



GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO AMAZONAS

RELATÓRIO DE GESTÃO

2004

* Dados sujeitos à alteração

Abril/2005

Manaus - Amazonas

Identificação

Estado do Amazonas

Código do IBGE

Unidade territorial – 13 Amazonas

Governo do Amazonas

Governador

Carlos Eduardo de Souza Braga

Sede do Governo

Endereço:

Secretaria de Estado da Saúde

Secretário

Wilson Duarte Alecrin

Sede da Secretaria

Av. André Araújo nº 701 Telefone: (92) 643-6300 Manaus - AM - CEP 69060-001

CNPJ: 00.697.295/0001-05

Email: sec_coordenador@saude.am.gov.br

Site: www.saude.am.gov.br

Aprovação

Relatório aprovado pela Resolução nº datada de Conselho Estadual de Saúde.

Elaboração

Departamento de Planejamento

Orientação e Supervisão

Maria Artemisa Barbosa

Coordenador Técnico

Celso de Souza Cabral

Equipe Técnica

Edlécia Rodrigues de Alencar Carneiro

Valdenize Pereira Duarte

Roseli Ramalho de Faria Mendes

Radija Mary C. M. Lopes

Alzemir Oliveira Alves

Nilson Hiroshi Kauihira Sato

Elcicleide Pereira da Silva

Theobalda Ferreira de Anísio

Maria Cleomirete L. de Almeida

Apoio Administrativo

Jorge Anézio dos Santos Moura

Madalena do Perpétuo Socorro dos Santos Bezerra

Claudete Silva de Jesus

Colaboração:

Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas
Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta
Fundação de Medicina Tropical
Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas
Fundação Hospital Adriano Jorge
Fundação de Vigilância à Saúde do Amazonas

Sumário

1 – Apresentação	5
2 – Introdução	6
3 – Organização e Gestão do Sistema de Saúde Estadual	8
3.1 – Descentralização do SUS no Amazonas.....	8
3.1.1 - Regionalização da Saúde	10
3.1.2 - Habilitação do Estado e dos Municípios.....	12
3.1.2.1 - Municipalização dos Serviços Básicos de Saúde de Manaus.....	13
3.1.3 – Certificação dos Municípios	15
3.2 – Reestruturação da SUSAM	17
3.3 - Controle Social e Gestão Colegiada.....	19
3.3.1 – Funcionamento do CES e da CIB	19
3.4 – Gestão Financeira.....	23
3.4.1 - Reestruturação e funcionamento do FES	23
3.4.2 – Relação do FES com o CES.....	24
3.4.3 – Cumprimento da Emenda Constitucional 29 (EC-29).....	24
3.4.4 – Execução orçamentária	24
3.4.5 – Evolução dos Recursos Orçamentários.....	25
3.4.6 – Recursos do SUS para o Estado do Amazonas	25
3.4.7 – Recursos Originários de Convênios	28
3.4.8 – Unidades Orçamentárias/Gestoras	29
3.4.9 – Indicadores financeiros de Recursos aplicados em saúde no Estado do Amazonas	31
3.4.10 – Alimentação do siops.....	31
3.5 – Recursos Humanos.....	31
3.5.1 – Administração de Recursos Humanos.....	32
3.5.2 – Desenvolvimento de Recursos Humanos	37
3.6 – Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria	39
3.6.1 – Acompanhamento do PPA, PDR e PPI.....	39
3.6.2 – Ações de Controle, Avaliação e Auditoria.....	40
3.6.3 – Elaboração de Estudos Técnicos	43
4 – Atenção à Saúde da População	46
4.1 – Análise do Pacto de Indicadores	46
4.2 – Atenção a Grupos Prioritários	49
4.3 – Vigilância à Saúde	61
4.3.1 – Vigilância Sanitária.....	61
4.3.2 – Vigilância Epidemiológica.....	62
4.3.2.1 – Doenças de Notificação Compulsória - DNT.....	62
4.3.3 – Vigilância Ambiental.....	88
4.4 – Assistência à Saúde	88
4.4.1 – Acessibilidade.....	88
4.4.4.1 - Programas Estratégicos para Reorientação do Modelo Assistencial.....	89
4.4.4.2 – Média e Alta Complexidade	90
4.4.4.2.1 – Implantação da Política de Assistência em Alta Complexidade em Cardiologia, Traumato-Ortopedia e Nefrologia.....	90
4.4.4.2.2 - Funcionamento da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO	91
4.4.4.2.3 – Ações e Serviços Executados pelas Fundações.....	92
4.4.2.1 – Tratamento Fora de Domicílio – TFD.....	101
4.4.2.2 - Configuração da Rede Assistencial e Produção de Serviços	102
4.4.2.2.1 – Rede Assistencial.....	102
4.4.2.2.2 – Produção de Serviços	104
4.4.2.2.2.1 - Ambulatorial.....	104
4.4.2.2.2.2 – Hospitalar.....	107
5 – Recursos Estratégicos	109
5.1 – Adequação da Rede Assistencial.....	109
5.2 – Assistência Farmacêutica	110
5.3 – Apoio Tecnológico e Sistemas de Informação em Saúde.....	111
6 - Considerações Finais	114
7 - Bibliografia	115

1 – APRESENTAÇÃO

Mesmo sendo o Relatório de Gestão um instrumento de planejamento obrigatório previsto pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.142, Artigo 4) desde 1990 e normatizado pela Portaria CM/MS nº 548 de 12/04/2001, têm, no âmbito estadual, se traduzido num enorme esforço em correlacionar os resultados e aplicação de recursos em saúde de uma determinada gestão em um determinado exercício, dada a dificuldade de disponibilidade de dados e informações de qualidade.

Isso ocorre, em parte, porque muitos gestores e técnicos ainda não apreenderam que informações suficientes, consistentes e confiáveis alimentam o processo de planejamento, nas diversas etapas (programação, acompanhamento e avaliação) que envolvem a organização e a dinâmica de relação de conteúdos, sustentados por metodologias, procedimentos, modelos e técnicas de busca entre o discurso e a prática. Conseqüentemente, tais informações orientam a melhor tomada de decisão pelos gestores, estadual e municipal, quanto à definição prioridades, condição imprescindível diante da escassez dos recursos financeiros destinados à saúde.

A elaboração deste Relatório de Gestão/2004, está fundamentada em seis eixos prioritários, quais sejam: Organização e Gestão ao Sistema de Saúde, Atenção à Saúde da População, Assistência à saúde, Vigilância em Saúde e Recursos Estratégicos, organizados e sistematizados de modo a que possibilite a visualização das ações desenvolvidas pela SUSAM no exercício de 2004, bem como a aplicação dos recursos financeiros próprios e transferidos, na tentativa de, além de subsidiar tomada de decisões do Gestor Estadual, facilitar o controle social no SUS, no âmbito do estado.

Foram considerados como instrumentos norteadores o PPA, o Orçamento de Saúde 2004 e o relatório de atividades das diversas unidades administrativas da SUSAM, incluindo as vinculadas.

Com o presente documento, menos denso que os anteriores, pretende-se fomentar debates e críticas construtivas para o aperfeiçoamento da gestão de saúde pública, além de servir ao manuseio por todos aqueles interessados em construir um estado de bem estar social, qualidade de vida para todos os cidadãos que vivem no estado do Amazonas.

Wilson Duarte Alecrim
Secretário de Estado da Saúde

2 – INTRODUÇÃO

O modelo assistencial definido no Plano Diretor de Regionalização (PDR) em 2003 para o Estado do Amazonas está centrado na adoção das estratégias PACS e PSF e execução da assistência de média complexidade (M1) em todos os 62 municípios, média complexidade (M2) nos municípios Pólos e média complexidade (M3) e alta complexidade em Manaus, configurando 19 microrregiões de saúde.

Ainda que o modelo de atenção à saúde esteja estabelecido em bases regionais, conforme preconiza a NOAS – 01/ 2001, pouco se avançou na sua implantação, existindo ainda marcantes diferenças regionais quanto à oferta de serviços, especialmente em relação aos serviços de média complexidade no interior do estado. Além disso, deve-se buscar entender e superar conjuntamente as resistências que ainda persistem por parte de alguns municípios em relação ao desenho estabelecido no PDR e conseqüentemente com os tetos alocados na Programação Pactuada Integrada (PPI), definidos com base nas microrregiões.

Por outro lado, apesar das dificuldades computa-se alguns avanços na descentralização das ações e serviços para os municípios, como: assunção de funções gestoras (transferências “fundo a fundo”) e autonomia no gasto com as ações e serviços de saúde.

Em relação ao Estado, melhor explicitação e compreensão das funções gestoras estaduais, maior participação nos processos de discussão, elaboração e implantação dos instrumentos reguladores (Normas e Portarias Ministeriais) e, consolidação dos espaços de negociação (CIB e CES) como fóruns de operacionalização das políticas, programas e projetos estratégicos.

Esforços em investimentos devem ser feitos na tentativa de diminuir as diferenças regionais, fortalecer o processo de descentralização junto aos municípios ao mesmo tempo em que deve se buscar a implantação de sistemas de regulação intermunicipal que possam garantir o acesso universal e equânime aos serviços de saúde.

A finalidade do Relatório de Gestão Estadual no SUS é apresentar às autoridades competentes e à sociedade amazonense em geral as ações executadas a cada ano, considerando-se os compromissos estabelecidos na Agenda e Plano Estadual de Saúde.

Como em anos anteriores, este Relatório foi alimentado por relatórios de atividades de cada unidade administrativa da SUSAM, dentre elas os Departamentos, Coordenações de Programas e Comissões, além das Fundações e dos Conselhos de Saúde.

Em seu conteúdo, o enfoque à Organização e Gestão do Sistema de Saúde Estadual, a Atenção à Saúde da População, a Vigilância em Saúde, a Assistência à Saúde e Recursos Estratégicos, possibilita um panorama sobre como se encontra o processo de descentralização do SUS no Estado do Amazonas, destacando-se a iniciativa de demonstrar os investimentos efetuados pelos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, como ponto de partida para uma análise mais acurada sobre a evolução desse processo no âmbito municipal.

Este Relatório será disponibilizado, via Internet, aos usuários do SUS e aos gestores e técnicos da saúde, oferecendo a todos a oportunidade de conhecer melhor, refletir e analisar a abrangência e a complexidade envolvida na prestação dos serviços, a fim de que se possa redirecionar políticas, estratégias e ações que busquem a melhoria do atendimento à população.

Por último, ressaltar a necessidade de aprimoramento das informações geradas, de todos aqueles que atuam nas atividades de saúde em qualquer nível de atenção, da mais simples à de maior complexidade.

Maria Artemisa Barbosa
Diretora do Departamento de Planejamento

3 – ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE ESTADUAL

Esta unidade procura demonstrar a situação em que se encontra-se a gestão estadual do sistema de saúde. Para melhor visualização está distribuída em Descentralização da Saúde, Reestruturação da SUSAM, Controle Social e Gestão Colegiada, Gestão Financeira, Recursos Humanos e Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria.

3.1 – DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS NO AMAZONAS

Não obstante suas razões e vantagens, a descentralização no Amazonas, seguindo uma tendência da maioria dos estados brasileiros, trouxe também novos desafios, que devem ser considerados para que o desenvolvimento do sistema possa atingir seus principais objetivos que são o de garantir o acesso universal, integral e equitativo da população ao sistema de saúde.

Os processos de municipalização ocorridos desde 1998, apontam para uma expansão na oferta de serviços de saúde por parte de alguns municípios, com insignificante ou nenhuma articulação regional, prejudicando o acesso da população aos serviços, especialmente os de média e alta complexidade.

Problemas como os percebidos e apontados por Ribeiro & Costa, 2001, são relacionados à baixa equidade nas transferências federais, reduzida capacidade técnica de muitos municípios, perda de escala na provisão de serviços especializados, fragmentação política e competição orçamentária predatória.

Pode-se observar que a descentralização não tem, por si só, conseguido determinar transformações significativas no modelo assistencial existente nas regiões, repetindo na escala municipal, erros já existentes anteriormente na assistência à saúde.

Mesmo com a implementação da estratégia do Programa de Saúde da Família, implantado em 2004 em 71% dos municípios do Amazonas, ainda encontramos sérios problemas de qualidade na atenção básica ou primária, pois muitos municípios inclusive a capital Manaus gastam recursos significativos com serviços assistenciais de baixo poder resolutivo, que encarecem o sistema e não atendem às necessidades reais de saúde da população.

Concernente ao relacionamento entre as esferas de gestão do SUS nota-se que “ os conflitos dos gestores municipais entre si e com o gestor estadual, muitas vezes limitados à discussão sobre a

divisão de tetos financeiros do SUS (insuficientes para o Estado e grande parte dos municípios), refletem, entre outros pontos, a imprecisão na definição do papel do gestor estadual (LEVCOVITZ ET AL., 2001)” e ainda demonstra a necessidade de implementar a regionalização do sistema de saúde local.

Os problemas identificados no texto fazem parte da realidade do Estado do Amazonas, agravados pelas peculiaridades locais que incluem aspectos sócio-culturais, geográficos e demográficos, sendo deste os principais:

- A baixa densidade demográfica; sistema de transporte deficitário (rodovias insuficientes e precárias, alto custo de transporte aéreo, transporte fluvial fora dos padrões de segurança, conforto e rapidez); , o ciclo das águas dos rios – hidrovias – ; grande número de pequenos núcleos populacionais domiciliados em áreas de difíceis acessos em regiões ribeirinhas de paranás e afluentes das grandes calhas dos rios; saneamento básico inexistente ou em condições precárias, aumentando o risco de exposição aos agravos à saúde da população; maior população indígena do país, a qual exige adoção de políticas e ações diferenciadas.

A capital, que segundo a estimativa do IBGE para 2005, concentra cerca de 50,88% da população do estado, permanece até o momento responsável apenas pela atenção básica, sendo o Estado o gestor/executor da assistência especializada de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Ressalte-se que o Estado permanece ainda executando algumas ações de atenção básica em unidades próprias, tais como os Centros de Atenção Integral à Saúde - CAICs, Serviços de Pronto Atendimentos- SPA, sem receber para tanto, algum tipo de financiamento por outras esferas, causando uma distorção do papel do gestor na área assistencial, gerando ônus com serviços que não fazem parte de sua responsabilidade de gestão, bem como dificultando o processo de organização e hierarquização da rede assistencial no município de Manaus.

Quanto à descentralização das ações de Vigilância em Saúde, a pactuação para a certificação da Capital ao Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS, para financiamento das ações das vigilâncias epidemiológica, ambiental e controle de doenças, encontra-se ainda em processo de articulação. Durante o ano de 2004, iniciou-se uma negociação entre esta SUSAM e a Secretaria municipal de Saúde de Manaus, intermediada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – SVS/MS, com fins de dirimir os possíveis entraves à referida Certificação, processo este que culminou com a constatação de que o percentual do TFVS de recursos financeiros destinados para a área em Manaus eram insuficientes para o cumprimento das metas a serem pactuadas na PPI-VS.

Esclarece-se que o mencionado Teto não sofria reajustes por parte do MS desde a sua criação em 1999, o que resultou em defasagem e insuficiência de recursos para a realização de todas as ações pactuadas no Estado.

Com a atualização per capita dos recursos federais em julho de 2004, o primeiro passo para a resolução do impasse foi, por parte desta SUSAM, a proposição à CIB do redimensionamento dos percentuais estadual e municipais, incluindo Manaus. Como resultado e visando viabilizar a Certificação de Manaus, o total de recursos do Teto destinado à SUSAM para a execução das responsabilidades estaduais na PPI-VS decresceu de R\$ **2.715.442,22 em 2000** para R\$ 1.734.501,55 em 2004 (queda de 36,12%) e os recursos para Manaus aumentaram de R\$ 3.092.985,25 em 2000 para R\$ 5.553.920,44 em 2004 (44 % de acréscimo). Com a continuidade do processo, há expectativa de certificação de Manaus em 2005.

Entende-se que a questão da descentralização em Manaus, dos serviços de saúde especializados em nível ambulatorial e hospitalar muito viria a contribuir para a organização do sistema de saúde local, facilitando a operacionalização do mesmo, centrando-se no gestor municipal a função da gestão e a execução das ações e dos serviços de saúde, a construção de sistemas locais resolutivos, o estabelecimento de políticas locais, regulação, controle e avaliação e auditoria de serviços no seu âmbito, permitindo simultaneamente que o estado concentre-se no seu papel de ordenador, coordenador e indutor de política de saúde, e como agente de integração das redes locais em sistemas regionais.

Pretende-se nos tópicos seguintes, identificar o estágio em que se encontra o Estado do Amazonas, no aspecto da gestão e suas responsabilidades assumidas com a habilitação.

3.1.1 - REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

O Estado elaborou seu Plano Diretor de Regionalização – PDR, atualizado em 2003, o qual foi um dos instrumentos exigidos para habilitação do Estado em GPSE, ocorrida em fevereiro de 2004.

O PDR define 19 micro regiões, e respectivos municípios pólos e módulos assistenciais, redes hierarquizadas de serviços, mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com as suas necessidades, assim configuradas.

Em que pese a aprovação nos fóruns competentes, o PDR/AM pouco foi viabilizado, não havendo no período a qualificação de nenhuma micro-região, fato esse que deve-se principalmente, às seguintes razões:

- 1) Mesmo com a definição do desenho da regionalização, e com os esforços de investimentos tanto por parte do estado quanto dos municípios, pouco se conseguiu implementar em relação às ações capazes de permitir aos municípios pólos os atendimentos de média complexidade com suficiência para a população própria, sem falar da referenciada.
- 2) O Ministério da Saúde ter mantido sobrestado os processos de qualificação já recebidos e orientado quanto ao não envio de outros pelos estados em 2004.

Com relação à programação de serviços e respectivo financiamento, observa-se que as pactuações previstas na Programação Pactuada e Integrada - PPI, na prática muitas vezes não concretizaram-se em atendimentos, havendo necessidade de melhoria na capacidade de gestão dos municípios de modo a exercer as funções de regulação, controle e avaliação dos sistemas e serviços de saúde, e ainda torna-se necessário uma avaliação regular e sistemática da PPI, tornando ágil os procedimentos de reprogramações dos tetos conforme o desempenho dos municípios na realização dos serviços programados.

Também é fato que, igualmente a outros estados brasileiros, a PPI da Assistência nos âmbitos estadual e municipais no Amazonas, prevê alocação apenas do recurso federal, não discriminando a contrapartida estadual/municipal para as ações de saúde previstas.

Destaca-se que em 2004, pela primeira vez o processo de programação pactuada e integrada – PPI ocorreu com a presença dos três níveis de gestão do SUS, com representantes do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde – SES/Am e Secretarias Municipais de Saúde dos 62 municípios do Amazonas.

Em relação a atenção básica, nota-se que a maioria dos municípios amazonenses, apesar do aporte de recursos transferidos pela União, não tem conseguido atingir resultados expressivos nos indicadores de saúde, inclusive nos que adotaram a estratégia Saúde da Família.

Dificuldades como a fixação de profissionais de saúde no interior, recursos financeiros insuficientes, preocupações quanto ao cumprimento de normas emanadas das esferas superiores, com reduzido espaço de iniciativa local, entre outros fatores limitam a atuação dos gestores municipais, contribuindo para o quadro atual.

Para fazer frente às dificuldades detectadas, a SUSAM buscou estabelecer parcerias com os municípios, disponibilizando assessoramento técnico, capacitações, estimulando o processo de discussão através de encontros com representantes dos municípios, para fortalecimento da capacidade técnico/gerencial e subsidiar as necessárias adequações para as responsabilidades advindas da gestão municipal.

3.1.2 - HABILITAÇÃO DO ESTADO E DOS MUNICÍPIOS

Estado

O Estado do Amazonas habilitou-se à Gestão Plena do Sistema Estadual nos termos da NOAS-SUS 01 / 02, conforme Portaria Ministerial Nº 219/GM de 13/02/2004.

Municípios

Até meados de setembro de 2004, o Estado possuía 48 municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, 02 em Gestão Plena do Sistema Municipal segundo a NOB-SUS/96 e 12 já adequados a NOAS/SUS – 01/02, sendo 06 na Gestão Plena do Sistema Municipal e 06 na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada .

Tipo de Habilitação	Quant Municípios	%
Gestão Plena da Atenção Básica conforme a NOB/SUS/96	48	77,42
Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada de acordo com a NOAS/SUS 01/02	06	9,68
Gestão Plena do Sistema Municipal conforme a NOB/96	02	3,23
Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com a NOAS/SUS 01/02	06	9,68
Total	62	100

A Portaria 2.023/04 - MS/GM de 23/09/04, definiu que os Municípios e o D.F. sejam responsáveis pela Gestão do Sistema Municipal de Saúde na Organização e na Execução das Ações de Atenção Básica. Em cumprimento à determinação do Ministério da Saúde, os municípios não passam mais pelo processo de habilitação para Gestão da Atenção Básica, considerando que esta já faz parte de sua responsabilidade constitucional, sendo que a partir desta data a única modalidade de habilitação de município é a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Desta forma, a partir de setembro de 2004, com 9 municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (Coari, Fonte Boa, Humaitá, Itacoatiara, Maués, Parintins, Presidente Figueiredo, Benjamin Constant e Manacapuru), ou seja, 14,51% do total de municípios do estado, conforme demonstrado abaixo.

Habilitação	Quant Municípios
Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com a NOAS/SUS 01 / 02	7
Gestão Plena do Sistema Municipal conforme a NOB/96 (*)	2
Total	9

(*)O município de Manacapuru encontra-se em processo de habilitação à GPSM pela NOAS-SUS 01 / 02.

Em relação ao acompanhamento dos municípios habilitados, observa-se uma fragilidade quanto aos mecanismos de controle e avaliação de desempenho da gestão, dificultando a verificação de que maneira a transferência direta de recursos fundo à fundo têm contribuído para a melhoria dos sistemas de saúde municipais e seu impacto sobre a saúde da população por meio do uso de indicadores padrões de avaliação.

3.1.2.1 - MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE DE MANAUS

Em setembro de 2003 foi assinado o convênio para transferência das unidades básicas de saúde sobre gerência estadual para o município de Manaus. Em janeiro de 2004 deu-se de fato a efetiva transferência das unidades, passando-se para a gerência municipal os recursos humanos, uso de equipamentos e imóvel referentes à 21 Centros de Saúde.

Por ocasião da assinatura do convênio foi anexado o Relatório de Gestão das Unidades Básicas da Secretaria de Estado da Saúde a Serem Transferidas Para o Município de Manaus elaborado pela Secretaria Estadual de Planejamento e SUSAM, o qual além de demonstrar a situação das unidades naquele período, propõe alguns indicadores para acompanhamento do desempenho das unidades transferidas. A cláusula 4ª, subcláusula 2ª estabelece o compromisso de avaliação conjunta SUSAM/SEMSA os resultados das ações e serviços das unidades em questão, após seis meses transcorridos da assinatura do termo de convênio.

O convênio supra citado prevê ainda, a apresentação do Plano Municipal de Reordenamento da Rede de Atenção Básica, por parte do Município de Manaus e posteriormente, o Plano Estadual de Reordenamento da Rede Especializada, sob responsabilidade do Estado.

Ao final de 2004, destacam-se as seguintes situações:

- Planos de Organização da Rede Assistencial

O Plano de Reordenamento da Rede de Atenção Básica foi encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus em novembro de 2004, sendo esta a principal razão do atraso na elaboração do Plano de Reordenamento da Rede Especializada, o qual deve obrigatoriamente, considerar as diretrizes operacionais atuais previstas na rede básica municipal para dimensionamento e estruturação adequada da rede de serviços de maior complexidade, ficando o mesmo postergado para 2005.

Instrumentos legais :

Não houve conclusão do inventário do mobiliário e equipamentos existentes de algumas unidades, impossibilitando a assinatura do Termo de Cessão de Uso, do imóvel, com respectivo Termo de Inventário de cada Centro de Saúde.

Acompanhamento :

Apesar de o Estado estar cumprindo com o acordo quanto ao pagamento dos salários dos profissionais da SUSAM que atuam nas unidades transferidas, excetuando-se o pagamento das gratificações de gerência, as quais acordou-se ser responsabilidade do município, até o momento não houve estudos ou relatórios específicos para acompanhar o desempenho de Manaus, assim como os demais municípios.

Não obstante ser considerado um avanço a transferência das unidades básicas do estado ao município de Manaus, após um longo prazo de intervalo da habilitação de Manaus na Gestão (1998) até 2003/2004, observa-se que o processo de municipalização na capital ainda precisa consolidar-se, principalmente nos seguintes aspectos

Organização do Sistema de Saúde: há necessidade de hierarquização da rede assistencial, com definição clara de quem realiza atendimento primário, secundário e terciário, considerando que a distribuição dos serviços muitas vezes não leva em conta o perfil da unidade, a necessidade da populacional e o custo dos mesmos, causando com isso paralelismo de algumas ações em detrimento da necessidade de outros serviços essenciais à integralidade do atendimento ao usuário do sistema.

Melhoria do Acesso, visando propiciar e facilitar o acesso dos pacientes oriundos da atenção básica aos serviços especializados, através do cumprimento de protocolos específicos e sistema de regulação que garanta o atendimento nos níveis de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, racionalizando assim o uso dos serviços.

Estabelecer regular e sistematicamente o monitoramento e avaliação da atenção básica, destacando a co-responsabilidade de acompanhamento dos gestores estadual e municipal na programação de serviços básicos, na pactuação dos indicadores e no alcance das metas planejadas.

3.1.3 – CERTIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

A área de Vigilância em Saúde é composta pelas vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, que no âmbito estadual gerencia as ações desenvolvidas pelas três vigilâncias com o apoio laboratorial do Laboratório Central-LACEN, bem como a alimentação e análise dos Bancos de Dados que integram os sistemas de informação de mortalidade, nascidos vivos e doenças e agravos de notificação compulsória.

O financiamento da área se dá diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde ou para os Fundos Municipais de Saúde, através do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS, desde que haja a Certificação, processo pelo qual os municípios passam a receber os recursos financeiros à partir da pactuação prévia na CIB das metas a serem alcançadas, através da PPI-ECD e Termo de Ajustes de Metas, no caso da Vigilância Sanitária.

A PPI-ECD é composta por 52 metas, distribuídas em 13 grandes ações que envolvem a notificação e investigação de casos, diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública, vigilância ambiental de água, ar solo e outros contaminantes, vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses, controle de doenças, imunizações, monitorização de agravos de relevância epidemiológica, divulgação de informações epidemiológicas, elaboração de estudos e pesquisas epidemiológicas, alimentação e manutenção do sistemas de informações e procedimentos básicos de Vigilância Sanitária

De acordo com as informações da Fundação de Vigilância em Saúde – FVS/AM, 06 municípios foram certificados às ações de Vigilância em Saúde no ano de 2004, assim distribuídos:

Município Certificado	Data da Certificação
Barcelo	14/07/2004
Boca do Acre	14/07/2004

Careiro	14/07/2004
Lábrea	04/03/2004
Rio Preto da Eva	14/07/2004
Tapauá	14/07/2004

Fonte: Relatório FVS-AM /2004

De 2000 à 2004 certificaram-se em ECD 19 municípios, ou seja 30,64% do total de municípios do Amazonas. Apesar das transferências dos recursos fundo à fundo, os municípios apresentam dificuldades nas execuções das ações devido às peculiaridades regionais, especialmente quanto ao deslocamento de equipes e apoio logístico.

Situação Atual dos Municípios Certificados:

No Estado do Amazonas, os municípios Certificados ao TFVS rotineiramente têm encontrado dificuldades para o alcance das metas pactuadas, em virtude, entre outros fatores, da falta de políticas nacionais na área de vigilância que levem em conta especificamente as peculiaridades geoclimáticas amazônicas.

A sistemática atual de avaliação das metas não considera as grandes distâncias, a dispersão populacional em pequenas localidades de difícil acesso nas áreas rurais dos municípios, bem como a sazonalidade do regime de cheias dos rios, que elevam sobremaneira os custos operacionais e dificultam o alcance de coberturas, principalmente as metas que dizem respeito às ações de imunização de rotina, homogeneidade de cobertura vacinal nos municipal, bem como de cobertura e determinação de causas de óbitos, por exemplo.

Registra-se também, que o elevado custo operacional de controle tanto da malária quanto da dengue, tem comprometido integralmente a utilização dos recursos financeiros pactuados destinados a tais municípios. Conseqüentemente, os mesmos são insuficientes para o pleno cumprimento da PPI/ECD.

Como fator agravante da situação, o desempenho dos municípios ficou comprometido principalmente no último trimestre de 2004, em conseqüência do processo eleitoral municipal, o que ocasionou mudanças nas equipes de saúde locais em virtude das novas administrações, resultando em descontinuidade das atividades.

3.2 – REESTRUTURAÇÃO DA SUSAM

Para que o Estado possa exercer seu papel de coordenador e controlador do sistema de saúde é necessário que haja uma perfeita interação entre as ações de natureza meio e aquelas finalísticas.

A estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM) foi reformulada em 2003, resultando no Organograma apresentado a seguir. Embora a adequação tenha se dado recentemente, com as novas responsabilidades assumidas com a habilitação do Estado à condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde, ocorrida em fevereiro de 2004, constata-se a necessidade de nova reestruturação da SUSAM a fim de possibilitar o incremento das ações da política de saúde do Estado e principalmente do cumprimento do seu papel frente ao SUS.

Nesse aspecto, o acordo de cooperação técnica assinado entre o Governo do Estado do Amazonas e do Japão, possibilitou à SUSAM a contratação de consultoria técnica para elaboração em 2004 e posterior implantação em 2005, de projeto de modernização institucional que permitirá alcançar maior integração entre os setores da estrutura organizacional, com menor número de hierarquia, maior coerência e horizontalização.

3.3 - CONTROLE SOCIAL E GESTÃO COLEGIADA

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

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

3.3.1 – FUNCIONAMENTO DO CES E DA CIB

Conselho Estadual de Saúde

Em consonância com a Lei 8.142 de 1990, a qual institui a criação dos Conselhos Estaduais de Saúde –CES- sendo este um órgão com caráter deliberativo, responsável pela elaboração, e atualização da política estadual de saúde, bem como pela fiscalização e controle de programas e ações, os quais são instâncias colegiadas do SUS, sendo locus cruciais para compreendermos o processo decisório setorial e suas implicações para a saúde, transformando seus atores em sujeito da realidade.

O Conselho Estadual de Saúde do Estado do Amazonas, foi criado pela Lei nº 2.211 de 17.05.1993. O Decreto de 30.09.1993, nomeou seus integrantes, o qual hoje é composto na atualidade por 48 membros, dos quais 16 são titulares e 32 suplentes, tendo sido reestruturado através da Lei nº 2.371 de 26.12.95 (reinstalação em 11.03.96), sendo composto através do Decreto nº 17.017 de 23.03.96, e o Decreto de Nomeação Atual de 23.01.2003, atualizado em novembro 2004, no qual constam representantes do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, COSEMS, SEMSA Manaus, Estabelecimentos e Serviços de Saúde Não Governamentais, Conselhos e Associações dos Profissionais da Área de Saúde do Amazonas, Universidade Federal do Amazonas, Centrais Sindicais, Federação Patronal, Programa Estadual de Proteção e Orientação ao Consumidor – PROCON-, Associação dos Portadores de Deficiência, Instituições que se destinam à Proteção e Assistência de Portadores de Doenças Crônicas Degenerativas, Federação das Associações Comunitárias, Aposentados e Pensionistas do Estado do Amazonas, Representantes dos Povos Indígenas.

Nas reuniões ocorridas durante o ano de 2004, as quais totalizaram 12 reuniões ordinárias, ocorreram decisões relativas ao acompanhamento, aprovação e parecer relativo à:

- 1) Fiscalização de Recurso Financeiro: indicação de membros para composição de Comissão do Fundo Estadual de Saúde; Emissão de Parecer sobre a Prestação de Contas do FES; e, Apreciação de liberação de Recursos do FES.
- 2) Participação em Comissões Técnicas: Criação de Comitês Técnicos; Indicação de membros para composição de comissões técnicas; Participação em Câmara Técnicas; e, Aprovação de Planos e Projetos.
- 3) Controle Social: Composição de comissão para melhoria da prestação de serviços; Composição de comissão para supervisão e acompanhamento de obras de construção e reforma; Composição de equipe para supervisão de serviços prestados pelas unidades; e, Composição de equipe para supervisão de serviços contratados.
- 4) Capacitação: Realização de capacitação de conselheiros; Aprovação dos Projetos do Pólo de Educação Permanente; e, Indicação de membro para compor o Pólo de Educação Permanente.
- 5) Descentralização: Acompanhamento da ação dos Conselhos Municipais de Saúde; e, Supervisão de serviços de saúde nos municípios.

Comissão Intergestores Bipartite

A CIB é definida como instância privilegiada de negociação e decisão do SUS na esfera do estado, tendo por finalidade acompanhar todos os aspectos operacionais da descentralização, do financiamento e da habilitação.

A legislação relativa ao CES e a CIB, assim como os respectivos regimentos, estabelecem clara divisão de atribuições entre essas arenas. Entretanto, uma primeira questão que ressalta é, justamente, a confusão entre os papéis de cada instância, o que gera relações conflituosas ou recriminações, seja por inoperância (não cumpriria seu papel) ou por invasão de campo.

Ao nível nacional, a CIB foi criada após os conselhos- Municipais e Estaduais- para servir como espaço de articulação, negociação e pactuação entre os gestores do SUS, diante da necessidade

de agilizar a descentralização, da qual os Conselhos de Saúde não dariam conta. Como a autonomia dos municípios é um elemento indispensável da municipalização, os gestores reivindicaram um fórum dessa natureza para compartilhar decisões, estabelecer prioridades e buscar resoluções no plano institucional.

É reconhecida a importância da articulação entre o CES e a CIB, e o papel diferenciado de cada arena, sendo o CES uma instância de politização, o que seria um fator que gera paralisações ao ponto deste não intervir apropriadamente na questão mais importante que é o financiamento das ações de saúde previstas na política nacional, em particular naquelas definidas na NOB-96.

A CIB é uma instância eminentemente técnica, sendo formada por gestores com interesses bem focalizados, o que a torna mais dinâmica, não ocorrendo de desta forma no estado do Amazonas. Durante o ano de 2004, ocorreram 12 Reuniões Ordinárias e 04 Extraordinárias, durante as quais, as discussões técnicas resultaram em consensos relativos à:

Abastecimento de medicamentos:

- Medicação Específica;
- Farmácia Básica;
- Campanhas de Vacinação Humana e Animal;
- Pactuação das medicações para as infecções oportunistas entre o Estado do Amazonas e o município de Manaus/AM;
- Aquisição de Medicamentos Básicos.

Alocação de Recursos Financeiros:

- Recurso do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças do Estado do Amazonas;
- Recursos Financeiros da Farmácia Básica.

Execução de Programas:

- DST/AIDS
- Saúde do Trabalhador;
- Imunização.

Capacitação de Recursos Humanos:

- Pólo de Educação Permanente;
- Projetos para obtenção de recursos;
- Regulamentação de Estágios;
- Projeto de Formação do Agente Comunitário de Saúde.

Processo de Descentralização:

- Habilitação de Municípios na Gestão Plena;
- Habilitação de Municípios na GPABA.

Atenção na Gestão:

- Movimentação de Servidores entre instituições;
- Instrumento de Gestão da Assistência
- Relatório de Gestão

Cosems

O processo de habilitação induz os municípios a serem responsáveis pela política local, justificando desta forma a importância dos Conselhos Municipais de Saúde – CMS – para a execução da política de forma pactuada com a sociedade civil, de modo a possibilitar um adequado funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O Conselho é o órgão que, além de planejar a política de saúde local, tem a função de fiscalizar a execução financeira.

O Cosems tem por objetivo representar os secretários municipais visando a integração técnico-administrativa dos municípios, além de indicar seus representantes, titulares e suplentes, na CIB. No curso da descentralização das ações e da municipalização, o papel do Cosems é valorizado, pois, em todo o país, onde o Cosems esteve mais organizado, mais politizado e articulado, o processo de habilitação foi mais ágil.

Sendo uma entidade de representação de todos os secretários, o Cosems possui uma atuação suprapartidária, centrada na busca da saúde da população. Esse papel é explicitado em estatuto próprio, que lhe dá função de fortalecer a capacidade administrativa, técnica, econômica e financeira dos municípios, a fim de consolidar a política de saúde tal como preconiza o SUS, e independente da filiação partidária do gestor.

No setor saúde, como nos outros espaços do processo de decisão política, os grupos se organizam e negociam seus interesses. As instâncias colegiadas do SUS, especificamente os Conselhos de Saúde e as Comissões Interiores Bipartites, constituem arenas de embates constantes entre escolhas políticas e técnicas, assumindo elevado grau de importância na formulação e implementação da política de saúde atual.

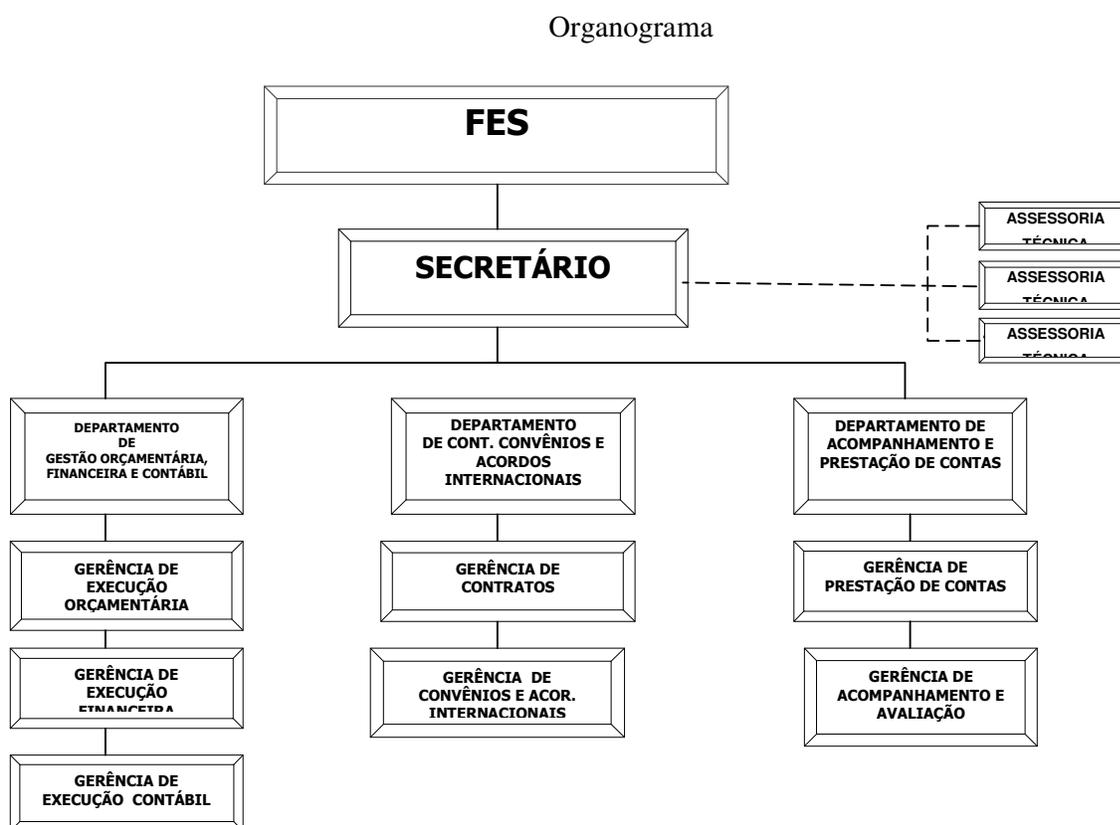
No Estado do Amazonas, não foi operacionalizado o Fundo de Contribuição dos Municípios destinado à manutenção do Cosems, apesar de o mesmo ter sido aprovado através de Resolução do CES, o que compromete seu desempenho frente às necessidades apresentadas pelo conjunto de municípios, enfraquecendo a autonomia e poder decisório do Cosems. A manutenção do referido conselho têm se dado às custas da Secretaria de Estado da Saúde.

3.4 – GESTÃO FINANCEIRA

A gestão financeira é o processo pelo qual o gestor realiza a execução dos gastos previstos na Lei Orçamentária Anual e Plano Estadual de Saúde. Como parte dos requisitos para habilitação na Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde foi necessário a reestruturação do Fundo Estadual de Saúde – FES.

3.4.1 - REESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO FES.

O atual organograma do FES é resultado da reestruturação ocorrida em abril de 2004, constituindo-se de 03 assessorias, 03 departamentos e 07 gerências, conforme demonstrado a seguir:



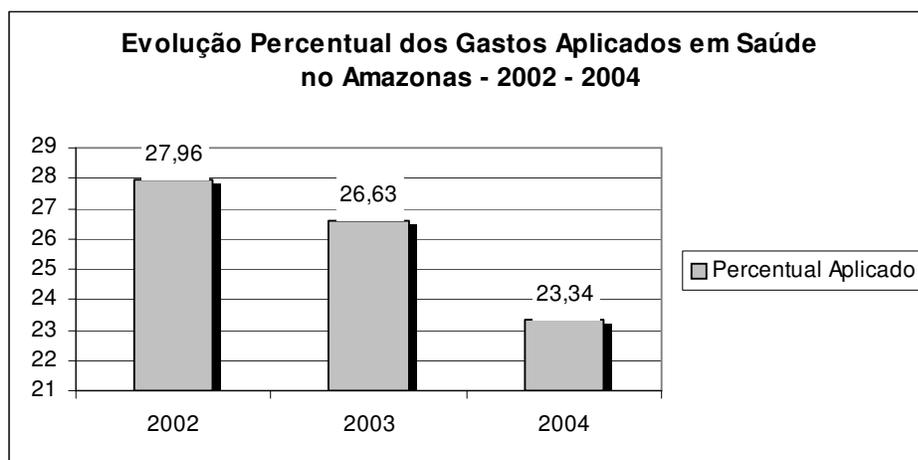
Base Legal do FES: Lei N.º 2.880, de 07 Abril de 2004. Reorganiza o FES, criado pela Lei N.º 2.364, de 11 de dezembro de 1995 e alterado pela Lei N.º 2.671, de 23 Julho de 2.001; Decreto N.º 24.262, de 07 de Junho de 2004. Regulamenta o FES, reorganizado pela Lei N.º 2.880, de 07 Abril de 2004.

3.4.2 – RELAÇÃO DO FES COM O CES

Apesar da exigência da Lei nº 2.880 de 07/04/2004, quanto a apresentar mensalmente o demonstrativo da Receita e da Despesa e anualmente o Inventário de Bens Móveis, Imóveis, de Almoarifado e o Balanço Geral, o FES tem submetido ao CES.

3.4.3 – CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29 (EC-29)

A evolução dos recursos financeiros destinados a saúde no Amazonas segundo a EC-29 tem se registrado positiva, considerando-se os 12% estabelecido à partir de 2004 para os estados. Não obstante, o percentual tem sido reduzido gradativamente, no período 2002-2004



3.4.4 – EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A execução dos recursos orçamentários é realizada através da Unidade Orçamentária – Fundo Estadual de Saúde (FES), responsável pela distribuição dos recursos através da modalidade destaque orçamentário para as Unidades Gestoras Plenas e Fundações e, de Adiantamento para as demais Unidades Administrativas.

O quadro abaixo apresenta, de acordo com o Balanço Geral do Estado, a execução orçamentária por Grupo de Despesa/Fonte de Recursos por Unidade Orçamentária, ano 2003 e 2004.

Fonte	2003	2004						
		Pessoal	%	Custeio	%	Capital	%	Total
Tesouro Estadual	628.274.760	473.535.588	98,8	193.181.471	53,9	43.014.751	91,5	709.731.810
Tesouro Federal -SUS	98.765.548	4.948.076	1,0	160.425.898	44,7	1.651.914	3,5	167.025.888
Convênio	12.148.563	-	-	4.292.627	1,2	2.317.175	4,9	6.609.802
Outras – Diretamente arrecadado	1.543.264	679.887	0,2	652.769	0,2	31.221	0,1	1.363.876
Total	740.732.135	479.163.550	100,0	358.552.765	100,0	47.015.060	100,0	884.731.376

FONTE: BALANÇO GERAL DO ESTADO, 2005

3.4.5 – EVOLUÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

No quadro comparativo a seguir observa-se que no exercício de 2003 a participação do Estado no Orçamento da Saúde foi de 84,82% (oitenta e quatro virgula oitenta e dois por cento) enquanto que a participação do Governo Federal através do SUS, foi de 13,31%. No exercício de 2004, com a habilitação do Estado do Amazonas em Gestão Plena do Sistema Estadual e a reestruturação do FES, a participação do Governo Federal cresceu para 18,81% em relação ao total. Contrariamente ao esperado, decresceu a participação do Governo Estadual para 80,2% (oitenta virgula vinte e dois por cento), apesar do crescimento do Orçamento de 2004 em relação ao de 2003 em 19,44%.

Natureza da Despesa	2003	%	2004	%	Variação %
Tesouro Estadual	628.274.760	84,82	709.731.810	80,22	12,97
Tesouro Federal – SUS	98.765.548	13,33	167.025.888	18,88	69,11
Convênios	12.148.563	1,64	6.609.802	0,75	(-) 45,59
Outros – Diretamente arrecadado	1.543.264	0,21	1.363.876	0,15	(-) 11,62
Total	740.732.135	100,00	884.731.376	100,00	19,44

Fonte: Recursos de todas as fontes

3.4.6 – RECURSOS DO SUS PARA O ESTADO DO AMAZONAS

Os recursos do Teto Financeiro Global do Estado-TFGE são repassados pelo Governo federal para atender ao Sistema Único de Saúde do Estado do Amazonas. Tais repasses obedecem ao processo de descentralização atual dos Municípios, segundo a modalidade de gestão e para o

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

estado, através do FES distribuído em transferência para atenção básica, remuneração por serviços produzidos, transferência por média e alta complexidade e ações estratégicas.

Natureza da despesa	2003	%	2004	%	Variação 2004-2003 %
Transferência para Atenção Básica	95.940.045,15	40,25	113.234.133,82	37,41	18,02
Remuneração Serviços Prestados	131.677.574,09	55,27	34.396.453,80	11,37	(-) 73,88
Transferência (M.A. Complexidade)	10.655.822,67	4,47	143.526.754,50	47,43	1,25
Transferência Ações Estratégicas	27.886,67	0,01	11.460.617,11	3,79	41,00
TOTAL	238.301.328,58	100,00	302.617.959,23	100,00	26,99

Fonte: DECAV, 2005

3.4.7 – RECURSOS ORIGINÁRIOS DE CONVÊNIOS

Do valor empenhado de R\$ 6.609.802,00, (seis milhões, seiscentos e nove mil e oitocentos e dois reais), foi executado o valor de R\$ 2.152.162,54 (dois milhões, cento e cinquenta e dois mil e cento e sessenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos), pela Unidade Gestora Plena da SUSAM/SEDE, e a diferença de R\$ 4.457.639,56 (quatro milhões, quatrocentos e cinquenta e sete mil e seiscentos e trinta e nove reais e cinquenta e seis centavos), foi executado pelas demais Unidades Gestoras

Recursos financeiros transferidos no exercício de 2004 para a execução dos convênios.

CONVÊNIO	OBJETO	Valor Executado
001/01 - PAB * SEMSA/ SUSAM	SAÚDE, REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO DE AGRAVOS CENTRADA NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO DE MANAUS	198.745,80
06/99-06 - ANÁLISE DE BROMATOL./ LACEN	DOTAR O SETOR DE BROMATOLOGIA E INFRAESTRUTURA P/ OTIMIZAÇÃO DAS ANÁLISES NO LACEN.	90.206,15
06/99-07 - QUAL. DOS MEDICAM./ LACEN	IMPLANTAÇÃO E IMPLM. DO CONTROLE DE CORRELATOS E DE QUALIDADE DO MEDICAMENTO	142.864,18
06/99-41 - POLÍTICA DE QUALIDADE/ LACEN	IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICA DE QUALIDADE TOTAL NO LACEN/ AM	287.608,59
06/99-42 - ANÁLISE DE ÁGUA/ PROLACEN	IMPLEMENTAÇÃO DOS SETORES DE MICROBIOLOGIA E FISIOQUÍMICO EM ANÁLISE DE ÁGUA	106.318,99
080/01 - IMPLANT. SIST. VIGIL. EM SAÚDE	IMPLANT. DO SIST. DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS SOB A JURISDIÇÃO POLÍTICA	42.967,79
120/02 - VIGISUS	IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGIL. EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO AMAZONAS	85.784,92
1459/00 - SAÚDE DO TRABALHADOR	SAÚDE DO TRABALHADOR	20.722,95
151/02 - AQUIS. DE EQUIP. LAB. FRONTEIRA	AQUISIÇÃO DE EQUIP. LABORATÓRIO DE FRONTEIRA	267.954,77
1998/03 - REC. NUTRIC. E ALIM. SAUDÁVEL	PROJ. ESTUDO E PESQUISA SOBRE RECUPERAÇÃO NUTRICIONAL E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	27.561,93
2079/01 - VIGISUS/ VIGILÂNCIA EM SAÚDE	IMPLEMENT. DO SISTEMA DE VIGIL. EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS SOB A JURISDIÇÃO	104.021,44
211/99 - APOIO TÉCN. PROJ. VIGISUS	APOIO TÉCNICO AO VIGISUS	16.785,00
2179/99 - CONST. DA U.M. DE NOVA OLINDA DO NORTE	DAR APOIO FINANCEIRO P/ CONST. DE HOSPITAIS NO ESTADO DO AMAZONAS	145.023,51
2286/00 - CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL DE UARINI	CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL DE UARINI VISANDO O FORTALECIMENTO DO SUS	60.260,35
2514/99-CONT. HANSENÍASE,D.CRÔNICAS E ASSIS. FARM.	CONTROLE DE HANSENÍASE, DOENÇAS CRÔNICAS E ASSIST. FARMACÊUTICA	42.315,05
2857/00- ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE NUTRIÇÃO NO ESTADO DO AMAZONAS	15.324,35
3207/98 - GESTANTRE DE ALTO RISCO	DAR APOIO FINANCEIRO AO SIST. EST. REF. HOSPITALAR P/ ATENDIMENTO	370.186,52
4074/01 - AQUIS. DE EQUIP. U.M. ITAMARATI	DAR APOIO FINANCEIRO P/ AQUIS. DE EQUIP. E MAT. PERMANENTES P/ U.M. ITAMARATI	5.644,00
480/01 - VIGISUS	IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/ VIGISUS	90263
773/00 - SAÚDE DA FAMÍLIA	IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO AMAZONAS	7520,01
794/00 - CAP. DE REC. HUMANOS EM ATENÇÃO BÁSICA	CAPACITAÇÃO DE REC. HUMANOS EM ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO AMAZONAS	24083,24
TOTAL		2.152.162,54

A transferência de recursos no exercício de 2004 de Convênios Federais, foi de R\$ 668.265,00 (Seiscentos sessenta e oito mil e duzentos e sessenta e cinco reais)

3.4.8 – UNIDADES ORÇAMENTÁRIAS/GESTORAS

O demonstrativo da execução dos recursos orçamentários realizados através da descentralização orçamentária efetuada através da Unidade Orçamentária – Fundo Estadual de Saúde/FES, para as Unidades Gestoras Plenas e Fundações e as realizadas pelo Fundo Estadual de Saúde.

Unidade	Grupo de Despesa	Empenhada	Liquidada	A liquidar
Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas - FCECON	Pessoal	14.601.054	14.483.795	117.259
	Custeio	13.145.963	10.990.812	2.155.151
	Capital	668.570	314.309	354.261
	Total	28.415.587	25.788.916	2.626.671
Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Afredo da Mata - FUAM	Pessoal	7.950.106	7.942.906	7.200
	Custeio	2.218.556	1.999.405	219.151
	Capital	361.216	183.701	177.515
	Total	10.529.878	10.126.011	403.866
Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas - FHMOAM	Pessoal	9.450.249	9.450.249	0
	Custeio	14.514.463	13.268.200	1.246.263
	Capital	1.315.607	1.152.317	163.290
	Total	25.280.319	23.870.766	1.409.553
Fundação de Medicina Tropical do Amazonas - FMT/AM	Pessoal	14.142.191	14.142.191	0
	Custeio	8.002.372	6.996.903	1.005.469
	Capital	1.044.994	827.005	217.990
	Total	23.189.557	21.966.098	1.223.458
Fundação Hospitalar Adriano Jorge - FHAJ	Pessoal	9.786.746	9.770.260	16.486
	Custeio	9.398.592	9.195.909	202.684
	Capital	125.184	83.392	41.793
	Total	19.310.522	19.049.560	260.962
Fundo Estadual de Saúde - FES	Custeio	88.806.230	84.462.228	4.344.002
	Capital	8.178.063	7.267.720	910.343
	Total	96.984.293	91.729.948	5.254.345
Secretaria de Estado da Saúde - SUSAM	Pessoal	423.233.204	417.157.143	6.076.061
	Custeio	156.538.287	135.274.586	21.263.701
	Capital	34.692.743	30.277.410	4.415.332
	Total	614.464.234	582.709.140	31.755.095
Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	Custeio	2.027.707	1.949.230	78.477
	Capital	38.959	38.959	0
	Total	2.066.666	1.988.189	78.477
Hospital de Isolamento CHAPOT PREVOST	Custeio	863.956	863.956	0
	Total	863.956	863.956	0
Hospital e Pronto Socorro da Criança – Zona Leste	Custeio	4.308.036	4.308.036	0
	Capital	207.143	207.143	0
	Total	4.515.179	4.515.179	0
Hospital e Pronto Socorro da Criança - Zona Oeste	Custeio	4.507.945	4.507.945	0
	Capital	2.480	2.480	0
	Total	4.510.425	4.510.425	0

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado	Custeio	13.814.168	13.732.101	82.067
	Capital	67.598	67.598	0
	Total	13.881.766	13.799.699	82.067
Hospital Geral Dr. Geraldo da Rocha	Custeio	1.307.945	1.296.049	11.896
	Capital	4.134	4.134	0
	Total	1.312.079	1.300.183	11.896
Instituto de Saúde da Criança do Amazonas – ICAM	Custeio	3.625.527	3.602.719	22.808
	Capital	79.294	79.294	0
	Total	3.704.822	3.682.014	22.808
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	Custeio	3.197.137	3.118.674	78.463
	Capital	52.674	52.674	0
	Total	3.249.811	3.171.348	78.463
Maternidade Balbina Mestrinho	Custeio	3.756.566	3.756.566	0
	Capital	5.432	5.432	0
	Total	3.761.998	3.761.998	0
Posto de Assistência Médica – PAM Centro	Custeio	6.052.155	6.052.155	0
	Capital	0	0	0
	Total	6.052.155	6.052.155	0
Posto de Assistência Médica – PAM Codajás	Custeio	4.352.848	4.352.848	0
	Capital	4.248	4.248	0
	Total	4.357.096	4.357.096	0
Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto	Custeio	10.851.235	10.851.235	0
	Capital	79.853	79.853	0
	Total	10.931.088	10.931.088	0
Pronto Socorro da Criança - Zona Sul	Custeio	7.263.075	7.152.482	110.594
	Capital	86.868	63.346	23.522
	Total	7.349.943	7.215.827	134.116
RESUMO	Total Geral	884.731.376	841.389.598	43.341.778
	Pessoal	479.163.550	472.946.544	6.217.006
	Custeio	358.552.765	327.732.039	30.820.726
	Capital	47.015.060	40.711.015	6.304.046

Fonte: FES, 2005

3.4.9 – INDICADORES FINANCEIROS DE RECURSOS APLICADOS EM SAÚDE NO ESTADO DO AMAZONAS.

Quadro de indicadores com recursos de todas as fontes, SUSAM, 2003 - 2004

Indicadores		Ano	
		2003	2004
Recursos de todas as fontes	R\$	740.732.135	884.731.376
Recursos Estadual	%	84,82	80,22
Recursos Federal – SUS	%	13,33	18,87
Recursos de Convênios	%	1,64	0,74
Recursos Total por habitante	R\$	244,37	271,88
Recursos Estadual por habitante	R\$	207	234
Recursos Federal por habitante	R\$	33	55
Recursos de Convênios por hab.	R\$	4	2
Recursos Estadual/Investimento por habitante	R\$	20	14

Fonte: IBGE – população de 2003/2004 – 3.031.097 hab.

3.4.10 – ALIMENTAÇÃO DO SIOPS

No Amazonas a alimentação do SIOPS, vem sendo efetuada de maneira lenta e irregular. No exercício de 2003 dos 62 municípios, 24 enviaram informações e, no primeiro semestre de 2004, apenas 8 (oito) municípios. Destaca-se que oito municípios que vem alimentando o Sistema, regulamente são: Anori, Coari, Itacoatiara, Lábrea, Manaus, Parintins, São Sebastião do Uatumã e Silves. Entretanto, esse universo representa apenas 12,9% do total de municípios, insuficiente para permitir o acompanhamento e análise, sobre orçamentos públicos municipais.

3.5 – RECURSOS HUMANOS

A implementação de uma política de recursos humanos para adequação à nova modalidade assumida pelo estado passa pelo estabelecimento de um novo desempenho que deve ser traçado estrategicamente, de forma a aumentar a capacidade de articulação interna e conjuntamente melhorar os resultados do trabalho realizado no cumprimento de sua missão institucional.

De fato, resente-se no âmbito estadual da implantação de um novo modelo de gestão, orientado para a profissionalização do trabalho e do trabalhador cujo foco seja resultados e não processos.

Diante da responsabilidade estadual na resolução de problemas que emergem da atual conjuntura do processo de descentralização do estado e dos municípios, que se relacionam tanto com as características da oferta de profissionais quanto com as modalidades de formação e atualização e

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ainda com diversas formas de vínculo dos trabalhadores, é necessário eleger novos processos orientadores, como: captação e desenvolvimento de pessoal, regulação do trabalho, valorização do trabalhador, remuneração do servidor e a produção de informações gerenciais sobre recursos humanos.

Com base em tais orientações formulou-se objeto de estudos técnicos a serem desenvolvidos em 2005, que subsidiarão projetos específicos.

Numa avaliação sobre o trabalho desenvolvido em 2004, identifica-se um importante avanço, como a estruturação do Concurso Público para minimizar o déficit de pessoa, além de regularizar a situação funcional dos servidores em regime temporário, previsto a realizar-se no primeiro semestre de 2005.

3.5.1 – ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

A Lei nº 2.383 de 18.03.1996 – Organiza os Quadros de Pessoal dos Órgãos do Sistema Estadual de Saúde. Sabe-se que o Padrão de Recursos Humanos, configurado para dimensionar o quadro de pessoal da SUSAM, foi elaborado por ocasião do Plano de Revitalização da Saúde no ano de 2000, com base na capacidade instalada das unidades de saúde e administrativas.

O quantitativo de recursos humanos estimado à época correspondia ao total de 22.163 servidores, sendo 13.004 para capital e 9.159 para o interior. Atualmente, o quadro de pessoal apresenta situação diferenciada nos diversos grupos ocupacionais entre o quantitativo existente e o padrão estabelecido.

Grupo Ocupacional	S U S A M						Total		
	Capital			Interior			Padrão	Exist.	Deficit
	Padrão	Exist.	Deficit	Padrão	Exist.	Déficit			
Superior	2.931	2.237	649	1.926	839	1.087	4.857	3.076	1.781
Médio	2.272	1.576	696	692	200	492	2.964	1.776	1.188
Auxiliar	5.457	4.943	514	3.969	2.341	1.628	9.426	7.284	2.142
Elementar	2.344	2009	335	2.572	1.439	1.133	4.916	3.448	1.468
Total	13.004	10.765	2.239	9.159	4.819	4.340	22.163	15.584	6.579

Considerando-se a relação acima, a SUSAM dispõem para o Estado de 15.584 servidores, quando o estabelecido era 22.163 servidores, apresentando, portanto um déficit de 6.579. Do total de recursos humanos existente, 3.076 ou 19,74 % são de nível superior, 1.776 (11,40%) de nível médio, 7.284 (46,74 %) de nível auxiliar e 3.448 (22,13%) de nível elementar. Dentre esses, o maior déficit encontra-se no nível auxiliar, com 2.142 servidores.

A capital concentra o maior número de servidores, 10.765 (69,08%), com um déficit de 2.239 (17,22%) . O Interior 4.819(30,92%), com déficit de 4340 (47,39%).

Na capital o maior déficit encontra-se no nível médio (30,63%), seguido do nível superior (23,68%), nível elementar (14,29%) e por ultimo, nível auxiliar (9,42%). Em relação ao Interior, o maior déficit encontra-se no nível médio (40,08%), seguido do nível superior (36,67%), nível elementar (29,86%) e por último nível auxiliar (22,72%)

Categorias	S U S A M						T o t a l		
	Capital			Interior			Padrão	Exist.	Variação (%)
	Padrão	Exist.	Variação (%)	Padrão	Exist.	Variação (%)			
Médico	997	800	-19,76	837	392	-53,17	1.834	1.192	-35,01
Enfermeiro	752	422	-43,88	345	151	-56,23	1.097	573	-47,77
Odontólogo	219	226	3,20	204	139	-31,86	423	365	-13,71

Dentre o total de nível superior 1.192 são Médicos, 573 Enfermeiros e 365 Odontólogos. Em relação ao padrão verifica-se um déficit de 47,77% para a categoria Enfermeiros; 35,01% para Médicos e 13,71% de Odontólogos.

Em se tratando da Capital a SUSAM dispõe de 800 Médicos, 422 Enfermeiros e 226 Odontólogos. Em relação ao padrão verificamos um déficit de 43,88% Enfermeiros; 19,76% Médicos e um superávit de 3,20 para Odontólogos.

Quanto ao Interior, 392 Médicos, 151 Enfermeiros e 139 Odontólogos. Em relação ao padrão verificamos um déficit de 56,23% Enfermeiros; 53,17% Médicos e 31,86% Odontólogos.

Além do já conhecido déficit de Médicos no interior, chama atenção o elevado déficit de Enfermeiros, categoria imprescindível na coordenação e implementação dos Programas estratégicos da Atenção Básica.

Cumprindo-se dispositivo legal e obedecendo à orientação governamental no sentido de regularizar a situação dos 5.543 servidores de regime temporário na SUSAM, O quadro de recursos humanos para as Unidades de Saúde do Estado previsto para subsidiar o Concurso Público, é demonstrado a baixo:

Grupo Ocupacional	Rh - Capital				Rh - Interior				T o t a l			
	Est.	Ret	Sem Vinc.	Total	Est.	Ret	Sem Vinc.	Total	Est.	Ret	Sem Vinc.	Total
Superior	1.404	758	75	2.237	553	245	41	839	1.957	1003	116	3.676
Médio	785	781	10	1.576	139	61	-	200	924	842	10	1.776
Auxiliar	2.816	2.123	04	4.943	1.865	476	-	2.341	4.681	2.599	04	7.284
Elementar	1.183	826	-	2009	1.166	273	-	1.439	2.349	1.099	-	3.448
Total	6.188	4.488	89	10.765	3.723	1.055	41	4.819	9.911	5.542	130	15.584

Do total de servidores no Estado 15.584, 9.911 ou 63,60% são servidores estatutários; 5.542 ou 37,23%, servidores em regime temporário 130 ou 0,83% são servidores sem vínculo empregatício.

O total de servidores na capital é de 10.765 dos quais (57,48%) pertencem ao regime estatutário, (41,69%) em regime temporário, (083%) servidores sem vinculo empregatício. Em relação ao interior, dos 4.819 servidores, 77,26% pertencem ao quadro de funcionários em regime estatutário, 21,89% em regime temporário e (0,85%) servidores sem vinculo empregatício.

Na capital os servidores em regime temporário destaca-se com 49,56% os de nível médio, a seguir com 42,95% os de nível auxiliar, e terceiro com 41,11% os de nível elementar e por ultimo com 33,88% de nível superior. Quanto ao interior, destaca-se o de nível médio com 30,50% a seguir nível superior com 29,20%, em terceiro o nível auxiliar com 20,33% e por último o nível elementar com 18,97%.

Administração de Recursos Humanos em Municípios em Gestão Plena do Sistema

A Portaria nº 1101 de 12 de janeiro de 2002 estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Com relação a Recursos Humanos por habitantes, preconiza 1 profissional médico e 1 de enfermagem para 1.000 habitantes; 1 odontólogo para 1.500 a 5.000 habitantes. Para este trabalho, diante da dispersão populacional existente no

interior, utilizou-se como parâmetro: 1 médico e 1 enfermeiro para 1.500 habitantes e 1 odontólogo para 3.000 habitantes.

A capacidade, segundo o parâmetro de produção, seria de: médico, com carga horária de 4 horas/dia para 16 consultas; odontólogo com carga horária de 4 horas/dia para 12 atendimentos, e enfermeiro com carga horária de 6 horas/dia para 18 atendimentos.

O quadro abaixo refere-se a situação de recursos humanos existentes atualmente em oito municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, com o objetivo de estabelecer um marco referencial para análise dessa dimensão tão importante na avaliação da Gestão.

Municípios	Pop	Profissionais Existentes			* Parâmetro		Variação (+ -)		
		Médico	Enf.	Odont.	Médico	Enfermeiro	Odontólogo	Médico	Enf.
Coarí	78.615	42	25	05	52	26	-20	-52	-80
Benjamin Constant	25.208	09	05	03	17	08	-47	-70	-62
Manacapuru	80.395	43	18	14	53	26	-18	-66	-46
Maués	43.903	32	18	10	29	15	10	-37	-33
Parintins	102.867	60	24	11	68	34	-9	-64	-67
Humaitá	30.363	22	08	07	20	10	10	-60	-30
Presidente Figueiredo	21.576	50	21	17	14	07	57	50	42
Fonte Boa	37.616	31	16	07	25	13	24	-36	-46

Considerando-se o parâmetro acima e apenas as categorias profissionais de Médicos, Enfermeiros e Odontólogos, visto que as mesmas são catalisadoras da demanda atendida pelas Unidades de Saúde e fonte geradora dos demais atendimentos prestados por outras categorias, constata-se:

- Coari – 78.615 habitantes, com total de: 42 médicos, 25 enfermeiros e 5 odontólogos, verificamos um déficit de 20%; 52%, 80% respectivamente;
- Benjamin Constant – 25.208 habitantes, com o total de: 9 médicos, 5 enfermeiros e 3 odontólogos, verificamos um déficit de 47%, 70%, 62% respectivamente;
- Manacapuru – 80.395 habitantes, com o total de: 43 médicos, 18 enfermeiros e 14 odontólogos, verificamos um déficit de 18%, 66%, 46% respectivamente;
- Maués – 43.903 habitantes, com o total de: 32 médicos, 18 enfermeiros e 10 odontólogos, verificamos um superávit de 10% para o profissional médico e um déficit de 37% para o enfermeiro e 33% para o odontólogo;

- Parintins – 102.867 habitantes, com total de: 60 médicos, 24 enfermeiros, 11 odontólogos, verificamos um déficit de 9%, 64%. 67% respectivamente;
- Humaitá – 30.363 habitantes com o total de: 22 médicos, 8 enfermeiros, 7 odontólogos, verificamos um superávit de 10% e um déficit de 60%, 30% respectivamente,
- Fonte Boa – 37.616 habitantes, com um total de: 31 médicos, 16 enfermeiros, 7 odontólogos, verificamos um superávit de 24% e um déficit de 36%, 46% respectivamente;
- Presidente Figueiredo – 21.576 habitantes, com um total de: 50 médicos, 21 enfermeiros, 17 odontólogos, havendo superávit de 57%, 50% e 42% respectivamente.

Vale ressaltar que o superávit bastante expressivo no município de Presidente Figueiredo, pode ser atribuído a facilidade de deslocamento de profissionais entre Manaus e o referido município, além de escala de trabalho específica.

Municípios	Contratados pelo Estado					Contratados pelo Município					Total Geral	Contratados pelos Municípios para Atividades	
	Sup	Mé.	Aux	Elem.	Total	Sup.	Méd	Aux	Elem.	Total		Meio	Fim
Coari	51	16	98	68	233	46	23	67	90	226	459	135	91
Benj. Constant	08	02	20	33	63	10	02	08	10	30	93	12	18
Manacapuru	62	13	160	101	336	28	11	59	-	98	434	32	66
Maués	38	01	44	32	115	31	06	68	52	157	272	77	80
Parintins	108	35	234	153	530	17	66	-	-	83	603	16	73
Humaitá	27	07	45	34	113	30	-	-	-	30	143	0	30
P. Figueiredo	30	0	04	05	39	77	24	39	62	202	241	52	150
Fonte Boa	25	08	79	55	167	44	16	0	148	208	375	166	42
Total	349	82	684	481	1596	283	148	241	362	1034	2620	490	550

Analisando-se o quadro acima, verifica-se que, após seis anos de iniciada a descentralização, o quadro de pessoal dos municípios compõe-se com profissionais contratados pelo estado e pelo próprio município com ainda significativa participação de servidores da SUSAM (63,07%).

- Coari – O município investiu na contratação de recursos humanos 49% do total geral de profissionais, sendo mais expressivo no nível elementar (40%), seguido do auxiliar (30%), superior (20%) e por último no nível médio (10%);
- Benjamin Constant - Neste município o percentual alcançado foi de 32% do total geral de profissionais, sendo mais expressivo no nível superior (30%) e elementar (30%), seguido pelo nível auxiliar (26%) e por último no nível médio (12%);

- Manacapuru – Neste município o percentual alcançado foi de 22% do total geral de profissionais, sendo mais expressivo no nível auxiliar (60%), seguido pelo nível superior (28%) e por último no nível médio (12%);
- Maués – Investiu na contratação de recursos humanos 42% do total geral de profissionais, sendo o mais expressivo no nível auxiliar 43% seguido do elementar com 33%, superior (20%) e por último o nível médio (0,4%);
- Parintins - Alcançou 13% do total geral de profissionais, sendo mais expressivo no nível médio (79%), seguido pelo nível superior (21%);
- Humaitá - O município investiu 21% do total geral de profissionais, somente no nível superior ;
- Presidente Figueiredo - O município investiu na contratação de recursos humanos 83% do total geral de profissionais, sendo mais expressivo no nível superior (38%), seguido pelo nível elementar (33%), terceiro pelo nível auxiliar (19%) e por último no nível médio (12%);
- Fonte Boa - Este município contratou 55% do total geral de profissionais, sendo mais expressivo no nível elementar (71%), seguido pelo nível superior (21%) e por último no nível médio (8%).

Dos municípios efetuaram contratação, 5 destes investiram maior número de recursos humanos para atividades fim, o equivalente a 60%; 2 municípios investiram maior número em contratação de pessoal para atividades meio, o equivalente a 40%.

3.5.2 – DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Dois eixos são considerados para a avaliação da ação de Desenvolvimento de Recursos Humanos na Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas: a capacitação de servidores e a implantação do Pólo de Educação Permanente .

Capacitação de Servidores

Foram realizadas diversas capacitações relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade, dentre elas a Capacitação de Recursos Humanos em Benefícios Previdenciários, Humanização de Servidores, realizadas pela SUSAM, durante as quais os servidores receberam treinamento específico ou não, na área de saúde. Outros treinamentos viabilizados pela Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos, foram realizados pelo Departamento de Políticas

Estratégicas, Fundação de Vigilância Sanitária e outros setores afins. Destaca-se a Capacitação de Recursos Humanos em Benefícios Previdenciários, Comunicação de Acidente do Trabalho e Vigilância em Saúde do Trabalhador, Curso de Formação de Comissão Intra-hospitalar de Transplante, Curso de Capacitação para Auxiliares de Consultório Dentário e Auxiliares de Limpeza e Curso de Humanização. de Servidores, dentre outros.

Pólo de Educação Permanente

Durante o ano de 2004, buscou-se a organização estrutural do Pólo de Educação Permanente no Estado do Amazonas, o qual trata-se de um colegiado formado pelas instituições de ensino e pesquisa (Universidades Públicas e Privadas e Escolas de Formação Técnicas de Saúde) instituições de prestação de serviços (SUSAM, SEMSA), representação dos servidores (Sindicato dos Servidores da Saúde) e usuários, sendo este Colegiado, o Conselho Gestor que delibera as ações relativas ao Pólo de Educação Permanente.

O Pólo de Educação Permanente no Estado do Amazonas, funciona segundo a concepção do Ministério da Saúde na qual a forma de roda seria adotada para o Colegiado formado, onde os diversos atores envolvidos no processo de formação e produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde, têm participação ativa e decisiva .

Os eixos fundamentais da Política de Educação e Desenvolvimento são: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço.

A Secretaria de Estado da Saúde adotou a educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, conforme política proposta pelo Ministério da Saúde.

Como instituição parceira, o Centro de Ensino Tecnológico do Amazonas (CETAM) participa do Pólo de Educação Permanente do Amazonas, enquanto instituição formadora de ensino, abrigando em sua estrutura organizacional a Escola Técnica do SUS / AM (ETSUS/AM).

Nesta instituição, com os recursos federais transferidos ao estado, através do FES, estão sendo realizados cursos, treinamentos e capacitações voltados à melhoria da prestação de serviços, ofertados à comunidade através do SUS.

Em março de 2004, através da Resolução Nº 015/2004-CIB/AM, foram aprovados os projetos do Pólo de Educação Permanente do Amazonas para obtenção dos recursos necessários através de convênio com o Ministério da Saúde. Os projetos aprovados são: Oficina de Formação de Formadores, Oficina de Formação dos Cursos de Graduação, Oficina de Implantação dos Núcleos, Especialização em Saúde da Mulher, Especialização em Saúde Mental, Especialização em Saúde Pública, Especialização em Epidemiologia, Mestrado em Saúde Pública, Curso de Curta Duração em Saúde da Mulher, Odontologia para profissionais da Rede Pública Estadual, Capacitação de Conselheiros.

O teto programado de R\$ 1.075.902,00 (Hum milhão, setenta e cinco mil e novecentos e dois reais), somente foi repassado em outubro de 2004, adiando a implantação dos referidos projetos para 2005.

3.6 – PLANEJAMENTO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

3.6.1 – ACOMPANHAMENTO DO PPA, PDR E PPI

Em 2004, foi efetuada uma avaliação do PPA 2003/2007, com o objetivo de reduzir o número de ações programáticas, passando de 110 para 87 a fim de facilitar a elaboração e execução do Orçamento-Programa para 2005 e exercícios seguintes.

Além disso, uma projeção de planejamento até o exercício de 2008, denominada de “Plano Deslizante”, foi realizada com o objetivo de garantir a continuidade das ações a serem desenvolvidas na próxima administração estadual. O acompanhamento e avaliação do PPA de forma mais aprofundada será implantada em 2005.

Quanto ao processo de regionalização previsto no PDR, em que os municípios Pólos deveriam ser estruturados de forma a ser mais resolutivos e funcionais e a responder as necessidades de saúde da população de modo a ofertar na assistência ambulatorial, além da urgência e emergência, as especialidades em cardiologia, ortopedia, oftalmologia, cirurgia geral e psiquiatria. Deste elenco de especialidades os municípios de Tefé, Manacapuru, Maués, Barcelos, São Paulo de Olivença, Autazes, Boca do Acre, Careiro, Eirunepé, Fonte Boa, Itacoatiara, Lábrea e Manicoré não apresentaram produção ambulatorial sem consulta

especializada, enquanto os municípios de Tabatinga e Coari apresentaram consultas em cardiologia, cirurgia geral e ortopedia. Os Municípios de São Gabriel da Cachoeira e Humaitá apresentam consultas especializadas cirurgia geral e ortopedia, e o de Parintins em cirurgia geral e oftalmologia. Na especialidade psiquiatria, nenhum apresentou consulta.

A assistência aos cidadãos de integralidade da atenção na média complexidade (m2) nos municípios pólos, onde deveriam estar ofertando para a sua população e a referenciada por outros municípios o elenco desses procedimentos em relação as atividades ambulatoriais, de internação hospitalar e de apoio diagnóstico e terapia não foi implementada em 2004 na sua totalidade em decorrência de diversos fatores, tais como: escassez de recursos humanos qualificados, ausência de uma política que incentive a permanência desses profissionais nos municípios, dificuldade do gestor municipal em entender a complexidade que envolve a alocação dos recursos da PPI, deficiência no sistema de informação da PPI que não emite relatórios compatíveis com a política definida pela NOAS/02 em extratos da Média Complexidade (m1, m2, m3), inexistência histórica de experiências de gestão compartilhada no estado, tanto que nunca houve no Estado na área da saúde iniciativas para implantação de consórcios municipais.

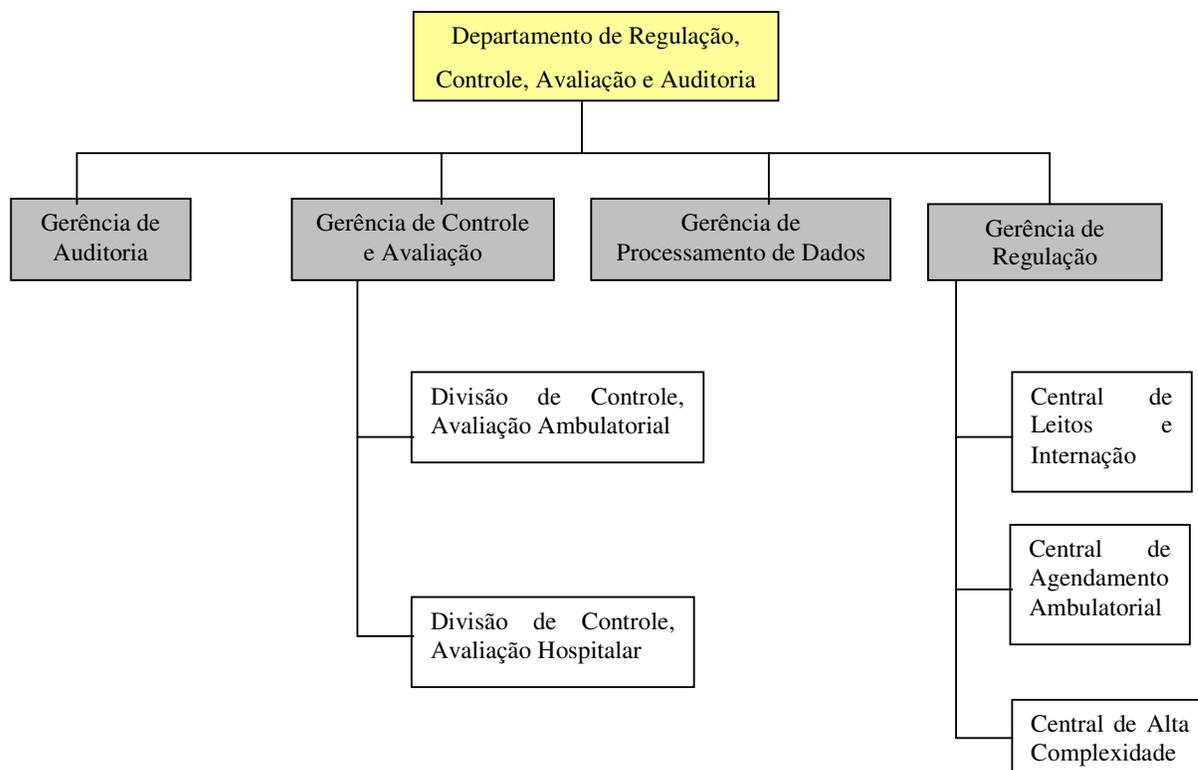
Desse modo, não houve avaliação da PPI em 2004. Uma das alternativas apontadas seria convocar a Comissão Permanente de Acompanhamento, constituída através da Resolução nº 70/2003 –CIB/AM para trimestralmente analisar os resultados alcançados junto aos municípios e buscar apoiar COSEMS para uma melhor atuação.

3.6.2 – AÇÕES DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

A partir da habilitação do Amazonas Gestão Plena do Sistema Estadual, pela NOAS SUS/2002, juntamente com oito municípios (Parintins, Maués, Presidente Figueiredo, Fonte Boa, Manacapuru, Coari, Humaitá e Benjamin Constant), e dentre as responsabilidades assumidas pela Secretaria Estadual de Saúde – SUSAM, como Gestora Plena do Sistema Estadual de Saúde, destaca-se a organização do Sistema Estadual de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria e para tanto faz-se necessário uma adequação do Departamento de Controle e Avaliação da SUSAM, visto que o mesmo passa a ser encarregado pela operacionalização das ações de controle, regulação e avaliação dos recursos aplicados de gestão do sistema de saúde e dos serviços prestados aos usuários do SUS, com abrangência em todo o Estado do Amazonas. Objetivando tal ação, foi contratada consultoria técnica, a qual apresentou o seguinte resultado:

- A Rede de Serviços de Saúde no Estado do Amazonas apresenta distorções no cadastro atual em relação à capacidade instalada e recursos humanos informados, principalmente nos serviços privados e filantrópicos, onde o nº de leitos disponibilizados ao SUS, é igual ao nº de leitos existentes no hospital, e para tanto sugere vistoria “in loco” aos hospitais da capital, para correção da Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde;
- O desempenho da Rede SUS no Estado do Amazonas não alcança o percentual dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o que demonstra a necessidade de otimizar serviços existentes no interior do estado;
- O diagnóstico da Estrutura Organizacional das Atividades de Controle e Avaliação e Auditoria apresentou a necessidade da implantação de uma nova estrutura organizacional, adotando a reformulação do mesmo e das gerências a este subordinadas, apontando suas novas competências e a criação de duas novas gerências, a Gerência de Processamento de Dados e Gerência de Regulação e de cinco Divisões: Controle e Avaliação Ambulatorial, Controle e Avaliação Hospitalar, Central de Leitos e Internações, Central de Agendamento Ambulatorial e Central de Alta Complexidade;
- O DECAV passaria a ser denominado de Departamento de Regulação Controle Avaliação e Auditoria, incluindo as responsabilidades pela Central de Regulação, a qual encontra-se na atualidade a cargo da SEA/Capital, conforme organograma a seguir.

Organograma



Sendo o DECAV um setor vital na nova concepção de gestão estadual, além de foco de cobrança constante por parte do Ministério da Saúde, na sua reestruturação organizacional, faz-se necessário ressaltar a eminente necessidade de atualização constante dos cadastros, e para tanto, investimento em equipamentos e recursos humanos torna-se necessário. Relativo à Auditoria, o Departamento de Controle e Avaliação apresenta um grupo técnico composto de uma chefia e nove auditores, quadro que se apresenta insuficiente frente às novas solicitações advindas dos municípios que se encontram em Gestão Plena do Sistema, além das atribuições já existentes.

Cita-se como de suma importância nesta fase de reorganização da estrutura existente no DECAV, a elaboração de Plano Anual de Auditoria. Relativo ao Controle Social a ser exercido pelos usuários com relação à prestação de serviços no SUS, passa a caber ao Departamento de Controle e Avaliação, além da realização de auditorias rotineiras analíticas e operacionais, a participação na elaboração de protocolos técnicos e clínicos, além da apuração de denúncias demandadas pela sociedade.

3.6.3 – ELABORAÇÃO DE ESTUDOS TÉCNICOS

O Governo do Estado do Amazonas vem negociando um empréstimo junto ao Banco Mundial (também conhecido como Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD) para ampliar os investimentos em setores essenciais ao desenvolvimento do Estado. Estes investimentos tomarão forma e conteúdo no contexto de um projeto articulado, envolvendo diversas áreas da administração estadual. As áreas onde há interesse do Banco e do Governo do Amazonas em realizar esforços conjuntos de concepção de projetos e execução dos mesmos são setores sociais críticos para o Estado, tais como: saúde, saneamento e desenvolvimento sustentável, com foco na idéia força do Programa de Governo: emprego, renda e qualidade de vida, priorizando três eixos de integração:

Desenvolvimento Econômico Regional e Planejamento Regional: Este eixo consiste em identificar os vínculos clássicos e inovadores entre os diferentes setores que compõem o Projeto para obter ganhos tanto em economias de escala quanto em sinergias para uma maior efetividade e impacto sobre as populações alvo das ações contempladas.

Modernização do Estado: Este tema consiste em um componente transversal no qual as atividades serão dirigidas a melhorar a gestão das secretarias de linha que participarão no Projeto. As áreas de intervenção podem incluir planejamento, gestão de Recursos Humanos, compras, logística e gestão financeira, entre outras áreas.

Plataforma de Gestão Regional: Para poder facilitar os ganhos de sinergias de forma sistemática entre os setores que compõem o Projeto, será necessário o estabelecimento de uma instância regional para gerenciar/acompanhar as intervenções que serão implementadas em nível de municípios e de comunidades. Esta instância deverá contemplar um ou mais braços/modalidades operativas para facilitar a implementação das atividades setoriais.

A equipe de coordenação do projeto está na SEPLAN, que se encarregará de integrar as diversas Secretarias e garantir a inter-setorialidade e consistência do Projeto, conforme determinação do Senhor Governador.

Com a finalidade de gerenciar e acompanhar a elaboração de estudos, projetos e pesquisas que subsidiarão a operação de crédito internacional foi instituída a Unidade de Gerenciamento de Doação – UGD, Através de Decreto do Poder Executivo, nº 24.050 de 19 de fevereiro de 2004,

segundo preconiza a prática do Banco Mundial. A UGD, contará com o apoio de um Comitê Consultivo formado pelos secretários das respectivas pastas envolvidas com o Projeto (SEINF, SUSAM, SEPLAN, SDS e SEPROR). Adicionalmente, a UGD será assessorada por Unidades de Gerenciamento Local (UGL), criadas em cada uma das secretarias acima.

A SUSAM participará das UGL com três técnicos representantes das áreas técnicas de Planejamento, Assistência e Vigilância em Saúde.

As UGL's têm as seguintes responsabilidades: (I) elaboração dos termos de referência e seleção dos consultores para os estudos requeridos; (II) supervisão dos estudos e revisão de qualidade dos produtos finais; (III) definição do desenho dos componentes do projeto; (IV) divulgação da informação técnica nas Secretarias envolvidas em todas as suas esferas.

O Núcleo da Saúde de Apoio ao Projeto Banco Mundial, foi instituído através da Portaria nº.0945/2004 GSUSAM publicado no Diário Oficial na data de 08 de Maio de 2004.

Ficou estabelecido pelo Governo do Estado que as atividades do projeto serão focalizadas no interior do Estado, à exceção das atividades voltadas para a melhoria da capacidade de gestão, a qual será voltada para o Estado do Amazonas como um todo. Os estudos técnicos elaborados pelas consultorias para realizar diagnósticos no interior, terão como abrangência os locais prioritários de focalização do projeto, sendo: **Região: Alto Solimões**, Pólo **Tabatinga**, Municípios Abrangidos: Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Pólo **São Paulo de Olivença**, Municípios Abrangidos: Amaturá , Santo Antonio do Iça e Tonantins e **Região : Baixo Amazonas**, Pólo **Parintins**, Municípios Abrangidos:Barreirinha e Nhamundá, Pólo **Maués**, Município Abrangido: Boa Vista dos Ramos,**Município Pontual**: Tefé.Os estudos que irão embasar tecnicamente o referido processo são: Consolidação da Atenção Básica para o Sistema Regionalizado de Saúde do Estado do Amazonas; Elaboração de Modelo de Conteúdo e Mecanismos Estruturais para o Ensino à Distância para o Fortalecimento do Sistema Regionalizado de Saúde do Estado do Amazonas; Construção de Modelo de Gestão para o Sistema Regionalizado de Saúde do Estado do Amazonas; Criação de Fundo de Apoio à Consolidação da Atenção Básica em Municípios do Interior do Amazonas; Perfil de oferta (Análise Funcional) e organização de sistema de referência para média e alta complexidade e implantação de complexo regulador estadual; Gestão do Trabalho nos Serviços de Saúde para o Sistema Regionalizado de Saúde do Estado do Amazonas; Reorganização da SUSAM;

Construção de sistemas de Monitoramento e Avaliação de Qualidade das Ações e Serviços de Saúde para o Sistema Regionalizado de Saúde do Estado do Amazonas; Construção de Modelos de Gestão e Gerenciamento para Hospitais da SUSAM para o Sistema Regionalizado de Saúde do Estado do Amazonas; Sistemas de Informação para o Sistema Regionalizado de Saúde do Estado do Amazonas; Estudo do processo de compras de medicamentos e outros suprimentos da SUSAM; Estudo da gestão orçamentária e financeira da SUSAM; e, Fortalecimento da Vigilância em Saúde para o Sistema Regionalizado de Saúde do Estado do Amazonas.

4 – ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO

4.1 – ANÁLISE DO PACTO DE INDICADORES

Eixos	Indicadores	Resultados Alcançados				
		2002	2003	2004	Meta 2004	% Alcançado em 2004
Saúde da Criança	1	Número absoluto de óbitos em < de 1 ano				
	2	22,23	19,5	18,04	20,50	88,00
	3	7,33	6,8	7,03	6,6	106,515
	4	22,54	19,69	14,85	2,54	584,65
	5	1,43	11,29	25,64	18,59	137,92
	6	6,45	2,54	76,11	30	253,70
	7	Número absoluto de óbitos neonatais				
	8	13,26	11,48	10,07	12,10	83,22
Saúde da Mulher	9	60,46	73,03	70,99	68,64	103,42
	10	67,87	70,19	68,82	80,33	85,67
	11	17,01		16,82	50	33,64
	12	0,2	0,15	0,14	0,17	82,35
	13	6,38	6,17	7,78	6,32	123,10
	14	2,58	3,58	3,31	3,29	100,61
	15	22,35	22,72	25,69	23,37	109,93
Hipertensão	16	3,26	14,77	17,33	13,84	125,22
	17	14,48	69,05	76,00	68,31	111,26
	18	5,71	25,66	40,71	25,50	159,65
Diabetes	19	0,13	44,4	60,27	44	136,98
	20	2,34	0,73	0,69	0,72	95,83
Tuberculose	21	11	8,7	4,47	8	55,88
	22	38,8	34,64	32,30	38	85,00
	23	5	3,89	2,80	5	56,00
Hanseníase	24	25,32	46,65	38,30	20	191,50
	25	4,67	3,59	2,96	3,98	74,37
	26	79,74	72,84	69,35	85	81,59
	27	6,61	7,60	6,74	5,80	116,21
	28	18,08	19,65	20,44	18,30	111,69
Saúde Bucal	29	11	11,96	11,15	15	74,33
	30	0,01	0,19	0,04	0,20	20,00
	31	11,66	7,99	10,95	7,0	156,43
Gerais	32	33,28	36,52	36,87	40,41	91,24
	33	1,14	1,27	1,11	1,50	74,00
	34	0,42	0,33	0,32	1	32,00

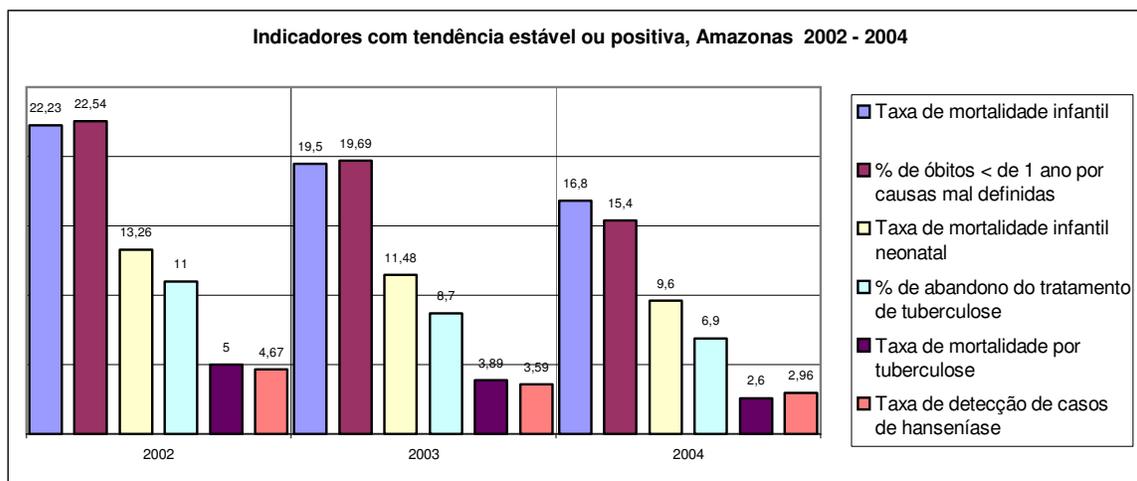
Fonte : Fundação de Vigilância em Saúde –FVS –AM; Fundação Alfredo da Mata; FUAM e Programa de Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes.

Obs: Pactuação dos Indicadores 2004 aprovada pela Resolução nº 16 de 26 de abril de 2004 – CIB/Am

O Pacto de Indicadores reflete em grande parte a situação dos municípios em relação as condições de vida e saúde da população. No Amazonas estes indicadores possuem características singulares em consonância com as especificidades amazônicas. Para demonstrar tais

características, dentre o conjunto de indicadores pactuados pelo estado nos últimos 3 anos, selecionamos aqueles que apresentaram maior tendência, seja positiva ou negativa, conforme gráficos abaixo.

Gráfico



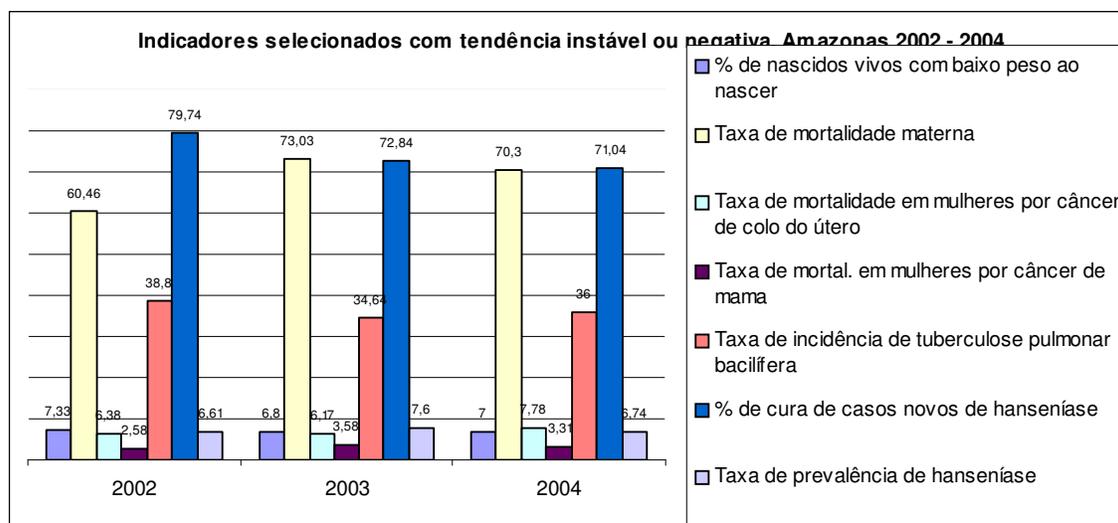
A leitura dos indicadores acima apontam para uma melhoria geral no quadro de condições de saúde da população. Chama atenção a manutenção da tendência declinante da mortalidade infantil de 22,23 em 2002 para 16,8 no ano de 2004, sendo classificado como *baixa*, segundo Pereira (1995). Ressalte-se que o comportamento deste indicador tem mais a ver com as intervenções públicas na área da saúde ocorridas nos últimos anos do que uma melhoria nos aspectos relacionados a saneamento básico e distribuição de renda.

Outro indicador positivo refere-se ao controle da tuberculose, que apesar de ter atingido uma taxa de incidência de 36% em 2004, os indicadores referentes ao abandono e mortalidade demonstraram uma tendência de redução durante o período analisado, refletindo com isso, uma melhoria qualitativa no controle da tuberculose em pacientes detectados.

O município de Manaus contribuiu significativamente para o aumento da taxa de incidência de tuberculose no estado, chegando a 41,3% em 2004. este número elevado deve-se principalmente a problemas relacionados a busca ativa de casos novos e uma insuficiente rede complementar de laboratórios para a realização de exames de baciloscopia.

O gráfico abaixo apresenta os indicadores selecionados com tendência instável ou negativa no Pacto de Indicadores do estado do Amazonas no período de 2002 a 2004.

Gráfico



Os indicadores acima expostos demonstram, de certa forma, as deficiências do estado relacionadas principalmente a qualidade da assistência à saúde da população. Indicadores como taxa de mortalidade materna, em mulheres por câncer de colo de útero e percentual de cura de casos novos de hanseníase refletem o nível de organização do sistema de saúde para o enfrentamento desses fatores de morbimortalidade.

Um olhar sobre os indicadores nos permite identificar de pronto o comportamento instável da maioria dos indicadores. Contudo, chama atenção a alta taxa de mortalidade materna que apresentou uma taxa média de 68% no período analisado com uma leve tendência de queda no último ano.

As altas taxas desse indicador está ligada a problemas relacionados à baixa qualidade da assistência à saúde da mulher no estado. Este fato remete para a necessidade urgente de aperfeiçoamento na prestação de serviços de saúde para este grupo.

4.2 – ATENÇÃO A GRUPOS PRIORITÁRIOS

1) Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

Relativo a Política de Assistência à Saúde da Mulher, foi implementado nos 62 municípios o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN, encontrando-se apenas os municípios de Iranduba, Pauini, Maraã, Eirunepé, Santa Izabel do Rio Negro e Silves, aguardando retorno do Ministério da Saúde quanto a qualificação. Foi efetuado o a assessoramento e monitoramento junto aos municípios, principalmente, nos programas de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN e Programa Planejamento Familiar.

Foram capacitados educadores do Projeto Galera Nota 10 em Planejamento Familiar, além da fomentação do funcionamento do Comitê Estadual de Mortalidade Materna nas microrregiões de Saúde do Juruá e Madeira, e participação das reuniões do Comitê de Mortalidade Materna.

Quanto as ações de Assistência à Saúde da Criança foram priorizadas as de implementação do Banco de Leite Humano na Maternidade Ana Braga e apoio à implantação dos Comitês de Aleitamento Materno em 06 pólos regionais.

A Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem, ocorreu através da implantação e implementação do Comitê Interinstitucional de apoio ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescente; da realização de um Seminário Estadual de Avaliação e Planejamento das Ações de Saúde para adolescentes e jovens; monitoramento e avaliação das ações nos municípios, além de supervisão “in loco”; capacitação de profissionais para identificar e notificar maus tratos contra crianças e adolescentes em Manaus, e implementação da ficha de notificação de maus tratos contra criança e adolescente.

Ainda na mesma área de atuação houve capacitação da equipe de formadores na metodologia de auto-aprendizagem em saúde do adolescente e também de profissionais para implementar o Sistema Estadual de Informação sobre notificações de suspeita e confirmação de maus tratos e também de um projeto de capacitação de recurso financeiro junto ao Ministério da Saúde para subsidiar tais ações.

2) Atenção a Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

A atenção aos pacientes com DST, em nosso Estado, foi implementada no início da década de 70 no Ambulatório “Araújo Lima” (Disciplina de Dermatologia/FUA), Ambulatório de Dermatologia da atual Fundação de Medicina Tropical do Amazonas – FMT AM e posteriormente, no início dos anos 80, no “Alfredo da Matta”.

Com o surgimento dos primeiros casos de AIDS tentou-se, inicialmente, no “Alfredo da Matta”, organizar o controle dessa nova endemia. Aos poucos, verificou-se a gravidade dos pacientes com AIDS que, quase sempre, necessitavam hospitalização. Progressivamente e pelo fato de tratar-se de doença infecciosa grave, a Fundação de Medicina Tropical (FMT) assumiu a atenção a esses pacientes – atualmente, mais de 30% dos leitos das enfermarias/leitos de terapia intensiva da FMT são ocupados com doentes de AIDS. Número expressivo de leitos do Pronto-Atendimento (PA) da FMT também são ocupados por pacientes com AIDS.

Paralelamente às atividades hospitalares da FMT AM, organizou-se a atenção ambulatorial aos pacientes com AIDS, demanda espontânea para sorologia de HIV e “teste rápido” para HIV, com o envolvimento dos dermatologistas, enfermagem e contratação de infectologistas que passaram a atuar sob a coordenação da Gerência de Dermatologia. Ao todo, 08 infectologistas atuam especificamente na atenção ambulatorial aos pacientes HIV + e AIDS.

A partir dos anos 90 a Gerência de Dermatologia passou a atender número expressivo de doentes com DST.

Nos últimos 7-8 anos os treinamentos em DST/AIDS e, particularmente AIDS, têm sido parte importante das atividades da Gerência de Dermatologia. Os residentes em infectologia da FMT AM fazem estágio em AIDS nessa Gerência. Face à complexidade da atenção e tratamento da AIDS, a descentralização vem sendo implementada aos poucos e cuidadosamente.

Ao mesmo tempo em que a FMT organizava o atendimento aos pacientes HIV + e portadores de AIDS, o “Alfredo da Matta” concentrou-se na atenção/prevenção as DST, treinamento de generalistas/enfermagem e descentralização do atendimento. Hoje, a atenção às DST é realizada na maioria dos centros de saúde da capital e interior.

Pode-se dizer que o controle das DST, em última análise, vem se tornando parte integrante das atividades dos médicos generalistas, principalmente do PSF. O “Alfredo da Matta” e FMT AM, cada vez mais, estão atuando como centros de referência em capacitação.

O problema maior, hoje, está relacionado à descentralização aos pacientes com AIDS.

Treinar médicos generalistas para tratar pacientes com AIDS envolve conhecimentos profundos de infectologia e resistência medicamentosa relacionada aos antiretrovirais. Recentemente, verificamos que o próprio Ministério da Saúde (Coordenação de DST/AIDS) não tem programação adequada para esta finalidade

3) Controle da Tuberculose e Hanseníase

O quadro abaixo apresenta os Coeficientes de Incidência e Casos Novos de Tuberculose dos municípios Prioritários do Amazonas e total do Estado.

Município	População	Positiva	Coef.	TB Formas	Coef.	Unidades Básicas	Unidades C/PCT
Itacoatiara	77.517	42	54,2	60	77,4	7	7
Manaus	1.565.709	665	42,5	1464	93,5	233	233
Parintins	102.867	25	24,3	50	48,6	5	5
São G. da Cachoeira	32.707	14	42,8	75	229,3	8	5
Tabatinga	41.971	10	23,8	17	40,5	4	1
Tefé	68.710	24	34,9	30	43,7	3	1
Amazonas	3.100.136	1.039	33,5	2116	68,3	376	313

Fonte: Centro de Referência Cardoso Fontes

No Amazonas, em relação à incidência de Tuberculose, destacam-se dois municípios que, de forma diferenciada, expressam o comportamento dos indicadores na avaliação das metas alcançadas: o município de Manaus e o de São Gabriel da Cachoeira.

Do total de casos de tuberculose (todas as formas) Manaus concentra 1.464 ou 69% e na forma bacilífera 64% dos casos. São Gabriel da Cachoeira alcançou 229,3 por cem mil habitantes para todas as formas em decorrência de vários fatores, tais como: rotatividade de profissionais, em sua grande maioria militares que a cada dois anos são transferidos dessa área de fronteira, resultando em descontinuidade das ações de prevenção e controle à população indígena.

Com relação à cobertura, das 376 unidades de saúde existentes no Estado, o PCT está implantado em 313, ou seja, 83,2% do total.

Quanto ao apoio laboratorial, os exames de cultura e teste de sensibilidade são realizados em Manaus pelo LACEN, com o apoio do INPA e da FMT/AM.

No caso de Manaus, houve ampliação da cobertura do PCT, de 28 para 179 unidades de saúde, incluindo as 164 Unidades de Saúde da Família existentes em Manaus, aumentando a detecção de casos novos de tuberculose, através de busca de sintomáticos respiratórios, e comunicantes, utilizando-se os agentes comunitários de saúde.

A meta para 2004, era reduzir no estado do Amazonas o coeficiente de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera por 100.000 habitantes de 34,4 para 32 até 2005. Próximo desse alcance, a incidência em 2004 foi de 32,3 por 100.000 hab., ainda com dados sujeitos a alteração.

A situação epidemiológica do município de Manaus em relação à tuberculose tem um peso importante na avaliação do estado, devido a grande concentração populacional, fatores socioeconômicos e organização de serviços de saúde.

No ano de 2004, o Sistema de Informações de Notificações de Agravos – SINAN, registrou 1.426 casos de tuberculose de todas as formas na capital, o que representa 76,1 % da meta, e um coeficiente de incidência de 91,1 casos/100.000 habitantes.

No mesmo período foram diagnosticados 647 casos da forma da tuberculose mais importante epidemiologicamente, a forma pulmonar bacilífera, que mantêm a transmissão. Esses casos representam 61,9 % da meta, e um coeficiente de 41,3 casos p/100.000 habitantes.

Observamos que o diagnóstico de casos, principalmente da forma pulmonar bacilífera continua abaixo do esperado, o que evidencia a necessidade de implementação da busca de casos em toda a Rede Básica e a disponibilização, sem restrições, da baciloscopia nas Unidades que tem laboratório (Tabela).

Tabela : Casos Registrados, Meta Alcançada e Incidência

Forma da Doença	Meta/2004	Registrado*2004	% Meta	Coef./100.000 Hab.
TB. Todas as Formas	1.873	1.426	76,1	91,1
TB. Pulmonar Bacilífera	1.045	647	61,9	41,3

Fonte: SINAN/SEMSA. *Dados provisórios, sujeitos a alterações.

Os dados sobre encerramento de casos no ano 2004 ainda encontram-se em fase de consolidação. Analisando-se o encerramento de casos no estudo de coorte de 2003 observamos que a cura foi de 77,0%, abaixo do nível mínimo necessário (85 %) para o controle da doença. O abandono de tratamento caiu para 7,7 %, e o óbito foi de 4,7 % . A cura e o abandono de tratamento mesmo nesses níveis mostram que a descentralização e a organização dos serviços são fundamentais para a melhoria desses índices, pois nos anos anteriores a cura e abandono estiveram em torno de 75% e 11% , respectivamente.

A Fundação Alfredo da Matta, em 2004, deu continuidade à implementação das ações de assistência, ensino e controle de doenças, citadas no item anterior, com o objetivo de atingir a meta do Governo Estadual de “garantir atendimento de saúde com qualidade para todos os cidadãos amazonenses” e contribuir com o Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS), enquanto Coordenador do Programa de Dermatologia Sanitária no Estado do Amazonas, na intensificação das ações de prevenção e controle da Hanseníase no Estado, com vistas à eliminação da doença no Brasil como problema de saúde pública, preconizado para 2005.

Neste contexto, observa-se uma evolução positiva dos indicadores registrados nos anos de 2002 e 2003:

Coeficiente de Detecção de Hanseníase no Estado do Amazonas: 4,67/10.000 hab, em 2002 para 3,92/10.000 hab. em 2003;

Coeficiente de Prevalência de Hanseníase no Estado do Amazonas: 6,51/10.000 hab. em 2002 para 6,71/10.000 hab. em 2003;

Porcentagem de cura entre os casos novos diagnosticados: 79,74% em 2002 e 72,84% em 2003.

Com a finalidade de dar cobertura às atividades de extensão, a Coordenação do Programa de Dermatologia Sanitária tem incentivado a implantação do Programa de Prevenção e Controle da Hanseníase nas Unidades de Saúde com atuação no Estado, com vistas ao alcance da meta programada para 2004, de 40%.

Percentual de Unidades de Saúde que desenvolvem ações de Hanseníase: 30,00%.

A FUAM como forma de contribuir com o setor saúde do Estado, especificamente em Dermatologia e DST do Estado, além de atender à demanda espontânea e referenciada, teve em 2004, nas ações de assistência, ensino e pesquisa, aliadas importantíssimas para o aprimoramento do acompanhamento, diagnóstico e cura das doenças. Para tanto, objetivando atingir a meta programada, obteve os seguintes resultados:

Percentual de Procedimentos Assistenciais realizados: 95,53% em relação ao programado;

Percentual de profissionais capacitados: 213,88% em relação ao programado;

Percentual de pesquisas concluídas: 75% em relação ao programado;

Percentual de Pesquisas em andamento no ano: 60,00% em relação ao programado.

É importante destacar que no mês de abril de 2003, por força do processo de Municipalização da Saúde na cidade de Manaus, iniciou-se por meio da parceria entre FUAM e SEMSA, a descentralização das ações de prevenção e controle da Hanseníase.

ESTRUTURA	SITUAÇÃO OPERACIONAL		
	AÇÃO/ATIVIDADE	MÊS/ANO	
		2003	2004
Referência de Média Complexidade	Atividades de média complexidade	03	03
Centros de Referência em Dermatologia Funcionando	Atividades referenciadas e contra-referenciadas	14	20
Unidades Básicas de Saúde com Programa de Controle da Hanseníase funcionando	Atividades básicas em Dermatologia	45	54
Programa de Saúde da Família	Atividades básicas em Dermatologia (Sem realizar diagnóstico de MH)		Zonas Norte e Leste
Baciloscopia de Linfa	Coleta e leitura	01	01
Unidades de Saúde com Triagem	Exame Dermatológico de Rotina	02	22
Unidade de Vigilância Epidemiológica	Atividades de vigilância em saúde	03	06
Área Rural	Atividades básicas em Dermatologia	Só área fluvial	Fluvial e Terrestre

Observa-se pelos dados demonstrados melhorias tanto na estrutura operacional dos serviços, como na ampliação das atividades realizadas no período de abril de 2003 a dezembro de 2004.

Cobertura das Ações de Controle na Rede Básica

No Plano de expansão das ações de controle da tuberculose para toda a rede básica que se iniciou em 2003, a implantação das ações juntamente com a capacitação de recursos humanos foram prioridades. Em 2003 alcançou-se uma cobertura de 73,2 %, e em 2004 de 97 % do total de unidades existentes.

Tabela : Cobertura das Ações na Rede Básica - 2004

Tipo de Unidade	Qde. Existente	Implantadas/Implementadas	% Cobertura
Centro de Saúde	48	41	85,4
Amb. Alta Resolutividade	6	6	100
Centro de Referência	7	7	100
Casa de Saúde	168	168	100
Unidade Rural - Móvel	1	1	100
*Outros (Amb. Araújo Lima, Amb./FMT)	2	2	100
Total	232	225	97,0

Fonte: PCT/SEMSA

A cobertura laboratorial em 2004 atingiu 65,0%. Dos 40 laboratórios, 14 ainda não estão realizando a baciloscopia.

Tabela : Cobertura Laboratorial/Baciloscopia

Distritos	Qde. Laboratórios	Realizam Baciloscopia	% Cobertura
Norte	6	6	100,0
Sul	12	7	58,3
Leste	13	7	53,8
Oeste	8	5	62,5
Rural	1	1	100,0
Total	40	26	65,0

Fonte: PCT/SEMSA

Implantação do Sistema de Referência

O Sistema de Referência baseou-se no atendimento ao doente dentro da área de residência, com a oferta do atendimento clínico, exames de raios X e baciloscopia, disponibilizados nos Centros de Referência do Programa Médico da Família, nas zonas Norte, Sul, Leste e Oeste. Dessa maneira, a forma pulmonar bacilífera da tuberculose (forma transmissora) pode ser diagnosticada e tratada em toda a rede básica do município de Manaus.

Os casos da doença não confirmados pela bacteriologia (baciloscopia e cultura), casos suspeitos da forma extrapulmonar, intolerância medicamentosa e falência do tratamento são referenciados para o nível de maior complexidade/estadual - Ambulatório Araújo Lima e Referência Estadual CREPS “Cardoso Fontes”.

Aferição dos Indicadores pactuados com o Estado

Tabela : Indicadores Pactuados

Indicador	2003	2004
TB. Todas as Formas	89,9	91,1
TB. Bacilífera	45,1	41,3
Mortalidade/100.000 hab.	3,08	*2,5
Abandono de Tratamento/ %	7,7	*3,5

Fonte: SINAN/SIM/SEMSA *Dados provisórios, sujeitos a alteração.

Dados provisórios apresentam a incidência da Tuberculose de todas as formas e da Tuberculose bacilífera em 2004, iguais a 91,1 e 41,3 por 100.000 habitantes, respectivamente. A incidência no Brasil em 2001 foi de 47,2 da Tb. de todas as formas, e de 26,4 da Tb. bacilífera.

As altas incidências registradas em Manaus, bem superiores às registradas no país como um todo, deverão ser mantidas por vários anos, podendo haver uma elevação se a execução das ações de controle da doença se fizerem eficazmente, especialmente a busca ativa de casos.

Outro indicador pactuado foi o percentual de abandono de tratamento, que em 2003 caiu para 7,7% , aproximando-se do nível recomendado pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde (5%), para um programa de impacto no controle da doença.

Capacitações realizadas

PROFISSIONAIS	QUANTIDADE
AG.Comunitário de Saúde	742
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	267
Assistente Social	7
Enfermeiros	44
Médicos	44
TOTAL	1.104

Foram realizadas capacitações para 1.104 profissionais, sendo o maior numero de Agentes Comunitários de Saúde (742) ou seja 67,21%.. As capacitação para o nível superior e envolvendo parte da carga horária em prática assistencial ao doente, apresentou aos profissionais a realidade não conhecida durante a vida acadêmica diminuindo o estigma da doença, humanizando e harmonizando o atendimento ao doente pelas equipes multiprofissionais da rede básica.

O treinamento desenvolvido com os Agentes Comunitários de Saúde, foi de suma importância. A preparação foi baseada em buscar precocemente os sintomáticos respiratórios, e posteriormente, acompanhá-los no transcorrer do tratamento até a cura - tratamento supervisionado.

Em suma, vários fatores contribuíram para a melhoria das ações de controle da tuberculose em Manaus, como:

Capacitação de 66% dos profissionais das Equipes do Programa Médico da Família – PMF, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS;

Inclusão das Equipes do PMF nas ações de controle da tuberculose, principalmente dos ACS que foram preparados para realizar a busca ativa de casos na comunidade e o tratamento supervisionado;

Locação de veículo com motorista para o PCT/Manaus, com recursos do Ministério da Saúde, possibilitando o acompanhamento das ações executadas pela rede de saúde;

Apoio do ONG/DAHW, financiando a impressão de materiais instrucionais e de divulgação para a rede;

Apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde e a doação de dez computadores com impressora para o PCT/Manaus, também pelo MS (oito foram repassados para os laboratórios que realizam a baciloscopia e dois ficaram no PCT/Manaus).

Entretanto podemos apontar como pontos negativos: a ainda baixa cobertura laboratorial existente; as restrições e limitações de laboratórios na demanda de baciloscopias; a interrupção das capacitações; a não implantação do DOTS (transferida para 2005) e a falta de informações sobre encerramento de casos no ano 2004.

4) Controle da Hipertensão e Diabetes

Ao final de 2004, o Programa de Diabetes e Hipertensão está implantado em todos os municípios, com envio sistemático dos dados estatísticos em 46 ou 75% dos municípios através do SISHIPERDIA.

Na capital, a cobertura estende-se a todas as unidades básicas de saúde, 03 Centros de Atenção ao Idoso e 02 Ambulatórios especializados (Balbina Mestrinho e Araújo Lima), 02 Hospitais (Chapot Prevost e Geraldo da Rocha), com atividades de cadastramento de portadores, desenvolvimento de atividades educativas e dispensação de medicamentos para o tratamento. O número de pacientes cadastrados soma o quantitativo de 40.734 diabéticos e 62.133 hipertensos.

No restante dos municípios, 9.509 diabéticos e 21.833 hipertensos perfazendo um total de 134.209 pessoas cadastradas em todo o estado do Amazonas.

A Coordenação Estadual do Programa de Diabetes e Hipertensão realizou, em parceria com a Associação do Diabético e Hipertensão do Estado do Amazonas (ADHEAM), o projeto Escola Cidadã e Campanhas em várias instituições como: Poder Judiciário, Penitenciária Anísio Jobim, Escola Técnica. Além disso realizou Mutirão na Comunidade Grande Vitória, Comemoração do Dia Mundial da Saúde, Comemoração do Dia do Trabalhador, Comemoração do Dia Nacional de Combate a Hipertensão Arterial. Em parceria com a Funcor e nas demais unidades básicas de saúde da capital e interior, com palestras, verificação de pressão e cadastramento de pacientes hipertensos.

Realizou-se ainda, a 7ª Campanha de Mundial de Diabetes, cujo tema foi Diabetes e Obesidade. A Campanha foi realizada pela FENAD em parceria com o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais do Estado. No município de Manaus a Campanha ocorreu em todas as

unidades básicas de saúde com exames de glicemia capilar, verificação de pressão, I.M.C. e Circunferência Abdominal. Envolvemos também na Campanha as Policlínicas, os CAIMI's e Universidade Federal.

Com base nas reuniões do Comitê Estadual em Diabetes e Hipertensão reformulou-se as diretrizes, manual de normas, rotinas e protocolo do programa, assim como introdução de outros membros no Comitê.

Adquiriu-se para o Programa de Educação, controle e tratamento do diabetes e hipertensão, equipamentos para o programa, com recursos do convênio 2514/99.

O Programa realizou supervisão em 4 municípios do estado (Parintins, Nhamundá, Iranduba, Humaitá).

5) Atenção à Pessoas Portadoras de Deficiências Física e de Transtornos Mentais

As ações desenvolvidas pelo Programa de Atenção Integral ao Deficiente (PAID), através de sua coordenação, envolvem deficiência auditiva, visual e física (membros superiores e inferiores e ostomizados).

O PAID está situado na Policlínica Codajás e em 2004, realizou os seguintes atendimentos:

Produto	Quantidade
Prótese Auditiva	333
Órtese e Prótese Ocular	1.422
Órtese, Prótese e Meios Auxiliar de Locomoção	330
Órtese (Ostamizado)	38.142
Total	40.227

Fonte: DEPES, 2005

Em busca da melhoria do acesso aos portadores de deficiência, foi realizado investimento na reestruturação dos serviços na Policlínica Codajás e na Fundação Hospital Adriano Jorge, para implantação da assistência em média e alta complexidade, respectivamente, objetivando cadastrá-los junto ao Ministério da Saúde.

De modo geral, as atividades de supervisão ficaram restrita às unidades de referência intermediária enquanto as concessões de órtese e prótese em 2004 ficaram prejudicadas pela redução dos recursos orçamentários e financeiros originados do tesouro estadual.

Além do financiamento, persistem as dificuldades em relação à operacionalização do Programa, que podem ser minimizadas com a utilização de manual operacional pelas Unidades de Saúde.

A assistência aos pacientes com transtornos mentais ainda se encontra bastante incipiente na capital do Estado do Amazonas.

Das diversas ações programadas para conformação da rede de saúde mental, em 2004, envolvendo a reabilitação psicossocial, como a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, (SRT) criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, implantação de sistema de informação e manusear a população psiquiátrica, apenas a capacitação dos profissionais para atuar no modelo antimanicomial foi realizada.

Os profissionais de nível superior foram qualificados pela FIOCRUZ e os profissionais de nível médio do Programa S.O.S Manaus e Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro pela própria Coordenação do Programa Estadual de Saúde Mental.

O fator impeditivo da implantação da rede de saúde extra hospitalar (os CAPS) decorre do contingenciamento de recursos financeiro ocorrido em 2004, em relação aos recursos próprios do Estado.

6) Ações Complementares de Assistência à População Indígena

As ações básicas de saúde às populações indígenas são de responsabilidade da FUNASA, e desenvolvidas nos sete Distritos Sanitários Especiais Indígenas-DSEI implantados no Estado do Amazonas.

De caráter complementar, as ações de assistência às populações indígenas são realizadas pela SUSAM, através das Fundações CECON e FTM, com relação aos procedimentos de média e alta complexidade.

Dentre as ações programadas para 2004, a FUNASA implantou ações de Pré-natal, Parto e Puerpério em 100% do DISEI; articulou intra e interinstitucionalmente para capacitação, diagnóstico assistencial e prevenção em DST/Aids, além de notificar os casos no SIASI e SINAN; acompanhou, monitorou e avaliou ações de imunização em 80% das 7 DISEI programados; realizou aproximadamente 87% das metas programadas para implementação e avaliação do novo Modelo de Gestão em todos os Distritos; e capacitou 21(87%) dos Agentes

Indígenas de Saneamento (AISAN) em pelo menos 1 módulo de Educação Profissional Básica (EPB).

Quanto a assistência especializada, a prestação de serviços a esse grupo prioritário está incluída na produção geral das Unidades de Saúde do estado do Amazonas.

4.3 – VIGILÂNCIA À SAÚDE

4.3.1 – VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O papel primordial da Vigilância Sanitária é proporcionar a melhoria da qualidade de vida, quer individual ou coletiva, através da proteção e promoção da saúde, com o racional aproveitamento dos recursos naturais eliminando os riscos decorrentes do processo de produção e garantindo a segurança do consumo de bens e serviços.

O Departamento de Vigilância Sanitária – DEVISA, da Fundação de Vigilância em Saúde – FVS/Am., é o responsável pelas ações de Vigilância Sanitária do processo de produção, armazenagem, distribuição, comercialização de consumo de produtos e serviços.

A municipalização das Ações de Vigilância Sanitária é um processo que compreende inúmeras etapas e está sendo implantado gradualmente. Por isso, nem todos os municípios estão habilitados a desempenhar atividades de baixa complexidade, pois, necessitam de equipes técnicas especializadas e estrutura administrativa que corresponda às exigências legais. De 1995 a 2004, foi efetivada a descentralização das ações de vigilância sanitária em de 49 municípios. No entanto, dificuldades ocorridas no período, revelam que apenas 20 municípios estão funcionando adequadamente e destes somente 15 (quinze) enviam regularmente sua produção..

A seguir, evidenciamos as dificuldades encontradas:

Na Capital: quantidade insuficiente de veículos para execução das inspeções; quantidade insuficiente de recursos humanos capacitados para efetuar as inspeções e supervisões; a retroalimentação de informações e ações de órgãos que desenvolvem ações afins e em parceria com o **DEVISA**; e, técnicos representantes do **DEVISA** não puderam participar de reuniões decisivas junto a **ANVISA/MS**, devido a não liberação de diária e passagens.

No Interior: quantidade insuficiente de veículos para o deslocamento no interior para execução das inspeções; quantidade insuficiente de Recursos Humanos capacitados para efetuar as inspeções e superior; entraves administrativos no sistema de concessão de diárias e passagens geradas pelo setor financeiro da Secretaria de Estado da Saúde; e, rotatividade de servidores capacitados por esta VISA/Am, nas Secretarias dos Municípios.

4.3.2 – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

4.3.2.1 – DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - DNT

As doenças de notificação compulsória são doenças que possuem uma característica em comum que é a facilidade de disseminação na comunidade. A obrigatoriedade da notificação tem como objetivo uma rápida intervenção por parte do setor saúde.

Dentre as principais DNT's temos: Hepatites Virais, Meningite, Coqueluche, Sarampo, Rubéola, Febre Tifóide, Tétano Acidental e Neonatal, Febre Amarela, Dengue, Malária, Cólera, além das Doenças Diaréicas Agudas e as Transmitidas por Alimentos.

Hepatites Virais

As Hepatites Virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos com tropismo pelo tecido hepático, e que apresentam diferentes características epidemiológicas, clínicas, imunológicas e laboratoriais. A forma de transmissão se divide em dois grupos; a transmissão fecal-oral (A e.) e a transmissão parenteral/sexual (Hepatites B,C e D). E, as formas clínicas se dividem em agudas e crônicas. Existem, ainda, outros agentes etiológicos como a Hepatite G e o vírus TT, que eventualmente poderão ser investigados.

A Região Amazônica tem um padrão de alta endemicidade com prevalência superior a 7%.

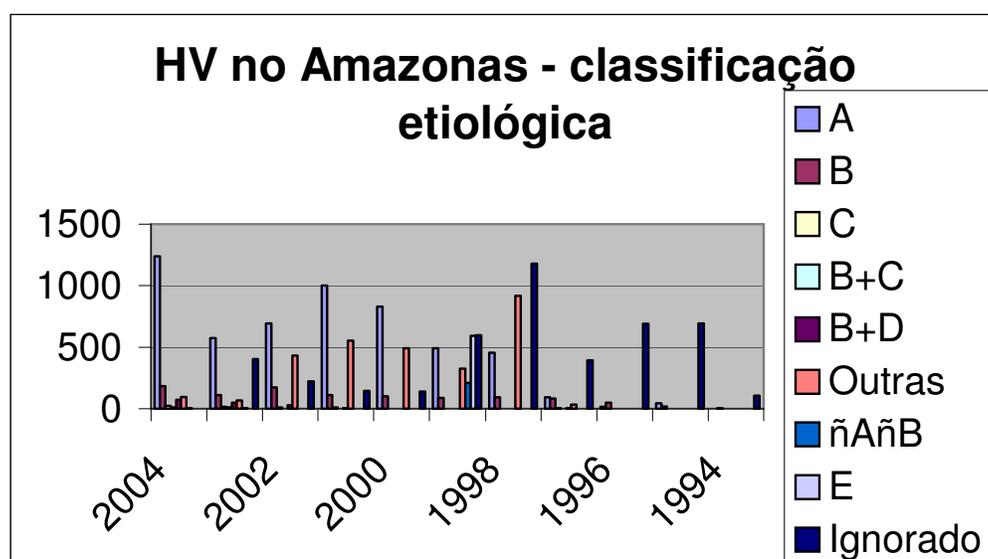
No Estado do Amazonas, no período de 1994 a 2004, pode-se observar uma alta incidência de casos, principalmente no ano de 1998, com 104,9% p/100.000 habitantes dos casos notificados e encerrados.

Quanto à classificação etiológica dos casos neste período a maior contribuição é da Hepatite A no ano de 2004, com 46,5%, considerando-se a obrigatoriedade da notificação por este agente e forma de transmissão; fecal-oral.

Os casos ignorados tiveram um decréscimo de 93,8% a 32,7% no período considerando-se, a disponibilização de tecnologias mais eficazes na identificação do agente etiológico.

O grupo das hepatites crônicas observa-se um padrão 2,7% a 13,2% dos casos identificados.

No que se refere à confirmação diagnóstica, a forma mais utilizada foi a clínico-epidemiológica,



com cerca de 90% dos casos confirmados.

FONTE:DVE/FVS

Meningite

As Meningites em Geral, no Estado do Amazonas, vem apresentando uma diminuição tanto no número de casos como no número de óbitos.

Dentre as diversas etiologias da doença assume grande importância, a Doença Meningocócica, fator ligado a sua gravidade e a possibilidade de desencadear epidemias.

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

Casos e Incidência das Meningites em Geral e Doença Meningococica Amazonas, 2002 - 2004.

Ano	Meningite em Geral		Doenças Meningocócicas	
	Casos	Incidência	Casos	Incidência
2002	220	7,4	153	6,2
2003	231	7,5	120	4,0
2004	164	5,3	90	2,90

Dados com confirmação laboratorial. Sujeitos a revisão
INC./100.000 hab.
Fonte: SINAN/FVS/DVE

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

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

Óbitos por Meningites em Geral e Doença Meningocócica, Amazonas, 2002-2004.

Ano	Meningite em Geral		Doença Meningocócica	
	Óbitos	Letalidade	Óbitos	Letalidade
2002	27	12,3	23	15
2003	25	10,8	22	18,3
2004	8	4,9	6	6,6

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

Fonte: SINAN/FVS/DVE

Coqueluche

A Coqueluche como outras doenças imunopreviníveis, vem apresentando uma expressiva redução em função da introdução da vacina tríplice nas campanhas de vacinação e na rotina estabelecida pelo programa nacional de imunização. Caracteriza-se uma infecção contagiosa, aguda do trato respiratório causada pela bactéria *Bordetella Pertussis* que se manifesta em forma de tosse seca. A transmissão se dá principalmente, pelo contato direto entre as pessoas. De suscetibilidade universal, a doença é mais atingida mais as crianças menores de cinco anos. Em lactantes, pode resultar em número elevado de complicações e até a morte.

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

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

Na distribuição de casos no Estado do Amazonas no período de 1994 a 2004, observa-se um declínio no número de casos nos anos de 1994 quando o coeficiente de incidência atinge, 0,62 e 1996 atingindo 0,42 por cem mil habitantes. Em 1997 foram notificados 559 resultando em um

coeficiente de incidência de 22,72 por 100.000 habitantes, a partir de então o número de casos anuais não se excedeu, mantendo em coeficiente de incidência estável. Desde a instituição do Programa Nacional de Imunização em 1973, quando a vacina tríplice bacteriana (DTP) passou a ser preconizada para crianças menores de sete anos, observa-se um declínio na incidência de coqueluche. Entre tanto, nos últimos anos, surtos de coqueluche vem sendo registrados em populações com baixa cobertura vacinal, principalmente em populações indígenas.

Distribuição de Casos e Coeficiente de Incidência por Coqueluche, Amazonas – 1994 - 2004

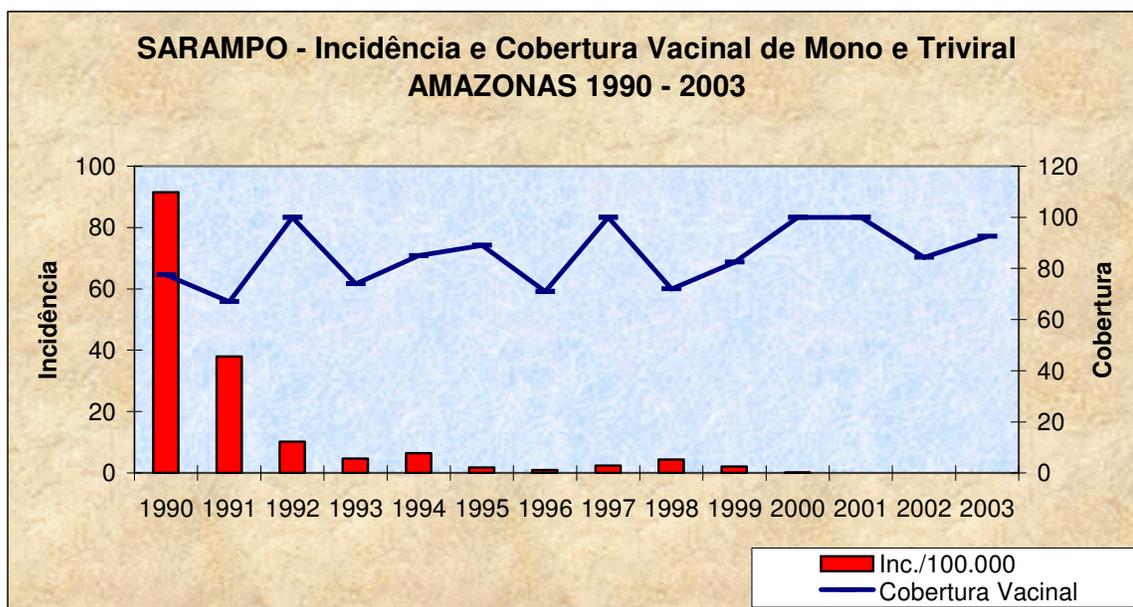
ANO	CASOS	INC. 00.000hab
1994	14	0,62
1995	61	2,63
1996	10	0,42
1997	559	22,72
1998	366	14,52
1999	88	3,41
2000	108	3,83
2001	43	1,48
2002	133	4,49
2003	71	2,34
2004	74	2,38

Fonte: DVE/SINAN/FVS

Sarampo

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

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



A partir da implantação do Plano de Erradicação do Sarampo em 1999, houve um incremento em todas as atividades e o sarampo apresentou uma nítida tendência de redução da sua incidência no período de 1991 a 2000, alcançando em 2001 a eliminação da circulação do vírus autóctone no Brasil. Ocorrendo nos anos de 2001 e 2002 apenas 01 caso confirmado de sarampo, em cada ano, no estado de São Paulo, todos dois importados do Japão. No ano de 2003 mais 02 casos importados foram confirmados, sendo o caso índice procedente da Alemanha.

No Amazonas o Sarampo apresenta a mesma tendência epidemiológica do país. Em 1999 foram confirmados 54 casos (5 por laboratório e 49 pela clínica), distribuídos nos municípios de Manaus, S.P de Olivença e Iranduba. No ano de 2000 foi confirmado, apenas, 01 caso de sarampo no município de Guajará, na fronteira com o Estado do Acre, último estado com surto de sarampo país. No período de 2001 a 2004 no número de casos se manteve em zero.

Rubéola

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

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

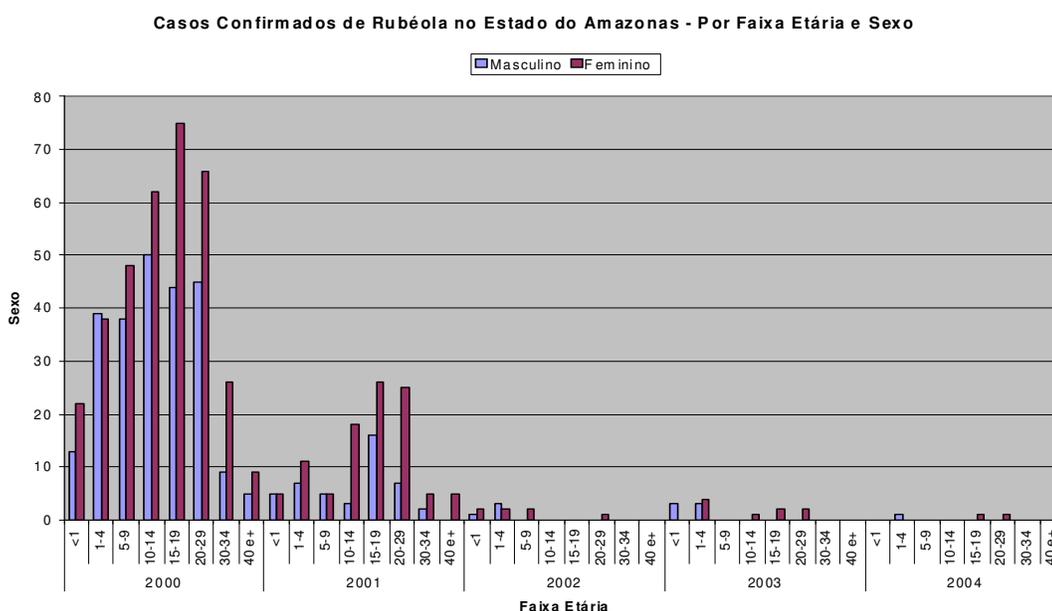
Em 2001 das mulheres em idade fértil 46 estavam grávidas, entre essas foram confirmados 28 casos de rubéola, dessas 26 eram do município de Carauari e 02 do município de Manaus. Todas as crianças foram acompanhadas e colheram sangue do coto umbilical, tivemos um caso de SRC confirmado em Manaus, uma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

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

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

atingindo. Em 2002 e 2003 o grupo de mulheres continuou a ser o mais acometido, porém ocorreu um deslocamento de faixa etária sendo a de 01 a 04 anos a mais atingida.

No ano de 2004 foram notificados 289 casos suspeitos de rubéola, desses 03 foram casos confirmados, sendo 01 em Manaus, sexo masculino com 02 anos; 01 em Humaitá, sexo feminina, 23 anos, não grávida; 01 em Carauari, sexo feminino, 17 anos, no terceiro trimestre de gravidez; o bebê nasceu sem nenhuma manifestação clínica, colheu duas amostras para diagnóstico, com intervalo de três meses entre uma amostra e outra e foi descartado SRC por laboratório.



Síndrome da Rubéola Congênita

Em 1999 houve surto de rubéola no Estado, mais especificamente em Manaus, porém não houve acompanhamento das mulheres grávidas com exame IgM + para rubéola e conseqüentemente não houve acompanhamento dos bebês. Em 2000, principalmente no surto de rubéola em Apuí, estabelecemos um fluxo de acompanhamento para os casos confirmados em grávidas e conseguimos diagnosticar e acompanhar 03 casos de SRC, o mesmo aconteceu em 2001 no surto de Carauari, que se iniciou no final do ano anterior, onde de 20 mulheres grávidas com rubéola,

ocorrerem 02 casos confirmados SRC. Em 2002 apesar de não haver notificação de casos de rubéola em mulheres grávidas, identificamos uma criança com Síndrome, ainda resultante do surto de Carauari. Em 2003 não tivemos caso de rubéola em grávidas e nem casos confirmados de SRC, mesmo tardia.

Distribuição dos Casos Confirmados de Rubéola em Grávidas e SRC, Amazonas, 1999 – 2004

Ano	Total Rubéola	Rubéola em mulheres	Grávidas com Rubéola	SRC Confirmadas
1999	1.763	1.104	25	?
2000	576	344	32	03
2001	132	92	20	02
2002	12	05	–	01
2003	15	09	–	–
2004	03	02	01	–

FONTE: GT/Exantemáticas/AM

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

Febre Tifóide

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

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

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

Estado, a economia, ao modo de produção, ao desenvolvimento tecnológico e a distribuição de renda.

Na distribuição dos casos no Estado do Amazonas, verifica-se que nos anos de 1997 e 2000 os coeficientes de incidências atingiram 9,83 e 11,98 por 100.000 habitantes.

Em 2000, ocorre um incremento de significância do coeficiente, impondo a implementação de políticas e estratégias de ação que proporcionaram uma percepção desejável de resultado Epidemiológico.

No período de 2001 a 2003, verifica-se uma grande redução no número de casos, onde o coeficiente de incidência em 2003 atingiu 1,84 por 100.000 habitantes tomando como estratégia à intensificação de medidas de controle.

Quanto à distribuição nos municípios do estado verifica-se que no ano de 2000 foram notificados 337 casos, destes 137 ocorreram na capital em diversas periferias e 200 no interior. Sendo o município de Autazes o mais acometido.

Entretanto, ainda que considerados os reflexos políticos, sociais e ambientais, verifica-se uma redução na freqüência dessa doença, possivelmente relativa a adoção de medidas de controle, disponibilizadas pelos serviços de saúde.

Distribuição de Casos e Coeficiente de Incidência de Febre Tifóide, Amazonas, 1993-2004

Ano	N.º de casos	Coef.Incidência
1994	59	2,60
1995	158	6,81
1996	160	6,75
1997	242	9,83
1998	150	5,95
1999	103	3,99
2000	337	11,98
2001	145	4,99
2002	96	3,24
2003	56	1,84
2004	62	1,99

FONTE: SINAN / GEVE / SUSAM
Dados sujeito a revisão

Tétano Acidental

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

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

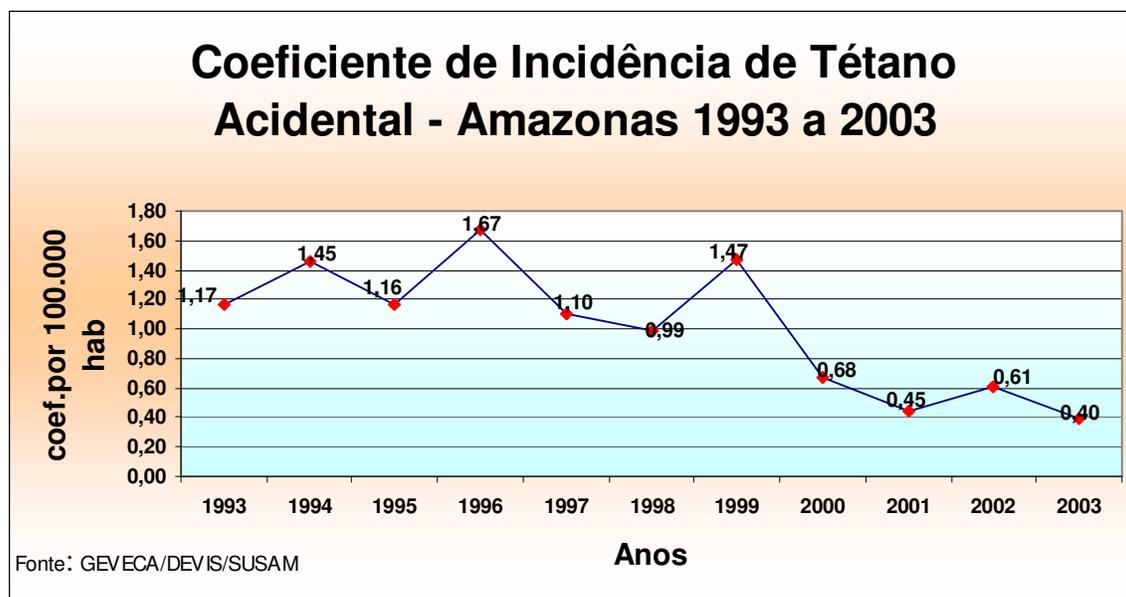
Sua incidência pode ser indicada como um indicador sensível ao grau de desenvolvimento de uma população, já que se dispõe de instrumentos de prevenção de baixo custo e efetividade, comprovada mesmo quando utilizados após a introdução do agente etiológico, o *Clostridium Tetani*, no organismo humano.

No Amazonas nos períodos de 1993 a 2004 foram notificados 288 casos de tétano acidental com 93 óbitos.

No período, observa-se que houve um declínio no coeficiente de incidência, passando de 1,17/100.000 habitantes em 1993 para 0,45/100.000 habitantes em 2004 o que pode estar relacionado à melhoria da cobertura vacinal no período. (Gráfico 01)

Coeficiente de incidência de Tétano Acidental, segundo ano de ocorrência, Amazonas, 1993 – 2003.

Gráfico



A taxa de letalidade no período analisado é de 32,3%, considerada alta, o que demonstra a fragilidade da estrutura dos serviços de saúde tanto no nível de prevenção quanto assistencial na precocidade e eficácia de uma intervenção na suspeita de Tétano Acidental.

Casos de tétano Acidental por evolução e letalidade. Amazonas 1993-2004.

Ano	Evolução		% Letalidade
	Casos	Óbito	
1993	26	12	46,15
1994	33	13	39,39
1995	27	11	40,74
1996	40	13	32,50
1997	27	09	40,74
1998	25	05	16,00
1999	30	06	30,00
2000	19	06	36,80
2001	17	06	29,41
2002	18	07	33,16
2003	12	02	16,66
2004	14	03	21,4
Total	288	93	32,3

Fonte: DVE/FVS

Quanto à situação vacinal, observa-se uma maior ocorrência dos casos nos não vacinados 109 (39.78%), o que vem validar a importância da vacina. A variável ignorada, 137 (54.8 %) foi significativa, demonstrando a fragilidade das ações de Vigilância Epidemiológica principalmente na investigação.

Casos de Tétano Acidental por situação vacinal e percentual, Amazonas, 1993 - 2004.

Casos	Situação Vacinal/ Percentual									
	1ª dose	%	2ª dose	%	3ª dose	%	Não vacinados	%	Ignorados	%
288	16	5,5	08	2,7	07	2,4	119	41,4	138	48,0

Fonte: DVE/FVS

Em relação ao sexo, os casos confirmados de tétano acidental são predominantemente no sexo masculino com 78,43% do total de casos no período analisado, o que demonstra uma maior exposição da população masculina ao risco de infecção pelo clostridium tetani por não estar incluída nos programas e campanhas de imunização.

Casos de Tétano Acidental por Sexo e Percentual. Amazonas 1993 – 2004.

Casos	Sexo / Percentual			
	Masculino	%	Feminino	%
288	228	79,0	60	21,0

Fonte: DVE/FVS

Os casos de Tétano Acidental estão predominantemente na faixa etária de 20 a 49 anos, ou seja, a faixa etária laborativa e produtiva, com predominância de casos no sexo masculino associada à idade produtiva, aponta para uma intervenção nesta população, visto ser o Tétano Acidental uma doença imunoprevenível. Observa-se ainda uma predominância significativa na faixa etária de 50 anos e mais que poderá estar associada especialmente à queda linear dos níveis séricos da antitoxina telânica com o avançar da idade, e à negligência nas doses do reforço da vacina antitetânica.

As faixas etárias de 05 a 09 anos, 10 – 14 anos também relevantes por se tratar de grupos prioritários no programa de imunização.

Casos de Tétano Acidental por Faixa Etária e Percentual. Amazonas 1993 – 2004.

Faixa Etária	N. ° de Casos	Percentual %
< 01 ANO	1	0,34
01 a 04 anos	7	2,46
05 a 09 anos	25	8,68
10 a 14 anos	30	10,41
15 a 19 anos	32	11,11
20 a 29 anos	46	15,97
30 a 39 anos	48	16,66
40 a 49 anos	28	9,72
50 anos e +	71	24,65
TOTAL	288	100,00

Fonte: DVE/FVS

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

Casos de Tétano Acidental por Ocupação e Percentual. Amazonas 1993 – 2004.

Ocupação	N. ° de Casos	Percentual %
Agricultor	51	18,0
Estudante	48	16,6
Doméstica	23	8,0
Pedreiro	18	6,2
Diarista	15	5,2
Aposentado	16	5,5
Não se Aplica	08	2,7
Ignorado	36	12,5
* Outros	73	25,3
Total	288	100,00

Fonte: DVE/FVS

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

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

Tétano Neonatal

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

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

O Amazonas no período de 1994 a 2004 apresentou 53 casos de Tétano Neonatal, com 45 óbitos e uma taxa de letalidade em torno de 84,9%.

Casos de Óbitos e Taxa de Letalidade Tétano Neonatal, Amazonas, 1994 – 2004

Procedência	Casos	Óbitos	Letalidade (%)
Manaus	15	12	80
Interior	38	33	86,4
Amazonas	53	45	84,9

FONTE: DVE/FVS

A análise dos 53 casos ocorridos nesse período, segundo o perfil das mães nos permite destacar alguns fatores significantes em relação à ocorrência dos casos.

Tétano Neonatal Segundo O Pré – Natal, Amazonas, 1994 – 2004

Procedência	C/Pré	%	S/Pré	%	Ign	%	Total	%
Manaus	02	13,3	11	73,4	02	13,3	15	28,0
Interior	05	13,1	31	81,6	02	5,3	38	72,0
Amazonas	07	13,2	42	79,3	04	7,5	53	100,00

FONTE: DVE/FVS

Quanto ao pré-natal, 07 mulheres(13,2%) realizaram pelo menos uma consulta, no entanto 42 mulheres (79,3%) não realizaram nenhuma consulta.

Em relação a situação vacinal dez mulheres(18,9%) estavam com duas doses de vacina, em 26 mulheres (49%) não constava nenhuma dose de vacina, e no total restante de 17 mulheres (32,1%) não havia nenhuma informação da situação vacinal.

Tétano Neonatal Segundo Situação Vacinal da Mãe, Amazonas, 1994 – 2004

Procedência	Vacinada	%	Não Vacinada	%	Ignorado	%	Total	%
Manaus	—	—	04	26,7	11	73,3	15	28,0
Interior	10	26,3	22	57,9	06	15,8	38	78,0
Total	10	18,9	26	49,0	17	32,1	53	100,00

FONTE: DVE/FVS

Tétano Neonatal Segundo a Assistência ao Parto, Amazonas, 1994 – 2004

Proc.	Part. Trein.	%	Part. N/Trein	%	Prof. Saúde	%	Outros	%	Ign.	%
Manaus	01	6,7	06	40	03	20	02	13,3	03	20
Interior	03	7,9	25	65,8	05	13,1	04	10,5	01	2,6
Am	04	7,5	32	60,4	08	15,0	06	11,3	04	7,5

Quanto a atenção ao parto, quatro mulheres (7,5%) foram assistidas por parteiras treinadas; 32 (60, 4%) por parteiras não treinadas; oito mulheres (15%) por profissional de saúde; seis (11%) por outros (parentes. vizinhos etc..) e quatro (7,5%) sem informação quanto a assistência no momento do parto.

Tétano Neonatal, Segundo Local do Parto, Amazonas, 1994 – 2004

Procedência	Domiciliar	%	Hospitalar	%	Total	%
Manaus	12	28,0	03	30,0	15	28,3
Interior	31	72,0	07	70,0	38	71,7
Amazonas	43	81,2	10	18,8	53	100,00

FONTE: DVE/FVS

Em relação ao local do parto, 43 mulheres (81,2%) tiveram seus partos em domicílios e dez (18,8%) foram atendidas em hospital.

Ao observarmos os dados do município de Manaus e dos municípios do interior do Estado, verificamos que não há diferenças significativas, nos resultados, segundo as variáveis apresentadas. Este quadro pode estar relacionado à fragilidade das ações de vigilância epidemiológica, dos programas PACS/PSF, como também com a má qualidade da assistência ao pré – natal e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Em 2003 não houve notificação de caso

de tétano neonatal no Estado, entretanto em 2004 um caso suspeito foi detectado na busca ativa de óbito neonatal, no município de Manacapuru, confirmado após investigação.

Febre Amarela

O Amazonas encontra-se situado em região endêmica de Febre Amarela Silvestre, que por infecção acidental do homem ao adentrar na floresta em atividades econômicas ou de lazer e com infestações pelo **Aedes aegypti** em municípios do Estado, podemos iniciar surtos epidêmicos de Febre Amarela Urbana.

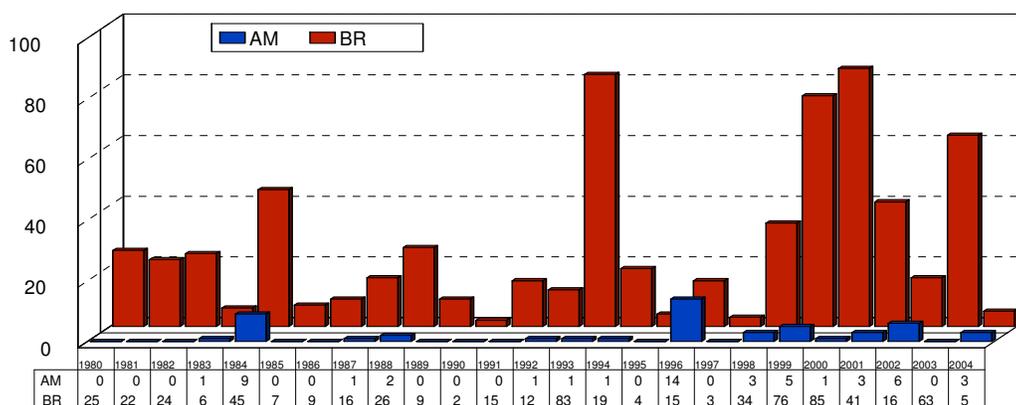
Estado do Amazonas tivemos dois surtos expressivos de Febre Amarela Silvestre nos anos de 1984 com 10 (dez) casos e 10 (dez) óbitos, em 1996 com 14 (quatorze) casos diagnosticados e 12 (doze) óbitos. Em 1984, os casos ocorreram em área de extrativismo de madeira e praticamente restritos a uma localidade no município de Tefé. Em 1996, houve dispersão dos casos diagnosticados em vários municípios do Estado, demonstrando provável epizootia em grande extensão territorial. Nos demais anos tivemos casos esporádicos em diversos municípios do Estado.

Em 1999 ocorreram 5 casos com 4 óbitos, sendo 3 do município de Itacoatiara, 1 do município de Novo Airão e 1 no município de Boca do Acre que não evoluiu para o óbito.

O ano de 2000 registrou a menor incidência nos últimos dois anos, de 0,03 por 100.000 habitantes e zero por cento de letalidade. Em 2001 ocorreram 4 casos da doença. No período de janeiro a junho de 2002 já foram confirmados 8 casos no Brasil, sendo que 6 são do Estado do Amazonas. Em 2003 não houve ocorrência de casos no Amazonas. No ano de 2004 foram notificados 5 casos com 3 óbitos no Brasil, desses 3 ocorreram no Amazonas com 2 óbitos.

FEBRE AMARELA NO BRASIL E AMAZONAS

1980 a 2004



Fonte: CENEPI/MS

Dengue

A presença do *Aedes aegypti* na Cidade de Manaus, foi detectada a partir de novembro de 1996 e a do *Aedes albopictus* em setembro de 1997. Atualmente (2004), toda a área urbana da Capital está infestada pelo *Aedes aegypti*. Além de Manaus, outros 19 municípios registram a presença de focos do mosquito.

Em fevereiro de 1998 foram registrados os primeiros casos autóctones de DENGUE (sorotipo –I) na Capital do Estado, dando início à epidemia.

No ano de 1998 foram notificados 13.894 casos, em 1999 foram notificados 5.578 casos, atribuímos como uma das principais causas para a redução significativa dos casos, o esgotamento dos suscetíveis ao DENGUE-I residentes na Capital, levando a uma estabilidade endêmica, apesar da presença do vetor com elevada infestação predial em diversos bairros.

A partir de 1999 começaram a ser diagnosticados casos de DENGUE (sorotipo – II), o que nos colocou em uma situação de apreensão com relação aos possíveis casos de dengue hemorrágica que poderiam acontecer.

No ano de 2000 foram notificados 6.246 casos, enquanto que, só no primeiro trimestre de 2001 foram notificados 16.729 casos de DENGUE CLÁSSICA e 55 casos de FHD com 1 óbito, nos dando um percentual de casos de Dengue que evoluíram para FHD de 0.34 % .

No período de 1998 ao primeiro trimestre 2004, observamos um padrão sazonal de incidência elevada, coincidente com os meses de novembro a abril, período de chuvas, aumento da temperatura e umidade relativa do ar em torno de 80%. Esses fatores favorecem o aumento dos índices de infestação vetorial.

As zonas da Capital consideradas de elevada vulnerabilidade nesses últimos anos (1998 a 2004) foram as zonas Norte e Centro Oeste.

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

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

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

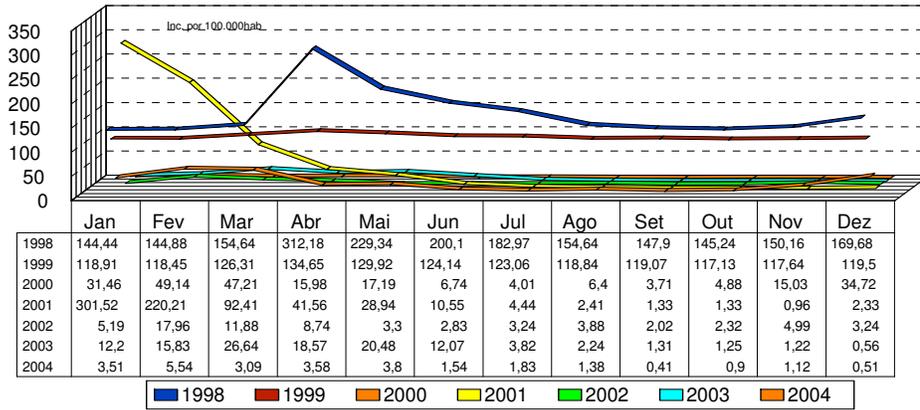
Se compararmos o primeiro trimestre de 2001 e o de 2003 observaremos um aumento no percentual de casos que evoluíram para FHD de 0,94 %.

Em decorrência da circulação simultânea dos sorotipos I, II e III, o que potencializa o risco de surgimento de epidemias de Febre Hemorrágica do Dengue (FHD), torna-se imperiosa a adoção de medidas de intensificação do controle do *Aedes aegypti* para o ano de 2005.

Gráfico

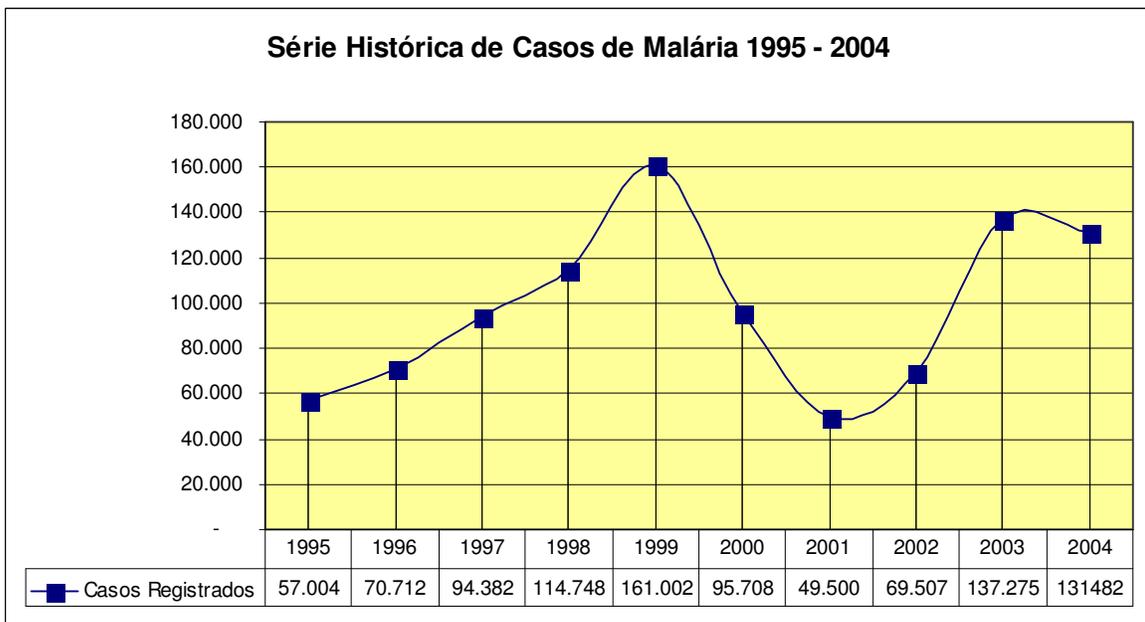
Incidência de DENGUE por mês

AMAZONAS 1998 a 2004



Fonte: SVE/NE/DEVIS/SUSAM

Malária



Cólera

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

Em 1991 houve a introdução da cólera no Peru, que atingiu outros países, inclusive o Brasil. Os primeiros casos de cólera foram registrados em abril de 1991, no estado do Amazonas, nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga. É a sétima pandemia, cujo agente responsável é o *Vibrio Cholerae*, sorogrupo 01, biótipo El Tor, que caracteriza-se por apresentar quadros clínicos benignos, grande frequência de infecções inaparentes e baixa letalidade, se comparada às epidemias do século passado produzidos pelo *V. Cholerae*, sorogrupo 01, biótipo clássico. No Amazonas observa-se que a doença tornou-se endêmica no período de 1991 a 1998, com alta incidência nos primeiros anos, diminuindo a partir de 1996 e chegando a 0,65/por 100.000 habitantes no ano de 1998, último ano com registro de casos. Pode-se inferir uma sazonalidade da doença, principalmente no período da baixa dos níveis de água nos rios.

No período de 1999 a 2004 não foram identificados casos positivos para o *V. Cholerae*. Contudo, sabe-se que o vibrião da cólera é um microorganismo que sobrevive em ecossistemas aquáticos de estuários e pântanos costeiros e que infecta o homem acidentalmente.

Doenças Diarréicas Agudas

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

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

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

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

No estado do Amazonas o sistema de Monitorização das doenças Diarréicas Agudas – MDDA, está implantado em 100% nos 62 municípios. Este processo teve início a partir do 4º trimestre de 1994, e, atualmente 135 Unidades de Saúde realizam esta atividade.

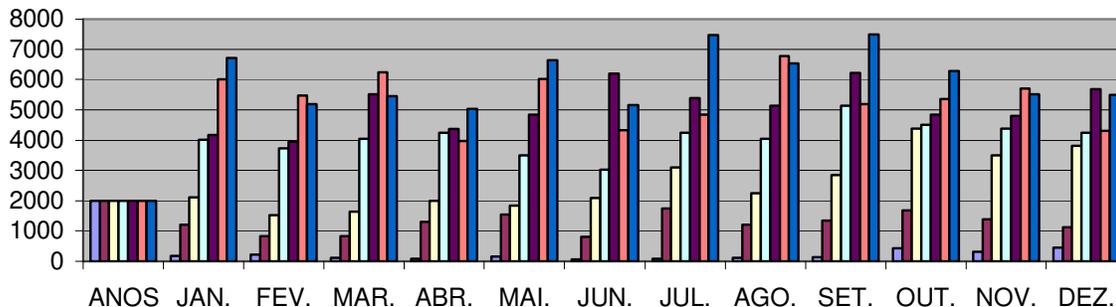
A proposta da MDDA foi elaborada em 1994, e consiste na coleta, consolidação e análise de dados, que utiliza como variáveis; a idade, procedência, data dos primeiros sintomas e plano de tratamento dos casos que buscam atendimento nas Unidades de Saúde. E tem como objetivo recomendar medidas de prevenção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

Os dados da MDDA foram agrupados no período de 1995 a 2004, e a área geográfica de análise são os municípios do Estado. Neste período foram notificados através da MDDA 470.486 casos de doenças diarréicas agudas.

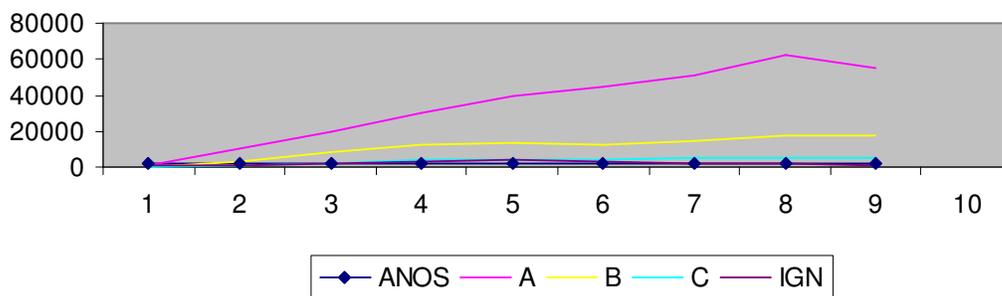
Conforme gráfico em anexo, pode-se observar um incremento na notificação dos casos no decorrer de todo o processo. A maior concentração desta ocorrência está na faixa etária dos menores de cinco anos (61,45%). Quanto ao plano de tratamento mais utilizado foi o A, com 66,61% dos casos notificados, representando casos de diarreia de forma leve, gráfico em anexo.

No que tange a casos graves, a contribuição foi de apenas, 6,5% dos casos. Os resultados do sistema da MDDA permitem uma aproximação ao conhecimento da ocorrência deste agravo no estado, apesar das dificuldades da implantação e/ou implementação e sua dependência da demanda passiva.

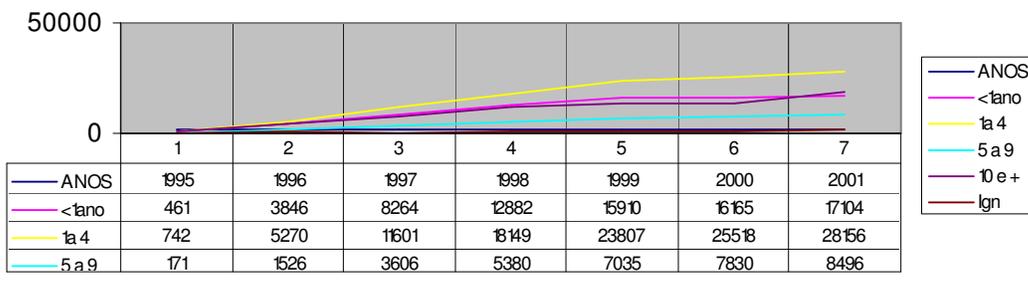
DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE DDA'S POR MÊS - AMAZONAS 1995 - 2004



DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE DDAs, POR PLANO DE TRATAMENTO - AMAZONAS - 1995 - 2004



DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE DDAs, POR FAIXA ETÁRIA NO ESTADO DO AMAZONAS PERÍODO: 1995 - 2004



Doenças Transmitidas Por Alimentos

O aumento das Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA, em nível mundial, tem como principais fatores; o crescente aumento das populações, a existência de grupos populacionais mais expostos, o processo de urbanização desordenado e a necessidade de produção de alimentos em grande escala.

Outros fatores que também contribuem para esse aumento são; a maior exposição das populações a alimentos a pronto consumo coletivo, como o “fast-foods”, o consumo em vias públicas, mudança de hábitos alimentares, dentre outros, como a globalização e as facilidades atuais de deslocamento da população.

As variedades de agentes causais, associadas a alguns dos fatores, são fundamentais para o aumento da ocorrência de DTA, seja com características de surtos ou de casos isolados, com várias formas clínicas e de distribuição localizada ou disseminada.

Com a implantação do sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos, no estado, procurou-se normatizar as ações e instrumentos utilizados na investigação de surtos por DTA's.

No período de 2001 a 2004, foram notificados e investigados 35 surtos, sendo 77,14% destes oriundos do município de Manaus, onde a Vigilância Epidemiológica foi implantada desde 1999. Os demais municípios que notificaram foram Autazes, Humaitá, Barcelos, Silves, Rio Preto da Eva e Lábrea.

No que tange aos alimentos incriminados, a maior contribuição foram do gênero de laticínios, com 37,1% e múltiplos alimentos (14,2%).

Quanto ao local de ocorrência, 45,1% foram em residência, 20,0% em Escola, 14,2% em outros locais, seguidos de 11,4% em Empresas.

Os agentes etiológicos incriminados foram *Stafilococcus Aureus*, com 45,7%, *Bacillus Cereus* 14,1% e *Clostridium Perfringes*, 8,5%.

Número de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos, Amazonas, 2001 – 2004.

Anos	Nº de Casos
2001	10
2002	14
2003	10
2004*	04

Fonte: VE-DTA/SUSAM

* Dados sujeitos a revisão

Numero de Surtos de Dta's, Segundo Município de Notificação, Amazonas, 2001 – 2004.

Municípios	2001	2002	2003	2004*	Total
Manaus	07	12	08	03	30
Autazes	02	01	-	-	03
Humaitá	01	-	-	-	01
Barcelos	-	-	-	01	01
Silves	-	01	-	-	01
Rio Preto da Eva	-	-	01	-	01
Lábrea	-	-	01	-	01
Total	10	14	10	04	38

Fonte: V E-DTA/SUSAM

* Dados sujeitos a revisão

Numero de Surtos de Dta, Segundo Locais de Ocorrência, Amazonas, 2001 – 2004.

Locais de Ocorrência	2001	2002	2003	2004	Total	%
Residência	05	08	03	-	16	45,7
Creche/Escola	02	03	02	-	07	20,0
Hotel	01	-	-	-	01	2,9
Refeitório	-	-	01	-	01	2,9
Festa	-	01	-	-	01	2,9
Empresa	01	01	02	-	05	14,2
Outros	01	01	02	01	04	11,4
TOTAL	10	14	10	01	35	100

Fonte: VE-DTA/SUSAM

*Dados sujeitos a revisão

Numero de Surtos de Dta, Segundo Alimentos Incriminados, Amazonas, 2001 – 2004.

Tipo de Alimento	2001	2002	2003	2004*	Total	%
Água	03	-	-	-	03	8,5
Bebidas	01	-	-	-	01	2,9
Carnes Aves	-	04	-	-	04	11,4
Carnes Vermelhas	-	02	02	-	04	11,4
Farináceos	01	-	-	-	01	2,9
Laticínios	03	06	04	-	13	37,1
Preparação Mista	02	-	-	-	02	5,8
Múltiplos Alimentos	-	01	03	01	05	14,2
Mandioca	-	-	01	-	01	2,9
Outros	-	01	-	-	01	2,9
Total	10	14	10	01	35	100

Fonte: VE-DTA/SUSAM

Dados sujeitos a revisão

Número de Surtos de Dta's, Segundo Agentes Etiológicos Incriminados, Amazonas, 2001 – 2004.

Agente Etiológico	2001	2002	2003	2004	Total	%
Bacillus Cereus	01	02	02	-	05	14,1
Stafilococcus Aureus	03	07	06	-	16	45,7
Clostridium Perfringes	-	02	01	-	03	8,5
Tóxico	-	-	01	-	01	2,9
Coliformes Fecais	01	-	-	-	01	2,9
E.Coli	01	-	-	01	02	5,7
Hepatite A	01	-	-	-	01	2,9
Int. Acróquina	-	01	-	-	01	2,9
S. Typhi	-	01	-	-	01	2,9
Salmonella Sp	-	01	-	-	01	2,9
Ignorado	03	-	-	-	03	8,5
Total	10	14	10	01	35	100

Fonte: VE-DTA/SUSAM

* Dados sujeitos a revisão

4.3.3 – VIGILÂNCIA AMBIENTAL

As ações de vigilância ambiental são realizadas no estado através da Fundação de Vigilância - FVS em Saúde.

Em 2004, foram capturados e sacrificados 2.881 animais, ou seja, 15% a mais do que os 2.500 previstos no Plano Estadual de Saúde.

Dentre as ações descentralizadas, em 2004, durante as campanhas de vacinação anti-rábica, foram vacinados animais em todos os municípios do Amazonas e realizados controle de quirópteros em 12 municípios.

Além dessas ações a FVS realizou 90 supervisões nos Programas de controle de zoonoses e animais peçonhentos desenvolvidos pelos municípios; 47 palestras e 183 capacitações em Controle de Zoonoses.

4.4 – ASSISTÊNCIA À SAÚDE

4.4.1 – ACESSIBILIDADE

As dimensões da acessibilidade englobam fatores que vão desde o modo com que o sistema de saúde recebe, atende e resolve os problemas de saúde até a forma como se organiza considerando as características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população alvo. Para efeito deste relatório abordaremos a forma como a rede de saúde estadual está configurada no Amazonas, a produção de serviços, a cobertura de ações estratégicas e as medidas executadas pela SUSAM para solucionar problemas de resolutividade como as Transferências para Fora de Domicílio - TFD.

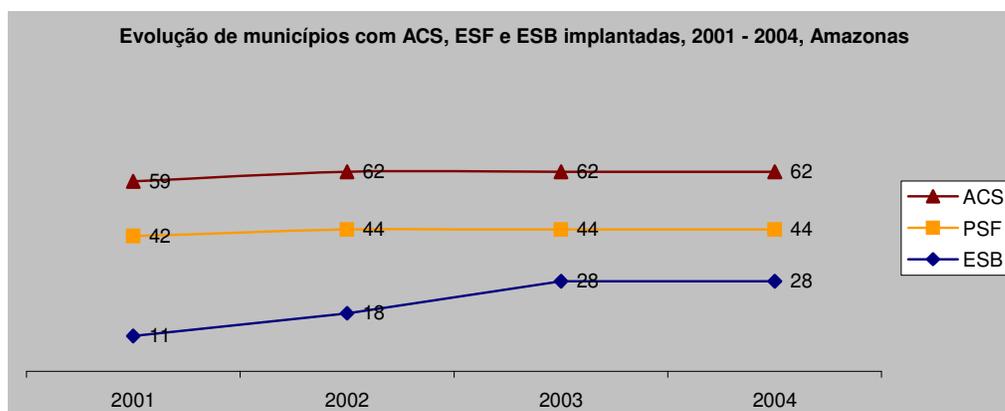
4.4.4.1 - PROGRAMAS ESTRATÉGICOS PARA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa Saúde da Família – PSF

O Ministério da Saúde - MS adotou como estratégia para reorientação do modelo assistencial a expansão do PSF em todos os municípios brasileiros. Através do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF, o MS, com o apoio do Banco Mundial – BIRD, vem financiando a conversão do modelo assistencial desde 2003. Ressalte-se que devido a critérios populacionais, no Amazonas, somente a capital Manaus foi contemplada com o Projeto.

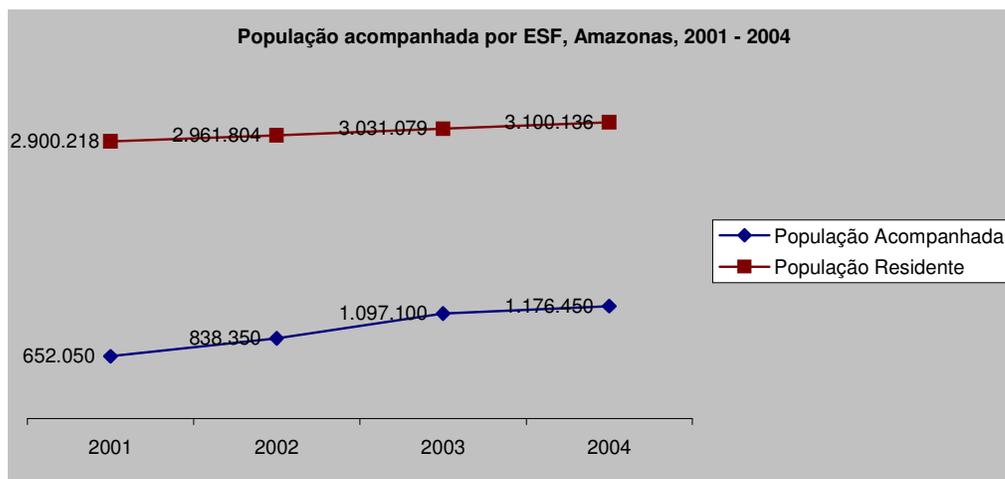
No Amazonas, o processo de implantação das Equipes de Saúde do PACS, PSF e ESB, vem se dando de forma gradativa nos municípios desde 1998. Em 2001, haviam equipes do PACS, PSF e ESB em 59, 42 e 11 municípios, respectivamente. Já em 2004 chegaram a 100%(62) municípios com o PACS, 70%(44) de municípios com PSF e 45%(28) de municípios com ESB implantadas (gráfico)

Gráfico



O gráfico abaixo apresenta a evolução da cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família durante o período de 2001 a 2004 no Amazonas.

Gráfico



Em relação à cobertura do PSF, no Amazonas, as pessoas acompanhadas passaram de 652.050 em 2001 para 1.176.450 em 2004, representando um aumento de 44%(524.400) na cobertura populacional (gráfico)

4.4.4.2 – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

4.4.4.2.1 – IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM CARDIOLOGIA, TRAUMATO-ORTOPEDIA E NEFROLOGIA

Em 2004 foi instituída pelo Ministério da Saúde a Política de Alta Complexidade, conforme as Portarias: PT GM 1167 e PT SAS210 (Cardiovascular), PT GM 1168 e PR SAS 211 (Nefrologia) e PT GM 1169 e PT SAS 213 (Tráumato-Ortopedia), para definição das reais necessidades do Estado.

Em setembro do mesmo ano foi instituída Comissão Técnica para análise situacional, organização, planejamento e implantação da Nova Política da Alta Complexidade nas áreas de Cardiologia, Tráumato-Ortopedia e Nefrologia no estado do Amazonas.

O trabalho foi iniciado com a leitura e interpretação das novas normas e da adequação que os prestadores candidatos a Serviços Assistenciais nas 3 áreas citadas teriam que fazer, visando a melhoria da assistência aos portadores destas patologias.

No Encontro Nacional da Alta Complexidade ocorrido em Brasília no dia 4 de novembro / 2004, formaram-se grupos por regiões geográficas, tendo a Região Norte a seguinte configuração : Amazonas, Pará, Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins.

Identificadas as dificuldades locais foram solicitados pelos grupos :

- a) Alargamento do prazo de implantação da Nova Política (12 de dezembro de 2004) sendo concedido o aprazamento até 15 de abril de 2005;
- b) Participação mais efetiva da SAS/ MS nos Estados objetivando o cumprimento do exigido na nova norma;
- c) Republicação da Portaria da Traumatologia-Ortopedia que apresentava imperfeições nos conjuntos de áreas;
- d) Flexibilização na exigência de titulação de alguns profissionais e equipamentos específicos das especialidades;
- e) Retirada do impedimento de um mesmo especialista atuar em dois Estados;
- f) Publicação da nova tabela (complementar) de procedimentos cardiovasculares;
- g) Publicação da nova tabela de OPM

4.4.4.2.2 - FUNCIONAMENTO DA CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS – CNCDO

Em 2004 a equipe técnica da CNCDO capacitou-se e elaborou estratégias para a operacionalização do serviço. Em seguida, foram estabelecidas parcerias com as Unidades de Saúde – LACEN, PAM Codajás e Fundação Adriano Jorge para a realização de exames diagnóstico aos pacientes que necessitam fazer transplante de rins.

Destaca-se a inauguração do Banco de Olhos no Estado do Amazonas, instalado nas dependências da Fundação Hospital Adriano Jorge, juntamente com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos-CNCDO-AM, antes funcionando no Hospital Dona Francisca Mendes, muito contribuiu para a operacionalização das ações.

Em junho de 2004, a SUSAM buscou credenciamento do Banco de Olhos no Estado do Amazonas. Foi realizada pela equipe técnica da CNCDO e Banco de Olhos, a abordagem familiar dos pacientes que vão a óbito com o devido apoio das Comissões Intra-Hospitalares. As visitas

aos hospitais e Pronto Socorros de grande porte, e SPA's para divulgar o serviço com objetivo de sensibilizar e esclarecer os profissionais dessas unidades para o processo de doação-transplante teve início em agosto de 2004. A partir de então, mobilizou-se os meios de comunicação social, através do rádio, tv, imprensa, colégios, universidades com entrevistas esclarecendo a população sobre a importância do processo de captação, doação e transplante de órgãos.

Foram realizadas campanhas nos hospitais juntos aos familiares, sensibilizando-os a doação tendo com isso crescido o número de captação de córneas e conseqüentemente o número de transplantes no Estado.

Realizou-se 22 transplantes de rins e 31 de córneas no estado.

As comissões Intra-Hospitalares de Transplantes são em número de dez e encontram-se instalados nas seguintes Unidades de Saúde: Fundação CECOM, Fundação HEMOAM, P.S.C. Zona Oeste, P.S.C. Zona Sul, P.S.C. Zona Leste, H.Universitário Getúlio Vargas, H. Universitário Francisca Mendes, P.S. 28 de Agosto, H.P.S. João Lúcio e ICAM.

4.4.4.2.3 – AÇÕES E SERVIÇOS EXECUTADOS PELAS FUNDAÇÕES

Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – HEMOAM

A Fundação de HEMOAM desenvolve ações estratégicas de hematologia e hemoterapia no estado do Amazonas. Dentre tais ações temos a coleta e realização de exames de sangue para compor o estoque de estadual.

Exames realizados em amostras de sangue de Doadores da Capital

Doador Capital			
Teste	Exames	Reativos	%
Hiv-Elisa I/Ii (Teste 1)	22.059	26	1,81
Hiv-Elisa I/Ii (Teste 2)	22.059	63	4,39
Htlv I/Ii-Elisa	22.059	18	1,25
Chagas-Elisa	22.059	9	0,63
Sífilis	22.059	232	16,16
Hepatite B-Anti-Hnc/Elisa	22.059	879	61,21
Hepatite B-Ag/Elisa	22.059	143	9,96
Hepatite C-Anti-Hcv/Elisa	22.059	66	4,6
Hepatite C-Alt	-	-	-
Chagas-Hai	-	-	-
Total	176.472	1.436	100

Fonte: Gerência de Estatística

Nota: Para cada amostra de sangue são realizados 10 testes sorológicos.

Exames Confirmatórios de Sorologia realizados em amostras de Sangue de Doadores da Capital, percentual por teste.

Doador Capital (Confirmatórios)			
Teste	Exames	Reativos	%
Sífilis-Fta-Abs	376	274	80,12
Hepatite C- Anti-Hcv/Western-Blot	68	32	9,36
Chagas-I.F.I	-	-	0
Hiv-Western Blot	98	29	8,48
Htlv I/Ii-Western Blot	17	7	2,05
Total	559	342	100

Fonte: Gerência De Estatística

Do total de 559 exames confirmatórios realizados em doadores da Capital, foram reativos 61,18%.

Exames realizados em amostras de sangue de Doadores do Interior.

Doador Interior			
Teste	Exames	Reativos	%
Hiv-Elisa I/Ii (Teste 1)	3.634	13	0,56
Hiv-Elisa I/Ii (Teste 2)	3.634	16	0,69
Htlv I/Ii-Elisa	3.634	9	0,39
Chagas-Elisa	3.634	5	0,22
Sífilis-Vdrl	3.634	78	3,38
Hepatite B-Anti-Hbc/Elisa	3.634	1.114	48,29
Hepatite B-Hbs-Ag/Elisa	3.634	57	2,47
Hepatite C-Anti-Hcv/Elisa	3.634	17	0,74
Anti-Hbs/Elisa	2.706	998	43,26
Hepatite C-Alt	0	0	0
Chagas-Hai	0	0	0
Total	31.778	2.307	100

Fonte: Gerência de Estatística

Exames Confirmatórios de Sorologia realizados em amostras de sangue em Doadores do Interior, percentual por teste.

Doador Interior (Confirmatórios)			
Teste	Exames	Positivos	%
Sífilis-Fta-Abs	68	36	100
Hepatite C- Anti-Hcv/Imuno-Blot	3		
Chagas-I.F.I			
Hiv-Western Blot	3		
Htlv I/Ii-Western Blot	1		
Total	75	36	100

Fonte: Gerência de Estatística

Do total de 75 exames confirmatórios realizados em doadores do Interior, foram reativos 48%.

Fonte: Gerência de Estatística

Do total de 167 exames confirmatórios realizados em doadores da Capital, foram reativos 74,25%.

Exames realizados em amostras de sangue de Pacientes do Interior.

SOROLOGIA PACIENTE CAPITAL (CONFIRMATÓRIOS)		
TESTE	Exames	Positivos
SÍFILIS/FTA-ABS	54	46
HEPATITE C - ANTI-HCV/WESTERN-BLOT	43	34
CHAGAS-I.F.I	-	-
HIV/WESTERN BLOT	64	40
HTLV I/II/WESTERN BLOT	6	4
TOTAL	167	124

Exames Confirmatórios de Sorologia realizados em amostras de sangue de Pacientes do Interior

PACIENTE INTERIOR (CONFIRMATÓRIOS)			
TESTE	Exames	Positivos	%
SÍFILIS/FTA-ABS	19	13	52,00
HEPATITE C - ANTI-HCV/WESTERN-BLOT	4	1	4,00
CHAGAS-I.F.I	-	-	-
HIV/WESTERN BLOT	20	11	44,00
HTLV I/II/WESTERN BLOT	-	-	-
TOTAL	43	25	100,00

Fonte: Gerência de Estatística

Do total de 43 exames confirmatórios realizados em Pacientes do Interior, foram reativos 58,14%

Na área de análises clínicas o HEMOAN apresentou 189.408 exames, conforme mostra o quadro abaixo.

Volume e percentual de exames realizados pelos Laboratórios de Análises Clínicas, Amazonas - 2004

LABORATÓRIOS	QUANTIDADE	%
BIOQUÍMICA	98.806	52,17
CROPOLOGIA	12.663	6,69
HEMATOLOGIA	41.215	21,76
HORMÔNIOS	6.314	3,33
IMUNOLOGIA	16.765	8,85
LIQUOR	462	0,24
URINA	13.183	6,96
TOTAL	189.408	100,00

Fonte: Gerência de Estatística

Municípios com Unidades de Coleta e Transfusão de Sangue em funcionamento.

1. AUTAZES	25. JUTAÍ
2. AMATURÁ	26. JURUÁ
3. ANORI	27. LÁBREA
4. ATALAIA DO NORTE	28. MANACAPURU
5. APUÍ	29. MARAA
6. ALVARÃES	30. MANICORÉ
7. BARCELOS	31. MAUÉS
8. BARREIRINHA	32. NHAMUNDÁ
9. BENJAMIM CONSTANT	33. NOVA OLINDA DO NORTE
10. BOA VISTA DO RAMOS	34. NOVO ARIPUANÃ
11. BOCA DO ACRE	35. NOVO AYRÃO
12. BORBA	36. PARINTINS
13. CANUTAMA	37. PAUINI
14. CARAUARI	38. PRESIDENTE FIGUEIREDO
15. CAREIRO CASTANHO	39. SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA
16. COARI	40. SÃO PAULO DE OLIVENÇA

1. AUTAZES	25. JUTAÍ
17. CODAJÁS	41. SANTA ISABEL DO RIO NEGRO
18. EIRUNEPÉ	42. SANTO ANTÔNIO DO IÇA
19. ENVIRA	43. TABATINGA
20. FONTE BOA	44. SÃO SEBASTIÃO DO UATUMA
21. HUMAITÁ	45. TAPAUÁ
22. IPIXUNA	46. TEFÉ
23. ITAPIRANGA	47. URUCARÁ
24. ITACOATIARA	48. URUCURITIBA

Fundação – CECON

A Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas realizou 455.387 procedimentos ambulatoriais em 2004, dentre os quais 100.833 foram de radioterapia, 8.755 de quimioterapia e 5.860 de hemoterapia.

Em 2004, houveram 2.530 internações, sendo 1.819 em cirurgia geral e 711 em tratamento clínico geral.

Foram realizados ainda 114.882 exames citopatológico cérvico – vaginal e microflora através do Programa Viva Mulher em todo o estado do Amazonas.

A produção desses exames em Manaus ocorreu conforme demonstra o quadro abaixo.

Exames citopatológico cérvico – vaginal e microflora, por distrito, Manaus – 2004

Distrito	Total	Percentual
Oeste	18.333	22
Sul	35.443	42
Leste	19.012	23
Norte	10.522	12
Unidade Móvel Terrestre	350	0,3
Unidade Móvel Fluvial	636	0,7
Total Geral	84.296	100

Fonte: Relatório de Gestão 2004 – FCECON

Conforme demonstra o quadro acima, a maior produção de exames foram realizados no distrito sul com um percentual de 42% em relação aos outros distritos.

Fundação de Medicina Tropical do Amazonas – FMTAM

A FMTAM realiza atendimento a pacientes portadores de doenças infecciosas e parasitárias no estado do Amazonas.

Em 2004 realizou 175.369 atendimentos básicos e 101.679 consultas médicas. Ocorreram ainda durante o período analisado 2.077 internações.

Na área de apoio diagnóstico realizou 536.413 exames, sendo em sua maioria de exames de Patologia Clínica representando 96% (515.383) em relação ao total de exames realizados.

A Fundação realizou ainda, em 2004, atendimentos em várias áreas, conforme demonstra o quadro abaixo.

Áreas	Procedimentos
Dermatologia	68.569
Malária	110.034
Arbovirologia	1.524
Anatomia Patológica	2.632
Micologia	6.006
Virologia	16.144
Parasitologia	13.856
Leishmaniose	4.459
Bacteriologia	31.471
Animais Peçonhentos	6.472
Total Geral	261.167

A Fundação realizou em 2004 investimentos de infra-estrutura para melhorar o atendimento à população como: construção do Centro de Treinamento da Gerência de Malária, prédio do laboratório NB-3 e 50 muros de contenção.

Fundação Adriano Jorge

A Fundação Adriano Jorge é um centro de excelência e referência principalmente em ortopedia, fisioterapia, fisiologia no estado do Amazonas. Apesar de ter sido criado para ser um hospital de assistência, ensino e pesquisa, ainda não foi credenciado como hospital de ensino e pesquisa pelo Ministério da Educação, pelo fato de ainda não cumprir com os critérios para credenciamento.

Mesmo não credenciado, em 2004, a Fundação adotou a residência médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação (latu sensu), funcionando sob a responsabilidade de uma instituição de saúde com a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional conforme a Lei nº 6.932 de 07/07/1981, da Presidência da República. Em 2004, foram submetidos sete programas para avaliação pela Comissão Nacional de Residência Médica: clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, cirurgia plástica e urologia, onde foram aprovados dois programas: Clínica Médica e Cirurgia Geral.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Adriano Jorge foi implantando no dia 21 de maio de 2004, data de sua primeira reunião, sendo aprovado pela CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa na data de 24 de agosto de 2004.

Quadro demonstrativo do total e média de consultas ambulatoriais, jan a dez/2004

Especialidade	Total	Media
Cirurgia Geral	7.804	650
Ginecologista	2.049	228
Urologista	3.670	306
Cirurgia Plastica	1.466	122
Cardiologista	8.675	723
Ortopedista	42.933	3.578
Neurologista	7.364	614
Cabeça E Pescoço	1.379	115
Clinica Geral	7.744	1.106
Pneumologista	1.966	164
Dermatologista	983	89
Proctologista	149	30
Psicólogo	88	18
Gastroenterologia	5	3
Endocrinologista	943	105
Cirurg. Vascular	938	78
Reumatologista	356	178
Total	88.812	7.866

Quadro demonstrativo do total e média das internações hospitalares, jan a dez /2004

Clínicas	Total	Média
Clínica Ortopédica	1329	110,75
Clinica Cirúrgica	3031	252,5833
Clínica Médica	1656	138
Pneumologia	69	34,5
Clinica Tisiologia	325	27,08333
Total	6410	534,1667

Quadro demonstrativo do total e média mensal de exames de apoio diagnóstico, 2004

Serviços	Total	Media
Laboratorio	202.815	16.901
Raio-X	35.670	2.973
Eletrocardiograma	8.971	748
Revisão Ort. Ambulatorial	16.182	1.349
Ultrassonografia	8.919	743
Ressonância	2.411	201
Tomografia	1.579	144
Total	276.547	23.046

4.4.2.1 – TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD

O tratamento Fora do Domicílio – TFD, constituiu-se em uma estratégia de gestão, entendida como definição de responsabilidades da SUSAM e das SMS, para garantia de acesso à assistência à saúde aos usuários do SUS, no estado do Amazonas, a serem realizados fora do Estado e ou município, como forma complementar ou excepcional, quando esgotados todos os meios existentes na localidade do domicílio e houver possibilidade de recuperação total e/ou parcial da saúde do paciente.

Objetivando regulamentar o TFD no Estado do Amazonas, foi designada Comissão através da Portaria 0022/2003-GSUSAM, datada de 14/01/2003. Como resultado dos trabalhos da Comissão foi publicado, a partir de agosto de 2004, o “Manual Estadual de Tratamento Fora do Domicílio-TFD”.

Em 2004, cerca de 856 pacientes foram encaminhados para tratamento Fora do Domicílio, no Estado do Amazonas.

4.4.2.2 - CONFIGURAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS

4.4.2.2.1 – REDE ASSISTENCIAL

Para demonstrar a capacidade instalada utilizamos os dados oficiais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/MS, as informações referem-se ao total de unidades de saúde, leitos e equipamentos cadastrados no estado do Amazonas.

Unidades de Saúde, por tipologia, Amazonas.

Tipologia	Unidades de Saúde
Centro de Saúde/Unidade Básica	342
Clínica Especializada/Am. de Especialidades	38
Consultório Isolado	23
Cooperativa	16
Farmácia	1
Hospital Especializado	23
Hospital Geral	23
Policlínica	25
Posto de Saúde	133
Pronto Socorro Especializado	3
Pronto Socorro Geral	10
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	71
Unidade de Vigilância Sanitária/Epidemiologia-Isolado	6
Unidade Mista	60
Unidade Móvel Fluvial	3
Unidade Móvel Terrestre	2
Total	779

Fonte: CNES - 2005

A conformação da rede assistencial no estado do Amazonas está diretamente relacionada com o perfil epidemiológico da população, o contexto atual do processo de municipalização dos serviços e o nível de organização dos serviços nos municípios.

A rede estadual de saúde dispõe de 779 unidades de saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, destas 60% (475) são compostas por Centros e Postos de Saúde; 11% (85) constituído de Policlínicas e Unidades Mistas; além de 7,5 % (59) correspondem a Hospitais e Pronto Socorros.

Leitos

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

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

Grupo	Existente	SUS	Não SUS
Cirúrgico	1.634	1.242	392
Clínico	3.899	3.267	632
Complementar	301	240	61
Total	5.834	4.749	1.085

Fonte: CNES

No ano de 2004, haviam 5.834 leitos cadastrados no CNES/MS, dentre SUS e não SUS. Segundo o parâmetro do MS o número de leitos por mil habitantes aceitável é de 2,5 a3 leitos. No Amazonas alcançou 1,88 leitos, ou seja, 25% inferior ao estabelecido pelo MS.

O percentual de leitos privados em relação aos públicos é de 18,6%. Este indicador é influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda e composição etária da população, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas, que refletem o interesse privado nesta área.

Equipamentos

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

Total de equipamentos selecionados, Amazonas, 2004.

Equipamentos	Existentes	Parâmetro		
		Necessário	Alcançado	Unidade de Medida (mil/hab)
Mamógrafo	16	13	1,2	1/240
Tomógrafo Computadorizado	12	31	0,3	1/100
Ressonância Magnética	5	6	0,8	1/500
Aparelho Ultrassonógrafo	117	124	0,9	1/25

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

O quadro acima apresenta a quantidade existente e necessária de mamógrafos, tomógrafos, aparelhos de ressonância magnética e ultrassonográficos cadastrados no estado. Utilizando os

parâmetros do MS verificamos que dentre os equipamentos selecionados, somente os mamógrafos satisfazem a condição ideal estabelecida.

Independentemente da maioria dos equipamentos encontrarem-se abaixo dos parâmetros estabelecidos, quando comparamos com a produção dos respectivos exames verificamos que estão todos acima dos parâmetros do MS. Esta constatação pode estar relacionada a questões de atualização cadastral no CNES/MS e a ausência de protocolo médico disciplinando a solicitação desses exames.

4.4.2.2.2 – PRODUÇÃO DE SERVIÇOS

4.4.2.2.2.1 - AMBULATORIAL

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

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

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

Os quadros abaixo apresentam os procedimentos, em sua maioria de média e alta complexidade, produzidos em 2004 pelo sistema estadual de saúde. Os quadros estão divididos em assistência ambulatorial e hospitalar e sua análise se dará através da comparação com os parâmetros estabelecidos pela Portaria 1102/GM de 12/06/2002.

Produção Ambulatorial, grupos e procedimentos selecionados, Amazonas – 2004.

PROCEDIMENTOS	QUANT. APRESENTADA	PARÂMETRO	ALCANÇADO	UNIDADE DE MEDIDA
CONSULTAS AT. BÁSICAS				
CONSULTAS DE URGÊNCIA BÁS.	583.160	12	9	% Total de consultas programadas
CONSULTAS BÁSICAS	2.792.327	63	45	% Total de consultas programadas
SUBTOTAL	3.375.487			
CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS				
CONSULTAS DE URGÊNCIA/EMERG/PRÉ HOSP	943.327	3	15	% Total de consultas programadas
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	1.182.188	22	19	% Total de consultas programadas
SUBTOTAL	2.125.515			
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS	5.501.002	2	1,77	Cons/hab/ano
10-AÇÕES ESPECIALIZADAS EM ODONTOLOGIA	58.378	0,04 a 0,06	0,02	Proced/hab/ano
11-PATOLOGIA CLÍNICA	7.641.859	30 a 50	138,92	% total de consultas realizadas
13- RADIODIAGNÓSTICO	982.014	5 a 8	17,85	% total de consultas realizadas
14- EXAMES ULTRA SONOGRÁFICOS	149.063	1,0 a 1,5	2,7	% total de consultas realizadas
17- DIAGNOSE	214.608	5 a 6	3,9	% total de consultas realizadas
- DIAGNOSE EM CARDIOLOGIA	26.030	37,97	12,13	% total do grupo 17
- DIAGNOSE EM GINECO/OBSTETRÍCIA	5.420	18,75	2,53	% total do grupo 17
- DIAGNOSE EM OFTALMOLOGIA	125.024	24,83	58,26	% total do grupo 17
18- FISIOTERAPIA	470.354	8 a 9	8,55	% total de consultas realizadas
19- TERAPIAS ESPECIALIZADAS	31.589	2 a 3	0,57	% total de consultas realizadas
31- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	13.439	0,04	0,24	% total de consultas realizadas
32- MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	3.826	0,14	0,07	% total de consultas realizadas
33- RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	7	0,01	0,0001	% total de consultas realizadas
35- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	20.408	0,20	0,37	% total de consultas realizadas
37- HEMOTERAPIA	264.638	4,0	4,81	% total de consultas realizadas

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS, PT GM 1.101 de 12/06/2002.

Consultas

No ano de 2004 foram produzidas 5.501.002 consultas médicas no estado do Amazonas, dentre básicas e especializadas. Utilizando o parâmetro mínimo estabelecido de 2 consultas por habitante/ano, o total de consultas necessárias para o estado seria de 6.200.272. Com isso, considerando o parâmetro adotado e a efetiva produção de consultas realizadas, o número médio de consultas médicas apresentadas pelo sistema de saúde foi de 1,77 cons/hab/ano, o que

representa um alcance de 88,7% do total de consultas necessárias para a população do estado (quadro).

A mesma Portaria estabelece que do total de consultas previstas, 63% sejam de consultas básicas e 22% de especializadas. Considerando a quantidade apresentada em 2004, verifica-se que os parâmetros alcançados foram de 45% e 19%, respectivamente, o que demonstra uma situação de desequilíbrio na oferta de consultas básicas e especializadas para a população.

O parâmetro estabelecido para consultas de urgência/emergência/pré-hospitalar é de 3% sobre o total de consultas necessárias, conforme parâmetro anteriormente citado. No ano de 2004 representou 15%, o que aponta para questões fundamentais no sistema de saúde como os fatores culturais relacionados à acessibilidade; e, estruturais relacionados à organização dos serviços, ambos passíveis de realização de estudos específicos.

Do total de procedimentos do grupo 10 – Ações especializadas em odontologia, foram executadas 58.378. O parâmetro adotado pelo Ministério da Saúde como ideal seria entre 0,04 a 0,06 proced/hab/ano. No entanto, o estado alcançou 0,02, ou seja, teve um alcance de 50% do mínimo previsto.

Fazendo uma análise comparativa desse indicador entre o parâmetro alcançado na capital e no interior, que corresponde a 0,02 a 0,01, respectivamente, dá para se ter uma noção sobre o desequilíbrio existente de capacidade instalada de produção de serviços odontológicos entre a capital e o interior do estado.

A situação negativa desse indicador remete a reflexão sobre a atual organização existente de ações e serviços odontológicos básicos e especializados nos municípios. Se tomarmos como exemplo o percentual de municípios o percentual de municípios com equipes de saúde bucal implantadas que corresponde a 45%(28) teremos uma dimensão desse problema de saúde pública.

Patologia Clínica

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

Em 2004, foram produzidos 7.641.858 exames de patologia clínica no Amazonas, representando 138,9% em relação ao total de consultas médicas, ou 277,8% acima do parâmetro máximo recomendado pelo MS.

O percentual elevado desse indicador no Amazonas pode estar relacionado às seguintes hipóteses: inexistência de protocolo médico estabelecendo critérios técnicos para a solicitação de exames; alta disponibilidade de recursos tecnológicos (humanos e materiais), sejam públicos ou contratados; e, outros fatores de ordem sociológica merecedores de pesquisa por parte do setor público.

4.4.2.2.2 – HOSPITALAR

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

Internações por Especialidade, Amazonas – 2004

Especialidade	Ocorrência	Parâmetro N° (%)	% Alcançado
Clínica Cirúrgica	32.566	49.602 (20)	65
Obstétrica	60.121	50.222 (20,25)	120
Clínica Médica	34.315	81.843 (33)	42
Psiquiatria	1.481	8.680 (3,5)	17
Tisiologia	307	322 (0,13)	95
Pediatria	31.846	37.201 (15)	86
Fator de Ajuste*		15.475 (8,2)	
Total	160.636	248.010 (100)**	

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS, PT GM 1.101 de 12/06/2002.

* Fator de ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

** A fórmula utilizada é população X 0,08, ou seja, estima-se que em média 8% da população necessita de internações durante o ano.

Conforme parâmetro do MS, no Amazonas, o total de intervenções esperadas seriam de 248.010 no ano de 2004. Contudo, neste período houveram 160.636 internações, ou seja, este quadro demonstrou um déficit de 36% em relação ao número de internações esperadas.

A situação deste indicador sofre influência direta de vários fatores como: não registro das internações oriundas de unidade hospitalares sem vínculo com o SUS; indisponibilidade de

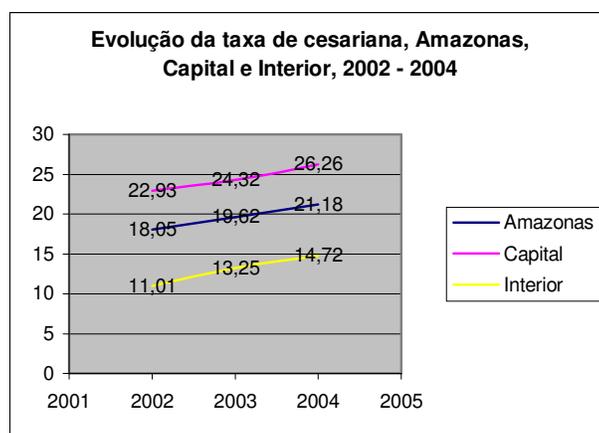
recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros para a assistência médico-hospitalar; e, características demográficas, socioeconômicos e epidemiológicos específicos da população.

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

Quando analisamos a produção de internações por especialidade observamos a predominância por obstetrícia em relação ao total de internações. Considerando o parâmetro do MS de 20,25% em relação ao total previsto, ou seja, uma previsão de 50.222 internações em 2004 ocorreu 60.121 internações de obstetrícia, representando uma extrapolação de 19% em relação ao previsto no parâmetro ministerial.

Aprofundando a análise deste indicador por representar a maior frequência em termos percentuais, além de possuir procedimentos importantes para a conformação da assistência hospitalar como, por exemplo, o total de internações por ocorrência de partos normais e cesáreas.

A proporção de partos cesáreas é um indicador que mede a ocorrência de partos cesáreas no total de partos hospitalares registrados. A Portaria 466/GM, de 10/05/2000 estabeleceu o limite máximo de ocorrência de internações por partos cirúrgicos em relação ao total de partos realizados por estado, onde para o Amazonas ficou estabelecido um percentual limite de 20%.



Analisando a evolução da proporção de cesáreas ocorridas no Amazonas no período de 2002 a 2004, verificamos uma tendência crescente, onde, no ano de 2004 ultrapassou o limite estabelecido em 1%.

Quando observamos o comportamento deste indicador entre a capital (Manaus) dotada de toda uma infra-estrutura de recursos (humanos, físicos e tecnológicos) e o interior do estado, percebemos a permanência da tendência crescente. Contudo, a proporção de cesarianas ocorridas

no interior encontram-se dentro do parâmetro estabelecido pelo MS enquanto que na capital continua uma tendência de aumento em torno de 1,5% ao ano, chegando a 26,26% no ao final do período analisado.

Um quadro mais detalhado sobre as proporções de internações por ocorrência de partos cesáreas por município encontra-se anexo deste documento.

Este quadro demonstra, dentre outros fatores, a fragilidade do papel regulador do estado no que diz respeito à assistência ao parto, especificamente na organização dos serviços em níveis crescente de complexidade, assim como, na condução de um esforço coletivo para a redução das taxas de morbi/mortalidade materna e perinatal.

5 – RECURSOS ESTRATÉGICOS

5.1 – ADEQUAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL

Investimentos em Saúde

Capital

Investimento	Produto
Expansão de Leitos de UTI no Pronto Socorro 28 de Agosto	10 Leitos expandidos
Aquisição de equipamentos de informática para as Unidade de Saúde	74 equipamentos adquiridos
Adequação do PAM Codajás em Policlínica	Serviços Adequados
Implantação do Centro de Referência do Trabalhador	Centro Implantado
Construção das Policlínicas Dr. Zeno Lanzini e Antônio Aleixo na região da Zona Leste	02 Policlínicas inauguradas
Ampliação de leitos na Fundação HEMOAM	10 leitos expandidos
Construção da Maternidade Ana Braga com a implantação de 19 leitos de UTI* e 15 leitos de UCI* Neonatal	Maternidade inaugurada
Construção e equipamento do CAIMI “Ada Viana” na região da Zona Oeste	Unidade inaugurada
Implantação de 19 leitos de UTI* no Hospital D. Francisca Mendes	19 leitos implantados
Inauguração do Serviço de Pronto Atendimento – SPA da Zona Norte	SPA inaugurado com 20 leitos de observação

Fonte: SUSAM

Nota: UTI* – Unidade de Terapia Intensiva

UCI* – Unidade de Cuidados Intermediários

Interior

Investimento	Produto	Local
Reforma e adequação de Unidades Hospitalares dos Pólos	03 unidades reformadas e adequadas	Coari, Tefé e Lábrea
Aparelhamento de Unidades Hospitalares dos Pólos	03 unidades aparelhadas	Coari, Tefé e Lábrea
Reforma e Adequação de Unidades Hospitalares dos Módulos Assistenciais	04 Unidades reformadas e adequadas	Uarini, Apuí, Canutama e Ipixuna
Aparelhamento de Unidades Hospitalares dos Módulos Assistenciais	03 Unidades aparelhadas	Uarini, Apuí e Canutama
Reforma e Adequação de Unidade de Apoio Diagnóstico dos Pólos	01 Unidade reformada e adequada	Tabatinga – Laboratório Fronteira
Aparelhamento da Unidade de Apoio Diagnóstico dos Pólos	01 Unidade aparelhada	Tabatinga – Laboratório Fronteira
Aquisição de equipamentos de informática para as Unidade de Saúde	05 equipamentos adquiridos	Interior

Fonte: SUSAM

5.2 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A assistência farmacêutica do Estado do Amazonas no ano de 2004 teve suas ações voltadas para a política de medicamentos, desenvolvimento do ciclo da assistência farmacêutica, am o objetivo de garantir o acesso e promover o uso racional do medicamento contribuindo para a melhoria do nível da qualidade de vida da população, integrando-se as ações de assistência à saúde na promoção, proteção, cura e reabilitação em nível individual e coletivo.

Para assegurar o acesso da população a esses medicamentos, a Secretaria Estadual de Saúde constituiu a Comissão de Farmácia e Terapêutica através da Portaria Nº. 3.625, de novembro de 2003, objetivando a elaboração da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) que garantisse a segurança e eficácia dos mesmos tomando como base os princípios e diretrizes do SUS, definindo as prioridades relacionadas à legislação e incluindo a regulamentação desde a seleção, aquisição até a distribuição. A RESME apresenta 350 princípios ativos totalizando 608 formas farmacêuticas cumprindo-se assim primeira fase do ciclo da A.F. - SELEÇÃO.

A adoção de um enfoque sistêmico para a organização da assistência farmacêutica caracterizou-se com uma estratégia que procurou superar a fragmentação inerente a área, valorizou a articulação entre diversas partes que compõem o Sistema e estabeleceu fluxos na construção de um conjunto articulado, buscando contribuir com a concepção de uma estrutura administrativa que contemplasse o Sistema de informação como uma das principais ferramentas do planejamento e gerenciamento das ações cumprindo-se assim a segunda fase do ciclo - PROGRAMAÇÃO.

A Assistência Farmacêutica assim concebida apresentou componentes com aspectos de natureza técnica científica e operativa, integrando-se de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades.

A aquisição adequada de medicamentos requer poucos gastos financeiros e proporciona melhorias substanciais na regularidade de suprimento de medicamentos. Assim a AF implantou em 2004 a primeira Ata de Registro de Preços de medicamentos e produtos para a saúde. Durante o ano de 2004, foi adquirido um montante de cerca de R\$ 30.000.000,00 com medicamentos e R\$ 29.000.000,00 com produtos para saúde, cumprindo-se assim a terceira fase do ciclo da AF - AQUISIÇÃO.

Considerando-se as características geográficas do Estado do Amazonas as atividades de armazenamento e distribuição apresentou uma relação custo/benefício e custo/efetividade muito favorável em função da redução de perdas e da garantia da integridade e qualidade dos medicamentos.

Receberam assistência farmacêutica, os municípios atendidos pelas 122 unidades de saúde do interior do Estado, 41 unidades da capital, 5 Programas Estratégicos do MS e demais solicitações de atendimentos perfazendo um total de 125.085.634 unidades, entre medicamentos e produtos para saúde.

5.3 – APOIO TECNOLÓGICO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Cobertura dos Sistemas de Informação por Município

Siglas	Descrição	Municípios Implantados
SIM	Sist.de Inform.sobre Mortalidade	62
SINASC	Sist.de Inform. sobre Nascimentos	62
SINAN	Sist.de Inform.de Notific.de Agravos	62
SIVEP	Sist. De Vigilância Epidemiológica	62
FAD	Programa de Controle de Febre Amarela e Dengue	24
SI/PNI	Sist.de Inform.do Prog.Nacional de Imunização	62
EDI	Estoque e Distribuição Imuno Biológico	02
FCES	Ficha de Cadastral de Estabelecimento de Saúde	62
SIA/SUS	Sist.de Inform.Ambulatoriais	62
SIH/SUS	Sist.de Inform.Hospitalares	61
SIAB	Sist.de Inform.da Atenção Básica	62
SISPRENATAL	Sist.de Inf.do Prog.de Human.no Pré-natal e Nascimento	58

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SISCOLO	Sist.de Inform.de Cancer de Colo de Utero	45
HIPERDIA	Sist.de Acomp.de Hipertensos e Diabéticos	46
SIOPS	Sist.de Inform.sobre Orçam.publico em saúde	01
SIGAB	Sist.de gerenc.de Unid.Especializada	01
SISAGUA	Sist.de Inform.de Vigilância da Qualid. da água	09
SBA/SISVAN	Bolsa Alimentação/Sist.de Vig. Alim. e Nutrição	62
HEMOVIDA	Sist.de gerenc. de Unidades Hemoterápicas	01
SINAVISA	Sist.Nacional de Vigilância Sanitária	SUSAM
VISALEGIS	Sistema de Legislação de Vigilância Sanitária	SUSAM
CADSUS	Sistema de Cadastro do Usuários do SUS	62
SNT	Sistema Nacional de Transplantes	01

Municípios sem implantação de Sistemas:

FAD - Alvarães, Amaturá, Anamã, Anori, Barcelos, Barreirinha, Beruri, Vareiro da Várzea e Careiro Castanho e da Várzea, Eirunepé, Envira, Fonte Boa, Guajará, Ipixuna, Juruá, Japurá, Jutai, Manaquiri, Maraã, Santa Isabel do Rio Negro, Santo Antônio do Içá, São Gabriel da Cachoeira, Tonantins e Uarini.

SIH/SUS - Careiro da Várzea

SISPRENATAL - Pauini, Eirunepé, Santa Isabel do Rio Negro e Silves.

SISCOLO - Alvarães, Anamã, Benjamin Constant, Boca do Acre, Caapiranga, Canutama, Codajás, Humaitá, Ipixuna, Itapiranga, Nhamundá, Nova Olinda do Norte, Pauini, Santo Antônio do Içá, São Sebastião do Uatumã e Tabatinga

HIPERDIA - Amaturá, Autazes, Barcelos, Beruri, Ipixuna, Itamarati, Itapiranga, Lábrea, Manaquiri, Manicoré, Marão, São Paulo de Olivença, Silves, Tabatinga, Tonantins.

Informatização das Unidades de Saúde

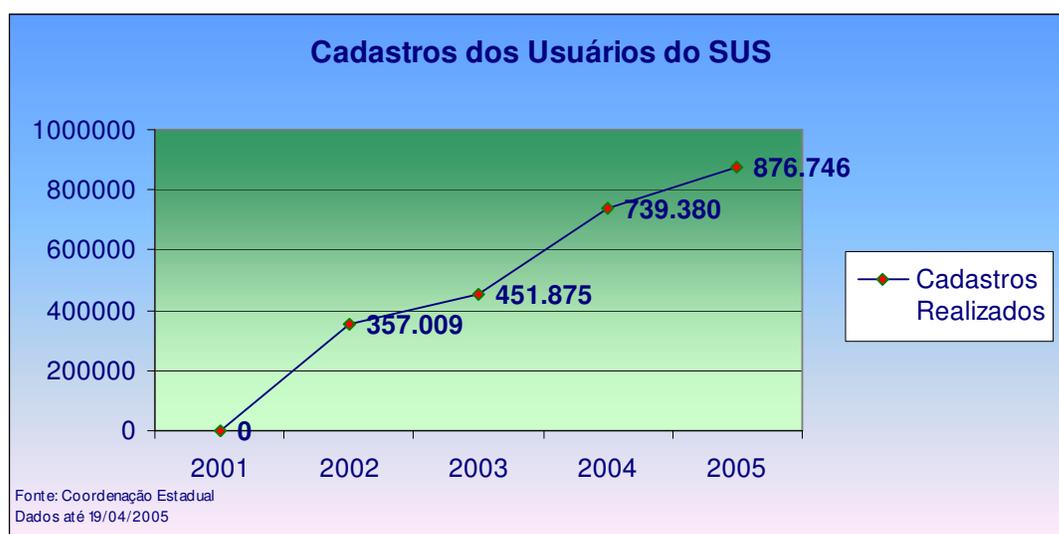
Atividades	Unidade de Medida	Quantidade
Aquisição de Equipamentos de Informática para a Sede da SUSAM	Microcomputador Completo	26
Manutenção do funcionamento do HIGIA	Unidade de Saúde	40
Capacitação de servidores em informática básica	Servidores	77
Apoio técnico permanente aos Sistemas de Informação em Saúde	Sistema	13

Cadastramento de Usuários do SUS – Cartão SUS

Em 2001, quando da assinatura dos termos de adesão, somente o Município de Manaus não pactuou o cadastramento de 100% da população, estabelecendo em 70% a sua cobertura. O estado do Amazonas pactuou 2.405.877 de usuários a serem cadastrados.

O processo de cadastramento teve continuidade até a criação do CADUNICO. Os municípios interromperam o cadastramento no CADSUS e preferiram o CADUNICO, com isso, o cadastramento ficou muito lento.

Contribuíram negativamente, o não envio dos cartões provisórios e os primeiros que chegaram não distribuímos pois não havia sistema para utilizar, estamos distribuindo desde o ano passado, mas somente os cartões que chegaram em 2002, pois desde lá não chegou nenhum.



Nota: 1 - Em 2001 o cadastramento iniciou em outubro, 2 – até fevereiro de 2005 foram cadastrados 823.020

O percentual alcançado com cadastros por município é variado, por exemplo na Capital do Estado é de 43% de cadastros enviados, mas já possui 60% de seus cadastros efetuados. A média é entre 40 a 60% de envio, mas cadastrados já possuímos uma média maior que 55%.

Existem dois municípios que já tem seus usuários cadastrados e enviados, pela pactuação de 2001, porém não há cartões definitivos para esta população.

Em resumo, até 2004 o percentual de alcance da meta no Estado do Amazonas foi de 30,73% do total de cadastros pactuados.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações apresentadas neste Relatório de Gestão/2004 expressam a necessidade de ser intensificar os esforços para ampliação da capacidade de gestão da SUSAM e dos secretários municipais de saúde.

A concentração desses esforços, pelo panorama exposto, deve-se focar em três direções:

- 1) Apoio técnico-gerencial e operacional aos municípios em Gestão Plena do Sistema, buscando em conjunto alcançar a tão almejada autonomia municipal, ao mesmo tempo em que organiza os sistemas regionais de saúde;
- 2) Buscar investimentos e mecanismos que auxiliem os municípios a estruturar pelo menos a rede de atenção básica, cujas condições dos serviços tem se mostrado precárias, mesmo nos pólos que dispõe de equipe de saúde da família em quantidade razoável para o desenvolvimento das atividades.

Investir em desenvolvimento institucional, para que a SUSAM tenha a capacidade de dimensionar os recursos necessários e a estrutura adequada para a operacionalização das ações uma vez que as implicações resultantes das características que constituem o estado do Amazonas, dificultam a realização da execução e acompanhamento das ações bem como elevar os custos operacionais, argumento constante utilizado pelas equipes que integram as diversas áreas técnicas de atenção a grupos prioritários.

Por fim, vale a pena destacar os esforços e avanços observados no cumprimento do papel de gestor estadual, tais como: iniciativa quanto a elaboração de estudos técnicos para diagnosticar situações de estrangulamento e assim viabilizar a implantação de projetos estratégicos; realização de transplantes; ampliação da oferta de leitos e de consultas ambulatoriais especializadas; início da implantação da política de alta complexidade nas especialidades de cardiologia, nefrologia e traumato-ortopedia.

7 - BIBLIOGRAFIA

- Amazonas. Plano Estadual de Saúde 2004 – 2005. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. 2004.
- Amazonas. Relatório de Gestão 2003. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. 2004.
- Amazonas. Relatório de Gestão 2004. Fundação Alfredo da Mata. 2005.
- Amazonas. Relatório de Gestão 2004. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas. 2005.
- Amazonas. Relatório de Gestão 2004. Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas. 2005.
- Amazonas. Relatório de Gestão 2004. Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. 2005.
- Amazonas. Relatório de Gestão 2004. Fundação de Vigilância à Saúde do Amazonas. 2005.
- Amazonas. Relatório de Gestão 2004. Fundação Hospital Adriano Jorge. 2005.
- BRASIL. Portaria nº 1101/GM de 12 de junho de 2002. Parâmetros Assistenciais da Assistência. Ministério da Saúde. 2002.
- Brasília. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. Organização Pan-Americana da Saúde. 2002. 299 p. il.
- PEREIRA, M.G. Mortalidade. *In*: Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1995. p. 126.
- www.saude.gov.br/descentralizacao/coord.geraldeintegracao/regionalizacao/textos_explicativos