



GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO AMAZONAS

RELATÓRIO DE GESTÃO

2005

* 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 Alecrim

Sede da Secretaria

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

CNPJ: 00.697.295/0001-05

Email: sec_coordenador@saude.am.gov.br

Site: www.saude.am.gov.br

Aprovação

Relatório aprovado pela Resolução nº 019, datada de 25 de julho de 2006 – Conselho Estadual de Saúde.

Elaboração

Departamento de Planejamento

Orientação e Supervisão

Radija Mary Costa de Melo Lopes

Coordenador Técnico

Celso de Souza Cabral

Equipe Técnica

Edlécia Rodrigues de Alencar Carneiro

Valdenize Pereira Duarte

Theobalda Ferreira de Anísio

Alzemir Oliveira Alves

Nilson Hiroshi Kauihira Sato

Elcicleide Pereira da Silva

Maria Cleomirete L. de Almeida

Suziele da Costa Souza

Telma da Conceição S. Amaral Pereira

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.....	7
3 – Organização e Gestão do Sistema de Saúde Estadual.....	9
3.1 – Descentralização do SUS no Amazonas	9
3.2 – Reestruturação Organizacional da SUSAM.....	14
3.3 - Controle Social e Gestão Colegiada	16
3.4 – Gestão Financeira.....	23
3.5 – Recursos Humanos	33
3.6 – Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria.....	38
4 – Atenção à Saúde da População.....	49
4.1 – Análise do Pacto de Indicadores	49
4.2 – Atenção a Grupos Prioritários	50
4.3 – Vigilância à Saúde.....	88
4.4 – Assistência à Saúde	101
5 – Recursos Estratégicos.....	144
5.1 – Adequação da Rede Assistencial.....	144
5.2 – Assistência Farmacêutica	147
5.3 – Apoio Tecnológico e Sistemas de Informação em Saúde.....	148
6 - Considerações Finais	150
7 - Bibliografia	151

1 – APRESENTAÇÃO

O Relatório de Gestão é um instrumento de planejamento obrigatório previsto pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.142, Artigo 4) desde 1990. Foi normatizado através da Portaria CM/MS nº 548 de 12/04/2001, e tem se mostrado bastante eficiente enquanto documento base para a avaliação da gestão anual. Contudo, dada a dificuldade de disponibilidade de dados e informações de qualidade, o relatório de gestão anual permanece com algumas limitações a serem encaradas como um desafio a ser superado pela gestão em 2006.

A legislação vigente estabelece ainda que o processo de elaboração e acompanhamento do relatório de gestão é ascendente, ou seja, parte da esfera municipal para a estadual e desta para a federal. No Amazonas, pouquíssimos municípios submeteram seus respectivos relatórios de gestão do ano de 2005 para serem apreciados pela Secretaria Estadual de Saúde, dificultando a consolidação e análise dos dados em relação ao estado.

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. Outro fator a ser considerado é o de que as áreas de planejamento nos municípios sofrem com a falta de organização ou até mesmo estruturação, além da carência de pessoal devidamente capacitado para atuar em planejamento do SUS.

A elaboração deste Relatório de Gestão/2005, está fundamentada em três eixos prioritários, quais sejam: Organização e Gestão ao Sistema de Saúde, Atenção à Saúde da População e Recursos Estratégicos, organizados e sistematizados de modo a que possibilite a visualização das ações desenvolvidas pela SUSAM no exercício de 2005, 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.

O Ministério da Saúde, de forma conjunta com os estados e municípios estão trabalhando na melhoria do processo de planejamento no âmbito do SUS através da implantação do Sistema de

Planejamento do SUS – PlanejaSUS.

Foram considerados como instrumentos norteadores o PPA 2005, o Orçamento de Saúde 2005 e o relatório de atividades das diversas unidades administrativas da SUSAM, incluindo as vinculadas.

Com o presente documento 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 e melhor 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 10 Regiões e 19 microrregiões de saúde. Esta configuração foi alterada em 2005 para 9 Regiões e 15 microrregiões forçada em grande parte pelo evento de avaliação então realizado no corrente ano.

O estado do Amazonas tem se esforçado para reduzir as diferenças regionais. As diferenças ainda persistem, porém, a SUSAM tem realizado pesados investimentos no sentido de reduzir tais diferenças quanto à oferta de serviços, especialmente em relação aos serviços de média complexidade no interior do estado. A construção da regionalização é um esforço de todas as esferas dentro do SUS, cabendo ao estado adotar estratégias eficientes (como a avaliação anual da PPI) para a adequação constante do desenho de regionalização e aos municípios melhorar o controle da produção de serviços de saúde para poder pactuar procedimentos baseados na real capacidade instalada.

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 teve como base os relatórios de atividades de cada unidade administrativa da SUSAM, dentre elas os Departamentos, Coordenações de Programas e Comissões, além das Fundações e órgãos de Controle Social.

Em seu conteúdo, o enfoque à Organização e Gestão do Sistema de Saúde Estadual, a Atenção à Saúde da População e Recursos Estratégicos, possibilita um panorama sobre como se encontra o processo de descentralização do SUS no Estado do Amazonas.

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.

Radija Mary Costa de Melo Lopes
Chefe do Departamento de Planejamento

3 – ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE ESTADUAL

Este capítulo demonstra a situação em que encontra-se o modelo de gestão implementado no sistema de saúde pelo estado. Para melhor visualização está distribuído 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

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. Nele discorreremos sobre como se desenvolveu a regionalização, processos de habilitação do Estado e Municípios, além da descentralização dos serviços de saúde na capital.

3.1.1 - REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

O funcionamento de regiões de saúde, formadas por micro regiões e respectivos municípios pólos e módulos assistenciais, com 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, permanece até o momento pouco viável no estado, que não conta com nenhuma micro região qualificada pelo Ministério da Saúde. Apontam-se como fatores que contribuíram para tal situação:

- Necessidade de fortalecimento dos municípios-pólos, priorizando investimentos que possibilitem a realização de ações de média complexidade ambulatorial e hospitalar para população própria e referenciada.
- Dificuldade de fixação de profissionais no interior do estado, especialmente para execução de serviços especializados, o que compromete a oferta dos mesmos.
- Ausência de fóruns de pactuação regionais que garantam o acesso aos serviços e permitam a negociação intermunicipal dos fluxos de referenciamento e sistema de regulação;
- Financiamento das Ações de Saúde com aporte de recurso insuficiente, necessitando de contrapartidas tripartite, claramente definidas nas programações assistenciais pactuadas, com transferências fundo a fundo capazes de garantir a sustentabilidade das referidas ações.

- Rede básica carente de organização, resultando em baixa resolutividade, levando ao aumento da demanda por serviços de maior complexidade.
- Os processos de qualificação de micro regiões pela NOAS foram descontinuados pelos Ministério da Saúde que pretende alterar a normatização vigente para nova formatação mais condizente com a realidade local.

Como medidas para reverter as dificuldades acima elencadas, o Estado têm seguido várias linha de ação, entre elas:

- Têm realizado investimentos de obras e equipamentos na rede tanto na capital como no interior, o que porém precisa estar inserido na lógica da regionalização e refletido nos processos da programação e regulação assistencial.
- Realização de concurso público visando suprir necessidade de profissionais para atuarem nas unidades ambulatoriais/hospitalares da capital e interior.
- Disponibilizado assessoramento técnico, capacitações, oficinas de trabalho, que objetivam fortalecer a capacidade técnico/gerencial das secretarias municipais.
- Estimulado a discussão para futuras implantações de CIBs regionais.
- Elaboração de Projeto para implantação do Sistema de Regulação de Serviços Assistenciais do SUS no Amazonas, já aprovado na CIB e no Conselho Estadual de Saúde, contemplando inicialmente as regiões do Rio Negro, Baixo e Médio Amazonas e Alto Solimões, com previsão de funcionamento até o 1º. Semestre de 2006.
- Apoio aos municípios em GPSM, mantendo o custeio em colaboração com as secretarias municipais, das unidades públicas que realizam a assistência especializada e internação hospitalar.
- Definição na PPI do valor da contrapartida estadual para financiamento do Tratamento Fora do Domicílio – TFD intermunicipal, contribuindo para diminuição dos gastos dos municípios com deslocamento dos clientes do SUS no estado.
- Capacitação de servidores no âmbito da SUSAM para fins de instituir serviço de monitoramento da atenção básica.

Referente ao Plano Diretor de Regionalização do Amazonas, destaca-se que o PDR sofreu alteração em relação ao desenho da regionalização, em função de demandas apresentadas por gestores municipais nas Oficinas de Avaliação e Programação da PPI em 2005, abaixo demonstrado:

Situação Anterior	Situação Aprovada
01 Macrorregião com o Centro macrorregional – Manaus 10 Regiões 19 Microrregiões: 19 Pólos 62 Módulos Assistenciais	01 Macrorregião com o Centro macrorregional – Manaus 09 Regiões 15 Microrregiões: 15 Pólos 62 Módulos Assistenciais

Destaca-se que em 2005, pela primeira vez o processo de programação pactuada e integrada foi

precedido por uma avaliação da PPI anterior, explicitando aos gestores municipais o desempenho dos municípios através de instrumentos que demonstraram o comparativo entre programado e realizado, infra estrutura para oferta de serviços, alimentação de banco de dados obrigatórios de produção de serviços e cadastro de unidades, bem como os relativos à vigilância epidemiológica e mortalidade, subsidiando melhor a nova programação da assistência.

3.1.2 - HABILITAÇÃO DO ESTADO E DOS MUNICÍPIOS

Estado

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

Municípios

Em cumprimento da Portaria 2.023/04 - MS/GM de 23/09/04, desde setembro de 2004 não existe mais a modalidade de habilitação em gestão para a atenção básica e assim o processo de descentralização da gestão do SUS no estado em 2005 não apresentou alterações se comparado com o ano anterior, sendo que não houve novas habilitações em Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM , havendo no entanto três pleitos de habilitação em GPSM encaminhados à CIB.

Quadro 1 – Situação de habilitação está assim configurado:

Habilitação	Quant Municípios	%
Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com a NOAS/SUS 01 / 02 Coari Fonte Boa Humaitá Itacoatiara Maués Parintins Presidente Figueiredo	7	12
Gestão Plena do Sistema Municipal conforme a NOB/96 Manacapuru (* 1) Benjamin Constant	2	3
Total	9	15
Atenção Básica		
Municípios com pleitos GPSM apresentados à CIB Tefé Manicoré Lábrea	3	85
Outros Municípios	50	
Total	62	100

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

Os pleitos apresentados à Comissão Intergestores Bipartite – CIB /AM, tramitaram nas áreas técnicas da Secretaria de Estado – SUSAM, chegando aos seguintes resultados em 2005:

Manicoré – análise documental e visita técnica ao município com parecer encaminhado à CIB recomendando adequação do município para cumprimento dos itens relativos ao Fundo Municipal, Controle Avaliação e Auditoria e Vigilância à Saúde.

Lábrea – análise documental

Tefé – análise documental

Com relação ao cumprimento dos pré requisitos para habilitação ditados pela NOAS/SUS 01/2002, observa-se a grande dificuldade dos municípios amazonenses, tanto os pleiteantes como os já habilitados em GPSM, de estruturarem serviços de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, o que tem sido um empecilho para aprovação de novos pedidos de habilitação, especialmente na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, uma vez que tal ausência compromete a capacidade de gestão desses municípios.

A carência de profissionais qualificados nos quadro das Secretarias Municipais de Saúde, como também de mecanismos que possibilitem o efetivo controle, regulação e avaliação dos serviços até mesmo em municípios em gestão plena, dificultam mensurar de que forma os sistemas municipais de saúde têm conseguido impactar sobre a saúde de seus municípios.

A Susam, em parceria com o COSEMS/Am e Ministério da Saúde, acordaram discutir alternativas que garantam a implantação de tais serviços, pelo menos em nível micro regional de modo que os gestores municipais possam utilizar-se de tais ferramentas de gestão.

Considerando as dificuldades loco-regionais para cumprir os pré-requisitos para habilitação de gestão, ditadas pelas regras das normas operacionais de assistência vigentes, será de muita importância para o processo de descentralização do estado a nova legislação que aponta para um processo pactuado de gestão que contemplem as diferentes realidades regionais e municipais.

3.1.2.1 - SITUAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE NA CAPITAL

O Município de Manaus ao longo de 2005 permaneceu responsável pela atenção básica, tendo apresentado proposta de organização do Sistema de Saúde à partir dos Distritos de Saúde, pensados desde a porta de entrada através da estratégia saúde da família e unidades de urgência/emergência até os níveis de atenção secundários e terciários.

Tal iniciativa até o momento não consolidou-se na prática, tanto por questões relativas à organização da rede de serviços que continua atuando de forma desarticulada, muitas vezes sem identificação clara da regulação assistencial, pautada em protocolos acordados entre os gestores municipal e estadual responsáveis pela execução dos serviços.

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

3.2 – REESTRUTURAÇÃO ORGANIZACIONAL DA SUSAM

Para que o Estado possa exercer seu papel de coordenador e desenvolver atividades relacionadas à universalidade, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, e, com isso controlar o Sistema de Saúde é necessário que haja uma perfeita integração entre as ações de natureza meio e aquelas finalísticas.

A Lei Delegada nº 38 de 29 de junho de 2005, que dispôs sobre as atividades do poder executivo do Estado do Amazonas, promoveu a reestruturação organizacional da SUSAM (vide página seguinte), com isso, a sua estrutura foi reformulada a fim de possibilitar a readequação da Política de Saúde no Estado reafirmando sua condição enquanto gestor do SUS no Amazonas.

Dentre as alterações mais significativas temos:

O Fundo Estadual da Saúde, que no ano de 2004 era vinculado diretamente ao Secretário de Estado da Saúde, foi transformado em Secretaria Executiva Adjunta com poder deliberativo e mesmo nível hierárquico das Secretarias Executivas já existentes, assim surgiram mais três novos Departamentos com sete gerências ampliando o quadro da SUSAM.

Houve um aumento nas atividades de gerência das Secretárias Executivas Adjunta de Atenção Especializada da Capital e do Interior, passando de quatro para sete gerências, o que amplia a visão da divisão e distribuição das atividades.

Com a instituição da Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas – FVS, através da Lei nº 2.895 de 03 de junho de 2004, apontou-se a necessidade de uma mudança organizacional que contemplasse a integração efetiva das Vigilâncias. Com isso, o Laboratório Central – LACEN, que anteriormente estava ligada ao Gabinete da Secretária Executiva passou a ser vinculado à FVS.

As Assessorias que anteriormente estavam provisoriamente ligadas à Secretária Executiva passaram a ser permanente, acrescida da Auditoria que estava ligada ao Departamento de Regulação, Controle e Avaliação - DERCAV.

ORGANOGRAMA



3.3 - CONTROLE SOCIAL E GESTÃO COLEGIADA

O controle social é uma instancia 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

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

01. Secretaria de Estado da Saúde - Susam
02. Ministério da Saúde – Ms
03. Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – Cosems
04. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - Semsam
05. Estabelecimentos e Serviços de Saúde Não Governamentais
06. Conselhos e Associações dos Profissionais da Área da Saúde
07. Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Área de Saúde do Amazonas
08. Universidade Federal do Amazonas
09. Centrais Sindicais
10. Federação Patronal
11. Programa Estadual de Proteção e Orientação ao Consumidor – Procon
12. Portadores de Deficiência Física do Estado do Amazonas
13. Instituições que se Destinam a Proteção e Assistência de Portadores de Doenças Crônicas Degenerativas
14. Federação das Associações Comunitárias
15. Aposentados e Pensionistas do Estado do Amazonas
16. Representante dos Povos Indígenas

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

Dentre os principais assuntos discutidos no ano, temos:

- Regimento interno do Comitê Estadual de Saúde Ocular CESO/AM;

- Criação do Comitê Estadual de Prevenção do óbito infantil e fetal;
- Projeto de extensão “Mudança na atenção na Saúde Mental do Amazonas”;
- Tratamento Fora de Domicílios -TFD- Manutenção do valor da ajuda de custo nos termos do manual de 1999/2000;
- Regimento interno da comissão de reforma Psiquiátrico;
- Agenda do CES/AM;
- Projeto de criação do Comitê Estadual de Prevenção de objeto infantil;
- Aprovação do Plano Estadual de Saúde/2005;
- Aprovação do Relatório de Gestão 2004;
- Prestação de contas do Fundo Estadual de Saúde referente ao ano de 2004;
- Funcionamento do Hospital Universitário Francisco Mendes;
- Revisão do arcabouço jurídico de acordo a resolução nº 333/2003;
- Funcionamento do programa de hanseníase no Estado do Amazonas;
- Funcionamento da Central de Medicamentos do Amazonas;
- Ações desenvolvidos pelo HUGV em 2004, e metas para o biênio 2006;
- Funcionamento do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro;
- Balancete Sintético da prestação de contas do trimestre de 2005;
- Estrutura de Rede Estadual de atenção do portador de deficiência física e criação do centro de Diagnose e Reabilitação Auditiva no Pólo Manaus;
- Composição da mesa de negociação;
- Projeto de cadastro nacional de conselhos de saúde;
- Agenda de compromissos de 2005/2006;
- Implantação da Comissão de Revisão de Internação involuntária no âmbito do SUS/AM;
- Aprovação de Cartilhas de divulgação sobre o sistema de Saúde;
- Proposta de Sistema de Regulação para o Estado do Amazonas;
- Agenda básicas e calendários de reuniões para o ano 2006;

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

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

Durante o ano de 2005 ocorreram as reuniões de número 145 e 101ª ordinária até a 157ª e 112ª, respectivamente. Dentre os principais temas discutidos temos:

- Relatório Final de auditoria 2003/2004 – Prefeitura Municipal de Tabatinga – Processo nº 0132/2005 – Relator Antonio Evandro Melo de Oliveira;
- Processo nº 04132/05 – Encaminhando Ofício nº 140/CE-GE-DST/AIDS – Sobre apresentação dos Projetos da Rede de Assistência do Estado do Amazonas e Plano de Rede de Assistência DST/HIV/AIDS;
- Processo nº 01094/05 – SEMSA – Tefé/AM – Solicitando a implantação do Programa de Saúde Bucal;
- Carta denuncia sobre a Gestão de Saúde no município de Urucará/AM;
- Pleito de Enquadramento do município de Manacapuru na Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com o NOA/SUS – 001/2002 – Relatoria do DEPLAN/SUSAM;
- Projeto de TFD do município de Parintins/AM – relatoria da representante da SEMSA/Manaus;
- Resolução CIB/AM nº 009 e 010/2005 – AD REFERENDUM – relatoria da FVS/AM. Resultado da Oficina de Avaliação da PPI/2004/Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde – Apresentação DEPLAN;
- Apresentação dos Pré-Projetos para captação de recursos junto ao Ministério da Saúde – Apresentação DEPLAN;
- Apresentação do Projeto de Implantação do SAMU – Apresentação DEPLAN;
- Pactuação do TFECD - VS/2005 - Apresentação FVS;
- Termo de Parceria para garantia da Atenção Básica no Assentamento IPORÁ localizado, na área de fronteira entre os municípios de Itacoatiara e Rio Preto da Eva – Apresentação FVS;
- Certificação em TECD-Município de Manaquiri/AM - processo nº 01062/2005- Apresentação FVS;

- Resolução CIB Nº 022/2005 – AD REFERENDUM – Implantação do Projeto CEO/São Gabriel da Cachoeira - Apresentação DEPES;
- Projeto CEO-TIPO 1/SEMSA-MAUÉS – Apresentação DEPES;
- Fluxo de Qualificação e Implantação da Equipe de Saúde Bucal - Apresentação DEPES; retirado de pauta.
- Avaliação dos Indicadores da Atenção Básica/2004 e Pactuação/2005– Apresentação DEPES;
- Certificação dos Municípios de Itamaraty, Japurá e Marã – Apresentação FVS; retirado de pauta.
- Extra-Pauta: PLANVIGI/PARINTINS e COMITÊ DE PREVENÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL
- Processo n 01557/2005 – TFECD Municípios de Marã e nº 02263/2005 TFECD Município de Borba – Apresentação de parecer – FVS.
- 00666/2005 – Repasse dos recursos da Farmácia Básica aos municípios inadimplentes com a prestação de contas – Apresentação de parecer COSEMS.
- Ofício nº 1726/2005 – GAB/SEMSA/MANAUÉS – Projeto Implantação do Centro do Centro de Especialidades Odontológicas, Laboratório de Prótese Dentária e Qualificação das Equipes de Saúde Bucal, modalidade II Apresentação de parecer DEPES/SUSAM;
- Processo nº 11667/2005 – FUAM – Solicitando análise e aprovação do Projeto Campanha de intensificação do Diagnóstico de Hanseníase – Amazonas - Apresentação de parecer DEPLAN/SUSAM.
- Proposta para estruturação de Rede Estadual de Atenção ao Portador de Deficiência Física e Criação do Centro de Diagnóstico e Reabilitação Auditiva no Pólo Manaus - Apresentação de parecer DEPES/SUSAM.
- Apresentação da Proposta de Implantação do SRT e CAPS - Apresentação de parecer EPES/SUSAM.
- Resolução CIB nº 041/2005 – Que dispõe sobre a Complementação da Qualificação de Hospitais e Clínicas Especializada em Alta Complexidade
- Programa Assistencial da PPI/2005 e Pactuação da garantia do Acesso com os gestores municipais – Apresentação DEPLAN.
- Processo nº 012382/2005 – Pedido de ampliação dos membros da CIB/AM, de interesse do COSEMS; Parecer do membro José Rodrigues.
- Apresentação e discussão da Proposta do Sistema de Regulação para o Estado do Amazonas – DEPLAN.
- Apresentação da lista de Doenças Sexualmente Transmissíveis para notificação compulsória no Estado do Amazonas – FVS.
- Processo nº 08516 e 02425/2005 – Projeto de Expansão do Tratamento do Fumante – parecer do membro Dário Vicente da Silva.

- Processo nº 13886/2005 – COSEMS – Pedido para instituir Comissão de acompanhamento e avaliação das ações dos povos Indígenas.
- Processo nº 12382/2005 – Ampliação dos representantes dos municípios na CIB/AM.
- Apreciação do pleito de Habilitação Plena do Município de Manicoré – Apresentação DEPLAN.
- SAMU 192 Regional – Região Médio e Baixo Amazonas – Apresentação DEPLAN. Apreciação e aprovação da Ata 154ª Reunião (110ª Ordinária), realizada no dia 26.10.2005;
- Comunicações.
- Proposta preliminar da implantação do TFD Intermunicipal – Enfermeira Joselita Nobre.
- Pactuação dos recursos para o Projeto SAMU 192 - Regional - Baixo e Médio Amazonas - DEPLAN.
- Apreciação do pleito de Habilitação Plena do Município de Manicoré – DEPLAN.
- Composição da Comissão para Acompanhamento das Ações e serviços de saúde para os povos Indígenas - Resoluções CIB Nº 051/2005.
- Financiamento Assistência Farmacêutica Básica – COSEMS.
- Reestruturação e contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.
- Pactuação de Recursos - SAMU – 192 – Regional do Baixo e do Médio Amazonas – DEPLAN.
- Plano de Assistência Farmacêutica / 2006 – CEMA;
- Calendário de Reuniões 2006

Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas - Cosems

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

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

Os maiores entraves identificados quanto ao desempenho do COSEMS-AM, foram: difícil articulação com os Secretários de Saúde dos municípios; não efetiva participação dos gestores na liberação dos técnicos para participação nos eventos de interesse do trabalho e

falta de recursos para manutenção do COSEMS/AM, como: transporte, recursos para participação em eventos estaduais e nacionais.

Participação do Cosems em Eventos:

- Reuniões da CIB e CES/AM, janeiro à dezembro.
- Reunião Controle e Avaliação da DENGUE – Brasília
- VII Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas
- Plenária de Conselheiros de Saúde – Manaus
- Reunião dos CONARES – Brasília
- Reunião com os gestores do SUS e Seminário Regional de Negociação do SUS Belém
- Congresso Nacional de Secretários – Cuiabá.
- - Reunião da Câmara Técnica CIT – Saúde Indígena - Brasília
- Inauguração Farmácia Popular – Manaus
- Abertura da Campanha de Vacinação – Manaus.
- Oficina CONARES/CONASEMS – Brasília.
- Reunião da Atenção Básica - Brasília
- I Conferência Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Manaus
- Curso de Vigilância em Saúde/Malária – Manaus
- Encontro com Representante das Comissões CIT e CIB – Brasília.
- Mobilização pelo SUS – Brasília.
- Seminário Regional de Plano de Carreira, Cargos e Salários – Brasília.
- VII Encontro de Secretarias Municipais – Aracaju.
- Conferência Distrital de Saúde Indígena – Manaus.

Atuação do COSEMS/AM, em comissões técnicas com outros órgãos:

- PROFORMAR.
- Pólo de Educação Permanente.
- Controle da DENGUE.
- RENAST.
- Cursos de Secretarias Administrativa.

- Curso de Formação de Facilitadores.
- Oficina de Trabalho para Avaliação PPI.
- Câmara Técnica de Gestão e Planejamento.
- Câmara Técnica Financiamento.
- Treinamento de monitores PPI.
- Câmara Técnica de Gestão RH.
- Estudo do Arcabouço jurídico CES/AM.
- Amazônia Legal – NAID.
- Conferência Estadual de Gestão do Trabalho.
- Saúde Indígena.
- Seminário de Gestão participativa.
- Mesa de Negociação.
- Conferência da Saúde do Trabalhador.
- Comitê Estratégia Saúde da Família.
- Comitê Hepatites Virais.
- Conferência Municipal de Gestão do Trabalho Manaus.
- Seminário de Comunicação Informática.
- Seminário de Comunicação, Educação e Mobilização em Vigilância Sanitária.
- Certificação da Vigilância e Saúde.
- Participação do PNASS.
- Participação na formação da Equipe para Controle, Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica.

Ações junto aos Municípios:

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

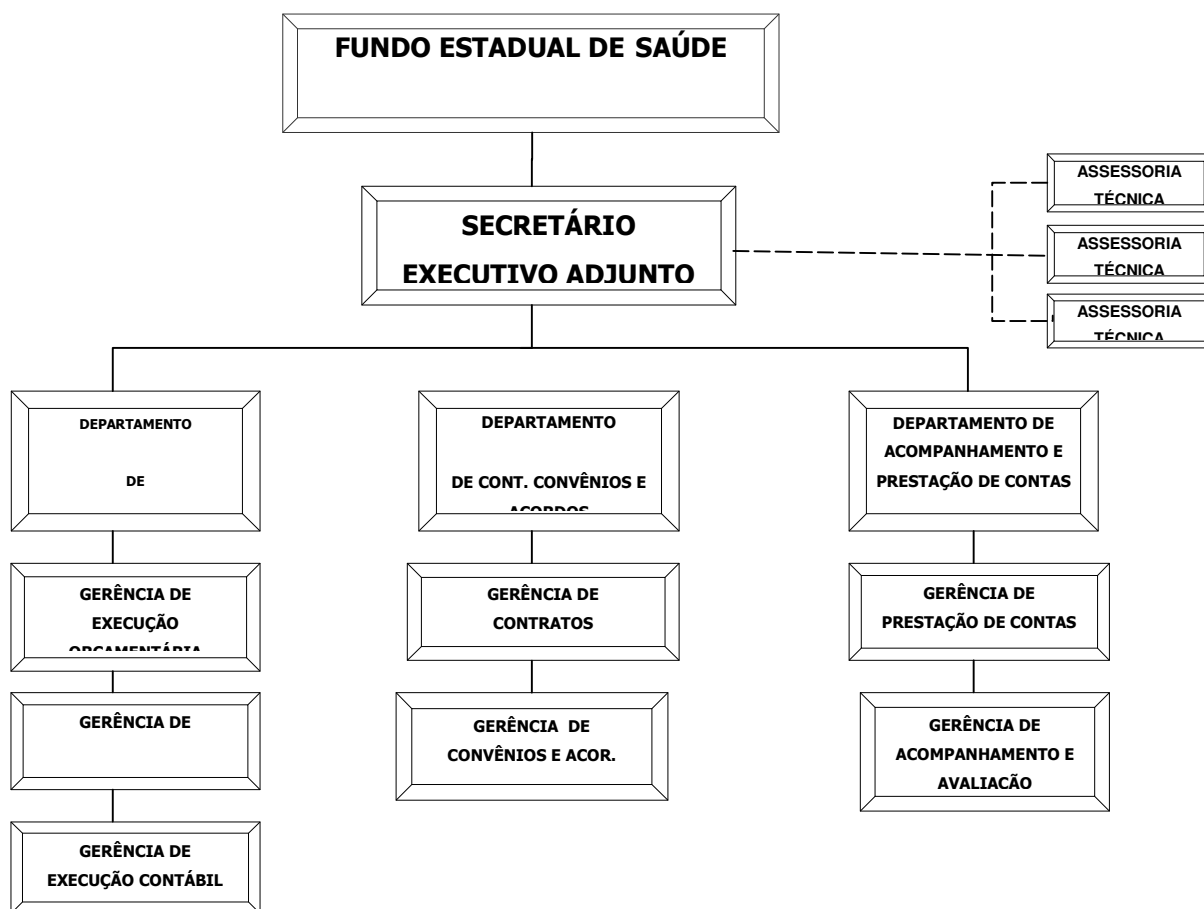
- Solicitação à CIB, para criação das CIB's nas microrregiões em alguns Município – Pólo.
- Instituir a Comissão de Acompanhamento e Avaliação das Ações de Saúde dos Povos Indígenas.
- Solicitação ao Secretário de Estado da Saúde, para a implantação do Programa Órtese e Prótese nos municípios de Coari, Manacapuru, Itacoatiara e Manicoré.

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 FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES.

Estrutura atual do FES:



Base Legal do FES: Lei nº. 2.880, de 7 abril de 2004. Reorganiza o FES, criado pela Lei nº 2.364, de 11 de dezembro de 1995 e alterado pela Lei nº 2.671, de 23 de julho de 2001; Decreto nº 24.262, de 07 de Junho de 2004. Regulamenta o FES, reorganizado pela Lei nº 2.880, de 7 de abril de 2004.

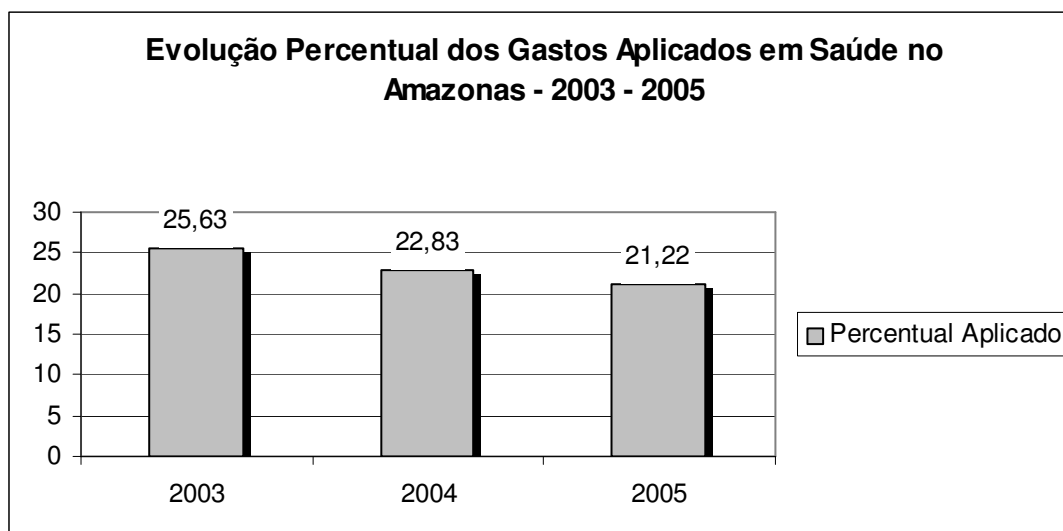
3.4.2 – RELAÇÃO DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES COM O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CES.

A lei nº 2.880 de 7 de abril de 2004, exige que o FES apresente mensalmente os Demonstrativos da Receita e da Despesa e anualmente o Inventário de Bens Móveis e Imóveis, de Almoxarifado e o Balanço Geral ao CES. Atualmente o Fundo Estadual de Saúde apresenta prestação de contas a cada três meses conforme estabelece a agenda anual aprovada pelo CES.

3.4.3 – CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS CONSTITUCIONAIS.

Os recursos financeiros destinados a saúde no Estado do Amazonas, segundo a Constituição Federal, tem se registrado positiva, considerando-se os 12% estabelecido a ser atingido a partir de 2004 para os Estados, no Amazonas o percentual aplicado demonstra que está acima do estabelecido pela Constituição.

Figura 1



Fonte: Balanço Geral do Estado.

Quadro 2 – Demonstrativo da execução orçamentária realizada nos exercícios de 2003 a 2005.

Fonte	2003	2004	2005						
			Pessoal	%	Custeio	%	Capital	%	Total
Tesouro Estadual	628.274.760	709.731.810	537.494.295	98,82	219.929.020	52,22	48.684.223	94,57	806.107.538
Tesouro Federal -SUS	98.765.548	167.025.888	5.981.245	1,10	200.257.905	47,55	2.413.470	4,69	208.652.620
Convênio	12.148.563	6.609.802	0	0	756.720	0,18	378.292	0,73	1.135.012
Outras – Diret. Arrec.	1.543.264	1.363.876	416.106	0,08	221.087	0,05	4.866	0,01	642.059
Total	740.732.135	884.731.376	543.891.646	100	421.164.732	100	51.480.851	100	1.016.537.229

Fonte: Balanço Geral do Estado.

3.4.4 – EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

A gestão dos recursos orçamentários destinados a Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM foi 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.

3.4.5 – EVOLUÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

O quadro comparativo a seguir demonstra que no exercício de 2003 a participação do Estado no Orçamento da Saúde foi de 84,82% (oitenta e quatro vírgula oitenta e dois por cento) enquanto que a participação do Governo Federal através do SUS, foi de 13,33% (treze vírgula trinta e três por cento). 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 18,88% (dezoito vírgula oitenta e oito por cento) em relação ao total. Contrariamente ao esperado, decresceu a participação do Governo Estadual para 80,22% (oitenta vírgula vinte e dois por cento). A execução de 2005 demonstra ainda um crescimento dos recursos originários do Tesouro Federal em relação aos exercícios anteriores.

Quadro 3 - Evolução da Despesa, por fonte de Financiamento, Amazonas – 2003 a 2005.

NATUREZA DA DESPESA	2003		2004		2005	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
Tesouro Estadual	628.274.760	84,82	709.731.810	80,22	806.107.538	79,30
Tesouro Federal – SUS	98.765.548	13,33	167.025.888	18,88	208.652.620	20,53
Convênios	12.148.563	1,64	6.609.802	0,75	1.135.012	0,11
Outros – Diretamente arrecadado	1.543.264	0,21	1.363.876	0,15	642.059	0,06
Total	740.732.135	100	884.731.376	100	1.016.537.229	100

Fonte: Balanço Geral do Estado.

Quadro 4 – Mapa Comparativo entre o Orçamento Executado e Orçamento Autorizado

ORIGEM DOS RECURSOS	ORÇAMENTO		%	
	AUTORIZADO	EXECUTADO	EXECUÇÃO	PARTICIPAÇÃO
TESOURO ESTADUAL	809.741.559	806.107.538	99,55	79,30
. - PESSOAL	537.930.115	537.494.295	99,92	52,87
Pessoal e Encargos Sociais	366.771.867	366.616.772	99,96	36,07
Cooperativas	171.158.248	170.877.523	99,84	16,80
. - CUSTEIO	221.359.369	219.929.020	99,35	21,64
. - INVESTIMENTOS	50.452.076	48.684.224	96,49	4,79
TESOURO FEDERAL - SUS	216.451.068	208.652.620	96,40	20,53
. - PESSOAL	6.230.709	5.981.245	96,00	0,59
Pessoal e Encargos Sociais	6.153.330	5.981.245	97,20	0,59
Cooperativas	77.379		0	0
. - CUSTEIO	206.645.656	200.257.905	96,91	19,70
. - INVESTIMENTOS	3.574.703	2.413.469	67,51	0,24
CONVÊNIOS	14.828.371	1.135.012	7,65	0,11
. - CUSTEIO	3.103.291	756.720	24,38	0,07
. - INVESTIMENTOS	11.725.080	378.292	3,22	0,04
RECURSOS DIRET. ARREC.	1.660.498	642.059	38,66	0,06
. - PESSOAL	720.000	416.106	57,79	0,04
Pessoal e Encargos Sociais	720.000	416.106	57,79	0,04
. - CUSTEIO	728.498	221.087	30,34	0,02
. - INVESTIMENTOS	212.000	4.866	2,29	0
TOTAL	1.042.681.495	1.016.537.229	97,49	100,00
. - PESSOAL	544.880.823	543.891.646	99,81	(100,00) 53,50
Pessoal e Encargos Sociais	373.645.196	373.014.124	99,83	(68,58) 36,69
Cooperativas	171.235.627	170.877.522	99,79	(31,42) 16,81
. - CUSTEIO	431.836.814	421.164.732	97,52	41,43
. - INVESTIMENTOS	65.963.858	51.480.851	78,04	5,07

Nota: A participação percentual de Pessoal (Servidores e Cooperativas) em relação ao total do Orçamento executado foi da ordem de 53,50%. A participação de Pessoal e Encargos Sociais (Servidores) em relação ao total de Pessoal foi na ordem de 68,58% e em relação ao Orçamento foi da ordem de 36,69%. A participação das Cooperativas em relação ao total do Orçamento foi da ordem de 16,81% e em relação ao total de Pessoal foi da ordem de 31,42%.

3.4.6 – RECURSOS DO SUS PARA O ESTADO DO AMAZONAS.

Os recursos financeiros que compõem o Teto Global do Estado do Amazonas – TFGE foram da ordem de R\$ 340.133.270,72 (Trezentos e quarenta milhões, cento e trinta e três mil, duzentos e setenta reais e setenta e dois centavos), repassados pela União, através das transferências fundo-a-fundo efetuadas pelo Fundo Nacional de Saúde, as Unidades Federativas com abrangência no Estado.

Tais repasses obedeceram ao processo de descentralização vigente, em que temos 53 Municípios habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica – GPAB, 9 na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM e o Estado na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual – GPSE, aos quais foram transferidos recursos financeiros, em regime de caixa, os valores constantes da planilha anexa, discriminados segundo a modalidade de transferência, isto é: atenção básica (fixa e variável), média e alta complexidade e ações estratégicas.

Informamos ainda que os recursos referentes a Assistência Farmacêutica Básica, apesar de constar nos Extratos de Contas obtidos no *site* do Fundo Nacional de Saúde como sendo transferidos para os Municípios, os depósitos foram efetuados na conta do Fundo Estadual de Saúde.

Desse modo, os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde ao Estado do Amazonas e mencionados no início deste relatório, estão assim distribuídos:

Quadro 5 – Demonstrativo de recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde ao Amazonas, 2005.

Órgão	F.Básica	PAB Fixo	PAB Var.	MAC	FAEC	TOTAL
Munic. em GPAB		32.902.189,74	57.997.887,70	150.000,00		90.900.077,44
Munic. em GPSM		6.339.359,04	17.779.495,93	14.573.746,61	146.846,74	38.839.448,32
Gestão Estadual - GPSE	3.687.435,31		25.801.146,97	163.706.614,83	16.379.749,19	209.574.946,30
Outros Órgãos				668.798,66		668.798,66
TOTAL	3.687.435,31	39.241.548,78	101.578.530,60	179.099.160,10	16.526.595,93	340.133.270,72

Fonte:DRCAA/FNS

3.4.7 – RECURSOS ORIGINÁRIOS DE CONVÊNIOS

Quadro 6 – Demonstrativo da execução de Convênios em 2005.

UNIDADES	CONVÊNIO	OBJETO	EMPENHADO	LIQUIDADO
SUSAM	3177/04 - Atenção a Saúde do Adolescente e Jovem	Desenvolvimento Tecnológico e Qualificação da Gestão	10.348	6.102
	3359/04 - Política Nacional de Alimentação e Nutrição	Desenvolver Ações no âmbito da Atenção Básica a Saúde	38.884	28.957
	2514/99 - Apoio as ações de Controle de Hanseníase	Assistência Financeira para apoio as ações de controle de Hanseníase, doenças crônicas não transmissíveis e assistência farmacêutica.	15.477	6.436
	4074/01 - Unidade Mista do Município de Itamarati. Emenda Parlamentar 01	Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	6.547	5.740
	3305/01 - Unidade Mista do Município de Urucurituba - Emenda Parlamentar 01	Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	23.970	23.270
	2857/00 - Ações de Nutrição no Estado do Amazonas	Implantar ou Implementar as Ações de Nutrição no Estado do Amazonas.	6.510	3.910
	794/00 - Programa de Saúde da Família no Estado do Amazonas	Capacitação de Recursos Humanos em Atenção Básica	2.658	2.658
	029/1999 - PROVISA	Dar apoio financeiro para a organização, funcionamento e manutenção da Vigilância Sanitária no Estado do Amazonas.	13.065	13.065
	1703/1998 - Programa de controle integrado da malária no Estado do Amazonas	Formular o Plano Estadual de Controle Integrado da Malária no Amazonas	27.351	27.351
	0211/99 - VIGISUS	Implementação do sistema de Vigilância em Saúde	10.445	0
	1998/03 - Vigilância Alimentar	Projeto Estudo e Pesquisa sobre Recuperação Nutricional e Alimentação Saudável	4.422	2.189
Total SUSAM			159.677	119.678
FHEMOAM	3582/04 - Capacitação e Formação de Recursos Humanos	Dar apoio financeiro para a formação e capacitação de recursos humanos nas áreas de Hemoterapia e Hematologia	119.491	105.338
	4314/01 - Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	Apoio financeiro para aquisição de Equipamentos e Material Permanente visando o Fortalecimento do SUS	127.973	127.973

	3581/04 - MS	Apoio financeiro para aquisição de Equipamentos e Material Permanente visando o Fortalecimento do SUS	47.900	
	3024/00 - Aparelhamento e Adequação de Unidades	Dar apoio financeiro para Implantação, Aparelhamento e Adequação das Unidades de Hematologia e Hemoterapia, visando o fortalecimento do SUS.	21.219	21.219
	Total FHEMOAM		316.583	254.530
FUAM	003/00 - PAB/SUS	Conjugação de esforços Técnicos Humanos e Financeiros para a Realização de Ações de Assistência Ambulatorial	27.503	26.659
	2880/03 - Manutenção e Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	Apoio Técnico Financeiro a Manutenção e Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes	92.784	74.099
	0152/02 - Descentralização do Programa de Hanseníase	Apoio a Manutenção da FUAM e Intensificação da Descentralização do Programa de Hanseníase em Manaus	58.901	36.217
	Total FUAM		179.187	136.975
FCECON	012/2000 - FUNASA	Atendimento Hospitalar e Ambulatorial para a População Indígena.	132.730	112.999
	Total FCECON		132.730	112.999
FMT/AM	023/2002 - SUSAM	Otimização da Produção de Informações de Interesse da Vigilância Epidemiológica da DNC e Endemias	19.095	19.095
	BRA/03/00679-5 - OPAS	Implantação, Estruturação e Manutenção de Unidades-sentinela dos Municípios de Coari, Presidente Figueiredo, Manaus e Boa Vista.	65.618	65.618
	Total FMT/AM		84.713	84.713
DEVO LUÇÕES	Diversos	Conv.Encerrados	262.122	262.122
	Total		262.122	262.122
Total Geral			1.135.012	971.018

3.4.8 – UNIDADES ORÇAMENTÁRIAS/GESTORAS

Os recursos orçamentários executados através de descentralização pelas Unidades Orçamentárias, Unidades Gestoras Plenas e Fundações e os realizados diretamente pelo Fundo Estadual de Saúde, estão demonstrados a seguir:

Quadro 7 – Demonstrativo de despesas realizadas, Amazonas, 2005

R\$1,00

Unidade	Grupo de Despesa	Empenhada	Liquidada	A liquidar
Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas - FCECON	Pessoal	15.537.395	15.326.570	210.825
	Custeio	13.267.809	11.404.658	1.863.151
	Capital	450.396	278.540	171.856
	Total	29.255.600	27.009.768	2.245.832
Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Mata - FUAM	Pessoal	8.554.470	8.554.470	0
	Custeio	2.881.020	2.699.732	181.288
	Capital	572.914	531.769	41.145
	Total	12.008.404	11.785.971	222.433
Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas - FHMOAM	Pessoal	10.054.655	10.054.550	0
	Custeio	17.720.717	15.556.662	2.163.455
	Capital	436.698	344.603	92.095
	Total	28.211.365	25.955.815	2.255.550
Fundação de Medicina Tropical do Amazonas - FMT/AM	Pessoal	15.239.516	15.236.984	2.532
	Custeio	11.483.310	10.711.364	771.946
	Capital	644.748	560.754	83.994
	Total	27.367.574	26.509.102	858.472
Fundação Hospital Adriano Jorge - FHAJ	Pessoal	18.389.349	18.375.235	14.114
	Custeio	13.697.736	13.422.370	275.366
	Capital	138.085	136.609	1.476
	Total	32.225.170	31.934.214	290.956
Fundo Estadual de Saúde - FES	Custeio	99.318.572	91.892.577	7.425.995
	Capital	8.292.933	7.846.339	446.594
	Total	107.611.505	99.738.916	7.872.589
Secretaria de Estado de Saúde - SUSAM	Pessoal	467.404.152	463.696.052	3.708.100
	Custeio	178.570.142	169.467.621	9.102.521
	Capital	38.810.116	35.163.375	3.646.741
	Total	684.784.410	668.327.048	16.457.362
Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	Custeio	2.166.664	2.088.533	78.131
	Capital	37.417	37.417	0
	Total	2.204.081	2.125.950	78.131
Hosp. de Isolamento CHAPOT PREVOST	Custeio	920.893	920.893	0
	Total	920.893	920.893	0
Hospital e Pronto	Custeio	4.311.041	4.269.245	41.796

Socorro da Criança - Zona Leste	Capital	577.039	62.239	514.800
	Total	4.888.080	4.331.484	556.596
Hospital e Pronto Socorro da Criança - Zona Oeste	Custeio	4.840.103	4.775.352	64.750
	Capital	0	0	0
	Total	4.840.103	4.775.352	64.751
	Custeio	13.057.733	12.596.325	461.408
Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado	Capital	63.835	63.835	0
	Total	13.121.568	12.660.160	461.408
Hospital Geral Dr. Geraldo da Rocha	Custeio	1.341.571	1.341.571	0
	Capital	0	0	0
	Total	1.341.571	1.341.571	0
Instituto de Saúde da Criança do Amazonas - ICAM	Custeio	3.618.447	3.531.590	86.857
	Capital	70.442	70.442	0
	Total	3.688.889	3.602.032	86.857
Fundação de Vigilância em Saúde - FVS	Pessoal	8.712.214	8.712.214	0
	Custeio	26.113.325	24.787.957	1.325.368
	Capital	1.059.484	644.257	415.227
	Total	35.885.023	34.144.428	1.740.595
Maternidade Balbina Mestrinho	Custeio	3.530.146	3.257.157	272.989
	Capital	4.013	4.013	0
	Total	3.534.159	3.261.170	272.989
Policlínica Centro	Custeio	5.627.559	5.545.210	82.349
	Capital	58.825	24.073	34.752
	Total	5.686.384	5.569.283	117.101
Policlínica Codajás	Custeio	4.648.630	4.299.843	348.787
	Capital	157.948	41.830	116.118
	Total	4.806.578	4.341.673	464.905
Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto	Custeio	8.285.560	8.285.560	0
	Capital	79.758	79.758	0
	Total	8.365.318	8.365.318	0
Pronto Socorro da Criança - Zona Sul	Custeio	5.764.354	5.499.645	264.709
	Capital	26.200	26.200	0
	Total	5.790.554	5.525.845	264.709
RESUMO	Total Geral	1.016.537.229	982.225.993	34.311.236
	Pessoal	543.891.646	539.956.075	3.935.571
	Custeio	421.164.732	396.353.865	24.810.867
	Capital	51.480.851	45.916.053	5.564.798

Fonte: FES, 2005

3.4.9 – INDICADORES FINANCEIROS DOS RECURSOS APLICADOS EM SAÚDE.

Quadro 8 - Indicadores com recursos de todas as fontes, SUSAM, 2003 - 2005

Indicadores		Ano		
		2003	2004	2005
Recursos de todas as fontes	R\$ 1,00	740.732.135	884.731.376	1.016.537.229
Recursos Estadual	%	84,82	80,22	79,30
Recursos Federal – SUS	%	13,33	18,87	20,53
Recursos de Convênios	%	1,64	0,74	0,11
Recursos Total por habitante	R\$ 1,00	244,37	271,88	314,49
Recursos Estadual por habitante	R\$ 1,00	207,28	234,15	249,39
Recursos Federal por habitante	R\$ 1,00	32,58	55,10	64,55
Recursos de Convênios por hab.	R\$ 1,00	4,01	2,18	0,35
Recursos Estadual/Investimento por habitante	R\$ 1,00	20,00	14,19	15,06

Fonte: IBGE – população de 2003/2004 – 3.031.097 hab. – 2005 – 3.232.319 hab.

3.4.10 – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE - SIOPS.

O SIOPS tem como principal objetivo a coleta e a sistematização de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo.

A implantação do SIOPS teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993, tendo sido considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC - quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos nº 001/94 e 002/94 sobre o Funcionamento e Financiamento do SUS.

A alimentação do SIOPS é realizada em duas etapas, o SIOPS Semestral e o SIOPS Anual.

Após a publicação da IN STN nº 1, de 17 de outubro de 2005 DOU de 19.10.2005 e IN nº 2, de 1º de dezembro de 2005 DOU de 2.12.2005, que disciplina o cumprimento das exigências para transferências voluntárias, prevista na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, institui o cadastro único e dá outras providências, a qual torna obrigatório a alimentação do SIOPS a partir de 1º de junho de 2006 com bloqueio de recurso federal para os Estados, Municípios e Distrito Federal caso não haja alimentação do mesmo, com isso houve um crescimento na alimentação do SIOPS, conforme descrito abaixo:

Quadro 9 - HISTÓRICO DE TRANSMISSÃO DE DADOS

ESTADO	ANO											
	1998	1999	2000	2001	2002/1	2002/2	2003/1	2003/2	2004/1	2004/2	2005/1	2005/2
AMAZONAS	X	X	X	X	X	X	X	X		X		

MUNICÍPIOS	ANO											
	1998	1999	2000	2001	2002/1	2002/2	2003/1	2003/2	2004/1	2004/2	2005/1	2005/2
Quantidade de Municípios que transmitiram	39	37	55	59	49	57	49	42	34	31	18	00
Quantidade de Municípios que não transmitiram	23	25	07	03	13	05	13	20	28	31	44	62

A partir do ano de 2005 tornou-se obrigatório o envio via SEDEX do recibo de alimentação do SIOPS para o setor responsável do Ministério da Saúde, para que o mesmo receba a autenticação de entrega e seja considerado adimplente.

3.5 – RECURSOS HUMANOS

Durante o ano de 2005, a SUSAM aumentou a capacidade de articulação interna, além de melhorar os resultados do trabalho realizado para o cumprimento de sua missão institucional.

Em 2005, o Departamento de Gestão de Recursos Humanos da SUSAM trabalhou para implantar um novo modelo de gestão, orientado para a profissionalização do trabalho e do trabalhador cujo foco seja resultados e não processos.

Atendendo o preconizado pela Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, a Secretaria de Saúde do Amazonas, no momento da reelaboração do seu quadro organizacional, adotou para o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos – DGRH - a concepção de Administração de Recursos Humanos e Desenvolvimento de Recursos Humanos, as quais visam dinamizar e dotar a esta secretaria de recursos administrativos e gerenciais capazes de não apenas gerir, como também potencializar a gestão, através do treinamento, capacitação, formação e atualização de conhecimento da equipe técnica pertencente ao seu quadro de servidores.

A Política Nacional de Humanização para o SUS - PNH, desde seu momento 2002 vem sendo viabilizada nesta SUSAM, adotando a concepção de *transversalidade*, a qual perpassa por todos os programas e ações na área de desenvolvimento de RH.

3.5.1 – ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Em 2005, a SUSAM realizou um grande concurso público para o preenchimento de vagas em todo o estado, objetivando regularizar a situação funcional de servidores em regime temporário.

Naquele momento foram disponibilizadas, através do edital nº 001/2005, cerca de 10.206 vagas para a capital e interior, nas diversas categorias profissionais. As provas foram realizadas em todos os municípios, conforme demonstra a figura abaixo.

Figura 2 – Provas do Concurso Público da SUSAM



Fonte: ASCOM - SUSAM

Tomando como referência o mês de dezembro de 2005, a SUSAM ofereceu serviços de saúde para a população com um corpo de 17.656 servidores, sendo 11.645 na capital e 6.011 no interior, dentre servidores vinculados ao regime estatutário e temporário, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 10 – Quantitativo de Recursos Humanos - Susam - Dezembro de 2005

GP OC	CARGO/FUNÇÃO	CAPITAL			INTERIOR			TOTAL GERAL
		ESTAT	TEMP	TOTAL	ESTAT	TEMP	TOTAL	
S U P E R I O R	ASSISTENTE SOCIAL	116	115	231	18	25	43	274
	BIOLOGO	2	1	3			0	3
	ENGENHEIRO CIVIL		2	2			0	2
	ENGENHEIRO BIO-SEGURANCA		1	1			0	1
	ENGENHEIRO ELETRICISTA		1	1			0	1
	CIR. DENTISTA	163	110	273	84	47	131	404
	ENFERMEIRO	259	202	461	79	121	200	661
	FARMACEUTICO	8	39	47	1	8	9	56
	FARM. BIOQUIMICO	83	73	156	34	24	58	214
	FISIOTERAPEUTA	21	26	47	1	6	7	54
	MÉDICO	524	139	663	261	167	428	1091
	MÉDICO ESPECIALISTA	96	34	130	5	17	22	152
	MÉDICO VETERINÁRIO			0	2		2	2
	NUTRICIONISTA	9	17	26	3	6	9	35
	PSICOLOGO	22	56	78	5	8	13	91
	SANITARISTA	49		49	2		2	51
TEC. DE NIVEL SUPERIOR	53	40	93	13	2	15	108	
SUB-TOTAL		1405	856	2261	508	431	939	3200
M É D I O	ASSISTENTE TÉCNICO	104	34	138	5		5	143
	TEC.BANCO DE OLHOS		1	1			0	1
	MICROSCOPISTA		1	1			0	1
	TÉC. DE E. E. G. / ELETROCARD.	3		3			0	3
	TÉC. DE AUDIOMETRIA	1		1			0	1
	TÉC. DE ORTESE E PRÓTESE	1		1			0	1
	TEC. DE ENFERMAGEM	430	1123	1553	14	72	86	1639
	TEC. DE HEMOTERAPIA	84	57	141	2	39	41	182
	TÉC. DE HIGIENE DENTAL	5		5			0	5
	TÉC. DE HISTOLOGIA	2		2			0	2
	TÉC. DE LABORATÓRIO	8		8	2		2	10
	TÉC. DE PATOLOGIA CLÍNICA	97	98	195	22	41	63	258
	TEC. DE RADIOLOGIA	51	66	117	12	24	36	153
	TÉC. DE RADIOTERAPIA			0			0	0
TEC. DE SAÚDE	180		180	86		86	266	
SUB-TOTAL		966	1380	2346	143	176	319	2665
A U X I L I A R	AGENTE ADMINISTRATIVO	1032	799	1831	389	233	622	2453
	AGENTE DE SAUDE PUBLICA	41		41	13	1	14	55
	AGENTE DE SAUDE RURAL	6		6	203		203	209
	AUX.DOC. MEDICA	3		3			0	3
	AUX. SERV. MÉDICOS	38		38	14		14	52
	AUX. SERV. ODONTOLÓGICOS	16		16	4		4	20
	AUX. DE ENFERMAGEM	998	952	1950	74	114	188	2138
	AUX. DE HIGIENE DENTAL	14	69	83	8	60	68	151
	AUX. DE NUTR. DIET.	20	33	53	1		1	54
	AUX. DE PATOL. CLINICA	45	115	160	51	78	129	289
	AUX. DE RADIOL. MEDICA	13	25	38	25	71	96	134
	AUX. DE SAÚDE	257		257	522	8	530	787
	AUX. OPER. DE SAUDE	360	5	365	509	602	1111	1476
	AUXILIAR TECNICO	2		2	1		1	3
DESENHISTA	1	1	2			0	2	
MONITOR	1		1	5		5	6	
PARTEIRA	14		14	8		8	22	
SUB-TOTAL		2861	1999	4860	1827	1167	2994	7854
E L E M	ARTÍFICE	58	45	103	29	41	70	173
	TRABALHADOR DE CAMPO			0	3		3	3
	AUX. DE SERV. GERAIS	861	421	1282	881	242	1123	2405
	COMANDANTE			0	2		2	2
	CONTRAMESTRE			0	3		3	3

E	COPEIRO	39	53	92	6	73	79	171
N	COZINHEIRO	83	91	174	110	60	170	344
T	MARINHEIRO	2		2	5		5	7
A	MOTORISTA	132	92	224	56	72	128	352
R	MOTORISTA FLUVIAL	1		1	13	2	15	16
	VIGIA	63	237	300	36	125	161	461
SUB-TOTAL		1239	939	2178	1144	615	1759	3937
TOTAL GERAL		6471	5174	11645	3622	2389	6011	17656

Fonte: DGRH, 2005
SEM VINCULO - 178

Quadro 11 – Demonstrativo de Saída de Servidores Estaduais, segundo motivo, Amazonas - 2005

NÍVEL HIERARQUICO	SAÍDA / DESLIGAMENTO			
	DESLIGAMENTOS A PEDIDO	DESLIGAMENTO P/ ÓBITO	PESSOAL APOSENTADO	PESSOAL EM PROC. APOSENTADORIA
Nível Superior	68	8	3	50
Nível Médio	96	3	0	59
Nível Auxiliar	147	17	8	200
Nível Elementar	22	16	5	110
Total por Tipo de Saída	333	44	16	419
Total Geral	393			

Fonte: DGRH, 2005

Outro fator importante de ser analisado é a rotatividade de servidores, para se ter uma idéia, durante o ano de 2005, cerca de 393 servidores saíram SUSAM, seja por motivo de desligamento a pedido, óbito ou mesmo aposentadoria, sendo que para estes últimos temos 419 servidores licenciados com processos de aposentadoria em andamento.

Isso nos dá uma dimensão do quanto temos que ser eficientes tanto na reposição quanto na capacitação de novos servidores.

A SUSAM realizou ainda outras ações para melhoria da administração de pessoal, tais como:

- Regularização da situação de 2.355 servidores junto à Previdência Social (GFIP's de 1999 a 2005);
- Controle de concessão de diárias de servidores em missão funcional;
- Regularizado pagamento em atraso de 2.212 servidores, equivalente ao período de 2001 a 2005;

- Ocorreu a contratação através de Processo Seletivo, para as Unidades de SPA Joventina Dias (no total de 109 servidores), e Policlínica João Braga (83) totalizando o nº de 38 servidores de nível superior, 38 de nível médio e 16 de nível elementar;
- Efetuado Levantamento de dados referentes aos Recursos Humanos da Instituição;
- Implantado um sistema próprio computadorizado de informações como o banco de dados existente de Recursos Humanos;
- Implantado mecanismos de controle sobre recursos humanos, entrada e saída de servidores;
- Implantado o controle dos Processos de nomeação, posse e exercício de cargo dos aprovados no Concurso Público para as Unidades de Saúde da capital e do interior, ocorrendo na 1ª fase a nomeação de 1.134 candidatos na capital, sendo 967 para a SUSAM e 102 para as Fundações de Saúde;

3.5.2 – DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Elaborado o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos, objetivando promover a melhoria dos serviços prestados à comunidade, a motivação do Servidor e a Educação Permanente, através da implementação de ações contínuas de ensinar e aprender;

Realizado levantamento das necessidades de treinamento (LNT), o que oportunizou em diagnóstico parcial da estrutura organizacional da SUSAM do Nível Administrativo Central e Rede Assistencial da Capital;

Iniciado processo de parceria com a SEDUC, objetivando a complementação de nível de escolaridade de 270 servidores desta Secretaria;

Referente Pólo de Educação Permanente de recurso financeiro no valor de R\$ **74.888.000,89**, OPAS/OMS –Carta Acordo nº. BR/LOA/ 0400016. 0001, exercício 2003,destinado a realização de oficinas de trabalho, objetivando a implantação de núcleos no interior;

Realizado cursos e treinamentos, no valor total de R\$ 245.462.000,00, beneficiando 5.026 servidores.

3.6 – PLANEJAMENTO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

3.6.1 – PLANEJASUS

Define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – PlanejaSUS, a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Para o seu funcionamento, são claramente definidos os objetivos e responsabilidades de cada nível de direção de forma a conferir efetiva direcionalidade ao processo de planejamento no âmbito do SUS, neste compreendido o monitoramento e avaliação.

Com o objetivo de sistematizar os processos de planejamento no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde, através da Coodenação Geral de Planejamento realizou no segundo semestre de 2005, reuniões mecorregionais para elaboração das diretrizes fundamentais do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS.

A SUSAM participou da reunião macrorregional norte e centro-oeste realizada em outubro de 2005, onde participou da elaboração das diretrizes do PlanejaSUS e escolha dos representantes da instância tripartite provisória do PlanejaSUS criada, a princípio, para consolidar o documento inicial, além de elaborar uma proposta de regimento do Comitê de Operacionalização do PlanejaSUS.

Dando execução ao cronograma básico de implantação e implementação do PlanejaSUS aprovado, em 2006, já ocorreram as primeiras das duas reuniões macrorregionais do PlanejaSUS, onde o documento final do PlanejaSUS foi revisto e aprovado em plenária, assim como, o regimento interno do Comitê de Operacionalização do PlanejaSUS.

3.6.1 – ACOMPANHAMENTO DO PPA, PPI E PDR

PLANO PLURIANUAL - PPA

Em 2005, ocorreu a reavaliação do PPA 2003/2007, com o objetivo de facilitar a execução do Orçamento-Programa para 2006 e exercícios seguintes. Com isso, foram reduzidos os números de ações programáticas, passando de 10 Programas com 87 Ações para 05 com 37, respectivamente.

Além disso, uma projeção de planejamento até o exercício de 2009, denominada de “ Plano Deslizante”, foi realizada com o objetivo de garantir a continuidade das ações a serem desenvolvidas na próxima administração estadual.

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA - PPI

O processo de acompanhamento da PPI 2005 que culminou em sua aprovação na CIB/AM em 29 de agosto de 2005 através da Resolução nº 044, iniciou-se com a realização da 1ª avaliação da PPI da Assistência no Estado que foi realizada em duas etapas.

Enquanto estratégica metodológica a avaliação foi dividida em duas oficinas. A primeira em maio/2005 somente com os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM, onde os instrumentos de avaliação foram testados e revistos. A segunda em junho/2005 com todos os municípios do estado. Em ambas participaram Técnicos e Secretários Municipais de Saúde.

Figura 3 – Oficina de Avaliação da PPI da Assistência



Fonte: ASCOM - SUSAM

A avaliação teve caráter didático e operacional, didático porque sua metodologia sensibilizou os Gestores Municipais da importância de se acompanhar mais de perto a produção e informação dos serviços ambulatoriais e hospitalares produzidos. Operacional porque

municiou as equipes técnicas dos municípios com informações sobre fontes de consultas para gerenciamento da assistência e instrumentos de acompanhamento e avaliação da PPI.

O exercício da avaliação levou naturalmente a uma revisão da configuração da regionalização existente, onde as alterações mais significativas encontram-se no quadro abaixo:

Quadro12 - Situação Anterior e Atual da Regionalização – Amazonas - 2005

Situação Anterior	Situação Proposta
01 Macrorregião com o Centro macrorregional – Manaus 10 Regiões 19 Microrregiões: 19 Pólos 62 Módulos Assistenciais	01 Macrorregião com o Centro macrorregional – Manaus 09 Regiões 15 Microrregiões: 15 Pólos 62 Módulos Assistenciais
1- Autazes – Município Pólo 2 - Careiro (Castanho) 3 - São Gabriel da Cachoeira 4 - Barcelos	Deixam de ser Pólo e passam a integrar a micro região Manaus, referenciando média e alta complexidade Amb/Hosp
São Paulo de Olivença – Município Pólo	Santo Antonio do Içá substitui São Paulo de Olivença como Polo da Região Alto Solimões (B)
Borba – Micro Região: Manicoré	Borba passa a compor a Micro Região Centro Regional Manaus
Manaus (Centro Macro Regional/ Munic. / Pólo de Micro Região / Módulo Assistencial Composição da Micro Região: Manaus – Pólo Mód. Assist.: Iranduba, Rio Preto da Eva, Pres. Figueiredo	Passam a integrar a micro região Manaus: Manaus – Polo Mód. Assist.: Iranduba, Rio Preto da Eva, Pres. Figueiredo, Autazes, Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba Manaquiri, Nova Olinda do Norte, São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro, Barcelos Borba

Outro evento realizado pela SUSAM foi a reprogramação da PPI 2005 ocorrida em julho/2005. Em seguida ocorreram as devidas discussões para a aprovação na CIB-AM, onde foi aprovada em agosto de 2005.

Figura 4 – Evento de Programação da PPI da Assistência

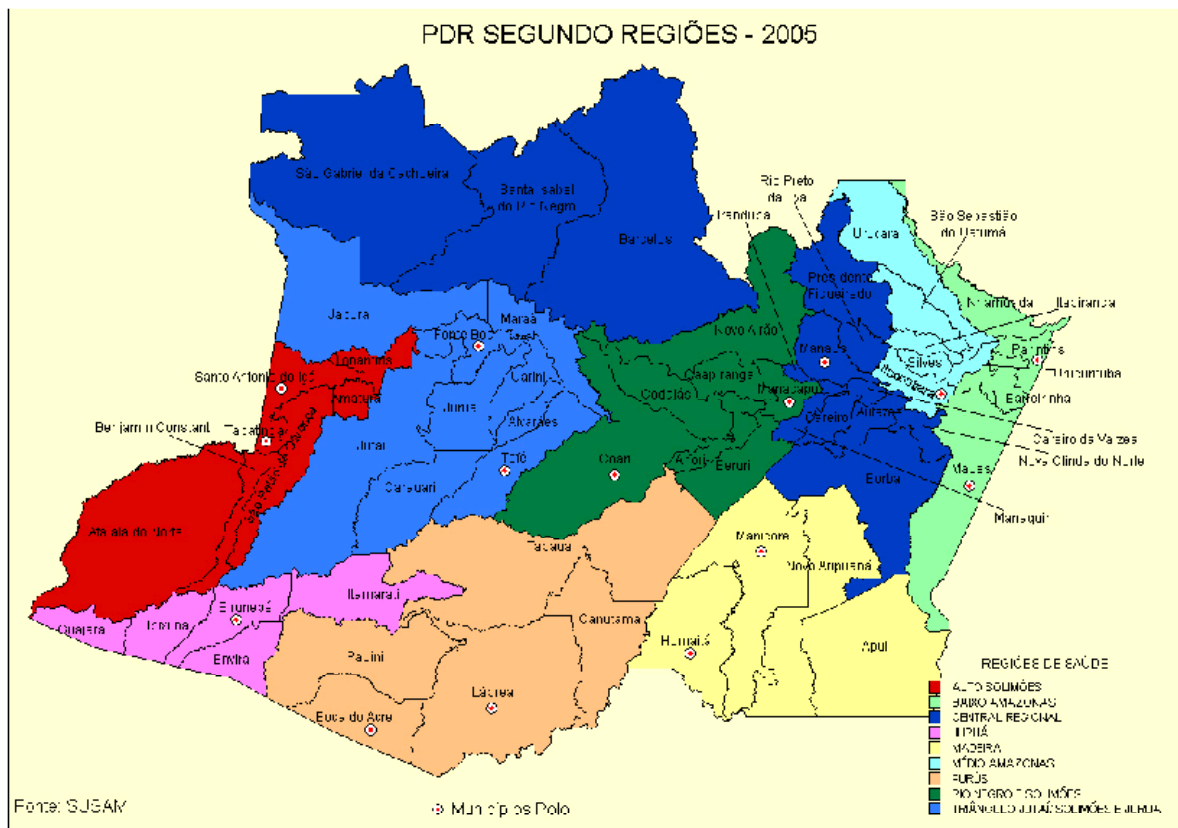


Fonte: ASCOM – SUSAM

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

O PDR é um instrumento de organização dos serviços de saúde, que considera as especificidades *locoregionais*. Com resultado da avaliação da PPI aconteceu o redesenho da organização dos serviços de saúde no estado. Sendo assim, um novo mapa de regionalização foi elaborado, conforme mostrado no mapa abaixo.

Figura 5 – Mapa Atual da Regionalização no Estado do Amazonas, 2005.

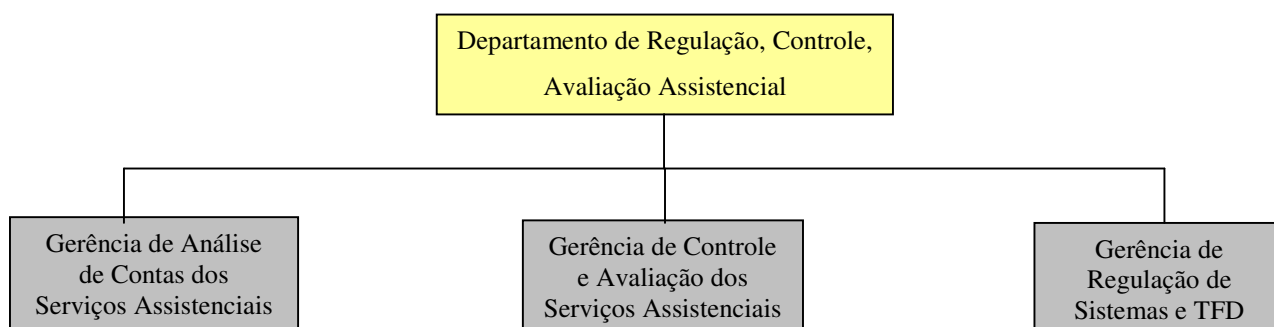


3.6.2 – AÇÕES DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

As ações de Controle, Avaliação e Auditoria foram desenvolvidas no decorrer do exercício de 2005, de forma regular e sistemática, obedecendo às demandas específicas dessa área, no sentido de efetuar os processamentos dos sistemas de informação, atualizar de forma gradativa os cadastros das unidades de saúde, junto ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, realizar os ajustes necessários para adequação dos faturamentos das unidades ao limite financeiro destinado ao Estado, emitir relatórios de pagamento e encaminhá-los ao Fundo Estadual de Saúde para liberação aos respectivos prestadores de serviços integrantes da rede assistencial, proceder às auditorias demandadas pelo DENASUS/DF, outras decorrentes das denúncias locais e de vistoria para renovação de credenciamentos e aquelas necessárias ao cadastramento de novas unidades.

Em decorrência da Lei Delegada nº. 38, de 29 de julho de 2005, que dispõe sobre o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde, coube ao Departamento de Regulação, Controle e Avaliação Assistencial as seguintes competências: regular, acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde desenvolvidos nas unidades integrantes da rede assistencial e subsidiar o planejamento e demais áreas afins em consonância com a legislação do SUS, entretanto essas atividades continuam sendo executadas com base na antiga estrutura organizacional, haja vista a escassez de recursos humanos e mesmo assim, os existentes necessitam de qualificação para desenvolvimento das atividades inerentes as novas competências.

Dessa forma a nova estrutura organizacional do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação Assistencial está identificada conforme organograma a seguir:



Sendo este Departamento um setor vital na nova concepção de gestão, em função da nova política estabelecida pelo Ministério da Saúde, nessa 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.

A SUSAM, através da Gerencia de Revisão de Contas, apesar de haver sido criada através da Lei Delegada nº. 38/05, suas atividades já eram desenvolvidas através de supervisão da Gerencia de Auditoria (extinta), assim teve caráter continuado, entretanto, com mais eficiência em razão da relação entre a Chefia e os servidores responsáveis pela revisão das contas.

Dessa forma este setor desenvolve um trabalho de conferencia das produções de serviços ambulatoriais, apresentados mensalmente pelos 57 (cinquenta e sete) Prestadores de Serviços da Rede Complementar, credenciados para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, os quais apresentam um medica mensal de 206 caixas, contendo a produção dos atendimentos realizados.

Quadro 13 – Demonstrativo sintético do quantitativo mensal de caixas apresentadas segundo os serviços de atendimento, 2005.

Especificação	Quantidade/mês
Clinicas Ortopédicas	43
Clinicas Oftalmológicas	19
Clinicas de Terapia Renal Substitutiva	05
Clinicas Especializadas	07
Laboratórios de Patologia Clinica	105
Outros Exames de Imagens	18
Radiodiagnostico	09
TOTAL	206

AÇÕES DE AUDITORIA

O Grupo de Auditoria ate julho de 2005, estava diretamente vinculado a Gerencia de Auditoria, estrutura formal subordinada ao Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria. Com a publicação da Lei Delegada nº. 38 esse Grupo passou a vincular-se diretamente ao Gabinete do Secretario de Estado, entretanto seu funcionamento regular continuou sendo desenvolvido em ambiente interno do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação Assistencial, sob a coordenação deste Diretor que, interinamente, distribui as atividades a serem desenvolvidas pelo Grupo, atualmente composto por 5 médicos, 1 cirurgião-dentista, 2 farmaceutico-bioquimicos, 1 enfermeira e 1 assistente social.

Esse Grupo desenvolve as seguintes atividades de auditoria: analíticas, operativas, visitadoras, relatórios de produção de serviços, liberação de homônimos das internações hospitalares, demandas do DENASUS, leituras com atualização da legislação pertinente, reuniões de trabalho e outras demandas internas.

Quadro 14 - Demonstrativo do quantitativo de atividades desenvolvidas no exercício de 2005.

Especificação da Atividade	Quantidade
Auditoria Operativa	163
Auditoria de Gestão em Municípios	10
Auditoria de Homônimos	324
Apuração de Denúncias – DENASUS	36
Apuração de Denúncias – Locais	8
Avaliação do PNASS	6
Casos Especiais em Unidades de Saúde	25

3.6.3 – ELABORAÇÃO DE ESTUDOS TÉCNICOS

O Projeto de Desenvolvimento Regional do Estado do Amazonas para a Zona Franca Verde tem por objetivo primordial combater a pobreza e as desigualdades sociais no interior do estado.

Sob este propósito, o Projeto atuará em três frentes convergentes: a primeira visa aumentar a renda e melhorar as condições de vida das comunidades pobres, mediante o suporte a processos locais de desenvolvimento sustentável e à implementação de projetos produtivos que atendam as demandas das comunidades; a segunda objetiva implementar a infra-estrutura de saneamento; e a terceira ampliando o acesso à saúde por meio de ações de fortalecimento da gestão e da ampliação e melhoria do atendimento à população.

O Projeto compreende os seguintes componentes:

Componente 1 – Geração de Renda e Combate à Pobreza, compreendendo ações de fomento à atividade produtiva em regime de desenvolvimento sustentável;

Componente 2 - Saneamento Ambiental, com ações para ampliar e universalizar o acesso da população da região à água potável e para implantação de sistemas adequados de esgotamento sanitário e resíduos sólidos nas áreas urbanas;

Componente 3 – Atenção à Saúde, com ações de capacitação técnica, de aprimoramento da infra-estrutura e de apoio logístico e tecnológico.

O subcomponente saúde tem como objetivo, melhorar o acesso, a qualidade e a resolubilidade do serviço de saúde, mediante a reorganização dos modelos assistenciais e de gestão, apoiando o fortalecimento e a modernização institucional da Secretaria de Estado de Saúde.

Identificou-se os locais prioritários de focalização do projeto no interior do Estado, sendo:

Região: Alto Solimões, Pólo **Tabatinga**, municípios abrangidos: Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Pólo **Santo Antonio do Iça**, municípios abrangidos: Amaturá, São Paulo de Olivença e Tonantins além dos Municípios Pontuais: **Fonte Boa e Jutaí** localizados na **Região do Triângulo Jutaí/Solomões/Juruá**, Os estudos que estão embasando tecnicamente o referido processo são:

- Reorganização administrativa da SUSAM para o sistema regionalizado de saúde do Estado do Amazonas.
- Sugestão de opções de modelos alternativos de aprimoramento dos sistemas de informação para o sistema regionalizado de saúde do Estado do Amazonas.
- Construção de modelos pedagógicos e administração de conteúdo didático de Ensino à Distância para a área da saúde visando o fortalecimento do sistema regionalizado de saúde no Estado do Amazonas.
- Perfil de oferta (análise funcional) e organização de sistema de referência para média e alta complexidade e implantação de complexo regulador estadual
- Consolidação da atenção básica nos municípios onde será implantado o sistema regionalizado de saúde do Estado do Amazonas
- Construção de sistemas de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde para o sistema regionalizado de saúde do Estado do Amazonas
- Estudo sobre gestão orçamentária financeira da SUSAM
- Estudo sobre a relação entre a SUSAM e as cooperativas prestadoras de serviços na área da saúde
- Estudo do processo de compras de medicamentos e outros suprimentos da SUSAM
- Avaliação dos serviços de saúde prestados pelas forças armadas e ong's no Estado do Amazonas
- Elaboração do diagnóstico da capacidade de gestão do trabalho nos serviços de saúde do estado e diretrizes para elaboração de proposta do plano de carreira, cargos e salários.
- Gestão dos serviços e programas de atividades de saúde para um sistema regionalizado de saúde adequado ao Estado do Amazonas
- Financiamento da atenção básica aos municípios do interior 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
- Fortalecimento da vigilância em saúde para o sistema regionalizado de saúde do Estado do Amazonas.

As Consultorias foram contratadas e realizados os estudos em 2005, com recursos da doação Japonesa, administrados pelo BIRD.

Com a conclusão dos estudos, iniciou-se as discussões para o desenho final do Projeto, onde houve adequação de custos, indicadores e outros.

Em novembro de 2005 a Assembléia Legislativa autorizou o Estado a contrair empréstimos para o Projeto.

Mediante a conclusão dos estudos, foram definidos os seguintes eixos estruturantes e linhas de ação:

EIXO 1. Extensão da Cobertura e Melhoria da Qualidade da Atenção Básica/PSF nas regiões alvo

Linha 1: Desenvolver e implantar um modelo adequado de Saúde de Família em áreas urbanas e de áreas rurais de melhor acesso

Linha 2: Apoiar as ações de saúde desenvolvidas pelas Forças Armadas em comunidades remotas compatíveis com os Planos Estadual e Municipais de Saúde

Linha 3: Fortalecer o sistema de vigilância à saúde

Linha 4: Ampliar a articulação inter-governamental mediante desenvolvimento e implantação de mecanismos de financiamento de ações de atenção básica vinculados a um regime de gestão por objetivos e metas

EIXO 2. Apoio ao acesso e melhoramento da qualidade dos serviços de média complexidade dos sistemas SAMU e de referência e contra-referência

Linha 1: Estruturação do Pólo + com capacidade e resolubilidade avançada em média complexidade

Linha 2: Estruturação do Complexo Regulador e sistema de Referência e Contra-Referência

Linha 3: Estruturação de serviços de urgência e apoio diagnóstico (SAMU)

EIXO 3. Desenvolvimento da capacidade de gestão, assessoria técnica e de logística em apoio às intervenções nas regiões alvo

Linha 1: Apoiar e desenvolver logística de transporte

Linha 2: Apoiar e desenvolver logística de comunicação e informação

Linha 3: Organizar e implementar a plataforma regional em Tabatinga

EIXO IV: Desenvolvimento da Capacidade Institucional da SUSAM

Linha 1: Ampliação da capacidade financeira e administrativa para a sustentabilidade dos serviços de saúde

Linha de Ação 2: Aumentar eficiência e a qualidade dos serviços de saúde

Linha de Ação 3: Apoio à gestão da mudança organizacional da SUSAM

Linha de Ação 4: Apoio à Coordenação técnica do Componente Saúde

Nesse sentido, o Governo do Estado concebeu o Projeto ZFV com ações capazes de alavancar o IDH - índice de Desenvolvimento Humano, em especial relacionados com a saúde da população, o saneamento ambiental e a geração de renda em bases ambientalmente sustentáveis.

A concepção do Projeto ZFV- BIRD é resultante de uma série de estudos desenvolvidos na região nos últimos cinco anos, entre os quais se situa o “Zoneamento Ecológico Econômico Participativo”, e representa a consolidação das demandas da sociedade local e das preocupações da área ambiental tanto com o quadro geral de “abandono” e “esquecimento” da região como com a necessidade de uma efetiva implementação de ações voltadas ao desenvolvimento sustentável do Alto Solimões.

Vislumbra-se com a implantação do Projeto, a ampliação do acesso da população da região do Alto Solimões a melhoria dos melhores serviços de saúde, ao avanço nas condições de saneamento básico, e a geração de emprego e renda com sustentabilidade do meio ambiente.

4 – ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO

4.1 – ANÁLISE DO PACTO DE INDICADORES

O Pacto da Atenção Básica possui indicadores básicos que reproduzem de certa forma o nível de organização da atenção básica nos municípios do estado.

Como a avaliação dos indicadores pactuados em 2005, ocorrerá posteriormente a este relatório de gestão, selecionamos os indicadores abaixo para nos dar um noção provisória do comportamento dos mesmos durante o ano.

Quadro 15 – Indicadores Selecionados do Pacto da Atenção Básica, dados provisórios Amazonas, 2005.

Eixos	Indicadores	Resultados Alcançados				
		2003	2004	2005	Meta 2005	% Alcançado em 2005
Saúde da Criança	1 Número absoluto de óbitos em < de 1 ano					
	2 Taxa de mortalidade infantil	19,5	18,04	16,10	16,23	99
	3 % de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	6,8	7,03	7,40	5,62	131
	4 % de óbitos < de 1 ano por causas mal definidas	19,69	14,85	13,80	13,30	103
	6 Homogeneidade da cobertura vacinal por Tetravalente em < 1 ano	2,54	76,11	28	95	29
	8 Taxa de mortalidade infantil neonatal	11,48	10,07	9,10	9,07	100
Saúde da Mulher	9 Taxa de mortalidade materna	73,03	70,99	49,40	63,89	77
	10 % de NV de mães com 4 ou > consultas de pré-natal	70,19	68,82	42,90	82,58	51
	11 % de óbitos de mulheres em idade fértil investigados		16,82	0	20,18	0
	13 Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero	6,17	7,78	7,15	6,11	117
	14 Taxa de mortal. em mulheres por câncer de mama	3,58	3,31	2,55	2,19	116
	15 % de NV de mães com 7 ou > consultas de pré-natal	22,72	25,69	26,80	30,82	86
Hipertensão	17 Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares	69,05	76,00	44,80	13,86	323
Tuberculose	21 % de abandono do tratamento de tuberculose	8,7	4,47	8,10	5,00	162
	22 Taxa de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera	34,64	32,30	32,9	33,0	99
	23 Taxa de mortalidade por tuberculose	3,89	2,80	3,2	2,0	160
Hanseníase	24 % de abandono do tratamento de hanseníase	46,65	38,30	28,8	21,7	132
	25 Taxa de detecção de casos de hanseníase	3,59	2,96	2,85	3,23	88
	26 % de cura de casos novos de hanseníase	72,84	69,35	91,6	81,23	112
	27 Taxa de prevalência de hanseníase	7,60	6,74	5,3	4,1	129
	28 Grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico	19,65	20,44	21,4	10,3	207

Fonte : Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas - DABE, Fundação de Vigilância em Saúde –FVS –AM; Fundação Alfredo da Mata; FUAM e Programa de Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes.

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.

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 19,5 em 2003 para 16,1 no ano de 2005, sendo classificado como *baixa*. 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 refere-se ao controle da tuberculose, que atingiu uma taxa de incidência de 32,9 em 2005, que, se analisarmos friamente, pode ter relação com o percentual de abandono que alcançou um percentual de 162% em relação ao pactuado para o ano.

Alguns indicadores demonstram, de certa forma, que houveram investimentos realizados pelo estado relacionadas principalmente a qualidade da assistência à saúde da população. A melhoria dos 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. Com relação a mortalidade materna observa-se que não obstante a queda do indicador, considera-se a taxa de 49,40 ainda muito alta, o que demonstra a necessidade de maiores intervenções para esse grupo populacional, tanto na ações básicas relativas a melhoria no pré-natal quanto na assistência especializada e internação hospitalar devidamente regulados e com ênfase na humanização e priorização do atendimento.

4.2 – ATENÇÃO A GRUPOS PRIORITÁRIOS

A SUSAM através do Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas - DABE teve como missão reordenar as ações da Atenção Básica e Ações Estratégicas do Estado do Amazonas, bem como fomentar discussões técnicas, além de dar apoio aos municípios, quanto à oferta de subsídios para tomada de decisão na gestão do sistema municipal e na

atenção à população, buscando a integralidade da assistência, constituindo uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada, universal e equânime.

Dentre as ações desenvolvidas pelas áreas técnicas específicas durante o ano de 2005 temos:

4.2.1 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Seguindo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN a qual define como componente prioritários na Atenção Básica: A implantação de Vigilância alimentar e Nutricional, Promoção da Alimentação Saudável e o fortalecimento das ações relativas ao Combate às Deficiências Nutricionais e de Micronutrientes, a Secretaria de Estado da Saúde/SUSAM tem como responsabilidade, por meio da Área Técnica em Alimentação e Nutrição – ATAN, apoiar as Secretarias Municipais de Saúde na implantação de programas, projetos e atividades em alimentação e nutrição, tendo como meta que devem ser alcançadas por todos os gestores da saúde; a análise do perfil epidemiológico e da situação alimentar e nutricional da população, estabelecendo objetivos de promoção do direito humano à alimentação, a segurança alimentar e nutricional, a alimentação saudável e reversão dos quadros de carências e morbidades relacionadas com a nutrição.

Dentre as principais atividades desenvolvidas no ano de 2005 relacionadas à alimentação e nutrição no Estado do Amazonas, temos:

❖ PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis é um tema transversal a todas as ações desenvolvidas no âmbito da PNAN, pois é um componente importante de promoção da saúde. Neste contexto, a socialização do conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como acerca da prevenção dos problemas nutricionais, desde a desnutrição até a obesidade, precisa ser enfatizado.

Nesta abordagem têm enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos locais de baixo custo e alto valor nutritivo, bem como de

padrões alimentares mais variados, desde os primeiros anos de vida até a idade adulta e a velhice.

No ano de 2005 foram desenvolvidas atividades em parceria com o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional e Secretaria de Estado da Educação e Qualidade do Ensino, instituições de ensino, bem como, palestras, orientações em datas comemorativas (Dia Mundial da Saúde, Dia Mundial da Alimentação, etc.), cursos para profissionais da educação e saúde e produção de material informativo para promoção da alimentação saudável.

❖ IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O diagnóstico nutricional deve ser entendido e, sobretudo, aplicado convertendo-o num instrumento de adesão e capacitação dos profissionais da saúde para as responsabilidades crescentes que a assistência qualificada reclama, como exigência técnica e como direito de cidadania. Conhecer os verdadeiros problemas nutricionais que acometem a população, permite definir políticas públicas direcionadas para a real necessidade do município, fortalecendo desta forma, a Atitude de Vigilância e contribuindo para a prevenção e correção das doenças nutricionais comuns no ciclo de vida.

Tendo em vista a implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil, o Ministério da Saúde reformulou o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, qual deve ser implantado, em todos os municípios brasileiros. Destaca-se que até 2004, apesar dos cursos oferecidos para os municípios desde 2000, para implantação do SISVAN e da Segurança Alimentar e Nutricional, poucos municípios tinham inserido o SISVAN na Atenção Básica. Até junho de 2005, a porcentagem de municípios que não tinham implantado o SISVAN era de 53%, diminuindo para 16% ao final de dezembro, sinalizando um avanço na implantação do sistema no Estado. Ressaltando que a cobertura limitava-se aos beneficiários do Programa Bolsa Família, não incluindo todos usuários da Atenção Básica. Pretende-se como meta para 2006 ampliar o SISVAN Atenção Básica em 50% dos municípios.

❖ FORTALECIMENTO DAS AÇÕES RELATIVAS AS DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS E DE MICRONUTRIENTES – FERRO

Apesar da implantação de vários programas no combate a fome, a desnutrição e as deficiências de micronutrientes, como ferro, vitamina A e iodo, estas deficiências nutricionais ainda persistem como problemas de saúde pública.

Programas de atenção a gestantes e lactantes de baixo peso, crianças desnutridas, portadores de tuberculose, hanseníase e AIDS deveriam receber cestas alimentares para recuperar o estado nutricional dos mesmos. Entretanto, somente o município de Manaus disponibiliza cestas alimentares lactantes, como estas doenças são prevalentes em pessoas de baixo poder aquisitivo, a limitação econômica impede uma alimentação adequada para ajudar na recuperação da doença, e a falta da responsabilidade municipal contribui para a demora do tratamento e a propagação da doença na família.

Em relação à deficiência de ferro, o Ministério da Saúde instituiu um Programa de Combate a Anemia Ferropriva, que será iniciado em 2006. Este Programa consiste em enviar suplemento medicamentoso para todos os municípios para ser disponibilizado para gestantes, lactantes e crianças de 6 a 18 meses.

Em se tratando da hipovitaminose A, como a região Norte é rica em fontes alimentares pró-vitamina A, sugere-se a não necessidade de implantar o Programa de Combate a Hipovitaminose A, sinalizando para novas discussões sobre este assunto em 2006.

PARTICIPAÇÃO EM COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E INCLUSÃO SOCIAL

❖ GRUPO DE APOIO BILATERAL BRASIL/COLÔMBIA

Em virtude dos problemas existentes na região fronteira Tabatinga-Brasil/Letícia-Colômbia, foi instituído um grupo de trabalho com representantes dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) para discutir e definir agenda de trabalho para os dois países focalizando os principais problemas encontrados na fronteira na saúde da criança e da mulher relativos a nutrição, violência, trabalho infantil dentre outros agravos sociais.

❖ CONSELHO ESTADUAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR/AM

O Conselho é um Fórum de discussão voltado para os principais problemas relacionados a Segurança Alimentar e Nutricional-SAN, constituído por representantes do governo estadual, entidades de classe e instituições com compromisso social, dividido em Câmaras Temáticas, com objetivos distintos. No ano de 2005 foram desenvolvidos eventos direcionados a sociedade em geral para promoção da SAN e reunião para o planejamento estratégico e definição de plano de trabalho para 2006.

❖ COMITÊ GESTOR DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA - PBF

O governo do Estado do Amazonas instituiu um grupo de trabalho interinstitucional envolvendo as Secretarias de Estado de Educação, Assistência Social e Saúde, para apoiar os municípios na implantação do Programa Bolsa Família - PBF e o cumprimento das condicionalidades pelos beneficiários, cabendo ao setor saúde a missão de monitorar a saúde das crianças menores de sete anos e gestantes pertencentes às famílias beneficiárias por meio do SISVAN.

Ressalta-se que no ranking nacional, o Estado do Amazonas ficou em 23º. lugar na informação dos dados, pois informou somente 20% das famílias beneficiárias. Considerando que dos municípios que implantaram o SISVAN grande parte não alimentou o sistema, mostrando a necessidade de fortalecer os municípios nesta responsabilidade.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

❖ Participação em cursos:

- Curso CAD ÚNICO

- Capacitação do Cadastro Único e Programa Bolsa Família
 - Capacitação em Vigilância Alimentar e Nutricional
 - Curso Aplicação da Epidemiologia e da Bioestatística em Estudos de Nutrição e Saúde
 - Curso de Facilitadores em Educação Permanente
- Participação em eventos:
- 32ª Reunião da ONU
 - Oficina de Planejamento do Departamento de Políticas Estratégicas – DEPES
 - Encontro do Grupo de Trabalho Brasil/Colômbia
 - Videoconferência – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
 - V Encontro Nacional de Coordenadores Estaduais e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição
 - 1º Encontro Nacional das Coordenações Estaduais Intersetoriais do Programa Bolsa Família
 - Oficina de implantação do Sistema de Acompanhamento dos Convênios Federais.
 - I Mostra de Experiência Bem Sucedidas em Nutrição
 - Seminário sobre o Projeto de Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
 - Encontro do Grupo de Trabalho Brasil/Colômbia
- Palestras ministradas:
- Jornada Científica de Nutrição – UNIP: Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Amazonas
 - Jornada Científica de Nutrição – UNINORTE: O Profissional Nutricionista na Atenção Básica.
 - Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador – Manaquiri: Programas Públicas de Alimentação e Nutrição.
- Realização de eventos:

- Reunião de avaliação do SISVAN nos municípios pertencentes ao Pólo de Itacoatiara/AM, nos meses de junho e julho
 - Curso de Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde dos municípios de Beruri, Itacoatiara, Manacapuru, Itapiranga, Anamá, Urucurituba, Anori, São Sebastião do Uatumã, Urucará, Caapiranga, Novo Airão, Silves
 - Seminário Estadual de Saúde do Escolar
 - Oficina de Capacitação para implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro
- **Apoio a instituições ou Secretarias Municipais de Saúde**
- Passagens aéreas e diárias para técnicos da Secretaria de Saúde para participar de eventos nacionais: Congresso Brasileiro de Banco de Leite Humano – 5 técnicos
 - Passagens aéreas para acadêmicos de nutrição para apresentação de trabalho científico desenvolvido na maternidade Ana Braga em parceria com a Secretaria de Saúde, em congresso nacional - Congresso Brasileiro de Banco de Leite Humano.
 - Apoio ao município de Benjamim Constant
 - Apoio por meio de fornecimento de hospedagem com alimentação para participantes do Curso de Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN para os municípios do Alto Solimões
 - Apoio ao município de Manaus
 - Elaboração do Planejamento Estratégico para 2005 e 2006
 - Elaboração de Projeto para concessão de cestas básicas destinadas a populações em risco nutricional (desnutridos, grávidas de baixo peso, idosos de baixo peso, portadores de tuberculose, hanseníase e AIDS)
 - Apoio por meio de fornecimento de lanche durante o Curso de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, para profissionais do Distrito Norte.
 - Avaliação do Estado Nutricional de crianças menores de 5 anos durante campanha de vacinação.

4.2.2 SAÚDE DA CRIANÇA ADOLESCENTE E JOVEM

Com o objetivo de aumentar o acesso, melhorar a qualidade e humanizar a assistência prestada às crianças amazonenses, destacam-se algumas ações que vêm sendo realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde em conjunto com os municípios, contando com o apoio de outros setores governamentais e não-governamentais:

Aumento da cobertura de Imunizações, por meio do Programa Nacional de Imunizações-PNI/Coordenação Estadual. A erradicação do poliomielite no Amazonas é a maior conquista, não há registros de novos casos de paralisia infantil desde 1989. Outras doenças como tétano, coqueluche, difteria, sarampo, caxumba e as formas graves de tuberculose, as quais atingiam milhares de crianças amazonenses estão sob controle. As crianças recebem também vacinas contra a meningite e contra a hepatite B. Além disso, as mulheres em idade fértil estão recebendo vacinas contra o tétano e a difteria.



Implantação e implementação do Banco de Leite Humano, beneficiando milhares de crianças prematuras e de baixo peso em todo o Estado, tem sido reconhecido nacionalmente pela sua qualidade. Este serviço tem a missão de promover a saúde de bebês, especialmente os que nascem prematuros e de baixo-peso. É responsável também, pela disseminação de informações educativas para milhares de gestantes. Cerca de 100 mil litros de leite humano são coletados por este Banco.

Ampliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, visando a promoção, proteção e apoio a amamentação, por meio da melhoria de práticas e rotinas em maternidades. Nessas unidades os profissionais de saúde oferecem atendimento mais humanizado à mãe e ao recém-nascido. Esses hospitais recebem 20 reais a mais para cada procedimento obstétrico realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Projeto Carteiro Amigo, que possibilita a capacitação de carteiros que passam informações e entregam materiais educativos sobre amamentação para as famílias, beneficiando crianças menores de um ano de idade e gestantes. Este Projeto conta com a parceria fundamental da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.

Melhoria da qualidade da Assistência ao **Recém-Nascido**, visando contribuir para a redução das taxas de mortalidade neonatal, principal causa de óbito no primeiro ano de vida. Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção perinatal, A SUSAM vem investindo na melhoria da qualidade e humanização do parto e nascimento.

Implantação do Método Mãe-Canguru, que visa a humanização do atendimento ao bebê prematuro e de baixo peso, melhorando o vínculo entre a mãe e o filho, diminuindo o tempo de separação, estimulando a prática da amamentação, diminuindo a infecção hospitalar, e a permanência do bebê no hospital.

Implementação do Programa de Triagem Neonatal que visa a identificação por meio do "teste do pezinho", bebês portadores de doenças congênitas, para tratá-los precocemente e acompanhar o desenvolvimento da criança.

Implantação da Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância, estratégia que visa integrar as atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças mais frequentes na infância objetivando a redução da morbimortalidade por doenças infecciosas, principalmente nos grupos mais vulneráveis, em áreas com maior risco das crianças adoecerem e morrerem. Esta ação está sendo realizada em parceria com o Programa de Saúde da Família e conta com o apoio dos municípios.

Implementação das ações de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil que consiste no monitoramento e avaliação nas Ações de Crescimento e Desenvolvimento Infantil com o objetivo de acompanhar a avaliação contínua de crescimento e desenvolvimento da criança o que põe em evidência, precocemente, os transtornos que afetam a sua saúde e, fundamentalmente, sua nutrição, sua capacidade mental e social. Além disso, é capaz de dar mais eficiência às ações de saúde, seja pela ação preventiva em situações de risco ou porque se parte da concepção de saúde como sendo a qualidade de vida oferecida às crianças e não só a ausência de doenças.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E IMPACTO ALCANÇADO EM 2005

❖ ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

- Reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê Estadual de Aleitamento Materno, resultando no incremento das ações do Comitê, cujos membros contribuíram para a capacitação de profissionais das maternidades e da Atenção Básica, visando a continuidade das ações de promoção, incentivo e apoio à amamentação nos diversos níveis de atendimento ao binômio mãe-filho.
- Encontro de sensibilização de profissionais da Secretaria Municipal de Educação de Manaus – SEMED do qual participaram cerca de 100 agentes de saúde escolar com a

finalidade de atuarem como multiplicadores de informações sobre as vantagens do aleitamento materno.

- Atuação no Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente-CEDCA
- Realização da Conferência Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente, e como colaboradora na Conferência Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Manacapuru.

○ QUALIFICAÇÃO DE SERVIÇOS

Coordenação do processo de capacitação de pessoal, organização da documentação exigida e articulação com Ministério da Saúde para realizar Avaliação Global das maternidades Ana Braga, Azilda Marreiros, Brigita Daou e Balbina Mestrinho, as quais foram avaliadas e aprovadas recebendo do UNICEF, OMS e MS o Título de Hospital Amigo da Criança. Salientamos que apesar da iniciativa existir no Brasil desde 1992, até 2004 o Estado do Amazonas contava apenas com 1 Maternidade credenciada, Maternidade Alvorada, saltando para 5 no decorrer do ano de 2005, o que significa aumento da qualidade na assistência à mulher e ao recém-nascido.

❖ INCREMENTO NA QUALIDADE DA GESTÃO DA ÁREA TÉCNICA

Participação no Grupo de Monitoramento e Avaliação da SUSAM, resultando em uma gradativa qualificação da coordenação de saúde da criança, tendo como objetivo, entre outros, aprimorar a forma de cooperação técnica prestada aos municípios.

Participação na revisão e pactuação da PPI, possibilitou melhor articulação com gestores municipais na programação de serviços voltados à criança.

Capacitação de recursos humanos em boas práticas na manipulação do aleitamento materno para 80 profissionais de nível superior e médio que atuam na atenção ao binômio mãe-filho na capital e no interior do estado, resultando na melhoria da qualidade do leite humano ordenhado e conseqüentemente a redução do volume de perda do mesmo.

❖ ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ÁREAS TÉCNICAS

Articulação com área técnica de saúde da mulher na elaboração da proposta de criação do Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Infantil, integrado ao Comitê de Mortalidade Materna, o que resultou na apresentação e aprovação na CIB da referida proposta.

Articulação com coordenação de DST/AIDS para implementação de ações para evitar a transmissão vertical de DST/AIDS.

Realização de reuniões com Gerência de Maternidades e Secretário de Ações de Saúde da Capital com a participação da Equipe do Instituto Materno Infantil de Pernambuco-IMIP durante visita de Avaliação da implantação do BLH, a fim de pleitear investimentos necessários para potencializar o funcionamento do BLH do estado situado na maternidade Ana Braga.

Articulação com área Técnica de Alimentação e Nutrição para apresentação da Caderneta de Saúde da Criança, no estado, lançada pelo Ministério da Saúde, resultando na implantação desse novo instrumento em prol da saúde da criança em todas as maternidades da capital e em algumas do interior do estado.

❖ DESLOCAMENTO AOS MUNICÍPIOS

Visitas de cooperação técnica aos municípios de Iranduba, Boca do Acre, Manaquirí, onde foram desenvolvidas ações como:

Sensibilização de ACS, médicos e enfermeiros para a implementação das ações prioritárias em saúde da criança.

Reuniões com Secretário de Saúde e sua equipes.

Visita às US do município.

Reunião com Diretor da unidade hospitalar e sua equipe, orientando e incentivando a adoção da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

4.2.3 PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS

O Programa Estadual de DST/Aids do Amazonas encontra-se em processo de descentralização da Rede de Serviços e desenvolvimento de ações para o interior do Estado.

Dentre as principais ações realizadas em 2005, o Programa desenvolveu:

- Aquisição de 19 itens de medicamentos para infecção oportunista das PVHA;
- Aquisição de preservativo masculino de 52 mm, 10 % da necessidade e programação do Estado conforme pactuação;
- Informatização do serviço de logística da CE DST/Aids em 50%;
- Cadastro de 06 maternidades no Projeto Nascer nos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Coari, Maués, Itacoatiara (em fase de aprovação), Borba e Boa Vista do Ramos (aprovadas);
- Realização de 02 (duas) capacitações do **“Projeto Nascer: Sala de Parto”**;
- Realização de supervisão nos municípios de Tabatinga, Benjamim Constant, Parintins e Manacapuru;
- Parceria com Universidade do Amazonas para integração das ações em DST/Aids durante o internato rural;
- Criação de parceria com ONG internacional (UNAIS) para o apoio através de cooperantes (recursos humanos) de nível superior nos municípios de Itacoatiara, Lábrea, Eirunepé e Benjamim Constant;
- Estruturação do Serviço de Assistência Especializada em atendimento de referência a Gestante HIV+;
- Elaboração de rotinas do Serviço de Assistência Especializada – SAE;
- Aquisição e fornecimento de insumos do Projeto Nascer para serem utilizados nas maternidades cadastradas (06 na capital e 05 no interior do Estado): kites para o diagnóstico HIV, inibidor de lactação e fórmula infantil;
- Aquisição e fornecimento de kites para Rede de Diagnóstico: HIV, sífilis e clamídia;
- Controle dos Insumos através da análise das planilhas de utilização;
- Capacitação de Recursos Humanos;
- Repasse ao Programa Nacional das planilhas de prestação de contas dos Municípios pólos que realizam diagnóstico do HIV através do Teste Rápido;
- Organização do treinamento para Farmacêuticos Bioquímicos dos Municípios Pólos que realizam Testes Rápidos;
- Organização da Rede de Diagnóstico da infecção pelo HIV sob Gestão do Estado e do Município;

- Supervisão no Laboratório de Fronteira no Município de Tabatinga;
- Participação como representante da Coordenação Estadual DST/Aids no curso de atualização em Hepatite no Estado do Pará;
- Participação no Seminário Internacional de Bio-Segurança no Estado de São Paulo;
- Realização da Campanha de Prevenção das DST/Aids do Carnaval de Manaus;
- Realização de 11 (onze) Oficinas de Práticas Sexuais Seguras para formação de Multiplicadores no Interior do Estado (Eirunepé, Parintins,
- Tabatinga, São Paulo de Olivença, Benjamim Constant, Lábrea, Manacapuru, São Gabriel da Cachoeira, (Itacoatiara e Tefé) e 01 na Capital;
- Participação com stand de Prevenção na Semana de Prevenção do Sesc;
- Reativação do Serviço de Prevenção de Informação do Disk-DST/Aids;
- Reunião para implantação do Projeto de Saúde e Prevenção nas Escolas;
- Campanha de DST/Aids do Festival Folclórico de Parintins e em Itacoatiara;
- Apoio Financeiro nas Atividades da Parada Gay;
- Seminário de RD (Redução de Danos) e DH (Direitos Humanos);
- Apoio Financeiro para participação das ONGs/Aids e eventos do Estado;
- Campanha do Dia Mundial de Luta Contra Aids (1º de dezembro);
- Produção de Materiais Informativos em DST/Aids, Testagem anti-HIV, Transmissão Vertical, Aids, Uso de Preservativo feminino e masculino;
- Aquisição de Próteses Masculina e Feminina para as atividades de Prevenção nos 11 (onze) Municípios e 01 na Capital do Estado
- Participação de reuniões para transferência de recursos do Plano de Ações e Metas da SUSAM para FMTAM;
- Execução orçamentário-financeira do Plano de Ações e Metas em DST/Aids - PAM do Estado;
- Análise de Projeto/Emissão de Pareceres Técnicos das ONG para enviar ao Programa Nacional;
- Elaboração e encaminhamento para o Ministério da Saúde, do Plano Estadual da Rede de Serviços;
- **Deflagração e acompanhamento dos Processos referentes ao PAM-2004/2005;**
- Reunião com as ONG referente a concorrência dos recursos PAM -2003;
- Participação da Reunião Macro-Norte/2005;
- Monitoramento e/alimentação do Sistema de Monitoramento/Programa Nacional de DST/Aids – PN/DST/Aids;
- Auditoria na Coordenação Municipal de Tabatinga;

- Reuniões com as ONG – AAGLT, referentes a V GAY PRIDE Manaus (Parada Gay);
- Planejamento do Orçamento para o Ano/2006;
- Reuniões da Gerência/Coordenação, Pré-elaboração do Plano de Atividades e Metas – PAM/2006;
- Participação da reunião para elaboração da nova Rede Estadual de Serviços;
- Planejamento da Campanha do “Dia Mundial de Luta Contra a Aids” para execução no dia 1º de dezembro;
- Reuniões para a elaboração do PAM/2006;
- Participação no Curso de Caderno de Análise SINAM - Ministério da Saúde, Coordenação Estadual e Municípios pólos;
- Apoio na Realização do “Curso Básico em Manejo Clínico DST/Aids” do Ministério da Saúde na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas;
- Participação do curso CBVE Gestante HIV+ criança exposta e Gestante Sífilis no Ministério da Saúde;
- Reunião Macro Regional de Vigilância Epidemiológica no Programa Nacional de DST/Aids;
- Supervisão Técnica em Vigilância Epidemiológica e SINAM nos Municípios de Tabatinga, Itacoatiara, Tefé, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, São Gabriel da Cachoeira e Lábrea;
- Reunião com Vigilância Epidemiológica da FMTAM para implementação do fluxo de notificação;
- Reunião com Assessora do M.S. em Vigilância Epidemiológica em visita ao Estado;
- Atividades pertinentes a Unidade de Vigilância – Notificações, análise de dados;

Quadro 16 – Capacitações de profissionais de saúde da rede pública estadual e municipal com ênfase em DST/Aids:

Capacitação	Nº de Capacitação	Total treinado
Simpósio Inibidor de Fusão – Novas realidades	01	150
Abordagem Sindrômica	02	40
Curso Teórico Prático em DST/Aids	04	50
Simpósio de Prevenção “Pensando em Aids”	01	100
Curso Teste Elisa	01	02
Curso Testagem Rápida	01	06
Curso Básico em Vigilância Epidemiológica (sífilis, gestante HIV + e criança exposta ao HIV; aids)	02	
Curso de Aconselhamento	01	18
Curso de Gerenciamento	01	19
Projeto Nascer	02	300
Oficina da Rede de Serviços	01	08
Total	17	693

4.2.4 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

Em 2005, o Programa de Hipertensão e Diabetes registrou uma frequência de 135.513 usuários cadastrados, sendo 103.715 na capital e 31.758 no interior. Deste total, 86.154 (63,5%) correspondem a portadores de hipertensão e 49.359 (36,4%) portadores de diabetes.

A SUSAM, através do Programa, realizou em 2005 em parceria com a FENAD, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Associação dos Diabéticos e Hipertensos do Estado do Amazonas (ADHEAM) e projeto Escola Cidadã duas campanhas de combate a hipertensão e diabetes, uma no dia 15 de abril (hipertensão) e a outra no dia 14 de novembro (8ª campanha nacional de diabetes), cujo tema foi “ Cuide do seu pé: evite amputações”, com palestras, verificação de pressão e cadastramento de pacientes hipertensos e diabéticos. Nas Policlínicas, CAIMI's, Sede da SUSAM e Unidades de Saúde do interior ocorreram atividades como: exames de glicemia capilar, verificação de pressão, avaliação vascular, avaliação nutricional, exame de fundo de olho, avaliação dos pés, colesterol e outros.

O Programa adquiriu junto a Central de Medicamentos - CEMA alguns materiais de uso permanente (5 glicosímetros – OPTIUM), dos quais quatro foram doados para pacientes, e material de consumo (fitas e microlancetas marca OPTIUM), distribuídas para alguns municípios.

Em parceria com outros programas estão sendo implementadas ações referentes as saúde do idoso e foi possível a realização de supervisão em 4 municípios do Estado: Rio Preto da Eva, São Gabriel da Cachoeira, Alvarães, e Manaus (Centro de Saúde Santo Antônio e CAIMI Dr.Paulo Lima).

O Programa é monitorado através da Coordenação Estadual utilizando as seguintes ferramentas:

- Mapa estatístico manual mensal;
- Relatório semestral;
- Visita técnica *in loco*, quando possível;
- Relatório da base de dados do Ministério da Saúde do Sistema de Acompanhamento e Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos - SISHIPERDIA;

No que se refere ao SISHIPERDIA (Sistema de Acompanhamento e Cadastramento de Hipertenso e Diabéticos) o programa realizou incentivo aos municípios que não estavam alimentando o sistema. Atualmente contamos com 49 municípios dos 62 no SISHIPERDIA, os demais estão em andamento de implementação.

EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA CAPITAL E INTERIOR.

O estado conta atualmente com 100% dos municípios com as ações implantadas e envio sistemático dos dados estatísticos através do Sishiperdia e mapa manual.

Na capital, o programa encontra-se em todas as Unidades Básicas de Saúde, além de 02 Ambulatórios (Amb. Balbina Mestrinho e Amb. Araújo Lima), 02 Hospitais (Chapot Prevost e Geraldo da Rocha).

No interior, as ações e atividades são desenvolvidas pelas equipes de PACS/PSF nas Unidades Básica de Saúde, realizando cadastros dos portadores, desenvolvendo atividades educativas e distribuição de medicações fornecidas pelo Ministério da Saúde:

Hipertensão Arterial: Captopril -25mg; Hidroclorotiazida-50mg e Propanolol- 40mg

Diabetes Mellitus: Glibenclamida-05mg; Metformina-850mg e Insulina NP

4.2.5 PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Em 2005, através da Coordenação Estadual de Prevenção de Acidentes e Violências, a SUSAM implantou a Ficha de Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes, em 05 municípios do Estado: em Tabatinga, em parceria com a Secretaria de Assistência de Social (SEAS); Tefé, organizada pelo Ministério da Saúde e Projeto Mamirauá; São Gabriel da Cachoeira e em Parintins, novamente em parceria com a SEAS. Todas as visitas a esses municípios envolveram profissionais da saúde, educação e ação social que trabalham com a temática da violência contra mulheres, crianças e adolescentes.

A SUSAM participou dos seguintes eventos que envolviam a temática da violência:

- IV Fórum da Região Norte de Assistência às Mulheres em Situação de Violência Sexual e Doméstica; II Fórum Amazonense de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual; Simpósio de Assistência Humanizada ao Aborto/Manaus;
- Audiência Pública da Comissão de Educação, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia em conjunto com a Comissão de Direitos Humanos e Cidadania para discutir a problemática da “Prostituição Infantil do Estado do Amazonas”,
- Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil / Brasília;
- Seminário Franco-brasileiro em DST/Belém ;
- I Oficina de Construção de Propostas Municipais em Saúde do Adolescente.

Além de representação efetiva em reuniões do(a):

- **PAIR** - Plano de Ações Integradas e Referenciais no Enfrentamento a Violência e Exploração Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro/mensal;
- Comissão Interinstitucional dos Adolescentes em Conflito com a Lei/semanal;
- Fórum de Erradicação do Trabalho Infantil/mensal;

4.2.6 SAÚDE MENTAL

O Programa Estadual de Saúde Mental, visando implantar e implementar a Rede de Atenção Diária à Saúde Mental para cidadãos em sofrimento psíquico, através da substituição

progressiva do hospital psiquiátrico e dos ambulatórios de consulta, e promover a Reabilitação Psicossocial atuou em três eixos de ações: plano institucional, plano interinstitucional e no plano social, conforme veremos no decorrer deste trabalho.

Ainda hoje, pessoas com transtorno mental têm como referência, no âmbito do SUS, os seguintes serviços: o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, fundado em 1896, com 120 leitos, que dispõe de um serviço de emergência, criado em 1985, para internações de pessoas em crise aguda, que não excede 72 horas, onde são realizados mais de 800 atendimentos por mês, e um ambulatório onde circulam, mensalmente, cerca de 1400 pessoas; além desses serviços, a cidade de Manaus tem um ambulatório de especialidades – entre elas, saúde mental – que recebe mais de 1500 pessoas para tratamento de transtornos mentais.

Embora a Reforma Psiquiátrica amazonense tenha impedido a criação de novos leitos psiquiátricos, invertendo a relação internação psiquiátrica/exclusão social, com a despolitização do social no decorrer dos anos 90, acabou-se por institucionalizar um modelo fortemente hospitalocêntrico: por um lado, mantinha-se o controle das internações desnecessárias através de um serviço de emergência – recurso assistencial nascido para combater as deformações da psiquiatria privada; e, por outro lado, a ingênua eficiência do “bom” ambulatório, cujo potencial iatrogênico acaba encoberto pela via da oferta de benefícios. Essas novas formas de controle técnico-administrativo tiveram como seus críticos, entre outros, o psicanalista Benilton Bezerra e o psiquiatra Pedro Gabriel Delgado.

Nos últimos 16 anos, o Estado do Amazonas ainda está a caminho da construção de uma rede de serviços de atenção diária às pessoas com transtorno mental. Os técnicos em saúde mental começaram a receber capacitação que os habilitem a atuar nos serviços substitutivos à dobradinha hospital psiquiátrico-ambulatório, conforme definem as portarias ministeriais desde o início dos anos 90.

Segundo o Relatório sobre a saúde no mundo – 2001, da OPAS/OMS, hoje, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais. Uma pequena minoria recebe tratamento básico. Nos países em desenvolvimento, o provimento de cuidados aos transtornos provocados pela depressão, demência, esquizofrenia e dependência de álcool e outras drogas é tarefa das famílias, sendo seus principais cuidadores mulheres obrigadas a abrir mão de seus

projetos de vida devido a uma injusta naturalização da divisão de cuidados entre o Estado e as famílias.

Ainda segundo a OPAS/OMS, os transtornos mentais e comportamentais afetam 20-25% de todas as pessoas em dado momento durante a sua vida. Com base nesse cálculo, projeta-se que, até 2020, a carga dessas doenças terá crescido para 15%. Atualmente, uma pequena minoria delas recebe tratamento adequado.

A evidência científica moderna indica que transtornos mentais e comportamentais resultam da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Se, para além da falta de dinheiro, entendermos a pobreza como a falta de recursos sociais ou educacionais, teremos uma complexa e multidimensional relação entre esse tipo de privação e a saúde mental. Como a pobreza está inevitavelmente associada ao desemprego, baixo nível de instrução e desabrigo, são entre os pobres e os desfavorecidos de um modo geral que encontramos a maior prevalência de transtornos mentais e comportamentais, inclusive transtorno do uso de substâncias.

O retardo mental que impõe uma pesada carga aos indivíduos e à família – principal responsável pelo provimento de cuidados – representa um ônus que perdura por toda a vida. Acredita-se que a prevalência varia de 1 a 3% dos retardos mentais de um modo geral, sendo 0,3 a taxa correspondente ao retardo moderado, grave e profundo, para os quais os serviços existentes no Estado, além de precários, dependem mais da filantropia do que de uma Política de Estado.

Se considerarmos a prevalência geral de transtornos mentais e comportamentais em crianças e adolescentes, que, de acordo com dados epidemiológicos internacionais giram em torno de 10 a 20% desses segmentos, para uma população de 1.507.969 entre 0 e 19 anos, na variação mais baixa, acima de 150 mil seres humanos dessa faixa etária necessitam de cuidados no campo da saúde mental, e entre os 352.375 adolescentes, de 15 a 19 anos, mais de 35 mil estão sujeitos a transtornos mentais, o que reforça a importância da criação dos CAPSi, já que 50% dos transtornos produzem incapacidade permanente.

Os maus-tratos contra idosos acima dos sessenta anos não têm visibilidade no Amazonas, em especial os que são dependentes física e mentalmente, e, sobretudo, os que apresentam

déficits cognitivos, alterações do sono, incontinência e dificuldades de locomoção, que exigem cuidados mais intensivos. Sabe-se, a partir, de outros países, que a violência contra idosos se manifestam sob as forma de abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Devido a falta de informação e preparo dos profissionais de saúde, raramente os acidentes e as violências são diagnosticadas, o que impede o enfrentamento adequado dessa realidade.

Os transtornos mentais e comportamentais resultantes do uso de substâncias psicoativas variam de região para região. A intoxicação, o uso nocivo, a dependência e os transtornos psicóticos são as condições mais comuns entre os usuários de álcool e outras drogas, sendo o álcool e o fumo as drogas que causam conseqüências mais graves para a saúde pública.

A prevalência dos transtornos devido ao uso de álcool (nocivo e dependência) em adultos foi estimada em 1,7% em todo o mundo, segundo a OPAS/OMS, impondo um alto custo econômico à sociedade. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Some-se a este quadro 3% da população geral que sofre com transtornos mentais severos e persistentes, e 12% necessitando de atendimento contínuo ou eventual, temos como desafio no Amazonas a criação de uma Política de Saúde Mental para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura, através da construção de uma rede de atenção psicossocial diária de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania; uma política que seja capaz de enfrentar com eficácia o atendimento de pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego.

Finalmente, através de política interinstitucional, conforme previsto pela parceria entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, a Política Estadual de Saúde Mental deve colaborar com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, objetivando a inclusão da população prisional no Sistema Único de Saúde, para o qual foram propostas ações e serviços de prevenção, assistência e promoção à saúde no nível da Atenção Básica, DST/AIDS e saúde mental.

Em consonância com as diretrizes de regionalização do SUS, o referido Plano permitirá que as Secretarias Municipais de Saúde, através de pactuação com as Secretarias Estaduais,

assumam a gestão e/ou gerência de suas ações e serviços, o que exigirá entendimento em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) quanto às referências para a média e alta complexidades.

Uma Política de Saúde Mental para o Estado do Amazonas, além das ações interinstitucionais, não pode abrir mão de medidas intersetoriais e do fortalecimento da ação comunitária.

❖ METAS PROPOSTAS PARA 2005

a) Implantação da rede de atenção e reabilitação psicossocial.

- Criação de 4 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
- Contratação de consultoria para implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Implantar 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Implantação do Centro de Reabilitação Psicossocial.

b) Implantação do Sistema de Informação.

- Recenseamento da população psiquiátrica.
- Criação de banco de dados.

c) Qualificação de profissionais para atuação no modelo antimanicomial.

- Curso de Especialização em Saúde mental.
- Capacitação das Companhias Interativas da Polícia Militar para abordagem de portadores de transtorno mental.
- Curso de 40h/aula para equipes técnicas dos municípios de Coari, Tefé Parintins e Humaitá.

- Capacitação das Equipes do SOS Manaus para abordagem de cidadãos em sofrimento psíquico, II Módulo.
 - Capacitação de equipes ambulatoriais de saúde mental para atuação diária na rede.
- METAS ALCANÇADAS EM 2005

No plano institucional e inter institucional foi a execução de 2 oficinas sobre Orientação em Saúde Mental para Militares, onde foram treinados 50 oficiais da PM; Oficina sobre Clínica de Recepção, onde foram treinados 30 profissionais de saúde mental da Policlínica Codajás. A equipe de Saúde Mental, na figura de um representante participou do Curso de Atualização em Saúde Mental na Atenção Básica e do Treinamento para Operacionalização das Equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental, ambos promovidos pela FIOCRUZ/SEMSA.

No que se refere à participação do Programa em reuniões institucionais, destacamos 9 reuniões importantes: 3 reuniões na CIB, 1 no CES e 5 reuniões no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER. As reuniões interinstitucionais foram 4 no total: 3 reuniões na Secretaria Municipal de Saúde, 1 reunião na Assembléia Legislativa e 1 visita técnica nos serviços substitutivos do município de Belo Horizonte.

Foram elaborados e encaminhados ao Ministério da Saúde, 6 projetos básicos para a captação de recursos destinados às ações previstas pelo Programa de Saúde Mental. Apenas o projeto referente ao recenseamento da população psiquiátrica no Amazonas foi aprovado, garantindo recursos na ordem de R\$ 210.000,00 para execução do censo em 2006.

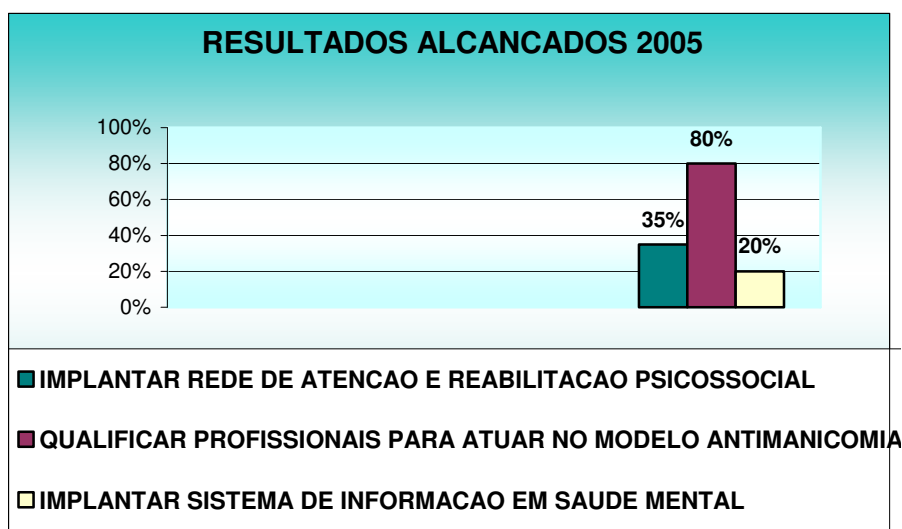
Durante o ano de 2005, o Programa Estadual de Saúde Mental continuou empreendendo esforços para a substituição do modelo manicomial por um modelo de atenção à saúde mental de caráter comunitário, conforme o disposto na Lei Federal 10.216, de 6 de Abril de 2001. Para tanto foram apresentados na CIB/CES 03 documentos importantes: Parecer sobre Política Municipal de Saúde; Orientação para Criação do Serviço Residencial Terapêutico; Parecer sobre a regulamentação da Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica. Foram viabilizados os processos para implantação dos Serviços Residenciais terapêuticos e iniciada a

obra de adequação das instalações da Policlínica localizada no bairro de Santa Etelvina (Zona Norte) para implantação do Centro de Atenção Psicossocial, com inauguração prevista para o primeiro semestre de 2006.

Até o final do ano de 2005, apenas um dos serviços substitutivos previstos na legislação federal foi criado, o Centro de Atenção Psicossocial, com equipe técnica mínima compatível com o tipo I (classificação constante na Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002) localizado no município de Parintins.

Segue abaixo o gráfico da evolução do Programa de Saúde Mental no ano de 2005, ilustrando o cumprimento de metas estabelecidas:

Figura 6



❖ AÇÕES DE IMPACTO SOCIAL

Através da mobilização de familiares, usuários, trabalhadores dos serviços de saúde, bem como de organizações da sociedade civil e dos meios de comunicação, foram realizados dois eventos no plano social que marcaram o ano de 2005: o Dia Nacional de Luta Antimanicomial e o Dia Mundial da Saúde Mental. Eventos de caráter interinstitucional/setorial, que visaram a redução do preconceito social e a sensibilização da

opinião pública para o retorno de portadores de transtorno mental ao convívio social e a necessidade de reorganização da assistência psiquiátrica no Estado do Amazonas.

O programa de Saúde Mental participou também do Seminário de Políticas Públicas de Saúde na Universidade Nilton Lins; a Oficina para Construção de Políticas de Saúde para Infância promovida pela SUSAM; II Seminário do Envelhecimento no Parque do Idoso e a Conferência Estadual da Saúde do Trabalhador organizada pela SUSAM.

No que tange a melhoria no atendimento a população, foi apresentado pela Direção do CPER e submetido à análise do Programa de Saúde Mental uma proposta interessante apontando uma estratégia metodológica de atendimento diário aos usuários dos serviços de saúde mental, visando a otimização dos recursos humanos existentes e a estrutura física disponível. A abordagem compreende uma iniciativa que busca a desconstrução de práticas manicomialis. Como resultado imediato do acolhimento à demanda diária, e progressiva eliminação da fila de espera.

No tocante a Atenção Básica, foi elaborado um roteiro para nortear a implantação de ações em saúde mental dentro de duas vertentes: a) ações básicas de saúde mental para os municípios que ainda não estão no regime de gestão plena; b) ações de média e alta complexidade para os municípios com regime de gestão plena. Ambas exigem recursos humanos qualificados, sendo que a última está amparada numa série de portarias disponibilizadas através do roteiro para melhor elaboração da Política de Saúde Mental nos municípios e também os passos para a implantação dos centros de atenção psicossocial, conhecidos nacionalmente como CAPS.

Juntamente com o roteiro foi encaminhado aos municípios de Barcelos, Boca do Acre, Coari, Eirunepé, Fonte Boa, Humaitá, Itacoatiara, Lábrea, Manacapuru, Manicoré, Maués, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tefé um questionário para mapeamento dos cuidados oferecidos em Saúde Mental, visando o estabelecimento de condutas terapêuticas e medicamentosas. Porém, até a presente data, somente os municípios de Tefé, Eirunepé e São Paulo de Olivença responderam. Proporcionou ainda cooperação técnica aos municípios de Maués, Tefé, Borba, Presidente Figueiredo na sede da Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.7 IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DO PACS/PSF NO AMAZONAS

Foi iniciado no interior do estado do Amazonas em 1998, o Programa de Agente Comunitário da Saúde - PACS, o qual se tornou crescente nos anos seguintes, chegando-se a um aumento em termos percentuais de cobertura municipal na ordem de 148 % no ano de 2005. Já a Estratégia Saúde da Família, foi implantada em 1999 atingindo inicialmente apenas 20 municípios que ao longo dos 6 (seis) anos seguintes chegaram a 51 em todo o Estado. As Equipes de Saúde Bucal somente tiveram seu início em 2001 cobrindo 11 municípios do Estado, crescendo progressivamente, o que totalizou 51 no ano 2005, conforme quadro 17.

Quadro 17 - Evolução Quantitativa de municípios com ACS, ESF e ESB implantados no período de 1998 à 2005 no Estado do Amazonas.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ACS	25	44	55	59	62	62	62	62
Nº ESF	-	20	30	42	44	44	46	51
Nº ESB	-	-	-	11	18	28	32	45

A evolução do PSF em cada interior do Estado, contribuiu de forma significativa para o crescimento, em termos quantitativos do número de Agentes Comunitário de Saúde, distribuídos nos diversos municípios do interior do Estado. Destaca-se o crescimento de 460% dos ACS em 2005 em relação a 1998. Proporcionalmente ocorreu um aumento significativo no número de ESF e ESB. Ver quadro 18

Quadro 18 - Evolução Quantitativa do nº de ACS, ESF e ESB no período de 1998 à 2005 no Estado do Amazonas

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nº ACS	1006	3356	4674	4893	5039	5091	5.215	5631
Nº ESF	-	38	63	189	283	318	346	417
Nº ESB	-	-	-	22	37	68	104	173

Observação:

* Os dados de 2005 são referentes a competência de Dezembro de 2005 (SIAB / FINANCEIRO).

** Na competência Dezembro/05, o município de Atalaia do Norte , ficou sem produção no SIAB por falta de

informação em tempo hábil.

Em termos comparativos a cobertura real de pessoas assistidas pelos Saúde da Família se deu acordo com o crescimento populacional, com exceção do ano de 2003 que superior a média dos outros anos. Ver quadro 19.

Quadro 19 - Evolução da Cobertura Real de pessoas assistidas pelo Saúde da Família, no período de 1999 à 2005, no Estado do Amazonas.

Ano	Nº de pessoas	População	%
1999	21.088	2.580.839	0,82
2000	158.656	2.812.557	5,64
2001	622.910	2.900.218	21,48
2002	985.795	2.961.804	33,28
2003	1.138.871	3.031.079	37,57
2004	1.143.122	3.100.136	36,87
2005	1.358.194	3.232.319	42,02

Fonte: Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

*Os dados de 2005 são referentes a competência de Dezembro do referido ano (SIAB / FINANCEIRO).

4.2.8 COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO AO DEFICIENTE

No ano de 2005, o Programa de Atenção Integral ao Deficiente da SUSAM, sofreu uma reorganização, segundo os parâmetros de reestruturação do organograma da Secretaria Estadual de Saúde. No segundo semestre o programa passou a fazer parte da Coordenação Estadual de Atenção ao Deficiente, que foi organizada com a finalidade de implementar e organizar as redes de atenção aos portadores de deficiência, de acordo com as portarias 185 e 818/SAS que oficializou a atenção ao portador de deficiência física e as portarias 587 e 589/GM que criava as normativas para portadores de deficiência auditiva.

A criação de uma Coordenação Estadual de Atenção ao Deficiente teve como objetivo garantir e integralizar as ações de estruturação das redes de atenção às pessoas portadoras de deficiência, otimizando assim as ações a serem desenvolvidas, uma vez que fazem parte da Coordenação os Programas: PAID (Programa de Atenção Integral ao Deficiente), o PESO (Programa Estadual de Saúde Ocular), o 1º Centro Estadual de Reabilitação Física do Amazonas em atenção à média complexidade (CERFAM) em conformidade com a portaria 818; além das futuras instituições que serão cadastradas no decorrer de 2006 de acordo com a política nacional, a 2ª unidade do CERFAM, o CEPREF (Centro Estadual de Protetização e Reabilitação Física) em referência a alta complexidade e as 02 unidades de atenção ao deficiente auditivo, a URPAAM (Unidade de Reabilitação e Protetização Auditiva em Atenção a Média Complexidade) e o CERPAAM (Centro Estadual de Reabilitação e Protetização Auditiva do Amazonas), em conformidade com a padronização do PDR e as normativas da NOAS 2001, dando cobertura aos 14 municípios pólos.

❖ AÇÕES DESENVOLVIDAS:

Desde a sua implantação, a coordenação estadual desenvolveu um trabalho voltado para a avaliação e controle das atividades realizadas, com intuito de promover a integralidade das ações desenvolvidas, dando suporte à nova estruturação da rede de atenção ao portador de deficiência, para tanto foram realizada inúmeras reuniões e monitoramentos nos diferentes módulos de ação, originando assim a mapas de controle diário e mensal, a reorganização dos fluxogramas e padronização das rotinas de atendimento, controle dos processos de concessões e além da identificação dos módulos por cores, ou seja, módulo auditivo (azul), módulo ocular (verde), módulo ortopédico (amarelo) e módulo afins (cinza).

Tendo em vista a necessidade de reorganização e adequação da rede estadual de atenção ao deficiente, foi proposta a criação de um banco de dados estatísticos para controle dos usuários cadastrados, sendo realizados levantamentos dos processos abertos desde 1994 até 2005, com intuito de regularizar a situação dos usuários, gerando um perfil epidemiológico da deficiência e facilitar o recadastramento dos usuários, onde o processo recebe um número contínuo, independente do módulo de inscrição, melhorando assim o direcionamento das ações tanto a nível preventivo quanto de reabilitação. Foi criado ainda, o cartão do deficiente

e a carteira de controle de concessões, bem como o termo de recebimento e responsabilidade com a finalidade de acompanhar as atividades desenvolvidas e a evolução de cada usuário.

Em relação ao módulo ortopédico, no ano de 2005 foram atendidos um total de 348 usuários, como proposta para redução do contingenciamento de uma demanda reprimida que se formou. Deste montante, 7% eram do interior do Estado, num total de 18 usuários, em relação a 271 pacientes da capital, que gera em torno de 79%, ficando 21% restante, representado por 59 processos que estavam na fila de espera. Nesse período foram concedidos 516 equipamentos entre órteses e próteses, sendo 16 próteses de MMii, 48 cadeiras de rodas, 147 muletas, 21 carrinhos especiais, 37 calçados ortopédicos, 19 andadores e 06 órteses (coletes), além de 18 colchões caixa de ovo.

No mesmo ano foi atendido uma demanda de 163 pacientes divididos em 12 meses, resultando uma média de 13,5 pacientes/mês. Este número de atendimentos tem diminuído com os anos devido à redução do número de concessões. Os pacientes receberam atendimentos e acompanhamentos fisioterápicos, orientações relativas ao uso, manuseio e cuidados com suas próteses. Passaram 04 pacientes pelo acompanhamento fisioterápico com trabalho de adaptação de coto, dessensibilização e treino de marcha, 55 pacientes receberam orientações relativas à forma de uso e mudança de decúbito em cadeiras de rodas, 103 pacientes realizaram treinamento de marcha e orientação quanto ao uso da muleta e regulagem da altura. Foram concedidos ainda 14 colchões caixa de ovo e 02 coletes de Miwalkee.

No módulo ocular foram cadastrados 1.457 pacientes com concessões de órteses oculares (óculos), 26 próteses oculares, ficando ainda 19 próteses à conceder, em decorrência da necessidade de cirurgia reparadora (construção da cavidade orbitária) para posterior adaptação nos usuários. Forneceremos ainda 43 tele-lupas e 71 bengalas.

O módulo auditivo passará por um processo de reformulação a partir do segundo semestre de 2006 em decorrência da nova Política da Nacional através das Portarias 587 e 589, a quais preconizam a estruturação da rede estadual em atenção ao portador de deficiência auditiva. As concessões relativas a este módulo foram atendidas, exclusivamente, com recursos do tesouro Estadual, uma vez que a verba federal destinada à manutenção e atenção este segmento

(portadores de deficiência auditiva) só poderá ser designada a partir da organização e estruturação das redes estaduais o qual será nossa meta em 2006.

Outro fator importante referente a este módulo, é a diferença entre atendimento e as concessões, pois atendemos e diagnosticamos um volume muito maior em relação ao que fornecemos para a demanda reprimida formada nos últimos 3 anos, em virtude do alto custo da prótese auditiva e os equipamentos serem importados.

Em 2005 foram atendidos 196 novos usuários, sendo reavaliados um montante de 343, retirados 290 pré-moldes entre novos e antigos e fornecidos um total de 243 aparelhos auditivos, dentre os quais 145 foram biaural e 98 monoaural.

O módulo afins/ostomizados é o mais equilibrado em relação a atendimento, avaliação e concessão, apesar de já estar sofrendo influência do alto preço de mercado em relação a tabela do Ministério, as aquisições de bolsas de colostomia tem sido feita pelo menor valor de mercado R\$ 24,00 onde na tabela do Ministério é de R\$ 13,41, ou seja, uma diferença de R\$ 10,59 que significa 81,70% a mais em que o Tesouro Estadual deverá fazer a contra partida por cada Kit bolsa.

Durante o ano foram inscritos 152 usuários no período de 12 meses e desligados um total de 68 pacientes, dos quais 35 foi por cirurgia de decolostomia,, 21 óbitos e 12 usuários abandonaram o programa. Até o final do ano haviam 370 pacientes inscritos para recebimento de bolsas dos diferentes tamanhos.

Do montante de usuários que ingressaram no módulo ostomizado, 103 são pacientes temporários, ou seja, poderão ser submetidos a procedimentos cirúrgicos (decolostomia) que é a retomada das funções fisiológicas pelo transito intestinal normal, o restante dos inscritos, em torno de 49 pacientes, permanecerão no programa recebendo as concessões até o final da vida.

Ao final de 2005 o módulo contabilizou um total de 41.802 concessões, dentre as quais foram 743 bolsas de urostomia, 41.050 bolsas de colostomia, 193 pastas para escaras e 48 pós para cicatrização.

4.2.9 SAÚDE BUCAL

A SUSAM, através Coordenação Estadual de Saúde Bucal, considerando sua responsabilidade na formulação e execução de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde e, adotando a Educação Permanente como conceito pedagógico, capaz de promover a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolubilidade da atenção (Port. nº 198/GM/MS de 13.02.2004), para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, estabeleceu negociações e parcerias interinstitucionais e intersetoriais, articulando e estimulando a transformação das práticas de saúde, tendo como referência as reais necessidades das pessoas e da população. Para a concretização desse trabalho a coordenação participou e promoveu eventos (seminários, Oficinas, Encontros, Fóruns e Cursos), dos quais podemos citar:

Eventos participados:

- XVIII Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público ENATESPO
- Reunião do Fórum Permanente de Coordenadores Estaduais de Saúde Bucal – Salvador
- Reunião com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal e FUNASA –Brasília
- Capacitação de Facilitadores do Curso de Extensão/ Formação de Profissionais de Odontologia para Ações de Educação Permanente em DST/HIV/AIDS –Brasília
- Encontro de Coordenadores Estaduais de Saúde Bucal e PACS/PSF para apresentação dos resultados do Programa de Saúde da Família – Brasília.
- Oficinas do grupo de Monitoramento e Avaliação para estudo de referenciais teóricos para construção do plano Estadual de Monitoramento e Avaliação
- Oficina de sensibilização à Rede Sentinela
- Capacitação de Facilitadores do Curso de Extensão/ Formação de Profissionais de Odontologia para Ações de Educação Permanente em DST/HIV/AIDS
- Parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus na realização do Treinamento de Qualificação e Implantação das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da família do Município de Manaus.

- Apoio Técnico para realização da Oficina de Reestruturação das Ações de Promoção de Saúde Bucal do Município de São Gabriel da Cachoeira.
- Parceria com a UFAM para a realização da II Jornada Odontológica da Universidade Federal do Amazonas JOFAM.
- Realização do I Fórum Estadual de Promoção de Saúde Bucal.
- Realização do Encontro - “Experiência e Organização do Serviço Odontológico de Cuba e Acreditação na Atenção Básica” para os Coordenadores Estaduais e Municipais de Saúde Bucal e de Atenção Básica da região Norte, com a participação da Coordenadora Nacional de Saúde de Cuba e representantes da Coordenação Nacional de Saúde Indígena e Saúde Bucal.
- Realização do III Encontro de Coordenadores Municipais de Saúde Bucal.
- Realização do Seminário de Pactuação das Ações dos Facilitadores de Educação Permanente em DST/HIV/AIDS da Região Norte.
- Parceria com o Centro de Ensino Tecnológico do Amazonas (CETAM), Coordenação Nacional de DST/AIDS e Coordenação Nacional de Saúde Bucal na realização do Curso de Extensão/ Formação de Profissionais de Odontologia para Ações de Educação Permanente em DST/HIV/AIDS da Região Norte.

Outro ponto trabalhado pela coordenação estadual, foi a normatização e padronização dos serviços ofertados pelos Serviços de Pronto Atendimento – SPA, Centro de Assistência Integral a Criança – CAIC e Policlínicas, promovendo a interação entre os profissionais da rede e suas gerências, além de articular com outras instituições no sentido da melhoria das ações de saúde bucal desenvolvidas no Estado.

Paralelamente, foi trabalhada a questão do suporte e cooperação técnico-operacional aos municípios do Estado, estimulando a ampliação da qualificação das Equipes de Saúde Bucal e a implantação dos Centros de Especialidade Odontológica (CEO), assim como o acompanhamento e análise através dos sistemas de informação, das ações de Promoção de Saúde Bucal por eles desenvolvidas, buscando maior efetividade no alcance de suas metas.

Quanto ao monitoramento in loco, a coordenação esteve presente nos municípios de Manacapuru, Iranduba, Maués, São Gabriel da Cachoeira, Itacoatiara, Tefé, Humaitá, realizou um trabalho de cooperação técnica da SUSAM junto aos municípios de Parintins, Silves, Borba, Canutama, Lábrea, Tefé, Benjamin Constant, Itacoatiara, Coari, Barcelos, Caapiranga, Manaus, Presidente Figueiredo, Alvarães, Manaquiri, Anamã Itapiranga.

Unidades de Saúde Gerenciadas pelo Estado na Capital e que desenvolvem ações de Saúde Bucal:

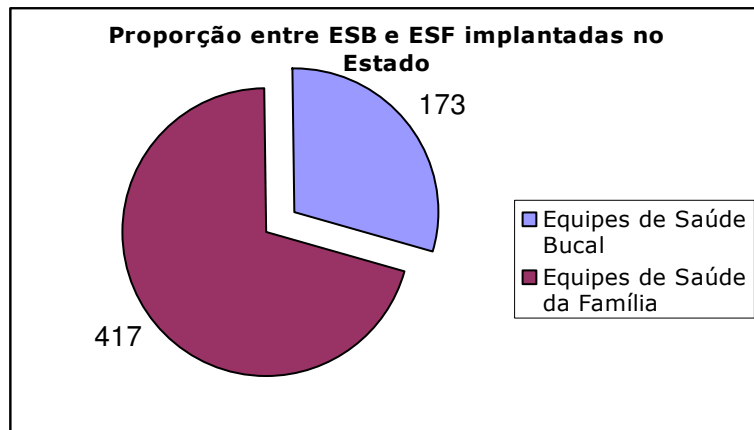
- CAIC's – 12 unidades
- CAIMI's – 3 unidades
- SPA's – 6 unidades
- Policlínicas – 3 unidades

CAIC's – Estas unidades de saúde desenvolvem ações básicas em saúde bucal e ações especializadas em bebês através da Clínica do Bebê, a qual está funcionando em todos os CAIC's, com exceção da Unidade da Compensa tendo em vista a falta de estrutura física, tendo como objetivos diminuir os problemas bucais passíveis de prevenção, e que acometem a população especialmente pela falta de orientações corretas de higiene, dieta, uso de chupetas e mamadeiras, diminuir a demanda de crianças menores de 2 anos de idade com necessidades cirúrgico-restauradoras e sensibilizar pais ou responsáveis à prática de hábitos saudáveis que promovam o bom desenvolvimento crânio-facial das crianças. Hábitos estes que interferem no bom desenvolvimento da fonação, mastigação e digestão dos alimentos, auto-estima, e por fim hábitos que impeçam o aparecimento de cáries que geram dor, desconforto e traumas em crianças que passam por essa experiência. No ano de 2005 foram atendidos 9.380 bebês.

○ ACOMPANHAMENTO DA QUALIFICAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

De dezembro de 2002 até dezembro de 2005 foram implantadas 8.341 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família, chegando a um total de 12.602 ESB (um aumento de mais de 195% no número de equipes) atuando em 3.896 municípios do País. O Amazonas encerrou o ano de 2005 com 216 Equipes de Saúde Bucal qualificadas e 161 Implantadas na modalidade I e 16 qualificadas e 14 implantadas na modalidade II. Sendo a proporção de entre equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família aproximadamente 2:4, conforme gráfico abaixo.

Figura 7

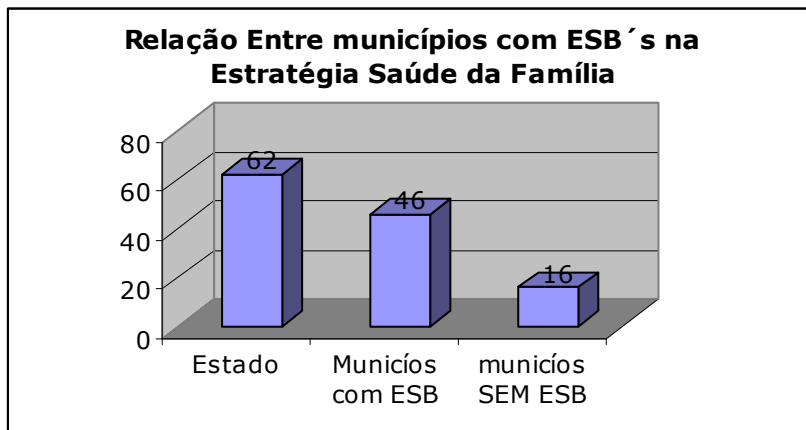


Houve neste período um acréscimo na cobertura populacional das ESB de mais de 33 milhões de pessoas, totalizando mais de 59 milhões de pessoas cobertas por estas equipes. Para alcançar esta evolução no número de ESB, os valores dos incentivos federais foram reajustados em aproximadamente 65%. A meta do Estado para este ano foi diminuir a relação entre equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família tentando garantir a proporção de 1:1, como preconiza o MS, a fim de obter a atenção integral do indivíduo

O Estado do Amazonas apresenta 74% dos municípios aderidos à Estratégia de Saúde da Família com equipes de Saúde Bucal, dos municípios que não apresentam equipes de saúde bucal, 9 deles não aderiram nem ao Programa de Saúde da Família. A cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal no Estado abrange um total de 981.378 habitantes, representando um percentual de 32% de cobertura na população do Estado.

Para se melhorar tanto em qualidade da assistência bem como no aumento do acesso faz parte do plano de trabalho desta área técnica trabalhar políticas de capacitações que sensibilizem não só os profissionais na adoção de estratégias para uma melhoria da assistência, mas também os gestores, a fim de se tornarem sensíveis à adesão de programas com incentivos específicos e ao uso estratégico dos recursos financeiros destinado à saúde do seu município.

Figura 8



Em março de 2005, já se verificava acréscimo de mais de 121% no número de equipes de saúde bucal, em comparação com dezembro de 2002. Esse incremento elevou a cobertura populacional de 26 para mais de 49 milhões de pessoas.

Visando acompanhar a Política Nacional de Saúde Bucal, o Amazonas já encontra-se no quadro Nacional com 5 municípios implantando os Centros de Especialidades Odontológicas, sendo eles São Gabriel da Cachoeira (1), Maués (1), Parintins (1), Tefé (1), Manaus (2) e Lábrea, com o processo em encaminhamento para habilitação. Todos eles estarão habilitados a realizar procedimentos de prótese dentária através dos LRPD's. Considerando que a estimativa de atendimento é de 243 próteses por mês/LRPD, com os 5 LRPD's já em implantação estima-se que se produza ao ano aproximadamente 14.580 próteses dentárias.

Durante o ano de 2005 foram realizados 2.116.956, destes 486.865 foram em procedimentos coletivos e 366.825 de 1ª consulta odontológica.

4.2.10 PROGRAMA: SAÚDE DO TRABALHADOR

O Programa Saúde do Trabalhador iniciou no Amazonas seguindo a portaria 1679/GM de setembro de 2002, com elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. Posteriormente implantou em dezembro de 2003 pela portaria 387 o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, para atendimento aos trabalhadores vítimas de acidentes e doenças do trabalho.

Durante o ano de 2005, implementou as políticas e ações de Saúde do Trabalhador buscando dar maior visibilidade ao programa, realizando em 2005 as seguintes ações:

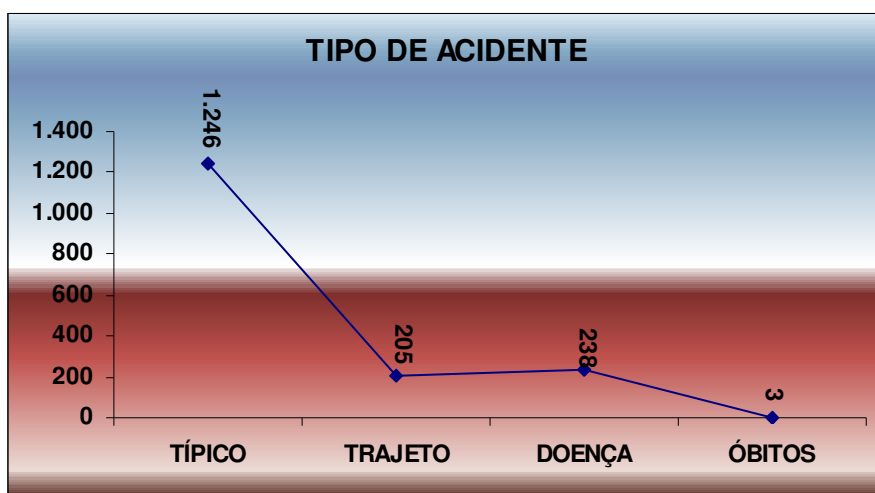
- Ações assistenciais

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, trabalha na orientação para o desenvolvimento da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador, e no atendimento das demandas dos trabalhadores referenciados e demanda espontânea.

Os dados de referência apresentado a seguir, é resultado da compilação recebida dos Pronto-Socorros 28 de Agosto e João Lúcio bem como dos SPA's Alvorada, Coroado e Zona Sul.

A produção do CEREST em 2005 foi de 2.036 atendimentos, sendo destes 1.689 notificações com abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT e 346 retornos. O número de Acidentes Típicos foi de 1.246 casos, 205 Acidentes de Trajeto e 205 de Doença do trabalho. Foram encaminhados ao INSS 1.261 casos, 209 com alta, 03 óbitos e 170 retornaram para esclarecimento, conforme figura abaixo.

Figura 9



Fonte: CEREST/AM

- Promoção e participação do Controle Social

A Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador participou das reuniões da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, com a finalidade de implementar o controle social em saúde do trabalhador. As reuniões foram trimestrais e teve como principais discussões :

1. Analisar o plano de trabalho do Programa Saúde do Trabalhador.
2. Articular a criação de mecanismos que permitam uma intervenção sistemática e contínua nos ambientes de trabalho.
3. Sugerir inspeção, fiscalização e análises de ambientes e processos de trabalho.

- Atividades realizadas pela Coordenação Estadual e CEREST com órgãos afins e instituições relacionadas a ST

Realizou em parceria com o Fórum Estadual de Saúde, Segurança e Meio Ambiente do Trabalho, a mobilização para o dia Internacional da LER/DORT e homenagem as vítimas de Acidentes e Doenças relacionadas ao trabalho, através de mobilização social.

Realizou Audiência Pública em Saúde, Segurança e Meio Ambiente do Trabalho, em parceria com o Fórum Estadual de Saúde, Segurança e Meio Ambiente do Trabalho e Sindicato dos Engenheiros Navais, com a participação dos Sindicatos dos Trabalhadores do setor aquaviário, objetivando a inclusão desse segmento nas políticas de prevenção aos riscos e agravos a saúde do trabalhador.

Participação na mobilização da Semana de luta contra o trabalho infantil em defesa dos direitos deste grupo populacional.

A Coordenação Estadual participou das Reuniões da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – RENAST, com o objetivo de implementar as políticas de Saúde do Trabalhador na região norte.

Assessorou 32 municípios para que fosse viabilizada a realização das conferências municipais de Saúde do Trabalhador.

Colaborou com a realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, com a participação de 32 municípios, onde foram abordados os eixos temáticos de grande importância para o fortalecimento do SUS, a saber:

1 Como Garantir a Integralidade e a Transversalidade da Ação do Estado em Saúde do Trabalhador?

2 Como Incorporar a Saúde dos Trabalhadores nas Políticas de Desenvolvimento Sustentável no País?

3 Como Efetivar e Ampliar o Controle Social em Saúde do Trabalhador?

A Equipe técnica da Coordenação de Saúde do Trabalhador participou da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em conjunto com os delegados elaborando propostas para garantir o desenvolvimento das ações em saúde dos trabalhadores no Amazonas.

- Capacitação e Qualificação (cursos realizados)

Curso de Sensibilização para Atenção Integral a Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos, com a participação dos técnicos da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – RENAST Amazônia.

Curso de Capacitação para Implantação da Rede Sentinela nas unidades de urgências e emergências do Estado e Município de Manaus, com a participação dos técnicos da Fundação de Vigilância em Saúde, com o objetivo de capacitar os profissionais que atuam na rede de saúde para alimentar o Sistema de Informação (SINAN).

Está em processo de viabilização o Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador pela ENSP/Fiocruz/RJ a ser iniciado após procedimentos legais em 2006.

- Visitas técnicas

Os técnicos da Saúde do Trabalhador realizaram visitas técnicas em 04 municípios (Itacoatiara, Iranduba, Manacapuru e Parintins) para sensibilização dos gestores com relação a notificação dos riscos e agravos a saúde dos trabalhadores visando implantar a Rede de Municípios Sentinela.

4.2.11 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Durante o ano de 2005, a SUSAM realizou as seguintes ações para implantação do processo de monitoramento e avaliação da atenção básica no estado:

- Nomeação do Grupo Coordenador e ampliado de Monitoramento e Avaliação
- Reunião semanal com o grupo de M & A
- Renomeação do Departamento de Políticas Estratégicas, para Departamento de Atenção Básica / Saúde da Família e Ações Estratégicas – DABE.
- Criação da Gerencia de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica,
- Criação da Gerencia de Atenção Básica/ Saúde da Família,
- Realização do Curso Introdutório em Saúde da Família para 90 Profissionais das ESF, sendo 01 descentralizado, em São Gabriel da Cachoeira e outro em Manaus para profissionais de saúde de 45 municípios, totalizando 46, com enfoque para as ações de M & A na AB.
- Participação na Oficina Macro Regional
- Realização do Seminário Estadual de M & A da Atenção Básica.

A Secretaria de Estado da Saúde através do Departamento de Atenção Básica realizou em dezembro de 2005 o Primeiro Seminário de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, tendo como público alvo os Secretários municipais de saúde; Coordenadores Municipais de Atenção Básica/ Saúde da Família e Profissionais que atuam na rede Básica de Saúde.

4.3 – VIGILÂNCIA À SAÚDE

As ações de vigilância à saúde no estado do Amazonas está sob a responsabilidade da Fundação de Vigilância à Saúde – FVS. Esta Fundação, criada em 2004 através da Lei nº 2.895, é dirigida por uma Diretoria Executiva, auxiliada por um Diretor Técnico e Diretor Administrativo-Financeiro.

Em 2005, o quadro de pessoal da FVS foi constituído por 2.215 servidores, sendo 1.483 atuando na capital e 732 no interior.

4.3.1 - DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA AOS MUNICÍPIOS

Os municípios do Estado do Amazonas certificados na gestão de Vigilância em Saúde têm encontrado dificuldades para o cumprimento das metas pactuadas, em virtude das peculiaridades da região, não sendo diferenciada das outras regiões do País.

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

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

Quadro 20 – Municípios Certificados na Gestão de Vigilância em Saúde – Amazonas 2000 a 2005.

Nº Ord.	Município	Portaria M.S.	Data
01	Alvarães	804 / GM / M.S	31.05.2005
02	Apui	224 / GM / M.S	17.03.2003
03	Autazes	006 / GM / M.S	09.12.2003
04	Barcelos	1.447 / GM / M.S	14.07.2004

05	Boca do Acre	1.447 / GM / M.S	14.07.2004
06	Borba	2.592 / GM / M.S	28.12.2005
07	Careiro Castanho	1.447 / GM / M.S	14.07.2004
08	Coari	843 / GM / M.S	27.06.2000
09	Fonte Boa	843 / GM / M.S	27.06.2000
10	Humaitá	843 / GM / M.S	27.06.2000
11	Iranduba	843 / GM / M.S	27.06.2000
12	Itacoatiara	843 / GM / M.S	27.06.2000
13	Lábrea	321 / GM / M.S	04.03.2004
14	Manacapuru	843 / GM / M.S	27.06.2000
15	Manaquiri	1.345 / GM / M.S	12.08.2005
16	Manicoré	224 / GM / M.S	17.03.2003
17	Maraã	2.592 / GM / M.S	28.12.2005
18	Maués	415 / GM / M.S	10.03.2003
19	Pauini	804 / GM / M.S	31.05.2005
20	Parintins	224 / GM / M.S	17.03.2004
21	Presidente Figueiredo	843 / GM / M.S	27.06.2000
22	Rio Preto da Eva	1.447 / GM / M.S	14.07.2004
23	Tabatinga	224 / GM / M.S	17.03.2004
24	Tapauá	1.447 / GM / M.S	14.07.2004
25	Tefé	804 / GM / M.S	31.05.2005

Dentre as ações mais relevantes realizadas pela FVS – Am, temos:

- Implantação da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas;
- Realização do Encontro com os 62 Secretários Municipais de Saúde e os Prefeitos Municipais, em Manaus, para apresentar as políticas de saúde do Estado e especificamente da Vigilância em Saúde, com as ações programáticas para 2005;
- Certificação de 6 municípios do interior do Estado (Alvarães, Borba, Manaquiri, Maraã, Pauini e Tefé), na implantação e/ou implementação das ações de Vigilância em Saúde;
- Realização de concurso público para compor o quadro de Recursos Humanos da FVS/AM;
- Contratação de recursos humanos concursados, para suprir as atividades fins da FVS/AM;
- Adequação e reforma da sede administrativa da FVS/AM em Manaus;
- Construção da sede do Distrito de Endemias da Zona Oeste no bairro de Alvorada, em Manaus;
- Adequação e reforma da sede do Distrito de Endemias da Zona Leste, no Zumbi em Manaus;
- Aquisição de equipamentos para a sede da FVS/AM e Distritos de Endemias de Manaus e interior do Estado;
- Implantação do Núcleo Estadual de Entomologia;

- Aperfeiçoamento em entomologia para os profissionais de saúde da área que atuam na Capital e no Interior do Estado;
- Implementação do Georeferenciamento em ações da malária e outras doenças transmitidas por vetores, dos Municípios de interesse epidemiológico;
- Implantação do Plano Emergencial para o Controle da Malária em Manaus e nos 16 municípios prioritários, responsáveis por 70% dos casos no Estado;
- Atualização da base cartográfica de ruas e ramais dos municípios prioritários do PLANO ESTADUAL DE CONTROLE DA MALÁRIA – PECM;
- Implementação e supervisão das 61 Gerências Municipais de Endemias e quatro Distritos de Endemias no Município de Manaus;
- Manutenção da erradicação da Poliomielite, Sarampo e Febre Amarela Urbana;
- Investigação e controle de surtos inusitados de Facíola Hepática, Hepatite, Doenças Exantemáticas, Hantavirose e Pneumonite Eosinofílica, na Capital e no Interior do Estado;
- Implementação da Vigilância Epidemiológica no Controle do Hantavírus no Estado;
- Implementação da Vigilância Epidemiológica e Controle da Doença de Chagas no Estado;
- Campanha de Vacinação no Estado, atingindo parcelas específicas da população, vulneráveis a doenças imunopreveníveis;
- Consolidação do LACEN como Laboratório de Saúde Pública;
- Manutenção do Sistema da Qualidade segundo a NBR/ISO/IEC 17025 e BPLC visando a certificação do LACEN;
- Implantação e funcionamento do Laboratório de Fronteira em Saúde Pública, em Tabatinga;
- Realização de Controle de Qualidade de Produtos para proteção do consumidor no Estado do Amazonas pelo LACEN;
- Manutenção em 13 municípios dos Sistemas de Informação da vigilância de qualidade da água para consumo humano – VIGIAGUA e SISAGUA;
- Levantamento e mapeamento de áreas com suspeita de contaminação do solo no Estado;
- Assessoramento aos municípios certificados das ações de Vigilância Sanitária;
- Implantação das ações de Vigilância Sanitária em 06 municípios;
- Implementação das ações de Vigilância Sanitária em 09 municípios;
- Intensificação de atividades de mobilização comunitária para prevenção de doenças e comportamentos da saúde na capital e interior do Estado;
- 31. Elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, para 18 estabelecimentos Assistenciais de Saúde da rede Estadual.

4.3.1 – VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Quadro 21 - Ações de vigilância sanitária realizadas, Amazonas, 2005.

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

* Comentário/Justificativas:

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

** Comentário/Justificativas:

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

Outras Ações de Vigilância Sanitária.

- Oficina de Capacitação em Monitoração e Fiscalização de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária – realizado de 05 a 07 de dezembro. Clientela: Técnicos do DEVISA / GPROVI/GSERVIS: 20 (5-niv.sup.), (15-niv.méd.):
- Monitoramento de Fitoterápicos: foi efetuada análise microbiológica.
- Monitoramento de água sanitária: foi efetuada análise físico-química.

- Colaboração com o Programa de Alimento Seguro (PAS) junto ao SEBRAE, através de um técnico especialista em alimentos o qual funcionou como instrutor/facilitador em treinamento de Boas Práticas de Manipulação e Procedimentos Operacional Padrão para técnicos de nível médio: 22 e nível superior (1), da capital. Clientela proveniente da VISA/Estadual, VISA/Manaus e Secretaria Municipal de Abastecimento de Mercados e Feiras.

4.3.2 – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Controle das doenças imunopreveníveis.

Quadro 22 - Doses de Vacinas Aplicadas de Rotina, 2005.

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

Fonte: DVE / GEIM

Quadro 23 – Doses de Vacinas Aplicadas em Campanhas, 2005

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

Fonte: DVE / GEIM

Quadro 24 – Ações típicas de vigilância epidemiológicas realizadas

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

FVS – AM / DVE.

4.3.2.1 – DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - DNC

Quadro 25 – Evolução dos Casos Novos de Doenças Confirmadas - Amazonas, 2001 – 2005.

DOENÇAS	2001	2002	2003	2004	2005
AIDS	231	186	88	350	229
Cólera	0	0	0	0	0
Coqueluche	45	145	97	69	79
Dengue	19.318	2.159	3.771	861	943
Difteria	4	4	5	0	0
D. Exantemática	151	12	19	3	3
D. Chagas	0	0	1	11	2
Febre Amarela	6	3	0	3	2
Febre Tifóide	132	94	43	60	53
Hantavirose	0	0	0	3	1
Hanseníase	1.094	1.082	1.330	1.170	907
Leishmaniose tegumentar	2.400	2.315	3.952	2.220	1.791
Leptospirose	31	21	43	49	41
Malária	49.297	71.165	143.035	147.834	215.582
Meningite	408	391	360	268	237
Doenças Diarréicas Agudas	73.466	86.516	87.500	73.764	94.897
Paralisia Aguda Flácida	0	0	0	0	17
Pneumonite Eosinofílica	111	0	25	37	103
Raiva Humana	0	0	0	0	0
Rubéola Congênita	2	1	0	0	3
Sarampo	0	0	0	0	0
Tétano Acidental	24	19	12	13	11
Tétano Neonatal	4	2	0	0	0
Tuberculose	2.408	2.315	2.407	2.699	2.655

Fonte: FVS – AM / DVE.

I- Doenças transmissíveis com tendência descendente

Ao fazermos uma análise desse quadro, podemos observar que em 2005 a incidência de Difteria vem declinando, não houve nenhum caso notificado, a estratégia utilizada para o controle dessa doença é o fortalecimento da vigilância e a elevação da homogeneidade das coberturas vacinais com DTP e/ou tetravalente, em pelo menos 90%.

A coqueluche vem apresentando uma expressiva redução em função da introdução da vacina tríplice nas campanhas de vacinação e de rotina estabelecida pelo PNI. Foi notificado em 2005, 79 casos de coqueluche no Estado

Em 2005 foi notificado no estado 11 casos de Tétano Acidental com 04 (quatro óbitos) e com uma letalidade de 36,36%. Em relação a ocupação, a maior ocorrência de casos está relacionada a classe trabalhadora na agricultura e do grupo estudantil.

Em relação ao Tétano Neonatal, em 2005 não houve caso.

Em 1994 o Brasil recebeu o Certificado de Interrupção da Transmissão Autóctone do Vírus Selvagem da Poliomielite. Essa interrupção aconteceu devido, principalmente, a implementação da vigilância, prevenção e controle de doenças, entre elas; coberturas vacinais adequadas (95%), sistema de vigilância atuante e sensível (realizando notificação e investigação de todos os casos de Paralisia Flácida Aguda/PFA em menores de 15 anos) e específico (diagnóstico laboratorial com a coleta de duas amostras de fezes em dias consecutivos. O Amazonas sempre extrapola a meta de casos esperados, 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 anos e tem mantido os indicadores de qualidade de investigação oportuna em 48 horas, coleta adequada de duas amostras de fezes e manutenção da notificação negativa oportuna, em torno ou acima de 80%.

Em 2005 no estado, foram notificados 17 casos de PFA.

No Amazonas o Sarampo apresenta a mesma tendência epidemiológica do país. No período de 2001 a 2005 o número de casos se manteve em zero.

Em 2005, foram notificados 03 casos confirmados de rubéola, dois em Presidente Figueiredo e um no município de Manaus, todos os três do sexo masculino.

Em 2005 não houve caso confirmado de rubéola em mulheres.

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

No Amazonas a vigilância epidemiológica da Doença de Chagas deverá ser implantada e sistematizada no ano de 2006, será realizado também inquérito sorológico. Em 2005, foram notificados dois casos, um de Manaus e outro de Manacapuru.

Em 2005, foram registrados 53 casos de Febre Tifóide no Estado (dados sujeito a revisão). Nos últimos anos o município de Autazes tem sido o mais atingido, onde ocorre surto repetido da doença.

II- Doença Transmissíveis com Quadro de Persistência

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

No estado, 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.

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

Meningite por *Haemophilus* representa problema de Saúde Pública, comprometendo principalmente crianças e adolescentes. Todos os casos suspeitos, independentes dos agentes etiológico, são de notificação compulsória e de investigação obrigatória.

No Amazonas, a vacina contra o *Haemophilus Influenzae* foi implantada em 1999, garantindo menor incidência por este agente. Na distribuição da incidência de Meningite por Hib é maior nas crianças menores de um ano, seguida da faixa etária de um a quatro anos, embora essa incidência esteja reduzindo durante os anos, pode ser em consequência do impacto da vacina.

A Leishmaniose Tegumentar Americana é uma doença provocada por um protozoário, o qual é transmitido pela picada de um mosquito (*Lutzomyia* spp). Dependendo da espécie provoca dois quadros distintos: a Leishmaniose Tegumentar (leishmaniose tegumentar americana, úlcera de Bauru, nariz de tapir, botão do oriente, ferida brava) e a Leishmaniose Visceral (leishmaniose visceral americana, calazar, esplenomegalia tropical, febre Dundum). A doença originalmente estava restrita ao ambiente silvestre ou em pequenas localidades rurais. Todavia, a transformação ocorrida no meio ambiente, como desmatamento, expansão das áreas urbanas e condições precárias de habitação e saneamento, está causando uma incidência crescente desta enfermidade em centros urbanos de médio porte, em área domiciliar ou pré domiciliar.

A detecção de casos de LTA nos últimos anos tem sido preocupante nos municípios de Rio Preto da Eva, Itacoatiara e Presidente Figueiredo, que, junto com Manaus, foram responsáveis, em 2005, por 1206 (72%) casos dos 1791 registrados no estado. Esses municípios apresentam com características comuns o fato de estarem ligados por rodovia a Manaus.

A Febre Amarela Silvestre ocorre com maior frequência no nosso estado no primeiro semestre do ano, que corresponde à temporada de chuvas, com oscilação de temperatura entre 18 ° a 34° e umidade relativa do ar em torno de 80%, o que proporciona condições extremamente favoráveis ao desenvolvimento de mosquitos transmissores de enfermidades. A faixa etária com percentual maior de ocorrência fica entre adultos e jovens de 15 a 40 anos. A distribuição por sexo e faixa etária se explica pela exposição ocupacional (agricultura, garimpo etc) e outras relacionadas ao ambiente silvestre, (pesca, caça, etc...). No ano de 2005 houve diagnóstico de dois casos de Febre Amarela.

A vacina contra a Febre Amarela foi implantada no Estado em 1996 para toda a população a partir dos seis meses de idade, de acordo com informações do PNI-Am na série histórica de 1996 a 2005 a cobertura acumulada é de 116,7%.

Nos últimos anos foram notáveis as conquistas no que se refere a prevenção e ao controle das hepatites Virais. Com a identificação dos agentes virais, o desenvolvimento de testes laboratoriais específicos, o rastreamento dos indivíduos infectados e o surgimento de vacinas protetoras. A expansão da cobertura vacinal no que se refere à Hepatite B e a substancial

melhoria das condições sanitárias, entre outros, foram fatores decisivos que muito contribuíram para essa modificação.

A Região Amazônica tem um padrão de alta endemicidade de Hepatite. No Estado do Amazonas, no período de 2000 a 2005, pode-se observar uma alta incidência de casos, em 2004, 95%, em 2005, 41,6% (dados sujeitos a revisão) por 100.000 habitantes.

A vacina contra a Hepatite B foi implantada no Amazonas em 1992 nos menores de 5 anos e em 2001 ampliada para os menores de 20 anos, com cobertura adequada de 95%.

A Leptospirose é uma doença de caráter sazonal, intimamente relacionada a períodos chuvosos, quando há elevação dos índices pluviométricos conseqüentemente há aumento na incidência de casos da doença. É uma doença endêmica, sendo comum o surgimento de casos isolados ou de pequenos grupos de casos, tornando-se endêmica sob determinadas condições, tais como umidade e temperaturas elevadas e altas infestações de roedores contaminados. Em 2005 tivemos 41 casos no Amazonas (dados sujeitos a revisão).

III- Doenças Emergentes e Reemergentes

No período de 1998 a 2005, observamos um padrão sazonal de incidência elevada, dos casos de Dengue 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. No estado a maior incidência dos casos foram na faixa etária de 20 a 49 anos, não havendo diferença na incidência entre os sexos. Em 2005, foram notificados 943 casos de dengue clássica com quatro de FHD, e a maior incidência de dengue foi na Zona Centro-Sul e Sul.

A cólera é uma infecção intestinal aquosa causada pela enterotoxina do *Vibrio Cholerae*.

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

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

A Hantavirose é uma doença grave e aguda com alta taxa de letalidade, cujo nome tem origem no rio Hantan na Coreia, onde vários soldados americanos adoeceram durante a guerra dos anos 50, manifesta-se sob a forma renal, com febre hemorrágica, e sob forma pulmonar. A hantavirose é uma das zoonoses que vem preocupando as autoridades sanitárias de todo o mundo. Sua ocorrência se deve principalmente, a distúrbios ecológicos, destacando-se os desmatamentos.

No Amazonas o primeiro caso foi registrado em 2004 no município de Itacoatiara, onde foram totalizados três casos, sem óbitos e 2005 ocorreu um caso em Maués, também sem óbito.

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 vômito febre e dor abdominal. Em geral é autolimitada, tende a curar espontaneamente, com duração até 14 dias, e sua gravidade depende da presença e intensidade da desidratação.

O Ministério da Saúde criou o Sistema de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas.

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

4.3.3 – VIGILÂNCIA AMBIENTAL E CONTROLE DE DOENÇAS

Quadro 26 – Ações Específicas de combate à Malária realizadas em 2005.

Ações de controle da Malária	Produto	Localidade
------------------------------	---------	------------

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

IV- Doença Ambientalmente Transmissível:

Em 2005 tivemos 1.146.356 coleta e exame de lâminas para diagnóstico da Malária no Estado onde foram diagnosticados e tratados 272.051 casos.

Quadro 27 – Ações Específicas de combate à Dengue, realizadas em 2005

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

Quadro 28 – Ações de Controle de Zoonoses, 2005

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

Quadro 29 - Outras ações de Vigilância Ambiental, 2005.

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

4.4.4 - LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA - LACEN

Quadro 30 - Exames realizados de apoio às Vigilâncias em Saúde

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

Formação e capacitação de Recursos Humanos.

Capacitação de Recursos Humanos – a FVS/AM realizou cursos de capacitação para gestores, gerentes, supervisores e agentes de endemias, totalizando em 4.660 pessoas, sendo 327 do nível superior e 4.333 do nível médio.

4.4 – ASSISTÊNCIA À SAÚDE

4.4.1 – ACESSIBILIDADE

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

Neste contexto, trabalhar a acessibilidade em um ambiente tão singular como o estado do Amazonas será sempre considerado como um grande desafio a ser alcançado pelo sistema de saúde. Barreiras existem e não são poucas: geográficas, culturais, financeiras, políticas, estruturais, dentre outras.

Enquanto estratégia para melhorar a acessibilidade a SUSAM desenvolve ações como: apoio técnico para inserção de equipes de saúde da família nos municípios, implantou serviços estratégicos no interior e ampliou a rede de média complexidade na capital.

A seguir mostraremos a evolução da cobertura assistencial através do PACS/PSF.

4.4.4.1 - PROGRAMA ESTRATÉGICO PARA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO AMAZONAS

A estratégia saúde da família foi sendo introduzida no Amazonas de forma progressiva resultando em aumento na cobertura assistencial. As tabelas a seguir dão conta dessa evolução que iniciou em 1998 com a implantação do PACS e posteriormente com a estratégia Saúde da Família.

Quadro 31 - Evolução quantitativa de municípios com ACS, ESF e ESB implantados no período de 1998 à 2005 no Estado do Amazonas.

Profissionais/Equipes	Municípios/Ano							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ACS	25	44	55	59	62	62	62	62
Nº ESF	-	20	30	42	44	44	46	51
Nº ESB	-	-	-	11	18	28	32	45

Fonte: Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas – DABE 2005.

O Programa de Agente Comunitário da Saúde - PACS, foi implantado em 1998 inicialmente em 25 municípios. Em 2005, chegou a 100% de cobertura municipal.

A partir de 1999, as Equipes de Saúde da Família - ESF foram implantadas atingindo inicialmente apenas 20 municípios chegando em 2005 com 51 municípios. As Equipes de Saúde Bucal somente tiveram seu início em 2001 cobrindo 11 municípios do Estado, crescendo progressivamente, totalizando 45 municípios no ano 2005.

No ano de 2005 houve um aumento importante no número de municípios com equipes de saúde da família em relação ao ano anterior, que passou de 46 para 51 municípios, representando um acréscimo de 10,8%.

Quadro 32 - Evolução quantitativa do número de ACS, ESF e ESB no estado do Amazonas, período de 1998 à 2005

Profissionais/Equipes	Número de Profissionais/Equipes							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nº ACS	1006	3356	4674	4893	5039	5091	5.215	5631
Nº ESF	-	38	63	189	283	318	346	417
Nº ESB	-	-	-	22	37	68	104	173

Observação:

* Os dados de 2005 são referentes a competência de Dezembro de 2005 (SIAB / FINANCEIRO).

** Na competência Dezembro/05, o município de Atalaia do Norte , ficou sem produção no SIAB por falta de informação em tempo hábil.

O quadro de evolução acima nos mostra que houve um aumento no número de Equipes de Saúde da Família no ano de 2005 em relação a 2004, correspondendo a 20% de acréscimo.

Outro dado importante de ser registrado é a redução da razão na relação entre ESB e ESF, que passou de 0,3 para 0,4, ressalte-se que o Ministério da Saúde trabalha com a idéia de 1 ESB para cada ESF.

Quadro 33 - Evolução da Cobertura Real de pessoas assistidas pelo Saúde da Família, no período de 1999 à 2005, no Estado do Amazonas.

Ano	Nº de pessoas	População	%
1999	21.088	2.580.839	0,82
2000	158.656	2.812.557	5,64
2001	622.910	2.900.218	21,48
2002	985.795	2.961.804	33,28
2003	1.138.871	3.031.079	37,57
2004	1.143.122	3.100.136	36,87
2005	1.358.194	3.232.319	42,02

Fonte: Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

*Os dados de 2005 são referentes a competência de Dezembro do referido ano (SIAB / FINANCEIRO).

Quanto à cobertura das Equipes de Saúde da Família, em 2005, verificamos um aumento de 5,15% em relação a 2004.

4.4.2 – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

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 e da PTSAS 123, de fevereiro de 2005, que altera o artigo 7º da PT SAS 210(Cardiovascular), PT GM 1168 e PT SAS 211 (Nefrologia) e PT GM 1169 e PT SAS 95, de fevereiro 2005 que revogou a PTSAS 213 de junho de 2004 (Traumato-Ortopedia), para definição das reais necessidades do Estado. Em fevereiro de 2005 ocorreu a II Oficina Nacional da Alta Complexidade para os ajustes finais, com elementos de flexibilização das exigências nas Portarias da Cardiologia e Nefrologia e a discussão da nova Portaria da Traumato-Ortopedia. Foi apresentada a Política da Saúde Auditiva.

Conseguimos cumprir o prazo e os processos foram enviados para análise pelos Técnicos da Coordenação Geral da Média e Alta Complexidade/ SAS / MS.

Ofertamos várias Unidades Assistenciais aos usuários do SUS, descentralizando a Atenção, disponibilizando de maneira regulada ações de Média Complexidade.

Inaugurações :

Foram inauguradas e postas em funcionamento acrescentando à Assistência as seguintes Unidades :

- Farmácias Populares – 2
- Policlínica João dos Santos Braga : Média Complexidade Ambulatorial :
- Serviço de Pronto Atendimento Joventina Dias no Distrito de Saúde Oeste -Urgência :
- Unidade de Terapia Intensiva da Fundação Hospital Geral Adriano Jorge
- Pronto Atendimento Psiquiátrico “Humberto Mendonça”
- Fundação CECON : Reestruturação completa

4.2.2.2 - CREDENCIAMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE :

Avançamos bastante na Política Nacional de Alta Complexidade em 2005:

1- Certificando 2 Hospitais Universitários como Hospitais de Ensino :

- a) Hospital Universitário D.Francisca Mendes – PR Interministerial 50, 03 de janeiro de 2005;
- b) Hospital Universitário Getúlio Vargas, Portaria Interministerial 2091, de 21 de outubro 2005.

2- Credenciamos como Unidade Assistencial de Alta Complexidade em Cardiologia :

Hospital Universitário D.Francisca Mendes – PT SAS 409, de 3 de agosto de 2005 em 4 conjuntos abaixo relacionados –

- Cirurgia Cardiovascular
- Cirurgia Vascular
- Procedimentos de Cardiologia Intervencionista
- Procedimentos Endovasculares Extracardíacos
- Eletrofisiologia, acrescentando o montante de R\$ 1 630 663,17 ao teto estadual, homologação publicada através da PT GM 1334, de 11 de agosto de 2005.

3- Credenciamos as Unidades de Terapia Intensiva :

a) Materna :

- Maternidade Ana Braga – 10 leitos
- Maternidade Balbina Mestrinho – 7 leitos

b) Pediátrica :Hospital Infantil Dr. Fajardo – 5 leitos

Quadro 34 - Contratos para execução de Cirurgias Cardíacas Adultas e Pediátrica

TIPO	PACOTES DE CIRURGIA CARDÍACA	QUANT.
I	Coarctação da Aorta	20
	Confecção de bandajás da artéria pulmonar	
	Canal arterial persistente	
II	Comunicação Intratrial	20
	Comunicação Interventricular	
	Redirecionamento do fluxo sanguíneo	
	Cirurgia Multivalvar	
	Comissurotomia Valvar	
	Plastia Valvar	
	Trocar Valvar	
III	Ampliação de (Anel Valvar, Grandes Vasos átrio, ventricular)	20
	Correção da Cardiopatia Congênita, Cirurgia Valva	
	Correção da Cardiopatia Congênita, Revascularização miocárdica	
	Ressecção Infundíbulo, Septo, Membrana	
	Transposição (Vasos e Câmaras)	
TOTAL		60

Co

ntratação de pessoa jurídica para a prestação de serviços médicos especializados em cirurgia cardíaca adulta e pediátrica para atender a demanda reprimida de adulto portadores de cardiopatia congênita, com indicação cirúrgica, em razão de não haver credenciamento no sistema público de pessoa física ou jurídica de direito público ou privado com capacidade de realização dos referidos serviços.

Perfazendo um valor de R \$ 1.736.716,80

Triagem Neonatal :

Atingimos 70% de cobertura do Programa Nacional de Triagem Nacional cuja abrangência foi ampliada para 47 municípios do interior do estado.

Capacitando todos os postos de coleta da Capital e do Interior, qualificando a Equipe Técnica do SRTN- Serviço de Referência em Triagem Neonatal na APAE –SP e restringindo a zero as coletas para os exames em 30 dias.

A dispensação de insumos foi garantida sem problemas através da CEMA – Central de Medicamentos do Amazonas.

Projetos Aprovados no FNS / MS :

- Manutenção de equipamentos para as UTI Pediátricas
- Compra de Equipamentos para o Programa de Assistência Domiciliar de Média Complexidade – “Saúde em Casa”
- Recursos para Cursos de Capacitação de Profissionais da Saúde em todos os níveis de Atenção
- Projeto de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade, dentro do exigido na
- Portaria 486, de março de 2005., cuja homologação está na PT GM 2368, de dezembro 2005, no valor de R\$ 3 232 330,00.

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

BANCO DE OLHOS

A metodologia seguida pelo Banco de Olhos do Amazonas fundamenta-se na atitude humanitária e solidária prestada à família dos doadores de córnea no momento da perda de seu ente querido.

O Banco presta serviço de qualidade em todos os processos que envolvem os procedimentos realizados com o órgão de doação.

Desde o início das atividades em julho de 2004 até o presente momento, 74 córneas foram doadas ao Banco de Olhos do Amazonas (BOA) e 51 pacientes foram beneficiados com a cirurgia de transplante de córnea, pelo SUS, saindo da lista de espera.

No ano de 2004 o BOA captou 22 córneas e em 2005, 52 córneas (70% do total de córneas doadas), fato que anima e estimula bastante a equipe do BOA.

4.4.4.2.3 – AÇÕES E SERVIÇOS EXECUTADOS PELAS FUNDAÇÕES

Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – HEMOAM

A revisão da Missão do HEMOAM teve como norteador o propósito de alinhar a organização cada vez mais com o que desejam seus clientes atuais e potenciais.

ÁREAS DE ATUAÇÃO

As áreas para as quais foram criadas diretrizes, metas estratégicas e ações, realizadas no exercício de 2005, estão a seguir relacionadas. Com a finalidade de facilitar a compreensão sobre cada área, apresentamos a seguir sinopse de cada uma:

HEMATOLOGIA

Compreende um conjunto de ações voltadas para melhoria do atendimento hematológico prestado à pacientes portadores de patologias do sangue. São prioridades na Área de Hematologia: o atendimento ambulatorial e hospitalar; a assistência nas áreas de Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Fisioterapia; o atendimento domiciliar a pacientes; o controle de infecções hospitalares; a educação de grupos familiares quanto ao tratamento em domicílio dos pacientes portadores de anemia falciforme; a implantação do serviço de transplante de medula óssea, o controle de anemias carenciais em Manaus, a modernização do Serviço do Prontuário do Paciente e o tratamento de coagulopatias no Interior do Estado.

HEMOTERAPIA

Compreende um conjunto de ações na área do ciclo do sangue que objetiva garantir o suprimento hemoterápico, sangue e Hemocomponentes para todo o Estado do Amazonas; atuando no recrutamento, cadastro, triagem de doadores, coleta, tratamento, fracionamento e distribuição do sangue. O aumento do volume de doadores de repetição; a descentralização da coleta de sangue; a implantação de um serviço de atendimento voluntário; a expansão do número de Unidades de Coleta e Transfusão no Interior do Estado; o controle de qualidade; a assistência médica aos doadores de sangue, a descentralização no atendimento de gestantes Rh(-) e a realização de campanhas educativas em favor da doação de sangue são prioridades que integram o programa.

ANÁLISES CLÍNICAS

Compreende um conjunto de ações que visam ampliar a capacidade de atendimento, implantar novos laboratórios, além de buscar a certificação da ISO9000/2001 nos processos do laboratório. Como prioridades deste programa constam: busca de novos mercados e ampliar o volume de exames laboratoriais; manter os laboratórios de HLA, hemostasia, hematologia, bioquímica, hemoglobinopatia, imunologia e hormônios; implantar os laboratórios de discriminação de citogenética e bacteriologia; melhorar o fluxo de distribuição de amostras para todos os laboratórios do Hemoam; modernizar os controles e a comunicação entre os laboratórios e ampliar o repertório de exames.

ENSINO E PESQUISA

Compreende um conjunto de ações voltados para o ensino, pesquisa e a produção científica em hemoterapia e hematologia. A formação profissional, a produção de conhecimentos e a realização de pesquisa sobre patologias hematológicas, desenvolvimento de novas tecnologias para o diagnóstico de infecções virais e doenças transmissíveis pelo sangue fazem parte deste Programa como prioridades para melhorar a eficiência e eficácia dos serviços hematológicos e hemoterápicos prestados à população.

ADMINISTRAÇÃO

Constituído de ações que objetivam a modernização da gestão de recursos financeiros, com ênfase na captação alternativa de recursos. É prioridade deste programa controlar gastos; fortalecer a receita própria; identificar e buscar novas fontes de financiamento de projetos e parcerias em favor da missão da Instituição; monitorar o comportamento da Receita e da Despesa institucional por fonte de recursos; acompanhar o comportamento do faturamento Institucional relativo a oferta de produtos para o Sistema Único de Saúde e para organizações privadas de saúde. Neste programa estão incluídas ações voltados para valorização dos recursos humanos da Fundação tem, entre outros, as seguintes prioridades: elaborar e implantar plano para a melhoria da qualidade e capacitação dos recursos humanos; investir na motivação dos colaboradores com a implantação do plano de avaliação de desempenho; investir na saúde ocupacional dos servidores.

DIRETRIZES ESTRATÉGICAS

As diretrizes apontadas para execução das atividades desenvolvidas pela Fundação Hemoam buscam atender as demandas sociais com vista ao enfrentamento de problemas relacionados ao sangue, de modo a superar ou evitar as causas identificadas. Como resultado do processo de busca e desenvolvimento de alternativas de solução foram adotadas ações que estão contribuindo, no todo ou em parte para atender a demanda, bem como, elevar o índice de desempenho da Instituição.

Desta forma, as diretrizes que estão sendo desenvolvidas para obtenção de resultados e benefícios gerados à sociedade, estão voltados para:

1 – Consolidar e expandir a atuação, oferecendo novos serviços e ampliando a utilização da capacidade instalada.

A consolidação da atuação do HEMOAM é a partir de bases relativas à política de atendimento ao cliente, onde humanização e treinamento nortearão os rumos.

A expansão da atuação também estará apoiada na política de satisfação do cliente, visto que toda instituição de Hematologia e Hemoterapia, antes de buscar a ampliação de sua ação, precisa garantir, via de regra, o equivalente aumento no número de doadores.

2 – Melhorar continuamente os processos finalísticos.

Significa buscar, dia após dia, o crescimento qualitativo dos produtos e serviços do HEMOAM, agregando continuamente valor para o cliente.

3 – Melhorar continuamente os processos de apoio.

Para que a Fundação caminhe rumo à excelência, sua atividade fim precisa estar apoiada em uma atividade-meio adequada às suas necessidades.

4– Aumentar e diversificar as receitas, agilizando sua utilização.

As restrições orçamentárias e financeiras que dificultam a execução das políticas relativas à Hematologia e Hemoterapia serão enfrentadas, em primeiro lugar, pelo aumento e diversificação das receitas, bem como pela agilização da sua utilização.

A agilização da utilização das receita objetiva assegurar o suprimento dos insumos críticos e contribuir para a redução de gastos, pela prática de menores prazos para compra e pagamento, resultando na obtenção de melhores preços.

5 – Reduzir os custos dos processos da instituição.

O segundo enfrentamento das restrições orçamentárias e financeiras que dificultam a execução das políticas relativas à Hematologia e Hemoterapia ocorrerá através da redução dos custos operacionais. Esta redução não se mostra incompatível com o propósito de crescimento da atuação, uma vez que não se trata pura e simplesmente da diminuição de despesas, mas da redução dos custos dos produtos e serviços e dos respectivos processos finalísticos e de apoio que lhes dão origem, tanto no que diz respeito aos níveis atuais, quanto aos futuros.

6 – Expandir e consolidar a estrutura e logística da Hemorrede, com ênfase para a descentralização dos serviços.

O aumento da atuação do HEMOAM, sem comprometer a qualidade dos produtos e serviços, requer a consolidação da infra-estrutura e logística da Fundação, através da aquisição de equipamentos, e reformas prediais.

7 – Implantar modelo de gestão de pessoas voltado para a excelência do desempenho.

O modelo a ser adotado terá como norteador de suas iniciativas a busca da excelência do desempenho, e se apoiará em três pilares básicos: Sistema de Trabalho, Desenvolvimento e Capacitação dos Colaboradores e Qualidade de Vida.

8 – Promover a Imagem Institucional através de Política de Comunicação e Marketing.

A Política de Comunicação e Marketing do HEMOAM deverá promover a imagem institucional para atingir os seguintes objetivos:

1. Oferecer informações acessíveis para a população (financiadora de toda ação pública).

2. Aumentar o número de doações voluntárias.

3. Facilitar a captação de novas fontes de receitas.

9 – Implantar modelo de Gestão Estratégica para a Excelência, obtendo reconhecimentos externos.

As constantes mudanças tecnológicas do mundo atual serão enfrentadas pelo HEMOAM através da adoção de modelo de gestão estratégica voltada para a excelência do desempenho organizacional.

10 – Obter reconhecimento como entidade de Ensino e Pesquisa.

A busca da excelência deverá alcançar também o Ensino e Pesquisa, devendo-se definir as linhas de pesquisa e procurar financiamentos internos e externos para condução de projetos que busquem o desenvolvimento científico e tecnológico da Instituição.

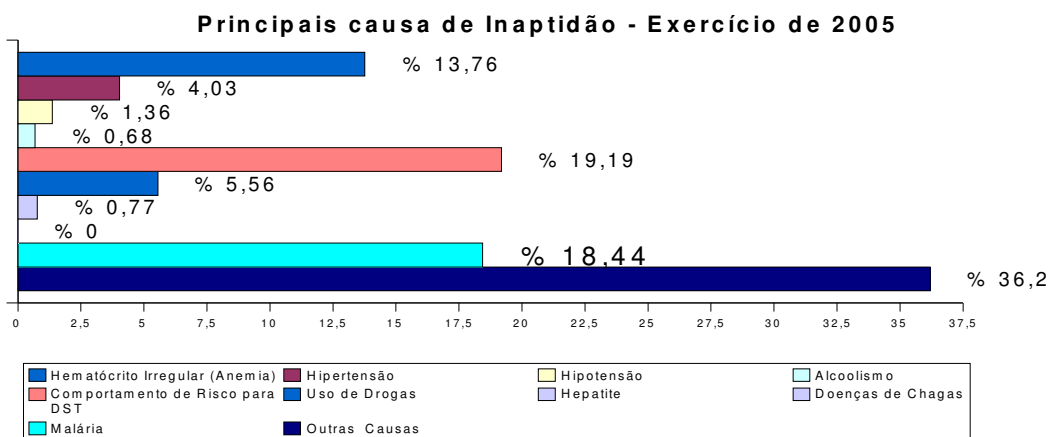
DOAÇÕES

Tabela 1 - Volume de Candidatos à Doação, 2005

Mês	QUANTIDADE CANDIDATOS	%
Janeiro	6.742	10,48
Fevereiro	4.792	7,45
Março	5.331	8,28
Abril	4.703	7,31
Maiο	5.074	7,88
Junho	6.475	10,06
Julho	5.593	8,69
Agosto	5.805	9,02
Setembro	5.700	8,86
Outubro	4.482	6,96
Novembro	5.489	8,53
Dezembro	4.168	6,48
TOTAL	64.354	100

Fonte: Gerência de Estatística

A Fundação recebeu no exercício de 2005, 64.354 candidatos à doação, com a maior frequência no mês de janeiro de 10,48%, devido as campanhas realizadas neste período e a menor frequência no mês de dezembro com 6,48%, pode-se entender que essa menor frequência seja pelo fato das festividades de final de ano.



TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES

Tabela 2 – Volume de candidatos à doação por categoria, 2005.

CATEGORIA	QUANTIDADE DE CANDIDATOS	%
Aptos	49.677	77,19
Inaptos	14.677	22,81
TOTAL	64.354	100

Fonte: Gerência de Estatística

Do universo de 64.354 candidatos à doação, 77,19 % foram considerados aptos na triagem clínica, enquanto que 22,81 % foram considerados inaptos.

TIPOS DE DOAÇÃO

Tabela 3 - Volume da Doação, segundo o motivo da doação, 2005.

MOTIVO	QUANTIDADE DE CANDIDATOS	%
VOLUNTÁRIO/ESPONTÂNEO	27.635,00	55,63
REPOSIÇÃO	22.042,00	44,37
TOTAL	49.677,00	100

Fonte: Gerência de Estatística

Do total de candidatos aptos a doação, 55,63% doaram de forma espontânea e 44,37% fizeram doação de reposição.

INAPTIDÃO NA TRIAGEM CLÍNICA

Tabela 4 - Principais causas, 2005.

INAPTIDÃO CLÍNICA (*)	QUANTIDADE	%
Hematócrito Irregular (Anemia)	1484	13,76
Hipertensão	435	4,03
Hipotensão	147	1,36
Alcoolismo	73	0,68
Comportamento de Risco para DST	2070	19,19
Uso de Drogas	600	5,56
Hepatite	83	0,77
Doenças de Chagas	0	0
Malária	1989	18,44
Outras Causas	3905	36,2
TOTAL	10786	100

Fonte: Gerência de Estatística

(*) Nas causas de Inaptidão na triagem Clínica não estão inclusas a inaptidão do interior.

A principal causa de inaptidão para doação detectada na triagem clínica corresponde à 19,19% dos casos de comportamento de risco para DST. Destaca-se que outras causas agregadas contribuíram com 36,2% para inaptidão. Dentre estas causas aparecem com maior

frequência o uso de medicamentos, ausência de alimentação, alergia, insônia, gripe e lesões dermatológicas .

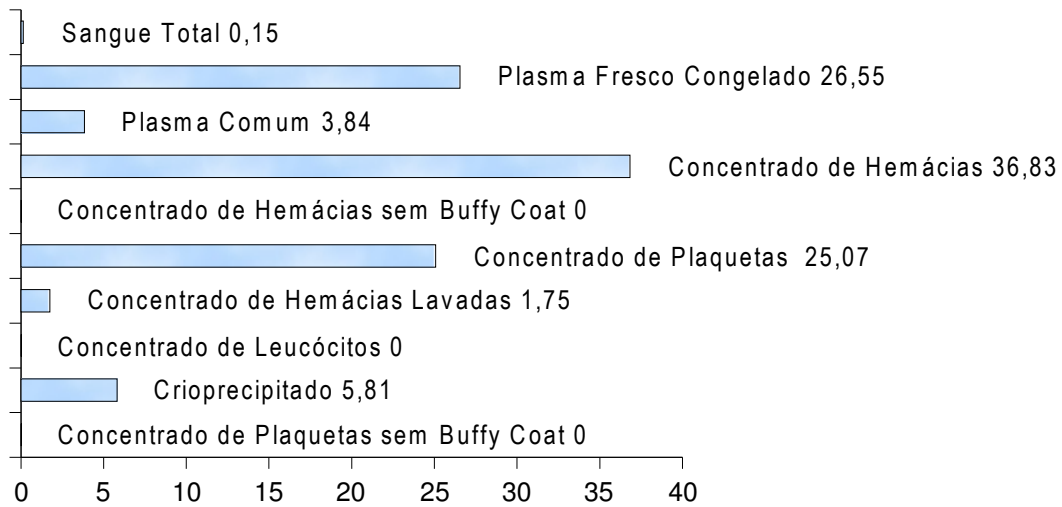
Tabela 5 - HEMOCOMPONENTES PRODUZIDOS

HEMOCOMPONENTES	QUANTIDADE DE BOLSA	%
Sangue Total	177	0,15
Plasma Fresco Congelado	31.103	26,55
Plasma Comum	4.494	3,84
Concentrado de Hemácias	43.145	36,83
Concentrado de Hemácias sem buffy coat	1	0
Concentrado de Plaquetas	29.372	25,07
Concentrado de Hemácias Lavadas	2.047	1,75
Concentrado de Leucócitos	0	0
Crioprecipitado	6.808	5,81
Concentrado de Plaquetas sem buffy coat	1	0
TOTAL	117.148	100

Fonte: Gerência de Estatística

O Hemocomponente Concentrado de Hemácias representa 36,83% de toda a Produção realizada.

Hemocomponentes Produzidos - Exercício de 2005



DISTRIBUIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Tabela 6 - Produção e Transfusões Realizadas de Hemocomponentes

ATIVIDADE	TOTAL
Produção Hemocomponentes	79.148
Transfusões Realizadas	73.741

Fonte: Gerência de Estatística

SOROLOGIA

Tabela 7 - Causas de Inaptidão na Triagem Sorológica em doadores na Capital

Triagem	Capital		
	Qtde Exames	Qtde Reativos	% Reativos
HIV	43.536	176	6,62
DOENÇA DE CHAGAS	43.536	25	0,94
SÍFILIS – VDRL	43.536	328	12,34
HEPATITE B (HBs Ag)	43.536	158	5,95

HEPATITE B (ANTI-HBC)	43.536	1.829	68,84
HTLV I/II	43.536	29	1,09
HEPATITE C	43.536	112	4,22
Total	304.752	2.657	100

Fonte: Gerência de Estatística

Tabela 8 - Exames realizados em amostras de sangue de Doadores da Capital

DOADOR CAPITAL	Exames	Reativos	%
TESTE			
HIV-ELISA I/II (TESTE 1)	43.536	62	2,27
HIV-ELISA I/II (TESTE 2)	43.536	172	6,29
HTLV I/II-ELISA	43.536	29	1,06
CHAGAS-ELISA	43.536	25	0,91
SÍFILIS	43.536	328	12
HEPATITE B-ANTI-HBC/ELISA	43.536	1.829	66,92
HEPATITE B-HBS-AG/ELISA	43.536	176	6,44
HEPATITE C-ANTI-HCV/ELISA	43.536	112	4,1
TOTAL	348.288	2.733	100

Fonte: Gerência de Estatística

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

Tabela 9 - Exames confirmatórios de sorologia em amostras de sangue de doadores da capital e interior

Testes	Capital			Interior		
	Reativos	Indeterminados	Não Reativos	Reativos	Indeterminados	Não Reativos
SÍFILIS (FTA-ABS)	318	0	56	22	0	6
HEPATITE C (WESTERN BLOT)	25	27	15	2	3	2
CHAGAS (I.F.I)	6	0	1	3	0	0
HIV I/II (WESTERN BLOT)	43	29	58	3	2	6
HTLV I/II (WESTERN BLOT)	23	4	1	0	0	0
Total	415	60	131	30	5	14

Fonte: Gerência de Estatística

Do total de 655 exames confirmatórios realizados, 415 (63,4%) foram reativos na capital e 30 (4,6%) no interior, sendo que o maior percentual de reativos nos dois casos foi para Sífilis.

Tabela 10 - Exames confirmatórios de sorologia em amostras de sangue de pacientes da capital e interior

Testes	Capital			Interior		
	Reativos	Indeterminados	Não Reativos	Reativos	Indeterminados	Não Reativos
SÍFILIS (FTA-ABS)	29	0	10	15	0	10
HEPATITE C (WESTERN BLOT)	65	29	13	0	2	0
CHAGAS (I.F.I)	10	0	2	0	0	0
HIV I/II (WESTERN BLOT)	74	20	23	6	2	8
HTLV I/II (WESTERN BLOT)	11	2	3	0	0	1
Total	189	51	51	21	4	19

Fonte: Gerência de Estatística

Do total de 335 exames confirmatórios realizados em pacientes, 56,4% foram reativos na capital e 6,3% no interior do estado. Dentre os reativos para capital e interior respectivamente, o maior percentual para o primeiro foi de 39,2% para o teste HIV I/II e para o segundo foi de 71,4% para Sífilis.

Tabela 11 - Exames realizados em amostras de sangue de Doadores do Interior.

DOADOR INTERIOR			
TESTE	Exames	Reativos	%
HIV-ELISA I/II (TESTE 1)	7.712	24	0,53
HIV-ELISA I/II (TESTE 2)	7.712	56	1,25
HTLV I/II-ELISA	7.712	5	0,11
CHAGAS-ELISA	7.712	12	0,27
SÍFILIS-VDRL	7.712	96	2,14
HEPATITE B-ANTI-HBC/ELISA	7.712	2.290	50,99
HEPATITE B-HBS-AG/ELISA	7.712	113	2,52
HEPATITE C-ANTI-HCV/ELISA	7.712	22	0,49
ANTI-HBS/ELISA	7.712	1.873	41,71
TOTAL		4491	100

Fonte: Gerencia de Estatística

Tabela 12 - Exames realizados em amostras de sangue de Pacientes da Capital.

SOROLOGIA PACIENTE CAPITAL			
TESTE	Exames	Reativos	%
HIV-ELISA I/II (TESTE 1)	2.906	150	3,73
HIV-ELISA I/II (TESTE 2)	3.225	250	6,21
HTLV I/II-ELISA	1.943	32	0,79
CHAGAS-ELISA	858	18	0,45
SÍFILIS-VDRL	1.291	144	3,58
HEPATITE B-ANTI-HBC/ELISA	3.085	1.117	27,74
HEPATITE B-HBS-AG/ELISA	3.670	461	11,45
HEPATITE C-ANTI-HCV/ELISA	3.003	170	4,22
ANTI-HBS/ELISA	3.963	1.684	41,83
TOTAL	23.944	4.026	100,00

Fonte: Gerência de Estatística

Tabela 13 - Exames realizados em amostras de sangue de Pacientes do Interior.

PACIENTES INTERIOR			
TESTE	Exames	Raativos	%
HIV-ELISA I/II (TESTE 1)	269	34	5,38
HIV-ELISA I/II (TESTE 2)	289	43	6,8
HTLV I/II-ELISA	187	3	0,47
CHAGAS-ELISA	105	7	1,11
SÍFILIS-VDRL	168	22	3,48
HEPATITE B-ANTI-HBC/ELISA	676	281	44,46
HEPATITE B-HBS-AG/ELISA	380	63	9,97
HEPATITE C-ANTI-HCV/ELISA	276	10	1,58
ANTI-HBS/ELISA	371	169	26,74
TOTAL	2721	632	100

IMUNOHEMATOLOGIA

Tabela 14 - Exames realizados pelo Laboratório de Imunologia capital

Exames		Quantidade	
DOADORES	ABO/RH	47.106	
	D. Fraco	5.629	
	CI LISS	47.106	
SUB TOTAL		99.841	
PESQUISA DE ANTICORPOS (SUS)	ABO/RH	1.834	
	D. FRACO	74	
	COOMBS DIRETO	1.889	
	CI PeG	616	
	CI LISS	723	
	CI ENZ	590	
	CI SAL. TA	607	
	CI SAL. 4º	612	
	PAINEL SAL. 4º	15	
	PAINEL SAL. TA	23	
	PAINEL PEG	23	
	PAINEL LISS	252	
	PAINEL ENZ	176	
	FENOTIPAGEM	1.227	
	CRIOGLUTININA PESQUISA	27	
	CRIOGLUTININA DOSAGEM	17	
	ABSORÇÃO	53	
DTT	205		
SUB TOTAL		8.963	
PACIENTES	Particular	ABO/RH	855
	SUS	ABO/RH	5201
	Particular	D. FRACO	19
	SUS	D. FRACO	290
	Particular	COOMBS DIRETO	--
	SUS	COOMBS DIRETO	789
	Particular	CI LISS	--
	SUS	CI LISS	690
	Particular	CI SAL. TA	--
	SUS	CI SAL. TA	690
Particular	CI SAL. 4º	--	
SUS	CI SAL. 4º	690	
SUB TOTAL		Particular	874
		SUS	8350
GRÁVIDAS	ABO/RH	1264	
	D.FRACO	1117	
	CI LISS	3485	
SUB TOTAL		5866	
MÃES PUÉRPERAS	ABO/RH	72	
	D.FRACO	61	

	CI LISS		74
SUB TOTAL			207
RECÉM-NASCIDOS	ABO/RH		487
	D. FRACO		129
	COOMBS DIRETO		485
	CI LISS		223
SUB TOTAL			1324
TRANSFUSÕES	CH		317
	CHL		1133
	CP		3416
	PFC		73
	VACINAS		1024
	CRIO		274
SUB TOTAL			6237
DISTRIBUIÇÃO	PARTICULAR	ABO/RH	529
	SUS		4122
	CONVÊNIOS		171
	PARTICULAR	CI LISS	529
	SUS		4122
	CONVÊNIOS		171
	PARTICULAR	PROVA CRUZADA	1077
	SUS		6934
	CONVÊNIOS		313
	PARTICULAR	REVERSA PLASMA	214
	SUS		363
	CONVÊNIOS		51
	PARTICULAR	ABO/RH DAS BOLSAS	1077
	SUS		6934
	CONVÊNIOS		313
SUB TOTAL		PARTICULAR	3.426
		SUS	22.475
		CONVÊNIOS	1019
TOTAL GERAL			158.582

Fonte: Gerência de Estatística

Tabela 15 - Exames realizados no Interior

Exames	Quantidade	%
Doadores		
Tipagem	7.015	21,0
Pesquisa de DU	487	1,5
Anticorpos irregulares	6.656	20,0
Prova de compatibilidade	804	2,4
Hematócrito	7.128	21,4

Exames	Quantidade	%
Coombs direto	251	0,8
Coombs indireto	68	0,2
Reclassificação de bolsas	4.184	12,5
Teste para Malária (Gota Espessa)	6.749	20,2
SubTotal	33.342	100,0
Pacientes		
Tipagem	8.817	42,9
Pesquisa de DU	397	1,9
Anticorpos irregulares	2.997	14,6
Prova de compatibilidade	3.738	18,2
Hematócrito	4.460	21,7
Coombs direto	162	0,8
SubTotal	20.571	100,0
Gestantes		
Tipagem	6.296	63,0
Pesquisa de DU	644	6,4
Anticorpos irregulares	1.188	11,9
Prova de compatibilidade	120	1,2
Hematócrito	1.324	13,2
Coombs direto	424	4,2
Coombs indireto	2	0,0
Sub Total	9.998	100,0
Recém-nascidos		
Tipagem	474	58,2
Pesquisa de DU	48	5,9
Anticorpos irregulares	26	3,2
Prova de compatibilidade	28	3,4
Hematócrito	60	7,4
Coombs direto	176	21,6
Coombs indireto	2	0,2
Sub total	814	100,0

Fonte: HEMOAM/Interiorização

O total de exames realizados no interior foi de 64.725 sendo que 51,5% foram realizados em doadores, 31,8% em pacientes, 15,4% em gestantes e 1,3% em recém-nascidos.

Tabela 16 - Atendimento Ambulatorial ⁽²⁾ por tipo de procedimentos na área médica

Nota: incluso atendimento médico aos pacientes e doadores.

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	%
Clínica Médica	2.028	7,63
Consulta Médica do Hematologista	11.273	42,39
Consulta Médica com Observação	11.947	44,92
Punção Lombar	568	2,14
Mielograma	617	2,32
Biópsia	163	0,61
TOTAL	26.596	100,00

Fonte: Gerência de Estatística

HEMORREDE INTERIOR

Tabela 17 - Municípios com Unidades de Coleta e Transfusão de Sangue em funcionamento.

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

1. AUTAZES	26. JUTAÍ
15. CARAUARI	40. SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA
16. CAREIRO CASTANHO	41. SÃO PAULO DE OLIVENÇA
17. COARI	42. SANTA ISABEL DO RIO NEGRO
18. CODAJÁS	43. SANTO ANTÔNIO DO IÇA
19. EIRUNEPÉ	44. TABATINGA
20. ENVIRA	45. SÃO SEBASTIÃO DO UATUMA
21. FONTE BOA	46. TAPAUÁ
22. HUMAITÁ	47. TEFÉ
23. IPIXUNA	48. URUCARÁ
24. ITAPIRANGA	49. URUCURITUBA
25. ITACOATIARA	

A Fundação HEMOAM capacitou 696 treinandos no exercício de 2005, nas áreas de Ensino e Pesquisa, Hemoterapia, Hematologia e Gestão, visando a valorização de seus recursos humanos e garantindo a qualidade dos serviços prestados à população amazonense.

As auditorias externas de Manutenção comprovam a qualidade dos serviços prestados à população, pois a Fundação HEMOAM mantém a certificação dos processos realizados nos setores do Ciclo do Sangue. Atendendo e garantido seu compromisso com a população, conquistamos ainda, a Certificação da ISO 9000/2001 nos processo do Laboratório de Análises Clínicas, aumentando assim, o escorpo de certificado do HEMOAM.

Quadro 35 - PROJETOS DE PESQUISA

Título	Órgão financiador	Prazo – início/fim
PROJETO WORKSHOP – I Workshop Amazônico de Imunologia e Biologia Molecular	FINEP	PRAZO – 6 MESES Início – 01/03/2005 Fim – 01/08/2005
PROJETO PAPPE – Programa de Apoio a Pesquisa em Empresas. Desenvolvimento e Implantação do Sistema de Acompanhamento a Doação de Sangue	FAPEAM	PRAZO – 24 MESES Início – 16/03/2005 Fim – 16/0/2006
PROJETO INFRA ESTRUTURA – SOROCONVERSÃO Avaliação da prevalência de soroconversão para as doenças transmissíveis pelo sangue em doadores de repetição do Estado do Amazonas	FAPEAM	PRAZO – 12 MESES Início – Aguardando termo de outorga
PROJETO SIMPLES SOLUÇÕES	FAPEAM	PRAZO – 6 MESES Início – Junho/2005 Fim – Dezembro/2005
PROJETO DE CÉLULAS TRONCO Rotas de Implantes de células Tronco na Miocardiopatia isquêmica	CNPq	PRAZO – 36 MESES Início – Dezembro/2005
PROJETO IRRADIADOR DE CÉLULAS (HEMOCOMPONENTES)	FINEP	PRAZO – 24 MESES Aprovado em outubro/2005
PROJETO HEPATITE CRÔNICA	CNPq	PRAZO – 24 MESES Aprovado em novembro/2005

Quadro 36 - Atividades desenvolvidas pelo Departamento de Ensino no Ano de 2005.

DURAÇÃO	CURSO
CURSO DE LONGA DURAÇÃO	Especialização em Hemoterapia com dois módulos: Metodologia da Pesquisa e Metodologia do Ensino Superior
	Formação de Técnicos em Hemoterapia, realizado em parceria com o CETAM
CURSO DE CURTA DURAÇÃO	Teórico-prático em Citometria de fluxo
	Elaboração de Projetos
	Atualização no tratamento de hemofílico e outras coagulopatias
	Ciclo de palestras de enfermagem
	Garantia da Qualidade no Laboratório Clínico
	Tratamento de Lesões Cutâneas
	Treinamento Gerencial
	Gestão no Laboratório Clínico
EVENTOS CIENTÍFICOS	Workshop de Odontologia nos Distúrbios Hemorrágicos
	I Workshop Amazônico de Imunologia e Biologia Molecular

Fundação Centro de Controle de Oncologia – FCECON

Atendimento Ambulatorial e Hospitalar:

Consultas Totais = 66.692

Procedimentos Ambulatoriais = 110.587

Exames Complementares de Apoio Diagnóstico = 252.115

Internações = 2.340

Tratamentos:

Ambulatoriais = 126.883

Cirúrgicos = 1.498

PROGRAMAÇÕES CIENTÍFICAS MENSAIS

O DEP em 2005, transmitiu o conhecimento científico através de reuniões multidisciplinares, as quais uniram várias especialidades da FCECON, tais como: mastologia, ginecologia, fisioterapia, radioterapia, quimioterapia, pediatria, oftalmologia, enfermagem, serviço social e psicologia, todos com a finalidade de transmitir experiências oncológicas vivenciadas na FCECON juntos aos profissionais da área de saúde: médicos, médicos residentes, enfermeiros, acadêmicos de medicina e enfermagem, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e outros.

Fundação de Medicina Tropical do Amazonas – FMTAM

No Ano de 2005, a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas teve uma produção ao alcance de seus objetivos, com o aumento do quantitativo dos atendimentos prestados, em decorrência de implementação de serviços, como tomografia e outros:

Quadro 37 - Serviços de Ambulatório

AÇÃO	PRODUTO	LOCALIDADE
Atendimento Básico	190.362 pacientes atendidos	Estado
Consulta de Enfermagem	33.655 consultas	Estado
Consulta Médica	117.865 consultas	Estado
Consulta Serviço Social	10.647 consultas	Estado
Fisioterapeuta	1.578 atendimentos	Estado
Atendimento Psicológico	5.114 atendimentos	Estado
Pequenas cirurgias	4.159 procedimentos	Estado

Fonte: FMTAM

Quadro 38 - Laboratório de Análises Clínicas:

AÇÃO	PRODUTO	LOCALIDADE
Hematologia, Bioquímico, Sorologia, Bacteriologia, Imunologia, Uroanálises e Parasitológico e outros.	567.447 exames realizados	Estado

Fonte: FMTAM

Quadro 39 - Serviço de Pronto Atendimento – PA:

AÇÃO	PRODUTO	LOCALIDADE
Atendimentos realizados no Serviço de Pronto Atendimento – PA	36.500 atendimentos	Estado

Fonte: FMTAM

Quadro 40 - Internação na Unidade Hospitalar:

AÇÃO	PRODUTO	LOCALIDADE
Internação Hospitalar	2.019 internações	Estado

Fonte: FMTAM

Quadro 41 - Laboratórios de Pesquisas:

AÇÃO	PRODUTO	LOCALIDADE
Exames de virologia, parasitologia, bacteriologia, leishmanioses, malária, micologia, arbovirologia, anatomia patológica e animais peçonhentos.	197.595 exames	Estado

Fonte: FMTAM

No que concerne a Capacitação Técnico-Científica no ano de 2005, a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, além dos treinamentos regulares, também foram realizados novos cursos para profissionais de nível superior, médio e elementar e, aos médicos oriundos no interior do estado e de outros países, perfazendo um total de **1.616 profissionais treinados**.

No que concerne a Capacitação Técnico-Científica no ano de 2005, a Coordenação de DST/AIDS, realizou vários treinamentos, perfazendo um total de **693 profissionais treinados**, dentre os quais relacionamos:

- Simpósio Inibidor de Fusão – novas realidades
- Abordagem Sindrômica
- Curso Teórico Prático em DST/AIDS
- Curso Básico em Vigilância Epidemiológica (sífilis, gestante HIV + e criança exposta ao HIV/AIDS)
- Simpósio de Prevenção “Pensando em AIDS”
- Curso sobre Teste Elisa;
- Curso sobre Testagem Rápida
- Curso de Aconselhamento

- Curso de Gerenciamento
- Projeto Nascer
- Oficina da Rede de Serviços

As atividades de pesquisa desenvolvidas pela Fundação de Medicina Tropical do Amazonas no ano de 2005 evidenciou um número significativo de trabalhos, conforme abaixo relacionados:

48 (quarenta e oito) trabalhos apresentados no Congresso sobre Doenças Tropicais, realizado na cidade de Florianópolis – Santa Catarina;

04 (quatro) produções de livros;

07 (sete) trabalhos publicados em revistas especializadas;

07 (sete) projetos desenvolvidos e financiados pela FAPEAM;

11 (onze) projetos de mestrado/doutorado.

Fundação Hospital Adriano Jorge - FHAJ

Em 2006, dando continuidade ao convênio estabelecido entre a Universidade do Estado do Amazonas e a Fundação Hospital Adriano Jorge, deu-se início ao Internato em Medicina.

Hoje, a Fundação Hospital Adriano Jorge recebe periodicamente 14 (quatorze) Internos de Medicina da Universidade do Estado do Amazonas, separados em 2 (duas) turmas: Clínica Médica e Cirurgia Geral, e que permanecem nestas especialidades por 13 (treze) semanas cada.

Além dos alunos do Internato, ainda são recebidos semestralmente, alunos dos cursos de Enfermagem e Medicina dos demais períodos que antecedem ao Internato, para aulas teóricas e práticas realizadas nas dependências da Fundação.

A Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação (latu sensu), destinada a médicos, funcionando sob a responsabilidade de uma instituição de saúde e orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional conforme a Lei nº 6.932 de 07/07/1981, da Presidência da República.

O início das atividades da Residência Médica ocorreu no dia 01 de fevereiro de 2005.

Em paralelo a aprovação e início dos Programas de Residência Médica, foi criada a Comissão de Residência Médica – COREME que tem por finalidade administrar os serviços relacionados aos Programas.

BIBLIOTECA

Atualmente a Biblioteca da Fundação Hospital Adriano Jorge está localizada na sala de reuniões localizada no prédio da Administração da FHAJ e encontra-se em fase de implantação.

A primeira parte da lista de livros montada a partir do levantamento das principais necessidades de cada setor e dos programas de residência, já foi adquirida e já encontra-se a disposição dos interessados. Além de materiais bibliográficos doados por colaboradores.

A partir desde primeiro passo, periodicamente serão adquiridos mais acervos para a efetiva implantação da Biblioteca da FHAJ

Além da aquisição das obras bibliográficas esta sendo providenciada instalação de ponto de rede para acesso a computadores, além da aquisição de computador.

Destaca-se que o espaço hoje destinado para a Biblioteca é provisório, tendo em vista que a implantação de uma Biblioteca Especializada num espaço adequado, faz-se necessária para o desenvolvimento científico de seus profissionais, por ser considerada um serviço auxiliar das atividades de ensino e pesquisa, e por se constituir num dos requisitos mínimos para o credenciamento do Programa de Residência Médica, bem como credenciar a Fundação como Hospital de Ensino.

Com isso, pretende-se, assim que toda a estrutura física e de materiais da biblioteca estiver adequada para atender a demanda de funcionários, residentes e público externo do Hospital, realizar sua inauguração oficial, bem como campanhas relativas à doação de materiais bibliográficos relacionados à área de atuação do hospital.

A FUAJ realizou um levantamento da possibilidade de demanda de estágios nos setores ligados à área de saúde da Fundação. O resultado deste levantamento foi divulgado entre os Diretores da Fundação e enviado à Comissão de Estágios da SUSAM , conforme solicitação.

Conforme orientação da Comissão de Estágios da SUSAM, a Fundação tem priorizado o atendimento aos alunos de aulas práticas curriculares na área de saúde da Universidade do Estado do Amazonas – UEA, assim como os alunos de estágios curriculares do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, do Ministério da Saúde.

A Fundação também recebeu alunos de escolas particulares para realização de estágios curriculares como Centro Universitário Nilton Lins, Universidade Paulista – UNIP, Centro de Ensino Literatus - PROFAE e SENAC-AM-PROFAE.

A Conexão Médica é uma rede de TV IP (Internet Protocol), via satélite, com o objetivo de favorecer o intercâmbio e a difusão do conhecimento na área de saúde. O serviço é disponibilizado através de imagens em vídeo digital pela Internet, funcionando 24 horas por dia.

O Serviço da Conexão Médica possui 3 canais a saber:

- Canal 1: Atualização: promovendo o desenvolvimento e atualização médica, organizada numa grade multidisciplinar semanal fixa.
- Canal 2: Eventos Especiais: necessário para a transmissão de programações exclusivas como eventos internacionais, simpósios e congressos.
- Canal 3: Saúde Pública: uma rede de comunicação que visa garantir educação, treinamento e informação aos gestores e técnicos dos órgãos de Saúde Pública, facilitando o processo de descentralização em saúde.

A Conexão Médica forma uma rede de instituições em saúde. Seu conteúdo é gerado em parceria com os principais médicos especialistas e centros de excelência do Brasil e do Exterior que disponibilizam suas aulas, palestras, congressos, debates, depoimentos, cirurgias e reuniões clínicas com programação disponibilizada semanalmente.

A Conexão Médica foi implantada na Fundação Hospital Adriano Jorge em junho de 2004. O contrato de adesão contempla licenças ilimitadas de uso. No entanto, ainda são poucos os computadores que possuem a configuração necessário ao a instalação e visualização do serviço Conexão Médica.

Quadro 42 - Cursos e Treinamentos Realizados

Curso, treinamento ou palestra	Nº médio participantes	Período
Palestra: Seguridade Social, benefícios, previdência.	60	Janeiro
Aulas de Historia da Medicina.	40	Março
Palestras: Políticas da Saúde, SUS, NOAS, Atenção Básica à Saúde.	60	Março
Curso de Eletrocardiograma.	30	Abril/Maio
Palestra: Sistemas de Monitorização de Sinais Vitais.	40	Abril
Técnica leitura de Gasometria Arterial para enfermagem.	40	Abril
1º Curso teórico prático de incontinência urinária do Amazonas.	80	Abril
Palestras: Postura profissional, Instrumentação Cirúrgica em Cirurgias em Vídeo Laparoscopia.	30	Maio
Semana de Enfermagem – Palestras diversas.	60	Maio
1º Simpósio Interdisciplinar de Assistência Respiratória do Amazonas.	70	Maio
Capacitação em Informática – Conexão Médica.	30	Maio a Setembro
Semana de Enfermagem ICAM.	50	Maio
Palestra: Legislação em Terapia Nutricional, Novas portarias, Credenciamento SUS.	15	Maio
Treinamento em UTI para enfermagem.	60	Maio
Capacitação em dinâmica de Grupo para Psicólogos.	20	Junho
Workshop CEP – Ética na Pesquisa em Seres Humanos.	20	Junho
Palestra: Terapia Nutricional	20	junho
Palestra: Motivação	45	junho
Curso: Bioética –Ética na Pesquisa com Seres Humanos	110	Julho a setembro
Palestra: Feridas	40	Agosto
1ª Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	50	Agosto
Curso: Biologia Molecular	15	Agosto a Setembro
Palestra: Arte do Viver Saudável	15	Setembro
Palestra: Esterilização por Vapor a Baixa Temperatura e Formaldeído – Limpeza e Desinfecção de Artigos Médicos	25	Setembro
Palestra: Paralisia Cerebral	95	Outubro
Curso: Radiologia Básica para Fisioterapeuta	45	Outubro

I Encontro de Profissionais de Centro Cirúrgico	40	Outubro
Total médio de participantes no período de janeiro a junho de 2005		1205

ATIVIDADES COM A PARTICIPAÇÃO DA FHAJ

CONFERÊNCIAS- Encontro de Comitês Latino-Americanos de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Ética en Investigación con Seres Humanos: Una Perspectiva Mundial

Ética en Investigación con Seres Humanos: Una Perspectiva Latinoamericana

Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos no Brasil

Ética en Investigación con Seres Humanos en Argentina

CONFERÊNCIAS – Bioética, Meio Ambiente e Sustentabilidade

Bioética no Contexto do Hemisfério Sul

Aspectos Éticos y Legales Del uso Terapêutico de Células Madres

PALESTRAS – Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa

Ações do DECIT na área da ética em pesquisa

Balanco da ética em pesquisa no Brasil pela CONEP

MESAS REDONDAS – Pesquisas em Seres Humanos

Controle Social da Ética em Pesquisa – William Saad Hossne

Los Sujetos Vulnerables en Investigación – Marta Ascurra de Duarte

A Questão do Duplo Standard – Volnei Garrafa

4.4.2.1 – TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD

O Programa de Tratamento Fora de Domicílio tem a finalidade de encaminhar para outras regionais, pacientes com problemas de saúde que não encontraram resolutividade no Amazonas. Com a nova política de Secretaria de Estado de Saúde em implementar as atividades de Central Estadual de Regulação, à partir de Novembro de 2005, as ações do programa passaram para a Sede da SUSAM, sendo assim, as despesas com passagens aéreas, ajuda de custo e tratamento passaram a ser centralizadas pela SUSAM.

Em 2005, a SUSAM destinou R\$4.194.808,41 para custear despesas com Tratamento Fora Domicílio – TFD.

Quadro43 - atendimentos em Tratamento Fora de Domicílio, segundo Programação e Atendimentos, 2005.

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

Fonte: Programa Estadual de Tratamento Fora de Domicílio

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

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

4.4.2.2 - CONFIGURAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS

4.4.2.2.1 – REDE ASSISTENCIAL

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

Quadro 44 - Unidades de Saúde, por tipologia, Amazonas - 2005.

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

Fonte: CNES - 2006

Leitos

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

Quadro 45 - Total de leitos existentes, SUS e não SUS, por grupo, Amazonas

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

Fonte: SCNES

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

Equipamentos

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

Quadro 46 - Total de equipamentos selecionados, Amazonas, 2005.

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

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

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

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 pode revelar de certa forma, o nível de organização da atenção na execução de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

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

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

Quadro 47 - Produção Ambulatorial por Grupos de Procedimentos.

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

Fonte: Período JAN/NOV/2005 - DATASUS/MS.

Consultas

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

A mesma Portaria estabelece que do total de consultas previstas, 63% sejam de consultas básicas e 22% de especializadas. Considerando a quantidade apresentada em 2005, verifica-se que os

parâmetros alcançados foram de 62,7% e 37,3%, respectivamente, o que demonstra uma situação de equilíbrio na oferta de consultas básicas e especializadas para a população.

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

Patologia Clínica

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

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

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

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.

Quadro 48 - Internações por Especialidade, Amazonas – 2005

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

Fonte: DATASUS/MS.

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

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

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

4.4.3 – AÇÕES INTERSETORIAIS

FORTALECIMENTO DA PARCERIA INSTITUCIONAL COM AS FORÇAS ARMADAS

As Forças Armadas Brasileira são importantes parceiros na prestação de assistência à saúde das populações Ribeirinhas residente em áreas remotas de difícil acesso, levando assistência médica, odontológica e sanitária de medicina preventiva, enfim contribuindo para a melhoria das condições de saúde existente na região.

Evitar a superposição no desenvolvimento das ações e direcionar a atuação das Forças Armadas para alcançar melhores resultados é o objetivo do Governo do Estado do Amazonas.

À Secretaria de Estado da Saúde cabe definir conjuntamente com as Forças Armadas as localidades prioritárias a receberem o atendimento. Às Secretarias Municipais de Saúde cabe a indicação da população e de suas principais necessidades de atendimento, com a divulgação das datas de passagem dos navios pelas comunidades, com a concentração de pessoas e triagem da população a ser atendida, embarques de pessoal da saúde do município para atuar junto com o pessoal do navio e com isso permitir aumento do número de atendimentos, coleta de material para a realização de exames de prevenção e outros.

A Marinha atua na região utilizando 03 navios de Assistência Hospitalar “Doutor Montenegro”, “Oswaldo Cruz” e “Carlos Chagas”, são equipados com sala de cirurgia, raios-X, laboratório de análises clínicas, UTI pediátrica, sala de parto, enfermarias, consultórios médicos e odontológicos e farmácia.

O exército atua nas áreas de fronteiras mantendo dois Hospitais de Guarnição, localizados nos municípios de Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira, ambos cadastrados no SUS/AM.

No município de São Gabriel da Cachoeira nos Pelotões de Fronteira localizados em Maturacá, Cucuí, Iauaretê, São Joaquim, Estirão do Equador, o exército mantém Unidades Básicas de Saúde e quando há necessidade de remoção dos pacientes dos Pelotões para os Hospitais são realizados através das aeronaves da Força Aérea que também contribui na remoção de pacientes graves dos municípios para atendimento na capital.

No período de 2003 a outubro de 2005, as Forças Armadas foram responsáveis pelo atendimento em 1.577 localidades, totalizando 408.836 atendimentos em todas as regiões do estado, conforme demonstrado no tabela 3.

Tabela 18 - Localidades atendidas e atendimentos realizados

ANO	Nº DE LOCALIDADES ATENDIDAS	Nº DE ATENDIMENTOS REALIZADOS
2003	383	91.068
2004	711	167.522
*2005	483	150.246
TOTAL	1.577	408.836

Fonte: Forças Armadas

* Informações até 14/10/05

PROJETO CIDADÃO

A SUSAM participa das ações do Projeto Cidadão contribuindo com a atenção integral à saúde do idoso e para a redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna e neonatal através da humanização do pré-natal e do nascimento, atenção à saúde da criança e atenção à saúde da mulher.

PROJETO ESCOLA CIDADÃ

Em 2005 foram realizados 11 (onze) eventos relacionados com as ações de saúde nas escolas compreendendo os bairros da Compensa III, Santa Etelvina, Aamazonino Mendes, Petrópolis, Redenção, Alvorada II, São José e nos municípios de Itacoatiara e Manacapuru, dois mutirões no bairro de Santa Etelvina e um no município de Rio Preto da Eva, conforme atendimento demonstrado no tabela abaixo.

Tabela 19 – Atendimentos efetuados pelo Projeto Escola Cidadã

Área Assistencial	Nº de atendimentos *
Clínica Geral	5.699
Pediatria	5.967
Dermatologia	3.354
Nutrição	299
Psicologia	167
Serviço Social	286
Farmácia	10.355
Odontologia	1.643
Hipertensão/Diabetes	2.068
Teste de Malária	830
Vacinas	681

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Fluoretação	1947
TOTAL	33.276

Fonte: SEA-Capital/SUSAM

*Informações até Novembro/2005

PROJETO GOVERNO CIDADÃO

Diante dos resultados positivos alcançados pelo Projeto Escola Cidadã, desenvolvido em estabelecimentos de ensino nos finais de semana e feriados, o Projeto Governo Cidadão foi criado em outubro de 2005 visando assegurar a população carente e excluída de atenção básica de saúde, cidadania e serviços essenciais nas áreas de saúde, educação e capacitação profissional. Em relação à área da saúde os serviços oferecidos são: atendimento em pediatria, clínica geral, dermatologia, odontologia, programa de prevenção de diabetes e hipertensão, farmácia, remoção em ambulância, vacinação e teste de malária.

Nesse período foram realizados quatro eventos relacionados com ações de saúde nos bairros de Jorge Teixeira, Nova Floresta, Grande Vitória e Bela Vista, na Zona Leste, totalizando 13.401 atendimentos, demonstrados no quadro abaixo.

Tabela 20 – Atendimentos Projeto Governo Cidadão no ano de 2005.

Área Assistencial	Nº de atendimentos *
Clínica Geral	2.003
Pediatria	2.104
Dermatologia	1.153
Nutrição	277
Psicologia	362
Farmácia	4.872
Odontologia	1.036
Hipertensão/Diabetes	1.036
Teste de Malária	223
Vacinas	380
TOTAL	13.401

Fonte: SEA-Capital/SUSAM

*Informações até Novembro/2005

PROGRAMA EMERGENCIAL S.O.S INTERIOR

Programa de Governo executado com a finalidade de minimizar as conseqüências da vazante dos rios em municípios em estado de calamidade pública com comunidades isoladas pela impossibilidade de acesso fluvial.

Esse programa foi financiado pelo Governo Estadual e Federal tendo como envolvidos as Secretarias de Estado, Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, Polícia Militar, Forças Armadas e as Prefeituras.

A Secretaria de Estado da Saúde envolveu diretores de unidades, Secretarias Municipais de Saúde, profissionais de saúde dos municípios atingidos, Agentes Comunitários, equipes de profissionais da sede para coordenar os trabalhos.

A SUSAM enviou medicamentos e produtos da saúde que correspondem a três destinos: farmácia básica para as secretarias municipais de saúde e comunidades isoladas, para hospitais locais foram medicamentos injetáveis, odontológicos, químico-cirúrgicos, produtos de laboratório e radiológicos.

Foram contempladas 2.245 comunidades, 58.593 famílias, com um volume de 29.550 quilos de medicamentos para atendimento de 60 municípios atingidos.

Em caráter excepcional, foi enviada medicação de reforço (13 itens) às Secretarias Municipais de Saúde, beneficiando 30 municípios, para atuarem em possíveis casos de doenças diarreicas. Os critérios utilizados para o cálculo da quantidade de medicamentos foram população total do município, percentual de casos diarreicos e 30 municípios com até 20.000 habitantes.

5 – RECURSOS ESTRATÉGICOS

5.1 – ADEQUAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL

No período de 2003 a novembro de 2005 o Governo do Estado em respeito à população e a responsabilidade com a gestão dos recursos públicos investidos em administrações anteriores, concluiu obras inacabadas e entregou aos usuários do SUS 17 Unidades de Saúde no interior com oferta de 772 leitos e na capital 25 Unidades de Saúde com 763 leitos, conforme demonstram os dados do quadros 6 e 7, respectivamente.

Quadro 49 - Unidades de saúde inauguradas no interior do Estado – 2003 a 2005

UNIDADES DE SAÚDE INAUGURADAS EM 2005		
MUNICÍPIOS	UNIDADES DE SAÚDE	Nº DE LEITOS
CASTANHO	Unidade Mista do Castanho	20
BOCA DO ACRE	Unidade Mista de Boca do Acre	60
IPIXUNA	Unidade Mista de Ipixuna	20
NOVA OLINDA DO NORTE	Unidade Mista de Nova Olinda do Norte	30
TOTAL	4	130
UNIDADES DE SAÚDE INAUGURADAS EM 2004		
UARINI	Unidade Mista de Uarini	20
COARI	Unidade Mista de Coari	80
APUÍ	Unidade Mista de Apuí	40
CANUTAMA	Unidade Mista de Canutama	12
TEFÉ	Unidade Mista de Tefé	60
LÁBREA	Unidade Mista de Lábrea	60
TOTAL	6	270
UNIDADES DE SAÚDE INAUGURADAS EM 2003		
ITACOATIARA	Unidade Mista de Itacoatiara	100
PARINTINS	Unidade Mista de Parintins	80
FONTE BOA	Unidade Mista de Fonte Boa	60
EIRUNEPÉ	Unidade Mista de Eirunepé	80
IRANDUBA	Unidade Mista de Iranduba	20
SÃO SEBASTIÃO DO UATUMÃ	Unidade Mista de São Sebastião do Uatumã	20
CAAPIRANGA	Unidade Mista de Caapiranga	12
TOTAL	7	372
TOTAL GERAL	17	772

Fonte: SEA-Interior/SUSAM

Quadro 50 - Unidades de saúde inauguradas na capital – 2003 a 2005

QUANT.	UNIDADE DE SAÚDE	Nº de LEITOS	DESCRIÇÃO DA OBRA
UNIDADES INAUGURADAS EM 2005			
1	SPA Joventina Dias	20	Construção
2	FHAJ - Clínica Médica (4º andar)	58	Conclusão
3	Policlínica João dos Santos Braga	-	Construção de 10 consultórios
4	UTI Materna (Maternidade Ana Braga)	05	Conclusão
5	Farmácia Popular do Brasil - 1ª.	-	Construção
6	Farmácia Popular do Brasil - 2ª.	-	Construção
7	UTI - Fundação Hospital Adriano Jorge	10	Conclusão
8	PA Humberto Mendonça	20	Reforma
9	Maternidade Alvorada	31	Reforma
10	Central de Regulação	-	Adequação
	TOTAL	144	
UNIDADES INAUGURADAS EM 2004			
1	Policlínica Zeno Lanzini	-	Construção de 10 consultórios

2	Policlínica Antonio Aleixo	-	Construção de 5 consultórios
3	Maternidade Ana Braga	90	Construção
4	Caimi Ada Rodrigues	-	Construção de 5 consultórios
5	HEMOAM	10	Construção Predio Novo e Anexo
6	Banco de Olhos	-	Construção
7	Fisioterapia Adriano Jorge	-	Construção
8	CEREST - Pam Codajás	-	Reforma de 10 consultórios
9	SPA Eliameme R. Mady (Zona Norte)	20	Construção
	TOTAL	120	
UNIDADES INAUGURADAS EM 2003			
1	Hospital Adriano Jorge	272	Conclusão do Hospital
2	Hosp. Matern. Chapot Prevost	-	Construção do Laboratório
3	Hospital Geraldo da Rocha	100	Reforma e Manutenção do Hospital
4	UCI do P.S 28 de Agosto	10	Construção da UCI e Outras Dependências
5	Maternidade Balbina Mestrinho	17	Conclusão da UTI Materna e Laboratório
6	Maternidade Galiléia	40	Conclusão da Obra
7	SPA Zona Sul	20	Construção do Hospital
8	Clínica Ana Barreto (HPS 28 de Agosto)	40	Construção
	TOTAL	499	
	TOTAL GERAL	763	

Fonte: SEA-Capital/SUSAM inaugurações até outubro de 2005.

Figura 10 – Inauguração da Policlínica João dos Santos Braga em 2005.



Fonte: ASCOM – SUSAM

Figura 11 – Inauguração da 1ª Farmácia Popular do Brasil no Amazonas, 2005



Fonte: ASCOM - SUSAM

5.2 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

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

Em 2005 a SUSAM atendeu cerca de 15.439 pacientes cadastrados, o que representou um aumento de 32% em relação ao ano de 2004.

5.3 – APOIO TECNOLÓGICO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O SUS requer que nos sistemas de informação em saúde os indicadores escolhidos reflitam a concepção de saúde que o norteia e subsidie as análises necessárias ao seu desenvolvimento.

Um dos objetivos básicos desses sistemas na concepção do SUS é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, tendo como referencia as microrregiões homogêneas e, necessariamente, leve em consideração as condições de vida da população no processo saúde-doença.

Os sistemas de informação utilizados na SUSAM são em número de 35, sendo que 14, listados abaixo, são alimentados pelos municípios:

- Sistema de Informação Hospitalar – SIH
- Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD
- Sistema de Informação Ambulatorial – SIA
- Sistema de Mortalidade – SIM
- Sistema de Nascidos Vivos – SINASC
- Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN
- Sistema de Informatização de Atenção Básica – SIAB
- Ficha de Cadastro Ambulatorial
- Sistema de Programação Pactuada e Integrada – SISPPI Municipal
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES
- Sistema de Notificação de Malária – SIVEP
- Bolsa alimentação – CADUNICO
- Sistema de Cadastramento de Diabéticos e Hipertensos – HIPERDIA
- Sistema de Informação do Câncer da Mulher - SISCAM-SISCOLO

A alimentação dos sistemas é feita regularmente pelos municípios via Internet. Porém, essa regularidade é alterada quando ocorrem problemas técnicos na rede de transmissão de dados, principalmente nos municípios que não são Pólos. Neste caso o município envia as informações através de disquete e em cópia impressa, para alimentação do sistema.

SITUAÇÃO DO CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - 2005

Em 2001, foi assinado os termos de adesão, onde somente o Município de Manaus não aderiu 100% da população. O estado pactuou 2.405.877 de usuários para serem cadastrados. Contudo, em 2005 fechou com 41,8% da meta atingida.

O percentual de cadastro por município é variado, por exemplo, a Capital do Estado é de 46.69% de cadastros enviados, mas já possui 66% de seus cadastros feitos.

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

O deslocamento, pelo MS, de uma coordenadoria regional do Cartão SUS tem facilitado na solução rápida para as questões que necessitavam de respostas imediatas.

Durante o ano de 2005, A SUSAM adotou a tática de consulta para que as Unidades prestadoras de serviço que precisam do nº do cartão (Portaria 174/04) para que possam consultar antes de fazer um novo cadastro, pois com a demora da realização dos cadastros da Capital (SEMSA), a SUSAM resolveu o problema das Unidades Prestadoras que precisariam prestar contas dos serviços realizados que utilizavam APACs e AIHs (oncologia, ortopedia e cardiologia) montando um esquema para cadastros no PAM ou nas próprias unidades.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações apresentadas neste Relatório de Gestão/2005 expressam a necessidade de ser intensificar os esforços para ampliação da capacidade de gestão da SUSAM e das secretarias 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.
- 3) 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; além da implementação da política de alta complexidade nas especialidades de cardiologia, nefrologia e traumatologia-ortopedia.

7 - BIBLIOGRAFIA

Amazonas. Plano Estadual de Saúde 2004 – 2005. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. 2004.

Amazonas. Relatório de Gestão 2004, Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. 2005.

Amazonas. Relatório de Gestão 2005. Fundação Alfredo da Mata. 2006.

Amazonas. Relatório de Gestão 2005. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas. 2006.

Amazonas. Relatório de Gestão 2005. Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas. 2006.

Amazonas. Relatório de Gestão 2005. Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. 2006.

Amazonas. Relatório de Gestão 2005. Fundação de Vigilância à Saúde do Amazonas. 2006.

Amazonas. Relatório de Gestão 2005. Fundação Hospital Adriano Jorge. 2006.

BRASIL. Portaria nº 1101/GM de 12 de junho de 2002. Parâmetros Assistenciais da Assistência. Ministério da Saúde. 2002.