.

Tabela 25: Financiamento Federal para Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF

As Regiões de Saúde e a articulação com a Atenção Básica

As regiões de saúde, preconizada pelo Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011, traz a estruturação de uma gestão colaborativa, participativa e solidária entre Estado, municípios e entre municípios pertencentes a um território com necessidades de saúde e desafios de gestão semelhantes. No Amazonas, a gestão em saúde está organizada em nove regiões de saúde, conforme quadro , abaixo.

Organização da gestão regionalizada da Saúde no Amazonas, 2015.

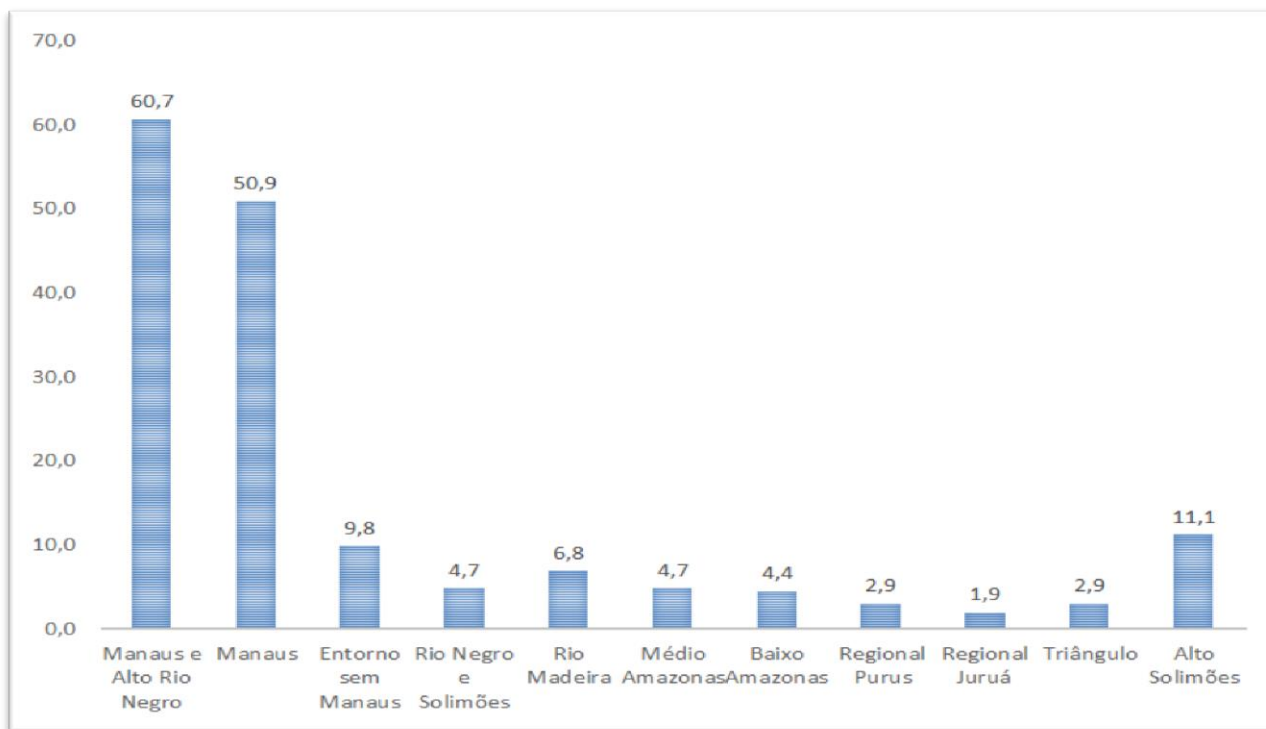
Regiões de Saúde	População	Municípios por Região	Percentual de população
RS Manaus Entono e Alto Rio	2.424.986	12	61,57%
RS Triângulo	127.856	6	3,25%
RS Rio Negro e Solimões	283.904	8	7,21%
RS Rio Madeira	188.610	5	4,79%
RS Purus	129.421	5	3,29%
RS Médio Amazonas	166.240	6	4,22%
RS Baixo Amazonas	240.242	5	6,10%
RS Alto Solimões	245.521	9	6,23%
RS Juruá	131.556	6	3,34%
AMAZONAS	3.938.336	62	100%

Fonte: SUSAM, 2015.

Tabela 26: Organização da gestão regionalizada da Saúde no Amazonas, 2015

Ao analisar o cenário da AB no Amazonas, depara-se com a questão da regionalização e a necessidade de articulação intermunicipal que possibilitem as práticas alternativas de eficácia na gestão. O gráfico abaixo mostra que os estabelecimentos de saúde estão concentrados na capital (Manaus), ratificando que há desigualdade na oferta de serviços entre as regiões de saúde.

Distribuição do percentual dos Estabelecimentos de Saúde por Região de Saúde - AM



Fonte: CNES/MS

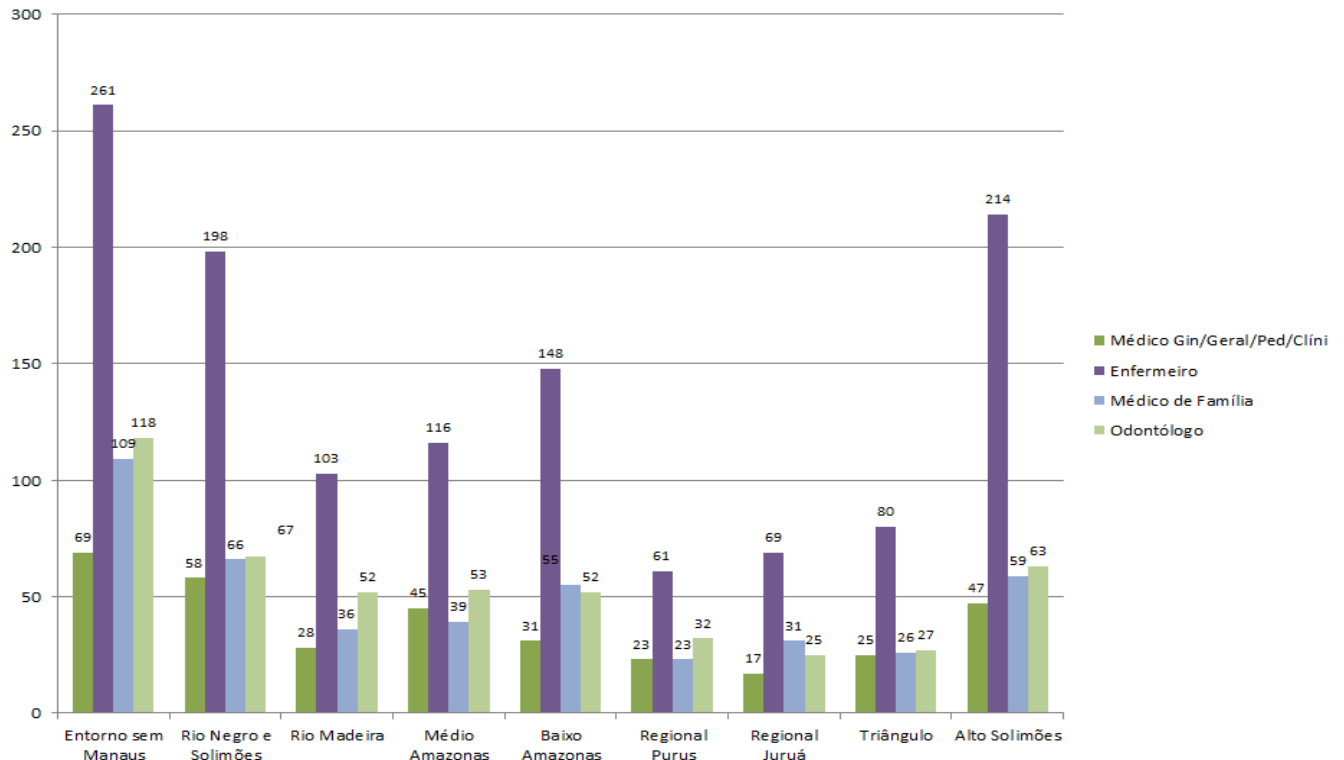
Gráfico 34: Distribuição do percentual dos Estabelecimentos de Saúde por Região de Saúde, Amazonas

As regiões do Juruá, Purus e Triângulo são aquelas que possuem menor percentual de estabelecimentos. A região de saúde do Alto Solimões tem recebido diversos investimentos estaduais e federais, que tem colaborado com a expansão dos serviços de saúde.

A distribuição dos profissionais de saúde, tomando como referência médicos (cirurgião, clínico geral, ginecologista, pediatra), médicos da Estratégia da Saúde da Família, Enfermeiros e Odontólogos também refletem as diferenças entre as regiões. O gráfico abaixo mostra o número absoluto de profissionais. Na região do Entorno de Manaus não está presente a Capital que, evidentemente, concentra a grande maioria dos profissionais de saúde. A análise comparativa do número de profissionais por região de saúde mostra que, as Regiões do Triângulo, Juruá, Purus apresentam o menor número desses profissionais, enquanto que, as regiões do Alto Solimões, Baixo Amazonas, Médio Rio Negro e Solimões possuem o maior número de profissionais.

Estudos de monitoramento e avaliação mostram uma maior concentração de estabelecimentos e profissionais de saúde, concentram-se nas sedes das regiões de saúde, com a exceção de duas regiões, Purus e Madeira que agregaram investimentos e tiveram capacidade de organizar os serviços de acordo com a sua realidade geopolítica.

Distribuição dos Profissionais de Saúde por Região de Saúde - Amazonas

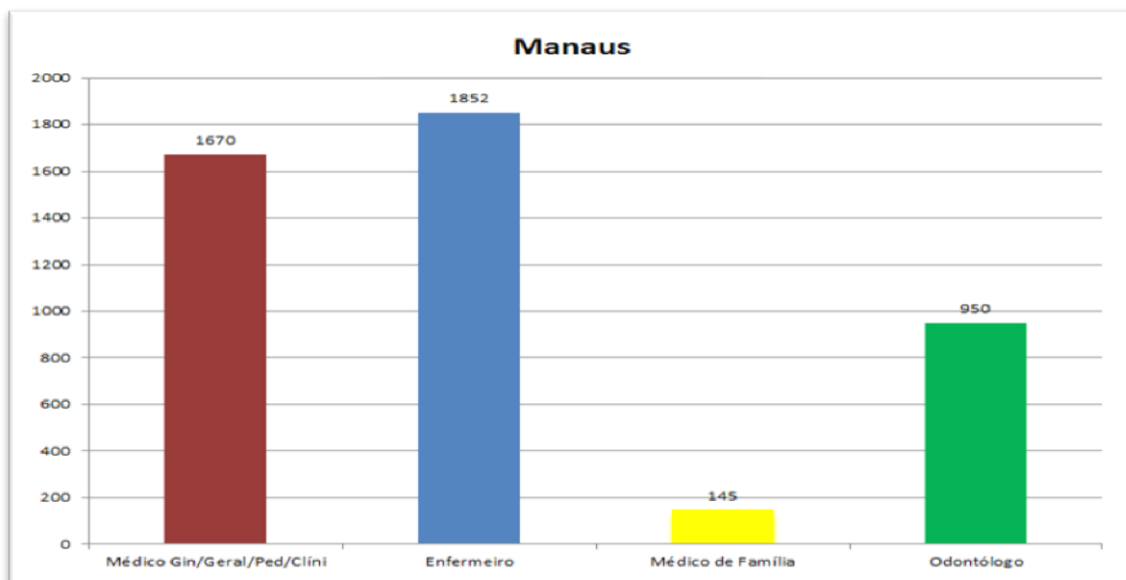


Fonte: CNES/MS

Gráfico 35: Distribuição dos Profissionais de Saúde por Região de Saúde - Amazonas

A capital, por concentrar mais de 50% da população e a média e alta densidade tecnológica de saúde, tem o maior número de profissionais, conforme o gráfico abaixo. Apesar disso, houve um crescimento dos profissionais na Atenção Básica em Saúde. Isso pode ser observado em todas as regiões de saúde.

Distribuição dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Manaus



Fonte: CNES/MS

Gráfico 36: Distribuição dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Manaus

Saúde Bucal:

O Programa de Saúde Bucal visa desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal através de uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico no SUS. O Amazonas apresenta cobertura de Saúde Bucal de 45,47 %. Se considerada somente a ESF tem-se uma cobertura de 37,60 %.

Situação atual da implantação de Equipe de Saúde Bucal, Amazonas, 2015

Equipes	No. de Municípios com ESB	Teto	Credenciado	Implantado
ESB – I	62	1.796	517	365
ESB – II			265	50

Fonte: DAB/Ministério da Saúde, 2015.

Quadro 15: Situação atual da implantação de Equipe de Saúde Bucal.

A cobertura populacional por Equipes de Saúde Bucal ainda é incipiente, considerando o teto calculado por número de habitantes do estado do Amazonas. As principais dificuldades analisadas que refletem nesse quadro estão relacionadas à complexidade do acesso aos municípios; alta rotatividade de profissionais e gestores municipais; e o alto custo para implantação e manutenção dos profissionais e insumos.

Centros de Especialidades Odontológicas - CEO

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os CEO devem ser custeados de forma tripartite e estar preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: Diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais, conforme definido na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011.

O tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e, no caso dos municípios que estão na ESF, pelas equipes de saúde bucal. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas dos casos mais complexos.

Existem três tipos de CEO e cada um deles recebe um valor de incentivo para implantação e custeio, repassado pelo Ministério da Saúde:

Financiamento Federal para Centro de Especialidades Odontológicas - CEO

Tipo de CEO	Valor Implantação * R\$	Valor Incentivo de Custeio Mensal R\$
CEO Tipo I (com 3 cadeiras odontológicas)	60.000,00	8.250,00
CEO Tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas)	75.000,00	11.000,00
CEO Tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas)	120.000,00	19.250,00

*Incentivo de implantação - para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos:

Fonte: DAB/Ministério da Saúde.

Tabela 27: Financiamento Federal para Centro de Especialidades Odontológicas - CEO

Situação atual da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Amazonas - 2015

CEO Modalidades	Nº de Municípios com CEO	Implantado	Repasse Mensal	Observação: valor do incentivo "viver sem limites"
		(funcionamento)	custeio	
I	9	2	16.500,00	1.650,00
II		9	99.000,00	6.600,00
III		1	19.250,00	3.850,00

Fonte: DAB/Ministério da Saúde, 2015.

Quadro 16: Situação atual da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Amazonas – 2015

Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) realizam serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. A produção de prótese dentária é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo município/estado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Municípios com qualquer base populacional podem ter o LRPD e não há restrição quanto sua natureza jurídica, ou seja, a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde pode optar por ter um estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado). O Ministério da Saúde repassa um recurso mensal aos municípios/estados para confecção de próteses dentárias, de acordo com uma faixa de produção:

Financiamento Federal para Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD

No. de Próteses/Mês	Valor Incentivo de Custeio Mensal R\$
Entre 20 e 50 próteses/mês	7.500,00
Entre 51 e 80 próteses/mês	12.000,00
Entre 81 e 120 próteses/mês	18.000,00
Acima de 120 próteses/mês	22.500,00

Fonte: DAB/Ministério da Saúde.

Tabela 28: Financiamento Federal para Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD

Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – Amazonas 2015

Nº de Municípios com LRDP	Tipo de Gestão	No. de Laboratórios	Valor Recurso Anual	Valor Recurso Mensal	Faixa de Produção
7	Estadual	7	630.000,00	52.500,00	20 – 50
1	Municipal	1	90.000,00	7.500,00	20 – 50
1	Municipal	1	144.000,00	12.000,00	51 – 80
1	Estadual	1	18.620,00	1.552,00	20 – 50
1	Estadual	1	136.920,00	11.410,00	51 - 80
1	Estadual	1	90.000,00	7.500,00	20 - 50
1	Municipal	1	90.000,00	7.500,00	20 - 50
2	Municipal	2	361.600,00	30.133,00	81 - 120
15	-	15	1.561.140,00	130.095,00	-

Fonte: DAB/Ministério da Saúde, 2015.

Tabela 29: Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – Amazonas 2015

Programa Nacional de Requalificação das UBS - REQUALIFICA

O Requalifica UBS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação e o fortalecimento da AB. Instituído em 2011 com objetivo de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizar e qualificar o atendimento à população, por meio da construção de novas e mais amplas unidades de saúde, recuperação e ampliação das estruturas físicas existentes, além de prover a informatização das UBS. É composto por cinco componentes: Construção, Reforma, Ampliação, Informatização e implantação de Telessaúde em UBS e Construção de UBSF.

Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), ferramenta que possibilita ao gestor maior controle sobre o andamento das obras e, com os registros em dia, garante a continuidade dos repasses realizados pelo MS.

Atualmente, no Estado do Amazonas, podemos apresentar os quadros a seguir, como panorama de obras em construção, ampliação e reforma:

UBS Amazonas – Construção 2015

Estado	Municípios Participantes	Propostas Aprovadas	Tipo de Recurso		Cadastraram Ordem de Serviço	Em Execução	Obra Concluída
			Programa	Emenda			
AM	54	233	200	33	158	113	45
Total	54	233	200	33	158	113	45

Fonte: DAB/Ministério da Saúde, 2015.

Quadro 17: UBS Amazonas – Construção 2015

UBS Amazonas – Ampliação 2015

Estado	Municípios Participantes	Propostas Aprovadas	Tipo de Recurso		Cadastraram Ordem de Serviço	Em Execução	Obra Concluída
			Programa	Emenda			
AM	44	138	111	27	101	34	56
Total	44	138	111	27	101	34	56

Fonte: DAB/Ministério da Saúde, 2015.

Quadro 18: UBS Amazonas – Ampliação 2015

UBS Amazonas – Reforma 2015

Estado	Municípios Participantes	Propostas Aprovadas	Tipo de Recurso		Cadastraram Ordem de Serviço	Em Execução	Obra Concluída
			Programa	Emenda			
AM	30	130	130	0	119	47	72
Total	30	130	130	0	119	47	72

Fonte: DAB/Ministério da Saúde, 2015.

Quadro 19: UBS Amazonas – Reforma 2015

Programa Academia da Saúde

Desde 2011 o Ministério da Saúde vem promovendo a implantação e implementação de polos de Academia da Saúde nos municípios brasileiros. Os polos são espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população. Constitui-se em um equipamento da AB para a promoção da saúde e de modos de vida saudável, prevenção de doenças e agravos crônicos não transmissíveis e produção do cuidado.

Academia da Saúde – Construção, 2015

Estado	Municípios Participantes	Propostas Aprovadas	Tipo de Recurso		Cadastraram Ordem de Serviço	Em Execução	Obra Concluída
			Programa	Emenda			
AM	13	21	12	9	10	3	7
Total	13	21	12	9	10	3	7

Fonte: DAB/Ministério da Saúde, 2015.

Quadro 20: Academia da Saúde – Construção, 2015

Indicadores de Saúde da AB de pactuação tripartite referente a Gestão Estadual

O fortalecimento da Atenção Básica, expresso pela significativa ação da ESF, tem exigido constantes esforços do DABE/SUSAM, no sentido de coordenar ações, iniciativas e projetos ao aperfeiçoamento de sua qualidade. Nesse sentido, a avaliação demonstra ser um recurso indispensável na identificação dos horizontes a serem conquistados.

A avaliação está entre as Funções Essenciais da Saúde Pública, e representa um dos principais pilares para construção e fortalecimento das políticas de saúde, criando e aperfeiçoando instrumentos e ferramentas para o monitoramento e avaliação dos serviços e práticas desenvolvidas no SUS.

Nessa perspectiva, foram priorizados 06 indicadores de AB, tendo por base o SISPACTO, os sistemas de informação em saúde, a evolução temporal dos resultados, o percentual de alcance de metas por municípios e, finalmente, a comparação do resultado do estado com o parâmetro/média nacional, objetivando contribuir para o fortalecimento da AB no Amazonas.

▪ Indicador 1: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

Nas avaliações de efetividade de programas e serviços de saúde, a intervenção é geralmente definida através de um indicador de cobertura. Ao mesmo tempo em que estabelece a própria existência das ações e serviços, a quantificação da cobertura expressa à magnitude da implantação das ações em um dado território ou população, constituindo-se, enquanto variável independente principal, em um dos componentes fundamentais do modelo conceitual a ser testado empiricamente.

Assim, a definição de indicadores de cobertura válidos e precisos representa uma etapa fundamental do monitoramento e avaliação de saúde e pré-condição para o desenvolvimento dos estudos de efetividade. Dada a aparente simplicidade da formulação e obtenção de indicadores de cobertura, as questões teórico-conceituais, metodológicas e operacionais envolvidas na construção de boas estimativas do parâmetro não raro são negligenciadas por avaliadores e gestores de saúde.

Há diferentes conceitos de cobertura, dependendo da perspectiva adotada, se econômica, programática, demográfica ou geográfica. O conceito mais utilizado toma por base o universo de usuários, distinguindo a cobertura em: legal, corresponde à população que tem direito aos serviços; potencial, à população adstrita às unidades de saúde; e real, à população que faz uso dos serviços. Outros enfoques levam em conta a disponibilidade de recursos, o tipo ou quantitativo de serviços desejáveis, a relação entre população realmente atendida e população que deveria ser atendida e a satisfação das necessidades de saúde da população.

Adotou-se como parâmetro de avaliação o indicador de ‘Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica’.

A quantidade de equipes de ESF implantadas em Manaus é de 191 quando deveria ser 931 (51,84% do teto estadual), influenciando diretamente no resultado do indicador de cobertura populacional estimada pelas equipes de AB.

Em decorrência da baixa implantação de ESF em Manaus, que concentra aproximadamente 52% da população total do estado, alcançaram-se os seguintes resultados: em 2013 foi pactuado 58% e atingiu-se 56,43%; 2014 pactuou-se 65% e alcançou 66,57% e em 2015 onde o Estado pactuou 70% de cobertura da ESF, obteve 69,30%.

▪ **Indicador 2: Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB.**

Dentre os fatores que estariam associados a um maior risco de hospitalização por condição sensível à atenção básica destacam-se: ocorrência de internação prévia, falta de visitas regulares às unidades de saúde, atenção à saúde não realizada por uma equipe de saúde da família, internação solicitada por médicos que não atuam na equipe, disponibilidade de leitos hospitalares, falta de acesso e qualidade da atenção primária, residir em áreas não cobertas pela ESF e tempo de funcionamento da unidade de saúde.

A ESF visa à reorganização da AB e favorece uma reorientação do processo de trabalho. As condições sensíveis à atenção básica representam um conjunto de problemas de saúde para os quais uma atenção primária efetiva evitaria internação. Daí pode-se inferir que, as altas taxas de ICSAB estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde. Trata-se, portanto, de um indicador valioso para monitoramento e avaliação.

No Amazonas, esse indicador, no período de 2012 a 2014, apresentou os seguintes resultados: 2012 (37,89%), 2013 (36,57%) e 2014 (38,09%) (DATASUS, 2014).

Analisando as ICSAB no período de 2012 em relação a 2014, observa-se um aumento nas taxas dessas internações, o que não significam obrigatoriamente que haja necessidade de mudanças imediatas, sinalizando para a necessidade de uma investigação de maior profundidade (DATASUS, 2014). Assim como uma redução nas taxas de internações por essas causas apenas sugere possíveis melhorias na Atenção Básica à Saúde.

▪ **Indicador 3: Cobertura de Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família**

Os beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) são famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde. O indicador permite monitorar as condicionalidades de saúde, que tem por objetivo ofertar ações de serviços básicos, tais como acompanhamento da vacinação e da vigilância alimentar e nutricional de crianças menores de sete anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.

O resultado alcançado pelo estado do Amazonas no acompanhamento das condicionalidades de saúde, no período de agosto a dezembro de 2015, reflete a manutenção em relação à vigência anterior, ou seja, o total de famílias beneficiadas pelo PBF no estado foi 315.246, das quais, a saúde acompanhou 251.759 (79,9%), observando que a meta de cobertura pactuada para 2015 foi de 80,5%. Dos 62 municípios, apenas 34, o que corresponde a 54,84%, alcançaram as suas metas municipais pactuadas.

▪ **Indicador 4: Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Saúde Bucal**

Esse indicador mede o acesso da população as ações de Saúde Bucal. Com o incremento dos anos anteriores, o estado pactuou 49% de cobertura da Saúde Bucal, mas obteve 39,68% em 2015. Esse indicador não foi alcançado em função da baixa cobertura do município de Manaus, ou seja, a capital concentra quase 52% da população total do estado, e ter atendido apenas 18,72% de usuários de ESF com Saúde Bucal. Ressalte-se que, o subfinanciamento do governo federal, o não cofinanciamento do governo estadual e a diminuição de arrecadação dos tributos municipais, representam as maiores dificuldades para a implantação de novas equipes de saúde bucal e, conseqüentemente, para o alcance da meta.

▪ **Indicador 5: Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada**

O indicador reflete o acesso da população às medidas preventivas de doenças bucais, com ênfase em cáries e doenças periodontal. O pacto do estado do Amazonas foi de 2,5%, mas não foi atingida a meta. Dos 62 municípios, 18 atingiram suas metas municipais; 29 não atingiram e 15 não registraram informação. Este procedimento demanda contrapartida do município para aquisição da escova, creme dental e fio dental. Em 2014, o indicador apresentou um total de 757.428 escovações supervisionadas e em 2015 registrou-se 1.035.536 procedimentos, porém, existem dúvidas quanto à qualidade das informações registradas por um município, no mês de junho, 190.129 escovações supervisionadas – quase quatro vezes o total da população residente naquele município.

Indicador 6: Proporção de Exodontia em relação aos procedimentos

Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia municipal, caracterizando que o quantitativo de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária. A meta estimada para 2015 foi de 7% e alcançada 29,91%, porém este indicador é de redução. Nesse sentido, identificamos um valor expressivo de exodontia no estado, superdimensionando as ações curativas executadas. Destaca-se que houve notificações discrepantes entre o número de procedimentos

registrados e a população residente em alguns municípios, impactando negativamente no resultado desse indicador.

Desafios para o Fortalecimento da Atenção Básica no Estado do Amazonas

Registra-se que, a complexidade do acesso aos municípios, a dificuldade de fixação e alta rotatividade de profissionais, a infraestrutura deficiente de algumas UBS, a insuficiência de equipamentos e materiais, assim como a necessidade de melhoria nas condições de trabalho, para que as equipes do DABE/SUSAM possam sistematicamente monitorar e avaliar as equipes de AB municipais, condicionam o acompanhamento pouco eficaz dos indicadores. É possível que, a aplicação do financiamento nos termos da legislação vigente, contribuiria para a execução de ações e procedimentos de análise e tutoria mais resolutivas aos municípios no primeiro nível de atenção.

Ademais, mesmo com a implantação dos Programas Mais Médicos e PROVAB, que incrementou 520 equipes, atuando em Unidades Tradicionais, Equipes Parametrizadas e na Estratégia Saúde da Família Convencional, não foram suficientes para o alcance das metas pactuadas dos indicadores de saúde municipais. Isso mostra a necessidade de articulação entre as esferas administrativas, bem como, o empoderamento dos profissionais da gestão municipal, para que o processo de trabalho em consonância com a Educação Permanente em Saúde, a infraestrutura, a disponibilização de materiais permanentes, de consumo e insumos suficientes e oportunos sejam capazes de solucionar os problemas das populações no território.

É importante ressaltar que os municípios devem ser monitorados pela Gestão Estadual, com a integração das áreas técnicas num movimento multidisciplinar, para ampliar o apoio matricial, tendo no Planejamento Estratégico Ascendente, uma ferramenta importante para estabelecer diretrizes, normas operacionais e organizativas baseadas na PNAB, bem como, as equipes técnicas juntamente com os gestores das Secretarias Municipais de Saúde, devem realizar o mesmo processo, instituindo como rotina sistemática a avaliação dos processos desenvolvidos na AB pelas suas equipes, socializando as informações com os profissionais dos municípios e o controle social.

O Monitoramento e Avaliação da AB pelo Estado fortalecem e empoderam a Gestão Municipal. Sobretudo, é essencial que a equipe municipal internalize esse movimento como um trabalho individual e coletivo, para que os pontos de atenção da rede assistencial de saúde constituída possam ser organizados, estabelecendo referências e contra referências factíveis.

Na maioria dos municípios do Amazonas, só existem laboratórios de análises clínicas nos hospitais, assim quando necessário deve-se articular essa parceria com todos os atores envolvidos no processo de gestão e assistência à saúde, bem como, entre as instituições de saúde e parcerias para organizar a demanda local de exames e racionalizar recursos financeiros, materiais e profissionais.

Com a adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ, os municípios estão trabalhando para melhorar a qualidade da gestão e da assistência aos usuários do SUS. Essa prática deve refletir nos resultados das ações realizadas pelos municípios e no resultado dos indicadores de saúde.

1.5.2 Política de Redes de Atenção à Saúde – RAS

Experiências têm demonstrado que a organização da atenção à saúde em redes, tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se constitui em mecanismo de superação da fragmentação sistêmica. A organização em redes integradas é mais eficaz tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

A Portaria nº. 4.279/2010 (BRASIL, 2010) trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde - RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde – SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de saúde que necessita, com efetividade e eficiência.

1.5.2.1 Redes de Atenção à Saúde - RAS no Amazonas

Em 2009, o Estado do Amazonas iniciou o planejamento das Redes de Atenção à Saúde na microrregião de Tabatinga com a Oficina “Construção de Fluxos Assistências” e com a elaboração do “Plano Microrregional de Saúde – ABT”, para o quadriênio 2010 a 2013 realizado no município de Tabatinga com a participação de gestores municipais, estaduais e profissionais de saúde de todos os níveis dos três municípios.

Em 2011, sob a luz da Portaria 4.279/2010 e do Decreto 7.508/2011 o estado deu continuidade ao planejamento das Redes de Atenção à Saúde, dando prioridade para as Regionais da Região Metropolitana Ampliada e do Alto Solimões, que além de haver uma experiência em construção por meio do Projeto de Desenvolvimento Sustentável e de Serviços Básicos do Alto Solimões – PRODERAM é um Projeto do Estado do Amazonas com apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, e recebia também reforço do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS), desenvolvida com o apoio do Banco Mundial (BIRD).



Mapa 19: Regiões de Saúde prioritárias para implantação das Redes de Atenção à Saúde, Amazonas

Inicialmente elaborou-se o Plano Estadual da Rede de Urgência e Emergência e Plano Estadual da Rede Cegonha, as demais Redes foram acrescentadas de acordo com a publicação de portarias pelo Ministério da Saúde. Em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial, em 2012 a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e em 2013 a Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas.

A Região Metropolitana de Manaus – RMM, que conta com 2.403.986 habitantes (conforme estimativa TCU 2015) representa 61% da população do Amazonas, foi criada como recorte administrativo e de desenvolvimento econômico em 30 de maio de 2007 pela Lei Complementar nº 52/2007 e modificada no dia 27 de dezembro de 2007 pela Lei Complementar nº 59/2007. A RMM não coincide com o desenho de regionalização da saúde sendo composta pelos municípios de: **Manaus, Careiro da Várzea, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Novo Airão, Presidente Figueiredo e Rio Preto da Eva.**

A escolha pela Região Metropolitana Ampliada decorre do fato de que com as três regionais pode-se (i) cobrir 100% da região metropolitana; (ii) os municípios sede da regionais Rio Negro e Solimões (**Manacapuru**) e Médio Amazonas (**Itacoatiara**) serem a primeira referência aos demais municípios da microrregional que têm baixa densidade populacional e pela facilidade de acesso à capital Manaus que concentra 100% dos serviços de alta complexidade, possibilitando uma Rede de Atenção com fluxos de atendimento que respondam as necessidades de saúde da população; e (iii) concentrar 73% da população do Estado.

A microrregião de São Gabriel da Cachoeira, localizada em região de tríplice fronteira (Brasil, Colômbia e Venezuela) está referenciada a Regional de Entorno de Manaus e Rio Negro, por atender melhor o critério de acessibilidade à Manaus, apesar de não estar em espaço geográfico contínuo. A população desta microrregional é 95% indígena, e sua maioria residindo de forma dispersa e geograficamente isolada ocasionando tempos resposta em não conformidade com os modelos assistenciais preconizados pela legislação pertinente.

A região do Alto Solimões é constituída por nove municípios, **Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutai, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga (sede) e Tonantins**, divididos em três microrregiões 1 Tabatinga (Atalaia do Norte, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença e Tabatinga), 2 Santo Antônio de Içá (Amaturá, Tonantins e Santo Antônio de Içá) e 3 Fonte Boa (Jutai e Fonte Boa) dispostos numa área (de Segurança Nacional na maior parte), de 213.281,24 km², nas fronteiras com o Peru e a Colômbia. Para essa conformação obedeceu-se os princípios de regionalização, hierarquização e integralidade, inscritos nos textos legais que regem o Sistema Único de Saúde.

A construção do Sistema Único de Saúde avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo. Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estaduais e municipais), da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a Atenção Primária à Saúde como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de

práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Modelo de Atenção Integral à Saúde é 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, Redes de Atenção Psicossocial – RAPS, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, tendo como organizadora das Redes a Atenção Primária em Saúde – APS, incluindo a Política Nacional de Humanização – PNH/MS no que se refere ao acolhimento de pacientes e acompanhantes, além da adequação de espaços físicos nas unidades de saúde de todo o Estado.

▪ Rede de Atenção às Urgências - RUE

A Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas em consonância com a Política Nacional de Saúde em Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde vem ampliando o controle e o incentivo para a qualidade do serviço prestado à população nos serviços de Urgências e Emergências iniciando assim a implantação da Rede de Atenção às Urgências. Este Sistema tem como objetivo estruturar a assistência especializada e consolidar a relação entre os vários serviços: de assistência primária em saúde, qualificando o fluxo dos pacientes pelo serviço de pré-hospitalar móvel, gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral e regulando os leitos de urgência, e o Acolhimento e Classificação de Risco para os vários níveis de assistência integralmente.

A discussão sobre Urgência e Emergência no estado do Amazonas iniciou em 2004 quando a SUSAM encaminhou um processo de discussão sobre a elaboração de um Plano para trabalhar o SAMU Manaus. A proposta foi encaminhada a CIB/AM e constituída Comissão Interinstitucional com técnico da SUSAM, SEMSA Manaus e representantes da CIB/AM.

Em 2005 o Estado envidou esforços para elaboração de Planos Regionais para as Regiões do Médio e Baixo Amazonas, devido o alto custo do projeto em decorrência da logística da região e suas especificidades, o Estado assumiu a maior parte do financiamento. Apesar de aprovados na CIB/AM, houve várias negociações na época com os gestores municipais, mas não se chegou a um consenso sobre o financiamento.

Ainda em 2005 o município de Manaus implantou o serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU 192 – e a Central de Regulação de Urgências, que desenvolve suas atividades parcialmente na regulação de atendimento pré hospitalar exceto a regulação de leitos, em regime bipartite aprovado na CIB/AM.

A rede de atenção às urgências, instituída pela Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011, é uma estratégia de reformulação de atenção à saúde desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento; e com evidente necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado contempladas nas diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que consta no anexo da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. “Urgência é este todo que começa desde a promoção e prevenção, ou seja, fazer saúde e não só o atendimento à doença. Promover saúde para que tenha menos urgência e passar por todos os segmentos de atenção na rede assistencial, desde a atenção básica, regulação, todas as

portas hospitalares, humanização, pós-hospitalar, entre outros...” Dr. Paulo de Tarso, Coordenador Geral de Urgência e Emergência (CGUE) à Revista Emergência de outubro de 2011.

Os Componentes que organizam a RUE têm interfaces entre si e são transversalizados por algumas vertentes consideradas fundamentais para garantir a integração e integralidade da atenção nesta rede, são elas: a promoção e prevenção enquanto eixos que devem atravessar todos os componentes; a qualificação profissional para dar conta da complexidade dos problemas apresentados na rede; e a informação e a regulação como eixos estruturantes da RUE sendo eles: COMPONENTE I – Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; COMPONENTE II – Atenção Básica; COMPONENTE III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; COMPONENTE IV - Sala de Estabilização; COMPONENTE VI - Unidades de Pronto Atendimento 24h e conjunto de serviços de urgência 24h; COMPONENTE VII – Hospitalar; COMPONENTE VIII - Atenção Domiciliar;

Estão em processo de implementação os Componentes III, VI, VII VIII conforme a disponibilidade recursos financeiros tanto para investimento quanto para custeio. O SAMU tem sido implantado nos municípios que conseguem ter suas bases concluídas e equipes contratadas, estando a participação estadual concluída. Das duas UPAs implantadas que estão sob gestão estadual, uma encontra-se habilitada e em fase de qualificação e a outra em fase final de habilitação junto ao Ministério da Saúde. O Componente Hospitalar encontra-se em fase de implementação, com seus leitos de retaguarda 100% regulado e aguardando o repasse do recurso federal para realizar ampliações previstas no Plano da RUE. A atenção domiciliar encontra-se 50% implantada, com mais de 500 pacientes sendo acompanhados, precisando aumentar a complexidade da assistência prestada para que assim haja absorção de novos pacientes.

Quanto aos demais componentes a Secretaria de Estado de Saúde vem trabalhando o fortalecimento do processo de coordenação das ações de saúde, seja em nível das regiões de saúde ou a nível estadual, buscando com que haja nas ações intersetoriais coerência em todos os níveis da federação.

No processo de implantação e/ou implementação da Rede RUE, foram identificadas como problemas ou dificuldades:

- Descumprimento de acordos por parte do Ministério da Saúde, tanto nos processos de habilitação e do financiamento, seja de custeio bem como de investimento; Baixa efetividade das ações de urgência básica e coordenação da atenção por parte das APS; Pouca definição de gestão e governança a nível regional, ocasionando muitas ações em nível de execução por parte da Secretaria Estadual; Insuficiente estruturação organizacional por parte das Secretarias de Saúde para o trabalho em Redes de Atenção, ainda muito voltados para a gestão de Estabelecimentos de Saúde.

Como possíveis intervenções para solução ou mitigação das situações acima referidas, são apontadas como alternativas:

- Intensificação da articulação direta com o Ministério da Saúde afim de garantir que os acordos firmados sejam cumpridos e assim possibilidade de um planejamento mais efetivo; Aumento do protagonismo da APS na Redes de Urgência com a ampliação da atenção de urgência básicas com maior resolutividade, reforçando seu papel de ordenadora da Atenção aos usuários; Definição clara do papel de cada um dos entes a nível Regional, priorizando que a Secretaria Estadual realize ações de coordenação, sua principal função; Restruturação Organizacional da Secretaria de Saúde Estadual para revisão do seu papel no Sistema de Saúde Estadual.

▪ Rede Materno-Infantil - RMI/Rede Cegonha

Pretende-se através da Rede Materno Infantil (RMI) ofertar um modelo de atenção que amplia e fortalece a assistência às grávidas e às crianças até o segundo ano de vida. Prevê um conjunto de ações que visam ampliar uma rede de cuidados, que assegure às mulheres assistência adequada, desde o planejamento reprodutivo, confirmação da gravidez, pré-natal, parto e atenção ao bebê até os seus dois primeiros anos de vida.

Esta rede foi proposta frente às altas taxas de mortalidade materna e infantil, pois se enxergava no público alvo da política uma profunda vulnerabilidade que se reflete em indicadores que não alcançam o patamar desejado. O cenário brasileiro deu origem a sermos signatários dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e do desenho da RMI para enfrentá-los.

No Amazonas o cenário não é diferente do nacional. Os indicadores mais específicos, ligados às áreas de saúde da mulher e criança apresentados pelo SISACTO no Caderno de Indicadores da Atenção Básica 2015, são: Indicador 20: Proporção de parto normal no qual chegamos ao percentual de 61,7% de partos normais no Estado; Indicador 21: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal onde alcançamos 45,8%; Indicador 23: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência totalizando 47 óbitos; Indicador 24: Taxa de Mortalidade Infantil apresentando 15,1/1000 nascidos vivos. Todos estes indicadores vêm se comportando com sinais de melhoria, entretanto, quando comparados com outros países ou com o que é posto na literatura ainda dizem o quanto nossos sistemas de saúde precisam intervir para melhorar as condições de vida de mulheres e crianças. Assumimos com esta rede que a morte materna é 100% evitável, que, no máximo quatro em cada 1000 crianças nascidas, podem ir a óbito. Que embora não exista mais uma referência mundial para o número de cesarianas elas aumentam em oito vezes o risco de morte e que mães com sete ou mais consultas de pré-natal terão mais conhecimento e oportunidade de protagonizar sua história de maternidades.

Também reflete baixa cobertura do pré-natal ou baixa qualidade, dificuldade de acesso e especificidades, como a questão indígena, que acabam repercutindo em altos índices de mortalidade materna e infantil. A rede traz como componentes pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral a saúde da criança e sistema logístico. Cada um deles indica eixos estratégicos que quando fortalecidos impactam diretamente na redução das mortalidades e na melhoria da assistência e atenção ofertadas às mulheres e crianças.

No pré-natal, a SUSAM investiu em qualificação de recursos humanos, aumento da cobertura da atenção básica, estratégias de vinculação entre serviços, fortalecimento das equipes de referência, aumento da oferta de exames de imagem nos municípios, de testes rápidos de HIV e sífilis, e, testes rápidos para detecção da gravidez em tempo oportuno e início da assistência.

No componente parto e nascimento, o estado investiu substancialmente na contratação de enfermeiros obstetras para atuarem nos Centros de Parto Normal (CPN) e leitos pré-parto, parto e pós-parto (PPP), qualificou em parceria com o Ministério da Saúde e instituições de referência, diversas equipes multiprofissionais das maternidades da capital e do interior para que as indicações de cesárea fossem qualificadas conforme a literatura, ofertou ALSO (curso destinado as urgências obstétricas), capacitou parteiras tradicionais, habilitou oito maternidades da capital e uma do interior como Iniciativa Hospitais Amigo da Criança (IHAC), sendo que hoje, duas já além de

amigas da criança, são amigas da mãe, o que representa uma adesão qualificada as boas práticas do parto e nascimento em referência aos documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e MS.

No componente puerpério e atenção à criança, salienta-se o investimento audacioso no processo de formação das equipes, inclusive de saúde indígena, no curso de atenção integral às doenças prevalentes na infância (AIDPI), reanimação neonatal, curso de estímulo ao aleitamento materno. Ampliou a oferta de Banco de Leite Humano, leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINco) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca).

Dois espaços foram identificados e tratados com especial atenção, na medida em que, representam estratégias que, se fortalecidas trarão impacto significativo nas condições de saúde das populações que vivem em área de difícil acesso. A saúde indígena que ampliou os espaços para se fazer presente nas ações e planejamentos da RMI, participando do grupo condutor e dos Colegiados Intergestores Regionais (CIR), garantindo e qualificando suas demandas, como demandas para a gestão estadual do SUS. A outra, as Parteiras Tradicionais (PT), estas compreendidas pelo seu lugar e pela tradição no acompanhamento ao parto na Amazônia. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT) no Estado, vem se fortalecendo desde 2008 por meio de parcerias com MS e Organizações não Governamentais (ONG), onde já realizamos cursos de troca de saberes, atingindo aproximadamente 400 PT no universo de 1.178 parteiras cadastradas no banco de dados estadual.

Foram identificados como nós críticos a fragilidade da informação, as altas taxas de mortalidade materna e neonatal, em que pese seu comportamento decrescente. Quanto a informação, é reforçada a necessidade da responsabilidade com a alimentação sistemática e a qualidade dos dados lançados no sistema, pois estes sustentam o processo de monitoramento e avaliação dos dados produzidos, as pactuações e todo o processo de planejamento e gestão da RMI.

Quando observado mais a fundo, evidencia-se que o incentivo ao aleitamento materno, o pré-natal e a qualificação dos profissionais de saúde para intervenção eficaz no primeiro dia de vida, 25% dos recém-nascidos (RN) morrem na primeira hora de vida e outros 25% nas primeiras 24h, serão estratégias determinantes para a redução da mortalidade infantil. Desenhar a ampliação do cuidado intensivo pensando nos RN do interior, considerando nossas especificidades e a melhor forma de garantir acesso seja através da qualificação dos profissionais do hospital e ou do fortalecimento das regiões de saúde. A ampliação da oferta e acesso as triagens também se mostram importantes instrumentos não só para evitar a morte, mas também para melhorar a expectativa e qualidade de vida dos RN.

As principais causas de morte materna são as hemorragias, infecções puerperais, complicações decorrentes de hipertensão e diabetes e os abortos. O pré-natal de risco habitual e alto risco qualificados, o acesso aos exames em tempo oportuno, as indicações de cesárea apenas quando necessárias, inclusive desmitificando a ideia de que gravidezes de alto risco devem resultar em cirurgia, a correção dos processos de trabalho que implicam em demoras hospitalares e o acesso rápido e qualificado ao transporte seguro para leitos de maior densidade tecnológica são apontados pelos estudos de investigação do óbito como o caminho que a SUSAM deve percorrer.

Algumas estratégias de certificação têm sido instrumentos potentes, nos serviços, para melhoria e ajustes finos nos processos de trabalho. Neste sentido, é mister ampliar o selo IHACM para o interior do Estado e apoiar a manutenção deste nos serviços que já estão certificados. O selo

Transmissão Vertical Zero para o HIV, lançado pelo Estado do Amazonas, é outra frente que visa melhorar o indicador de AIDS em menor de cinco anos, superando as fragilidades das localidades com baixa cobertura de pré-natal, pelo menos, para este item.

Com o advento do Zika Vírus e sua interferência na vida de crianças e famílias, sendo responsável por um aumento significativo de casos de microcefalia no Brasil, também compomos o Comitê Estadual que vem se colocando na perspectiva de aumentar a complexidade na oferta de cuidados, garantindo a ampliação de acesso à rede de pessoas com necessidades especiais e, a rede de atenção psicossocial.

A RMI ofertou para fortalecer e qualificar a gestão, experiências e espaços colegiados que legitimam e capilarizam as discussões necessárias a todos os processos de mudança que se pretendem fortes. Eles deslocam do um para o coletivo decisões sobre os rumos necessários e desejados à cena do parto e nascimento. Fóruns, Grupos Condutores, Conselhos, CIR devem pautar discussões, estudos, análises referentes a RMI, no sentido de fortalecer os câmbios necessários para o fortalecimento da Política Nacional de Humanização, comunicação entre as Redes de Atenção e Regiões de Saúde, redução da violência obstétrica, redução da morte materna e infantil, da medicalização do parto e da ausência da mulher como autora e sujeito da sua história de maternidade.

▪ Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária em substituição ao modelo manicomial de atenção. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, oferecendo cuidados com base nos recursos que o território oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para 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 – SUS, organizados em uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva.

A referida portaria estabelece as características e competências de cada serviço integrante da rede nos componentes de: Atenção Básica (UBS, ESF, Consultório na Rua, NASF e Centros de Convivência); Atenção Psicossocial Especializada (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad, CAPSad III); Atenção de Urgência e Emergência (UPA, Sala de Estabilização, Portas hospitalares de atenção a urgência/pronto socorro e SAMU); Atenção Residencial Transitória (Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil e Comunidades Terapêuticas); Atenção Hospitalar (Leitos e Enfermarias especializadas); Estratégias de Desinstitucionalização (Residências Terapêuticas - SRT, Programa de Volta pra Casa - PVC); além das estratégias de Reabilitação Psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários/cooperativas sociais), visando garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social.

O Amazonas, até pouco tempo contava basicamente com o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, localizado em Manaus, prestando atendimento a usuários institucionalizados, serviço de Pronto Atendimento e Ambulatório. Além disso, a instituição era a única responsável pelos serviços de perícias médicas (psiquiátricas) e prestava assessoria nos atendimentos nos municípios do interior quando era inviável o transporte do paciente até a instituição. A Política Estadual de Saúde Mental prevê a desativação total do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro - CPER mediante a construção e articulação da nova rede de serviço de atendimento em saúde mental, álcool e outras drogas.

A Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, vem ampliando o acompanhamento e o incentivo para a qualidade do serviço prestado à população nos serviços de Atenção Psicossocial iniciando assim a implantação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Hoje o estado conta com 25 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, de diversas modalidades, distribuídos em 08 (oito) Regiões de Saúde, onde apenas a Região de Saúde do Purus ainda não dispõe desse serviço, conforme a seguir:

Distribuição de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nas Regiões de Saúde – Amazonas 2015

Região de Saúde	Municípios com CAPS
Triângulo	Tefé;
Rio Negro e Solimões	Coari, Manacapuru e Codajás
Rio Madeira	Manicoré, Apuí, Humaitá e Borba
Médio Amazonas	Itacoatiara
Juruá	Guajará e Eirunepé
Baixo Amazonas	Parintins e Maués
Manaus, Entorno e Alto	São Gabriel da Cachoeira, Manaus, Rio Preto da Eva,
Rio Negro	Nova Olinda do Norte, Autazes, Manaquiri e Iranduba
Alto Solimões	São Paulo de Olivença)

Fonte: SEASC/SUSAM/ Coord. Saúde Mental

Tabela 30: Distribuição de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nas Regiões de Saúde – Amazonas 2015

A assistência em saúde mental conta ainda com o atendimento pelas equipes da Atenção Básica e atendimento ambulatorial nas Policlínicas de gestão estadual na capital (João dos Santos Braga, Zeno Lanzini, Codajás, Gilberto Mestrinho, Dr. José de Jesus Lins de Albuquerque). No que se refere aos leitos de atenção psicossocial, encontra-se em processo de habilitação pelo Ministério da Saúde de 03 (três leitos no Hospital Universitário Getúlio Vargas e ainda em processo de implantação de 06 leitos no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto e 29 leitos no Hospital e Pronto Socorro Platão Araújo).

Como principais dificuldades no processo de implantação e/ou implementação da Rede RAPS, destacam-se: ausência ou insuficiência de dados oficiais confiáveis (sistemas de informações); equipe técnica de saúde mental do estado reduzida; expansão de serviços de saúde mental em Manaus; número insuficiente de profissionais especializados na área; modelo nacional que não se adequam ao Estado do Amazonas; deficiência de infra-estrutura nas regiões mais distantes: comunicação, conectividade dificultando o acesso;

Para solucionar ou mitigar as dificuldades e problemas destacados, são apontadas ações de visitas aos municípios, sensibilização de gestores, assessoria em processos de habilitação de serviços, participação em reuniões de CIR, atividades de formação de profissionais em saúde mental.

▪ Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Consideram-se doenças crônicas aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. Em fevereiro de 2013, foi publicada a Portaria nº 252/GM/MS que institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revogada pela Portaria nº 483/GM/MS, de 02 de abril de 2014, que apenas a atualizou.

A partir do quadro epidemiológico apresentado no país, foram estabelecidas as diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado e priorizados na organização da rede os seguintes eixos temáticos, dentro dos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes: doenças renocardiovasculares; diabetes; obesidade; doenças respiratórias crônicas e câncer (de mama e colo de útero).

Atenção Oncológica

Manaus, isoladamente, continua sendo a capital brasileira com a maior taxa bruta estimada para casos novos de câncer de colo do útero: 46,45/ casos a cada 100.000 mulheres (Estimativa INCA, 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002). A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres.

Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM), em função do perfil epidemiológico do estado, priorizou inicialmente as Linhas de Cuidado do Câncer do Colo do Útero e do Câncer de Mama. Foi elaborado o Plano de Atenção Oncológica do Amazonas, aprovado pela Resolução CIB nº 39/2015, visando garantir a assistência nos três níveis de atenção. Entre as ações já desenvolvidas, destacam-se:

Plano de Atenção Oncológica do Amazonas

Atenção Básica	
Ação	Resultado
Elaboração da Nota Técnica nº 20/2015 para todos os 62 municípios	Orientações para Normatização do Rastreamento Organizado, Busca Ativa, Regulação da Colposcopia, Procedimento Operacional Padrão – POP
03 Oficinas para Divulgação da Nota Técnica nº 20/2015 e capacitação de operadores para uso do SISCAN	Capacitação de Secretários Municipais e Coordenadores da Atenção Básica na Atenção Oncológica e Operadores do SISCAN de 54 municípios, em relação a normatização do rastreamento organizado do Ca de colo e de mama, busca ativa, regulação da colposcopia e procedimento operacional padrão – POP para o acondicionamento e transporte das lâminas de preventivo.

Atenção Básica	
Ação	Resultado
Nota Técnica para o Acompanhamento e Alimentação dos Sistemas de Informação de Base Nacional, relacionados aos Exames Preventivos e Mamografias por Telemedicina no Amazonas	Orientações para o uso adequado do SCNES e SISCAN.
Habilitação de 10 laboratórios tipo I, dentro dos critérios da Portaria nº 3.388/2013 que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer de Colo do Útero (QualiCito)	Laboratórios habilitados: Prof. Sebastião Marinho; Centro de Diagnóstico Laboratorial (CDL); Luiz Montenegro; Vital Brasil; Braz; Labnorte; Instituto de Patologia e Hematologia; UFAM e FCECON
Habilitação de 02 laboratórios tipo II como Unidades de Monitoramento Externo de Qualidade – UMEQ,	Laboratório Prof. Sebastião Marinho será responsável pela revisão em 10% do total de lâminas lidas pelos laboratórios tipo I e o CDL será responsável pela leitura dos 10% das lâminas lidas pelo Sebastião Marinho
Atenção Especializada de Média Complexidade	
Ação	Resultado
Instalação do Centro Qualificador em Ginecologia (CQG)	Inaugurado em agosto de 2015, nas dependências do Ambulatório Araújo Lima-HUGV e em dezembro desse mesmo ano concluiu a qualificação da 1ª Turma de Ginecologistas.
Elaboração do protocolo de acesso para a Colposcopia com a participação de profissionais dos três níveis de atenção.	Encaminhamento das mulheres pela atenção básica, para a realização de Colposcopia (Método Ver e Tratar), via regulação.
Habilitação dos 06 (seis) Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras de Câncer de Colo de Útero (SRCs) da capital, com base na Portaria 189/2014	Propostas enviadas pelo SAIPS aprovadas para a habilitação das seis unidades: Ambulatório Araújo Lima, Policlínicas Castelo Branco, Gilberto Mestrinho, Codajás, João Braga e Comte Telles. Aguardando publicação da Portaria e estruturação dos serviços.
Habilitação dos 06 (seis) Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras de Câncer de Colo de Útero (SRCs) do interior, com base na Portaria 189/2014	Na fase de coleta de documentos para dar entrada nas propostas de habilitação para os serviços nos hospitais dos municípios de Tefé, Manacapuru, Itacoatiara, Parintins, Tabatinga e Borba.
Atenção Especializada de Alta Complexidade	
Ação	Resultado
Habilitação do Complexo Hospitalar em Oncologia formado por: FCECON como UNACON com Serviços de Radioterapia, de Hematologia e de Oncologia Pediátrica, e agregará o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) como Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar e a SENSUMED com Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, com base na Portaria 140/2013.	Ampliação da capacidade operativa da FCECON, visando atender a demanda reprimida atual.
Habilitação Hospital Santa Júlia como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON com Serviços de Radioterapia e de Hematologia, com base na Portaria 140/2013.	Ampliação da oferta de serviços de alta complexidade em oncologia.

Fonte: SEASC/SUSAM

Tabela 31: Plano de Atenção Oncológica do Amazonas

Como principais dificuldades no processo de implantação e/ou implementação da Rede de Crônicos/Atenção Oncológica, aponta-se: a inexistência do monitoramento externo de qualidade (MEQ) e da Unidade de Monitoramento Externo de Qualidade (UMEQ) conforme preconiza a Qualicito; oferta insuficiente na média complexidade dos procedimentos para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero; oferta insuficiente na média complexidade dos procedimentos para diagnóstico de câncer de mama; oferta insuficiente na alta complexidade dos procedimentos tratamento em Oncologia;

Entre as possíveis alternativas de intervenção para a solução ou mitigação dos problemas apontados na atenção oncológica destacam-se: inauguração da nova sede do Laboratório Sebastião Marinho, habilitado como Laboratório Tipo II, que irá realizar o MEQ e atuar como UMEQ; habilitar e equipar os 06 (seis) Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRCs) da Capital e os 07 (sete) do interior; Capacitar os ginecologistas do interior no Centro Qualificador de Ginecologia; Credenciar/habilitar 01(um) Complexo Hospitalar em Oncologia e 01 (uma) UNACON;

Doenças Renocardiovasculares

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal foi instituída com a publicação da Portaria nº 1.168, de 15 de junho de 2004; dois anos depois foi publicada a Portaria nº 432, de 06 de junho de 2006, que trazia as orientações para a implantação das Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na Alta Complexidade. Observando a necessidade de garantir um atendimento qualificado ao paciente portador de Doenças Renocardiovasculares, foi definida a organização da Linha de cuidado da Pessoa com DRC e incentivo financeiro ao ambulatório pré-dialítico, por meio da Portaria nº 389, de 13 de março de 2014); além da publicação da RDC N° 11, em 13 de março de 2014 que estabelecia as Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise.

A Portaria 16311/GM de 1º de outubro de 2015, apresenta os parâmetros de cobertura assistencial do SUS, que destinam-se a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão, oferecendo subsídios para, dentre outras finalidades analisar a necessidade da oferta de serviços assistenciais à população. Em relação a assistência ao paciente portador de Doença Renal Crônica (DRC) , estima-se a existência de 2.002 pacientes com insuficiência renal que necessitem submeter-se à Terapia Renal Substitutiva (TRS),. Em relação às máquinas de hemodiálise (HD), o parâmetro apresentado é de 1/15.000 habitantes, isso significa a necessidade de 265 equipamentos à disposição.

Atualmente, no estado do Amazonas oferece as ações abaixo relacionadas, aos pacientes portadores das DRC.

Ações desenvolvidas para Portadores de Doenças Renais Crônicas, Amazonas

Atenção Básica	
Ação	Resultado
Elaboração pela SEMSA/Manaus do Protocolo para a Linha-guia de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica	Validado pela rede básica e pelas Sociedades Médicas, em fase de implementação. A experiência poderá ser utilizada por outras Secretarias Municipais de Saúde
Atenção Especializada de Média Complexidade	
Ação	Resultado
Ambulatórios Especializados em Nefrologia	Ambulatório Araújo Lima, Policlínicas Codajás e Gilberto Mestrinho
Atenção Especializada de Média Complexidade	
Ação	Resultado
Serviços de Nefrologia habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia	Centro de Doenças Renais, Hospital Santa Júlia, Hospital Universitário Getúlio Vargas, Clínica Renal de Manaus, Pronefro

Fonte: SEASC/SUSAM

Tabela 32: Ações desenvolvidas para Portadores de Doenças Renais Crônicas, Amazonas

Para atender aqueles que necessitam de TRS, os serviços de alta complexidade são ofertando os atendimentos abaixo: **Serviços de Terapia Renal Substitutiva - Amazonas**

Prestador	Turnos	No. de Máquinas	Hemodiálise	DPAC
Hospital Santa Júlia	3	22	126	0
Clínica Renal De Manaus	3	75	267	139
Centro De Doenças Renais - Cdr	3	31	142	26
Hospital Universitário Getúlio Vargas – HUGV	2	16	48	-
Clínica Pronefro	3	23	127	26

Fonte: SEASC/SUSAM

Tabela 33: Ações desenvolvidas para Portadores de Doenças Renais Crônicas, Amazonas

Entre os principais problemas enfrentados na Rede de Crônicos/Doenças Renovasculares, identifica-se a oferta insuficiente de atendimento especializado em nefrologia para atender o Doente Real Crônico (DRC) na média e alta complexidade;

Como alternativa para solução ou mitigação dos problemas, aponta-se: Habilitar 03 (três) ambulatórios como Unidades de Assistência da Alta Complexidade em Nefrologia, para atender o DRC em estágio pré-dialítico; Habilitar 01 (uma) Unidade de Assistência da Alta Complexidade em Nefrologia para ampliar a oferta de Terapia Renal Substitutiva (TRS); Ampliar a oferta em 10% de Diálise Peritoneal para atender a demanda do interior.

Sobrepeso e Obesidade

Em março de 2013, foi publicada a Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Concomitantemente, no âmbito hospitalar, foi publicada a Portaria nº 425 GM/MS de

19/03/2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, onde a cirurgia bariátrica é custeada pelo Ministério da Saúde.

Manaus ocupa a sexta posição entre as capitais com população acima do peso. De acordo com o Ministério da Saúde, a frequência de obesidade e de excesso de peso na população da cidade passou de 13,5% e 44,1%, em 2006, para 19,6% e 52%, respectivamente. O aumento ocorre tanto em homens quanto mulheres. A falta de atividades físicas e do consumo de frutas e hortaliças contribui para os índices.

Para elaborar o Plano de Atenção ao Sobrepeso e Obesidade foi formado um Grupo de trabalho com representante do GCDCNT/AM, FVS/AM, DABE/SUSAM, SEMSA Manaus, COSEMS, com as atribuições de: elaboração projeto piloto para a atenção ao paciente com sobrepeso e obesidade (SEMSA Manaus); análise de dados do SISVAN, para definir municípios piloto para a implantação da linha do cuidado (DABE/SUSAM); análise da situação das Academias de Saúde nos municípios (FVS/Am); levantamento de outras áreas nos municípios para atividades físicas (COSEMS); Avaliação da rede para definir referências na Atenção especializada; Avaliação do Hospital Universitário Getúlio Vargas e Fundação Hospital Adriano Jorge, para habilitação na alta complexidade (GCDCNT/Am).

Dos principais problemas identificados para implementação da Rede de Crônicos/ Sobrepeso e Obesidade, apresenta-se entre os mais relevantes a atenção fragmentada ao paciente com sobrepeso e obesidade e a oferta insuficiente da cirurgia bariátrica para os pacientes com obesidade mórbida.

Para o enfrentamento dos problemas priorizados em relação a questão do Sobrepeso e Obesidade são propostas as ações de elaboração da Linha do Cuidado para o paciente com sobrepeso e obesidade e implantar em unidades piloto; Habilitação de 01 (uma) Unidade para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;

▪ Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência inicialmente organizada pela Portaria GM/MS nº 1.060 de 05 de junho de 2005, explicita a necessidade de planejamento, a provisão e a avaliação de programas de prevenção e de serviços de saúde voltados a este segmento da população.

Em 2012, o Ministério da Saúde buscou inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento de Rede de Atenção à Saúde - RAS através da Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro 2010, que estabelece as diretrizes para organização do sistema de saúde em redes de atenção, para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Diante disso, a Portaria GM /MS nº 793 de 24 de abril de 2012 instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema único de Saúde, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para atender as pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Secretária de Estado de Saúde do Amazonas-SUSAM, através da Portaria nº 1109/2012 e Resolução CIB/Am nº 122 de 30 de junho de 2012, instituiu o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, com objetivo de (i) organizar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; (ii) favorecer a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e (iii) incentivar a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco estruturando os componentes da Rede: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

Hoje o estado conta com 01 CER III funcionando na Capital, 01 CER tipo IV em processo de construção e 01 CER tipo II em processo para habilitação. O CER III da Policlínica Codajás configura-se como Centro Referência em Reabilitação e Adaptação, e tem entre as suas atribuições conceder órteses, próteses e materiais auxiliares de locomoção aos usuários do SUS da capital e municípios do interior do estado, pessoas com deficiência, com vista à reabilitação, integração social e proporcionar melhor qualidade de vida. O CER III está dividido em módulos de atendimento: visual, auditivo, ortopédico e ostomizados ou estomizados.

O Centro de Reabilitação da Colônia Antônio Aleixo encontra-se em processo para habilitação em CER II em reabilitação Física e Visual. (Processo nº 25.523/2015), em relação aos municípios do interior, existem 3 municípios com CER em processo para habilitação: Itacoatiara (RS do Médio Amazonas), Manquiri (RS de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro) e Coari (RS Rio Negro e Rio Solimões).

Oficina Ortopédica

O Estado do Amazonas conta com somente 01 (uma) oficina ortopédica fixa habilitada pelo Ministério da Saúde, sendo a referência para todos os municípios nas concessões de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Vinculada a Policlínica Antônio Aleixo, atende as demanda de todo os Centros de Reabilitação da Colônia Antônio Aleixo.

Centro Especializado em Reabilitação (CER) IV

Tendo em vista a necessidade de ampliação dos serviços de saúde através da Rede de Atenção de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a Secretaria de Estado de Saúde tem realizado investimentos nesse sentido, entre os quais a construção do Centro de Reabilitação tipo IV que prestará serviço ambulatorial de reabilitação e será referência no atendimento e adaptação de pessoas com deficiência Motora, Visual, Auditiva e Intelectual/ Mental, previsto para funcionar no anexo do Hospital da Zona Norte Delphina Aziz. Além do serviço assistencial, O CER IV poderá atuar na área de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ainda constituir-se em polo de qualificação profissional no campo de reabilitação, por meio da Educação Permanente.

No processo de implantação e/ou implementação da política de Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência foram identificados entre os principais problemas: número reduzido de Centros Especializados em Reabilitação na Capital e no Interior do Estado; existência de apenas uma

Oficina Ortopédica para atender a demanda de todo o Estado; falta ou insuficiência de técnicos habilitados para trabalhar na confecção e reforma das OPMs; ausência de fluxos e protocolos de acesso aos serviços oferecidos pelos CERs.

Como possibilidade de intervenção para solução ou mitigação dos problemas identificados na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, destacam-se as seguintes ações: Habilitar o CER IV, que encontra-se com as obras por concluir; Habilitar o CER II da Colônia Antônio Aleixo; Habilitar o CER do Município de Manaus; Definir o Fluxo da saúde Auditiva na Capital e Interior: Através da Regulação do Sistema de frequência modulada pessoal (proc.07.01.03.032-1); Implementar o Protocolo de acesso para a avaliação do Sistema FM; Desenvolver um mecanismo de Agendamento diferenciado, para os pacientes do Interior do Estado; Implantar o Fluxo para a concessão de OPMs nos CERs e operacionalizar um Programa de Controle de Cadastro único ; Definir o Fluxo da Oficina Ortopédica para o atendimentos dos municípios do interior do Estado;

1.5.3 Políticas Transversais / Relações interinstitucionais

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

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

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

- Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN

O Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN, tem abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS, em especial à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, Rede à Saúde da Criança e Rede Cegonha.

A Triagem Neonatal (TNN) é uma estratégia preventiva em Saúde Pública, que possibilita a eliminação ou amortização das sequelas e diminuição da mortalidade infantil, associadas a cada uma das doenças que podem ser diagnosticadas de zero até trinta dias de vida, cujo Teste do Pezinho é o modelo histórico exitoso.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN, sob Portaria GM/MS 822, de 06/06/2001, que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde. O processo do PNTN envolve as estruturas públicas nos três níveis de governo – federal, estadual e municipal, proporcionando uma mobilização ampla

em torno das ações relacionadas à Triagem Neonatal como um programa de Saúde Pública em nosso País.

As patologias do Teste do Pezinho são classificadas como Erros Inatos do Metabolismo (EIM). Todas são crônicas, congênitas, genéticas e incuráveis, com manifestações clínicas que se iniciam no primeiro ano de vida. Mas, que se tratadas precocemente, garantem uma sobrevida normal com integração social total dos doentes.

A hierarquização das ações desse programa - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, de modo integrado e articulado, é o que promoveu o avanço para as discussões nos grupos de trabalho da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Assim, o PNTN passou a entender-se como uma Política de Saúde, onde as ações de assistência, de prevenção, de proteção constituem a rede de promoção e atenção à saúde e sua organização regional deve ser entendida como rede interfederativa de serviços.

A discussão da nova política de triagem neonatal com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) pode ser considerada um grande marco para o PNTN. Emergirá deste processo um Programa legitimado pela construção participativa, visando a complementaridade das ações e aumentando a resolutividade e a integralidade da atenção.

São identificados como principais problemas em relação ao desenvolvimento do Programa de Triagem Neonatal: Falta de integração das políticas nacionais em Triagem Neonatal; Ausência de um ponto de atenção de referência estadual para o acompanhamento / tratamento dos RNs triados; Necessidade de interligação com o sistema nacional de controle e avaliação do PNTN; Inexistência de laboratório em biologia / genética; Alta rotatividade de RH nos interiores.

Como medidas de intervenção para solução ou mitigação dos problemas são propostas as seguintes ações: Integrar as cinco Coordenações Estaduais em Triagens Neonatais (pezinho, linguinha, olho, orelhinha, coraçãozinho) com um desenho das linhas de cuidado; Implantação de ambulatório de segmento com equipe mínima multidisciplinar, conforme determina a Portaria MS Nº822 de 06/06/2001; Instalação de um sistema de centralizador de dados, para o envio de arquivo de dados, mensal, da triagem neonatal, como ferramenta importante para o monitoramento e acompanhamento do desempenho da TN estadual / nacional para controle e avaliação dos indicadores de triagem neonatal no Estado; Promover a implantação da Política Nacional de Doenças Raras no Estado, haja vista abranger as detecções de patologias genéticas / não genético; Pactuação de uma política de fixação dos profissionais de saúde capacitados para realização das triagens no interior, buscando dar continuidade operacional nestas ações.

- Telessaúde

Programa Telessaúde executado em parceria com o governo federal, é desenvolvido por intermédio de cinco núcleos e sua expansão nos últimos anos já alcançou os 61 municípios do interior do Estado. O Amazonas é o único estado brasileiro que possui o programa integrando todos os seus municípios, oferecendo consultas a distância (teleconsultoria) em 19 especialidades e a realização de exames de alta complexidade, como os exames de eletrocardiogramas, laudos radiológicos (RX e

mamografia) realizados nos municípios com resultados emitidos na capital, a partir da Central de Laudos do Hospital Francisca Mendes (HUFM) - telemedicina. Recentemente, foram inseridos os programas de Laudos de MAPA (Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial) e de Holter.

Sobre a experiência do Estado do Amazonas em Telessaúde relata-se que tem sido bem sucedida, embora enfrentando dificuldades na sua implementação e expansão, considerando os altos custos de financiamento, a infra estrutura para os serviços ainda deficitária e a inexistência de cofinanciamento federal para custeio das ações. Os pontos relacionados abaixo derivaram do principal objetivo do projeto no Amazonas qual foi “Ampliar a oferta e resolutividade dos serviços de saúde especializados para o interior do estado guardando a mesma relação de qualidade e disponibilidade já existentes na capital.” Neste mesmo viés a Tele-educação, aproveitando-se das infovias instaladas também se fez presente.

- **Comunicação de Dados e Transporte de Imagens DICOM**– Expertise no trânsito de imagens médicas em meio satelital hostis como é o caso na Amazônia onde as infovias dependem deste meio para o atingimento das populações mais isoladas desta Amazônia. Complementa-se este ponto com a transmissão de voz sobre IP reduzindo-se os custos operacionais. Um ponto já em teste no ano de 2015 foi a abertura de uma nova via de acesso por voz com o uso de smartphones em meio VoIP integrando-os as áreas finalísticas a custo zero bem como com o interior do estado.

- **Telessaúde e Resolutividade** – Uso do modelo de Telessaúde a mais de 7 anos na Amazônia atendendo a 51 municípios por meio de um ambulatório virtual, com vários casos de sucesso documentados pela Universidade do Amazonas. Este processo bem como o da segunda opinião fez com que as demandas por especialistas no interior do estado passassem a ser melhor administrada, reduzindo-se a pressão sobre a gestão pela falta dos profissionais – Inexistência no mercado. Como na regulação de procedimentos o atendimento virtual por especialistas passou a reduzir a necessidade de traslado de pacientes para a capital, o que por sua vez reduziu sobremaneira os custos da prestação do serviço de saúde.

- **Aumento do Acesso** – Após a implantação do sistema de comunicação em todos os municípios do estado, atendendo aos requisitos da Regulação Nacional, financiador do projeto, teve início à fase de homologação do processo, o treinamento dos operadores dos municípios bem como a gradual substituição dos antigos processos manuais com o uso de fax. A melhoria do atendimento da população do interior foi algo que saltou aos olhos bem como a distribuição dos computadores serviu como um processo de inclusão digital para os operadores. Agregado a este processo desenvolveu-se uma área de Chat onde todas as dúvidas operacionais da regulação passaram a ser sanadas reduzindo-se sobremaneira o custo da operação para a gestão da Saúde. O benefício foi revertido de forma imediata para o paciente que passou a ser atendido com maior celeridade, consequentemente evitando-se o incremento custos no atendimento derivados do agravamento da patologia.

- **Central de Laudos** – Instalada no Hospital Francisca mendes, com toda a infraestrutura para prover laudos para todos os municípios do estado. Equipada com cinco monitores de alta resolução da Barco System, com mais de 5.000 pixels por polegada quadrada de resolução que permite aos médicos radiologistas prover um laudo com muita precisão. Além disso a central dispõe de servidores, unidades de armazenamento de imagens, sistema de backup que garantem a disponibilidade da imagem e do laudo a qualquer tempo.

- **Geração de Laudos** – Como apoio ao processo a emissão de laudos, a central dispõe de um software que é acessado remotamente pelos técnicos de radiologia, onde registram paciente no será feito o exame. Isso garante que quando o exame é enviado para o laudo não existirá a possibilidade de não se gerar o laudo do exame, na sequência de chegada à central. Além disso, na ocorrência de um caso emergencial este é registrado e imediatamente providenciado, em condição emergencial, como define o protocolo. Neste caso especificamente os médicos são alertados da existência de uma emergência passando-se a dar celeridade ao processo, garantindo o retorno para o paciente no tempo necessário. Complementando, este modelo operacional nos garante saber se e porque um laudo eventualmente não tenha sido realizado, relatando a data e hora que estava disponível para laudo e quando eventualmente este passo foi realizado.

A central de laudos dispõe de cinco médicos radiologistas que tem cumprido uma rotina de 6 horas por dia, com um tempo de retorno para o paciente, fora de emergência, de 24hs. A média mensal de exames recebidos varia entre 745 a 820 mil exames de todo o estado. Iniciou-se um outro estudo para o aproveitamento desta estrutura para o atendimento das demandas da cidade para as unidades onde se tem o técnico de radiologia, mas não se tem o médico radiologista. Este estudo anda está em andamento. A média acima descrita pode ser ampliada o que irá depender de uma possível demanda que se desenhe.



Figura 5: Telessaúde Amazonas

Atualmente o estado estuda a criação de consórcio de saúde com os estados da Amazônia Legal, que inclua o Programa de Telessaúde visando a ampliação dos serviços e a diminuição dos custos de financiamento.

- Programa Amazonas Saúde Itinerante

O governo do Amazonas, por meio do programa Amazonas Saúde Itinerante, da Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM), que tem o objetivo de facilitar o acesso de moradores das Sedes e das Zonas Rurais dos municípios do Interior, a diagnósticos e tratamentos, que antes eram oferecidos apenas em Manaus, beneficiou em 2015 cerca de 38.708 mil pessoas, de 56 Municípios, com atendimentos médicos-cirúrgicos e consultas especializadas.

O programa, que tem o objetivo de levar atendimento médico para a população do Interior, realizou, nesse período, cerca de 103 ações nas áreas de Cirurgia Geral e Ginecológica; Cirurgia de Catarata e Lábio Leporino; Consulta Oftalmológica com dispensação de Óculos.

Para a população, as Ações Itinerantes são de extrema importância, por oferecer condições de retomada da qualidade de vida, pois, o tratamento é no próprio Município evitando o deslocamento destes pacientes para a Capital onde o Sistema de Saúde muitas vezes já está sobrecarregado. O programa existe para mitigar a carência de médicos especialistas no Interior do Estado e possibilita o atendimento no sentido de criar oportunidades a todos que moram no Amazonas.

Os atendimentos foram distribuídos da seguinte forma: 19.717 Consultas Oftalmológicas; 1.390 Entrega de Óculos; 1.390 Cirurgias de Cataratas; 1.437 Cirurgias Gerais; 4.312 Consultas Médicas Especializada e 161 Cirurgias de Fissura Lábio-Palatal. Totalizando 38.708 procedimentos, perfazendo uma média mensal de 3.226 atendimentos.

O programa Amazonas Saúde Itinerante é composto de 5 eixos: Cirurgias Gerais e Ginecológicas, Cirurgias de Cataratas, Consulta de Oftalmologia com Óculos, Cirurgia de Lábio Leporino e Barco PAI- Pronto Atendimento Itinerante.

O Programa Amazonas Saúde Itinerante é de iniciativa do Governo do Estado e configura-se como uma estratégia para desconcentrar serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar aos usuários do SUS nos municípios integrantes das Regiões de Saúde e tem contribuído para desafogar as filas de espera nas unidades da capital.

Em que pese ser um programa estratégico para a saúde, o mesmo enfrenta além do significativo custo no financiamento, algumas outras dificuldades no seu funcionamento, entre as quais: Falha na programação por parte da Secretaria Municipal de Saúde, das ações que serão realizadas nos municípios; Deficiência na articulação entre o Gestor Hospitalar e o Gestor Municipal de Saúde, prejudicando muitas vezes o sucesso da ação em termos de metas alcançadas; Ausência de triagem pelos médicos do município, dos pacientes que serão operados, assim como exames especializados; Dificuldade no abastecimento de medicamentos e produtos de saúde das Unidades para realização dos Mutirões de Cirurgias; Custo alto no deslocamento da equipe por meio de vôos fretados; Insuficiência de recursos financeiros para investimento na aquisição de produtos e equipamentos necessários para desenvolvimento das ações.

Como forma de intervenção são identificadas as seguintes ações: Garantir orçamento para aquisição de medicamentos e produtos para a saúde e aquisição de equipamentos necessários para execução das ações de saúde programadas; Enviar médicos especialistas com antecedência, para as consultas e triagens, das pessoas encaminhadas para cirurgias; Instituir Programação Anual de atendimento junto aos municípios com antecedência; • Realizar manutenção preventiva e corretiva em todos os equipamentos do centro cirúrgico das Unidades Hospitalares, que serão contempladas com as ações do Programa; Fazer programação das viagens para deslocamento das equipes buscando utilizar voos comerciais em substituição aos voos fretados sempre que possível.

- Transplantes

A Central de Transplantes do Amazonas desenvolve atividades inerentes ao processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos, com o objetivo de atender a rede estadual de saúde, englobando equipes afins que tenham a mesma natureza laboral e também desenvolve serviços na área da educação continuada. É um setor da Coordenação Estadual de Transplantes da Secretaria de Estado de Saúde, que dispõe de instalações físicas e equipamentos, recursos humanos qualificados para prestação de serviços e atendimento aos usuários. Está localizada na Zona Sul da Cidade de Manaus, situada na Avenida Carvalho Leal, 1778, Cachoeirinha nas dependências do Hospital Fundação Adriano Jorge.

A Central de Transplantes do Amazonas foi criada em 13 de maio de 2002, através da portaria 0760/2002 da Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM e credenciada pelo Ministério da Saúde em 14 de outubro de 2002, com o objetivo de coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual e distrital, atuando junto aos estabelecimentos de saúde por meio das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos – OPO e das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT, constituindo uma rede de regulação e apoio aos serviços de cuidados intensivos, emergências e administrativos. A Central de Transplantes do Amazonas segue as diretrizes do Sistema Nacional de Transplantes e Regulamento Técnico preconizado pelo Ministério da Saúde através da Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997 e Portaria 2.600/GM de 21 de outubro de 2009.

São desenvolvidos os seguintes serviços pela Central: Assessorar as Comissões Intra-hospitalares de doações de órgãos e tecidos para transplantes, realização educação continuada em doação de órgãos e tecidos, registrar a notificação de paciente em morte encefálica e parada cardio-respiratória, realizar ranking de órgãos e tecidos de doador falecido, registrar dados no sistema de gerenciamento informatizado (SIG) do Sistema Nacional de Transplantes, manter atualizado cadastro de potenciais receptores, providenciar o transporte de órgãos e tecidos ao centro transplantador, fiscalizar as atividades do processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos junto as instituições públicas e privadas, acompanhar as famílias de doadores de órgãos, acompanhar o pós-transplante de córnea, rim e fígado e encaminhar relatórios mensais para o Sistema Nacional de Transplante.

Desde sua criação em 2002 até 2015 a Central realizou 1.461 transplantes de córneas, 253 transplantes de rins de doador vivo, 130 transplantes de doador falecido a partir de 2011 e 7 transplantes de fígados a partir de 2014.

São identificados como principais problemas para realização de transplantes no Estado do Amazonas: TX de Córneas- Apenas prestadores privados, necessitando da abertura de serviços públicos; TX de RIM - Monopólio de um único prestador privado; Contrato com preços de re internações incompatíveis com o mercado; TX de Fígado- Revisão do Contrato e implementação de imagem no HAJ; TX de Coração- Em aguardo de cadastramento; Captação de Órgãos- Aumentar o nível de conhecimento sobre doação nos profissionais de saúde e da população.

Como ações para solução ou mitigação dos problemas relacionados aos transplantes, propõe-se: Transplante de Córneas - incentivo a novos prestadores públicos (HUGV) e Hospital Delfina Aziz – Contratualização de novos prestadores com a cláusula 3: 1 (3 RX privados : 1 TX público; Aprovação na CIB da proposta, para implementação.

Transplante de Rins - Acerto com o HSJ para novos valores de re-internação sob a forma de pacote e planejamento de um novo serviço no Hospital Adriano Jorge / Delfina Aziz.

Transplante de Fígado – Aparelhamento do parque de Imagens do HAJ ou contratação de serviços terceirizados na rede.

Transplante de Coração - Em aguardo da definição da nova data para credenciamento

Captção de Órgãos - Educação Continuada da rede de saúde (UTIs/ Semi Intensivas) em doação de órgãos e Campanhas sistemáticas de esclarecimento ao público.

- Tratamento Fora de Domicílio - TFD

O benefício de Tratamento Fora de Domicílio –TFD- Interestadual é concedido quando forem esgotados todos os meios de tratamento na Rede Pública ou Conveniadas ao SUS no Estado do Amazonas, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial do paciente, limitado ao período estritamente necessário ao tratamento.

O TFD Interestadual consiste no fornecimento de passagens para deslocamento (transporte aéreo, terrestre e fluvial) exclusivamente dos usuários do SUS e seus acompanhantes – quando necessário – para a realização de atendimento médico em outras Unidades da Federação com horário, data e local previamente definidos, conforme Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC).

O benefício também prevê o pagamento de ajuda de custo para alimentação e pernoite, somente após comprovação dessa necessidade mediante análise socioeconômica do paciente. Conforme a Portaria SAS/Ministério da Saúde nº 055/1999, é proibida a autorização de TFD Interestadual para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB).

O TFD não atende urgência, emergência e pacientes internados. O estado do Amazonas dispõe de transporte sanitário intermunicipal e interestadual para pacientes em situação de urgência/emergência médica, em UTI aérea. Esse serviço visa a remoção para um serviço de saúde de maior complexidade com vistas a evitar o agravamento do quadro clínico e conseqüentemente o sofrimento, seqüela ou mesmo a morte do usuário cidadão.

Em 2015, o Programa Tratamento Fora de Domicílio encaminhou 2.755 pacientes para tratamento interestadual, totalizando 5.596 atendimentos, sendo disponibilizados aos pacientes e seus acompanhantes as passagens aéreas de ida e volta e ajuda de custo, para garantir acesso a serviços de saúde não disponíveis ainda no Estado do Amazonas, totalizando o valor de custeio de R\$ 14.134.319,85 (despesa liquidada).

- Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil do Ministério da Saúde, foi instituído através da Portaria Interministerial nº 1.369, de 08 de julho de 2013 e convertido em Lei em outubro do mesmo ano através da Lei nº 12.871.

Este Programa faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais.

O Estado do Amazonas conta hoje com 61 municípios contemplados pelo PMM. Apenas o município de Uarini ainda não foi contemplado. Até o momento, existem 474 médicos atuando no programa, distribuídos entre capital e interior do Estado e nos 07 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS's). A Gestão estadual protagonizou a adesão ao Programa, quando por meio da SUSAM, assumiu como instituição supervisora, apoiando com 7 tutores, 53 supervisores, sendo eles responsáveis pela supervisão acadêmica dos médicos.

No que tange aos indicadores de melhoria, são apontados como avanços, a melhoria do acesso dos usuários ao Sistema de Saúde pela porta de entrada, Estratégia Saúde da Família (ESF), aumento no número de consultas médicas na Atenção Básica, construção, ampliação e reforma de UBS's.

Os principais problemas relacionados ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos do ponto de vista da coordenação estadual são: Falta de repasse, por parte do MS, do recurso destinado para a Comissão da Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos para o Brasil do Amazonas para monitorar e acompanhar o programa nos municípios implantados; Estruturas físicas inadequadas nas UBS's em alguns municípios; Insuficiência de insumos/medicamentos para execução das atividades da APS.

Entre as alternativas para melhoria do desenvolvimento do PMM destacam-se: Fazer gestão junto ao MS para que realize o repasse do recurso para apoiar e cofinanciar as ações da coordenação estadual; Realizar o Monitoramento do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) que estabeleceu incentivo financeiro federal para construção, reforma e ampliação de unidades; Realizar Monitoramento dos recursos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB),

- Saúde Complementar e Contratualização

O atual sistema de saúde no Brasil está sedimentado na premissa da Constituição Federal de 1988, que expressa a saúde como um direito de todos os brasileiros, cabendo ao Estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas. Esse sistema de saúde pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado.

O subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é um sistema universal de saúde com financiamento público e participação das esferas da federação, gestão pública, única, com integração e articulação entre as diferentes esferas e a prestação de assistência,

através de serviços de rede própria de municípios, estados e União, de serviços públicos de outras áreas de governo e de serviços privados contratados ou conveniados.

O subsistema privado é dividido em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar e o subsetor liberal clássico. O liberal clássico é o composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, captada por processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração. A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, sendo predominante neste subsistema. Este possui um financiamento privado, mas com subsídios públicos, gestão privada regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os prestadores de assistência são privados, credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema público, que são contratados pelas empresas de planos e seguros de saúde que fazem parte de sua rede credenciada.

Historicamente a participação complementar no setor público ocorre através de compra sem planejamento e baseada somente na oferta do setor privado. Contudo se faz necessário estabelecer de forma explícita as responsabilidades dos gestores e prestadores, imprimindo uma maior responsabilização das partes. Para isso é necessário estabelecer mecanismos de subordinação do processo de contratualização às diretrizes das políticas de saúde no âmbito do SUS.

Nesse sentido a SUSAM, estabeleceu um Núcleo de Saúde Complementar e Contratualização que visa: Identificar necessidades de serviços complementares ao Sistema Único de Saúde SUS do Amazonas; Conduzir estratégias para viabilização do processo de contratualização; Apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da Comissão Permanente de Credenciamento; Acompanhar os indicadores de execução de serviços pelas contratadas com vistas à revisão contratual; Participar de eventos, comissões e outras instâncias que tenham influência no processo de contratualização de serviços de saúde; Prestar informações referentes ao Banco de Prestadores sempre que solicitado; Manter o Banco de Prestadores sempre atualizado; Municar-se dos relatórios quadrimestrais de avaliação técnica.

Em 2015, constituiu a Comissão Permanente de Credenciamento (CPC) para a continuidade dos processos de contratação de serviços complementares em saúde por meio do credenciamento, ou seja, contratação por meio de inexigibilidade de licitação, quando a Secretaria tem interesse em celebrar contrato com todos os prestadores de determinada região para um determinado serviço e que atendam um limitado número de normas que busquem o atendimento das exigências da rede estadual de saúde e da legislação vigente.

Para dar apoio a este movimento, estabeleceu o Núcleo de Saúde Complementar e Contratualização (NSCC) que visa acompanhar o fluxo da contratualização de serviços complementares em saúde no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, a fim de dar apoio na elaboração das etapas a serem atendidas para a compra de serviços por meio de credenciamento, desde a observação da demanda a ser atendida até a celebração contratual, assim como dar suporte aos trabalhos da Comissão Permanente de Credenciamento. No mais, cabe ao NSCC prestar informações referentes à oferta decorrente da contratação de credenciados do Banco de Prestadores instituído pelos trabalhos da CPC.

Por fim, a SUSAM vem se empenhando para o maior cumprimento das exigências trazidas Portaria GM/MS nº 1.034/2010 e na melhoria da qualidade na prestação de serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde através das criações das Comissões de Acompanhamento da Contratualização, cujo objetivo é a coordenar a elaboração dos Contratos de Gestão, e das Comissões de Acompanhamento de Contrato, que foram designadas para o acompanhamento dos indicadores e no cumprimento das metas estabelecidas pelo Plano Operativo, parte integrante do contrato firmado com o particular.

Atualmente os contratos de credenciamento cobrem complementarmente os seguintes grupos de procedimentos nas respectivas especialidades: oftalmologia, otorrinolaringologia/fonoaudiologia, serviços de apoio diagnóstico e imagem, exames laboratoriais, ortopedia/fisioterapia, urologia, procedimentos clínicos e cirúrgicos, entre outros.

São apontados com principais problemas para o desenvolvimento de ações referentes ao processo de organização e contratação de serviços complementares ao SUS:

- Necessidade de sistematização das informações de saúde para fins de planejamento, monitoramento, controle e avaliação; Fluxo para a contratação complementar incompleto/insuficiente, tais como: Ausência ou insuficiência de planos de necessidades consistentes; Fragilidade dos demandantes (Grupos Condutores, Regulação, Central de Transplantes, etc) na indicação dos elementos necessários à contratualização; Indefinição na maioria das vezes da origem de recursos; Processos sem instrução jurídica indicando a modalidade de contratação; Dificuldade na construção das metas e indicadores para o acompanhamento contratual; Não inclusão de penalidade pela quebra contratual (fortalecer sanções no instrumento de contratação); Inexistência da Comissão de Acompanhamento do Contrato (CAC); Concentração da figura do Fiscal de Contrato em poucos servidores e a falta de atendimento de determinados itens citados na portaria nº 0475/2012 GSUSAM; Servidores com pouca qualificação para desenvolver as atividades da Comissão Permanente de Credenciamento (CPC), atendendo do art. 51 da Lei 8.666/93; Regimento da CPC ainda não instituído formalmente; Necessidade de republicação anual da Portaria da Comissão Permanente de Credenciamento, atendendo Art. 51, §4º da Lei 8.666/93;

Como alternativas de intervenção para a solução ou mitigação dos problemas priorizados, são propostas:

- Sistematização e disponibilização de informações de Saúde para subsidiar a identificação de necessidades de saúde e o planejamento assistencial; Readequação dos processos de trabalho e procedimentos administrativos na SUSAM visando: elaboração e validação de fluxo integral para o processo de contratualização; fortalecimento da figura do Fiscal de Contrato, através da descentralização para diversos servidores qualificados; revisão e maior rigor no cumprimento das sanções previstas no instrumento contratual; aprovação dos modelos contratuais pela Procuradoria Geral do Estado; aprovação e publicação do Regimento Interno da CPC; oferta contínua de treinamentos/cursos específicos para a qualificação dos membros de CPC/CAC/Fiscal de Contrato e demais servidores interessados;

- Atenção às Pessoas em Situação de Violência

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Além disso, está estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, elaborada com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM).

A política de Atenção às pessoas em Situação de Violência trabalha na perspectiva da Atenção, independente do gênero, entendendo a necessidade de Promover o cuidado Integral às Pessoas em situação de violência: a violência doméstica (que pode ser psicológica, sexual, física, moral e patrimonial), a violência sexual, o abuso e a exploração sexual de mulheres adolescentes/ jovens, o assédio sexual no trabalho, o assédio moral, o tráfico de mulheres e a violência institucional doméstica e sexual como um dos objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM/MS (2011).

A Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas/ Secretarias Municipais de Saúde, para atender o que preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres em parceria com o Ministério da Saúde, tem atuado de modo relevante nos últimos anos, desenvolvendo um conjunto de ações para qualificar os serviços no atendimento às Pessoas em Situação de Violência, destacadamente a violência sexual, a partir da Criação dos Serviços de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência envolvendo Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas, Centros de Saúde, Hospitais, Prontos Socorros, Centro de Atenção Integral à Criança – CAIC, Serviço de Atendimento à Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS) no Instituto da Mulher Dona Lindú e no Hospital Cecília Cabral no Município de Manacapuru. O Estado do Amazonas conta com os seguintes Serviços de Atenção s Pessoas em Situação de Violência Sexual no Cadastro Nacional de Estabelecimento:

Unidades com Serviços de Atenção s Pessoas em Situação de Violência Sexual cadastradas no CNES - Amazonas

Nº Ordem	No. CNES	Estabelecimento	Município
1	3581748	Centro de Saúde de São Miguel	Tefé
2	6364217	Centro de Saúde Dr José Lins	Tefé
3	3581799	Centro de Saúde Dra Maira Fachini	Tefé
4	2016176	Centro de Saúde Irmã Adonai	Tefé
5	3581675	Centro de Saúde Mutirão	Tefé
6	3581659	Centro de Saúde Rossini Barbosa Lima	Tefé
7	2013258	Hospital Geral de Manacapuru	Manacapuru
8	2016141	Hospital Regional de Tefé	Tefé
9	3210243	Hospital Regional Dr Jofre de Matos Cohen	Parintins
10	6627595	Instituto da Mulher Dona Lindú	Manaus
11	2012480	Maternidade Municipal Dr Moura Tapajóz	Manaus
12	2015420	Policlínica Dr Antonio Reis	Manaus
13	6817564	Unidade Básica de Saúde Jerusalém	Tefé

Fonte: SEASC/SUSAM; CNES/MS consulta em 27.11.15

Tabela 34: Unidades com Serviços de Atenção s Pessoas em Situação de Violência Sexual cadastradas no CNES - Amazonas

Em relação as unidades cadastradas como referência para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual/ Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei, o estado conta com os estabelecimentos abaixo descritos:

Unidades com Serviços de Atenção s Pessoas em Situação de Violência Sexual / Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei cadastradas no CNES - Amazonas

Nº Ordem	No. CNES	Estabelecimento	Município
1	2016141	Hospital Regional de Tefé	Tefé
2	3210243	Hospital Regional Dr Jofre de Matos Cohen	Parintins
3	6627595	Instituto da Mulher Dona Lindú	Manaus

Fonte: SEASC/SUSAM; CNES/MS consulta em 27.11.15

Tabela 35: Unidades com Serviços de Atenção s Pessoas em Situação de Violência Sexual / Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei cadastradas no CNES - Amazonas

A universalização dos serviços de Notificação compulsória e capacitação dos profissionais de Saúde para o atendimento às mulheres e correta alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

A unificação do serviço de Notificação compulsória se deu em virtude da necessidade de identificar os casos específicos de cada violência uma vez que o preenchimento das fichas de notificação não atendiam as diversas situações de Violências, pois estavam inseridas no boletim consolidado, passando, portanto, para boletim individualizado de produção. Sendo assim, para atender as necessidades identificadas em especificidade, o Ministério da Saúde e outras instituições governamentais das três esferas que compõem o SUS, instituições de ensino e pesquisa, e parcerias não governamentais, incluiu no Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN, a Ficha de Notificação Individual onde define: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

O seu objetivo é subsidiar os profissionais que atuam nas unidades/serviços notificadores a um preenchimento mais padronizado dessa ferramenta de coleta de dados, permitindo melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública que são as violências domésticas, sexuais e outras violências. Possibilita ainda o acompanhamento e monitoramento das fichas de notificação de violências.

A Portaria no. 1.271, de 06/06/2014, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Desta forma foi criado o fluxo de Notificação onde todas as unidades de saúde devem realizar as notificações, encaminhando para as Secretarias Municipais de Saúde, onde serão inseridas no SINAN.

Este mecanismo de notificação foi implantado nos 62 municípios do Estado do Amazonas, sendo contínuo o processo de qualificação e monitoramento das ações.

A Secretaria de Estado de Saúde por meio da Fundação de Vigilância em Saúde- FVS realizou em 2015, oficinas em 15 municípios do Amazonas, totalizando 612 participantes de instituições governamentais e não governamentais. Nas oficinas foram trabalhados conceitos sobre violência e prática de preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/auto provocada, vers.5.1.

Neste sentido, a Secretaria de Estado de Saúde e Secretarias Municipais de saúde devem adotar providências para organizar e subsidiar a criação de Serviço de Atenção às Pessoas em situação de violência, assim como qualificação periódica de equipes multiprofissionais que atuam nas unidades/serviços, tais como: Orientar Cadastramento dos Estabelecimentos de Saúde no SCNES, de acordo com as classificações, notificação, preenchimento e padronização dessa ferramenta de coleta de dados, permitindo melhor conhecimento, sensibilização da magnitude deste grave problema de saúde pública que são as violências domésticas, sexuais e outras violências.

Entre os principais problemas que afetam o desenvolvimento das ações relativas à Atenção às Pessoas em Situação de Violência no Amazonas, são citados:

Necessidade de criação de novos serviços de atendimento a vítimas de violência sexual; Maior investimento na qualificação permanente da equipe multiprofissional, atendimento humanizado e qualificado as vítimas de violências; Articulação incipiente com a Rede de Apoio às pessoas em situação de violência; Necessidade de Habilitar serviço de referência para coleta de vestígios; inexistência do fórum de discussão das ações voltadas ao enfrentamento da violência e articulação da rede de atendimento às vítimas de violência sexual; Serviço de notificação em cada ponto de atenção ainda precisando de otimização; Fragilidade das ações de monitoramento e avaliação das ações de enfrentamento à violência contra as mulheres

Diante dos os problemas identificados, são apontadas como alternativas de intervenção em relação apoio as Pessoas em Situação de Violência:

- Contribuir para implantação/implementação de Serviços de Atendimento À vítima as de violência doméstica e sexual – SAVVIS; Qualificação permanente da rede de atenção priorizando a garantia dos direitos humanos das pessoas assistidas; Articulação permanente (instituições)com a rede de combate e prevenção e apoio às pessoas em situação de violência; Contribuir junto aos serviços para habilitação do serviço de Coleta de vestígios (Portaria N° 1.662de 02 de 02 de Outubro de 2015; Criação do Fórum de Enfrentamento da violência; Notificação de todos os casos de violência; Monitoramento e avaliação das ações de enfrentamento à violência contra as mulheres;

- **Direitos Sexuais e Reprodutivos**

A Atenção em Saúde Sexual e em Saúde Reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Primária em Saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos que envolvem o direito à concepção e anticoncepção, direito ao aborto nos casos previstos em lei, direito a desfrutar e controlar sua vida sexual e reprodutiva, liberdade de pensamento e de orientação sexual.

Contextualizando a priorização da saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária, vale ressaltar que entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos na Conferência do Milênio, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2000, quatro possuem

relação direta com a saúde sexual e reprodutiva: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, a melhoria da saúde materna, o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças e a redução das mortalidade infantil.

Em 2007, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Mais Saúde: Direitos de Todos, no qual uma das medidas propostas é a expansão das ações de planejamento familiar, sendo este entendido não só como oferta de métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada.

A equidade entre homens e mulheres do ponto de vista do livre exercício da sexualidade, torna-se um dos maiores desafios dada a uma construção social e histórica fundada nas desigualdades entre os gêneros típica de uma sociedade patriarcal.

Nesse contexto, observa-se que as ações voltadas para saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas mais na saúde reprodutiva, tendo como alvo a mulher adulta, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de cólo de útero e de mama. No Estado do Amazonas, há apenas 17 Serviços de Atenção à Saúde Reprodutiva cadastrados no CNES distribuídos nos 62 municípios.

É preciso ampliar a abordagem para outras dimensões que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida e também promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens. Para tanto, faz-necessário qualificar a atenção ao pré-natal, desenvolver ações educativas tendo em vista a alta complexidade que envolve o cuidado dos indivíduos e famílias inseridos em contextos diversos, onde é imprescindível realizar abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde e também a compreensão da sexualidade visto ser marcada por muitos preconceitos e tabus.

Principais problemas identificados na questão dos direitos sexuais e reprodutivos:

- Necessidade de Oferta de métodos contraceptivos, incluindo a pílula de emergência; Pouco acesso aos métodos contraceptivos existentes por parte da população; Pouca articulação com a Rede de Apoio aos direitos sexuais e reprodutivos; Baixa divulgação dos métodos contraceptivos existentes; Necessidade de apoio sistemático aos municípios na implementação da ação em relação aos direitos sexuais e reprodutivos.

Alternativas de intervenções propostas:

- Contribuir para implantação/implementação dos direitos sexuais e reprodutivos oportunamente; Necessidade de Garantia de acesso a população, tendo em vista a oferta existente, com atenção diferenciada das equipes de saúde, direito a privacidade durante a consulta, a preservação do sigilo e ao consentimento informado; Ampliação do acesso dos homens adultos e adolescentes aos serviços de saúde, especialmente estimulando sua participação nas ações de planejamento reprodutivo; Subsidiar a construção do diagnóstico situacional das ações que envolvem direitos sexuais e reprodutivos; Criar mecanismo de apoio sistemático os municípios para desenvolvimento das ações relativas aos direitos sexuais e reprodutivos;

15.4 Fundações de Saúde - Amazonas

Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCEcon

A FCEcon, localizada em Manaus, 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.



Figura 6: Fundação CECON – Manaus, Am

Os principais serviços assistenciais prestados pela Fundação, são: Quimioterapia, Radioterapia, Terapia da Dor e Cuidados Paliativos, Urgência, Serviço Social, Enfermagem Ambulatorial e Hospitalar, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Cirurgias, Internação, Farmácia, Endoscopia, Imagenologia, Anatomia Patológica, Patologia Clínica e Laboratorial. Entre as especialidades ofertadas encontram-se cabeça e pescoço, cirurgia oncológica, cirurgia plástica, cardiologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, mastologia, otorrinolaringologia, odontologia, ortopedia, pediatria oncológica, pneumologia, oncologia.

Em sua estrutura operacional a FCEcon conta com um prédio central com 9 andares, 135 leitos na unidade de internação, Emergência com 22 leitos, Centro cirúrgico com nove salas, UTI adulta com 11 leitos, UTI infantil com 4 leitos, Unidade de quimioterapia com 15 leitos, Ambulatório, Serviço de suporte diagnóstico e laboratorial, Serviço de radioterapia, Duas bombas de cobaltoterapia, Sistema de braquiterapia, Sala para iodoterapia.

Na área de Ensino e Pesquisa, a partir de 2011 a FCEcon efetivamente passou a ser um hospital de ensino com a realização de convênio com a UFAM, UEA e demais instituições de ensino superior. Atualmente a Fundação dispõe de cinco programas de residências médicas: Cancerologia clínica, Cancerologia cirúrgica, Cirurgia de cabeça e pescoço, Mastologia, Radiologia e diagnóstico por imagem. Tem ainda um programa de residência multiprofissional em enfermagem oncológica em parceria com a UEA

Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – FHemoam



A Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – Hemoam é a instituição que realiza os processos de coleta, tratamento e distribuição de sangue para transfusão sanguínea, na capital e no interior, atendendo em 100% a demanda do Estado. Integra a rede nacional de hemocentros e segue as diretrizes do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados, do Ministério da Saúde.

Figura 7: Fundação HEMOAM – Manaus, Am

A FHemoam é o centro referencial na região Norte para diagnóstico e tratamento de doenças hematológicas, incluindo-se as hemoglobinopatias (anemia falciforme, talassemia), coagulopatias (hemofilia, doença de Von Willwbrand) e doenças oncohematológicas (leucemias e linfomas, dentre outras). Sua sede é em Manaus e no interior do Estado atua com Unidades de Coleta e Transfusão. Primando pela alta qualidade em seus serviços e produtos, o Hemoam participa de controles externos de qualidade, por meio dos quais vem obtendo certificados de Elite e Excelência em serviços laboratoriais. Também conta com o certificado ISO 9002 para o Ciclo do Sangue, sendo o primeiro a obter a certificação entre os Estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país.

Fundação Hospital Adriano Jorge



Figura 8: Fundação Hospital Adriano Jorge – Manaus, Am

A FH Adriano Jorge é um hospital público que atua na assistência, ensino e pesquisa de forma interativa, interdisciplinar e qualificada, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população e para o desenvolvimento integrado da região, constituindo-se em uma Unidade de Referência em Internação de pacientes oriundos dos Prontos Socorros da Capital, Estados circunvizinhos, Interior do Estado e da Rede Básica de Saúde.

O Hospital possui perfil de atendimento em Atenção de Média e Alta Complexidade, possuindo habilitação junto ao Ministério da Saúde em Alta Complexidade nos seguintes serviços:

Transplante de Fígado, Banco de Tecido Ocular Humano, Retirada de Órgãos e Tecidos, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, UTI Adulto Tipo II

Dispõe de uma área construída de 16.208,48m², dividida em cinco blocos, formando um complexo com instalações de serviços de Atendimento Ambulatorial, Laboratorial, Hospitalar, Apoio Diagnóstico, Fisioterapia, Administração Geral, Ensino e Pesquisa. Sua capacidade instalada é de 226 leitos ativos, distribuídos na Clínica Cirúrgica (129), Clínica Médica (77), Hospital Dia para intercorrência pós-transplante (05), bem como de Unidade de Terapia Intensiva – UTI (12) e Isolamento (3).

Participação nas Redes de Atenção à Saúde

Rede de Atenção às Urgências: É serviço de referência para Traumatologia-Ortopedia, atuando como hospital de retaguarda para os Prontos-socorros do Estado;

Rede de Atenção às Doenças Crônicas: É habilitado para Retirada de Órgão e Tecidos e Transplante de Fígado, porém atualmente está realizando somente atendimento ambulatorial aos pacientes da fila de TX e intercorrências pós-transplantes;

Dispõe do serviço de hemodiálise, realizado por empresa terceirizada (CEHMO), contratada pela Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM). Porta de entrada é através da SUSAM;

Desde 2008, serve de suporte para o tratamento terapêutico de pacientes com Mucopolissacaridose, administrando a terapia de reposição enzimática. Porta de entrada é por meio da Associação Paulista de Mucopolissacaridose e Doenças Raras – APMPS;

Realiza administração de medicamentos em Pacientes com diagnóstico de Lúpus, Artrite Reumatóide e Psoríase.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Atua como suporte para o tratamento terapêutico de pacientes com Mucopolissacaridose, os quais apresentam deficiências físicas e cognitivas;

Realiza por meio do Centro de Especialidades Odontológicas -CEO/UEA, procedimentos odontológicos a nível hospitalar em pacientes com necessidades especiais, maiores de 18 anos;

Realiza atendimentos fisioterápicos à pessoa com deficiência nas áreas da neurologia e ortopedia.

Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta – FUAM

A Fundação Alfredo da Mata, situada em Manaus, presta assistência à população da capital e interior e desenvolve atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão, como Centro de Referência nas áreas de Hanseníase, Dermatologia e Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV.

É uma fundação credenciada pela Organização Mundial de Saúde/ Organização Pan-Americana de Saúde como Centro Colaborador nas áreas de Ensino Pesquisa e Controle de Hanseníase para as Américas. Atualmente, a Fundação, por portaria do Ministério da Saúde, é Centro de Referência Nacional para Programas de Controle em Dermatologia Sanitária particularmente Hanseníase e para treinamento em DST/AIDS.

O serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) também se destaca pela formação de profissionais, com os cursos de Abordagem Sindrômica das DST, Curso de Aconselhamento em Clínica de DST e mais recentemente com a formação de Multiplicadores Educacionais de DST/AIDS no local de trabalho, além de referência para atendimento ambulatorial e laboratorial com diagnóstico, exames complementares, tratamento, aconselhamento e acompanhamento aos pacientes, não deixando de atender também aos casos de dermatites simples, realizando consultas médicas e exames dermatológicos.

Entre as principais ações desenvolvidas na Fundação, estão as seguintes:

Realização de atividades assistenciais em Hanseníase, Dermatologia Geral, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Câncer de Pele e em Cirurgia Dermatológica e Oncológica.

Figura 9: Fundação Alfredo da Mata – Manaus, Am



Coordenação das atividades de prevenção e controle da hanseníase e outras dermatoses no Estado do Amazonas.

Realização de atividades de controle da hanseníase mantendo como política de incentivo a descentralização das ações de Controle e Eliminação da endemia.

Manutenção desde 1986 do Programa de Residência Médica em Dermatologia por meio de convenio firmado com a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e com bolsa do Governo do Estado. Tem como objetivo formar médicos especialistas em dermatologia (nível de pós-graduação). Os egressos da Residência da FUAM tem obtido êxito na prova de Título de Especialista.

Promoção de treinamentos para capacitação de profissionais de saúde da rede no atendimento a pessoas com hanseníase, dermatologia, Infecções sexualmente transmissíveis e cirurgia dermatológica, em razão da alta rotatividade dos profissionais e da demanda reprimida no atendimento à pessoas com Câncer de pele.

Manutenção desde 2013 do Núcleo de Telemedicina e Telessaúde (NUTES FUAM) que faz parte da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), e participação de Grupos de Interesse Especial (SpecialInterest Groups - SIGs) nas áreas da dermatologia, hanseníase e doenças infecciosas. Desenvolve, atividades de consultoria médica em dermatologia aos profissionais que atendem pacientes em unidades básicas de saúde nos municípios do interior do Estado do Amazonas onde existe polo de telemedicina, com o Ambulatório Virtual.

Desenvolvimento de projetos de pesquisa nas áreas afins e conta também com a participação de Bolsista no Programa de Apoio a Iniciação Científica.

Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado (FMT – Heitor Vieira Dourado)



Figura 10: Fundação de Medicina Tropical – Manaus, Am

A Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado, é uma instituição da administração indireta do Governo do Estado do Amazonas, vinculada a SUSAM, destinada a desempenhar três funções básicas: prestar assistência à saúde, desenvolver pesquisa científica e contribuir para a formação dos recursos humanos nas áreas de doenças tropicais. As ações desenvolvidas pela Fundação contribuem para a sua consolidação como centro de referência da Região Norte do País e em nível nacional e internacional na área de doenças tropicais

A FMT possui vários laboratórios especializados em: Parasitologia, Micologia, Virologia, Malária, Arboviroses e a Unidade de Terapia Intensiva, destinados ao abrandamento do impacto das doenças, sobre a população. Desenvolve atividades de Ensino e Pesquisa em Doenças Tropicais, através de convênio firmado com a Universidade do Amazonas, oferecendo cursos em nível de pós-graduação e mestrado.

A Fundação tem um papel relevante ao oferecer curso de Capacitação, Reciclagem e/ou Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior, médio e elementar, além de receber anualmente expressivo contingente de estagiários de instituições congêneres nacionais e internacionais. As atividades na área de pesquisa são desenvolvidas pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Controle de Endemias – DEPECEN, com a contribuição de uma biblioteca informatizada que mantém convênio outras bibliotecas e mantém seu acervo totalmente atualizado. Suas linhas prioritárias de pesquisa são: Malária, Ofidismo, Dermatologia, Leishmanioses, Entomologia, Parasitologia, Arboviroses, Virologia, Micologia e Anatomia Patológica.

Fundação Hospital do Coração Francisca Mendes/HU Francisca Mendes

Com o objetivo de qualificar a atenção à saúde relacionada às doenças cardiovasculares e permitir maior autonomia administrativa e financeira, possibilitando maior agilidade nos processos de gestão, o Governo do Estado do Amazonas, criou através da Lei Estadual 4.026/2014, a Fundação Hospital do Coração Francisca Mendes, prevista para funcionar no espaço físico ocupado pelo Hospital Dona Francisca Mendes, localizado na Zona Norte de Manaus.



Figura 11: Hospital Dona Francisca Mendes – Manaus, Am

Não obstante sua criação, a FHC Francisca Mendes ainda não está em operacionalização, considerando necessidade de ajustes quanto a sua regulamentação e adequações quanto a alguns aspectos administrativos e financeiros, que até o momento encontram-se em processo de redefinições pelo Governo do Estado.

Atualmente, a unidade hospitalar referência de Média e Alta Complexidade na Atenção Cardiovascular no Amazonas ainda é o Hospital Universitário Dona Francisca Mendes, que tem como missão institucional “manter-se como Centro de Referência em Alta Complexidade nos Serviços de Cirurgia Cardiovascular, procedimentos de Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Vascular, Endovasculares Extracardíacos e Laboratório de Eletrofisiologia, atuar de forma segura e garantir a prestação de serviços à comunidade com qualidade, respeitando os pacientes e contribuindo para que o mesmo possa gozar de boa saúde”

O HU D. Francisca Mendes recebeu vários investimentos do estado para melhoria da capacidade instalada para atendimento da população do estado. As intervenções necessárias para isso incluíram a expansão da área física e a aquisição de equipamentos de ponta, o que permitiu dobrar o número de cirurgias cardíacas realizadas pela instituição. Entre obras e equipamentos, o investimento feito pelo Governo do Estado para ampliar o Hospital Francisca Mendes foi de R\$ 45 milhões, incluindo R\$ 1,9 milhão de recursos federais. A ampliação permitiu que o hospital passasse a oferecer o serviço de cirurgias em crianças portadoras de doenças cardíacas congênicas, procedimentos até então disponibilizados pelo Governo do Estado através de rede conveniada.

A unidade passou a ofertar serviços na área de cardiologia de alta complexidade, como as cirurgias cardíacas pediátricas e os transplantes de coração. Um novo prédio, com um total de 2.500 m², distribuídos em quatro andares, onde estão funcionando a UTI Pediátrica Neonatal, com 10 leitos, e o serviço de hemodinâmica. Também foi construída uma UTI coronariana, com 10 leitos, que se juntou à UTI de pós-operatório de cirurgias cardíacas, que já dispunha de 12 leitos, e uma enfermaria pediátrica com 21 leitos.

Um novo equipamento de hemodinâmica, com tecnologia 3D, o único do porte em funcionamento nas regiões Norte e Nordeste, instalado no hospital, duplicou a capacidade de realização de exames endovasculares, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de doenças cardíacas, entre esses procedimentos estão o cateterismo cardíaco, tratamento de aneurisma de aorta e aneurisma cerebral, de arritmias cardíacas, o implante de stents, entre outros.

O HU D. Francisca Mendes é integrado a rede pública estadual de saúde, num modelo de co-gestão em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), foi inaugurado em 21 de junho de 1999, para atender somente funcionários públicos estaduais e seus dependentes.

Em 2003 a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) assumiu a gestão do hospital, atendendo a convite do Governo do Estado, conforme o Termo de Contrato de Prestação de Serviços de Administração Hospitalar e de acordo com a minuta aprovada no processo nº 1493/2003.

Atualmente é co-administrado pela Fundação de Apoio Institucional Rio Solimões (UNISOL) por meio do Contrato 042/2008. Foi certificado pela primeira vez como Hospital de ensino em janeiro de 2005, através da Portaria Interministerial (MEC/MS) nº 50, sob a égide da Portaria Interministerial nº 1.000 de 15 de abril de 2004, sendo re-certificado atualmente por meio da Portaria Interministerial nº 1283, de 27 de outubro de 2010.

Com esta credencial (Certificação de Hospital de Ensino), o HU D. Francisca Mendes integrou-se a Política Nacional de Contratualização de Hospitais de Ensino, das quais participa até os dias de hoje. No dia 03 de agosto de 2005 foi habilitado em 04 dos 05 conjuntos da Política Nacional de Atenção Cardiovascular - Portaria GM/MS nº 409, sendo qualificado como Cento de Referência - Portaria SAS/MS 946, 28 de dezembro de 2006. Em 24 de junho de 2008 a Portaria SAS/MS nº 358 habilitou o HU D. Francisca Mendes como Centro de Referência em Alta Complexidade em Neurologia e Neurocirurgia, sendo modificada em 10 de novembro de 2008, PT SAS/MS 646, modificou a habilitação reduzindo os conjuntos da Política Nacional para o Portador de Doenças Neurológicas para os procedimentos da neurologia intervencionista. Ainda em 2008 o HUFM passou pelo processo de Contratualização através do Termo de Convênio nº 009/2008, firmado entre o Estado do Amazonas, através da Secretaria de Estado de Saúde - SUSAM e a Fundação de Apoio Institucional Rio Solimões - UNISOL.

O HU D. Francisca Mendes possui um núcleo de Telemedicina enfocando principalmente a telecardiologia, realizando teleconsultas em cardiologia e exames diagnósticos de eletrocardiograma à distância atendendo os 61 municípios do estado do Amazonas. O HUFM faz parte ainda da rede de Atenção às Urgências do Estado do Amazonas, definida através do Plano de Ação de Atenção às Urgências do Amazonas, aprovada pela Resolução CIB/AM nº 157, de 24 de setembro de 2012, e aprovada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.849, de 29 de agosto de 2012.

O hospital assiste a população adulta, pediátrica e neonatal oferecendo atendimentos de Cirurgia cardiovascular, Valvulopatias, Cardiopatia congênita, Arritmologia e Coronariopatias, serviço de apoio em Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Fonoaudiologia, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia. Realiza exames especializados para apoio diagnóstico como Teste ergométrico, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Mamografia e Ultrassonografia, RX, Cintilografias, Cateterismo Diagnóstico e Terapêutico, Estudo eletrofisiológico diagnóstico e terapêutico, implante de marcapasso, Arteriografia de membros, endopróteses, Arteriografia Cerebral, Embolização de Aneurisma e Má Formação Arteriovenosa (MAV).

São realizados atendimentos ambulatoriais de segunda a sexta pelos serviços de: cardiologia, vascular, fisioterapia, nutrição, odontologia, fonoaudiologia, neurologia e psicologia.

O HUFM possui dois ambulatórios, com proposta de otimização do espaço físico, a partir de unificação ao HUFM da área onde hoje funciona a Maternidade Nazira Daou e o CAIMI, o que possibilitará o funcionamento de área específica para cirurgias cardíacas pediátricas e neonatais e atendimentos de adultos, após reforma e adequação da área com centro cirúrgico adequado, leitos de UTI's pós operatória e semi intensiva e equipamentos novos, ampliando mais ainda o número de atendimentos realizados pela unidade.

Fundação de Vigilância em Saúde

Em 2009 o Governo do Estado instituiu o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde - SEVES, que compreende o conjunto de ações e serviços de saúde voltado à detecção e análise de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas necessárias para a promoção da saúde e à prevenção e controle de riscos, doenças e agravos à saúde. (Código Sanitário do Amazonas - Lei Complementar nº 70/2009 de 03/12/2009).

O Art. 45. do Código Sanitário do Amazonas estabelece que “o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde-SEVES abrangerá, de forma harmônica, o conjunto de ações e serviços de saúde voltados à identificação de doenças transmissíveis e não transmissíveis, de situações de risco e de agravos à saúde, bem como à adoção de medidas efetivas para o controle ou eliminação dos riscos à saúde identificados, incluindo as áreas de: vigilância de estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; vigilância ambiental; vigilância de saúde do trabalhador; vigilância dos fatores determinantes da saúde, tais como alimentação e nutrição; vigilância laboratorial.”¹

O Código Sanitário define ainda no art. 46, que “O Sistema Estadual de Vigilância em Saúde-SEVES será coordenado pela Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas - FVS/AM, a quem compete, entre outras atribuições definidas em legislação específica, apoiar os serviços de vigilância no Estado, propiciando as condições necessárias para a melhoria permanente dos serviços, em especial no que se refere:

- ao desenvolvimento e aperfeiçoamento dos recursos humanos; ao provimento de infra-estrutura material e laboratorial para todas as atividades de vigilância em saúde; à organização e coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública em todas as áreas de atuação da mesma; ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de sistemas de informação necessários à consecução das atividades de vigilância em saúde.”



Figura 12: Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS/Am, Manaus, Am

A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS/AM) instituída pela Lei Ordinária Estadual nº 2.895, de 03 de junho de 2004, tem por finalidade institucional a promoção e proteção à saúde, mediante ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de doenças, incluindo educação, capacitação e pesquisa, para a melhoria da qualidade de vida da população amazonense.

A sede da Fundação de Vigilância em Saúde localiza-se em Manaus, porém as atividades da FVS/Am ocorrem tanto na capital como nos municípios do interior, distribuídos nas 9 regiões de saúde do estado. Entre as principais ações desenvolvidas pela FVS/AM destacam-se:

- Apoio técnico, supervisão e avaliação das ações rotineiras de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental em saúde dos municípios; Monitoramento, auditoria e avaliação dos recursos financeiros destinados às áreas de vigilância em saúde municipais; Capacitações de técnicos municipais em todas as áreas da vigilância em saúde; Capacitação do corpo técnico da FVS; Apoio técnico, supervisão e capacitação na Prevenção da Raiva humana e animal e Acidentes por Animais Peçonhentos;

- Execução, apoio técnico e supervisão dos programas Vigiágua, Vigidesastres, Vigipeq (projetos pilotos de agrotóxicos); Apoio técnico e orientação às Secretarias Municipais de Saúde para a implementação de ações de vigilância em saúde, com ênfase na coordenação e execução de programas sustentáveis de prevenção e controle da malária, dengue e tuberculose a nível municipal; Investigação, busca ativa de casos, emissão de alertas e de notas técnicas, estabelecimento de planos de contingência para mitigação, prevenção e controle de surtos e epidemias tais como rabdomiólise, zika vírus, chikungunya, dengue, malária, tuberculose, infecções alimentares e meningites, entre outras, na capital e no interior do estado; Acompanhamento e apoio técnico aos municípios vitimados pelas grandes enchentes e secas; Monitoramento e Supervisão das Ações de Vigilância Sanitária aos municípios do interior do Estado do Amazonas.

- Supervisão e Acompanhamento do planejamento e execução das Ações de Vigilância em Saúde nos Eventos de Massa das maiores festas tradicionais do Estado do Amazonas; Inspeções em Produtos e Serviços de Alto Risco na Capital e municípios do Estado do Amazonas, incluindo as 05 indústrias farmacêuticas existentes.

- Fortalecimento da integração entre vigilância, atenção básica e assistência em parceria com a SUSAM, e municípios do estado; Implantação/implementação de núcleos de vigilância hospitalar na Capital e interior, onde o estado conta atualmente com 38 núcleos; Implementação das

comissões de controle de infecção em todas as unidades que possuem UTI; Implantação de unidades-sentinela de coletas de amostras de zika vírus e chikungunya; implantação de diagnósticos PCR no LACEN

- Execução de ações de promoção conjuntas com órgãos municipais e estaduais dos programas Vida no Trânsito, prevenção de violência doméstica, academia de saúde, etc; Elaboração de perfil epidemiológico, relatório de gestão, boletins epidemiológicos, alertas, notas técnicas; Produção de material educativo; Implantação, Supervisão, apoio técnico aos Núcleos de Educação municipais;

- Elaboração e desenvolvimento de Projetos de interesse social, tais como Criação do projeto Brigadas contra o Aedes aegypti; Manutenção dos sistemas de informação de interesse epidemiológico no estado; Implantação e implementação do SI-PNI em todas as salas de vacina do estado; Implantação do Núcleo de Pesquisas na FVS; apoio de PVS's às pesquisas aplicadas da FVS; publicação de artigos científicos ; Implantação do Programa de Iniciação Científica na FVS

Entre os principais problemas para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde sob responsabilidade da gestão estadual do SUS no Amazonas, são identificados os que seguem:

- Insuficiência de RH para atender às novas demandas de vigilância (novas doenças emergentes como zika e chikungunya, execução de programas VIGIÁGUA, VIGIPEQ, VIGISOLO, VIGIAR: demissão de profissionais temporários, grande numero de aposentadorias e pedidos de demissão, licenças-prêmio, LIP, etc.; Insuficiência de recursos financeiros estaduais para a manutenção da FVS; Fragmentação de espaço físico em 5 diferentes áreas da cidade de Manaus, gerando dificuldades de comunicação, técnicas e administrativas e onerando custos de manutenção; Contingência de orçamento para gasto de recursos federais: Em 2015, em função de cortes em diárias, passagens, combustíveis, insumos, equipamentos, etc., foram priorizadas apenas as ações de malária, dengue, tuberculose e imunizações, tendo sido suspensas temporariamente outras atividades estratégicas de apoio técnico, supervisão abastecimento e capacitação aos municípios

São apontados ainda alguns aspectos relacionados à gestão municipal, que interferem na execução de ações da Vigilância em Saúde do estado:

- Baixo comprometimento de grande parte dos gestores municipais e interesse dos profissionais de saúde que trabalham nos programas; Atrasos no pagamento dos servidores nos municípios, questões políticas e interferências ambientais no processo de transmissão de doenças; Insuficiência de recursos financeiros para a execução das ações de vigilância; Gestão inadequada por parte de muitas Prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde quanto aos recursos federais transferidos para a Vigilância em Saúde ou outros Blocos de Financiamento, que afetam a execução das ações de saúde no município; Desastres naturais (grandes enchentes e secas), dificultando o acesso às medidas preventivas, assistência e diagnóstico de doenças endêmicas, bem como suas medidas de controle; Insuficiência de RH para atender às demandas de vigilância; Em 2015, em função de determinação judicial, a FVS foi obrigada a demitir mais de 300 ACE's temporários; Em função de lei federal a SVS limitou o financiamento para o pagamento de ACE's

Alta rotatividade de RH capacitado em função de ausência de política de fixação de profissionais de saúde no interior, duplicando os custos da FVS com capacitação, além de resultar em operação deficiente da vigilância Dificuldades nas capacitações por falta de espaço físico adequado em

alguns municípios; Falta de Computadores e internet para alimentar os sistemas de informação em tempo hábil; Falhas na alimentação dos sistemas de informações. P.ex. PNI –Mesmo implantado o SI-PNI, em todos os municípios do Estado, cerca de 50% dos municípios não estão informando no referido sistema;

Como medidas de intervenção para solução ou mitigação dos problemas são apontadas:

- Ampliação do quadro de pessoal para dar suporte as novas necessidades de serviço e substituição da mão de obra perdida em razão de demissões, aposentadorias e morte; garantir no orçamento da saúde recursos necessários para custeio e investimento em Vigilância em Saúde considerando o planejamento setorial e atividades programadas; Dotar a FVS/Am de infra estrutura adequada para o exercício de suas responsabilidades, garantindo espaço físico e equipamentos para o funcionamento adequado de suas atividades; Viabilizar a presença mais efetiva do estado nas Regiões de Saúde, criando estruturas para coordenação de ações da gestão estadual no território regional, incluindo as ações de gestão, atenção e vigilância em saúde.

1.6 Assistência Farmacêutica no Estado do Amazonas

É de responsabilidade da Central de Medicamentos do Amazonas - CEMA a Assistência Farmacêutica, estratégia prioritária na estrutura organizacional e institucional da Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas, com objetivo de promover, de forma efetiva, o acesso e o uso racional de medicamentos, por meio de uma Assistência Farmacêutica resolutiva no Estado do Amazonas, visando à melhoria contínua da saúde da população através de um conjunto de atividades destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Essas atividades estão regulamentadas na Política Nacional de Assistência Farmacêutica Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (resolução 338/2004) e constitui-se como política norteadora para a formulação de estratégias setoriais, voltadas especialmente para a garantia de acesso aos medicamentos e a outros insumos. Os objetivos desta política são racionalizar e ampliar o financiamento da assistência farmacêutica pública, qualificar tecnicamente a assistência farmacêutica para que se torne integral e resolutiva.

A Central de Medicamentos do Estado do Amazonas tem por objetivo principal abastecer a rede assistencial de insumos de medicamentos e produtos para a saúde de forma rápida, segura, integral e ininterrupta, sendo responsável pelos serviços de Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição e Dispensação, referente ao Ciclo da Assistência Farmacêutica, atendendo aos requisitos normativos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e promovendo a melhoria contínua da qualidade de seus processos.

As portarias mais recentes que norteiam algumas atividades da assistência farmacêutica são os Componente Básico da Assist. Farm. Portaria nº 1555/GM/MS de 30/07/2013, Componente Especializado Portaria nº 1554/GM/MS de 30/07/2013, Assist. Farm. Sistema Prisional Portaria nº 2.765/GM/MS e 1637/GM/MS, de 12 de dezembro de 2014 e portarias do Componente Estratégico, que são regulamentadas por programa.

O processo de aquisição de quaisquer itens de Medicamentos e Produtos para Saúde pela CEMA, se dá preferencialmente por pregão eletrônico de registro de preços. Os itens são catalogados no sistema governamental, chamado de E-Compras, que objetiva adquirir com menor preço e com qualidade assegurada.

Atualmente a CEMA vem abastecendo as 118 Unidades de Saúde do Estado, sendo: 50 na Capital e 68 no Interior, os Programas de Governo, Banco de Olhos e a Coordenação Estadual de Transplantes com medicamentos de média e alta complexidade e produtos para saúde. Além destes, realiza ações de abastecimentos nos períodos de enchente e vazante dos rios, para o atendimento aos municípios em caráter emergencial; para as ações do governo estadual e do exército, como Mutirões de Cirurgia, Ação Cívica e Social (ACISO), Correio Aéreo Nacional (CAN) com produtos para saúde e medicamentos que se fizerem necessários. .

A CEMA, atuando junto aos programas estratégicos do Ministério da Saúde, realiza uma média de 560 atendimentos mensais, incluindo unidades da capital e interior, referente aos seguintes programas: Programa Nacional de DST/AIDS, Programa Nacional Dermatologia Sanitária (Hanseníase), Programa Nacional Pneumologia Sanitária (Tuberculose), Programa Nacional Diabetes/Hipertensão, Programa Nacional Endemias Focais (malária, leishmaniose, tratamento de água), Programa Nacional de Hemoderivados (albumina humana), Programa Nacional de Influenza, Programa Nacional de Oncologia, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (vitamina A), Programa Nacional de Saúde da Mulher e Saúde da Criança (contraceptivos e palivizumabe).

Contabilizando o atendimento das unidades de saúde, ações governamentais, e dos programas estratégicos, em 2014 foram realizados 7.560 atendimentos para a capital 5.170 para o interior do estado; em 2015 foram 7.971 capital e 5.568 interior; A média mensal de todos os atendimentos é de 1.095.

A CEMA realiza ainda a análise de processos e mandados judiciais (que constam de medicamentos da rede ou não padronizados, bem como fraldas, nutrições e produtos para saúde), emitindo parecer técnico ou realizando o atendimento dos itens solicitados. Essa ação originou Programa Especial de Atendimento de Demandas (judiciais ou administrativas), que atende cerca de 1000 processos/mês. No ano de 2015 foram atendidos 18.708 processos.

Cabe a CEMA, quanto assistência farmacêutica estadual, normatizar, implantar e monitorar a execução das políticas da assistência farmacêutica do componente especializado, componente básico e do componente básico relacionado a Política Nacional de atenção integral à população privada de liberdade no sistema prisional.

O Programa Estadual de Medicamento Excepcional ou do Componente Especializado (conforme nova nomenclatura do Ministério da Saúde) – PROEME atende pacientes com doenças crônicas ou graves, de forma gratuita, dispensando os medicamentos de acordo com a Portaria 1554/13 do Ministério da Saúde, garantindo a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidados estão definidas em Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêutica do Ministério da Saúde. Atualmente são atendidos, em média, 11.200 pacientes ao mês.

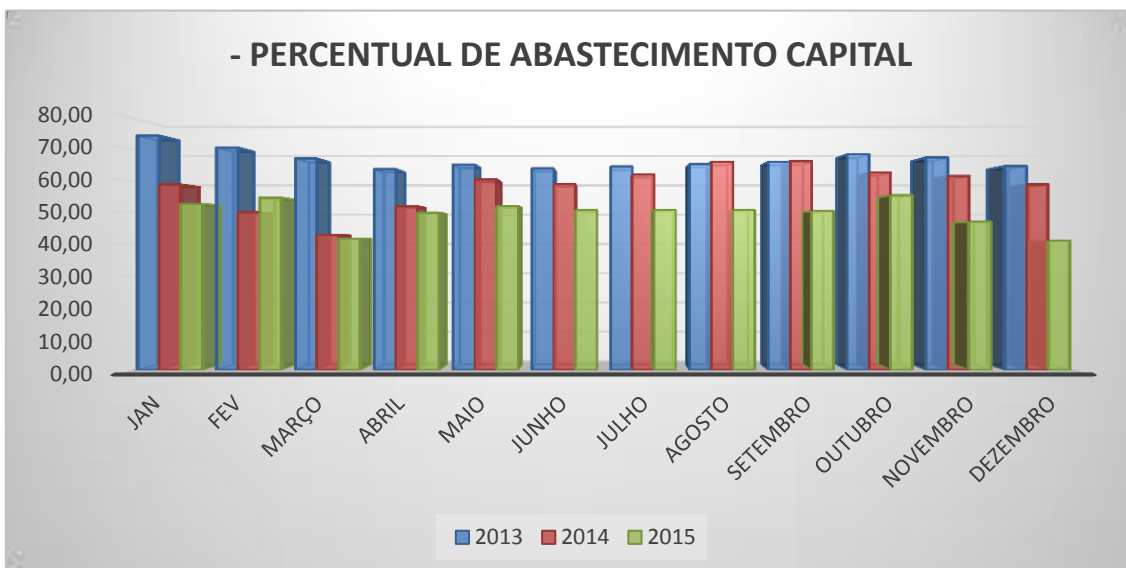
A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é financiada pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. De acordo com a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, a partida federal é de R\$ 5,10/habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de no mínimo R\$ 2,36/habitante/ano cada, sendo que esses recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes na RENAME vigente. Esse financiamento é regulamentado, no Estado do Amazonas pela Resolução CIB nº 134, de 16 de dezembro de 2013, que estipula o repasse do recurso de forma totalmente descentralizada, ou seja direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde dos municípios que não integram o Consórcio Público de Saúde do Alto Solimões.

Conforme solicitação enviada ao Ministério da Saúde, que foi regulamentada na Portaria nº 478, DE 1º de abril de 2014, ficam alterados os repasses dos recursos financeiros federais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica referentes aos Municípios do Alto Solimões (Atalaia do Norte, Amaturá, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutai, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga, Tonantins) que optaram por participar do Consórcio Público de Saúde do Alto Solimões. Para esses Municípios, a partir da competência fevereiro de 2014, os recursos federais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, correspondente a R\$ 5,10/habitante/ano, deverão ser repassados pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente ao Fundo Estadual de Saúde do Amazonas. O Fundo Estadual de Saúde deverá repassar os recursos indicados na portaria ao Consórcio Público de Saúde do Alto Solimões.

Em 2015, foi aprovada a Resolução CIB/AM Nº 089/2015, com base na Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014, dispondo sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e a Portaria nº 482/GM/MS, de 1º de abril de 2014, que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Nesta resolução foi aprovada a aquisição, com recurso federal, de medicamentos da Atenção Básica para a População Privada de Liberdade no Sistema Prisional para o Estado do Amazonas, através da CEMA, estabelecendo-se as normas de execução e a lista de medicamentos a serem adquiridos.

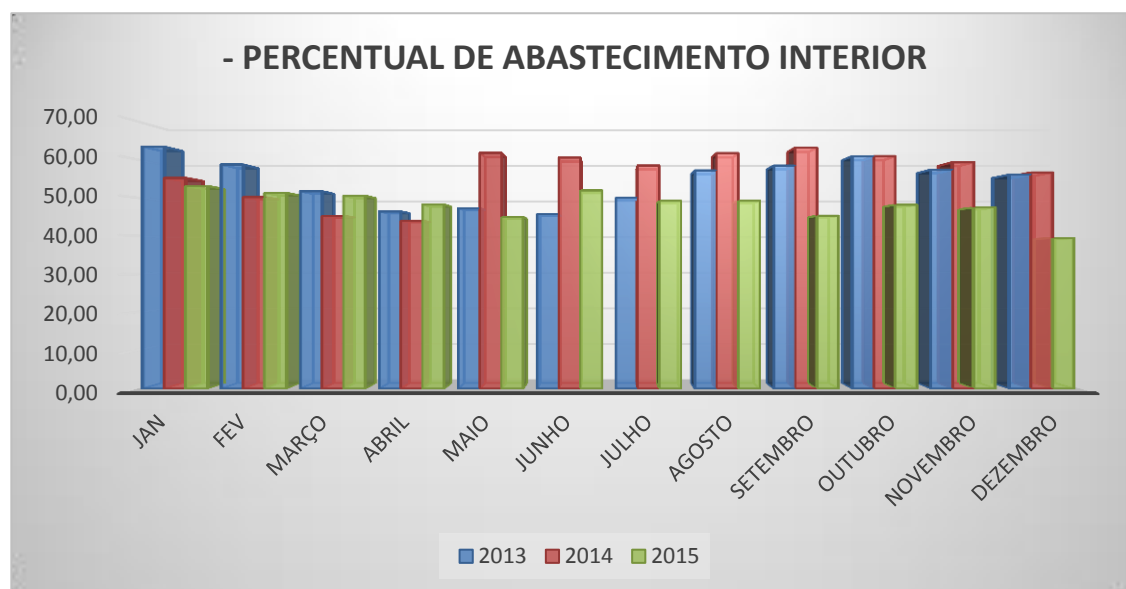
Nos últimos três anos CEMA vem enfrentando dificuldades quanto ao abastecimento satisfatório de medicamentos e insumos, devido a fatores administrativos, como por exemplo, número elevado de itens sem Ata de Registro de Preços, atrasos nas entregas pelos fornecedores etc, e ainda questões quanto relativas à disponibilidade de recursos, que vem sofrendo redução no orçamento da saúde, refletindo-se na diminuição da aquisição dos quantitativos programado.

Os gráficos números 37 e 38 a seguir, demonstram o queda no nível de abastecimento da rede assistencial do Estado (hospitais e pronto socorros, policlinicas, CAIC, CAIMI, SPA, CAPS e unidades Mistas do interior). Em geral observamos uma redução acentuada em 2015, que sinaliza um agravamento da situação em 2016.



Fonte: Gerência de Distribuição – CEMA

Gráfico 37 : Assistência Farmacêutica CEMA: % de Abastecimento da Capital



Fonte: Gerência de Distribuição – CEMA

Gráfico 38 : Assistência Farmacêutica CEMA: % de Abastecimento do Interior

Devemos considerar que o agravamento do quadro se deve a crise econômica que vivencia o país, com reflexos nos estados e municípios, com graves consequências, principalmente nos estados do norte e nordeste. Nesse contexto, destaca-se que o Amazonas sofreu grande perda de arrecadação, seguido do Decreto de nº 35616/2015, que determinou corte de 30 % nos gastos do governo do estado, incluindo a saúde, o que, conseqüentemente implica no declive do nível de estoque dos insumos nos almoxarifados da CEMA. Ressalte-se também as despesas realizadas pelo estado para custeio de medicamentos e produtos para a saúde nas unidades básicas do estado na capital (CAICs, CAIMIs e SPAs. UPA).

Dessa forma, os esforços da CEMA estão concentrados na regularização do abastecimento, e a execução da política de assistência farmacêutica que não tem sido realizada de forma satisfatória. A assistência farmacêutica básica não está sendo monitorada de forma efetiva e a política de assistência farmacêutica à população privada de liberdade encontra-se com as ações para aquisição de seus medicamentos atrasadas. A CEMA por estar desvinculada das ações de saúde da SES e com recursos humanos em quantidade insuficiente, vem realizando apenas o trabalho operacional, sem conseguir atuar próximo das coordenações de programas estratégicos, junto ao departamento de atenção básica ou mais próxima das secretarias especializadas de saúde (SEA capital e interior) para auxiliar e fornecer subsídios para a elaboração de estratégias políticas de competência da assistência farmacêutica, baseado na Política Nacional de Medicamentos, na Constituição Brasileira e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Assim, consideram-se como os principais problemas da Assistência Farmacêutica sob responsabilidade do estado a sua desestruturação e o desabastecimento da rede. Conforme a Política nacional de Medicamentos (Brasil, 1998), a reorientação da Assistência Farmacêutica é uma diretriz fundamental para o cumprimento de seus principais objetivos.

A Assistência Farmacêutica é um eixo importante dentro da política de redes de atenção à saúde, e deverá, portanto, estar organizada e estruturada de maneira que possa promover e assegurar esforços conjuntos e cooperativos dos atores e demais segmentos envolvidos com essa dimensão, fortalecidos pela intersetoriabilidade das ações e da capacitação contínua dos profissionais de saúde do setor público nos diversos aspectos da Política de Saúde e de Assistência Farmacêutica em todos os níveis de atenção.

Para efetivá-la, é fundamental ter como princípio básico norteador o Sistema Integrado de Assistência Farmacêutica, constituído por elementos e componentes que formam um conjunto de ações interligadas, técnica e cientificamente em critérios de equidade, custos e efetividade. A Assistência Farmacêutica possui caráter sistêmico e multiprofissional, não estando restrita ao simples abastecimento de medicamentos, mas sim ao seu principal objetivo: o acesso e o uso racional de medicamentos.

O desenvolvimento do Sistema Integral de Assistência Farmacêutica ocorre através das áreas de normatização, estruturação e organização, desenvolvimento de logística, monitoramento e avaliação de ações, que, quando implantadas e implementadas, conseguem atingir a gestão plena da saúde, na sua totalidade, com a prevenção das doenças e a promoção do uso racional dos medicamentos e insumos.

Para que essas as ações sejam implantadas/implementadas, a Assistência Farmacêutica necessita ser reestruturada tanto na estrutura organizacional dentro da Secretaria Estadual de Saúde, quanto em sua estrutura interna, sendo a principal proposta de ação para reorganização do serviço, sendo também necessárias outras ações complementares para a implementação da política no âmbito do estado.

O objetivo principal a ser atingido é o de garantir a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS no Estado do Amazonas com a 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.

Entre as ações propostas estão:

- Alterar a posição da CEMA no organograma da secretaria estadual de saúde, onde a mesma fique vinculada diretamente ao secretário de saúde ou à secretaria adjunta de atenção à saúde, permitindo que seja vista e realmente considerada um ente promotor e articulador de políticas de saúde associadas a assistência farmacêutica; Readequar a estrutura organizacional da CEMA com o objetivo de favorecer a execução adequada da assistência farmacêutica; Elevar o percentual de abastecimento, para pelo menos, 60%, com Fornecimento de Medicamentos e Insumos para Rede Assistencial do Estado; Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS; Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza, garantindo que os municípios contemplados pelo Programa QUALIFAR-SUS continuem recebendo o recurso, através da prestação de contas adequada; Garantir o fornecimento de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para os pacientes cadastrados no Programa Estadual de Medicamento Especializado – PROEME; Fortalecer as ações da Assistência Farmacêutica junto as coordenações dos programas Ministério da Saúde, a fim de garantir uma programação efetiva de aquisição sem perdas por validade; Auxiliar os municípios na implementação da assistência farmacêutica básica, através de parcerias com DABE e COSEMS; Elaborar a RESME, que é uma diretriz do ministério da Saúde, e o formulário Terapêutico do Estado, instrumento complementar à RESME, que disponibiliza e contempla as informações técnico-científicas básicas, fundamentais, mais importantes e atualizadas sobre cada um dos medicamentos selecionados, visando orientar e subsidiar os prescritores, numa definição crítica do tratamento mais adequado para o paciente, além de contribuir para um uso mais criterioso e racional dos medicamentos.

1.7 Recursos Financeiros

O estado do Amazonas vem aplicando na última década, em média 21% de recursos próprios em saúde bem acima do percentual obrigatório em lei, que é de 12 %, conforme demonstrado no gráfico a seguir:

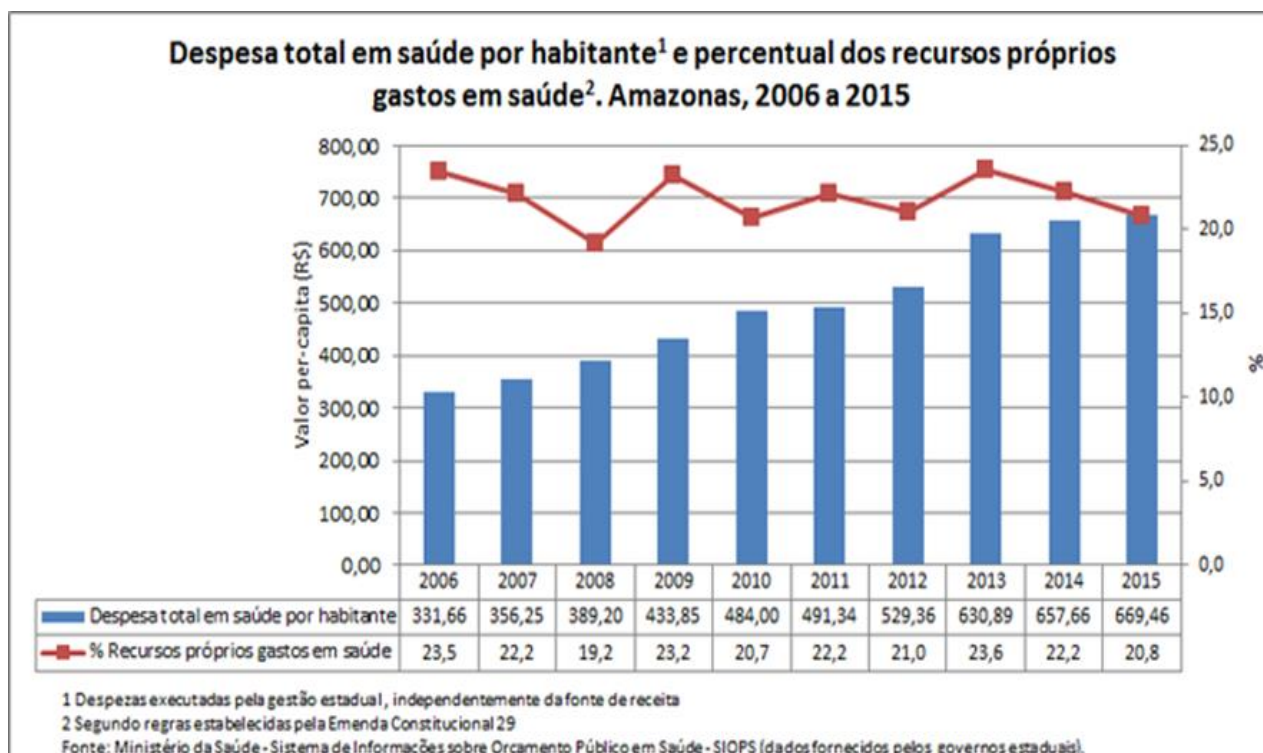


Gráfico 39: Despesa total em saúde por habitante e % dos recursos próprios gastos em saúde. Amazonas, 2006 a 2015

Em relação aos recursos transferidos pelo Governo Federal para a saúde, nos últimos 5 anos não tem havido grandes variações de valores, excetuando-se para a Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade, que em 2015 teve um aporte acima de R\$ 600 Mi conforme o gráfico abaixo:

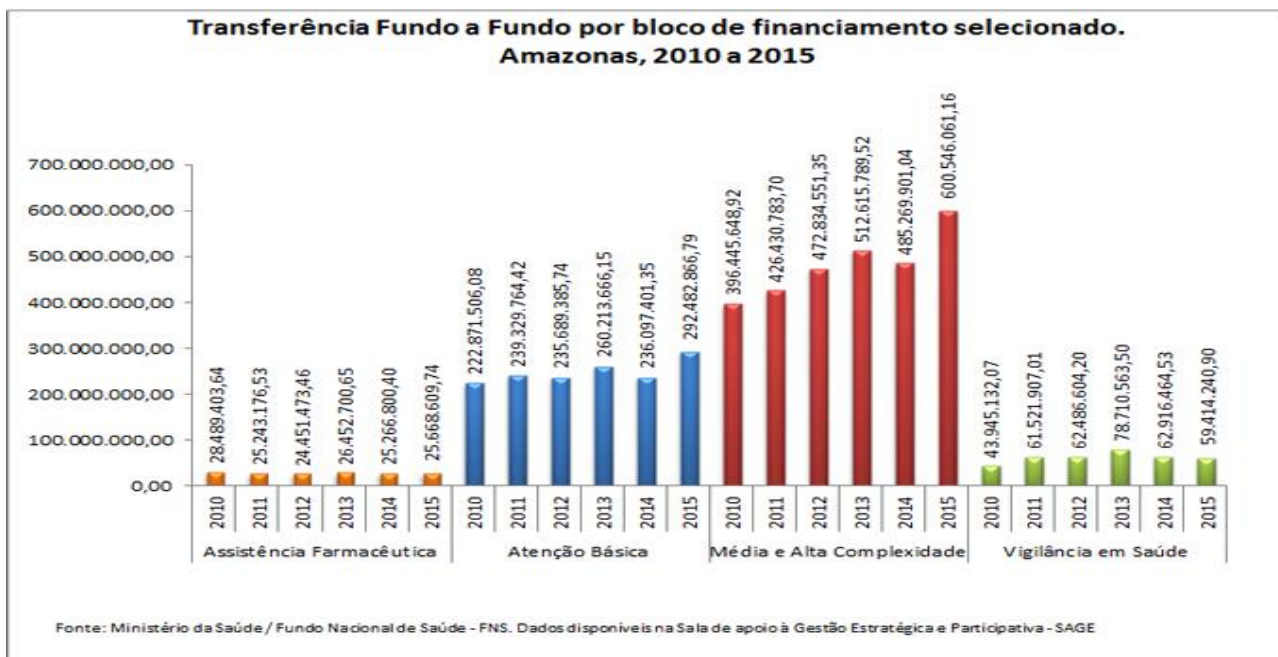


Gráfico 40: Transferência Fundo a Fundo por Bloco de Financiamento selecionado. Amazonas, 2010 a 2015

Referente ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, o estado vem gradativamente aumentando o limite, principalmente através da captação de recursos de incentivos federais para qualificação de ações e serviços relacionados às redes de atenção à saúde

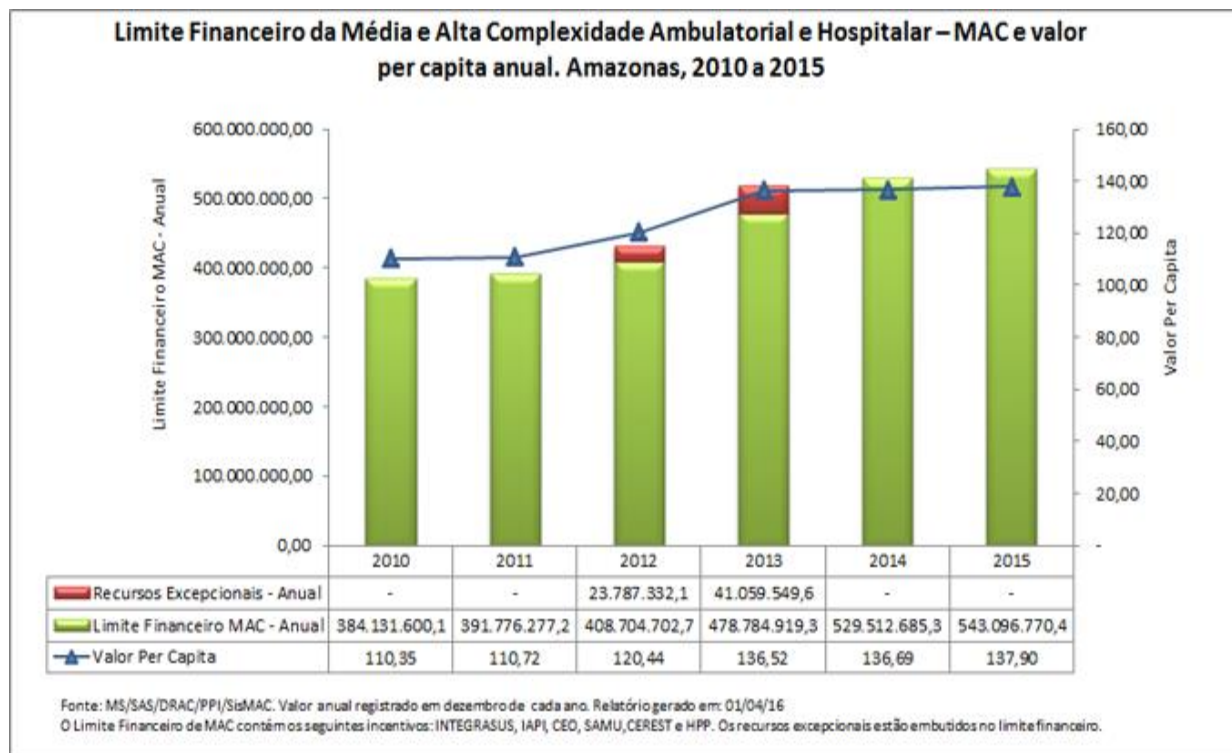


Gráfico 41: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e Valor Per Capita Anual. Amazonas, 2010 a 2015

Mesmo considerando esses avanços, no ranking dos estados que recebem financiamento federal para ações de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, o Estado do Amazonas ocupa a antepenúltima posição, o que em 2015 correspondeu a R\$ 137,90 per capita, só ficando acima do Pará e do Maranhão. Esse subfinanciamento federal evidencia o alto custo para o Estado e Municípios na execução dos serviços, uma vez que obriga o governo do estado e prefeituras a complementar com recursos próprios o orçamento, para suprir as necessidades de saúde da população que busca atendimento no SUS local.

Gasto público total (coincidindo com as informações referentes à execução orçamentária e financeira):

O Orçamento da Saúde, administrado pela Secretaria Estadual de Saúde/Fundo Estadual de Saúde, gerido de forma descentralizada através de unidade orçamentária própria, busca evidenciar as políticas governamentais e os programas de trabalho, observados o plano estadual de saúde, o plano plurianual, a lei de diretrizes orçamentárias, a lei orçamentária anual, os princípios orçamentários, bem como os padrões e normas estabelecidas na legislação pertinente.

A execução orçamentária da Saúde, através do Fundo Estadual de Saúde (FES), para o exercício de 2015, amparada na Lei nº 4.109 de 22 de dezembro de 2014, Lei Orçamentária Anual – LOA, foi da ordem de R\$ 2.179.127.000,00 (Dois bilhões, cento e setenta e nove milhões, cento e vinte e sete mil reais), dos quais R\$ 1.689.542.000,00 (Hum bilhão, seiscentos e oitenta e nove milhões, quinhentos e quarenta e dois mil reais) se originaram do Tesouro Estadual, R\$ 488.855.000,00 (Quatrocentos e oitenta e oito milhões, oitocentos e cinquenta e cinco mil reais) de repasses do Fundo Nacional de Saúde e R\$ 730.000,00 (Setecentos e trinta mil reais) de outras fontes.

No decorrer do exercício foram realizadas alterações no orçamento inicial, que representaram acréscimo de 24,82%, conforme demonstramos a seguir:

Orçamento FES/SUSAM - 2015

Demonstrativo de Créditos Iniciais e Adicionais	
Especificação	Valor R\$
1. Orçamento Inicial	2.179.127.000,00
2. Créditos Adicionais	1.493.102.660,79
2.1 Suplementares	1.493.102.660,79
2.2 Especiais	-
3. Créditos Anulados	950.307.704,18
3.1 Orçamentários e Suplementares	950.307.704,18
4. Orçamento Autorizado (1+2-3)	2.721.921.956,61
Acréscimo Em Relação Ao Inicial (%)	24,82%

Fonte: Sistema de Administração Financeira – AFI

Quadro 21 : Orçamento FES/SUSAM: Demonstrativo de Créditos Iniciais e Adicionais

Do orçamento autorizado, o FES destacou o total de R\$ 2.305.716.257,36 (Dois bilhões, trezentos e cinco milhões, setecentos e dezesseis mil, duzentos e cinquenta e sete reais e trinta e seis centavos) em favor das Unidades Gestoras e Fundações que compõe a Rede Estadual de Saúde, bem como outros órgãos da administração estadual que executam serviços e ações em saúde.

A execução orçamentária atingiu o nível de 96,89% considerando o empenhado em relação ao crédito autorizado total, abrangendo além da função principal, a saber, a função 10 – Saúde, a função 28 - Encargos Especiais, configurando-se de acordo com o quadro abaixo:

Execução Orçamentária e Financeira FES/SUSAM- 2015

Fonte de Recursos	Autorizado	Empenhado	Liquidado	Pago
Tesouro Estadual	2.076.217.802,17	2.060.068.969,70	2.045.301.070,83	1.958.187.008,49
Tesouro Federal	644.232.104,59	576.030.823,56	511.897.319,92	505.868.853,92
Outras Fontes	1.472.049,85	1.200.175,85	1.183.801,85	1.137.749,43
Total Geral	2.721.921.956,61	2.637.299.969,11	2.558.382.192,60	2.465.193.611,84

Fonte: Sistema de Administração Financeira – AFI

Quadro 22 : Execução Orçamentária e Financeira FES/SUSAM- 2015

SIOPS (Aplicação de Recursos Próprios na saúde):

O Fundo Estadual de Saúde, atendendo o disposto no § 3º do art. 198 da Constituição Federal, regulamentado pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, centraliza o levantamento, alimentação e envio de dados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS relativos à gestão estadual, apurando que, no exercício de 2015, o Estado do Amazonas aplicou da sua receita obrigatória com ações e serviços públicos de saúde 20,78%, conforme demonstrativo abaixo, seguindo a tendência de aplicação acima do preconizado na legislação federal, excedendo 8,78% do mínimo constitucional.

Demonstrativo de Recursos Aplicados - SUSAM - 2015

Demonstrativo de Aplicação na Saúde (conforme Constituição Federal)		
Especificação	VALOR R\$	
Receitas		
1. Receitas de Impostos	8.319.372.239,94	
2. Transferências da União	2.183.851.300,67	
3. (-) Dedução das Transferências Constitucionais e Legais	2.033.762.861,9	
4. Total (1+2-3)	8.469.460.678,71	
5. Valor Mínimo A Aplicar (12% Do 4)	12,00%	1.029.485.536,00
6. Total Aplicado	20,78%	1.905.350.722,99
7. Diferença (6-5)	8,78%	875.865.186,99

Fonte: SIOPS/MS

Quadro 23 : Demonstrativo de Recursos Aplicados - SUSAM - 2015

Série histórica dos principais indicadores do SIOPS/MS do Estado do Amazonas 2011 a 2015:

Indicador		2015	2014	2013	2012	2011
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Estado	49,58 %	48,23 %	47,64 %	48,51 %	53,84 %
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Estado	35,01 %	32,45 %	31,48 %	33,44 %	37,34 %
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Estado	13,10 %	10,92 %	11,93 %	11,71 %	11,60 %
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Estado	99,80 %	99,82 %	99,87 %	99,77 %	100,00 %
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Estado	19,59 %	15,17 %	17,64 %	16,94 %	16,01 %
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Estado	67,09 %	63,99 %	62,79 %	64,91 %	73,12 %
2.1	Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Estado, por habitante	669,46	679,08	630,89	529,36	491,34
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	32,38 %	32,19 %	34,02 %	61,95 %	60,35 %
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	3,67 %	3,63 %	4,63 %	2,94 %	1,22 %
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	15,86 %	19,02 %	16,82 %	16,73 %	16,82 %
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	1,00 %	4,39 %	6,65 %	1,23 %	1,56 %
2.10	SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	58,27 %	60,86 %	60,58 %	71,87 %	64,09 %
2.20	SUBFUNÇÕES VINCULADAS	39,31 %	36,37 %	37,56 %	26,71 %	34,76 %
2.21	Atenção Básica	0,09 %	0,12 %	0,06 %	0,10 %	0,18 %
2.22	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	28,31 %	26,55 %	27,19 %	17,17 %	24,73 %
2.23	Suporte Profilático e Terapêutico	10,00 %	9,11 %	9,34 %	7,93 %	7,12 %
2.24	Vigilância Sanitária	0,28 %	0,03 %	0,02 %	0,02 %	0,03 %
2.25	Vigilância Epidemiológica	0,63 %	0,56 %	0,95 %	1,48 %	2,70 %
2.26	Alimentação e Nutrição	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
2.30	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	2,42 %	2,77 %	1,86 %	1,42 %	1,15 %
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	20,44 %	19,21 %	19,09 %	21,93 %	21,97 %
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	20,78 %	22,19 %	23,57 %	21,00%	22,18%

Fonte: SIOPS/MS

Quadro 24: Série histórica dos principais indicadores do Estado do Amazonas 2011 a 2015:

Relação com os Municípios e Fundo Municipal de Saúde – FMS:

O Fundo Estadual de Saúde promove repasse aos Fundos Municipais de Saúde dos recursos federais destinados a atender os municípios não plenos, os quais são transferidos pelo FNS ao FES, que posteriormente repassa ao município beneficiário do recurso. A título de exemplificação, podemos citar os recursos destinados a atender campanhas de vacinação, Assistência Farmacêutica Básica e Média e Alta Complexidade, em conformidade com as resoluções consensuadas na Comissão Intergestoras Bipartite - CIB.

No que diz respeito à contribuição com recursos próprios ao financiamento tripartite, o FES transfere recursos mediante pactuações consensuadas na CIB ou por exigência legal, conforme as determinações do Ministério da Saúde e legislação do SUS.

O detalhamento das pactuações e transferências Fundo à Fundo encontra-se descrita no Anexo 2: Metodologia, Critérios e Previsão de Repasse de Recursos aos Municípios

Transparência

Quanto à transparência na informação da utilização do recurso, embora não disponha de instrumentos próprios de divulgação da aplicação dos recursos da saúde, esta informações encontram-se disponíveis em sítios com acesso livre ao público, quais sejam:

- Portal da Transparência: <http://www.transparencia.am.gov.br/transpprd/>
- Portal do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS): <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>
- Portal da Secretaria de Estado de Fazenda (SEFAZ): <http://www.sefaz.am.gov.br/>
- Portal da SUSAM: www.saude.am.gov.br

1.8 Gestão da Saúde

1.8.1 Situação da Gestão

Em 2004 o Estado habilitou-se à condição de Gestor Pleno do Sistema Estadual, conforme PT GM/MS N° 219/GM de 13/02/04. Neste mesmo ano, aconteceram as transferências de 21 unidades básicas do Estado para a gerência do município de Manaus. Nesse período o estado contava com 10 municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM e 52 municípios permaneciam 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, com propostas de 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 2015 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.

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, observando-se no entanto, que até o momento não houve consenso entre os municípios, o estado e o governo federal, quanto a assinatura do contrato regional, considerando as questões de especificidades regionais e a questão do financiamento adequado à realidade do estado que demandam um modelo diferenciado para o funcionamento e a sustentabilidade do sistema de saúde regionalizado.

1.8.2 Instâncias de Pactuação e Controle Social

▪ Comissão Intergestores Bipartite - CIB/AM

A Comissão Intergestores Bipartite do Amazonas, foi instituída pela Portaria nº 1.902/93-GSESAU de 09 de agosto de 1993, vinculada à SUSAM – Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. É instância colegiada de articulação, negociação e pactuação estadual, que no âmbito do SUS - Sistema Único de Saúde permite a operacionalização e a pactuação nos processos de gestão Estadual e Municipal, as estratégias de hierarquização e execução das ações e serviços, criando mecanismos institucionais para o fortalecimento da capacidade de gestão em ambas esferas.

O funcionamento da CIB, segundo Regimento Interno, artigo 2º e § único, dar-se-á por consenso, em reunião e seu produto será em forma de Resolução, assinada pelo Coordenador da CIB ou seu representante legal e pelo Presidente do COSEMS/AM - Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas e homologada pelo Gestor Estadual de Saúde, com posterior publicação no Diário Oficial do Estado. Após esgotadas as possibilidades de consenso, as questões deverão ser enviadas para apreciação da CIT – Comissão Intergestores Tripartite.

A CIB/AM é internamente administrada por um Coordenador e uma Secretaria Executiva. Esta composta por uma Secretária, quatro Técnicos de nível superior, dois Agentes Administrativos e três estagiários. Funciona de segunda a sexta, em horário comercial.

Quanto a sua composição, é formada por vinte e dois membros, onze representantes da gestão estadual e onze por representantes dos gestores municipais, que se reúnem na última segunda-feira de cada mês, conforme calendário oficial aprovado em Reunião, para deliberar sobre assuntos de sua competência definidos em Regimento Interno e na Legislação vigente. Os Processos submetidos e consensuados pelo colegiado geram Resoluções com força legal.

As pautas são organizadas conforme solicitação dos interessados via formação de Processo Administrativo que é analisado por um Membro Relator. As principais pautas giram em torno da Gestão de saúde, o que tem trazido grande avanço ao Estado. A CIB/AM realiza divulgação de seus atos, mantendo um canal aberto a consulta para toda a sociedade via internet, através do site www.saude.am.gov.br/cib, onde podem ser acessados o calendário anual das Reuniões do Colegiado e todas as Resoluções produzidas desde a sua implantação até os dias atuais.

▪ Conselhos Estadual de Saúde – CES/Am:

O CES/Am, instituído nos termos da Lei nº 2.221, de 17 de maio de 1993, reorganizado pela Lei no 2.371, de 26 de dezembro de 1995 e alterado pela Lei no 2.670 de 23 de julho de 2001, é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo, normativo e fiscalizador do SUS, no âmbito Estadual. Composto com representatividade de diversos setores da sociedade amazonense, possui composição paritária, sendo 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços na saúde.

O CES/Am encontra-se assim estruturado: Presidente; Plenário; Mesa Diretora; Câmara/Comissões; Secretaria Executiva. Quanto a sua operacionalização, a SUSAM é responsável de manter o conselho em funcionamento e não conta com incentivos federais específicos para esse custeio. O conselho funciona nas dependências da Sede da SUSAM. O plenário do conselho reúne-se, no mínimo, uma vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, sendo suas reuniões plenárias abertas ao público.

Principais atividades desenvolvidas pelo CES/Am: Deliberação das políticas estaduais da saúde;

Fiscalização do SUS no âmbito estadual, inclusive da aplicação do dinheiro público na saúde; Acompanhando, como está a saúde da população e a qualidade dos serviços oferecidos; Apreciação e aprovação dos Instrumentos de Planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual, Relatórios Quadrimestrais, Relatórios de Gestão) e outros planos de ação; Capacitações/treinamentos para os conselheiros estaduais e municipais; Cooperação técnica aos municípios para o funcionamento dos Conselhos Municipais.

O Conselho Estadual de Saúde também é o responsável, conjuntamente com a Secretaria Estadual de Saúde, por organizar a Conferência Estadual de Saúde. As Conferências de Saúde previstas na Lei 8.142/90, são fóruns que acontecem a cada quatro anos, promovidos nos níveis federal, estadual e municipal, com representação de vários segmentos sociais e traduzem-se num esforço no sentido de fazer valer a democracia popular e a gestão participativa no Sistema Único de Saúde.

O Amazonas tem cumprido a determinação legal e realizado as conferências de saúde regularmente, sendo a mais recente, a 7ª Conferência Estadual de Saúde ocorrida em Manaus, no período de 28 a 30 de setembro de 2015 e teve a participação de mais de 700 convidados e 100 membros da Comissão. Esta Conferência foi precedida de 62 Pré-Conferências Municipais ocorridas nos municípios, que debateram situação de saúde do Estado e discutiram propostas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde no âmbito estadual para os próximos anos;

Relativo aos principais problemas identificados para o desenvolvimento das ações do Controle Social através do CES/Am, são citados: Recursos financeiros insuficientes para realizar as atividades do CES/AM; Insuficiência de profissionais para atender as demandas do conselho; Regimento interno do CES/AM não atende as necessidades atuais; Deficiência no gerenciamento de atividades da secretaria executiva; Alta rotatividade dos conselheiros municipais capacitados para as atividades de controle social; O fluxo para avaliação das políticas implantadas no Estado necessita ser otimizado, de forma a permitir que sejam apreciadas em todas as situações previstas para o conselho atuar.

Como proposta de intervenções são apontadas: Garantir na LOA mais recursos financeiros para realizar as atividades do CES/AM; Disponibilização de mais RH para suprir a demanda do conselho; Reformular e aprovar o regimento interno do CES/AM para atender as necessidades atuais; Ajustar processos de trabalho na Secretaria Executiva do CES/AM; Capacitar/treinar conselheiros estaduais e municipais para as atividades de controle social.

▪ Ouvidoria Estadual do SUS

A Ouvidoria do Sistema Único de Saúde tem sua organização realizada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/MS- DOGES, tendo sua base legal a Constituição Federal, Lei nº 8.080/1990, Pacto de Gestão do SUS (Portaria GM/MS nº 2536/2014), Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS (Portaria GM/MS nº 3.027/2007), Decreto Presidencial nº 6.680/2009, Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.820/2009).

A Ouvidoria é por excelência, um espaço de fundamental importância, pois proporciona a criação de canais democráticos de informação, de escuta da população em geral e de recepção de manifestações dos cidadãos, para melhor qualificar a gestão do SUS. A implantação da Ouvidoria do SUS, estruturada e articulada com a participação do cidadão, contribui para o fortalecimento da democracia e da gestão participativa no SUS. Sua consolidação como efetivo espaço de cidadania é um caminho ainda em percurso, exige inúmeros esforços em busca de harmonização de diferentes olhares e anseios, mas sempre em busca de conceder a saúde como um bem e um direito em seu sentido mais amplo.

No Estado do Amazonas, a Ouvidoria foi criada através da portaria nº 1297/2010 G/SUSAM, e através da sua responsável recebeu a denominação de Rede Estadual de Ouvidoria do SUS/AM, e como ferramenta de trabalho utiliza sistema informatizado OuvidorSUS/MS, onde são registradas as manifestações dos usuários.

Rede Estadual de Ouvidoria do SUS - Atualmente está composta por 20 unidades estaduais de saúde, 5 hospitais, 5 maternidades, 4 fundações, 2 policlínicas, 2 hospitais universitários, 1 UPA, sendo que a coordenação central é na sede da Secretaria Estadual de Saúde, tem como padrão em seu atendimento a sensibilidade diante da manifestação do cidadão, que pode ser uma solicitação, reclamação, elogio, denúncia, informação e sugestão.

A atuação em rede pressupõe que o cidadão poderá registrar sua manifestação em qualquer uma das unidades com ouvidoria, mesmo que essa não seja a destinatária de sua demanda. O cidadão será acolhido e sua manifestação registrada e encaminhada a quem de direito. Para a implantação de uma ouvidoria há etapas: sensibilização e conquista do gestor diante da proposta de implantação; escolha da equipe; espaço físico adequado; capacitação da equipe; sensibilização dos servidores da unidade e acompanhamento contínuo do serviço; são oferecidas várias atividades à equipe como reuniões, cursos, encontros e debates. Também são desenvolvidas atividades com o DOGES/MS e com a Ouvidoria Geral do Estado do Amazonas.

Desde seu início a Rede Estadual de Ouvidoria do SUS-AM tem oferecido aos gestores municipais encontros de sensibilização, cursos de capacitação, participação em reuniões da CIR, apresentações em reuniões do CES, e mesmo assim, somente o município de Manaus tem Ouvidoria. Em 2015, 30 municípios pactuaram implantação de ouvidoria, mas não concretizaram a pactuação.

Para um melhor desempenho, é necessário que a Ouvidoria seja inserida de direito na estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde, como já é de fato; uma equipe multidisciplinar, para cumprir o planejado e celeridade nas ações, para que assim contribua mais para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Como principais problemas identificados pela Ouvidoria são mencionados: Regulamentação estadual do serviço de Ouvidoria do Sistema Único de Saúde na estrutura organizacional e a criação do cargo de Ouvidor, pois atualmente a portaria nº 1297/2010 G/SUSAM é somente de designação;

Dificuldade na implantação de Ouvidorias nos municípios; Falta de conhecimento e/ou entendimento dos gestores do serviço Ouvidoria como espaço de cidadania e ferramenta de gestão

Como medidas de intervenção, são propostas: Regular o serviço de Ouvidoria do SUS do Estado e do cargo de ouvidor estadual do SUS; Ampliar o número de servidores para a Ouvidoria e estruturar as áreas físicas para o pleno funcionamento; Reativar as parcerias com COSEMS, CIB, Conselhos Municipais e outras instituições; Estimular as adesões da política de Ouvidoria no âmbito municipal para utilização dos serviços de Ouvidoria como ferramenta de gestão do trabalho no planejamentos de suas ações.

1.8.3 Serviço de Auditoria do SUS

A Auditoria no Sistema Único de Saúde está organizada por meio do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), instituído pelo art. 6º, da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 e regulamentado pelo Decreto 1.651, de 28 de setembro de 1995, que estabelece suas atividades.

O Sistema Estadual de Auditoria SEA/SUS/AM foi criado pelo Decreto Estadual nº 18.879, de 02 de julho de 1998 e integra o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde; utiliza o sistema de informação nacional denominado SNA, onde são incluídas todas as programações e relatórios, integrantes do processo de trabalho.

Em 2015 foram Programadas 11 (onze) Auditorias e concluídas 09 (nove), além das Atividades de Apuração de denúncias, Pareceres Técnicos, Visitas Técnicas e Proposições de Termos de Ajuste Sanitário. Também são desenvolvidas várias atividades em parceria com o Componente Federal de Auditoria.

Os membros da equipe do Componente Estadual de Auditoria do SUS no Amazonas recebem periodicamente capacitações e treinamentos promovidos pelo Sistema Nacional de Auditoria. Para cumprir as atribuições da Auditoria, há necessidade da existência de uma equipe multidisciplinar e com uma quantidade de integrantes, em número compatível, para executá-las com abrangência suficiente, assegurando padrões técnicos satisfatórios e de excelência e manter os membros da equipe em constante atualização através de cursos, especializações e treinamentos.

Os principais problemas priorizados pela Auditoria do SUS no estado foram: Quantitativo de Auditores insuficiente, pois de acordo o número de habitantes do estado do Amazonas e conforme os parâmetros do DENASUS há necessidade de 34 (trinta e quatro) auditores; Não cumprimento da totalidade das ações programadas; Dificuldade na implantação dos componentes municipais de auditoria nas regionais de saúde do Amazonas; Falta de capacitação e estruturação dos Componentes de Auditoria em relação à fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde; Necessidade de estreitamento nas relações com os Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores;

Diante dos principais problemas apresentados pela Auditoria do SUS foram apresentadas as seguintes propostas de intervenções: Reformulação da Lei Delegada n.º 77 revendo a estrutura organizacional da SUSAM e ampliação do número de Auditores; Retorno de todos os Auditores para o setor; Instituição de mecanismos e protocolos de trabalho, além da fixação de prazos mais rígidos para conclusão das atividades; Estreitar as parcerias com Componente Federal de Auditoria, CIB, Conselhos, COSEMS e outros órgãos ou instituições que possam fomentar a implantação de componentes municipais de Auditoria; Buscar capacitação e interlocução com os Componentes de Auditoria em outros estados que já realizam esta atividade; Estimular as Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde a utilizar os serviços dos componentes de Auditoria para subsidiar o processo de planejamento e gestão; Despertar o interesse dos gestores para implantação de componentes municipais de Auditoria.

1.8.4 Controle e Avaliação

O Departamento de Controle e Avaliação Assistencial-DECAV/SUSAM, de acordo com o regimento atual tem por competência o acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, o qual é desenvolvido nas Unidades de Saúde a fim de adequadas as realidades locais e em consonância com a legislação específica e normas complementares estabelecidas, refletindo inclusive as prioridades assistenciais com perspectivas de mudança do modelo de atenção a saúde.

Possui em sua estrutura a Gerência de Análise de Contas-GEAC e a Gerência de Controle e Avaliação dos Serviços Assistenciais-GECAV, informalmente existem dois setores que subsidiam a GECAV que são: Setor de Monitoramento Assistencial e Setor de Processamento de Dados.

Fazendo uma análise situacional, observa-se como situação de maior preocupação, a ausência de ferramenta única para otimizar as informações, hoje os Sistemas de Informações que não se comunicam, são fragmentados, das bases de dados e dos sistemas, e redundantes, na produção da informação. Não há celeridade na finalização do Sistema que ora se encontra em desenvolvimento, na perspectiva de um conjunto essencial de dados com foco no indivíduo, reduzindo seu viés centrado no faturamento e não acompanhando as inovações nas modalidades do financiamento do SUS.

A execução dos serviços se dá de forma que não apresenta o impacto esperado, principalmente como subsídio aos setores / segmentos da estrutura organizacional da SUSAM, pela falta de priorização orçamentária para realização das ações Departamento de Controle e Avaliação Assistencial como recursos de custeio para passagens e diárias; investimento em materiais permanentes e recursos humanos para suprir e atender as demandas que os SIS exigem, como o acompanhamento sistemático, capacitação in loco.

Outro fator que contribui para o não cumprimento das competências é a falta de prioridade dos Gestores dos Estabelecimentos de Saúde sob Gestão Estadual em relação aos SIS, uma vez que as informações quando enviadas são frágeis fazendo com que a produção informada não atinja o teto financeiro MAC. Quanto ao serviço de análise de contas, as ações estão voltadas somente para análise de produção ambulatorial de prestadores da rede privada conveniada, não atendendo a rede pública e os serviços hospitalares de forma geral, assim como não há uma relação mais estreita com

o SISREG, no que se refere ao cruzamento das informações através de seus relatórios, evidenciando os seguintes problemas:

Dificuldade em oferecer suporte técnico aos Estabelecimentos dos Municípios do interior para o funcionamento dos Sistemas de Informação – SIS; Profissionais dos Estabelecimentos de Saúde dos Municípios com insuficiente qualificação sobre os Sistemas de Informação; Não priorização dos Indicadores de Controle e Avaliação; Falta de priorização orçamentária para realização das ações Departamento de Controle e Avaliação Assistencial; Não realização de Análise de Contas que atenda a rede pública e os serviços hospitalares de forma geral; Falta do envio das informações pelo Gestor local - Unidades sob Gestão Estadual dos Municípios do interior, de forma sistemática; Inexistência ou insuficiência de apoio do órgão de referencia do MS (DATASUS) em nível nacional e regional;

Os problemas ocasionados pela fragilidade da gestão, proporcionam consequências inevitáveis, tais como: Baixa qualidade da informação dos Sistemas com inconsistências e Subnotificações; Acompanhamento insuficiente por parte do nível central/DECAV; Indicadores que não refletem a real situação dos serviços; Apoio deficiente aos Municípios; Alimentação irregular das bases de dados obrigatórias e fidedignidade das informações comprometidas inúmeras vezes, incluindo falta do envio das informações pelo Gestor local - Unidades sob Gestão Estadual dos Municípios do interior, de forma sistemática; Produção informada não atinge o teto financeiro MAC; Não inclusão do Departamento de Controle e Avaliação nas equipes de discussão de áreas afins como Supervisão, Redes de Atenção, CIR.

Assim sendo, para a prestação de um serviço com qualidade, e a fim de que os setores possam usufruir de informações fidedignas, o Departamento aponta algumas propostas de intervenções: Apoiar a implantação e implementação das Políticas de Saúde sobre Sistemas de Informação de Produção; Prestar cooperação técnica junto aos Estabelecimentos de Saúde dos Municípios; Colaborar na operacionalização dos Sistemas de Informações de Produção, visando maior conhecimento na alimentação dos sistemas; Oferecer capacitação através da Educação Permanente e/ou em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde sobre SIS; Realizar monitoramento e avaliação dos indicadores de Controle e Avaliação estaduais; Melhorar a qualidade dos serviços do Departamento de Controle e Avaliação, a nível central, no que se refere aos processos de trabalho, recursos de investimento (aquisição de material permanente) e de custeio (diárias e passagens), recursos humanos; Implantar os links de comunicação para o interior do estado visando disponibilizar acesso aos sistemas de Informações de Produção; Ampliar a abrangência do CIHA a todos os Estabelecimentos não SUS para o fornecimento de suas informações; Utilização de instrumento facilitador para análise de contas públicas/privadas/conveniadas; O envio regular, sistemático e obrigatório das informações, conforme Portarias anuais do MS; Repasse financeiro proporcional ao valor aprovado dos procedimentos enviados nos sistemas de informações; Supervisão integrada aos Municípios, participação nas equipes de discussão de áreas afins como Supervisão, Redes de Atenção; instâncias colegiadas – CIR, COSEMS.

1.8.5 Regulação do acesso aos serviços de atenção especializada

A partir de 2009, o Amazonas passou a contar com a política estadual de regulação, através do funcionamento inicial da Central Ambulatorial que, atualmente, estão inseridas e atuando nas regiões Manaus e Alto Solimões, ficando as demais somente com a atividade de agendamento, sem contar com a análise criteriosa do profissional médico regulador.

Os dados das Centrais de Regulação para a demanda ambulatorial demonstram ainda haver fragilidades no processo regulatório quanto ao envolvimento e compromisso de todos os profissionais que atuam nos estabelecimentos de saúde quanto a garantir o acesso e a inserção/registro correto dos usuários do SUS no sistema de regulação SISREG.

Após cinco anos de implantação, ainda persistem falhas como ausência ou insuficiência de dados de identificação, localização e contato do usuário ou atualização desses no Sistema Cartão SUS (CNS), ausência de CID, falta atualização no CNES do estabelecimento, seja sobre o profissional ou sobre os recursos existentes e disponíveis, dificultando e às vezes até impedindo a continuidade do atendimento, somente para citar os principais e de maior impacto negativo.

Ações importantes e indispensáveis ao processo regulatório para atender a demanda ambulatorial como prover os meios necessários para garantir efetivamente a funcionalidade do sistema de regulação, o qual se utiliza de conectividade e comunicação, tem se configurado como um grande desafio, visto que a gestão estadual e municipal não tem conseguido manter a regularidade da prestação dos serviços de internet e de telefonia, nos estabelecimentos de saúde e nas centrais de regulação dos Complexos Reguladores que compõem os sistemas regionais de regulação em gestão compartilhada, opção de modelo escolhido pela SUSAM, exatamente por envolver uma maior racionalização dos gastos.

Por conta disso, mesmo os compromissos previamente pactuados entre o gestor estadual e os gestores municipais não tem sido honrados, caracterizando uma situação extremamente séria e preocupante para o funcionamento dos sistemas regionais de regulação, objeto da proposta de implantação apresentada pela SUSAM ao Ministério da Saúde em 2007.

Muito embora o Regulamento Operacional da Central Ambulatorial, aprovado por Portaria conjunta dos gestores estabeleça que compete ao estabelecimento de saúde solicitante, avisar todo paciente sobre o seu agendamento, quando este ocorrer após o seu comparecimento, os estabelecimentos não o fazem, alegando não dispor de orçamento extra para pagamento desses telefonemas. Para minimizar essa situação, solicitamos contratar serviço de SMS para envio de mensagens de confirmação de agendamento, porém, como já dito acima, não se tem contado com a necessária disponibilidade e regularidade desse serviço.

O fato é que, por tratar-se de um sistema, a regulação assistencial, além da infraestrutura adequada, envolve um processo de trabalho onde a falha de qualquer uma das partes compromete o funcionamento do todo, não se podendo deixar para depois a aplicabilidade das alternativas de solução já na porta de entrada do sistema de regulação, para superação dos seguintes problemas elencados: Dificuldade de prover com suficiência e regularidade os meios para assegurar de forma efetiva a regulação assistencial; Dificuldade em contatar com o paciente para comunicar sobre o seu agendamento; Carência de informações sobre regulação assistencial aos profissionais, usuários e colaboradores dos estabelecimentos de saúde; Falta de adesão e comprometimento dos gestores

sobre o importante papel das Centrais de Regulação enquanto mecanismos de controle e auxílio para definição de prioridades e redução de gastos; Pouca utilização dos protocolos de acesso pelos profissionais médicos o que acaba por não qualificar uma demanda a ser bem referenciada.

Com relação à oferta, os dados das Centrais Ambulatoriais dessas regiões, revelam que, embora tenha apresentado evolução positiva em 2015 quanto a “não confirmação” dos atendimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde executantes, ainda identificamos como baixo, o índice de 65% de confirmação, levando à necessidade de se investigar quais os motivos que estão comprometendo negativamente os 35% de “não confirmação”. Dentre eles, podem estar motivos diversos como absenteísmo do usuário, absenteísmo do profissional, falta de cumprimento da ação do funcionário no SISREG logo após o procedimento, falta de atualização da agenda de profissionais enviada anteriormente e outros, sendo necessário categorizá-los e aplicar medidas para promover interação entre os atores participantes do processo de trabalho.

Nesse aspecto torna-se importante registrar que a ação/informação sobre a situação é de responsabilidade do estabelecimento de saúde executante e o fato de não ser possível obter a confirmação da realização do atendimento diretamente do usuário, constitui-se em falha a ser superada.

Outra situação digna de destaque refere-se à dificuldade em se manter na Central Ambulatorial uma oferta suficiente e regular em algumas especialidades, como: Ortopedia, Cirurgia Geral, Neurologia e Otorrinolaringologia, tanto de serviços próprios como daqueles privados contratados. Essa descontinuidade tem resultado em insatisfações e fila de espera, agravando problemas dentre os quais se destacam processos judiciais, agravamento da doença do paciente e aumento da fila.

Especificamente sobre as especialidades cirurgia geral e ortopedia, não se tem conhecimento das filas por Cirurgias eletivas, em razão de os hospitais não apresentarem ou deixarem em segundo plano a apresentação/inserção na Central de Internação os pacientes atendidos e que aguardam por cirurgias, impedindo qualquer ação para o conhecimento dessa demanda. Como não se conhece a demanda, torna-se impossível a Central estabelecer estratégias ou mecanismos que busquem dimensionar a oferta necessária.

Diante de tais problemas e causas identificadas, ocasionadas pelos fatores expostos, apuramos como consequências negativas: Perdas sistemáticas da oferta; Aumento da fila de espera; Insatisfações do usuário e conseqüente judicialização; Agudização dos casos; Descumprimento do princípio de garantir o direito de acesso ao usuário do SUS;

No intuito de superar tais problemas e ainda vislumbrar algumas soluções, bem como, mostrar à sociedade de um modo geral, que a Regulação, trouxe grande benefício ao acesso de serviços de saúde, que hoje ainda temos muitas dificuldades, mas também muita coisa boa o controle de alguns serviços trouxe, principalmente às pessoas que são totalmente dependentes do SUS. Pode ser que existam soluções melhores, mas para dar respostas mais imediatas à sociedade, podemos apontar as soluções:

Acolher melhor e orientar de forma mais qualificada a demanda que busca por atendimento especializado na rede de atenção básica, para que compreenda a necessidade de avaliação prévia pelos profissionais médicos generalistas antes de serem encaminhados ao especialista; Maior utilização dos protocolos de acesso pelos profissionais médicos da rede básica e especializada, já que foram construídos de forma participativa entre os envolvidos, e que nem tudo deve sofrer

avaliação prévia do médico regulador; Manter atualizado os dados nos Sistemas CAD SUS WEB e SCNES, que contemplam tanto os dados cadastrais do usuário quanto dos estabelecimentos de saúde; Disponibilizar autonomia para contratar os serviços de Média e Alta complexidade no Estado na oportunidade e tempo necessário; Estabelecer processo regulatório para identificação, marcação e acompanhamento da demanda por cirurgias eletivas, iniciando-se pela cirurgia geral e oncologia.

Para isso, algumas intervenções necessitam serem viabilizadas de imediato, pois outras providências emergem a partir delas, tais como: Delegar à Coordenação Estadual de Regulação autonomia para orientar, contratar, operacionalizar e avaliar todo o processo de contratualização na SUSAM; Definir competência, responsabilidades e atribuições do novo Serviço; Viabilizar a infraestrutura compatível com a nova função; Ajustar os valores contratuais para aumentar e/ou aprimorar os canais de comunicação entre usuários, estabelecimentos de saúde, profissionais, parceiros e Central de Regulação; Buscar junto aos demais setores da SUSAM, propor as pactuações entre estados para assistência ambulatorial e hospitalar, coordenando e operando Centrais de Regulação que abriguem os municípios que integram as regiões de fronteira dos estados vizinhos;

1.8.6 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

A Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

A Política de GT pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros

A gestão do trabalho da SUSAM é de responsabilidade do Departamento de Gestão de Recursos Humanos – DGRH, cujas ações são de acordo com princípios e normas de gestão de recursos humanos em conformidade com a política estadual coordenada pela Secretaria de Estado e Administração – SEAD.

Em se tratando das Mesas Negociação Permanentes do SUS (MENP/SUS), destaca-se que há duas instaladas, a Mesa de Negociação do município de Manaus, instituída e vinculada ao Conselho Municipal de Saúde – CMS de Manaus mediante Resolução nº006 do CMS, de 1º de março de 2007, publicada no Diário Oficial do Município de Manaus – DOM de 11 de abril de 2007, com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS no que se refere à força de trabalho em saúde, e a Mesa Estadual de Negociação instituída pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), em 27 de julho de 2004, reativada pela Resolução CES Nº 011, de 01 de junho de 2012 e reinstalada através da Resolução CES Nº 017, de 25 de setembro de 2012 sendo coordenada pelo Dr. Edson dos Anjos Ramos, cujas atividades concentram-se no processo de negociação da data base para 2016, na reestruturação do Plano de Cargos Carreira e

Remuneração (PCCR) e na recomposição da mesa, haja vista a mudança de gestão e substituição de representações profissionais. Não há espaços de negociação do SUS nos outros municípios ou Regionais de Saúde

No contexto de vínculo da força de trabalho, na capital e nos municípios do interior do estado, por tipo de vínculo, a SUSAM tem em seu quadro de pessoal, 18.399 servidores sendo, 12.161 do Regime Estatutário, 5.945 do Regime Especial Temporário e 293 em Cargos Comissionados, número insuficiente para o atendimento da rede assistencial sob gestão e gerência do estado.

Para suprir a necessidade de servidores, em 2005 foi realizado concurso público para provimento de cargos efetivos na SUSAM e fundações de saúde, no qual foram habilitados 2.841 candidatos para o nível superior, 3.487 para o nível médio e 7.346 para o nível auxiliar. Em 2016, pelo Decreto de 04/01/2016, foram nomeados 963 candidatos remanescentes do concurso de 2005, porém apenas 391 tomaram posse, sobrando 572 vagas que serão preenchidas pelos classificados no concurso de 2014, o qual foi realizado para preenchimento de 11.646 vagas, distribuídas em 3.094 de nível superior, 5.247 nível médio e 3.305 nível fundamental para atender as unidades da rede assistencial, nível central e fundações de saúde.

Ressalta-se que o valor dos vencimentos pagos aos servidores está inscrito nos Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR) e respectiva base legal, sendo o dos servidores do quadro de pessoal permanente do Sistema Estadual de Saúde, instituído pela Lei nº 3.469, de 24 de dezembro de 2009 e o dos servidores médicos do Sistema Estadual de Saúde, instituído pela Lei Promulgada nº 70, de 14 de julho de 2009.

Como estratégias para valorização do servidor público, além do vencimento que é a retribuição pecuniária pelo exercício do cargo, os servidores recebem a gratificação de saúde, paga integralmente somente aos servidores no exercício de suas funções nos órgãos integrantes do Sistema Estadual de Saúde, gratificação de Localidade referente a 100% sobre o vencimento básico para os servidores do nível superior, residentes e em efetivo exercício no interior do Estado, gratificação de risco de vida com base no vencimento do cargo sendo, 20% para os profissionais da saúde e 10% para os trabalhadores da saúde e gratificação de curso para os servidores do nível superior, sendo 25% para Especialista, 30% Mestre, e 35% Doutor. Os percentuais incidem sobre o vencimento básico.

Destaca-se que o Estado do Amazonas foi o primeiro a promulgar a Emenda Constitucional 80/2013 que estabelece as diretrizes para a organização da Carreira de Médico de Estado. De acordo com a emenda, a carreira médica iniciará pelos municípios do interior do Estado e prevê a realização de concurso público, a qualificação profissional permanente, progressão funcional, salário digno e condições de trabalho adequadas, dentre outros benefícios. Todavia ainda não há posicionamento formal da SUSAM, uma vez que ainda estão sendo realizados fóruns de debates para sua regulamentação, bem como está prevista audiência pública para junho/2016 para definições a respeito da pauta.

Aspectos facilitadores e dificultadores para as ações de gestão do trabalho especialmente quanto às formas de contratação e estruturação da força de trabalho do SUS.

Facilitadores: Realização de Concursos públicos conforme os editais nºs. Edital nº001/2005 SEAD e os Editais nºs 01, 02 e 03 de 10 de fevereiro de 2014, da SUSAM para atender as necessidades da Rede Assistencial da Capital, Interior, Nível Administrativo Central e fundações de saúde;

Recadastramento de servidores públicos estaduais lotados nas unidades de saúde da região de Entorno de Manaus e Alto Rio Negro; C.F.P.P. – Sistema Cadastro de Folha de Pagamento de Pessoal.

Dificultadores: Espaços de Negociação nos Municípios: as representações das categorias não estão presentes nos municípios, dificultando a implantação do processo de negociação; Gestores não sensíveis à adesão da à Política de Negociação; Alta rotatividade de gestores e técnicos dos diversos níveis; O Sistema estadual de Saúde não tem nenhum critério de progressão adotado em decorrência da ausência de um programa de avaliação de desempenho conforme determina a Lei de Plano, Cargos e Remuneração voltada ao incentivo a carreira do SUS; Processos de Gestão de Pessoas ainda muito ligados a frequência de pessoal, encargos sociais, e folha de pagamento.

Entre os problemas mais relevantes na Gestão do Trabalho, destacam-se:

Dificuldade no estabelecimento do processo de Negociação: Não adesão à Política de Negociação por parte dos gestores; Representação das Categorias da Saúde não presentes nas Regionais de Saúde e Municípios do Estado.

Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração - PCCR: Somente o município de Manaus possui um Plano ficando os outros municípios do Estado sem um instrumento de valorização e desenvolvimento de carreira dos SUS; Nos Municípios do Estado, a força de trabalho de SUS é de difícil identificação em virtude da falta de um cadastro específico ficando esses trabalhadores vinculados ao quadro das Prefeituras Municipais ou às Secretarias Municipais de Administração.

Como propostas de intervenção são apresentadas: Realização de eventos para sensibilização dos gestores; Criação de Comitês Regionais para apoiar na instalação de espaços de negociação; Apoiar os Municípios na elaboração dos seus PCCR; Fomentar junto aos Poderes Municipais a reestruturação das Secretarias municipais de Saúde com quadro próprio de trabalhadores, com vínculos protegidos.

1.8.7 Educação em Saúde:

É prática de ensino-aprendizagem' significando a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A Educação Permanente em Saúde se apoia no conceito de 'ensino problematizador' (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de 'aprendizagem significativa'.

A Política de EP é uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, seja no estadual, seja no regional e seja mesmo no municipal e deve considerar o conceito pedagógico da Educação Permanente e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde além da capacidade instalada de formação.

A SUSAM formalizou a adesão à Política Nacional de Educação em Saúde em 2007 e por meio do Plano Estadual de Educação Permanente, vem trabalhando o processo de regionalização da educação em saúde, a implantação das Comissões de Integração Ensino e Serviço atendendo o disposto da Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS/MS.

Para a formação e capacitação da força de trabalho do SUS no Estado, a SUSAM se articula com a Escola Técnica de Formação Profissional Enfª Sanitarista Francisca Saavedra (ETSUS), vinculada ao Centro de Educação Tecnológica do Amazonas – CETAM, que atende demandas de formações e capacitações necessárias ao SUS, quanto demanda aberta a comunidade nas mais variadas áreas de profissionalização. Através da Escola Técnica do SUS foram executados os cursos do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) além das capacitações contempladas nos Planos Estaduais de Saúde e realização de Oficinas de Capacitação e Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde.

Além disso, a SUSAM mantém Acordo de Cooperação Técnica com a Fundação Oswaldo Cruz e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), com vistas ao desenvolvimento de programas, projetos e atividades no campo da pesquisa, ensino, desenvolvimento tecnológico, produção, informação técnico-científica, assistência a saúde, qualidade e meio ambiente, bem como incentiva a capacitação de profissionais por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS) sob a responsabilidade do Instituto de Ensino e Pesquisa Sírío Libanês e Hospital do Coração (HCor).

Com as instituições formadoras de ensino superior que oferecem cursos na área da saúde, a SUSAM mantém Termo de Convênio para concessão de campos de estágio e aulas práticas com as seguintes instituições: Centro Universitário do Norte, Materdei Administradora Educacional Ltda., Centro de Educação Profissional, Fundação Universidade do Amazonas, Universidade do Estado do Amazonas, Universidade Paulista, Faculdade Salesiana Dom Bosco, Faculdade Metropolitana de Manaus, Universidade Anhanguera, Centro Universitário Luterano de Manaus, Centro de Assistência ao Desenvolvimento de Formação Profissional Ltda., Centro de Ensino Superior Nilton Lins, Faculdade do Amazonas e para Residência Médica e Multiprofissional com a Fundação Universidade do Amazonas.

Com a finalidade de contribuir para a promoção do trabalho fazendo a articulação entre as esferas de gestão do SUS e as instituições formadoras para a deliberação sobre cursos e projetos de educação em saúde, em 2009 foi criada a Comissão de Integração Ensino e Serviço do Estado do Amazonas (CIES) como instância intersetorial e interinstitucional permanente que participa da formulação, condução e desenvolvimento da política de Educação Permanente em Saúde, formada por gestores estaduais e municipais de educação e da saúde, representantes de instituições públicas e privadas de ensino com curso na área da saúde de nível superior e técnico, usuários e trabalhadores. A CIES Estadual é uma estrutura consultiva e propositiva criada, a partir do Pacto pela Saúde, voltada ao assessoramento e apoio a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das Comissões de Intergestores Regionais (CIR) na discussão sobre a Educação Permanente em Saúde.

Atualmente as Comissões de Integração Ensino e Serviço se encontram constituídas considerando o desenho de regionais de saúde consensuado para o Estado:

Comissões de Integração Ensino e Serviço CIES instituídas no Amazonas – Estado e Regiões de Saúde

Comissão de Integração Ensino e Serviço CIES	Ato de Instituição
CIES Estadual	Resolução CIB AM 032/2009 de 23.11.2009
CIES Regionais por Região de Saúde	
CIES RS do Madeira	Resolução CIR 002/15, de 24.02.2015
CIES RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	Resolução CIR 010/13, de 02.09.2013
CIES RS Purus	Resolução CIR 001/15, de 20.02.2015;
CIES RS Rio Negro e Solimões	Resolução CIR 004/14, de 25.02.2014
CIES RS Médio Amazonas	Resolução CIR 003/14, de 10.03.2014

Fonte: DGRH/Ger Desenv. RH

Quadro 25: Comissões de Integração Ensino e Serviço CIES instituídas no Amazonas – Estado e Regiões de Saúde

Quanto às Regiões de Saúde do Alto Solimões, Juruá, Triângulo e Baixo Amazonas, foram realizadas oficinas para implantação da Política de Educação Permanente e de capacitação dos membros das CIES, cujas atas de instalação foram assinadas, porém as resoluções ainda não foram expedidas. Discutiu-se sobre as necessidades de treinamento com vistas à elaboração de um Plano Regional de Educação Permanente.

Como resultado dessas ações, nos últimos 5 anos foram capacitados um quantitativo de 7.691 trabalhadores.

Situação do Plano Estadual de Educação Permanente

Atendendo orientação Ministerial (Portaria 043 de 04.12.2007), o DGRH, elaborou o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, de acordo com as necessidades identificadas na Oficina realizada em Manaus, com gestores da Rede Assistencial da Capital e Nível Administrativo Central, o qual foi consensuado na Comissão Intergestores Bipartite através da Resolução 045 de 29.10.2007.

Para garantir a utilização dos recursos federais repassados ao Estado através da Portaria 2813, o DGRH elaborou o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde /2008, de acordo com as necessidades de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as necessidades dos serviços identificadas na primeira Oficina Estadual de Educação Permanente em Saúde realizada em Manaus, com a participação de gestores estaduais e municipais de saúde e educação, controle social e do nível administrativo central da SUSAM, consensuado na Comissão Intergestores Bipartite através da Resolução 109 de 03 de dezembro de 2008.

Através da Resolução nº067 de 24.11.2009, foi consensuado na Comissão Intergestores Bipartite o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de acordo com as necessidades do serviço, do controle social e da gestão do SUS.

Pelas dificuldades enfrentadas no período, inclusive uma grande cheia e uma grande seca dos rios do Amazonas, os recursos financeiros não foram executados na sua totalidade, tendo sofrido readequação para financiar as ações de enfrentamento e diminuição da mortalidade materno infantil conforme consenso na Resolução 080 de 23.11.2009.

Atendendo Portaria Ministerial 4033 de 17 de dezembro de 2010, o DGRH elaborou um Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de acordo com as necessidades de implementação da política de educação permanente em saúde, prioridades da gestão estadual e municipal do SUS, controle social, das regiões de saúde do Alto Solimões, Rio Negro e Solimões e Baixo Amazonas, consensuado através da Resolução nº046/2011 da Comissão Intergestores Bipartite.

O Grupo Técnico indicado pela Comissão Intergestores Bipartite, organizou um Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de acordo com as necessidades da gestão estadual do SUS, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e do Controle Social, consensuado naquela Comissão através da Resolução nº173 de 29 de outubro de 2012.

Nos anos seguintes o Ministério da Saúde não repassou mais nenhum recurso financeiro para Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado do Amazonas, ficando as atividades subsidiadas financeiramente por recursos oriundos de aplicação financeira, devolução de sobras de destaque orçamentário, para realização dos eventos contemplados na pactuação.

Para 2016, a programação de educação em saúde, está voltada para implantação dos Núcleos de Educação Permanente nas unidades de saúde da Rede Assistencial da Capital e nas Secretarias Municipais de Saúde de Careiro da Várzea (já realizado), Coarí e Parintins.

Por outro lado estamos aguardando posicionamento do Fundo Estadual de Saúde – FES quanto ao saldo de aplicação financeira dos recursos da Política de Educação Permanente em Saúde para atender as necessidades de capacitação identificadas nas Oficinas de implementação da política: Ética profissional, Gestão na Saúde Hospitalar, Relações Humanas no Trabalho, Capacitação de Conselheiros Municipais, Especialização em Gestão Pública, humanização e Acolhimento, Curso Técnico de Agente Administrativo, Educação e Promoção da Saúde, Relação Psicólogo e paciente dentro da Atenção Básica, Treinamento de doença mental e traumas pós parto e morte, Planejamento e empreendedorismo, Metas e indicadores, funções do RH, oficina de entomologia, cuidados com manejo de pacientes soro positivos, treinamento em urgência e emergência, etc.

Os principais problemas apontados no desenvolvimento da Política de Educação em Saúde são:

Desarticulação interna da SUSAM e Fundações quanto ao processo de planejamento e execução das ações de educação em saúde : Considerando que a Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos do DGRH é o órgão responsável pelo desenvolvimento do conjunto de trabalhadores SUSAM e a publicação e vigência da Portaria nº0471/2011 - GSUSAM, as atividades de capacitação, treinamento e cursos, nem todas são informadas ao órgão, conforme estabelecido na Portaria, ficando essas atividades fragmentadas e de difícil agregação.

No que se refere ao processo de desenvolvimento dos trabalhadores como na implementação da Política de Educação Permanente em Saúde elencamos os seguintes problemas:

Fragmentação das ações de desenvolvimento e capacitação: atribui-se ao desconhecimento da Portaria 0471/2011 que dispõe sobre a participação de servidores, colaboradores e/ou trabalhadores em cursos e outros eventos oferecidos por instituições federais, estaduais, municipais e privadas,

cujo objeto seja de interesse do SUS; Recursos Federais fragmentados para capacitação em diversos programas. Tais situações onde diversos órgãos da SUSAM promovem ações de desenvolvimento e capacitação, sem a participação ou informação à Gerencia de Desenvolvimento de RH, tornam difícil acompanhar e/ou cumprir a meta pactuada o quantitativo de trabalhadores.

Não implantação e operacionalização das Comissões de Integração Ensino e Serviço: a baixa adesão por parte da gestão municipal de saúde e de educação, e por parte da representação dos trabalhadores e usuários dos conselhos de saúde, gerando prejuízo no processo de aprendizagem no trabalho e na transformação das práticas profissionais.

Desfinanciamento da Política de Educação Permanente pelo governo federal: O Ministério da Saúde não repassa ao Estado do Amazonas, recursos financeiros para as ações da PEPS desde 2012, o que contribui para redução no processo de implementação.

Não integração das esferas gestoras quanto à Política de Educação Permanente: Falta de interlocução direta com a Gestão Estadual e Municipais de Saúde, concorrendo para paralelismo ou não execução de ações, levando a prejuízo na implementação da Política de EP.

Desarticulação entre a CIES e a Comissão Intergestores Bipartite: A CIB/Am não tem articulação com a CIES Estadual como seu órgão apoiador nas questões de Educação em Saúde, o que repercute em prejuízo das ações de desenvolvimento de trabalhadores do SUS e falta de interlocução com as Instituições formadoras para formação dos futuros trabalhadores pautada nas necessidades do SUS.

Comissões Intergestores Regionais As CIR's não tem articulação com a CIES Regionais como seu órgão apoiador nas questões de Educação em Saúde, o que repercute em prejuízo das ações de desenvolvimento de trabalhadores do SUS e a não identificação das necessidades de treinamento de acordo com as necessidades dos serviços.

Como propostas de intervenção, são apontadas:

Reiterar a validade da Portaria 0471/2011 e dar ampla divulgação; Centralizar recursos federais de capacitação; A Comissão Intergestores Bipartite a qual a CIES Estadual é órgão apoiador nas questões de EP deve promover um evento de sensibilização para ampla adesão à essa Política Pública de Saúde; A Comissão Intergestores Bipartite, através da sua CIES deve estimular as Comissões Intergestores Regionais na implementação da Política de EP e fomentar as atividades da CIES Regionais; Garantir recursos nos orçamentos estaduais e municipais para financiamento das ações de Educação em Saúde; Fortalecer a área de Desenvolvimento de Pessoas, criando na estrutura organizacional da Saúde um setor de Educação em Saúde; Estabelecer a CIES estadual como Câmara técnica de EP junto a CIB/Am; Estabelecer as CIES como Câmara técnica de EP junto as CIR

1.8.8 Regionalização

Regionalização na saúde, é uma diretriz prevista constitucionalmente, amparada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e considerada uma estratégia importante para a organização do sistema de saúde. Essa diretriz deverá ser operacionalizada por meio da articulação das ações e dos serviços de saúde para que possam produzir o cuidado necessário às pessoas, em cada território, garantindo a integralidade e a equidade da atenção.

Entre os objetivos da regionalização estão a melhoria do acesso a serviços de saúde, respeitando-se os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, de forma a se desenvolver sistemas eficientes e efetivos. E ao construir uma regionalização eficaz, criar as bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde

Regionalização no Amazonas

Construir a Regionalização no Amazonas é um permanente desafio, que pode ser melhor entendido quando se observa as características geográficas, socioeconômicas e culturais do Estado, cujas especificidades regionais influenciam a configuração do sistema de saúde local.

O conjunto de estados da Amazônia Legal combina vasta extensão territorial e população rarefeita e, em conjunto, totaliza um número de municípios inferior ao de estados brasileiros como Minas Gerais, por exemplo, que conta com 853 municípios, cuja população geral é 19.597.330 habitantes

Amazônia – Distribuição da População por Estados

Estado	População	Número de Municípios
Acre	733.559	22
Amapá	669.526	16
Amazonas	3.483.985	62
Pará	7.581.051	143
Rondonia	1.562.409	52
Roraima	450.479	15
Tocantins	1.383.445	139
Maranhão	6.574.789	217
Mato Grosso	3.035.122	141
Região Norte	15.864.454	449
Amazônia Legal	25.474.365	807

Fonte: IBGE Censo 2010

Tabela 36: Amazônia – Distribuição da População por Estados

Assim, de um lado, não há fragmentação da instância de governo municipal pelo número excessivo de municípios, como ocorre em vários estados. De outro, na maior parte dos estados da região, a grande distância entre os municípios, aliada aos obstáculos naturais que dificultam o acesso, configuram problemas adicionais à organização das ações e serviços de saúde.

Tais problemas referem-se a custos operacionais mais elevados, tanto em decorrência dos diferenciais de dificuldade quanto a transporte e comunicação, como da baixa densidade populacional que impede a configuração de capacidade produtiva e volume de serviços compatíveis com a otimização dos custos de produção.

A relativa unicidade dos critérios de repasse dos recursos fundo a fundo do SUS aos municípios agrava os problemas de financiamento local, ao não definir diferenciais para o financiamento da atenção em seus vários níveis e políticas de saúde priorizadas nacionalmente e para a organização do sistema de referência e contra referência adaptados às necessidades locais.

No Amazonas, apenas o município de Manaus tem cerca de 1.800.000 habitantes (IBGE 2010), e a segunda cidade em população, Parintins, em torno a 100.000 habitantes, sendo que cerca de 87,1% dos municípios tem menos que 50.000 habitantes.

Amazonas – Distribuição da População por Classe de Tamanho da População dos Municípios

Classes de tamanho da população dos municípios	No. Municípios	%	
Até 10.000	5	8,06	} 87,1 %
De 10.001 a 20.000	24	38,71	
De 20.001 a 50.000	25	40,32	
De 50.001 a 100.000	6	9,68	
Mais de 100.000	2	3,23	
Total	62	100,00	

Fonte: IBGE Censo 2010

Tabela 37: Amazonas – Distribuição da População por Tamanho dos Municípios

A SUSAM tem como referência o Plano Diretor de Regionalização – PDR de 2003, revisado em 2005, 2009 e finalmente em 2011, culminando com a resolução nº 059, de 20 de junho de 2011, da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/AM que repactua o atual desenho de Regionalização do Estado do Amazonas, que passou a ser conformado por 09 (nove) Regiões de Saúde/Comissão Intergestores Regionais (CIR) sendo 01 (uma) Macrorregião de Saúde com sede em Manaus, e 18 Microrregiões de Saúde.

A Regionalização prevista inicialmente no PDR/Am apresentou dificuldades em sua implantação e implementação, considerando que o modelo até então determinado pelo governo federal não atendia as especificidades regionais do estado, principalmente na questão do financiamento, uma vez que desconsiderava os custos amazônicos de fazer saúde em um território extenso e com população dispersa, com perfil epidemiológico que figura com uma tripla carga de doenças, ou seja, as infecciosas, as crônicas e as relacionadas ao crescente aumento das causas externas.

Destaca-se ainda o lento processo de descentralização da gestão da saúde para os municípios, onde apenas 6% dos municípios do estado formalizaram sua adesão ao Pacto Pela Saúde e cerca de 80% dos municípios respondem apenas pela atenção primária em saúde, ficando a responsabilidade da atenção especializada para a gestão estadual, o que requer sério esforço da SES/Am para executar os serviços nos diversos municípios e ainda cumprir suas responsabilidades de coordenador e indutor do sistema de saúde do estado.

Especificamente para a área da saúde, o Governo do Estado, por meio da Secretaria de Saúde, tem procurado identificar alternativas sustentáveis, especialmente em áreas críticas onde existam dificuldades ou entraves para o estabelecimento de políticas efetivas. As dimensões continentais do Estado e a grande dispersão das populações em áreas de difíceis acesso e comunicação, configuram múltiplos cenários peculiares e específicos lançando desafios para a operação das políticas de saúde.

As dificuldades são extraordinárias em especial na esfera municipal. Os Municípios brasileiros são formalmente iguais sob o ponto de vista de suas atribuições constitucionais, mas desiguais para a gestão da política de saúde. Apresentam trajetórias diversas relacionadas com as suas capacidades fiscais, trajetória no SUS, capacidade administrativa instalada, inserção na malha urbana, dimensões e características populacionais, e disponibilidade de recursos humanos.

Notadamente nos Municípios do Estado do Amazonas essas desigualdades são superlativas em função das características geográficas, demográficas e socioeconômicas. Baixa densidade demográfica, grande número de pequenos grupamentos populacionais sediados em locais de difícil acesso, sistema de transporte deficiente, calcado principalmente nas vias fluviais e precárias estruturas de saneamento básico, estão presentes na maioria dos sessenta e dois Municípios amazonenses. Estes aspectos, somados à existência da maior população indígena do país, orientam para a adoção de políticas diferenciadas e adequadas a esta realidade.

A população do Amazonas está distribuída em 62 municípios, os quais, para efeito de planejamento de política de saúde foram agrupados em Macrorregional (01), Regionais (09) e Microrregionais (18), levando em conta as possibilidades de acesso e as similaridades das peculiaridades dos municípios, conforme pactuado na CIB/AM através da Resolução No. 059/2011.

Regionalização da Saúde - Amazonas: Quadro Sintético da Conformação Regional

MACRORREGIÃO DE SAÚDE: MANAUS

Região de Saúde /CIR	Município Referência	População Total Região de Saúde	% Pop RS	Municípios por RS	Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) *
RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	Manaus	2.424.986	61,57	12	2
RS Rio Negro e Solimões	Manacapuru	283.904	7,21	8	2
RS do Rio Madeira	Humaitá	188.610	4,79	5	2
RS do Médio Amazonas	Itacoatiara	166.240	4,22	6	1
RS Baixo Amazonas	Parintins	240.242	6,10	5	1
RS Purus	Lábrea	129.421	3,29	5	1
RS Juruá	Eirunepé	131.556	3,34	6	1
RS Triângulo	Tefé	127.856	3,25	6	1
RS Alto Solimões	Tabatinga	245.521	6,23	9	3
Total	9	3.938.336	100,00	62	-

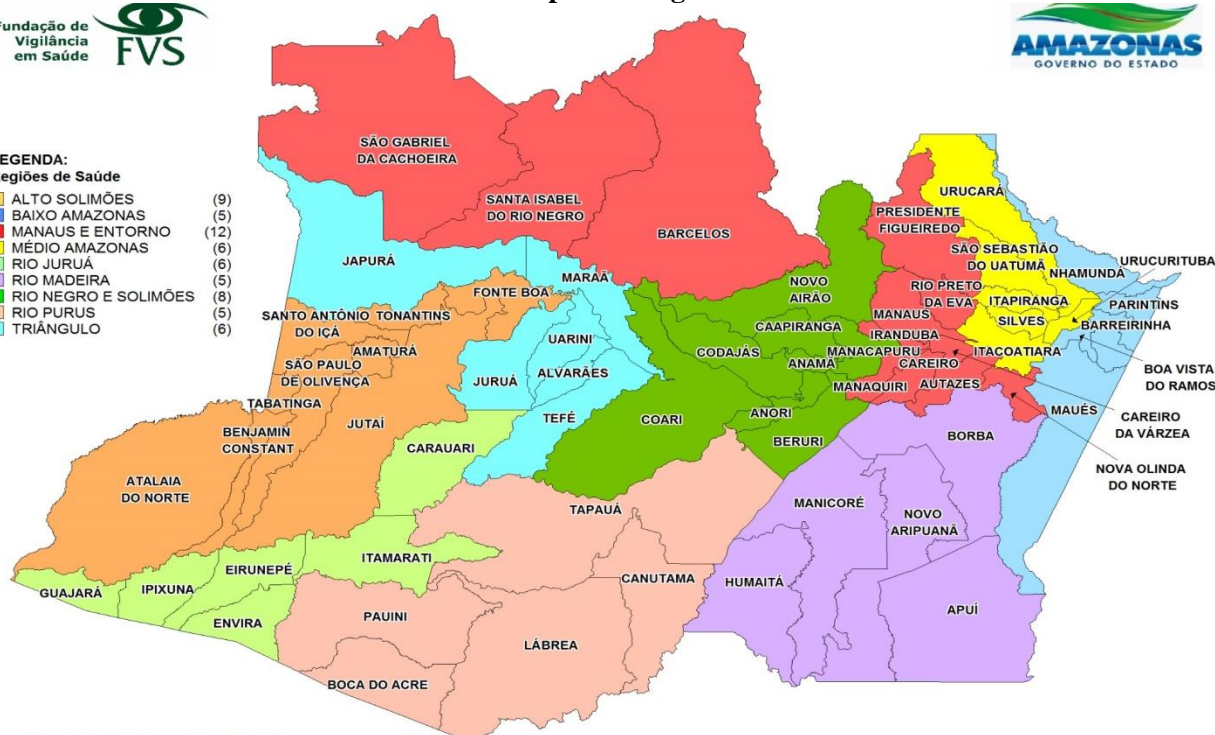
Fonte: DEPLAN/SUSAM; IBGE pop estimada 2015, Res. CIB/AM 059/2011

Quadro 26 : Regionalização da Saúde - Amazonas: Quadro Sintético da Conformação Regional

Amazonas: Mapa das Regiões de Saúde

LEGENDA: Regiões de Saúde

ALTO SOLIMÕES	(9)
BAIXO AMAZONAS	(5)
MANAUS E ENTORNO	(12)
MÉDIO AMAZONAS	(6)
RIO JURUÁ	(6)
RIO MADEIRA	(5)
RIO NEGRO E SOLIMÕES	(8)
RIO PURUS	(5)
TRIÂNGULO	(6)



Fonte: SASS/ASTEC/DITEC/FVS-AM/SUSAM

Mapa 20: Mapa das Regiões de Saúde. Amazonas

Características das Regiões de Saúde do Amazonas

Articulação Interfederativa

Como estratégia de organização e gestão da saúde, e atendendo as diretrizes nacionais, foram criadas a partir de 2012 no Amazonas, as Comissões Intergestores Regionais – CIR's, como órgãos de instância colegiada não paritária, e de natureza permanente, que se constitui em um espaço de planejamento, pactuação e cogestão solidária entre os gestores estadual e municipais do Estado do Amazonas, bem como desenvolver estudos específicos para o equacionamento de problemas identificados na operacionalização das políticas de saúde regional.

Em conformidade com a configuração das Regiões de Saúde aprovada na CIB/Am, as características regionais e a maior concentração de população indígena no estado do Amazonas, foram criadas 9 CIR uma em cada região, destacando-se que, muito embora no resto do país essas Comissões em geral sejam de caráter bipartite, no Amazonas todas as CIR tem representatividade da área de Saúde Indígena, que é um subsistema de saúde de responsabilidade direta da esfera federal, configurando-se portanto num fórum de discussão tripartite, como pode ser observado no Quadro 25.

As CIR no estado do Amazonas realizam divulgação de seus atos, mantendo um canal aberto a consulta para toda a sociedade via internet, através do site www.saude.am.gov.br/cir, onde podem ser acessado o calendário anual das reuniões da comissão e as resoluções produzidas.

Região de Saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro

Criada sob a Resolução CIB/AM nº 059/20113 a RS de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro é composta por 12 municípios: Autazes, Barcelos, Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Manaquiri, Manaus, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, 02 (duas) microrregionais e 01 (um) município de referência para a CIR com sede em Manaus. A população estimada dessa região é de 2.424.986 habitantes (IBGE, 2015). Os maiores os afluentes que passam por essa região é o Rio Negro e Solimões.

Limita-se geograficamente com municípios que compõem as Regiões de Saúde do Médio Amazonas e Rio Negro e Solimões. Nessa RS, mais especificamente no município de Manaus, estão concentrados os serviços de maior complexidade ambulatorial e hospitalar, servindo como referência para os demais 61 municípios integrantes das 09 Regiões de Saúde do Amazonas.

Possui situação peculiar uma vez que a conformidade geográfica se dá pelos rios, permitindo agregar 03 municípios do Alto Rio Negro sendo São Gabriel da Cachoeira, Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, que não são autossuficientes na oferta de serviços de Média Complexidade e não realizam procedimentos de Alta Complexidade.

Nessa RS apenas 02 (dois) municípios aderiram ao Pacto pela Saúde⁴, e todos os municípios são responsáveis pela as ações de Vigilância em Saúde. (Portaria Ministerial nº 3039/2012)

O município de Manaus adota a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo norteador para a organização da Atenção Primária a Saúde (APS), sendo que, no entanto, paralelamente permanece ainda com o atendimento básico realizado em unidades tradicionais. Em 2004, o município recebeu 21 Centros de Saúde transferidos pela SUSAM, tendo como contrapartida estadual o pagamento do pessoal cedido pelo estado ao município de Manaus para atuar nessas unidades, situação que persiste até o momento atual. Além disso, o estado ainda mantém unidades que atuam na atenção básica na capital, voltados para população infantil (12 CAIC's Centro de Atenção Integral à Criança), Idosa (3 CAIMI's Centro de Atenção Integral à Melhor Idade) e assistência às urgências básicas (10 Unidades de Pronto Atendimento: 9 SPA's e 1 UPA).

A situação de duplo comando na atenção básica da capital é uma das situações a serem discutidas visando a organização do sistema de saúde e o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde. A SUSAM tem trabalhado na elaboração de uma proposta de reordenamento da rede própria na capital, com previsão de transferência de unidades para a SEMSA Manaus e redefinição do perfil de atendimento e tipologia de algumas de suas unidades, visando melhorar o fluxo de referências entre as redes e otimizar o acesso da população aos serviços.

Manaus possui 382 leitos obstétricos identificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, do SUS, distribuídos em oito maternidades, sendo uma municipal e sete estaduais,

³ Nomenclatura alterada pela Res. CIB/AM nº007/2016

⁴ Portaria MS 1929/17/09/2008 e resolução CIB/AM nº071/28/07/2008 referente ao Município de Manaus e Portaria MS nº 581/2803/2011 e Resolução CIB/AM nº161/09/12/2010.

organizadas por Distritos de Saúde: Alvorada e Moura Tapajoz no Distrito Oeste, Nazira Daou e Azilda Marreiro no Distrito Norte, Balbina Mestrinho⁵ e Instituto da Mulher D. Lindu⁴, no Distrito Sul e Ana Braga⁴ e Chapôt Prevost no Distrito Leste.

A capital também possui a maior estrutura de atenção às Urgências e Emergências, e o estado tem investido recursos próprios e captado recursos federais para qualificação da Rede RUE, de modo a intervir de forma organizada e efetiva em situações de urgência/emergência nos serviços de saúde. A Rede RUE na capital do Amazonas possui os componentes pré hospitalar, por meio do SAMU 192, unidades de pronto atendimento, portas hospitalares de atenção às urgências; enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos;

Também em Manaus encontram-se as Fundações de Saúde, que realizam atendimentos de Alta Complexidade, como a Fundação CECON, que atua na atenção oncológica, a Fundação HEMOAM, responsável pela política de hematologia e hemoterapia, e que está será ampliada para Fundação Hospitalar com a criação do Hospital do Sangue, em fase de construção e previsão de funcionamento nos próximos 3 anos, a Fundação Hospital Adriano Jorge, referência em traumatologia ortopedia e outras especialidades clínicas e cirúrgicas, a Fundação de Medicina Tropical Heitor V. Dourado, que trata das doenças tropicais e também atende na área de DST/AIDS, a Fundação Alfredo da Mata, referência em doenças dermatológicas e Fundação/ Hospital D. Francisca Mendes, que presta importante serviço na atenção às doenças cardiovasculares, todas essas fundações são pontos de atenção para as diversas redes de atenção atendendo a referência dos municípios.

O 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, que funciona em cogestão com Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, através do qual os pacientes têm seus exames e consultas especializados, marcados online através 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, contam 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.⁶

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), são unidades de responsabilidade sanitária federal, correspondentes a uma ou mais terras indígenas criados pela Lei Nº 9.836 de 24 de setembro de 1999.

O DSEI – Manaus, possui uma extensão territorial de 235.405 km, situados na abrangência dos 19 municípios: Manaus, Iranduba, Novo Airão, Manacapuru, Beruri, Anamá, Careiro, Careiro da Várzea, Manaquiri, Autazes, Rio Preto da Eva, Itacoatiara, Nova Olinda do Norte, Borba, Novo Aripuanã, Manicoré, Humaitá, Urucurituba e Urucará situados no Amazonas.

⁵ São maternidades de referência para Alto Risco porém a Dona Lindu não possui UTI.

⁶ PES 2012-2015

A sede do DSEI está localizada no município de Manaus, onde são centralizadas e processadas todas as informações das aldeias/polos e definidas as estratégias de intervenção e suprimento de insumos necessários para a prestação da assistência.

A CIR da RS de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro foi instituída em 10 de maio de 2012, no município de Manaus, composta pelo membros gestores dos municípios que compõe a regional de saúde, o coordenador estadual e o DSEI. As reuniões são realizadas mensalmente na sede do município de Manaus.

Região de Saúde do Baixo Amazonas

Com uma população estimada de 240.242 habitantes (IBGE, 2015), a Região de Saúde do Baixo Amazonas é composta por cinco municípios: Parintins, Maués, Nhamundá, Boa Vista dos Ramos e Barreirinha. O rio afluente desta regional é o rio Amazonas.

A região faz limite com os municípios que compõe a Região de Saúde do Médio Amazonas (São Sebastião do Uatumã e Urucará) Região do Madeira (Apuí) e faz limite geográfico, também, com o estado do Pará (Faro, Terra Santa).

O município de Parintins é o segundo município do estado, com maior porte populacional, com uma população estimada 111.575 habitantes (IBGE, 2015) e constitui-se em referência para atenção especializada de média complexidade para os demais municípios que compõe a região de saúde, possuindo duas unidades hospitalares⁷, sendo uma filantrópica e outra sob a gestão municipal e direção estadual.

Ademais, o referido município é sede da CIR da regional do Baixo Amazonas, implantada em 07 de maio de 2013, com representatividade estadual, municipal e do DSEI do Baixo Amazonas.

Nessa região existe um município habilitado como Gestor Pleno do Sistema Municipal⁸ (Maués) e um que aderiu ao Pacto pela Saúde⁹ (Parintins).

O acesso pode ser via aéreo diretamente para Parintins e fluvial aos demais municípios da regional e entre estes. A regional apresenta ocupação humana, condições ambientais e climáticas que condicionam fortemente as relações sociais e atividades econômicas, abriga um enorme patrimônio cultural e religioso. Possui uma população diversificada entre indígenas, ribeirinhos e uma comunidade japonesa.

O DSEI/Parintins é um distrito criado na gestão da FUNASA e, atualmente, faz parte da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Está localizado estrategicamente de modo a atender as populações indígenas da região do Baixo Amazonas, populações indígenas das etnias Sateré – Mawé (Região do Rio Andirá, Marau, Urupadi e Uaicurapá) e Hexkaryana (Região de Alto Nhamundá). São atendidas 119 (cento e dezenove) aldeias, distribuídas em doze Polos Base (PB) onde vivem 14.912 indígenas.

⁷ Hospital Padre Colombo e Jofre Chen

⁸ GPSM/NOAS/2002 - município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

⁹ Portaria MS nº3.444/11/11/2010 e resolução CIB/AM nº118/30/07/2010

Região de Saúde do Alto Solimões

Com identidade fortemente marcada pela presença do rio Solimões, principal elemento de conexão e acessibilidade aos municípios, a Região de Saúde do Alto Solimões apresenta ocupação humana, condições ambientais e climáticas que condicionam fortemente as relações sociais e atividades econômicas. Abriga um enorme patrimônio ambiental e humano, com uma grande potencialidade na sua biodiversidade a ser explorada, com grandes contingentes de populações indígenas, ribeirinhas e extrativistas, numa área fortemente marcada pela diversidade ambiental, cultural, étnica e de convivência de três nacionalidades (brasileira, peruana e colombiana). (Subprojeto qualiSUS-rede da região do Alto Solimões/2010¹⁰).

A Região de Saúde do Alto Solimões é constituída por nove municípios: Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutaí, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tonantins e Tabatinga, sede de referência assistencial e da CIR do Alto Solimões, divididos em três microrregiões: Tabatinga, Santo Antônio do Içá e Fonte Boa, dispostos, em parte, numa área de Segurança Nacional, nas fronteiras com o Peru e a Colômbia.

A microrregião de Tabatinga compreende, além deste, Atalaia do Norte, Benjamin Constant e São Paulo de Olivença. Integram a Microrregião de Santo Antônio do Içá, além deste, os municípios de Amaturá e Tonantins. Na microrregião de Fonte Boa se inclui o município de Jutaí. Os limites internacionais da região são com a Colômbia e Peru. No estado, os limites municipais ocorrem com Japurá, Maraã, Juruá, Carauari, Itamarati, Eirunepé, Ipixuna e Guajará. (Subprojeto qualiSUS-rede da região do Alto Solimões).

O acesso a regional de saúde se dá pelos modais aéreo e fluvial a Tabatinga, São Paulo de Olivença, Fonte Boa e Jutaí, e em parte fluvial, pois os mesmo podem realizar conexão¹¹ via aéreo para município de Amaturá, Atalaia do norte, Santo Antônio do Içá, Tonantins e Benjamin Constant, o que diminuiria o tempo de deslocamento.

Na região do Alto Solimões existem três DSEI's: Alto Rio Solimões, Médio Amazonas e Afluentes e Vale do Javari. Ao DSEI compete atuar como unidade de execução das ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio biopsicossocial, com o reconhecimento do valor e da complementaridade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades e o perfil epidemiológico de cada comunidade.

Algumas estruturas do estado estão presente na regional de saúde, tais como, o desenvolvimento das ações de saúde na região do Alto Solimões – Consórcio Alto Solimões Saúde e Vida (Asavida), o primeiro consórcio de saúde pública do Amazonas. Fazem parte do consórcio o governo estadual e os municípios de Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutaí, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins. A criação do consórcio consolida o protocolo de intenções firmado, de 2011 entre o governo do Amazonas e os nove municípios do Alto Solimões e está descrita na Lei Estadual 3.626 de 1º de junho de 2011.

¹⁰ Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-Qualisus-AM-web.pdf>. Acesso 08 mar. 2016.

¹¹ Poderão utilizar de voos ate tabatinga (Benjamim, Atalaia do Norte) ou São Paulo de Olivença (Santo Antônio do Içá, Amaturá e Tonantins), ou todos por Tabatinga.

O funcionamento do consórcio tem o suporte técnico do Projeto de Desenvolvimento Regional no Amazonas para o Zona Franca Verde (PRODERAM), que realizou estudos para a definição do modelo. Os recursos iniciais para as ações consorciadas virão do Governo do Estado e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que disponibilizaram 1 milhão e 300 mil dólares para os primeiros programas integrados.

Em 2012, em Tabatinga, foi instalado o Complexo Regulador do Alto Solimões, semelhante ao utilizado em Manaus, que possibilita a marcação de consultas e exames especializados on-line diretamente da unidade onde o paciente recebeu o primeiro atendimento médico e atenderá aos nove municípios que compõem a Regional do Alto Solimões.

A CIR, em epígrafe, foi instituída no dia 19 de janeiro de 2012, no município de Benjamin Constant, tem sede em Tabatinga, porém suas reuniões são itinerantes, com representatividade Estadual, Municipal e dos 03 Distrito de Saúde Indígena.

Região de Saúde do Médio Amazonas

A Região de Saúde do Médio Amazonas compreende seis municípios: Itacoatiara, Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, Silves, Urucará e Urucurituba. Segundo o IBGE (2015), a população regional estimada é de 166.240 habitantes. O acesso à região é, predominantemente, fluvial através do Rio Amazonas.

Itacoatiara é o município de referência assistencial para a atenção especializada de média complexidade e sede da CIR dessa região de saúde, onde foi realizada sua primeira reunião no dia 17 de fevereiro de 2011 e, as demais, realizadas bimestralmente com representatividade do Estado, Municípios e DSEI, são itinerantes.

Nessa região de saúde um município é Gestão plena Municipal e conforme a Portaria Ministerial nº 3039/2012, todos os municípios passam a ser responsáveis pela as ações de Vigilância em Saúde.

O DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes abrange 14 municípios (Maraã, Tefé, Uarini, Japurá, Juruá, Jutai, Eirunepé, Envira, Carauari, Itamarati, Ipixuna, Alvarães, Fonte Boa e Coari). Os arranjos de encontros Interfederativos fortaleceram ao longo desse tempo, uma vez que o DSEI começou a ocupar os espaços antes não ocupados de controle social, destaque para a participação nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) do Alto Solimões, Triângulo, Juruá e Rio Negro e Solimões, grupo condutor da rede cegonha do estado do Amazonas, fórum perinatal, conselhos municipais de saúde, dentre outros.

Região de Saúde do Rio Negro e Solimões

Com uma população estimada de 283.904 habitantes (IBGE, 2015), a Região de Saúde do Rio Negro e Solimões¹² é composta por uma microrregião com os seguintes municípios: Manacapuru (município de referência para atenção especializada de média complexidade), Novo Airão, Anamá, Beruri e Caapiranga, Coari e Codajás¹³, seu acesso se dá por via terrestre a Novo Airão e Manacapuru, aéreo a Coari e os demais, apenas pelo modal fluvial.

¹² Ata da Reunião 1ª (1ª Ordinária)

¹³ Revisão do Desenho Regional de saúde onde inclui os Municípios de Codajás e Coari.

A região tem como limites: ao Norte – o Estado de Roraima; ao Sul – o município de Manicoré; a Leste – o município e Tapauá e, a Oeste – os municípios de Presidente Figueiredo, Manaus, Iranduba, Manaquiri e Borba.

Apresenta ocupação humana, condições ambientais e climáticas que condicionam fortemente as relações sociais e atividades econômicas, possui um enorme patrimônio cultural com destaque para a realização de cirandas e atração com riquezas naturais como o boto cor de rosa, arquipélago de Anavilhanas e o encontro do Rio Negro com o Solimões.

O DISEI/Manaus, além de compor a Região de Saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, também integra a Região de Saúde do Rio Negro e Solimões, possui uma extensão territorial de 235.405 km, situados na abrangência dos 19 municípios: Manaus, Iranduba, Novo Airão, Manacapuru, Beruri, Anamá, Careiro, Careiro da Várzea, Manaquiri, Autazes, Rio Preto da Eva, Itacoatiara, Nova Olinda do Norte, Borba, Novo Aripuanã, Manicoré, Humaitá, Urucurituba e Urucará situados no estado do Amazonas.

A CIR do Rio Negro e Solimões foi instituída dia 10 de julho de 2012, composta pelo membros gestores dos municípios que compõe a região de saúde, o coordenador estadual e o DSEI.

Região de Saúde do Rio Triângulo

A Região de Saúde do Triângulo é composta por quatro microrregiões com os seguintes municípios: Tefé sendo o município de referência regional para a atenção especializada de média complexidade, Japurá, Maraã, Juruá, Uarini, e Alvarães. O acesso a esses municípios se dá pelo modal fluvial e, para Tefé, também pode ser feito via aérea.

A região tem como limites: Ao Norte, os municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos; ao Sul, o município de Pauini e o estado do Acre; a Leste, os municípios de Coari e Tapauá e, a Oeste, o Peru e os municípios de Tonantins, Santo Antônio do Içá, Amaturá e São Paulo de Olivença.

A Região de Saúde do Triângulo apresenta ocupação humana de 127.856 habitantes (IBGE, 2015), condições ambientais e climáticas que condicionam fortemente as relações sociais e atividades econômicas, principalmente a pesca, possui um enorme patrimônio cultural e religioso em destaque as riquezas naturais como a Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá.

Mamirauá, é uma reserva de desenvolvimento sustentável, área de conservação ambiental, localizada entre os rios amazônicos Solimões e Japurá, abrangendo os municípios de Maraã, Alvarães, Uarini e Fonte Boa. Com uma área total de 1.124.000 hectares (correspondendo a quase metade do estado de Sergipe), até 80 quilômetros de floresta da reserva são completamente alagadas.

A CIR da RS do Triângulo foi instituída no dia 03 de maio de 2013, composta pelos membros gestores dos municípios integrantes da região de saúde, o coordenador estadual e o DSEI.

Região de Saúde do Madeira

A Região de Saúde, compõe-se por cinco municípios: Apuí, Borba, Humaitá, Manicoré e Novo Aripuanã. Totaliza uma população de 188.610 habitantes (IBGE, 2015). Limita-se: ao Norte com

Beruri, ao Sul com o estado do Mato Grosso e com o estado de Rondônia, a Leste com os municípios amazonenses de Tapauá e Canutama.

A região apresenta ocupação humana, condições ambientais e climáticas que condicionam fortemente as relações sociais e atividades econômicas e religiosidade, principalmente ao evento de Santo Antônio de Borba. O acesso a todos os municípios é feito por via fluvial, e Apuí, também, pode ser feito via aéreo.

A CIR da RS do Madeira foi instituída, no dia 17 de setembro de 2013, pelos membros gestores dos municípios que pertencem a região de saúde, o coordenador estadual e o DSEI.

Na RS do Madeira, o município de Humaitá é habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM¹⁴, e existem em cada um dos municípios, uma unidade hospitalar que realiza serviços de média complexidade, fazendo internações e atendimentos de urgência/emergência e partos,

Devido as características geográficas e fluviais, os municípios da RS tem baixo referenciamento intermunicipal entre si, e até mesmo o fluxo de acesso aos serviços especializados de maior complexidade localizado na capital Manaus no caso do município de Humaitá é dificultado, visto que o mesmo limita-se com o estado de Rondônia, para onde, na maioria das vezes, pela facilidade de acesso e redução com o custo de deslocamento, o município encaminha pacientes com especificidades e necessidade de urgência ou atendimento ambulatorial.

Região de Saúde do Rio Purus

A regional de saúde do Purus localiza-se na parte sul e sudoeste do Amazonas e, em termos macrorregionais, na chamada Amazônia Ocidental. É composta por cinco municípios: Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini e Tapauá. A população estimada, em 2015, é de 129.421 habitantes, cujo acesso aos municípios da regional de saúde se dá pelos modais fluvial, terrestre e aéreo.

A regional de saúde possui situações agravantes de saúde na cheia e na seca. Nas cheias começam a mudar a paisagem da cidade que, tradicionalmente no período do inverno tem as margens alagadas pelo Rio Purus, e no restante do ano, as palafitas dão espaço às famosas prainhas e às plantações que sustentam grande parte da vida ribeirinha.

A geografia dos rios, que ocorrem no sentido sudoeste-nordeste, tornando extremamente difícil as comunicações entre os vales, resultou, ao longo do tempo, em diferenças étnicas, socioeconômicas e ambientais em diferentes regiões do Estado (Nascimento *et al.*, 2000).

A CIR do Purus foi instituída em 12 de abril de 2012 na sede do município de Manaus, ressalte-se que, mesmo Lábrea tendo sido definida como sede da CIR, nenhuma reunião foi realizada naquele município, as quais aconteceram na capital Manaus. Justifica-se tal situação em função da dificuldade alegada pelos gestores municipais quanto ao deslocamento entre os municípios da região de saúde, que consideram mais fácil o deslocamento para Manaus.

¹⁴ GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

Região de Saúde do Rio Juruá

A regional de saúde situa-se na Mesorregião Sudoeste Amazonense, é constituída por seis municípios: Carauari, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna e Itamarati, totalizando uma população de 131.556 habitantes (IBGE, 2015).

O estado do Amazonas é banhado pelo rio Juruá, que nasce no Peru, atravessa o estado do Acre e deságua no Rio Solimões. É utilizado como hidrovia por várias comunidades da região, que não dispõem de rodovias. Nas margens do rio Juruá ficam as cidades de Eirunepé, no Amazonas, e Cruzeiro do Sul, no Acre, entre outras.

Destaca-se que, para chegar aos municípios de Guajará e Ipixuna se faz necessário deslocamento aéreo até o município de Cruzeiro do Sul no Acre. Também, o acesso pode ser feito via fluvial, porém, leva em torno de 15 a 20 dias subindo o rio para chegar até os respectivos municípios.

A CIR da RS do Juruá foi instituída em 25 de julho de 2013 no município de Manaus, tendo como sede o município de Eirunepé, levando em conta o desenho regional do estado. Entretanto, devido a dificuldade de acesso para a realização das reuniões, vem se realizando no município de Manaus.

Fluxo da Atenção especializada

Para visualização do fluxo regional para acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar vide o Anexo 3: Regionalização da Saúde – Amazonas: Mapas por Região de Saúde -Fluxos de Referência Regional para Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospital..

Principais aspectos dificultadores no processo de regionalização da saúde no Amazonas;

- **Características geográficas:** O Amazonas é o maior estado do Brasil, possuindo 1.570.745,680 km² o que representa aproximadamente cerca de 18% do território nacional. Faz parte de seu território a maior bacia hidrográfica do mundo (3.904.392,8 km² em terras brasileiras) concentrando um quinto de toda reserva de água doce do planeta;

Conta com mais de 23.000 quilômetros de vias navegáveis que servem de ligação (muitas vezes a única) entre os diversos Municípios e as comunidades distantes. Os rios são as estradas dos habitantes locais. Devido a inexistência de estradas, a ligação entre as principais cidades do Amazonas ainda são feitas apenas por barco ou avião. As viagens pelos rios costumam ser demoradas, e no caso avião, enfrenta-se a falta de opção de vôos regulares e o custo elevado.

Regiões de Fronteiras e municípios com referência informal para estados vizinhos (Acre e Rondônia) e recebimento de demanda informal de outros estados (Pará, Roraima). Fronteiras Internacionais: Peru, Colômbia e Venezuela com, aproximadamente, 7.000 km de extensão fronteiriça. Nos municípios amazonenses de fronteiras internacionais, muitas vezes é realizado o atendimento da população estrangeira pelo SUS, sem a devida transferência de recursos para tanto, onerando ainda mais o já escasso orçamento da saúde da SES e SMS. Por ex: Estima-se que no Hospital Regional de Tabatinga, na Região de Saúde do Alto Solimões cerca de 21% do

atendimento é de população peruana, 9 % colombiana e ainda existem sazonalmente os imigrantes haitianos que geralmente chegam ao país em precárias situações de saúde e demandam serviços.

- **Característica dos municípios:** Baixa densidade demográfica, áreas rurais muito extensas com dificuldade de acesso, os produtos de interesse a saúde chegam por via fluvial. Os Municípios, em sua grande maioria tem baixa autonomia econômica e grande dependência dos repasses de recursos federais. A falta de decisão política e a baixa governabilidade dos Gestores Municipais na maioria dos municípios, são fatores relevantes para impedir ou limitar a viabilização de pactuações regionais nas Comissões CIR. As SMS variam muito em termos de estrutura, recursos e capacidade operativa, com predominância em sua maioria das ações assistenciais e menor atuação na área de gestão. Os municípios apresentam infra-estrutura deficiente em todos os níveis de atenção a saúde;

- **Instâncias de pactuação e controle social com dificuldades no cumprimento dos seus papéis:** As Comissões Intergestores Regionais, ainda não atuam plenamente como protagonistas dos processos de planejamento e governança das redes de atenção à saúde, com incipiente articulação dos gestores estadual e municipais e valorização do espaço da CIR como fórum técnico do sistema regionalizado de saúde, evidenciado muitas vezes pela ausência de gestores nas reuniões, e pelo pouco debate sobre os objetivos, necessidades e planejamento em nível regional a serem apresentados em forma de propostas para fortalecer a Região de Saúde.

Quanto ao Controle Social, observa-se a fragilidade desse colegiado em muitos municípios, tendo como indicativo a inadimplência de várias gestões municipais em relação aos instrumentos de planejamento do SUS, tais como o Plano de Saúde e Relatórios de Gestão, os quais obrigatoriamente devem ser objeto de aprovação pelos Conselhos de Saúde e no entanto, na grande maioria das vezes, não se nota a devida manifestação do controle social sobre essas questões .

- **Centralização de profissionais e tecnologias na capital.** O Amazonas encontra-se entre os estados com a menor taxa de médicos por habitantes, agravado pelo fato de 95% se encontrarem na capital, sendo que os médicos existentes no interior são essencialmente generalistas, caracterizando desassistência na atenção especializada inclusive nas urgências. A relação de número total de médicos por habitante no estado é de 1,24 por 1.000 habitantes, e da capital 2 médicos a cada 1.000 habitantes, muito abaixo dos números das regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste do país. De acordo com dados do MS o Amazonas conta com 56 médicos com especialidades a cada 100 mil habitantes, ocupando assim o 4º lugar entre os Estados do País com a menor oferta de profissionais com título de especialista ou residência.

As dificuldades de fixação de profissionais, especialmente médicos, no interior permanecem, embora tenham sido amenizadas pelo Programa Mais Médico do Governo Federal. Os município do interior e até mesmo a capital Manaus sofrem com a carência de médicos especialistas, interferindo no adequado funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. O estado tem investido na estratégia de teleconsultoria através do Programa Telessaúde, para consulta com médico especialista, e também através do Programa Amazonas Saúde Itinerante, o que tem sido um avanço na questão do acesso, mas ainda não atende toda a demanda por esses serviços.

Em relação aos recursos físicos, observa-se que todas as UTIs concentram-se na capital, assim como toda a alta complexidade está ofertada em Manaus, especialmente os exames complementares e procedimentos de alto custo, como Tomografia, Ressonância Magnética, Hemodiálise, Psiquiatria, Cardiologia e Neurologia entre outros.

- **Precarização do trabalho:** A precarização dos vínculos empregatícios, muito comum entre a SMS do interior, dificulta a fixação de profissionais e o estabelecimento de políticas de qualificação dos recursos humanos;
- **Problemas logísticos.** A baixa conectividade e o custo dos serviços de internet em muitos municípios, influem na alimentação dos sistemas de informação e no uso da telessaúde; Custo de Medicamentos e insumos para a saúde diferenciado de outros estados, devido a dificuldades de logística para distribuição dos mesmos; Os grandes laboratórios e fornecedores não se localizam na região norte, gerando duplo custo de transporte para Manaus e para posterior envio aos municípios do interior;
- **Financiamento inadequado:** os recursos disponibilizados pelo Governo Federal ainda são insuficiente, principalmente para custeio de ações e serviços, como por exemplo o Tratamento Fora do Domicílio - TFD intermunicipal, que tem custo elevadíssimo para a SES e SMS, o transporte sanitário e o de remoção de UTI é basicamente feito por transporte aéreo nos casos de urgência, o custo da UTI aérea para remoção de recém nascido de Tabatinga para Manaus está em torno de R\$ 32.000,00.
- **Gestão estadual sem representatividade organizacional no âmbito das Regiões de Saúde:** o estado possui 62 municípios, e não dispõe de estrutura para a operacionalização e coordenação de ações de responsabilidade da gestão estadual na área de saúde no âmbito regional
- **Políticas Nacionais de difícil aplicabilidade no interior do Estado** devido às peculiaridades regionais. Ex: Atenção as Urg/Emerg. SAMU
- **Saúde indígena,** que exige ações diferenciadas em razão das especificidades desse segmento populacional e maior integração com os Distritos de Saúde Indígenas DSEI que representam o subsistema federal no estado.

Reflexões para pensar uma proposta de Regionalização para o Amazonas

Reconhecimento e Respeito às Diferenças - Para a Amazônia, o tratamento diferenciado é essencial, impondo a discussão de um novo modelo de regionalização que considere a condição de que não existe a possibilidade de colocar em todos os municípios o mesmo estilo de capacidade tecnológica, com os mesmos valores e produtos que servem às regiões de característica inversa (ou diversa).

Tal processo deve ser diferenciado, não podendo se traduzir em normativas únicas impostas especialmente por parte do ente federal, que não deu conta, até o momento, de contemplar em seus arranjos institucionais a complexa e heterogênea sociobiodiversidade brasileira (OLIVEIRA, 2008).



Figura 13: Cenários contrastes Amazônicos: área urbana e periferia de Manaus, Am

Ao planejar as políticas públicas e, em especial, a regionalização da saúde na Amazônia, deve-se considerar as peculiaridades regionais, tais como: a baixa densidade demográfica em um espaço geográfico continental, o conjunto de acidentes geográficos que fazem parte das “várias amazônias” e que dificultam o acesso aos serviços públicos, além do mosaico étnico-cultural e socioeconômico característico da Amazônia Legal



Figura 14: Cenários e riquezas naturais do Amazonas

Fortalecimento e Ampliação de Ações Intersectoriais

Há de se considerar, nessa realidade, a necessidade de desenvolver estratégias que possibilitem a participação de um grande número de atores na Região de Saúde que, em conjunto com o governo federal, poderão encontrar alternativas capazes de minimizar as iniquidades territoriais. Nesse sentido, é importante que o financiamento da saúde permita uma diversificação de políticas e investimentos que contemplem as necessidades de saúde vinculadas a essas especificidades.

Para avançar na construção de processos de descentralização com regionalização nesse território, é de suma importância a articulação com as políticas de desenvolvimento sustentável regional. Entre os desafios a serem enfrentados para a construção da regionalização, destaca-se a necessidade de ampliar a participação ativa dos atores em processos pedagógicos e de educação permanente em saúde que tenham como foco a gestão regionalizada do sistema de saúde.

Essa gestão regionalizada deve estar comprometida com os desafios locais de tal forma que oportunize aos gestores, trabalhadores, usuários e formadores a possibilidade de reflexão e aprendizagem capazes de operar as mudanças necessárias na implementação das regiões de saúde e das redes de atenção, como também na articulação e cooperação interfederativa solidária – estratégias fundamentais para a construção do direito a saúde no país.

Assim, entre os desafios mais relevantes para a SUSAM relacionados à consolidação da regionalização no Amazonas distingue-se: Formular e conduzir políticas de saúde para o estado adequadas à disponibilidade de recursos para seu financiamento; Fortalecer as Regionais de Saúde para a construção do SUS estadual, estimulando a gestão compartilhada e qualificando o processo de governança regional; Articular e coordenar as ações de responsabilidade estadual conforme legislação atual; Qualificar o apoio técnico e financeiro aos municípios; Promover a gestão da rede assistencial de referência intermunicipal, com o apoio regional; Aperfeiçoar a regulação, o monitoramento, a avaliação e auditoria do SUS; Reduzir seu papel de prestador de serviços e fortalecer e ampliar ações de planejamento, coordenação e monitoramento

Como ações de intervenções são apontadas: Instituir o co financiamento regular e automático conforme pactuações e critérios estabelecidos; Ampliar a presença do Estado nas Regiões de Saúde através de criação de estrutura do estado em municípios estratégicos da RS para apoio a gestão, atenção e vigilância em saúde no âmbito regional; Fortalecer as Comissões Intergestores Regionais para induzir o planejamento regional integrado; Incentivar a formação de consórcios intermunicipais e interestaduais; Ampliar o uso da Telessaúde para a gestão e atenção à saúde; Rediscutir o processo de Regionalização e elaborar proposta que considere as especificidades regionais e o modelo de atenção adotado no sistema local de saúde;

1.8.9 Planejamento da Saúde

A Lei n. 8.080/1990 estabelece que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. Dessa forma, os planos de saúde serão a base das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

A regulamentação da Lei 8.080/90 através do Decreto 7508/2011, assim como a publicação da Lei Complementar 141/2012, reforçam o processo de planejamento no âmbito do SUS, destacando-o como responsabilidade dos entes públicos, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde.

A Portaria GM/MS 2.135/2013 estabelece diretrizes para o processo de planejamento no SUS, indica os pressupostos (bases) para o planejamento, define conceitos, prazos e itens gerais para conteúdo dos instrumentos para o planejamento no SUS: Plano de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatório de Gestão.

Planejamento da Saúde no âmbito do estado

No período de 2012 a 2015 o planejamento da saúde foi estabelecido com base no diagnóstico situacional que identificou os principais problemas de saúde, o estabelecimento das prioridades e as orientações estratégicas do Governo do Estado, bem como as diretrizes para a saúde definidas nacionalmente.

O planejamento elaborado pela Secretária de Saúde foi concretizado e operacionalizado por meio dos instrumentos de planejamento governamental e do SUS, Plano Plurianual 2012-2015, Plano Estadual de Saúde 2012-2015, Lei Orçamentária Anual, Programações Anuais de Saúde referentes ao período de abrangência do PES, sendo seus resultados expressos através dos Relatórios Quadrimestrais, Relatórios Anuais de Gestão e o sistema de informação SPLAN da Secretária de Estado de Planejamento, e Relatório de Ação Governamental elaborado anualmente.

Entre as prioridades elencadas pelo estado, a atenção materno-infantil foi um dos destaques, com a execução de várias ações estruturantes, como os investimentos na Rede Cegonha, objetivando a redução da morbimortalidade, propiciando a melhoria do acesso e qualificação do cuidado, onde

várias maternidades foram ampliadas e/ou reformadas, novos leitos obstétricos e UTIs foram criados, equipamentos foram adquiridos e exames de apoio diagnóstico garantidos, entre eles teste da orelhinha, do pezinho, do coraçãozinho e do olhinho entre outras iniciativas, as quais tiveram como resultado a melhoria dos indicadores de mortalidade infantil e materna, os quais em 2009 eram 16,7 óbitos em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos, decrescendo para 15,8 óbitos em 2014 e a razão de 91,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos em 2009, passando em 2014 para 68,3 por 100.000 nascidos vivos, evidenciando que os esforços da gestão estadual, aliada aos municípios estão direcionados para alcance dos objetivos e o atingimento das metas planejadas.

Em relação ao processo de planejamento, entre as principais ações desenvolvidas pelo estado no período, destacam-se, a cooperação técnica às Secretarias Municipais de Saúde – SMS através do Departamento de Planejamento da SUSAM, na implantação e implementação do PlanejaSUS, pactuação de planos de ação na CIB/Am para agenda anual das atividades e viabilidade financeira decorrente dos incentivos transferidos do Ministério da Saúde – MS para a execução das ações.

Para a implementação do sistema de planejamento da saúde e monitoramento da gestão do SUS no Amazonas foram realizadas, entre outras ações, Curso de Especialização em Planejamento e Orçamento Público em Saúde para 41 profissionais em parceria com a Fiocruz/AM; Apoio técnico aos municípios na construção dos seus instrumentos; Capacitação da ferramenta SargSus para apoiar os municípios na elaboração dos relatórios anuais de gestão municipais e elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento do SUS e instrumentos governamentais da gestão estadual.

Para o quadriênio 2016-2019, o Planejamento do Sistema Único de Saúde do Amazonas observa as orientações pertinentes ao processo de planejamento determinadas na respectiva legislação e está pautado em conformidade com Planejamento Governamental, e ainda considera a disponibilidade dos recursos orçamentários e financeiros previsto para a sua execução.

A orientação da política de saúde está voltada para consolidação dos resultados já alcançados de garantia da promoção e prevenção da saúde na atenção básica e o asseguramento do acesso e a resolutividade da atenção especializada de média e alta complexidade, avançando no processo de gestão compartilhada das redes de atenção, fortalecendo as Regiões de Saúde e o planejamento integrado entre os entes que compõe o sistema público de saúde amazonense.

É intenção do estado estimular o processo de planejamento, considerando a estratégia de gestão participativa e regionalizada, realizando eventos tais como oficinas, reuniões e seminários, promovendo também eventos de capacitação das equipes técnicas das secretarias estadual e municipais de saúde nas áreas de gestão, com ênfase na área de planejamento, monitoramento e avaliação, sob coordenação do Departamento de Planejamento da SUSAM.

Como resultado esperado desse processo, tem-se como expectativa: ações-demandas regionais prioritizadas, compromissos regionais, focos estratégicos, resultados estratégicos setoriais da saúde e seus respectivos indicadores, programas temáticos setoriais da saúde, subsídios para definição da agenda estratégica-diretrizes, objetivos e metas

O planejamento do SUS do Amazonas fundamenta-se nos instrumentos definidos para explicitar a Política de Saúde a ser executada no estado, refletidas a partir do Plano Plurianual 2016-2019 por ter em sua contextualização, Programas Temáticos Setorial de Saúde com os respectivos objetivos, no Plano Estadual de Saúde 2016-2019 por apresentar em sua estrutura: Análise Situacional, Compromissos e resultados expressos nos objetivos, diretrizes, metas, o que propicia aos gestores da saúde, controle social, órgãos do controle interno e externo, e a sociedade em geral, o acompanhamento desse planejamento e seus resultados.

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

Programa PPSUS

O Programa Pesquisa para o SUS - PPSUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde que tem o objetivo de aproximar o campo da saúde pública, do universo da ciência, tecnologia e inovação, através de descentralização de fomento à pesquisa em saúde nas Unidades Federativas (UF) que promove o desenvolvimento científico e tecnológico, visando atender as peculiaridades e especificidades de cada UF brasileira e contribuir para a redução das desigualdades regionais.

O Ministério da Saúde - MS, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Decit/SCTIE, é o coordenador nacional do PPSUS e conta com parcerias, no âmbito federal, com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e na esfera estadual, com as Fundações de Amparo/Apoio à Pesquisa (FAP) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Secretarias de Ciência e Tecnologia (SECT).

No Amazonas, no período de 2004 a 2013 foram lançados cinco editais, resultados de parcerias entre as Secretarias de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação (Secti-AM), de Saúde ([Susam](#)), e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas ([Fapeam](#)), além das parcerias federais envolvendo o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), e com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ([CNPq](#)).

Os trabalhos desenvolvidos se enquadram nas seguintes áreas: doenças transmissíveis; doenças não transmissíveis; saúde de populações em situação de vulnerabilidade; comunicação e informação em saúde; políticas públicas e gestão em saúde; doenças negligenciadas, outras doenças e agravo; e vigilância em saúde.

Investimentos – Na primeira edição do PPSUS no Amazonas (2004) foram executados R\$ 1,372 milhão, recursos utilizados para financiar 13 projetos de pesquisa. Na segunda edição (2006) foram aprovados 18 projetos. Em 2009, mais 28 projetos para um aporte de R\$ 2,964 milhões, e em 2012 foram 4 projetos com recursos da ordem de R\$ 1,249 milhão.

Execução do Programa PPSUS/MS - Amazonas

Edição do Programa	Projetos Aprovados	Recursos Investidos R\$
Edital 019/2004	13	1.372.360,61
Edital 014/2006	18	1.890.247,68
Edital 007/2009	28	2.964.792,90
Edital 002/2012	4	1.249.995,90
Total	63	7.477.397,09

Fonte: FAPEAM

Tabela 38: Execução do Programa PPSUS/MS - Amazonas

Entre os principais resultados obtidos pelo PPSUS no Amazonas, destacam-se a aplicação de novas metodologias na gestão do SUS, a elaboração de novos sistemas de triagem para o diagnóstico de patologias, capacitação e formação de recursos humanos. Em maio de 2014 foi lançado pela FAPEAM, em parceria com a SUSAM e o Ministério da Saúde o catálogo do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS Amazonas, apresentando resultados de pesquisas desenvolvidas através do Programa PPSUS no estado.

Em uma Oficina de Prioridades do PPSUS, realizada em novembro de 2015, da qual participaram representantes do Ministério da Saúde, da SUSAM, da FAPEAM e da comunidade científica, foram debatidas e definidas como prioridades os eixos para a realização de pesquisas sobre saúde mental, violência, acidentes e trauma, saúde da mulher, promoção da saúde e sistemas e políticas de saúde vigilância epidemiológica, aprimoramento dos métodos diagnósticos, tratamento e controle de doenças infecciosas (com ênfase em Zika vírus) e não infecciosas.

Foram priorizados para o desenvolvimento de pesquisas de interesse do SUS no estado, para contemplar o edital PPSUS 2016 – Amazonas, coordenado pela FAPEAM, os seguintes eixos e linhas temáticas:

Eixo 2 - Saúde Mental:

- Magnitude , Dinâmica e Compreensão dos Agravos em Saúde Mental;

- Organização e Avaliação de Políticas, Programas e Serviços: Estudos sobre as políticas públicas de saúde mental: Reabilitação psicossocial; Eficácia da atenção em saúde mental por equipes interdisciplinares e multiprofissionais e, estudos sobre a eficácia das abordagens terapêuticas de grupos; Impacto social das doenças mentais e das intervenções; Impactos do processo de descentralização, regionalização e atenção básica na assistência em saúde mental

Eixo 3 - Violência, Acidentes e Trauma:

- Estudos sobre a Organização e Avaliação de Políticas, Programas e Serviços: Políticas de atenção à violência, acidentes e trauma, incluindo os do trabalho, levando em consideração as questões culturais, econômicas, geográficas, e outras; Sistemas e serviços de urgência e emergência: gestão, modelos e

qualidade, regulação de fluxo e triagem nas etapas pré, intra e pós-hospitalar; Avaliação de políticas, programas, projetos e demais intervenções relacionadas à prevenção da violência, acidentes e traumas, incluindo-se os do trabalho, violência familiar, suicídios, homicídios entre adolescentes e jovens, acidentes de trânsito, violência sexual, consumo de substâncias psicoativas, álcool e intoxicações.

Sistemas de informações epidemiológicas em violência, acidentes e trauma, incluindo-se os do trabalho, para urgência, emergência e atenção básica; Avaliação de sistemas de vigilância de violências e acidentes, incluindo-se os do trabalho, considerando os aspectos políticos, sociais e culturais; Pesquisas referentes a tratamentos para os agressores e familiares das vítimas, com ênfase em modelos terapêuticos que ocorram na própria comunidade; Estudos sobre envolvimento, sensibilização, mobilização, fortalecimento e capacitação de lideranças e organizações comunitárias nas medidas preventivas de controle de danos e riscos relacionados à violência.

Eixo 8 - Saúde da Mulher

- **Magnitude , Dinâmica e Compreensão dos Problemas de Saúde da Mulher:** Mortalidade materna e fatores de vulnerabilidade; Morbimortalidade associada à utilização de tecnologias no parto; Efetividade da humanização da assistência ao parto e puerpério; Avaliação da qualidade do pré-natal;
- **Avaliação de Políticas, Programas e Serviços em Saúde Reprodutiva:** Estudos comparativos sobre os modelos de atenção ao pré-parto, parto e pós-parto; Qualidade da assistência às urgências e emergências obstétricas.
- **Avaliação de Políticas, Programas e Serviços:** Efetividade das ações de controle das DST/ HIV.

Eixo 18 - Promoção da Saúde

- **Magnitude , Dinâmica e Compreensão dos Agravos e Eventos:** Conceito de saúde, qualidade de vida, políticas e práticas de promoção da saúde e fatores de proteção e de risco; Determinantes biopsicossociais e culturais dos problemas de saúde e da distribuição dos riscos, redes sociais, suporte social, desigualdade regional, discriminação; Exposição diferenciada a situações de risco (ruído, sedentarismo, desemprego, drogadição, obesidade, poluição, dentre outros), segundo condições e modos de vida de grupos populacionais específicos; Exclusão social, ambiental e vulnerabilidade; Percepção de risco dos usuários quanto aos efeitos colaterais e contraindicações de medicamentos.

Eixo 22 - Sistemas e Políticas de Saúde

- **Dinâmica e Compreensão dos Sistemas e Políticas de Saúde:** Estudos sobre organização básica do sistema, integralidade, descentralização, regionalização, intersetorialidade, cobertura, acesso e continuidade, qualidade e efetividade; Estudos sobre modalidades de gestão, práticas gerenciais e relações público-privado; regulação; normalização, regulamentação e modelos de avaliação dos sistemas e ações de saúde; Estudos sobre a incorporação do planejamento nas políticas de saúde e de tecnologias de gestão em saúde.
- **Estudos sobre Atenção à Saúde:** Estudos sobre modelos de atenção à saúde adequados às populações em condições diferenciadas, destacando-se os aspectos geográficos, comportamentais, de gênero e transgêneros; Estudos de avaliação sobre: qualidade e humanização no atendimento, resolutividade dos níveis hierárquicos do SUS, acesso aos serviços de saúde e às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; Estudos sobre o Programa Saúde da Família: avaliação de impactos, avaliação sobre tecnologias de cuidado, orientação alimentar, inserção de novos profissionais na equipe.

2. Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Metas do PES/AM 2016-2019

2.1 Diretrizes orientativas do Plano Estadual de Saúde 2016 -2019

As diretrizes adotadas para orientação do Plano Estadual de Saúde do Amazonas, são as que foram definidas em nível nacional e estadual e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde e Conselho Estadual de Saúde do Amazonas. A partir dessas diretrizes e da análise da situação de saúde, foram estabelecidos 11 objetivos para o quadriênio 2016-2019 e em cada objetivo as respectivas metas para o período e o rol de indicadores para monitoramento e avaliação dos resultados.

Na construção dos objetivos e metas foram consideradas as prioridades do Governo do Estado, as proposições das áreas técnicas, as contribuições da conferência estadual de saúde de 2015.

Descrição das Diretrizes para a Saúde		
Eixo Conferência de Saúde	Diretriz Nacional	Diretriz Estadual
1. Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade	Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas.	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ênfase nos princípios da integralidade, humanização, equidade, respeitando as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.	
	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.	
2. Participação e Controle Social	Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.	Fortalecer as instâncias de controle social em todas as políticas públicas e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.
	Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais.	

Descrição das Diretrizes para a Saúde		
Eixo Conferência de Saúde	Diretriz Nacional	Diretriz Estadual
3. Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde	Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.	Fortalecer o papel do estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar para as necessidades do sus, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho, considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela década de gestão do trabalho e educação em saúde, iniciada em 2013.
4. Financiamento do SUS e Relação Público-Privado	Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos	Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, aprimorar o marco regulatório da saúde complementar melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.
5. Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde	<p>Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.</p> <p>Aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, do apoio interfederativo, da qualificação dos investimentos, da indução dos resultados, da modernização administrativa e tecnológica, da qualificação e transparência da informação.</p> <p>Qualificar a produção do cuidado, com a participação ativa do usuário e o protagonismo dos trabalhadores e trabalhadoras.</p> <p>Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável</p> <p>Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.</p>	Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais, qualificar a produção do cuidado com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável de responsabilidade dos municípios, estados e união, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.

Descrição das Diretrizes para a Saúde		
Eixo Conferência de Saúde	Diretriz Nacional	Diretriz Estadual
6. Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS	Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS.	Criar mecanismos para divulgação dessas informações a partir de canais de TV com sinal aberto e emissoras rádio, além das mídias e redes sociais que permitam a interação entre a população e o sistema de saúde.
	Valorizar o SUS como política de Estado, por meio de estratégias de comunicação.	
7. Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS	Fortalecer o Complexo Industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em saúde.	Fortalecer o complexo industrial da saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em saúde.








2.2 Objetivos

Eixo PES	Descrição dos Objetivos
Gestão do SUS	OBJETIVO 01: Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.
	OBJETIVO 02: Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.
	OBJETIVO 03: Aprimorar a relação interfederativa fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, e ainda aperfeiçoar a atuação da Secretaria de Estado de Saúde como gestora estadual do SUS com ênfase nas ações de Planejamento, Monitoramento, Avaliação, Regulação, Auditoria, Informação e Informática.
Atenção Básica/Políticas Estratégicas	OBJETIVO 04: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, definindo-a como eixo estruturante e reordenador da atenção à saúde no Estado do Amazonas.
	OBJETIVO 05: Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto, idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.
Atenção de Média e Alta Complexidade MAC	OBJETIVO 06: Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
	OBJETIVO 07: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção especializada, ambulatorial, hospitalar e domiciliar, integrando os Programas de Telessaúde, Programa Saúde Itinerante e Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e as Ações das Fundações de Saúde vinculadas a SUSAM.
Assistência Farmacêutica	OBJETIVO 08: Ampliar o acesso da população a medicamentos e produtos para a saúde, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
Vigilância em Saúde	OBJETIVO 09: 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 outros agravos, incluindo educação, capacitação, pesquisa e ações interinstitucionais.
Investimento em Saúde	OBJETIVO 10: Implementar o programa de investimentos na saúde, viabilizando melhor infraestrutura para melhorar as condições de atendimento ao usuário do SUS, considerando a conformação das redes de atenção, os planos regionais e necessidades da população.
Gestão da SES	OBJETIVO 11: Prover os Órgãos da Administração Estadual dos meios administrativos para a implementação e gestão de seus programas finalísticos.

2.3 Indicadores

No. de Ord.	Indicador	Unidade e Medida	Resultado Esperado
1	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	%	
2	Conselho de Saúde legalmente instituído e em funcionamento.	No. Absoluto	
3	Planos de saúde enviados ao conselho de saúde.	No. absoluto	
4	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica. (Ind. 17)	%	
5	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal. (Ind. 19)	%	
6	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos. (Indicador excluído)	%	
7	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica - ICSAB	%	
8	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família * (Ind. 18)	%	
9	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados. (Indicador excluído)	%	
10	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. (Ind. 23)	%	
11	Taxa de mortalidade infantil. * (Ind. 15)	/1.000	
12	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos. (Ind. 14)	%	
13	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	%	
14	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	%	
15	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária. * (Ind. 11)	Razão	
16	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária. * (Ind. 12)	Razão	
17	Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar * (Ind. 13)	%	
18	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – Caps.	/100.000	
19	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica. * (Ind. 21)	%	
20	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). * (Ind. 1)	/100.000	
21	Número absoluto de óbitos por dengue. (Indicador excluído)	No. Absoluto	
22	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. * (Ind. 6)	%	
23	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	%	

No. de Ord.	Indicador	Unidade e Medida	Resultado Esperado
24	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.* (Ind. 8)	No. Absoluto	
21	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos. * (Ind. 9)	No. absoluto	
22	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência. .* (Ind. 16)	No. absoluto	
23	Coeficiente de detecção da Hanseníase no Amazonas.	1/100.000	
24	Coeficiente de prevalência da Hanseníase no Amazonas.	1/10.000	
25	Proporção do atendimento da Hematologia.	%	
26	Proporção de doador por habitante.	%	
27	Número de testes sorológicos Anti-HVC realizados no Amazonas.	No. absoluto	
28	Proporção de cirurgias realizadas, exceto em traumatologia, na FHAJ.	%	
29	Proporção de cirurgias realizadas em traumatologia na FHAJ.	%	
30	Proporção de consultas ambulatoriais realizadas, exceto em traumatologia na FHAJ.	%	
31	Proporção de consultas ambulatoriais realizadas em traumatologia na FHAJ.	%	
32	Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde. (despesa liquidada)	%	
33	Proporção de óbitos maternos investigados.	%	
34	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados. * (Ind. 2)	%	
35	Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas. (Indicador excluído)	%	
36	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade- Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) com cobertura vacinal preconizada. * (Ind. 4)	%	
36	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	%	
37	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	%	
38	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. * (Ind. 3)	%	
39	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.	/1.000	
40	Proporção de imóveis visitados em, pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue. (Indicador excluído)	%	
41	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. * (Ind. 22)	%	

No. de Ord.	Indicador	Unidade e Medida	Resultado Esperado
42	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. * (Ind. 10)	%	
43	Percentual de municípios que realizam o mínimo 6 grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios. * (Ind. 20)	%	
44	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. * (Ind. 5)	%	
45	Número de casos autóctones de malária. * (Ind. 7)	Número Absoluto	
46	Cobertura da vacina pentavalente no Estado em crianças menores de 01 ano.	%	
47	Índice de infestação predial por larvas de Aedes Aegypt nos municípios prioritários para o controle da dengue no Estado.	%	
48	Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde. (despesa liquidada)	%	

* Rol de indicadores Sispacto 2017, instituídos através da Resolução CIT N° 8, de 24 de novembro de 2016, que dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa, relativo ao período de 2017-2021.

2. 4 Objetivos, Indicadores e Metas

A seguir são especificadas por objetivos, as metas estaduais da saúde e respectivas responsabilidades técnicas para coordenação da execução das ações para o período 2016-2019 e os indicadores que serão utilizados no processo de monitoramento e avaliação.

EIXO: GESTÃO DO SUS	
OBJETIVO 01: Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.	
INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	%

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Realização de 3.500 atividades (ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico em saúde) pelas Fundações de Saúde.	110	1.130	1.130	1.130	Sector de Planejamento da FCECON e FHEMOAM
Promover 1 evento de sensibilização para ampla adesão à Política de Educação Permanente em Saúde.	-	1	-	-	DGRH e Sector de Planejamento da FUAM
Qualificar 7.050 profissionais e trabalhadores do SUS, nas áreas de gestão e assistência, através da Política de Educação Permanente em Saúde, Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), pela SEAD e outras formas.	2.550	1.500	1.500	1.500	
Operacionalizar a Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) Estadual como câmara técnica de educação permanente.	-	1	-	-	
Convocar 968 concursados remanescentes do Concurso Público SUSAM 2005.	968	-	-	-	DGRH
Convocar 9.346 concursados do Concurso Público SUSAM 2014.	2.856	2.190	2.150	2.150	
Disponibilizar 13 profissionais de saúde especializados para Policlínica Virtual para prover teleconsultoria para os profissionais da atenção básica de saúde e das unidades hospitalares dos municípios do estado do Amazonas através de segunda opinião formativa, assíncrona e síncrona	-	7	6	-	
Disponibilizar 8 profissionais para atuar no programa de Telessaúde (2 técnicos de informática de nível superior, 1 analista de sistema, 04 técnicos de informática, 1 administrador)	-	6	2	-	

EIXO: GESTÃO DO SUS	
OBJETIVO 02: Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.	
INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA
Conselho de Saúde legalmente instituído e em funcionamento.	No. Absoluto

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Reformular e aprovar o regimento interno do CES/AM.	-	1	-	-	CES
Capacitar conselheiros municipais dos 62 municípios do Amazonas para as atividades de controle social.	-	62	62	62	
Realizar 300 atividades de controle social e participação popular.	60	80	80	80	
Implantar o serviço de ouvidoria em 14 unidades, para compor a rede estadual de ouvidoria do SUS no AM.	2	4	4	4	Coordenação da Ouvidoria Estadual do SUS/AM

EIXO: GESTÃO DO SUS	
OBJETIVO 03: Aprimorar a relação interfederativa fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, e ainda aperfeiçoar a atuação da Secretaria de Estado de Saúde como gestora estadual do SUS com ênfase nas ações de Planejamento, Monitoramento, Avaliação, Regulação, Auditoria, Informação e Informática.	
INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA
Plano de Saúde enviados ao conselho de saúde	No. Absoluto

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Elaborar proposta de reorganização da estrutura da do nível central – Susam.	-	1	-	-	DEPLAN
Realizar 1 evento de acolhimento dos novos gestores municipais da saúde.	-	1	-	-	
Elaborar, monitorar e avaliar 4 instrumentos de planejamento da saúde (PES, PAS, RG e RDQA) e 2 instrumentos de planejamento governamental (PPA e LOA).	6	6	6	6	
Realizar 12 processos que compreendem: pactuação, monitoramento e avaliação dos indicadores estaduais de saúde.	3	3	3	3	
Prestar cooperação técnica aos 62 municípios do Amazonas no desenvolvimento dos instrumentos de planejamento da saúde e no processo de pactuação, monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde.	62	62	62	62	

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Realizar 1 curso de formação em ação para participantes do projeto de desenvolvimento regional em parceria com o HCOR/MS/SUSAM nas regiões de saúde de Manaus Entorno e Rio Negro e Solimões.	-	1	-	-	DEPLAN
Criação de 1 sala de informações estratégicas em saúde para gestão do SUS no Estado para sistematização e.	-	-	1	-	
Realizar 9 eventos para alinhamento do processo de planejamento integrado		3	3	3	
Elaborar proposta para criação de coordenações estaduais no âmbito das Regiões de Saúde e efetivar seu funcionamento	-	1	1		SUSAM (Planejamento, SEAS Capital e Interior, Regulação, Atenção Básica, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Controle e Avaliação, Vigilância em Saúde, Fundo Estadual de Saúde)
Rediscutir o processo de Regionalização e elaborar Plano Diretor de Regionalização com vistas a contratualização com base no COAP e a revisão da Programação Pactuada e Integrada	-	1	-	-	
Apoiar o funcionamento de Consórcio de Saúde (Consórcio Municipal de Saúde e 1 Consórcio Interestadual de Saúde da Amazônia Legal).	1	2	2	2	SEA Interior, FES
Estreitar as parcerias do componente estadual de auditoria com 4 instituições/Comissões (Componente Federal de Auditoria, CIB, CES/AM, Cosems) que possam fomentar a implantação de componentes municipais de auditoria.	-	4	4	4	Componente Estadual de Auditoria
Estimular os 62 gestores municipais para implantação de componentes municipais de auditoria ou elaborar e pactuar proposta de um serviço regional de auditoria	-	62	62	62	
Realizar 46 auditorias nas unidades prestadoras de serviços ao SUS: Públicas, Privadas e Filantrópicas.	10	12	12	12	
Operacionalizar as 10 Comissões Intergestores (1 CIB e 9 CIR).	10	10	10	10	CIB e CIR
Operacionalizar o funcionamento de 2 câmaras técnicas da CIB/AM.	-	2	-	-	CIB/AM
Elaborar o Plano Diretor de Hospitais do Estado do Amazonas, em parceria com o HCOR.		1	-	-	Coord. Regulação/SEA Capital
Atualizar o Portal da Susam.	1	1	1	1	DETIN
Ampliar o Sistema de Gestão de Documentos (Próton) para 100% da Rede Estadual na Capital.	-	100%	-	-	

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Apoiar o fortalecimento do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (Cosems).	1	1	1	1	SEAASI
Implantar 3 Centrais de Regulação Regional: Baixo Amazonas, Purus/Madeira e Juruá.	1	2	-	-	Coordenação Estadual de Regulação
Apresentar Projeto para informatização de 100% dos consultórios médicos dos estabelecimentos ambulatoriais solicitantes integrados às Centrais de Regulação Ambulatorial.	-	1	-	-	
Buscar novas parcerias para garantir os meios adequados de conectividade e comunicação à operacionalização do processo regulatório em 100% dos estabelecimentos de saúde integrados às Centrais de Regulação no estado do Amazonas.	-	100%	-	-	
Acompanhar a prestação de contas nos Relatórios de Gestão 2016 dos 61 municípios que receberam recursos financeiros oriundos do Projeto de Informatização aprovado pela Portaria nº 1.392 de julho de 2014.	-	61	61	61	
Provocar novas pactuações com os 5 estados limítrofes com o Amazonas que recebem ou enviam pacientes para consultas, tratamentos ou terapias de média e alta complexidade.	-	5	5	5	
Propor a criação de 1 instrumento de gestão contratual contendo, objetivos, metas e indicadores de resultados para os estabelecimentos de saúde públicos especializados à semelhança do que já dispõe a rede privada contratada do SUS do Amazonas.	-	1	-	-	
Criar e/ou revisar 100% dos Protocolos de Acesso das especialidades sob-regulação já integradas ou a integrarem as Centrais de Regulação.	-	100%	100%	100%	
Participar da formação, criação e funcionamento do Consórcio dos Estados da Amazônia Legal, através de Projeto na área de Telessaúde.	-	1	1	1	
Apoiar a implantação/implementação das Políticas de Saúde sobre Sistemas de Informação de Produção em 100% dos municípios do Estado do Amazonas.	-	100%	100%	100%	DECAV
Prestar cooperação técnica sobre Sistema de informação de Produção em 100% dos estabelecimentos de saúde localizados no interior do Estado do Amazonas.	-	100%	100%	100%	
Acompanhar o envio regular, sistemático e obrigatório de 100% das informações sobre os sistemas de informação de base de dados nacional, conforme Portarias anuais do MS.	-	100%	100%	100%	
Elaborar proposta de revisão do Comitê Estadual de Telessaúde e respectivas atribuições	-	1	-	-	Coord. Estad. de Telessaúde/Gab. Secretário

EIXO: ATENÇÃO BÁSICA	
OBJETIVO 04: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, definindo-a como eixo estruturante e reordenador da atenção à saúde no Estado do Amazonas.	
INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	%
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	%
*Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica - ICSAB	%

Nota: *Vide alteração de Indicadores com justificativas em anexo.

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Elaborar proposta de cofinanciamento estadual da atenção básica para os municípios.	1	-	-	-	DABE/DEPLAN/SEA Interior
Cofinanciamento estadual da atenção básica para os 62 municípios.	-	61	61	61	DABE
Apoiar os 62 municípios na implantação/implementação do Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica/Saúde Bucal de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).	62	62	62	62	
Criar o Geoportal Estadual para subsidiar a implantação de salas de situação nos 62 municípios, permitindo a avaliação e o monitoramento dos dados enviados por meio dos sistemas informatizados, bem como, servir de ferramenta para a construção dos instrumentos de gestão municipais.	-	1	-	-	
Fomentar a implantação e/ou implementação da Educação Permanente em Saúde nos municípios com foco na Atenção Básica/Saúde Bucal, através de realização de 6 oficinas.	2	4	-	-	
Operacionalizar a Rede Básica Estadual, na capital, realizando 2.280.000 atendimentos nos CAIC's e CAIMI's.	570.000	570.000	570.000	570.000	SEA Capital

EIXO: ATENÇÃO BÁSICA/POLÍTICAS ESTRATÉGICAS

OBJETIVO 05. Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto, idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	%
Taxa de mortalidade infantil.	1/1.000
*Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	%
*Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	%

Nota: *Vide alteração de Indicadores com justificativas em anexo.

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
**Implantar a Iniciativa Hospitais Amigo da Criança e da Mulher - IHAC em 9 Hospitais da rede estadual (8 no interior e 1 na capital).	-	5	2	2	Saúde da Criança – SEA Capital
Fomentar a adesão dos 62 municípios do estado para a implantação da Lei Estadual nº 4.312/16 (Primeira Infância - PIA).	62	62	62	62	
Criar a Rede Estadual da Primeira Infância no Estado.	-	1	-	-	
Realizar parceria entre UEA/ Instituto Fernando Figueira /FIOCRUZ/SUSAM, através de termo de cooperação técnica, para capacitação dos profissionais em saúde materno infantil.	1	-	-	-	
Realizar 30 encontros para capacitação dos profissionais do interior em saúde materno infantil.	-	10	10	10	
Implantar 11 postos de coleta de leite humano no interior.	2	3	3	3	
Realizar 9 treinamentos na estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI para os profissionais dos 9 DSEI's, através do telessaúde /núcleo UEA.	3	3	3	-	
Realizar treinamento na estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI para os profissionais de 61 municípios do interior, através do telessaúde /núcleo UEA.	-	61	61	61	

Nota:**Vide alteração de Metas com justificativas em anexo.

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Implantar o Serviço de Atendimento a Vitima de Violência Sexual - SAVVS em 7 unidades da rede SUS.	1	2	2	2	Saúde da Mulher Atenção em Situação de Violência, Direitos Sexuais e Reprodutivos - SEA Capital
Realizar apoiar técnico a 100% dos municípios que demonstrarem interesse na criação do SAVVS.	100%	100%	100%	100%	
**Realizar 3 eventos na área de atenção á saúde da mulher, para qualificação dos profissionais e orientações sobre a política.	-	3	-	-	
Elaborar proposta de habilitação de serviço de coleta de vestígios.	-	1	-	-	
Criação do Fórum de Enfrentamento da Violência Sexual.	-	1	-	-	
Elaborar nota técnica para habilitação dos serviços de laqueadura e vasectomia para unidades da rede.	1	-	-	-	
Apoiar o processo de habilitação de laqueadura e vasectomia em 2 unidades da rede (Maternidade Ana Braga e Maternidade de Tabatinga).	-	2	-	-	
Distribuir para 62 municípios os itens da lista de medicamentos e insumos contraceptivos.	62	62	62	62	
Qualificar o serviço de atendimento a mulher em situação de abortamento em 3 maternidades do estado (Ana Braga, Balbina e Lindu).	1	2	-	-	
Apoio técnico aos 62 municípios na implementação da Política Estadual dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.	62	62	62	62	
Atualizar o banco de dados das parteiras tradicionais.	1	1	1	1	
**Capacitar 200 parteiras tradicionais.	-	100	50	50	
Apoio técnico aos 62 municípios nas ações de qualificação de pré-natal.	62	62	62	62	
Capacitar de forma contínua os 62 municípios na Atenção Básica com o objetivo de melhorar o acesso e qualidade da atenção à saúde do adolescente e do jovem.	62	62	62	62	Coordenação Estadual da Saúde do adolescente e jovem - DABE
Monitorar e avaliar as ações com a saúde de adolescentes e jovens desenvolvidas pelos 62 municípios do estado.	62	62	62	62	
Prestar apoio institucional em tempo adequado e com resolutividade aos 62 municípios do estado na implementação da Política Nacional Saúde de Adolescentes e Jovens.	62	62	62	62	
Coordenar e implementar nos 62 municípios as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades loco regionais.	62	62	62	62	Coordenação Estadual da Saúde do Homem - DABE
Monitorar e Avaliar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) nos 62 municípios do Amazonas.	62	62	62	62	

Nota:**Vide alteração de Metas com justificativas em anexo.

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Estimular os 62 municípios para a Implementação da Política do Idoso.	62	62	62	62	Coordenação Estadual da Saúde do Idoso - DABE
Monitorar e avaliar as ações de atenção básica na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa nos 62 municípios, in loco e através de sistema de informação.	62	62	62	62	
Realizar 100% das Ações previstas nos Planos de Ações - Saúde do Trabalhador/CEREST. (Plano no Anexo 4)	100%	100%	100%	100%	Coordenação Estadual da Saúde do Trabalhador - DABE
Acompanhar e assessorar os 62 municípios no processo de implementação das ações, estratégias e no e-SUS referentes às doenças crônicas (hipertensão, diabetes e obesidade)	62	62	62	62	Coordenação Estadual da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – DABE
Realizar 100% das Ações previstas nos Planos de Ações – Alimentação e Nutrição. (Plano no Anexo 5)	100%	100%	100%	100%	Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição - DABE
Realizar 100% das Ações previstas nos Planos de Ações – Saúde no Sistema Prisional. (Plano no Anexo 6)	100%	100%	100%	100%	Saúde no Sistema Prisional – DABE
Implantar ponto de Telessaúde nas Unidades Prisionais do estado do Amazonas	-	3	3	3	Saúde do sistema Prisional–DABE/ Coordenação Telessaude
Realizar ações de Educação Permanente em Saúde para equipes multiprofissionais e intersetoriais, visando a formação do Programa Saúde na Escola-PSE nos 62 municípios do Amazonas.	62	62	62	62	Programa Saúde na Escola - DABE
Monitorar e avaliar as ações do PSE nos 62 municípios do Amazonas.	62	62	62	62	
**Instituir no âmbito da SUSAM a Política de Promoção da Equidade em Saúde para as populações LGBT, Pessoa em situação de Rua, Campo e Floresta e Educação Popular em Saúde, com adesão de municípios (sendo 8 com região fronteira e 7 com população acima de 50 mil habitantes).	-	15	-	-	Coordenação da Política de Promoção da Equidade em Saúde (População LGBT, Pessoa em situação de Rua, Campo e Floresta e Educação Popular em Saúde)
**Coordenar a criação do Comitê Técnico da Promoção da Equidade.	-	1	-	-	

Nota:**Vide alteração de Metas com justificativas em anexo.

EIXO: ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

OBJETIVO 06. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA
Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.	%
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	%
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	Razão
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	Razão
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar.	%
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.	/100.000
*Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	%
Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	/100.000

Nota: *Vide alteração de Indicadores com justificativas em anexo.

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
**Operacionalizar a Rede de Urgência e Emergência, realizando 40.342.000 atendimentos.	11.842.000	9.500.000	9.500.000	9.500.000	Rede de Urgência e Emergência-SEA Capital
Realizar 2.400 remoções de urgência com serviço aeromédico de UTI do interior para capital.	960	480	480	480	Rede de Urgência e Emergência-SEA Interior
Operacionalizar a Rede Cegonha, realizando 142.080 partos normais.	35.520	35.520	35.520	35.520	Rede Cegonha-SEA Capital
**Habilitar 2 Centro de Parto Normal na Ana Braga e Balbina Mestrinho.	-	2	-	-	
Habilitar 1 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera na Balbina Mestrinho.	-	1	-	-	
Implantar a estratégia de Apoiadores Institucionais em Serviço nas 8 maternidades de Manaus.	8	-	-	-	Rede Cegonha-SEA Capital
Implantar a estratégia de Apoiadores em Serviço nas unidades hospitalares do interior em 2 regiões de saúde.	-	2	-	-	Coordenação Estadual em Triagem Neonatal Biológica-SEA Capital
Implantar 1 ambulatório de triagem neonatal na Policlínica Codajás.	-	1	-	-	
Elaborar 1 proposta de implantação da Política Nacional de Doenças Raras no Estado.	-	1	-	-	
Capacitar 400 profissionais da rede estadual e municipal na área da triagem neonatal.	100	100	100	100	

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
**Operacionalizar a Rede de Atenção Psicossocial, realizando 255.000 atendimentos, nos pontos de atenção em saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial Silvério Tundis, PA Humberto Mendonça no CPER, Centro de Reabilitação em Dependência Química – CRDQ e Equipes de Saúde Mental nas Policlínicas).	-	85.000	85.000	85.000	Rede de Atenção Psicossocial - SEA Capital
Realizar apoio técnico a todos os municípios em processos de habilitação de CAPS.	100%	100%	100%	100%	
**Prestar assessoria técnica a 100% dos municípios fortalecendo os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.	100%	100%	100%	100%	
Beneficiar 33.500 pessoas com órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, através do CER III na Policlínica Codajás.	14.000	6.000	6.500	7.000	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência-SEA Capital
Habilitar o Centro de Reabilitação - CER tipo IV.	-	1	-	-	
Habilitar o Centro de Reabilitação - CER tipo II.	-	1	-	-	
Habilitar o CER do Município de Manaus.	-	1	-	-	
Definir 2 fluxos da saúde auditiva (1 pra Capital e 1 para o Interior).	-	2	-	-	
Implantar fluxo para a concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção - OPMs nos CER's.	1	-	-	-	
Manter 12 contratos com unidades complementares do SUS nos serviços de assistência aos nefropatas crônicos.	12	12	12	12	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas-SEA Capital
Inaugurar a nova sede do Laboratório Sebastião Marinho, habilitado como Laboratório Tipo II, a fim de realizar o Monitoramento Externo de Qualidade – MEQ e atuar como Unidade de Monitoramento Externo de Qualidade.	1	-	-	-	
**Habilitar e equipar 13 Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero - SRC's (6 da capital e 7 do interior).	6	7	-	-	

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Capacitar os ginecologistas dos 06 SRC's do interior no Centro Qualificador de Ginecologia.	-	6	-	-	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas-SEA Capital
Habilitar 1 Complexo Hospitalar em Oncologia.	1	-	-	-	
**Habilitar 1 unidade de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON.	-	1	-	-	
**Habilitar 3 ambulatórios como unidades de Assistência da Alta Complexidade em Nefrologia na Policlínica Codajás, Ambulatório Araújo Lima e Ambulatório Delphina Aziz, para atender o Doente Renal Crônico - DRC.	-	3	-	-	
**Habilitar 1 unidade de assistência da Alta Complexidade em Nefrologia na FHAJ para ampliar a oferta de Terapia Renal Substitutiva-TRS.	-	1	-	-	
Elaborar Linha do Cuidado para pacientes com sobrepeso e obesidade.	-	1	-	-	
Habilitar 1 unidade para a Assistência de Alta Complexidade no Ambulatório Araújo Lima ao indivíduo com obesidade.	-	1	-	-	
Manter 03 Contratos com Pessoa Jurídica – Organizações Sociais, para gestão de 4 unidades da rede estadual (UPA Campos Salles, UPA e Maternidade Tabatinga, Hospital Delphina Abdel Aziz e o Centro de Reabilitação em Dependência Química -CRDQ).	3	3	3	3	Núcleo da PPP/SEA Capital

Nota:**Vide alteração de Metas com justificativas em anexo.

EIXO: ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

OBJETIVO 07. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção especializada, ambulatorial, hospitalar e domiciliar, integrando os Programas de Telessaúde, Programa Saúde Itinerante e Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e as Ações das Fundações de Saúde vinculadas a SUSAM.

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	%
Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	%
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	No. Absoluto
Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	No. Absoluto
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	No. Absoluto
Coeficiente de detecção da Hanseníase no Amazonas.	1/100.000
Coeficiente de prevalência da Hanseníase no Amazonas.	1/10.000
Proporção do atendimento da Hematologia.	%
Proporção de doador de sangue por habitante.	%
Número de testes sorológicos Anti-HVC realizados no Amazonas.	No. Absoluto
Proporção de cirurgias realizadas na FHAJ. exceto em traumatologia-ortopedia	%
Proporção de cirurgias realizadas em traumatologia-ortopedia na FHAJ.	%
Proporção de consultas ambulatoriais realizadas na FHAJ, exceto em traumatologia-ortopedia	%
Proporção de consultas ambulatoriais realizadas em traumatologia-ortopedia na FHAJ.	%

Nota: *Vide alteração de Indicadores com justificativas em anexo.

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Realizar 500 atendimentos de saúde na Arena Amazonas durante as Olimpíadas	500	-	-	-	SEA Capital
Operacionalizar a Rede Ambulatorial e Hospitalar de Atenção Especializada, mantendo 57 unidades (6 policlínicas, hospital Geraldo da Rocha na capital e 50 unidades hospitalares no interior).	57	57	57	57	SEA Capital e SEA Interior
Realizar 122.200 atendimentos, através do Programa Melhor em Casa.	25.000	32.400	32.400	32.400	GADPC-SEA Capital
Realizar 28.000 atendimentos, através do Programa Saúde na Comunidade.	7.000	7.000	7.000	7.000	
**Realizar tratamento fora do domicílio - TFD interestadual para 11.240 pacientes.	2.780	2.820	2.820	2.820	Coordenação Estadual de Regulação
Realizar 69.000 atendimentos de saúde itinerante com a realização de consultas especializadas, cirurgias de média complexidade e outros atendimentos.	33.000	12.000	12.000	12.000	SEA Interior
Transferir recursos da Média Complexidade para 62 municípios (recursos CAPS, LRPD, TETO MAC e outros).	62	62	62	62	SEA Interior

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Manter contrato com 34 empresas/cooperativas assistenciais para a prestação de serviço na rede.	34	34	34	34	SEA Capital
Manter 51 contratos de saúde com a rede complementar do SUS.	51	51	51	51	SEA Capital
Firmar 8 convênios e Parcerias com Estado.	8	8	8	8	FES
Laudar 216.000 exames de Eletrocardiograma, Mapa, Holter e Mamografia, através da Central de Telemedicina do HUFM.	54.000	54.000	54.000	54.000	Central de Telemedicina-HUFM
Implantar 18 salas de videoconferências para Integrar a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, as Fundações de Saúde e os Polos Regionais de Saúde e SMS numa rede digital eficiente através de conexão de fibra ótica e satelital.	-	6	6	6	Detin/ Coordenação de Telessaúde
Implantar em parceria com os municípios a Policlínica Virtual para prover teleconsultoria especializada para os profissionais da atenção básica de saúde e das unidades hospitalares dos municípios do estado do Amazonas através de segunda opinião formativa, assíncrona e síncrona (vídeo consulta)	-	1	-	-	Coordenação Telessaúde
Realizar 4.044.000 procedimentos em cardiologia e outras especialidades médicas no HUFM.	948.000	1.032.000	1.032.000	1.032.000	Sector de Planejamento da HUFM
**Realizar 3.480.582 procedimentos em hemoterapia na FHEMOAM.	750.582	910.000	910.000	910.000	Sector de Planejamento da FHEMOAM
**Realizar 3.780.384 procedimentos em hematologia na FHEMOAM.	840.384	980.000	980.000	980.000	
Realizar 24 campanhas educativas preventivas e de detecção precoce do câncer.	6	6	6	6	Sector de Planejamento da FCECON
Realizar 336.000 consultas médicas a pacientes no tratamento e controle do câncer na FCECON.	79.000	82.000	85.000	90.000	
Atender 1.820 indígenas em oncologia na FCECON.	440	460	460	460	
Realizar 78.309 atendimentos a pacientes acometidos por HIV/AIDS, outras DST's e Hepatites Virais na FMT-HVD.	19.000	19.380	19.767	20.162	Sector de Planejamento da FMT-HVD
**Realizar 4.888.000.000 exames laboratoriais referentes às endemias e outras doenças tropicais e infecciosas típicas da região amazônica na FMT/HVD	1.078.000	1.270.000	1.270.000	1.270.000	

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
**Realizar atendimento a 1.550.319 pacientes acometidos de doenças tropicais e infecciosas na FMT-HVD.	320.319	410.00	410.000	410.000	Setor de Planejamento da FMT-HVD
Realizar 100% das ações previstas no Plano de Ação de DST/AIDS e Hepatites Virais. (Plano no Anexo 7)	100%	100%	100%	100%	
Monitorar 62 municípios nas ações de controle da hanseníase.	62	62	62	62	Setor de Planejamento da FUAM
**Realizar 1.353.000 procedimentos de resolatividade diagnóstica e terapêutica na FUAM.	321.000	352.000	352.000	352.000	
Realizar atendimento de 2.693.998 pacientes nas áreas de traumatologia e ortopedia e outras especialidades médicas na FHAJ.	581.401	690.301	704.107	718.189	Setor de Planejamento da FHAJ
**Realizar 84 Transplantes na FHAJ (Fígado, Rins e Pâncreas).	-	24	24	36	

Nota:**Vide alteração de Metas com justificativas em anexo.

EIXO: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVO 08. Ampliar o acesso da população a medicamentos e produtos pra saúde, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde. (despesa liquidada)	%

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Realizar transferência de Recursos Financeiros aos 62 Municípios para Farmácia Básica.	62	62	62	62	SEA Interior
Atender 114 unidades de saúde (capital e interior) com fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde para a rede assistencial do Estado.	114	114	114	114	CEMA
**Beneficiar 323.000 pessoas com fornecimento de medicamentos especializados (Alto Custo).	77.000	82.000	82.000	82.000	
Integrar a SUSAM no projeto de Consórcio Interestadual para melhorar a gestão da assistência farmacêutica.	-	1	-	-	
Apoiar o funcionamento das 6 Farmácias Populares do Brasil (5 na capital e 1 no interior).	6	6	6	6	FES

Nota:**Vide alteração de Metas com justificativas em anexo.

EIXO: VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
OBJETIVO 09. 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 outros agravos, incluindo educação, capacitação, pesquisa e ações interinstitucionais.	
INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA
Proporção de óbitos maternos investigados.	%
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil – MIF (10 a 49 anos) investigados.	%
*Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade- Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) com cobertura vacinal preconizada.	%
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	%
Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	%
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	%
Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.	/1.000
*Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	%
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	%
Percentual de municípios que realizam o mínimo 6 grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios.	%
Cobertura da vacina pentavalente no Estado em crianças menores de 01 ano.	%
Índice de infestação predial por larvas de Aedes Aegypt nos municípios prioritários para o controle da dengue no Estado.	%
*Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	%
*Número de casos autóctones de malária.	Número Absoluto

Nota: *Vide alteração de Indicadores com justificativas em anexo.

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
**Operacionalização das Ações do Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN. (Detalhamento do Plano no Anexo 8)	-	100%	100%	100%	Setor de Planejamento da FVS/AM
**Operacionalização das Ações de Vigilância Ambiental em Saúde. (Detalhamento do Plano no Anexo 8)	-	100%	100%	100%	
**Operacionalização das Ações de Vigilância Epidemiológica. (Detalhamento do Plano no Anexo 8)	-	100%	100%	100%	
**Operacionalização das Ações de Vigilância Sanitária. (Detalhamento do Plano no Anexo 8)	-	100%	100%	100%	
**Operacionalização das Ações Estratégicas e de Gestão da FVS/AM. (Detalhamento do Plano no Anexo 8)	-	100%	100%	100%	
Operacionalização das Ações previstas no Plano de Ação 2017 da Tuberculose. (Detalhamento Anexo 8)	100%	100%	100%	100%	

Nota:**Vide alteração de Metas com justificativas em anexo.

EIXO: INVESTIMENTO EM SAÚDE	
OBJETIVO 10. Implementar o programa de investimentos na saúde, viabilizando melhor infraestrutura para melhorar as condições de atendimento ao usuário do SUS, considerando a conformação das redes de atenção, os planos regionais e necessidades da população.	
INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde. (despesa liquidada)	%

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Manter 2 contratos através de Parceria Público Privada para o Hospital e Pronto Socorro Delphina Rinaldi Abdel Aziz e Central de Materiais Esterilizado - CME.	2	2	2	2	Núcleo PPP
Construir /ampliar 07 unidades de saúde na Capital e no Interior.	7	7	-	-	SEA Capital e SEA Interior
Reformar/adequar 09 unidades de saúde na Capital e no Interior.	9	9	-	-	
Aquisição de Equipamento e Material Permanente para 122 unidades de saúde na Capital e no Interior.	122	122	122	122	

EIXO: GESTÃO DO SUS/SES	
OBJETIVO 11. Prover os Órgãos da Administração Estadual dos meios administrativos para a implementação e gestão de seus programas finalísticos.	
INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA
-	-

Metas Quadrienais	Meta Programada				Área Técnica Responsável
	2016	2017	2018	2019	
Manter 100% das unidades da rede estadual na capital e no interior com despesas administrativas.	100%	100%	100%	100%	Susam Sede/ FES / Unidades Gestoras de Saúde / Fundações
Remunerar 21.462 cargos públicos estaduais e atender os pagamentos de encargos sociais.	21.462	21.462	21.462	21.462	DGRH da Susam e RH das Fundações
Fornecer auxílio-alimentação 561 servidores e empregados. (Agentes de Endemias do Interior).	561	561	-	-	DGRH da Susam e RH das Fundações
Manter 100% das unidades de rede estadual na capital e no interior com despesas de contas públicas.	100%	100%	100%	100%	Susam Sede / FES / Unidades Gestoras de Saúde / Fundações

3. Processo e Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e avaliação do Plano de Saúde Estadual 2016-2019 e de suas respectivas programações é uma estratégia para o fortalecimento do planejamento da Susam estabelecidos para o quadriênio.

O Monitoramento e Avaliação do PES 2016-2019 dar-se-ão nas suas respectivas programações anuais e será um processo pedagógico, tendo como base, a construção de uma agenda quadrimestral e anual com as equipes responsáveis pelas ações e metas previstas, na perspectiva de envolver as áreas técnicas da secretaria e as instâncias de participação e controle social do SUS no Estado, no sentido de acompanhar e analisar os resultados alcançados, os quais são apresentados nos Relatórios Quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas e divulgados no site da secretaria como forma de prestação de contas à sociedade, atendendo ao princípio da transparência na administração pública.

O Monitoramento das Programações Anuais de Saúde será realizado quadrimestralmente, com a participação das equipes técnicas da secretaria, através de oficinas e reuniões com o intuito de checar, analisar e registrar o progresso das ações e metas realizadas em relação às programadas e gerar adequações necessárias como, por exemplo, reprogramar metas em um espaço de tempo mais curto. Nesta etapa, não são incluídas ou excluídas ações na programação, apenas, realizam-se adequações nas metas propostas inicialmente. O Monitoramento tem uma característica de verificação e se necessário ajustes no desenvolvimento das ações, pois é uma observação sistemática da evolução do alcance das metas.

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

- 1) Medir o alcance quantitativo das ações e metas propostas, ou seja, como se deu de forma geral o desempenho das ações e metas, se conseguimos alcançar o que se pretendia de forma quantitativa. A metodologia escolhida para medir o alcance quantitativo das ações e metas propostas, consiste em um escore com pontos percentuais de cortes e legendas coloridas para avaliar o status alcançado em relação à execução das metas programadas.
- 2) Verificar se o que foi realizado gerou aperfeiçoamento e melhorias na gestão das ações e serviços e no estado de saúde da população, ou seja, medir a efetividade das ações, e o impacto das decisões estabelecidas no planejamento. Isso é mensurado através dos resultados dos indicadores anuais de saúde, pois os mesmos expressam de forma efetiva os resultados das diretrizes e objetivos estabelecidos.

Status nas Metas Programadas na PAS

Classificação	0 a 20% de alcance da meta	21 a 40% de alcance da meta	41 a 60% de alcance da meta	61 a 85% de alcance da meta	86 a 100% ou mais alcance da meta
Conceito	Insuficiente	Ruim	Regular	Bom	Ótimo

Fonte: GPS/DEPLAN

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Referências

- BRASIL.** Constituição (1988.) Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1998.
- BRASIL.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília. 2016
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2016-2019. Brasília, 2016
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.** O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 14(1): 41-66, 2004.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A.** Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 6, p. 443-456, 2008.
- Conselho Estadual de Saúde do Amazonas.** Relatório da 7ª Conferência Estadual de Saúde. Manaus, 2016.
- Decreto Nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências.
- Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 178, 14 set. 2000a. Seção I. p. 98.
- ESCOREL, S.** Equidade em Saúde. *Dicionários da Educação Profissional em Saúde*. EPSJV: Fiocruz. Disponível em www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equaus.html. Acessado em maio de 2016.
- FERLA, A. et al.** *O Programa Mais Médicos e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Analisando efeitos nas políticas e práticas no sistema de saúde brasileiro*. Porto Alegre: UFRGS, 2015.
- <http://new.d24am.com/noticias/amazonas/amazonas-melhora-indicadores-sociais-economicos-aponta/92295>. Acesso 29 mar. 16
- http://acritica.uol.com.br/manaus/domicilios-urbanos-Amazonas-possuem-saneamento_0_1268273216.html. Acesso 31 mar. 16
- <http://www.fucapi.br/tec/2014/09/30/gestao-energetica-no-amazonas-a-alternativa-solar/> acesso 31 mar. 16
- IBGE/** Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>. Acessado em 29 de fevereiro de 2016.

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 11, 16 jan. 2012. Seção I. p.1.

Lei Complementar nº 70/2009 de 03 de dezembro de 2009. Institui, no âmbito do Estado do Amazonas o Código de Saúde e dá outras providências

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. Diário Oficial da União, Brasília, n. 180, 20.set.1990. Seção I. p. 1.

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, 1990.

Lei nº 3.696, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2012-2015. Diário Oficial do Estado, Manaus, n. 32.220, 23.dez.2011

Lei nº 4.268, de 15 de dezembro de 2015. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2016-2019. Diário Oficial do Estado, Manaus, n. 33.184, 15.dez.2015

Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 251, 31 dez. 2010. Seção I. p. 88.

Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 187, 26 set. 2013a. Seção I. p. 60.

SCHWEICKARDT, J.C; LIMA, R.T.S; SIMÕES, A.L.; FREITAS, C. M.; ALVES, V.P. Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: CECCIM, R.B; KREUTZ, J. A.; CAMPOS, J. D. P.; CULAU, F. S.; WOTTRICH, L. A. F.; KESSLER, L.L. *In-formes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde)*. v. 1. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Plano Estadual de Saúde (PES), 2012-2015. Manaus, 2013.

Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Relatório Anual de Gestão (RAG): 2012, 2013, 2014, 2015. Manaus, 2013 - 2016.

Secretaria de Estado de Planejamento. Plano Plurianual (PPA) 2012-2015. Manaus, 2011.

Secretaria de Estado de Planejamento. Plano Plurianual (PPA) 2016-2019. Manaus, 2015.

ANEXOS

ANEXO 1 A	Detalhamento da Rede de Saúde na Capital
ANEXO 1 B	Detalhamento da Rede de Saúde no Interior
ANEXO 2	Metodologia, Critérios e Previsão de Repasse de Recursos aos Municípios
ANEXO 3	Regionalização da Saúde – Amazonas: Mapas por Região de Saúde - Fluxos de Referência Regional para Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospital
ANEXO 4	Plano de Ação - Saúde do Trabalhador CEREST
ANEXO 5	Plano de Ação - Alimentação e Nutrição
ANEXO 6	Plano de Ação - Saúde no Sistema Prisional
ANEXO 7	Plano de Ação - DSTAIDS e Hepatites Virais
ANEXO 8	Programação das Ações da FVS/AM e Plano de Ação da Tuberculose
ANEXO 9	Alterações realizadas na 1ª Revisão do PES 2016-2019