



# **1ª REVISÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023**

## **Governador do Estado do Amazonas**

Wilson Miranda Lima

## **Secretário(a) de Estado de Saúde do Amazonas**

Rodrigo Tobias de Souza Lima (até 08/04/2020)

Simone Araújo Oliveira Papaiz (08/04/2020 a 06/07/2020)

Marcellus José Barroso Campêlo (a partir de 06/07/2020)

## **Secretaria Adjunta do Fundo Estadual de Saúde**

Perseverando da Trindade Garcia Filho (até 15/05/2020)

Nívea Barroso de Freitas (a partir de 19/05/2020)

## **Secretaria Adjunta de Controladoria da Saúde**

Sílvio Romano Benjamin Júnior

## **Secretaria Executiva de Assistência da Capital**

Dayana Priscila Meija de Souza (até 22/04/2020)

Ítalo Valle Cortez (de 22/04/2020 até 29/05/2020)

Thales Stein Schincariol (a partir de 29/05/2020)

Jani Kenta Iwata (a partir de 21/10/2020)

## **Secretaria Executiva de Atenção Especializada do Interior**

Cássio Roberto do Espírito Santo

## **Secretária Executiva Adjunta de Urgência e Emergência**

Mônica Lima de Melo e Melo

## **Secretária Executiva Adjunta de Assistência Especializada da Capital**

Márcia Florinda Rosas Murad Souza

## **Secretária Executiva Adjunta de Regionalização e Descent. do Interior**

Rita Cristiane dos Santos Almeida Vasconcelos

## **Secretária Executiva Adjunta de Políticas em Saúde**

Nayara de Oliveira Maksoud

## **Secretário Executivo Adjunto de Gestão Administrativa**

Marcos Sales Gomes

## **Secretário Executivo Adjunto de Tecnologia da Informação para Saúde**

Francisco Lourenço Duarte Arce Júnior



## Secretário Executivo Adjunto de Orçamento e Finanças

Matheus Lima Vital

### Elaboração

Departamento de Planejamento e Gestão (DEPLAN/SUSAM)

### Colaboração

Secretaria Executiva do Fundo Estadual de Saúde  
Secretaria Executiva de Controle Interno  
Secretaria Executiva de Assistência à Saúde da Capital  
Secretaria Executiva de Assistência à Saúde do Interior  
Secretaria Executiva Adjunta de Atenção às Urgência e Emergência  
Secretaria Executiva Adjunta de Assistência Especializada da Capital  
Secretaria Executiva de Atenção Especializada do Interior  
Secretaria Executiva Adjunta de Regionalização e Descentralização do Interior  
Secretaria Executiva Adjunta de Gestão Administrativa  
Secretaria Executiva Adjunta de Tecnologia da Informação  
Secretaria Executiva Adjunta de Orçamento e Finanças  
Secretaria Executiva Adjunta de Políticas em Saúde  
Departamento de Planejamento e Gestão (DEPLAN)  
Departamento de Ações Básicas e Ações Estratégicas (DABE)  
Departamento de Tecnologia da Informação (DETIN)  
Departamento de Controle e Avaliação Assistencial (DECAV)  
Departamento de Gestão de Recursos Humanos (DGRH)  
Departamento de Gestão Financeira (DEGFIN)  
Departamento de Logística (DELOG)  
Central de Medicamentos do Amazonas (CEMA)  
Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AM)  
Conselho Estadual de Saúde do Amazonas (CES/AM)  
Coordenação da Ouvidoria Estadual do SUS  
Auditoria do SUS  
Complexo Regulador do Amazonas  
Coordenação Estadual de Transplante  
Assessoria de Comunicação (ASCOM)  
Núcleo de Economia da Saúde (NES)  
Núcleo de Coordenação do Programa Saúde Amazonas



## **Fundações de Saúde/Hospital Universitário**

Fundação Centro de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON)

Fundação “Alfredo da Matta” (FUAM)

Fundação de Medicina Tropical Dr. “Heitor Vieira Dourado” (FMT-HVD)

Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (FHMOAM)

Fundação Hospital “Adriano Jorge” (FHAJ)

Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS/AM)

Hospital Universitário “Francisca Mendes” (HUFM)





## SUMÁRIO

	Pg
<b>Apresentação</b> .....	16
Informações Gerais .....	19
<b>1. Introdução</b> .....	25
<b>I – CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E SITUAÇÃO DE SAÚDE</b>	<b>34</b>
<b>2. Caracterização do Território</b> .....	35
<b>3. Situação de Saúde da população</b> .....	<b>50</b>
3.1. Aspectos da Natalidade .....	50
3.2 Aspectos da Mortalidade .....	54
3.2.1 Mortalidade geral e cobertura de captação de óbitos .....	54
3.2.2 Mortalidade Infantil .....	56
3.2.3 Óbitos maternos e de mulheres em idade fértil .....	59
3.2.4 Óbitos por doenças crônicas não transmissíveis .....	60
3.2.5 Óbitos por causas externas .....	61
3.3 Aspectos das Morbidades .....	62
3.3.1 Morbidade por doenças transmissíveis .....	62
3.3.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) .....	63
3.3.3 Situação epidemiológica do Sarampo .....	64
3.3.4 Situação epidemiológica das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya .....	65
3.3.5 Situação epidemiológica da Malária .....	67
3.3.6 Situação epidemiológica da Tuberculose .....	69
3.3.7 Situação epidemiológica da Hanseníase .....	70
3.3.8 Situação epidemiológica das Zoonoses .....	72
3.4 Morbidade Hospitalar .....	73
<b>4. Estrutura do Sistema de Saúde</b> .....	<b>74</b>
4.1 Rede Física de Saúde no Amazonas por Tipo de Estabelecimento e Gestão	74
4.2 Rede Assistencial por Natureza Jurídica .....	75
4.3 Rede Pública Estadual de Saúde na Capital .....	77
4.4 Rede Pública Estadual de Saúde no Interior .....	79
4.5 Leitos no Amazonas .....	80
4.6. Força de Trabalho .....	85
4.6.1 Profissionais SUS por CBO .....	86
4.6.2 Profissionais SUS por entidades .....	87
4.7 Saúde Suplementar .....	88
<b>5. Políticas de Atenção e Vigilância em Saúde</b> .....	<b>89</b>
5.1 Atenção à Saúde .....	89
5.1.1 Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica em Saúde .....	89



5.1.2	Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar e Redes de Atenção à Saúde .....	96
5.1.2.1	Rede de Atenção Materno/Infantil .....	97
5.1.2.2	Rede de Atenção Psicossocial .....	103
5.1.2.3	Rede de Atenção às Urgências e Emergências .....	106
5.1.2.4	Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas .....	116
5.1.2.5	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência .....	122
5.1.2.6	Transplante de Órgãos e Tecidos .....	132
5.1.3	Assistência Farmacêutica .....	134
5.2	Vigilância em Saúde .....	139
<b>6.</b>	<b>Políticas de Regionalização e Gestão da Saúde .....</b>	<b>144</b>
6.1	Regionalização da Saúde .....	144
6.2	Gestão da Saúde .....	153
6.2.1	Controle Social, Canais de Interação e Instâncias de Pactuação .....	155
6.2.2	Planejamento e Financiamento .....	160
6.2.3	Gestão do Trabalho e Educação na Saúde .....	166
6.2.4	Auditoria do SUS .....	172
6.2.5	Regulação, Controle e Avaliação .....	173
6.2.6	Tecnologia da Informação e Comunicação na Saúde .....	184
<b>7.</b>	<b>Informações Complementares do PES 2020/2023 - Coronavírus: Ações de Controle e Prevenção à Pandemia de Covid -19 no Amazonas .....</b>	<b>186</b>
<b>II - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES .....</b>		<b>197</b>
<b>8.</b>	<b>Matriz de Diretrizes e Objetivo .....</b>	<b>203</b>
<b>III - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PES .....</b>		<b>214</b>
<b>9.</b>	<b>Monitoramento e Avaliação do Plano - Medidas de Desempenho .....</b>	<b>214</b>
<b>10.</b>	<b>Referências .....</b>	<b>238</b>
<b>IV – ANEXOS .....</b>		<b>241</b>



## Índice de Ilustrações/Figuras

	Pg
Figura 1: Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI .....	46
Figura 2 Marcos do Processo de Regionalização da Saúde no Amazonas .....	148
Figura 3 Estrutura de Comando de Gestão de Emergência em Saúde Pública COVID 19 no Amazonas .....	187
Figura 4 Gestão de Emergência em Saúde Pública: COVID 19 no Amazonas .....	188
Figura 5 Boletim Situação Epidemiológica de COVID-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave No Amazonas .....	193
Figura 6 Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo SARS- Cov-2 (COVID-19) .....	193

## Índice de Quadros

	Pg
Quadro 1: Alinhamento entre o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual 2020-2023, Amazonas .....	29
Quadro 2: Rede Física de Saúde por Tipo de Estabelecimento e Gestão, Amazonas .....	75
Quadro 3: CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002 – Amazonas: Quantidade por Médicos e Região de Saúde (CIR) .....	85
Quadro 4: Metas e Indicadores Interfederativos da Atenção Básica – Amazonas .....	92
Quadro 5: Rede de Atenção Materno Infantil: Leitos por Região de Saúde – Amazonas .....	102
Quadro 6: Necessidade de leitos obstétricos e neonatais no Estado do Amazonas .....	102
Quadro 7: Leitos da Rede de Urgência - Amazonas .....	112
Quadro 8: Necessidades identificadas para implementação da Rede RUE – Amazonas .....	114
Quadro 9: Tipos de Deficiências por Regiões de Saúde do Amazonas .....	124
Quadro 10: Número de Pessoas por Tipo de Deficiência por Região de Saúde e Município – Amazonas .....	125
Quadro 11: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Serviços Habilitados e que se encontram em processo de Habilitação – Amazonas .....	129
Quadro 12: Identificação dos Serviços que deverão compor a RCPD por Região de Saúde – Amazonas .....	130
Quadro 13: Regionalização Amazonas: Quadro Sintético da Organização Regional .....	149
Quadro 14: Macrorregiões de Saúde – Amazonas, 2018 .....	150
Quadro 15: Redistribuição dos municípios do interior do Estado do Amazonas entre os Complexos Reguladores Regionais .....	176
Quadro 16: Situação de funcionamento das Centrais dos Complexos Reguladores Regionais – Amazonas .....	177
Quadro 17: Serviços regulados pelos Complexos Reguladores no Amazonas .....	178



## Índice de Tabelas

	Pg
Tabela 1 População Total, por Gênero, Rural/Urba - Estado – Amazonas .....	38
Tabela 2 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Amazonas .....	41
Tabela 3 Número de Nascidos Vivos e Taxa de Natalidade por Regional de Saúde, Amazonas 2013-2017 .....	50
Tabela 4 Cobertura de Nascidos Vivos por Região de Saúde, Amazonas 2013-2017 .....	51
Tabela 5 Nascidos Vivos por Faixa Etária da Mãe, Regional de Saúde do Amazonas, 2017 .....	52
Tabela 6 Nascidos Vivos segundo o número de Consultas Pré-Natal por Regional de Saúde, Amazonas, 2017 .....	54
Tabela 7 Cobertura de captação de óbitos e Coeficiente Geral de Mortalidade por Regional de Saúde, Amazonas, 2013-2017 .....	55
Tabela 8 Número e Proporção de Óbitos por Capítulos da CID 10, Amazonas, 2013-2017 .....	56
Tabela 9 Coeficiente de mortalidade infantil por componentes, Amazonas 2013 a 2017 .....	57
Tabela 10 Número e Proporção de Óbitos por Capítulos da CID 10 em menores de 1 ano, Amazonas, 2013 a 2017 .....	57
Tabela 11 Proporção de Óbitos Infantis e Fetais investigados no Amazonas, 2011 a 2017 .....	58
Tabela 12 Proporção de Óbitos Maternos e de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados no Amazonas, 2011 a 2017 .....	59
Tabela 13 Óbitos maternos e razão da mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos no Amazonas, 2013 a 2017 .....	60
Tabela 14 Mortalidade proporcional por causas externas, Amazonas, 2013-2017 .....	61
Tabela 15 Número de Casos de Doenças Transmissíveis, Amazonas, 2014-2018 .....	63
Tabela 16 Morbidade Hospitalar do SUS, por Local de Residência, Internações Segundo Capítulo CID-10, AMAZONAS 2015-2019 .....	73
Tabela 17 Rede Física de Saúde Por Natureza Jurídica e Gestão Amazonas .....	76
Tabela 18 Rede Pública Estadual de Saúde na Capital por Tipo de Estabelecimento e Zonas – Amazonas .....	77
Tabela 19 Rede Pública Estadual de Saúde na Capital, Administração Indireta – Amazonas .....	78
Tabela 20 Detalhamento da Rede Pública Estadual de Saúde no Interior por Região de Saúde e Tipo de Gerência – Amazonas .....	79
Tabela 21 Rede Pública Estadual de Saúde no Interior por Região de Saúde e Tipo de Estabelecimento – Amazonas .....	80
Tabela 22 Leitos Existentes (SUS e Não SUS) Por Tipo de Gestão – Amazonas .....	81
Tabela 23 Comparativo de Leitos Existentes (SUS e Não SUS) Gestão Estadual e Existente no Estado do Amazonas .....	81
Tabela 24 Leitos de Internação por Habitante – Amazonas .....	82
Tabela 25 Leitos de Internação Hospitalar Segundo Especialidade – Amazonas .....	83
Tabela 26 Comparativo de Leitos de Internação Hospitalar Segundo Especialidade – Am .....	83
Tabela 27 Comparativo de Leitos de Internação Hospitalar por Tipo – Amazonas .....	83
Tabela 28 Leitos Complementares – Amazonas .....	84
Tabela 29 Razão Médico/Habitante – Amazonas e Manaus, 2019 .....	85
Tabela 30 Profissionais do SUS por CBO – Amazonas .....	86



Tabela 31	Quantitativo de Cargos do Sistema Estadual de Saúde .....	87
Tabela 32	Quantitativo de Servidores Públicos do Sistema Estadual de Saúde do Amazonas por Vínculo .....	87
Tabela 33	Taxa de Cobertura de Planos de Saúde – Amazonas: Assistência Médica por Ano e Local de Residência .....	88
Tabela 34	Atendimentos no SUS de beneficiários de Planos de Saúde - Amazonas 2015 a 2019 Esfera administrativa: Estadual .....	89
Tabela 35	Distribuição de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nas Regiões de Saúde e Municípios – Amazonas .....	104
Tabela 36	Serviços Estratégicos da RAPS do Amazonas .....	105
Tabela 37	Mortalidade – Amazonas: Óbitos p/Residência por Região de Saúde (CIR) - Grupo CID-10: Doenças cerebrovasculares .....	108
Tabela 38	Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos - Brasil – 2008 Frequência segundo Diag CID10 (categ) .....	108
Tabela 39	Mortalidade – Amazonas: Óbitos p/Residênc por Região de Saúde (CIR) - Grupo CID-10: Doenças isquêmicas do coração .....	109
Tabela 40	Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Amazonas: Internações por Lista Morb CID-10 e Região de Saúde (CIR) .....	110
Tabela 41	Mortalidade proporcional por causas externas, Amazonas, 2013-2017 .....	110
Tabela 42	Mortalidade – Amazonas: Óbitos p/Residênc por Região de Saúde (CIR) - Capítulo CID-10: XX. Causas externas de morbidade e mortalidade .....	111
Tabela 43	Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas - por local de internação .....	111
Tabela 44	Leitos Hospitalares cadastrados no CNES/MS, Amazonas .....	112
Tabela 45	Leitos Complementares Existentes, SUS e Não SUS – Amazonas .....	113
Tabela 46	SAMU 192, Amazonas: Distribuição de Unidades Móvel por Município e Tipo de Unidade .....	114
Tabela 47	Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do Amazonas por Tipo de Serviço e Rede de referência de MAC .....	119
Tabela 48	Financiamento Federal para Componente Básico de Assistência Farmacêutica: Valor per capita por Grupo IDHM .....	135
Tabela 49	Situação do registro dos Relatórios Anuais de Gestão e Programação Anual de Saúde Municipais no Sistema DigiSUS – Amazonas .....	163
Tabela 50	Quantitativo de Cargos da Saúde com vinculação por Entidades Estaduais - Amazonas .....	167



## Índice de Gráficos

	<b>Pg</b>
Gráfico 1 População residente por situação domiciliar (urbana/rural) – Amazonas, 2010.....	29
Gráfico 2 Residente por Faixa Etária – Amazonas 2012 e 2019 .....	39
Gráfico 3 População Residente, Segundo Sexo e Faixa Etária, Amazonas, 2000, 2010 .....	40
Gráfico 4 IDH Amazonas, 1991, 2000 e 2010 .....	41
Gráfico 5 Ranking das cidades brasileiras com maior número de imigrantes .....	48
Gráfico 6 Proporção de partos cesarianas, Estado e Regional de Saúde do Amazonas, 2016 e 2017 .....	51
Gráfico 7 Proporção de nascidos prematuros por Regional de Saúde, Amazonas, 2016 e 2017 .....	53
Gráfico 8 Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer por Regional de Saúde, Amazonas, 2018 e 2017 .....	53
Gráfico 9 Proporção de óbitos por grupo das DCNT em relação ao total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos no Amazonas, 2013 a 2017 .....	61
Gráfico 10 Distribuição dos casos de SRAG segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Amazonas, semana epidemiológica 01 a 52, 2019 .....	63
Gráfico 11 Distribuição de casos notificados de sarampo por semana epidemiológica no estado do Amazonas, Capital e Interior, no período de fevereiro a dezembro de 2018 .....	64
Gráfico 12 Distribuição de casos Dengue, Chikungunya e Zika por semana epidemiológica e ano, no estado do Amazonas, 2014 a 2018 .....	66
Gráfico 13 Série histórica de casos e IPA de malária no Amazonas, 2007 a 2018 .....	67
Gráfico 14 Percentual de variação de casos de malária das Regionais de Saúde do Amazonas em 2018 comparado a 2017 .....	68
Gráfico 15 Coeficiente de detecção geral de hanseníase para Manaus, Interior e estado do Amazonas, 2000 a 2018 .....	71
Gráfico 16 Evolução de Leitos de Internação Hospitalar para cada Mil Habitantes do Amazonas, 2017-2020 .....	82
Gráfico 17 Proporção de Partos com 7 ou + Consultas Pré-Natal, Amazonas, 2014 a 2018 .....	99
Gráfico 18 Proporção de partos cesarianas Brasil, Região Norte e Amazonas 2014 a 2018 .....	99
Gráfico 19 Razão de Mortalidade Materna Amazonas, 2011 a 2018 (óbitos/100 mil NV) .....	100
Gráfico 20 Taxa de Mortalidade Infantil, Amazonas, 2010 a 2017 (óbitos/1.000 NV) .....	101
Gráfico 21 Taxa de Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Amazonas, 2010 a 2017 (Óbitos por 100.000) .....	117
Gráfico 22 Proporção de Óbitos por grupo das DCNT, Amazonas 2013 a 2017 .....	117
Gráfico 23 Mortalidade por Câncer de Colo de Útero por UF na Região Norte, 2017 .....	120
Gráfico 24 Situação dos Instrumentos de Planejamento do SUS dos Municípios do Amazonas: Plano Municipal de Saúde 2018-2021 registrados no Sistema DigiSUS .....	162
Gráfico 25 Orçamento da Saúde – Comparativos dos 3os. Quadrimestres 2016 a 2019.....	164
Gráfico 26 Execução Orçamentária/Financeira por Fonte FES/SUSAM – 2016/2019 .....	165
Gráfico 27 Execução Orçamentária/Financeira 2019 por Programa do PPA 2016/2019 .....	165
Gráfico 28 Proporção de Processos com solicitação de TFD por Especialidade de 2015 a 2019 – Amazonas .....	179





## Índice de Mapas

	<b>Pg</b>
Mapa 1: O Estado do Amazonas – Limites .....	35
Mapa 2: População censitária dos municípios do Amazonas – 2000 .....	37
Mapa 3: População censitária dos municípios do Amazonas – 2010 .....	37
Mapa 4: Mapa 4: Região Metropolitana de Manaus.....	43
Mapa 5: Mapa de Localização dos DSEIs – Brasil .....	44
Mapa 6: Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI no Amazonas .....	45
Mapa 7: Incidência parasitária anual de malária no Amazonas, 2018 .....	69
Mapa 8: Distribuição espacial da taxa de incidência de tuberculose nos municípios do Amazonas em 2018 .....	70
Mapa 9: Distribuição espacial da taxa de detecção de Hanseníase no Amazonas no ano 2018 .....	72
Mapa 10: Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência por Região de Saúde – Amazonas .....	128
Mapa 11: Macrorregiões de Saúde do Amazonas – 2018 .....	151
Mapa 12: Macrorregiões de Saúde do Amazonas – Macrorregião Central, 2018 .....	151
Mapa 13: Macrorregiões de Saúde do Amazonas – Macrorregião Leste, 2018 .....	152
Mapa 14: Macrorregiões de Saúde do Amazonas – Macrorregião Oeste, 2018 .....	152
Mapa 15: Complexo Reguladores Regionais – Amazonas .....	176



## Índice de Anexos

	Pg
<b>IV – ANEXOS</b> .....	<b>225</b>
<b>ANEXO 1 A:</b> Detalhamento da Rede Pública Estadual de Saúde na Capital por Tipo de Estabelecimento, Nome e Localização – Amazonas .....	226
<b>ANEXO 1 B:</b> Detalhamento da Rede Pública Estadual de Saúde no Interior por Município, Nome do Estabelecimento e Região de Saúde – Amazonas .....	228
<b>ANEXO 2 A:</b> Fluxo Assistencial das Redes Temáticas: Rede de Atenção Materno-Infantil (Cegonha) .....	230
<b>ANEXO 2 B:</b> Fluxo Assistencial das Redes Temáticas: Rede de Atenção às Condições Crônicas .....	232
<b>ANEXO 2 C:</b> Fluxo Assistencial das Redes Temáticas: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência .....	235
<b>ANEXO 3:</b> Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação de Recursos Financeiros do Estado aos Municípios .....	236
<b>ANEXO 4:</b> Vinculação das Propostas da 8ª. Conferência Estadual de Saúde do Amazonas com as Diretrizes, Objetivos e Ações do PES 2020-2023 por área temática .....	242





## Lista de Siglas e Abreviaturas

AB – Atenção Básica  
ACISO – Ação Cívica e Social  
ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AFI – Administração Financeira Integrada  
AIDPI – Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância  
AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome (em português, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)  
ALE/Am – Assembléia Legislativa do Amazonas  
AMB – Associação Médica Brasileira  
APS – Atenção Primária em Saúde  
ASB – Auxiliares de Saúde Bucal  
BLH – Bancos de Leite Humano  
CAIMI – Centro de Atenção Integral a Melhor Idade  
CAN – Correio Aéreo Nacional  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações  
CC – Centro Cirúrgico  
CEMA – Central de Medicamentos do Amazonas  
CEO – Centros de Especialidades Odontológicas  
CER III – Centro Especializado de Reabilitação III  
CERAC – Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade  
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CES/AM – Conselho Estadual de Saúde do Amazonas  
CETAM/ETSUS – Centro de Educação Tecnológica do Amazonas/Escola Técnica do SUS  
CIB – Conselho de Informações sobre Biotecnologia  
CIB/AM – Comissão Intergestores Bipartite do Amazonas  
CIHDOTT – Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes  
CIR – Comissões Intergestores Regionais  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CNCDO/AM – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Amazonas  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
COAPS – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
COSEMS/AM – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas  
CPD – Centro de Processamento de Dados  
CPER – Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro



CRDQ – Centro de Reabilitação de Dependentes Químicos  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias  
DRC – Doença Renal Crônica  
DSEI – Distrito de Saúde Especial Indígena  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
DOGES – Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/MS  
EC-29 – Emenda Constitucional 29  
ESB – Equipes de Saúde Bucal  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FAPEAM – Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Amazonas  
FES – Fundo Estadual de Saúde  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde  
HCOR – Hospital do Coração de São Paulo  
HCV – Vírus da Hepatite C  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HPSC – Hospital e Pronto Socorro da Criança  
HPS – Hospital Pronto Socorro  
HPV - Human Papiloma Virus  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística  
ICAM – Instituto da Criança do Amazonas  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
IHAC – Hospital Amigo da Criança  
INTO/Projeto Suporte – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad  
ISO – International Organization for Standardization  
LACEN – Laboratório Central  
LOA – Lei Orçamentária Anual  
LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias  
MAC – Média e Alta Complexidade  
MAPA – Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial  
MPT – Ministério Público do Trabalho  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPO/AM – Organização de Procura de Órgãos do Amazonas  
PAI – Pronto Atendimento Itinerante  
PAIC – Programa de Apoio a Iniciação Científica  
PAID – Programa de Atenção Integral ao Deficiente  
PAS – Programação Anual de Saúde



PCCR – Plano de Cargos, Carreira e Remuneração  
PCR – Reação em Cadeia da Polimerase  
PECTI-AM/Saúde – Programa Estratégico de Ciência, Tecnologia & Inovação nas Fundações Estaduais de Saúde.  
PES – Plano Estadual de Saúde  
PESC – Programa de Educação em Saúde da Criança  
PIA – Primeira Infância Amazonense  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
PPA – Plano Plurianual  
PPP – Parceria Público-Privada  
PPG/MT – Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical  
PROEME – Programa Estadual de Medicamento Especializado  
PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica  
PQAVS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde  
PVS – Programa Pesquisador Visitante Sênior  
RAG – Relatório Anual de Gestão  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
RC – Rede Cegonha  
RDQA – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior  
RNA – Ácido Ribonucléico  
RPA – Sala de Recuperação Pós-Anestésica  
RS – Região de Saúde  
RUE – Rede de Urgência e Emergência  
RUTE – Núcleo da Rede Universitária de Telemedicina  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia  
SEAAS – Secretaria Executiva de Assistência à Saúde  
SEDUC - Secretaria de Estado de Educação e Qualidade do Ensino  
SEFAZ – Secretaria de Fazenda  
SEINFRA – Secretaria de Estado de Infraestrutura  
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SEDCTI – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação  
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade



SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos  
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
SISCAN – Sistema de Informação em Câncer  
SPA – Serviço de Pronto Atendimento  
SPLAM – Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Gestão do Estado do Amazonas  
SRT – Serviço Residencial Terapêutico  
SUHAB – Superintendência Estadual de Habitação  
SUSAM – Superintendência de Saúde do Amazonas (também denominada Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas SES/Am)  
TFD – Tratamento Fora de Domicílio  
TSB – Técnico em Saúde Bucal  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UEA – Universidade do Estado do Amazonas  
UFAM – Universidade Federal do Amazonas  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva



## Apresentação:

O conceito amplo de Saúde, que envolve o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

Para que sejam produzidas alterações positivas na situação de saúde da população, é preciso propor objetivos relevantes em toda a sociedade. São necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos no interior desta sociedade e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas. Ou seja, para que uma sociedade conquiste saúde para todos os seus membros, são necessárias ações intersetoriais e as chamadas políticas de “Estados Saudáveis”, isto é, políticas comprometidas em viabilizar a saúde, objetivando garantir o acesso a Atenção de Qualidade a população.

A Constituição Federal de 1988 diz, em seu Artigo 174, que o planejamento no serviço público é determinante para elaboração de políticas públicas de interesse da sociedade e do Estado. É o planejamento que determina como serão as ações dos entes federados nas regiões de saúde, a grandes linhas mestras norteadoras do SUS

No Sistema Único de Saúde (SUS), o Plano de Saúde (PS) consolida o processo de planejamento em saúde, devendo incorporar a programação da política de saúde, indicando as intenções políticas, o diagnóstico, as estratégias, as prioridades, os programas de atuação, seus objetivos, metas e indicadores de avaliação. Assim sendo, o PS é uma importante ferramenta de gestão do SUS e pode contribuir no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde; no processo de definição de objetivos para a gestão, bem como a visualização das estruturas, das mediações e das ações necessárias para alcançar tais objetivos; no processo de definição de uma agenda e um cronograma para as ações e medidas empreendidas; e também no processo de monitoramento e avaliação da gestão.

A Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM, órgão integrante da Administração Direta do Poder Executivo, tem como responsabilidade a formulação e o desenvolvimento da Política Estadual de Saúde, visando a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Amazonas, de



forma a garantir à população uma atenção à saúde qualificada e equitativa, atuando na coordenação e regulação do sistema local de saúde, considerando nesse processo, as definições e pactuações aprovadas e consensuadas nos fóruns competentes, tais como os Conselhos de Saúde no âmbito nacional e estadual e Comissões Intergestores nos níveis nacional, estadual e regional (CIT, CIB/AM e CIR's/AM, respectivamente).

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

Com a finalidade de orientar a atuação da Gestão do SUS no Amazonas para os próximos quatro anos, a SUSAM elaborou o Plano Estadual de Saúde - PES 2020-2023, sendo este um importante documento que deve ser compreendido como o instrumento de referência da gestão da saúde no âmbito estadual, uma vez que baseia-se em um diagnóstico a partir de vários recortes da situação de saúde no estado, destacando os principais problemas e prioridades de intervenção em prol da melhoria da saúde da população amazonense.

O PES é constituído de 3 capítulos, além das partes de apresentação, identificação e introdução, além dos anexos com detalhamentos de dados citados no Plano. O Capítulo I contempla a estruturação do Plano, bases legais e relação com o Plano Plurianual e abrange as características do território e situação de saúde da população amazonense, detalhando o perfil epidemiológico, estrutura de serviços, informações sobre a atenção, vigilância e gestão da saúde no Amazonas. O Capítulo II traz as Diretrizes, Objetivos, Metas Indicadores estabelecidos a partir das análises da situação de saúde e características do território, considerando os determinantes e condicionantes sociais com impacto na saúde da população. O Capítulo III Monitoramento e Avaliação do PES, demonstra os elementos necessários para realizar o acompanhamento e gestão do plano com as respectivas medidas de desempenho.

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



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

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

**Marcellus José Barroso Campêlo**

*Secretário de Estado de Saúde do Amazonas*





## Informações Gerais

### 1.1. Dados Territoriais

<b>Estado</b>	Amazonas - AM
<b>Área:</b>	1.570.745,00 Km <sup>2</sup>
<b>População:</b>	4.144.597 Hab (2019) 4.207.714 Hab (2020)
<b>Densidade Populacional:</b>	2,63 Hab/Km <sup>2</sup>

Fonte: IBGE (pop estimada 2019)

### 1.2. Secretaria de Saúde

<b>Nome do Órgão:</b>	Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM)
<b>Número CNES:</b>	6546242
<b>CNPJ:</b>	00.697.295/0001-05
<b>Endereço:</b>	Av: André Araújo, nº 701, Aleixo, Manaus, CEP: 69060-000
<b>E-mail:</b>	chefiadegabinete@saude.am.gov.br deplan@saude.am.gov.br
<b>Telefone:</b>	(92) 3643-6300 / 6302
<b>Site/Redes Sociais:</b>	<a href="http://www.saude.am.gov.br">www.saude.am.gov.br</a> Instagram: @saudeam facebook.com/@saudeam

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)





### 1.3. Gestão

<b>Governador(a):</b>	Wilson Miranda Lima
<b>Secretária de Saúde :</b>	Marcellus José Barroso Campêlo
<b>Nomeação:</b>	06/07/2020
<b>E-mail secretário(a):</b>	chefiadegabinete@saude.am.gov.br sec_executivo@saude.am.gov.br
<b>Telefone secretário(a)</b>	(092) 6343-6302

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

### 1.4. Fundo de Saúde

<b>Lei de criação:</b>	Lei nº 2.880
<b>Data de criação:</b>	07/04/2004
<b>CNPJ:</b>	06.023.708/0001-44
<b>Natureza Jurídica:</b>	Fundo Público da Administração Direta Estadual ou do DF
<b>Nome do Gestor do Fundo:</b>	Marcellus José Barroso Campêlo

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

### 1.5. Plano de Saúde

<b>Período do Plano de Saúde:</b>	2020-2023
<b>Status do Plano:</b>	Aprovado (Resolução nº 05 de 19/04/2021)

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)



## 1.6. Regionalização

Região de Saúde	Área (Km <sup>2</sup> )	População 2019 (Hab)	Densidade (Pop/ Km <sup>2</sup> )
Alto Solimões	213.281	254.355,00	1,19
Baixo Amazonas	68.383	253.955,00	3,71
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	365.264	2.620.255,00	7,17
Médio Amazonas	58.424	175.228,00	3,00
Rio Juruá	102.714	139.788,00	1,36
Rio Purus	252.985	133.861,00	0,53
Rio Madeira	221.036	202.880,00	0,92
Rio Negro e Solimões	156.690	302.317,00	1,93
Triângulo	131.964	125.075,00	0,95
<b>TOTAL</b>	<b>1.570.741</b>	<b>4.207.714</b>	<b>2,63</b>

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)

## 1.7. Conselho de Saúde

<b>Instrumento Legal de Criação:</b>	Instituído nos termos da Lei nº 2.221 de 17/05/1993, reorganizado pela Lei nº 2.371 de 26 /12/1995 e alterado pela Lei nº 2.670 de 23/07/2001.
<b>Endereço:</b>	Av: André Araújo, nº 701, Aleixo, Manaus, CEP: 69060-000
<b>E-mail:</b>	ces@saude.am.gov.br
<b>Site:</b>	<a href="http://www.saude.am.gov.br/ces">www.saude.am.gov.br/ces</a>
<b>Telefone:</b>	(92) 3649-6377
<b>Nome do Presidente:</b>	Marcellus José Campello
<b>Número de conselheiros por segmento</b>	Usuários:08 Governo:02 Trabalhadores:04 Prestadores:02

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)



## 1.8. Plano de Carreira, Cargos e Salários

<b>PCCR aprovados:</b>	PCCR dos servidores do Quadro de Pessoal Permanente do Sistema Estadual de Saúde, instituído pela Lei nº 3.469, de 24 de dezembro de 2009.
	PCCR dos Servidores Médicos do Sistema Estadual de Saúde, instituído pela Lei Promulgada nº 70, de 14 de julho de 2009.

Fonte: Departamento de Recursos Humanos (DGRH/SUSAM)

## 1.9. Pacto pela Saúde

<b>Status:</b>	Em 2004 o Estado habilitou-se à condição de Gestor Pleno do Sistema Estadual, conforme PT GM/MS Nº 219/GM de 13/02/04.
----------------	--

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)



## Planejamento Estratégico

### ▪ Orientações Estratégicas da SES/Am

#### Missão

*Coordenar o Sistema de Saúde no Amazonas para promover e contribuir com a qualidade de vida e o acesso à saúde, como um bem para todos os cidadãos.*

#### Visão

*Ser reconhecida na Amazônia e nacionalmente, até 2030, como excelência na construção e condução de políticas públicas de saúde*

#### Valores

*Ética, universalidade, inovação, planejamento, transparência, comprometimento, competência e integração*



## Planejamento Estratégico

### Mapa Estratégico



## 1. Introdução

O Plano de Saúde é o instrumento de planejamento para definição das iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para o período de quatro anos. Explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

No Amazonas, o Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 começou a ser elaborado em 2019, a partir da adesão da Secretaria de Estado de Saúde ao Projeto “Fortalecimento da Gestão Estadual”, desenvolvido pela parceria do Ministério da Saúde (MS/PROADI/SUS) com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), que visa oferecer ferramentas práticas e conceituais para a elaboração de instrumentos de gestão estratégica e incentivar a construção de soluções para a qualificação da atenção à saúde e da gestão do SUS. Esse processo de Planejamento Estratégico lançou as bases para o Plano de Saúde do Estado, onde foi trabalhado concomitantemente e alinhado a outros instrumentos, como o Plano Plurianual, o Plano de Governo, relatórios e planos da SES/Am, bem como as prioridades da saúde definidas pela gestão do estado

Em relação à participação do controle social, destaca-se que o Conselho Estadual de Saúde do Amazonas (CES-AM) enfrentou um processo de judicialização, desde 2017, o que culminou na paralisação temporária de suas atividades no período do último trimestre de 2018 ao primeiro semestre de 2019 e parcialmente até dezembro de 2019, retornando suas atividades integrais a partir de fevereiro de 2020. A atual gestão da SES/Am encontrou o CES-AM desativado, por determinação da Justiça Estadual, em uma ação movida pelo Ministério Público Estadual (MP-AM), e reconhecendo a importância do controle social no SUS, comprometeu-se com a reativação com base em uma construção conjunta, ouvindo todos os interessados na causa.

Neste ínterim, por iniciativa do Governo do Estado em articulação com o Ministério Público do Estado do Amazonas, foi realizada em 2019 a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Amazonas, cujas propostas aprovadas foram correlacionadas com as diretrizes, objetivos e metas quadrienais deste Plano Estadual de Saúde. Para a elaboração do Plano, foram seguidos os passos descritos a seguir.





**Processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde 2020 - 2023**

<b>Etapa</b>	<b>Descritivo</b>	<b>Instrumento/Produto</b>
1 - Adesão ao Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS - Triênio 2018-2020	Parceria, entre a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, MS, o CONASS e o HAOC com a finalidade de fortalecimento do SUS nos estados brasileiros	Termo de Adesão
2 - Instituição da equipe de coordenação	Equipe composta por profissionais das diversas áreas da gestão e atenção à saúde para coordenar o processo de construção do PES 2020-2023	Portaria 0272/2019 - GSUSAM
3 - Realização das Oficinas Estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De março a junho de 2019, foram realizadas 4 oficinas para diagnóstico situacional com identificação de Macroproblemas/ Diretrizes e Objetivos Estratégicos; definição da identidade organizacional Missão, Visão e Valores, Matriz SWOT, Mapa Estratégico e Medidas de Desempenho, plano de ação estratégico e até dezembro de 2019 foram feitas reuniões com o assessoramento da apoiadora do CONASS/HAOC para validação dos produtos das oficinas com os gestores, revisões, ajustes e alinhamento com outros instrumentos de planejamento de governo e do SUS</li> <li>▪ Em julho de 2019 a SES/Am realizou a Oficina de alinhamento dos objetivos estratégicos com os secretários municipais de saúde do Amazonas, com a participação do COSEMS/Am</li> </ul>	Mapa Estratégico da SES/AM com a identidade organizacional e respectivo painel de bordo Plano Estratégico
4 - Alinhamento entre o planejamento governamental e do SUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consulta Pública para o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023 sobre demandas para a Saúde com oportunidade de participação de cidadãos dos 62 municípios amazonenses. ( maio a junho/2019). Das demandas consideradas pertinentes à gestão estadual 98,5% foram contempladas no PPA.</li> <li>▪ No processo de elaboração do Plano Plurianual (PPA) 2020-2023 do governo do estado referente ao setor saúde, os objetivos estratégicos da SES/AM contribuíram para a definição dos objetivos e programas do PPA (julho/2019)</li> </ul>	Relatório de Devolutiva da Consulta à Sociedade 2019 (Sedecti). PPA 2020-2023 alinhado com os objetivos estratégicos da saúde (Lei 5.055 27/12/2019)
5 - Realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprovação das diretrizes e propostas para orientação do processo de planejamento na 8ª Conferência Estadual de Saúde (julho/2019)</li> </ul>	Relatório da Conferência de Saúde
6 - Reativação do Conselho Estadual de Saúde CES-AM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agosto/2019, eleição e posse dos novos conselheiros estaduais de saúde (preenchido parcialmente o número de vagas)</li> <li>▪ Dezembro/2019 a fevereiro de 2020, eleições suplementares para vagas remanescentes do Conselho Estadual de Saúde e posse dos novos conselheiros</li> <li>▪ Fevereiro de 2020 1ª reunião deliberativa do CES-AM</li> </ul>	Ata – 323ª reunião LXVI extraordinária do CES/AM (27.02.2020)
7 - Apoio à qualificação dos novos conselheiros do CES-AM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alinhamento sobre instrumentos de Planejamento do SUS e Governamental e apresentação sobre o Sistema DIGISUS Gestor – Módulo Planejamento com os conselheiros estaduais de saúde (fev/2020)</li> </ul>	Conselheiros qualificados sobre o processo de planejamento do SUS e de Governo



Etapa	Descritivo	Instrumento/Produto
8 – Definição das Diretrizes do Conselho Estadual de Saúde para o PES 2020-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oficina com os conselheiros estaduais de saúde para análise da situação de saúde, apresentação do planejamento estratégico da SES/Am e definição de Diretrizes para o PES (Fev/2020)</li> <li>▪ Reunião extraordinária do CES-AM para deliberação das diretrizes do PES</li> </ul>	Resolução CES/AM no. 010/2020 de 27/02/2020 aprova as diretrizes do PES
9 – Realização das Oficinas Ampliadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 Oficinas realizadas entre fevereiro e março de 2020, com a finalidade de discutir a partir dos diversos olhares e da proposta do planejamento estratégico da secretaria, bem como da análise da situação de saúde do estado e da gestão do sistema estadual de saúde e dos diversos instrumentos de planejamento do SUS e de Governo e ainda em conformidade com as Diretrizes e orientações das conferências de saúde e controle social aprovadas, visando a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, com a participação de Gestores e Técnicos da SES/Am, Fundações de Saúde, representantes do Controle Social, Comissões Intergestores, Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS/AM), Ministério da Saúde, Saúde Indígena e Instituições Parceiras tais como Fiocruz, Universidades (UFAM e UEA), Secretaria de Planejamento e Comissão de Saúde da ALEAM.</li> </ul>	Alinhamento quanto a elaboração da Parte I (Análise Situacional) e Parte II (Diretrizes, Objetivo, Metas e Indicadores) para o Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2020-2023
10 – Consulta Pública para contribuições da sociedade para o Plano Estadual de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Considerando o cancelamento da audiência pública prevista para março de 2020 em razão da pandemia de COVID-19, foi aberta consulta pública no site da SES/AM de 13/03/2020 a 04/04/2020 prorrogada até 30/04/2020</li> </ul>	Recebimento de contribuições através do site <a href="http://www.saude.am.gov.br/painel/PES2020.php">http://www.saude.am.gov.br/painel/PES2020.php</a>
11 – Análise das Propostas da 8ª Conferência Estadual de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Foram analisadas as propostas oriundas das conferências municipais e selecionadas as pertinentes a esfera estadual e feita a correlação com os objetivos e metas propostos para o PES</li> </ul>	Quadro com as propostas e metas correlacionadas no PES
12 – Pactuação de Metas e Indicadores interfederativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pactuado na CIB AM e em análise para deliberação do Conselho Estadual de Saúde as metas e indicadores interfederativos</li> </ul>	Resolução CIB/AM no. 019/2020 de 25/05/2020 Em análise no CES/AM (Proc 2210/2020)

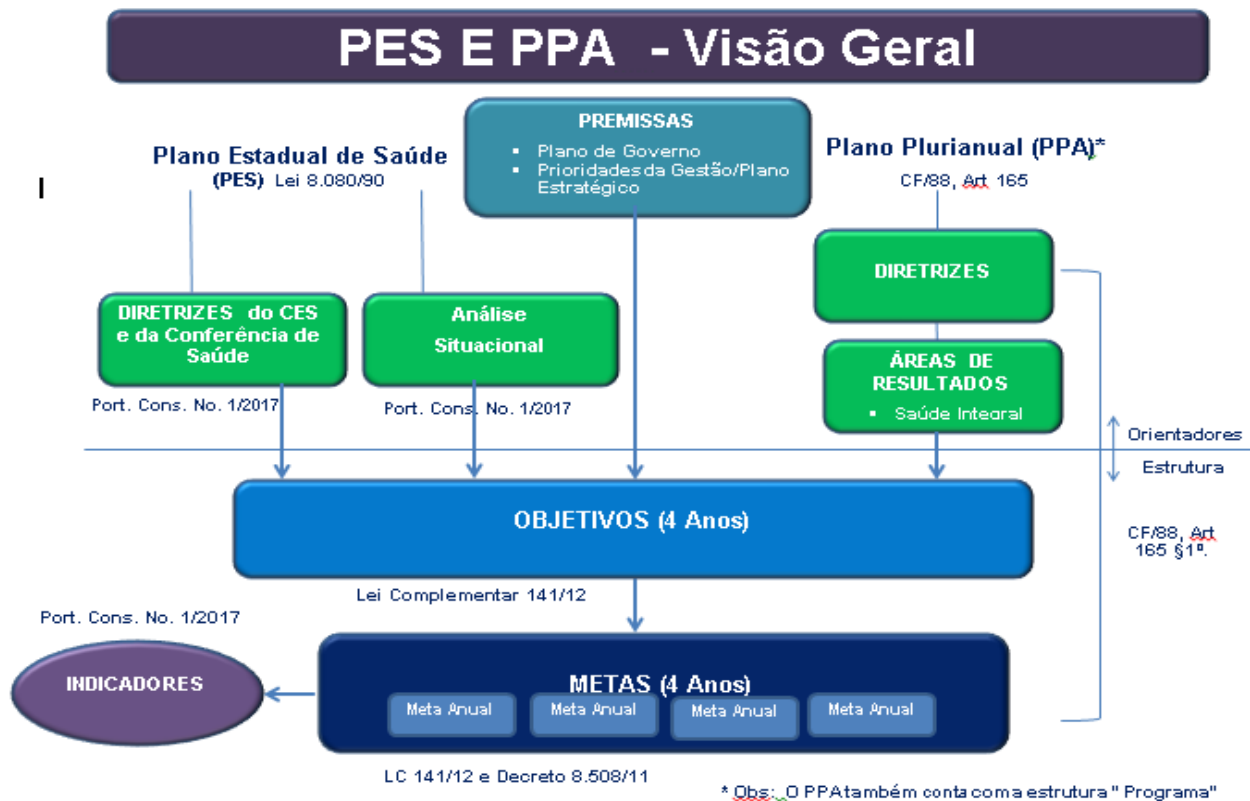
Os instrumentos de planejamento da saúde, o Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão, devem orientar, no que se refere à política de saúde, a elaboração dos instrumentos de planejamento de governo, Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), definidos a partir do art. 165 da CF.





A Constituição Federal de 1988 define a integração entre as funções de planejamento estatal e as de orçamentação como sendo o fundamento do modelo orçamentário brasileiro, definido pela necessidade do estabelecimento de uma conexão coerente entre os respectivos instrumentos adotados.

### Compatibilização entre o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual 2020-2023



A partir do Planejamento Estratégico construído em parceria com o CONASS/HAOC e MS e considerando as Diretrizes estabelecidas pelo pela 8ª. Conferência de Saúde de Saúde do Amazonas e as orientações do Governo do Estado do Amazonas foram definidos as bases para elaboração dos instrumentos de planejamento de médio prazo do SUS e Governamental referente à área de saúde.

Para a elaboração do PPA 2020-2023 foi adotada pelo governo do estado uma metodologia mais concisa, porém foram alinhados por meio dos objetivos, com o Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, apresentando detalhamento no nível tático (metas).

O PES tem sua programação anualizada por meio da Programação Anual de Saúde e é monitorado a cada 4 meses por meio dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas.

O alinhamento dos instrumentos de Planejamento é a demonstrado no Quadro 1, a seguir:



**Quadro 1: Alinhamento entre o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual 2020-2023, Am**

PPA 2020/2023	<b>Bases Estratégicas de Governo</b>	<b>Diretriz:</b> Qualidade de Vida <b>Objetivo:</b> Pessoas com seus direitos fundamentais assegurados, com segurança, saúde, educação transformadora e cultura diversa e criativa <b>Áreas de Resultados:</b> Saúde Integral - Garantir o acesso, a integralidade, o atendimento humanizado e a qualidade da atenção em saúde	
	<b>Programa Estruturante</b>	<b>3274 Integra SUS</b>	
	<b>Objetivo</b>	Buscar a melhoria da qualidade de vida da população do estado do Amazonas, por meio da promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e Ações Intersetoriais e interinstitucionais, contribuindo para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos.	
	<b>Correlação Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODS)</b>	Objetivos ODS 03, 04, 05, 06,09, 11, 15, 16, 17	
	<b>Valor R\$</b>	<b>2020</b>	<b>2021-2023</b>
	13.492.000	43.583.000	
PES 2020/2023	<b>Diretrizes Conferência Estadual de Saúde/Conselho Estadual de Saúde</b>	D1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde	
		<b>OBJETIVO</b>	<b>INDICADOR</b>
	1.1 - Contribuir para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e ações intersetoriais e interinstitucionais		Taxa de mortalidade (0-4 a) por causas evitáveis Razão de mortalidade materna Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônica Proporção de notificações de violência interpessoal e auto provocada com campo raça/cor preenchido com informação válida Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial Proporção de casos autóctones de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno Número de casos autóctones de malária Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados Proporção de registro de óbitos com causa básica definida Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho



**Quadro 1: Alinhamento entre o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual 2020-2023, Am**

PPA 2020/2023	<b>Bases Estratégicas de Governo</b>	<b>Diretriz:</b> Qualidade de Vida <b>Objetivo:</b> Pessoas com seus direitos fundamentais assegurados, com segurança, saúde, educação transformadora e cultura diversa e criativa <b>Áreas de Resultados:</b> Saúde Integral - Garantir o acesso, a integralidade, o atendimento humanizado e a qualidade da atenção em saúde		
	<b>Programa Estruturante</b>	<b>3305 Saúde em Rede</b>		
	<b>Objetivo</b>	- Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Rede de Urgência e Emergência, Linha de Cuidado Saúde da Mulher, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da Atenção Especializada em tempo adequado, com equidade e integralidade, considerando o atendimento das necessidades de saúde, aprimorando: a Política de Atenção Especializada, integrando os Programas de Telessaúde, Amazonas Presente, Serviço de Atenção Domiciliar e Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e as Ações das Fundações de Saúde assistenciais vinculadas a SUSAM, bem como o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como reordenadora da atenção à saúde no estado do Amazonas; - Ampliar o acesso da população à Assistência Farmacêutica, promovendo o uso racional de medicamentos e qualificando-a no âmbito do SUS.		
	<b>Correlação Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODS)</b>	Obj ODS 03, 17		
	<b>Valor R\$ (2020)</b>	<b>2020</b>	<b>2021-2023</b>	
	1.297.266.000	4.190.931.662		
PES 2020/2023	<b>Diretrizes Conferência Estadual de Saúde/Conselho Estadual de Saúde</b>	D1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde		
		<b>OBJETIVO</b>	<b>INDICADOR</b>	
		1.2- Fortalecer os serviços de Média Complexidade nas Regiões de Saúde e Estruturar os serviços de Alta Complexidade nas Macrorregiões	Proporção de internações de Alta Complexidade de não residentes por macrorregião de saúde Número de regiões de saúde que realizam no mínimo 90% de procedimentos de Média Complexidade	
		1.3- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde com o aprimoramento das Redes de Atenção e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, bem como considerando o atendimento às necessidades de saúde	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica – ICSAB Percentual de serviços ofertados pela equipe de atenção básica Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos Número de testes de sífilis por gestante Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Número de testes rápidos para detecção de infecção pelo HBV realizados Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica Cobertura de Acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	



**Quadro 1: Alinhamento entre o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual 2020-2023, Am**

PPA 2020/2023	Programa Estruturante	3305 Saúde em Rede	
PES 2020/2023	Diretrizes Conferência Estadual de Saúde/Conselho Estadual de Saúde	D1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde	
		OBJETIVO	INDICADOR
	1.4- Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Linha de Cuidado Saúde da Mulher e da Criança (a), Rede de Urgência e Emergência (b), Rede de Atenção Psicossocial (c), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (d) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (e)	Número de salas de estabilização implantadas nas regiões de saúde Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64a na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária Taxa de mortalidade infantil Razão entre ações de Matriciamento sistemático realizadas por Caps com equipes de Atenção Básica Número de CER implantados nos municípios Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônica Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária Proporção de parto normal no sistema único de saúde e na saúde suplementar Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	
	1.5 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da atenção especializada em tempo adequado, com equidade no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando: Política de Atenção Especializada (a), integrando os Programas de TFD Interestadual (b), Atenção Domiciliar - Melhor em Casa (c), Ações de Humanização (d), Rede Complementar do SUS (e) e as Ações das Fundações de Saúde Assistenciais vinculadas a SUSAM (f)	Percentual de redução de encaminhamentos para atenção ambulatorial especializada em determinada especialidade (Regula Mais) Percentual de oferta de consultas na Atenção Especializada em relação a necessidade estimada Percentual de oferta de exames (exceto patologia clínica) na Atenção Especializada em relação a necessidade estimada Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnósticos no anos coortes	
	1.6-Ampliar o acesso da população à Assistência Farmacêutica, promover o uso racional de medicamentos e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS	Número de farmácias dispensadoras do CEAF implantadas Percentual de abastecimento das unidades de saúde considerando os itens essenciais	
1.7-Combate à Pandemia da COVID-19	Taxa de Letalidade por COVID-19		



**Quadro 1: Alinhamento entre o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual 2020-2023, Am**

PPA 2020/2023	<b>Bases Estratégicas de Governo</b>	<b>Diretriz:</b> Qualidade de Vida <b>Objetivo:</b> Pessoas com seus direitos fundamentais assegurados, com segurança, saúde, educação transformadora e cultura diversa e criativa <b>Áreas de Resultados:</b> Saúde Integral - Garantir o acesso, a integralidade, o atendimento humanizado e a qualidade da atenção em saúde		
	<b>Programa Estruturante</b>	<b>3231 Navega SUS</b>		
	<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aperfeiçoar os processos de trabalho nas áreas de planejamento, financiamento, monitoramento, controle e avaliação, regulação, auditoria, ouvidoria, contratualização, comunicação, informação, informática e tecnologia em saúde;</li> <li>- Promover a institucionalização das Políticas Gestão do Trabalho e Educação em Saúde com ênfase nos processos de avaliação e educação no SUS;</li> <li>- Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã;</li> <li>- Aprimorar a relação interfederativa e fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde por meio do planejamento regional integrado.</li> </ul>		
	<b>Correlação de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODS)</b>	-		
	<b>Valor R\$ (2020)</b>	<b>2020</b>	<b>2021-2023</b>	
	8.359.000	26.974.500		
PES 2020/2023	<b>Diretrizes Conferência Estadual de Saúde/Conselho Estadual de Saúde</b>	D2 - Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a equidade de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico. D3 - Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada. D4 - Fortalecer e qualificar a participação do controle social garantindo a transparência, a moralidade na gestão pública e o estabelecimento de ações intersetoriais que cumpram os direitos constitucionais.		
	<b>OBJETIVO</b>		<b>INDICADOR</b>	
	2.1-Ampliar a integração com o sistema de saúde suplementar/ complementar para melhorar o desempenho dos resultados do setor		Percentual de ressarcimento dos pacientes conveniados a planos de saúde que utilizam o SUS	
	2.3-Aperfeiçoar os mecanismos de captação e execução dos recursos destinados a implementação das RAS		Percentual de gasto público na AB por esfera estadual Despesa total com Saúde, sob responsabilidade do Estado, por habitante. Participação % da execução do recurso do tesouro federal em relação as despesa totais com saúde Número de Municípios com transferência de recurso financeiro estadual para as ações de Atenção Básica e Ações Estratégicas	
	3.1-Promover a institucionalização das Políticas Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, com ênfase nos processos de avaliação e educação no SUS		Proporção de execução das ações do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Amazonas	
	3.2-Aperfeiçoar os processos de trabalho nas áreas de planejamento, financiamento, monitoramento, controle e avaliação, regulação, auditoria, contratualização e tecnologia da informação e comunicação em saúde (gestão estratégica)		Proporção de execução das ações de gestão contidas na Programação Anual de Saúde	
	3.3-Aprimorar o Planejamento Regional Integrado (PRI), visando fortalecer a relação interfederativa e a gestão compartilhada nas regiões de saúde		Percentual de planos macrorregionais e regionais pactuados Número de Comissões Intergestores Regionais (CIR) em funcionamento	
	4.1- Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã		Número de serviços de ouvidoria do SUS implantados nas unidades de saúde sob gestão estadual Proporção de propostas contempladas no Plano Estadual constantes no Relatório da Conferência Estadual	





**Quadro 1: Alinhamento entre o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual 2020-2023, Am**

PPA 2020/2023	<b>Bases Estratégicas de Governo</b>	<b>Diretriz:</b> Qualidade de Vida <b>Objetivo:</b> Pessoas com seus direitos fundamentais assegurados, com segurança, saúde, educação transformadora e cultura diversa e criativa <b>Áreas de Resultados:</b> Saúde Integral - Garantir o acesso, a integralidade, o atendimento humanizado e a qualidade da atenção em saúde	
	<b>Programa Estruturante</b>	<b>3267 Estrutura SUS</b>	
	<b>Objetivo</b>	Dotar de infraestrutura a rede de serviços de saúde, com a identificação e a priorização de investimentos necessários para a conformação das Redes de Atenção à Saúde	
	<b>Correlação Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODS)</b>	Obj ODS 03	
	<b>Valor R\$</b>	<b>2020</b>	<b>2021-2023</b>
	138.696.000	448.096.838	
PES 2020/2023	<b>Diretrizes</b> Conferência Estadual de Saúde/Conselho Estadual de Saúde	D2 - Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a equidade de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico	
		<b>OBJETIVO</b>	<b>INDICADOR</b>
		2.2-Dotar de infraestrutura a rede de serviços de saúde, com a identificação e a priorização de investimentos necessários para conformação das redes de atenção a saúde, considerando os planos regionais, macrorregionais e as necessidades dos usuários para melhorar as condições de atendimento no SUS, reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde para garantir a integralidade da atenção e proporcionar condições adequadas para as estruturas de gestão	Participação percentual da despesa com investimentos na despesa total com saúde

**Fonte:** Governo do Estado do Amazonas/SEDECTI; DEPLAN/SUSAM; CES/AM

**Nota:** Considerado apenas os programas finalísticos (Não incluídos os Programas do PPA: 0001 - Programa de Apoio Administrativo; 0003 - Operações Especiais: Cumprimento de Sentenças Judiciais; 3229 - Gestão e Serviços ao Estado)



# I – CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E SITUAÇÃO DE SAÚDE

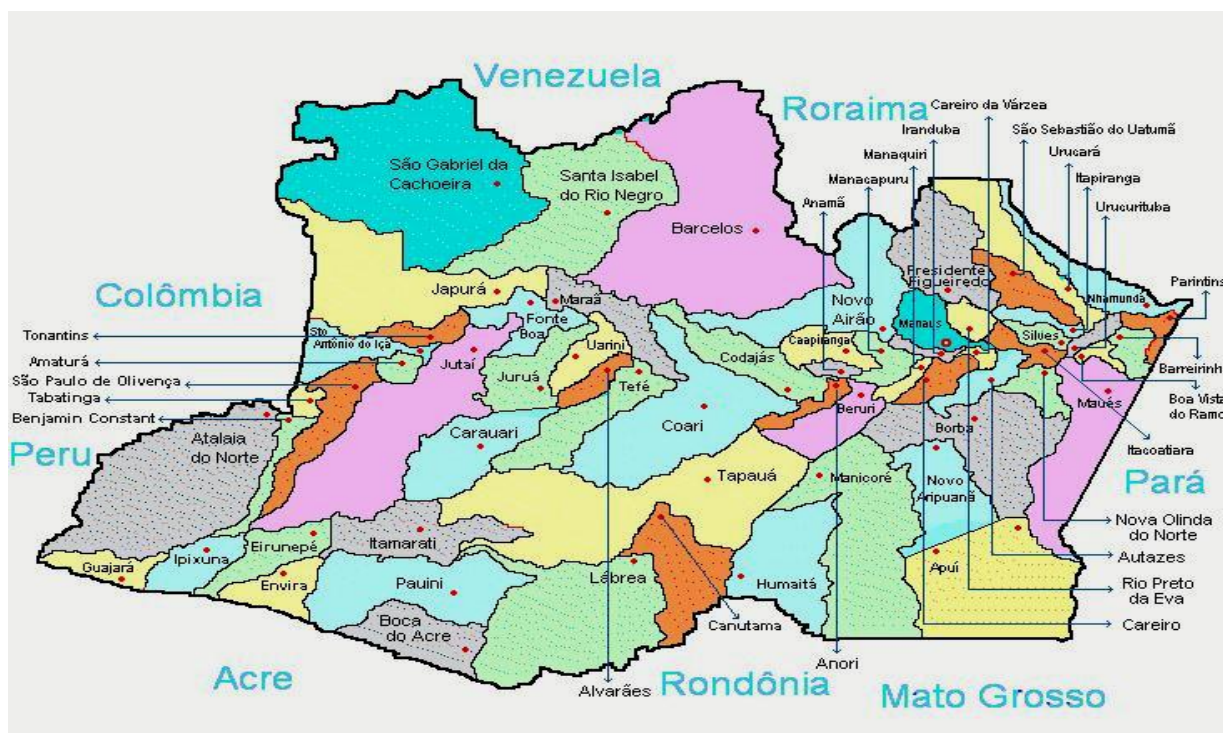


## 2. Caracterização do Território

### O Estado do Amazonas

O Estado do Amazonas integra o Bioma da Amazônia, sendo um dos sete estados da Região Norte do Brasil, fazendo parte também da Amazônia Legal, juntamente com os estados do Amapá, Acre, Tocantins, Rondônia, Roraima e Pará o Norte do Mato Grosso e Oeste do Maranhão. Localizado no centro da região Norte, tem como limites (Mapa 1.): Venezuela e Roraima (N), Colômbia (NO), Pará (L), Mato Grosso (SE), Rondônia (S), Acre e Peru (SO). Têm ao mesmo tempo as terras mais altas (pico da Neblina, 3.014m) e a maior extensão de terras baixas (menos de 100m) do Brasil.

Mapa 1: O Estado do Amazonas - Limites



O Amazonas detém, ainda, 98% de sua cobertura florestal preservada, além de um dos maiores mananciais de água doce e constitui-se no maior estado em área territorial do País, com 1.559.161,682 quilômetros quadrados, o equivalente ao território de cinco países, somados: França, Espanha, Suécia e Grécia e ocupa uma área de 40,5% da Região Norte.





## Perfil Demográfico

Inversamente ao seu tamanho, o Amazonas conta com 4,1\* milhões de habitantes, que representam cerca de 2% da população do país, e apresenta a menor densidade demográfica entre as unidades da federação (2,6 habitantes por quilômetros quadrados).

A população amazonense cresceu 1,6% entre 2018 e 2019, atingindo a marca de 4.144.597 habitantes, segundo estimativas do IBGE. A capital Manaus é o município mais populoso do estado, com 2.182.763 habitantes, seguido por Parintins (114.273 habitantes), Itacoatiara (101.337), Manacapuru (97.377) e Coari (85.097). Por outro lado, os municípios que apresentaram a menor população são Japurá 2.755 habitantes, seguido de Itamarati com 7.851 habitantes, e Itapiranga com 9.148 habitantes. Japurá é também o município amazonense com a menor taxa de crescimento (-15,6%), seguido de Fonte Boa (-3,4%) e Jutai (-3,0%). São oito os municípios amazonenses que possuem taxa negativa de crescimento, ou seja, que perderam população em 2019.

Em relação a distribuição da população pelo território, observa-se que excetuando-se a capital Manaus, com concentração acima de 191 habitantes por Km<sup>2</sup>, apenas 5 municípios (Iranduba, Manacapuru, Itacoatiara, Parintins e Tabatinga ) possuem densidades que variam entre 11 a 21 habitantes por Km<sup>2</sup> e cerca de 47% dos municípios apresentam uma densidade populacional de 1,5 ou menos habitantes por Km<sup>2</sup>.

## População censitária do Amazonas - 2000 e 2010



O Amazonas apresentou crescimento de 2,16% entre os censos de 2000 e 2010.



O estado apresentou 3,48 milhões de pessoas em 2010 contra 2,81 milhões em 2000.

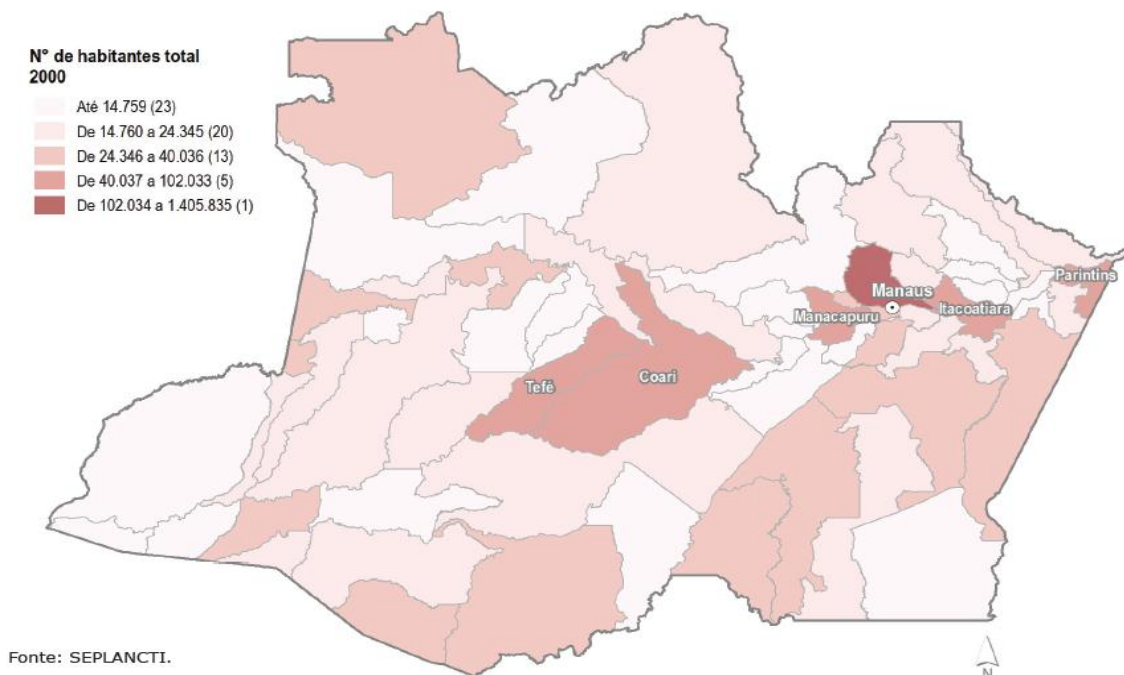


Manaus detém 52% de toda a população do Amazonas referente ao censo de 2010.

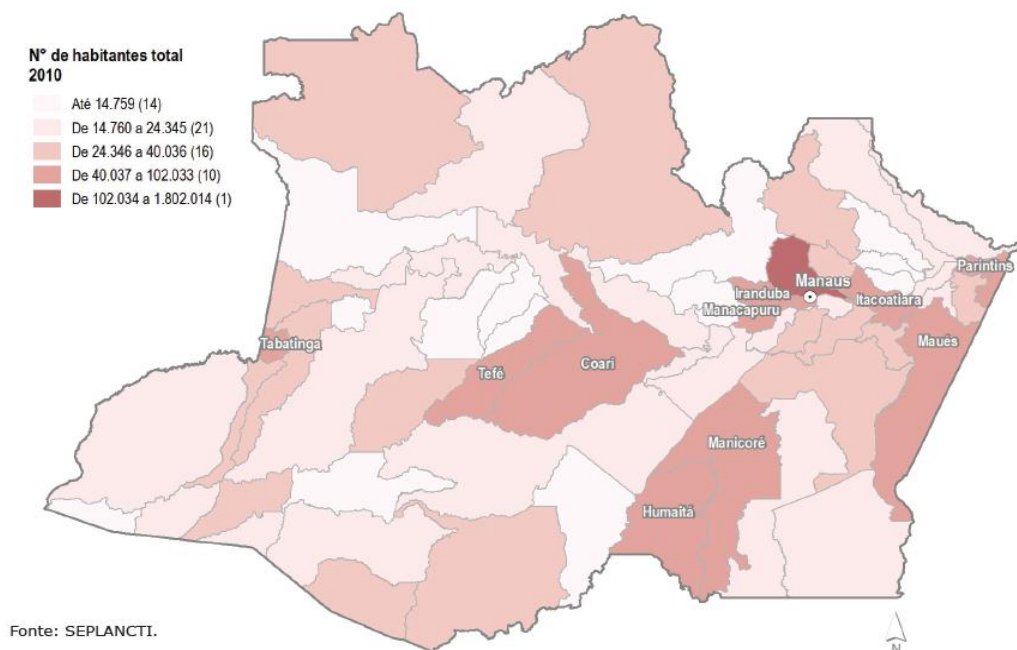
\*População 2019 estimada pelo IBGE



**Mapa. 2: População censitária dos municípios do Amazonas - 2000.**



**Mapa. 3: População censitária dos municípios do Amazonas - 2010.**



No comparativo entre os Censos 2000 e 2010 e tomando como base de estudo os intervalos construídos nos mapas 2 e 3, observa-se que a faixa entre 40,037 e 102,033 mil habitantes, agrupavam os seguintes municípios: Tefé, Coari, Itacoatiara, Manacapuru e Parintins. Estes municípios representavam 13% da população conforme Censo de 2000. No censo de 2010, observamos que outros cinco municípios alcançaram a mesma faixa populacional, totalizando 10 municípios com uma representatividade de 19% da população, os municípios que passam a fazer parte são: Iranduba, Humaitá, Manicoré, Maués e Tabatinga.

## População urbana e rural

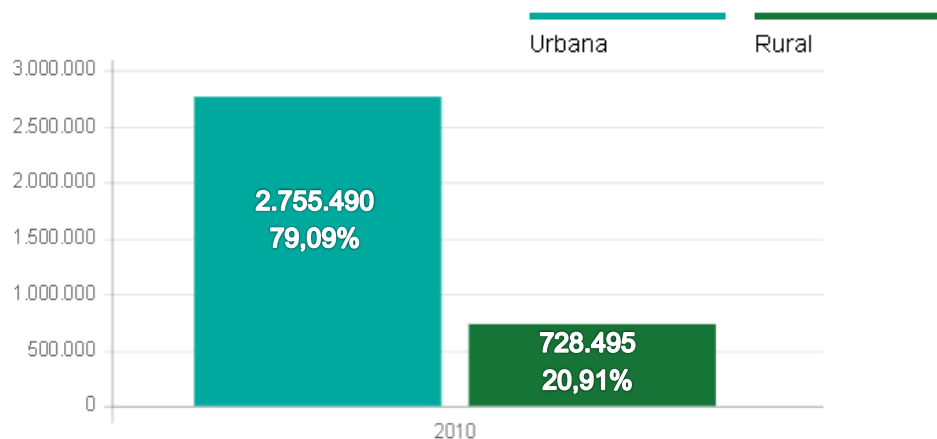
Entre 2000 e 2010, a população de Amazonas cresceu a uma taxa média anual de 2,16%. No Brasil, esta taxa foi de 1,17% no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização da UF passou de 74,92% para 79,09%.

**Tabela 1 População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Estado - Amazonas**

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	2.103.243	100,00	2.812.557	100,00	3.483.985	100,00
População residente masculina	1.054.000	50,11	1.414.367	50,29	1.753.179	50,32
População residente feminina	1.036.404	49,28	1.398.190	49,71	1.730.806	49,68
População urbana	1.502.754	71,45	2.107.222	74,92	2.755.490	79,09
População rural	600.489	28,55	705.335	25,08	728.495	20,91

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

**Gráfico 1 População residente por situação domiciliar (urbana/rural) – Amazonas, 2010**



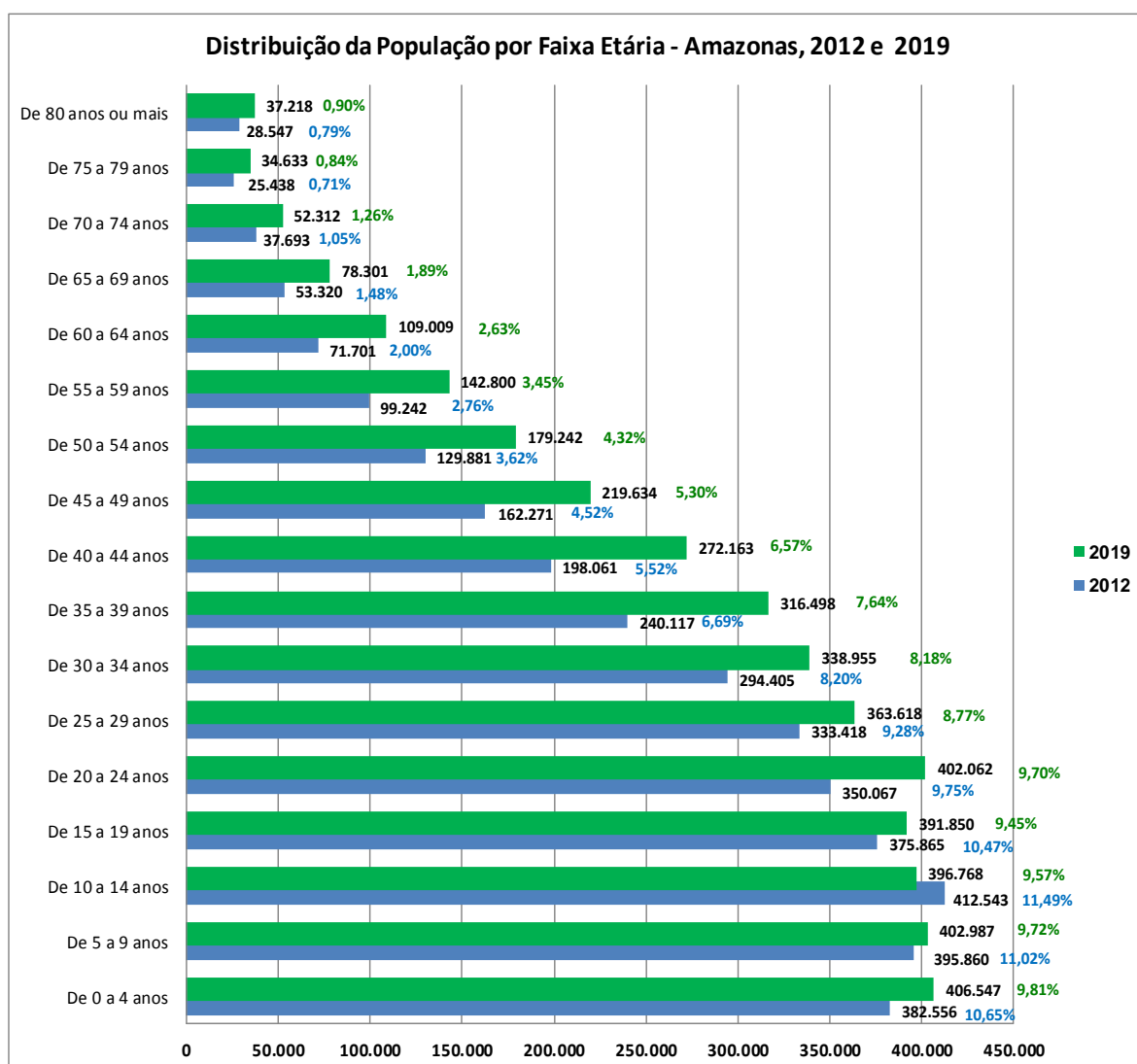
Fonte: IBGE



Em relação às características demográficas, destaca-se a estrutura das populações por faixa etária e sexo. A população do Estado do Amazonas ainda tem um número significativo de pessoas jovens e crianças, que pelas estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde\*, para o ano de 2019, a faixa etária entre 0 a 19 anos representa 38,5 % sobre o total da população, bem acima dos 28,7% que esse grupo representa quando se analisa o total da população brasileira. Por outro lado, a população amazonense acima de 60 anos representa 7,5%, contra 13,8% no Brasil.

Comparando-se com o ano de 2012, (Gráfico 2), segundo os dados estimados pelo MS, o percentual da população infantil e jovem de 0 até 19 anos do Amazonas apresentou declínio, passando de 43,63% sobre o total da população para 38,56% em 2019, e a de 60 anos ou mais aumentou de 6,03% em 2012 para 7,52% em 2019, evidenciando a transição demográfica que aponta para o envelhecimento gradual da população, acompanhando o cenário nacional e mundial, com a diminuição dos nascimentos e crescimento da população idosa, comparando-se aos anos anteriores.

**Gráf. 2 População Residente por Faixa Etária – Amazonas 2012 e 2019**

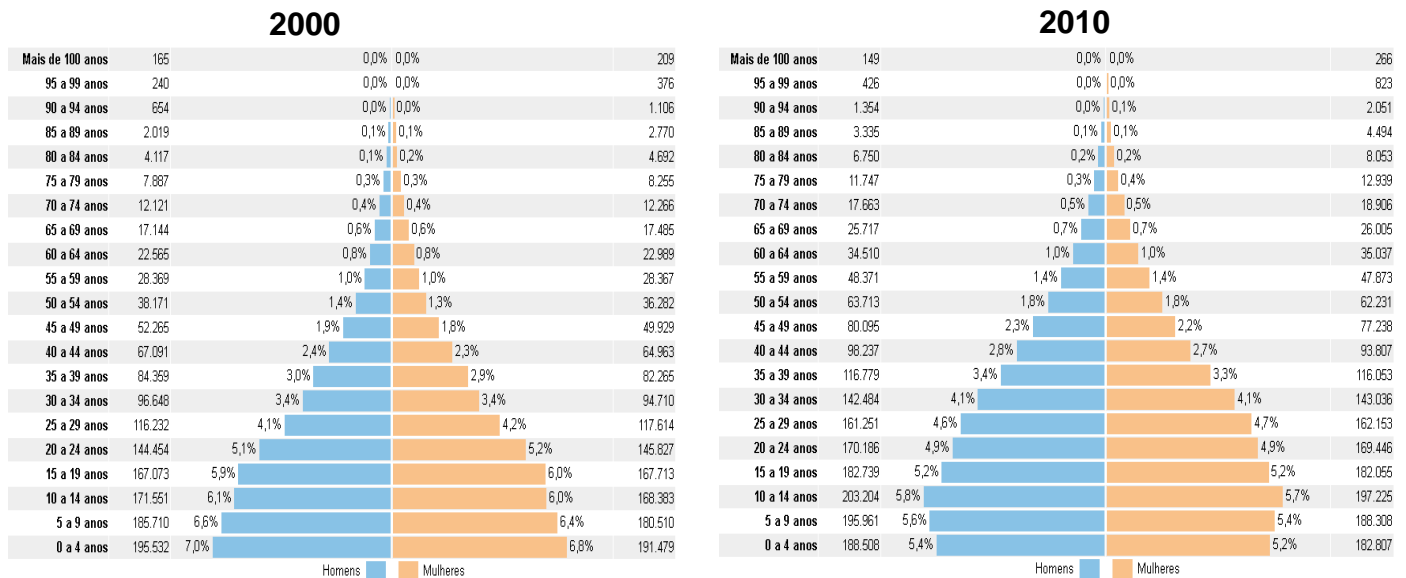


**Fonte:** 2000 a 2019– Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE



Com referência a distribuição por sexo, conforme os dados do último censo, há uma discreta predominância do sexo masculino em relação ao feminino, correspondendo a 50,32% e 49,68 % em 2010, (Gráfico 3) respectivamente.

**Gráf. 3 População Residente, Segundo Sexo e Faixa Etária, Amazonas, 2000, 2010**



Fonte: Censo 2000 e 2010 -IBGE

Quanto à composição, a população do Amazonas é constituída por brancos (24,2%), negros (3,1%), pardos ou mestiços (66,9%), indígenas (4,0%) e amarelos (0,3%).

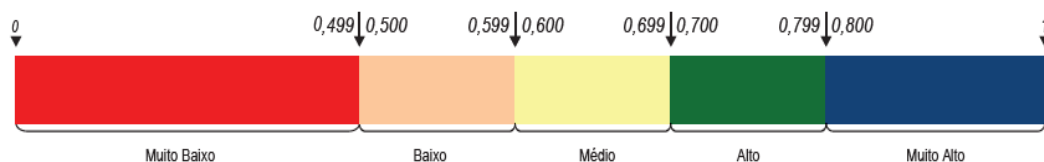
## Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é realizado entre o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Fundação João Pinheiro (FJP) e Secretarias e Órgãos dos Estados.

Segundo Atlas Brasil (2013), o IDHM é um número que varia entre 0,0 (zero) e 1,0 (um), onde o resultado mais próximo de um, indica maior desenvolvimento humano de uma determinada localidade, e caso contrário, menor é o desenvolvimento do município.

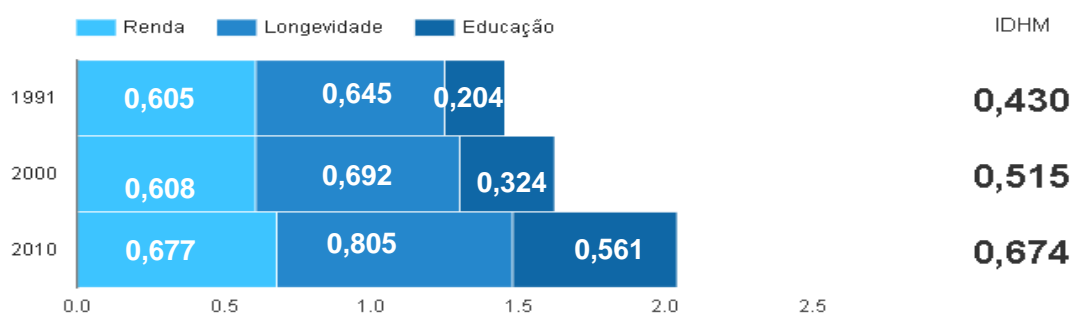
As faixas de desenvolvimento utilizadas para classificar o estudo e que são usadas para educação, longevidade e renda são: desenvolvimento muito baixo para índices no intervalo de 0,000 a 0,499, baixo 0,500 a 0,599, médio 0,600 a 0,699, alto 0,700 a 0,799 e muito alto acima de 0,800.

O índice reúne três requisitos importantes para a expansão do desenvolvimento e qualidade de vida das pessoas: Saúde, relacionada a oportunidade de vida longa e saudável; Educação com acesso ao conhecimento e Renda, o poder de desfrutar de um padrão de vida digno.





No contexto entre os Estados, em 2000, o Amazonas apresentou índice de 0,515 sendo classificado como baixo desenvolvimento humano, ocupando a 22ª posição. Após 10 anos, o Estado alcançou patamares melhores com índice de 0,674, saindo de baixo para médio desenvolvimento e conseqüentemente, sua posição subiu para a 18ª posição, em 2010. Tanto em 2000 quanto 2010, dentre os três subíndices (Educação, Longevidade e Renda) o Amazonas apresenta os melhores resultados na longevidade, saindo de uma expectativa de vida de 66,51 anos em 2000 para 73,30 anos em 2010. (Gráfico 4 e Tabela 2).

**Gráfico 4 IDH Amazonas, 1991, 2000 e 2010**


Fonte: PNUD, Ipea e FJP

**Tab. 2 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes – Amazonas**

IDHM e componentes	1991	2000	2010
<b>IDHM Educação</b>	<b>0,204</b>	<b>0,324</b>	<b>0,561</b>
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	28,16	37,14	54,87
% de 5 a 6 anos na escola	27,08	49,11	80,52
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental Regular Seriado ou com fundamental completo	22,70	36,15	75,33
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	11,45	22,20	42,36
% de 18 a 20 anos com médio completo	8,22	13,63	28,76
<b>IDHM Longevidade</b>	<b>0,645</b>	<b>0,692</b>	<b>0,805</b>
Esperança de vida ao nascer	63,67	66,51	73,30
<b>IDHM Renda</b>	<b>0,605</b>	<b>0,608</b>	<b>0,677</b>
Renda per capita	345,82	351,63	539,80

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

No cenário municipal, no ano 2000, havia 60 (97%) municípios classificados com desenvolvimento muito baixo, com índices abaixo de 0,499, sendo o município de Pauini, o pior município do Estado nesta classificação. Manaus, apresentou índice médio (0,601), sendo elevado pela longevidade (0,727), seguida da renda (0,674). Já no cenário do Censo 2010, observou-se uma evolução, quando haviam no censo anterior 60 municípios que se encontravam com desenvolvimento muito baixo, para 7 municípios, o que equivale a uma melhoria em 88,3% dos 60 municípios. Embora Pauini se encontre dentre os 7 municípios com índices muito baixo, vale ressaltar que o mesmo melhorou e subiu 5 posições, ocupando a 57ª colocação, ficando Atalaia do Norte o município com o menor índice do Estado. Manaus obteve melhoria, saindo de médio (0,601) para alto (0,737) desenvolvimento humano.





## **Habitação e condições de vida**

Segundo o Censo do IBGE, em 2010 foram identificados 902.780 domicílios no estado, dos quais 801.640 deles eram ocupados e 101.140 não eram ocupados. Em relação ao tipo de material dos domicílios particulares permanentes, 415.884 domicílios eram feitos de alvenaria com revestimento, 75 426 feitos de alvenaria sem revestimento, 256 467 domicílios feitos de madeira aparelhada, 9 265 domicílios construídos em palha, 2 519 domicílios em taipa revestida e 3 368 domicílios construídos com outro tipo de material. A maior parte dos domicílios possuíam cinco cômodos.

Quanto ao abastecimento de água canalizada, 637.314 domicílios eram atendidos pelo sistema, um percentual de 83,05%. Os bens duráveis populares (geladeira, rádio, televisão e máquina de lavar) estavam presentes em 799.314 domicílios. Microcomputadores com acesso à internet existiam em 211 872 destes domicílios e 618 065 possuíam o uso de telefones fixo ou celular. Foram identificados 715.623 casas, 53 529 apartamentos, 19 539 casas de condomínio, 7.741 cortiços ou casas de vila e 3 197 ocas ou maloca.

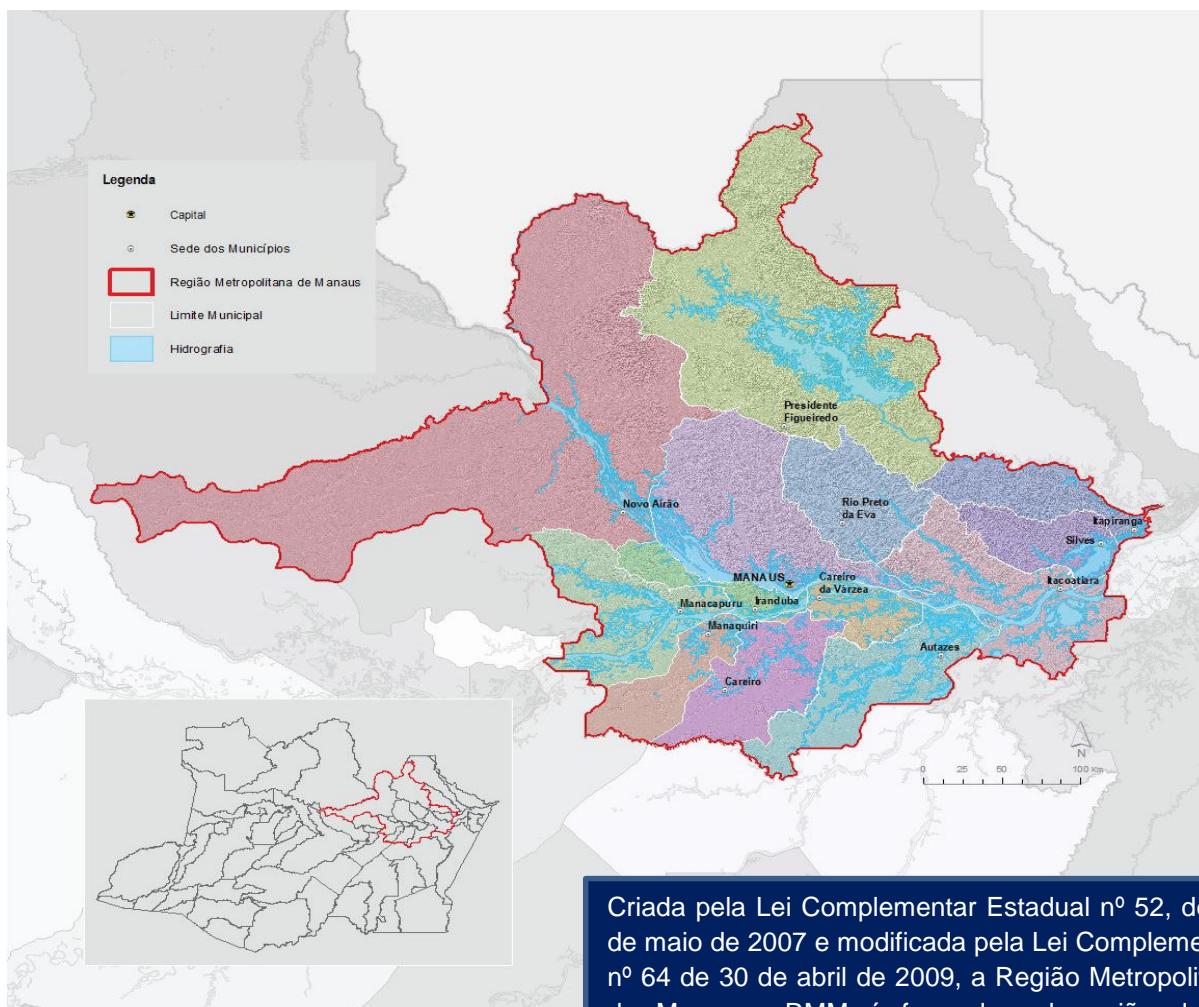
## **Região Metropolitana de Manaus**

O Amazonas possui uma única Região Metropolitana, considerada a maior em área territorial do mundo, a Região Metropolitana de Manaus (RMM), com população superior aos 2,6 milhões de habitantes, criada pela Lei Complementar Estadual nº 52 de 30 de maio de 2007 e reúne 13 municípios em processo de conurbação sendo eles Manaus, Iranduba, Careiro da Várzea, Rio Preto da Eva, Manacapuru, Novo Airão, Itacoatiara, Presidente Figueiredo, Autazes, Careiro, Itapiranga, Manaquiri e Silves (Mapa .

A RMM constitui-se numa área estratégica para o desenvolvimento do estado. Nela estende-se uma área de livre comércio, onde estão abrigadas algumas das maiores e mais importantes empresas instaladas no país do ramo de transportes e comunicações, além de polos biotecnológicos, petroquímicos, centros comerciais e intensa atividade portuária. A Região Metropolitana também está localizada estrategicamente em relação aos países da América Latina e aos Estados Unidos, sendo o Aeroporto Internacional de Manaus a principal porta de entrada da Amazônia com voos diretos para Miami, Orlando, Buenos Aires, Cidade do Panamá e Caracas.



**Mapa 4: Região Metropolitana de Manaus.**



Criada pela Lei Complementar Estadual nº 52, de 30 de maio de 2007 e modificada pela Lei Complementar nº 64 de 30 de abril de 2009, a Região Metropolitana de Manaus– RMM é formada pela união de 13 municípios: **Autazes, Careiro Castanho, Careiro da Varzea, Iranduba, Itacoatiara, Itapiranga, Manacapuru, Manaus, Manaquiri, Novo Airão, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva e Silves.**

Fonte: SEPLANCTI, adaptado IBGE, 2017.

## O subsistema de Saúde Indígena

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

## Unidade de Atenção à Saúde Indígena

São unidades integrantes do subsistema de saúde indígena os Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); Polo Base Tipo I; Polo Base Tipo II; Casa de Saúde Indígena (CASAI), Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI),

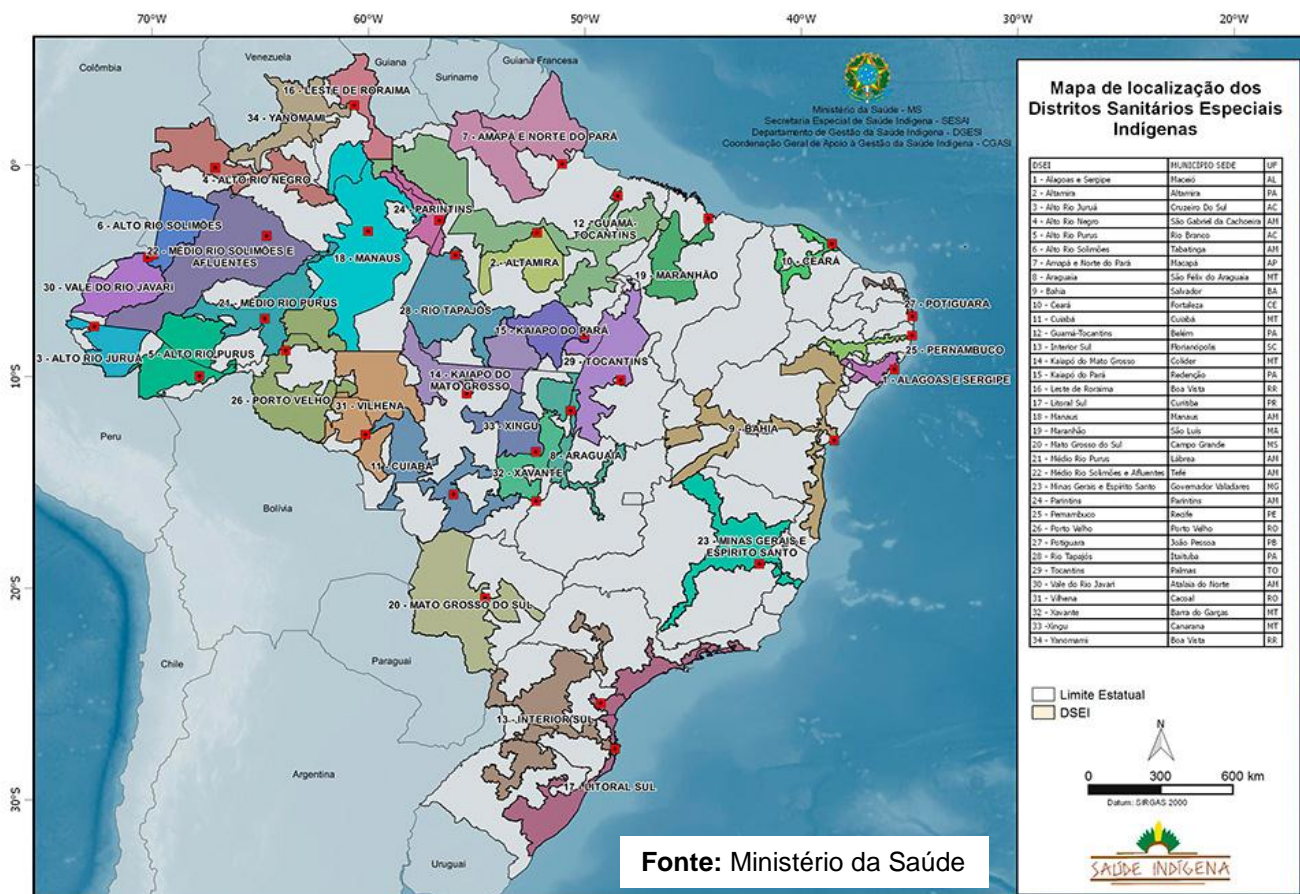
### DSEI

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI são unidades de responsabilidade sanitária federal, correspondentes a uma ou mais terras indígenas criados pela Lei Nº 9.836 de 24 de setembro de 1999 e a partir da aprovação da Portaria Nº 254, de 31 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde, entra em vigor a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas..

A criação dos DSEIs refere-se a um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado –, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social.

No Brasil, são 34 DSEIs (Mapa 5) divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os Polos base e as Casas de Saúde Indígena (Casais).

**Mapa 5: Mapa de Localização dos DSEIs – Brasil**



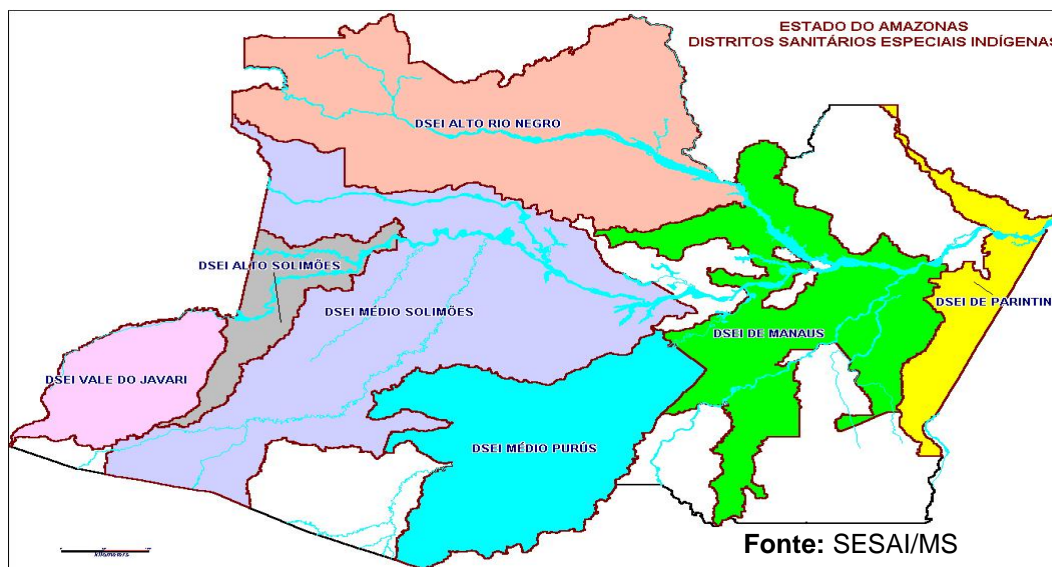
Fonte: Ministério da Saúde





Dos 34 DSEIs, 06 ficam sediados exclusivamente no Amazonas (DSEIs Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Manaus, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes e Vale do Rio Javari) e 03 são compartilhados com outros estados limítrofes (DSEIs Alto Rio Purus, Parintins, Ianomani) (Mapa. 6).

### Mapa 6: Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI no Amazonas



### Polo Base

Com o objetivo de atender grande parte das demandas de saúde das comunidades indígenas, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) possuem Polos Base para o atendimento dos indígenas (Figura 1). Os polos são a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam nas aldeias. Cada Polo Base cobre um conjunto de aldeias. No Brasil, os 34 DSEIs abrigam 351 Polos Base. Existem dois tipos, que são classificados de acordo com a complexidade de ações que executa:

### Polo Base Tipo II

O Polo Base Tipo II localiza-se no município de referência. A sua estrutura física é de apoio técnico e administrativo à Equipe Multidisciplinar, não devendo executar atividades de assistência à saúde. Estas atividades assistenciais serão realizadas em um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de referência. As atividades do Polo Base Tipo II são as seguintes:

- armazenamento de medicamentos; armazenamento de material de deslocamento para outras áreas indígenas; comunicação via rádio; investigação epidemiológica; informações de doenças; elaboração de relatórios de campo e sistema de informação; coleta, análise e sistematização de dados; planejamento das ações das equipes multidisciplinares na área de abrangência; organização do processo de vacinação na área de abrangência; e administração.

### Polo Base Tipo I

O Polo Base Tipo I caracteriza-se por sua localização em terras indígenas. Além das atividades previstas para o Posto de Saúde Tipo II, esse tipo de estabelecimento realizará também as seguintes atividades:



- Capacitação, reciclagem e supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e auxiliares de enfermagem; coleta de material para exame; esterilização; imunizações (quando se tratar de atividades de rotina); coleta e análise sistêmica de dados; investigação epidemiológica; informações de doenças; prevenção de câncer ginecológico (exame/coleta/consulta); e outras atividades compatíveis com o estabelecimento.

### Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI)

Estabelecimento de saúde localizado em território indígena, destinado à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento realizados pelas EMSI.

### Casa de Saúde Indígena (CASAI)

Estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados aos demais serviços do SUS, para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo também destinada a seus acompanhantes, quando necessário.

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

**Figura 1: Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI.**



### Indígenas no Amazonas

O estado do Amazonas concentra a maior população indígena do país, 168,7 mil pessoas (IBGE 2010), onde foram identificados 65 grupos indígenas, distribuídos em 188 áreas, 64 etnias em 43 municípios (IBGE 2011, OLIVEIRA 2010).

Segundo o Censo 2010, 817 mil pessoas se autodeclararam indígenas, o que significou um crescimento no período 2000/2010 de 11,4% (84 mil pessoas). Na análise da distribuição da população indígena autodeclarada entre as grandes regiões do país, a região Norte se manteve na liderança nos Censos de 1991 (42,2%), 2000 (29,1%) e 2010 (37,4%). A região também se destacou na área rural, com 50,5%, 47,6% e 48,6%, respectivamente.

Em números absolutos, a maior população indígena do país reside no Amazonas (168.680 pessoas, representando 4,8% da população do estado e 20,6% da população indígena do país). Os 10 municípios com maior contingente de população indígena, segundo o Censo 2010, concentravam 126,6 mil indígenas, o que corresponde a 15,5% da população indígena nacional. Desses, cinco municípios tinham mais de 10 mil indígenas residentes, sendo quatro no Amazonas: São Gabriel da Cachoeira (29,0 mil), São Paulo de Olivença (15,0 mil), Tabatinga (14,9 mil), Santa Isabel do Rio Negro (10,9 mil). Em termos de proporção da população indígena na população total dos municípios o destaque foi São Gabriel da Cachoeira, onde 95,5% dos residentes nessa área são indígenas, e em grande maioria são residentes na zona rural do município.

### **Coordenação Estadual de Saúde Indígena do Amazonas**

A Coordenação Estadual de Saúde Indígena do Amazonas tem como função coordenar e articular a execução de políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas, de forma integrada com os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEIs) e municípios de referência, com o objetivo de reduzir iniquidades e garantir a assistência à saúde de qualidade à esta população.

Esta coordenação assessora os municípios de abrangência do estado, tecnicamente e operativamente, no uso dos recursos disponibilizados pela saúde indígena, e incentiva a aplicação destes para melhoria da atenção e valorização da ação conjunta da medicina tradicional indígena e a medicina ocidental.

Segundo as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, a gestão estadual deve atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, principalmente nas ações aplicadas à assistência de média e alta complexidade. No processo de qualificação da atuação do estado na implementação da referida política, são apontados como fatores importantes os seguintes aspectos:

- Necessidade de melhor integração entre os DSEIs e os municípios de referência na execução de ações de assistência a saúde e no entendimento das responsabilidades sanitárias de cada ente;
- Melhoria no registro de informação de morbimortalidade e atendimentos ambulatoriais e hospitalares entre populações indígenas, pela não identificação do campo raça/cor;
- Otimizar a execução dos recursos, considerando o alto índice de não utilização dos recursos do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAEPI) pelos municípios, que deve ser utilizado na melhoria do atendimento das populações indígenas a nível ambulatorial e hospitalar;

O estado tem como foco para os próximo quatro anos, formular a Política Estadual de Saúde Integral dos Povos Indígenas, com o objetivo de promover a equidade e a integralidade em saúde desses povos e combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos na rede municipal e estadual no Amazonas; propor, realizar e participar de eventos para organizar e sistematizar as ações articuladas de saúde pública, entre municípios e DSEIs do Amazonas direcionada à saúde dos povos indígenas; estimular a educação permanente voltada para o atendimento dessa população, articular e integrar ações de assistência conjunta entre DSEIs e municípios de referência entre outras ações visando avançar na atenção às necessidades específicas dos povos indígenas do Amazonas.





## Presença de Imigrantes

A presença de imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiados no Brasil traz desafios não somente para os formuladores e gestores das políticas públicas migratórias, mas também aos diversos atores da sociedade civil que cumprem papel histórico na acolhida de imigrantes e refugiados. A Lei de Migração, que entrou em vigor em novembro de 2017, prevê no seu artigo 120 a instituição de uma Política Nacional Migratória, que teria como objetivo definir as tarefas que cabem a cada esfera na questão migratória. No entanto, ele ainda necessita de regulamentação para entrar em vigor.

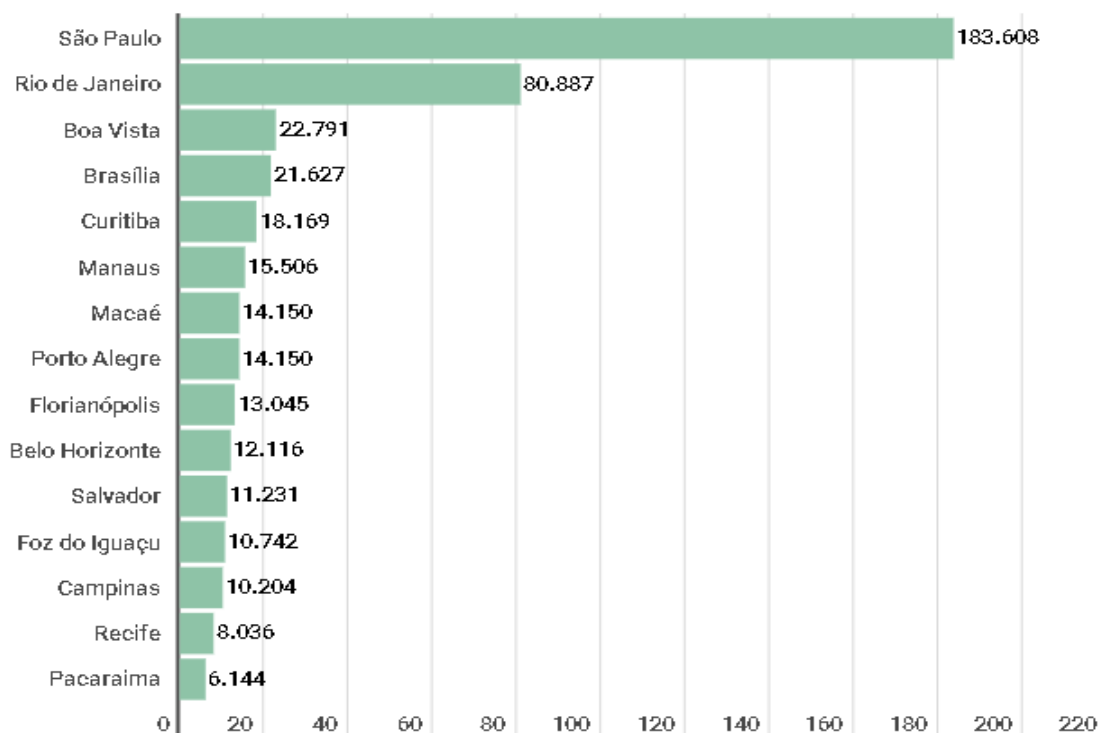
De acordo com o Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), lançado pelo Ministério da Justiça em 2019, o país registrou, de 2010 a 2018, um total de 774,2 mil imigrantes e refugiados. Haitianos, venezuelanos e colombianos são as principais nacionalidades que formam o grupo de imigrantes no Brasil nesse período.

Já a Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgada em 2019, aponta apenas 75 municípios tinham mecanismos de cooperação na promoção e desenvolvimento das políticas públicas locais voltadas aos imigrantes. Os municípios de Epitaciolândia (AC), Manaus (AM), Presidente Figueiredo (AM), Boa Vista (RR), Normandia (RR) e Pacaraima (RR), que, recentemente, receberam correntes migratórias oriundas do Haiti e da Venezuela, estabeleceram cooperação ao menos com um ente federado.

A partir da base de dados da Polícia Federal (Gráfico 5), o IBGE identificou os municípios com presença imigrante e compilou as informações para o Perfil dos Municípios Brasileiros 2018.

**Gráf. 5 Ranking das cidades brasileiras com maior número de imigrantes**

### Cidades brasileiras com mais registros de imigrantes



Fonte: Polícia Federal



Conforme demonstrado no gráfico acima, Manaus aparece como o 6o. município brasileiro com maior registro de entrada de imigrantes brasileiros.

Em 2019 foi discutido as bases de uma parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde (Susam) e o Fundo de Populações Unidas das Nações Unidas (UNFPA). O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) é a agência de desenvolvimento internacional da ONU que trata de questões populacionais, sendo responsável por contribuir com os países para garantir o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o exercício do direito à maternidade segura.

Nesses encontros foi alinhado os termos de um acordo de cooperação para o atendimento da população migratória no Amazonas. A intenção da agência da Organização das Nações Unidas (ONU) é fornecer a atualização na área clínica médica, insumos e outras formas de qualificação para garantir o atendimento à população estrangeira no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre as ações previstas, está o atendimento à mulher migrante, uma vez que, a falta de oportunidade de realizar o acompanhamento no pré-natal, a obtenção de informações sobre o fluxo de atendimentos no Amazonas e o próprio idioma são desafios do atendimento que podem ser vencidos com a parceria com a Susam.

Tendo em vista que possivelmente o fluxo migratório não deve ser reduzido nos próximos anos, são necessárias medidas para mitigar essa situação de pressão que uma população não planejada traz sobre as políticas públicas sociais e assim o Amazonas precisa preparar-se para enfrentar os problemas advindos desse contexto e no caso da área da saúde, essas parcerias de colaboração entre os órgãos de governo e outras agências internacionais são importantes estratégias para ajudar nessa missão de promoção, prevenção e tratamento realizados através do sistema público de saúde.

A assinatura do Termo para empreender esforços conjuntos no desenvolvimento de ações de saúde a grupos mais vulneráveis, como mulheres, meninas, pessoas LGBTI, idosas ou com deficiência, sobreviventes de violência de gênero, migrantes e refugiadas, pessoas privadas de liberdade e em situação de rua, dentre outros, está previsto para ocorrer em 2020.



### 3. Situação de Saúde da população

#### 3.1. Aspectos da Natalidade

A análise das estatísticas vitais do estado do Amazonas foi realizada com base nos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), do período de 2013 a 2017, conforme as recomendações da portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde nº 116 de 11 de fevereiro de 2009.

A fonte básica para a obtenção do número de nascimentos ocorridos a cada ano é a Declaração de Nascidos Vivos, cujos dados são digitados no SINASC. Ressalta-se a importância da análise crítica dessa base de dados, inclusive no que se refere aos sub-registros.

A taxa de natalidade no Amazonas mostrou redução de 8% nos 5 anos analisados, passando de 20,9 nascidos a cada 1 mil habitantes em 2013, para 19,2 nascidos por 1 mil habitantes em 2017 (Tabela 3), seguindo a tendência observada no país.

**Tab. 3 - Número de Nascidos Vivos e Taxa de Natalidade por Regional de Saúde, Amazonas 2013-2017**

Estado/ Regional de Saúde	2013		2014		2015		2016		2017	
	NV	Taxa natalidade /1000 hab.	NV	Taxa natalidade /1000 hab.	NV	Taxa natalidade /1000 hab.	NV	Taxa natalidade /1000 hab.	NV	Taxa natalidade /1000 hab.
Alto Solimões	6.331	26,4	6.895	28,4	6.441	26,2	6.587	26,5	6.840	27,3
Baixo Amazonas	4.909	21,0	4.919	20,8	4.911	20,4	4.705	19,3	5.238	21,2
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	47.846	20,5	49.193	20,7	48.441	20,0	46.005	18,6	45.030	17,9
Médio Amazonas	3.289	20,4	3.199	19,5	3.184	19,2	3.175	18,8	3.187	18,7
Rio Juruá	2.932	23,0	2.993	23,1	2.978	22,6	2.735	20,5	2.876	21,2
Rio Madeira	3.051	16,8	3.165	17,1	3.225	17,1	3.157	16,5	3.425	17,6
Rio Negro e Solimões	5.623	20,5	5.794	20,7	5.684	20,0	5.302	18,4	5.632	19,2
Rio Purus	2.482	19,6	2.448	19,1	2.396	18,5	2.263	17,3	2.462	18,6
Triângulo	3.076	24,1	2.975	23,3	3.128	24,5	2.962	23,1	3.329	26,0
<b>AMAZONAS</b>	<b>79.558</b>	<b>20,9</b>	<b>81.600</b>	<b>21,1</b>	<b>80.404</b>	<b>20,4</b>	<b>76.915</b>	<b>19,2</b>	<b>78.036</b>	<b>19,2</b>

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

Excluídos 95 nascidos vivos no período de 2013 a 2017 de municípios ignorados do AM

Nascidos vivos (NV) por local de residência da mãe

Dados sujeitos à revisão

O estado do Amazonas mostrou redução na cobertura de nascidos no período de 2013 a 2016, entretanto, em 2017, houve manutenção da cobertura em 83,8%. Dentre as 9 Regionais de Saúde do estado, 7 mostraram melhorias na cobertura de nascidos (Tabela 4).



**Tab. 4 - Cobertura de Nascidos Vivos por Região de Saúde, Amazonas 2013-2017**

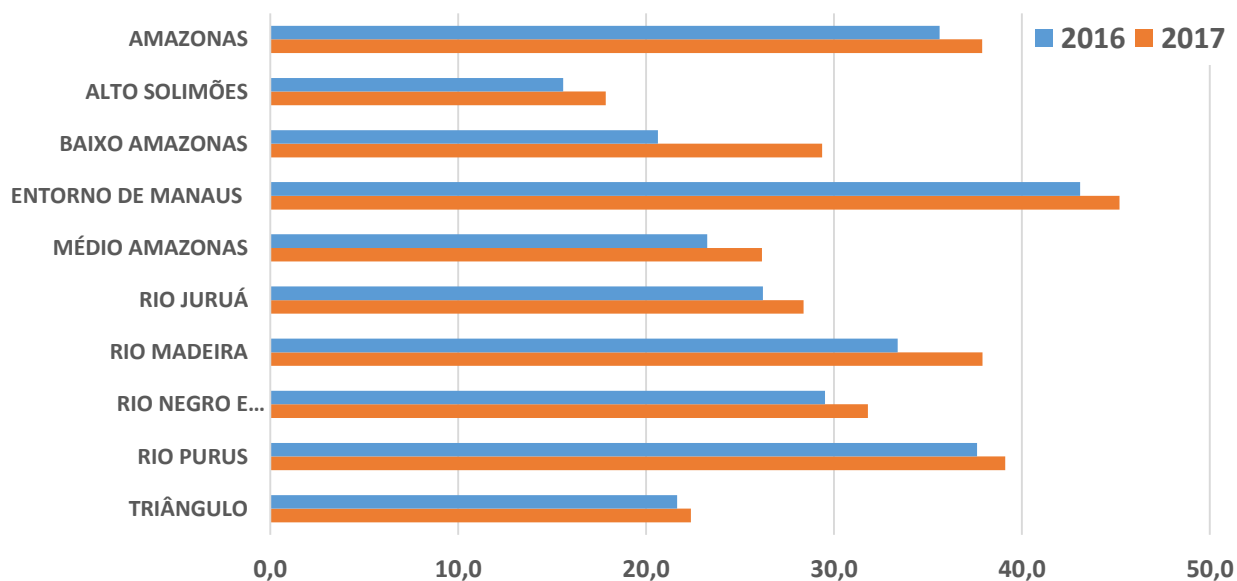
Estado/ Região de Saúde	Cobertura (%)				
	2013	2014	2015	2016	2017
Alto Solimões	115,1	123,7	114	111,5	119,2
Baixo Amazonas	91,9	90,5	89	83,6	92,6
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	89,5	90,2	87	80,9	78,3
Médio Amazonas	100,2	100,5	98,6	88	81,5
Rio Juruá	88,8	85,1	83,4	82	92,7
Rio Madeira	85,6	83,3	80,7	75,4	76,7
Rio Negro E Solimões	73,2	74,4	74,4	71,5	84,1
Rio Purus	89,2	90,3	87,3	79,9	81,4
Triângulo	105,2	101,5	106,6	100,7	113,5
<b>AMAZONAS</b>	<b>91,2</b>	<b>91,9</b>	<b>88,9</b>	<b>83,2</b>	<b>83,8</b>

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

**Notas:** 1. Excluídos 95 nascidos vivos no período de 2013 a 2017 de municípios ignorados do AM NV por local de residência da mãe. 2. Estimativa de NV a partir da população DATASUS/IBGE (cálculo de 22,9 por 1.000 hab. para cada município). 3. Dados sujeitos à revisão

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as cirurgias cesáreas sejam limitadas ao máximo de 15% do total de partos. Usando o mesmo instrumento desenvolvido pela OMS, e ajustar para as características do Brasil, a taxa de referência da proporção de partos cesarianas é de 30%. Acima disso, as cirurgias cesárias passam a prejudicar a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal.

No Amazonas, embora a proporção de partos cesarianos esteja acima do recomendado, 5 das 9 Regionais de saúde apresentaram proporção de cesarianas abaixo de 30% em 2017. Destaca-se que, em todo o estado, houve aumento na proporção de cesarianas em 2017 comparado a 2016 (Gráfico 6). É preocupante o aumento no número de partos desse tipo, pois há consequências negativas sobre a saúde materna e infantil.

**Gráf. 6 - Proporção de partos cesarianas, Estado e Regional de Saúde do Amazonas, 2016 e 2017**


Fonte: SINASC/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM. Base de dados do SINASC-AM

**Nota:** Excluídos 17 nascidos vivos de municípios ignorados do Amazonas. Dados sujeitos à revisão

Em 2017, houve predominância de mães na faixa de 20 a 34 anos (64,2%) no estado do Amazonas. As Regionais Triângulo, Rio Purus e Rio Juruá apresentaram as maiores proporções de mães adolescentes, com 35,4%, 33,8% e 33,7%, respectivamente (Tabela 5). A proporção média de nascidos de mães adolescentes no estado foi de 25%, o que representa 19.564 nascidos. A gravidez nesse grupo populacional vem sendo considerada um problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos.

No Amazonas, há uma tendência de aumento no número nascidos de mães com idades maiores de 35 anos nos últimos anos. As Regionais Alto Solimões e Entorno de Manaus e Rio Negro apresentaram as maiores proporções de nascidos de mães nessa faixa etária, com 12,6% e 9,9%, respectivamente. Dados demonstram que a gravidez tardia aumenta a probabilidade de complicações tanto para as mães quanto para os bebês.

**Tabela 5 - Nascidos Vivos por Faixa Etária da Mãe, Regional de Saúde do Amazonas, 2017**

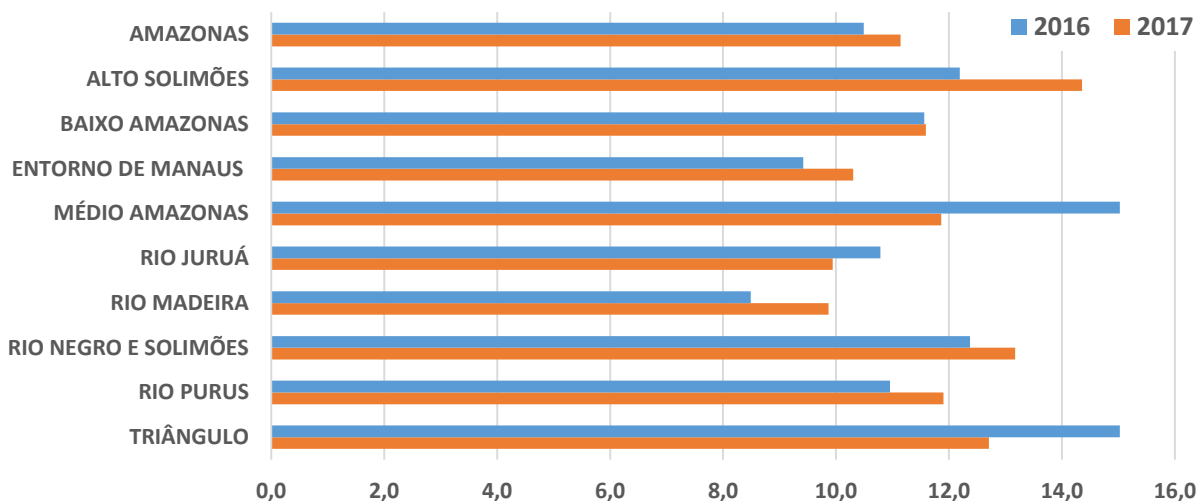
Estado/ Regional de Saúde	Nascidos vivos por faixa etária da mãe							Total
	<20 anos		20 a 34 anos		35 anos e mais		Ign.	
	n	%	n	%	n	%		
Alto Solimões	2.016	29,5	4.144	60,6	677	9,9	3	6.840
Baixo Amazonas	1.545	29,5	3.205	61,2	488	9,3	0	5.238
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	9.186	20,4	30.181	67,0	5.663	12,6	0	45.030
Médio Amazonas	953	29,9	1.990	62,4	244	7,7	0	3.187
Rio Juruá	971	33,7	1.661	57,8	244	8,5	0	2.876
Rio Madeira	1.095	32,0	2.109	61,6	221	6,5	0	3.425
Rio Negro e Solimões	1.773	31,5	3.426	60,8	433	7,7	0	5.632
Rio Purus	832	33,8	1.467	59,6	163	6,6	0	2.462
Triângulo	1.180	35,4	1.903	57,2	246	7,4	0	3.329
<b>AMAZONAS</b>	<b>19.564</b>	<b>25,1</b>	<b>50.089</b>	<b>64,2</b>	<b>8.380</b>	<b>10,7</b>	<b>3</b>	<b>78.036</b>

**Fonte:** SINASC/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM. Base de dados SINASC-AM de 12/03/2019

**Notas:** 1. Excluídos 17 nascidos vivos de municípios ignorados do Amazonas. 2. Dados sujeitos à revisão

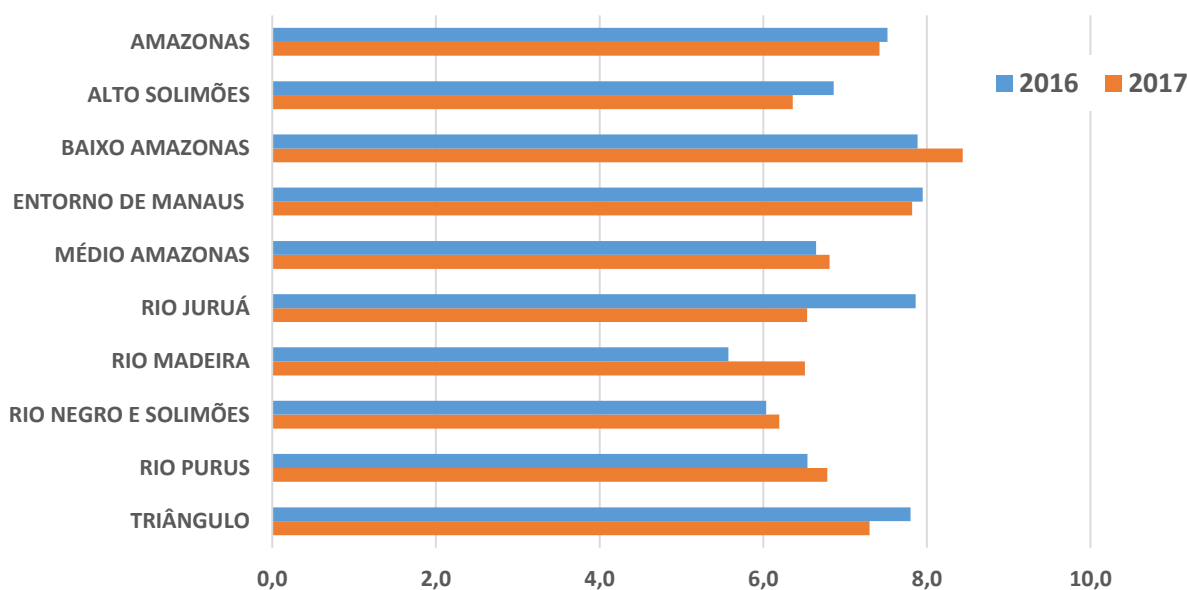
No Amazonas, 11% dos partos foram prematuros em 2017, correspondendo a 8.695 nascidos. As Regionais Médio Amazonas, Rio Juruá e Triângulo apresentaram redução na proporção de prematuros em 2017, comparada a 2016. A Regional Alto Solimões apresentou a maior proporção, 14,4% dos partos ocorreram com menos de 37 semanas de gestação (Gráfico 7).



**Gráf. 7 – Proporção de nascidos prematuros por Regional de Saúde, Amazonas, 2016 e 2017**


Fonte: SINASC/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM. Base de dados SINASC-AM de 12/03/2019

A proporção dos nascidos que apresentaram baixo peso (inferior a 2.500g) mostrou redução em 4 das 9 Regionais de Saúde do Amazonas, comparando 2017 em relação a 2016 (Gráfico 8). A maior redução ocorreu na Regional Rio Juruá, onde a proporção de nascidos com baixo peso passou de 7,9%, em 2016, para 6,5%, em 2017. A Regional com maior proporção foi o Baixo Amazonas, com 8,4% dos nascidos. O Amazonas apresentou uma proporção média de 7,4% de nascidos com baixo peso, o que representa 5.790 nascidos.

**Gráf. 8 - Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer por Regional de Saúde, Amazonas, 2018 e 2017**


Fonte: SINASC/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM. Nascidos Vivos (NV): SINASC-AM

Nota: Dados sujeitos à revisão





O Ministério da Saúde do Brasil preconiza que sejam realizadas 7 ou mais consultas pré-natal ao longo da gestação. No Amazonas, em 2017, 46,9% das gestantes tiveram atendimento de acordo com a recomendação do MS. Por outro lado, 2.707 mulheres não realizaram nenhuma consulta durante a gravidez, o que corresponde a 3,5% das gestantes. A Regional Rio Madeira foi a que teve a maior proporção de mulheres com pelo menos 7 consultas, com 59,1% das gestantes, seguida das Regionais Rio Purus e Médio Amazonas, com 53% e 52%, respectivamente (Tabela 6).

**Tabela 6 - Nascidos Vivos segundo o número de Consultas Pré-Natal por Regional de Saúde, Amazonas, 2017**

Estado/ Regional de Saúde	Consultas pré-natal										Total
	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e mais		Ignorado		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alto Solimões	133	1,9	992	14,5	2.647	38,7	3.034	44,4	34	0,5	6.840
Baixo Amazonas	215	4,1	1.015	19,4	1.946	37,2	2.062	39,4	0	0,0	5.238
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	1.682	3,7	5.755	12,8	15.976	35,5	21.549	47,9	68	0,2	45.030
Médio Amazonas	89	2,8	366	11,5	1.067	33,5	1.656	52,0	9	0,3	3.187
Rio Juruá	171	5,9	429	14,9	962	33,4	1.310	45,5	4	0,1	2.876
Rio Madeira	71	2,1	360	10,5	963	28,1	2.024	59,1	7	0,2	3.425
Rio Negro E Solimões	225	4,0	1.011	18,0	1.990	35,3	2.368	42,0	38	0,7	5.632
Rio Purus	39	1,6	283	11,5	834	33,9	1.304	53,0	2	0,1	2.462
Triângulo	74	2,2	629	18,9	1.271	38,2	1.295	38,9	60	1,8	3.329
<b>AMAZONAS</b>	<b>2.707</b>	<b>3,5</b>	<b>10.844</b>	<b>13,9</b>	<b>27.660</b>	<b>35,4</b>	<b>36.603</b>	<b>46,9</b>	<b>222</b>	<b>0,3</b>	<b>78.036</b>

Fonte: SINASC/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM. Base de dados do SINASC-AM

Notas: 1. Excluídos 17 registros com o campo municípios ignorado 2. Dados sujeitos à revisão

### 3.2 Aspectos da Mortalidade

As análises realizadas a partir dos dados registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) podem orientar os gestores na adoção de medidas, assim como na avaliação das ações implementadas que tenham impacto sobre a mortalidade.

#### 3.2.1 Mortalidade geral e cobertura de captação de óbitos

Nos últimos anos, houve melhoria na cobertura de captação de óbitos no Amazonas, que passou de 75%, em 2013, para 84%, em 2017. Apesar dos esforços para melhoria da captação, apenas a Regional Entorno de Manaus e Rio Negro alcançou a meta estipulada de 90% para o estado do Amazonas. Os principais fatores que podem explicar os resultados apresentados são: baixa cobertura de profissionais médicos nos municípios do interior e os sepultamentos sem emissão de Declaração de Óbito. Esse déficit parece ser mais acentuado em áreas rurais de municípios do interior.



**Tabela 7 - Cobertura de captação de óbitos e Coeficiente Geral de Mortalidade por Regional de Saúde, Amazonas, 2013-2017**

Estado/ Regional de Saúde	2013		2014		2015		2016		2017	
	Cobertura (%)	Coef./ 1000 hab.	Cobertura (%)	Coef./ 1000 hab.	Cobertura (%)	Coef./ 1000 hab.	Cobertura (%)	Coef./ 1000 hab.	Cobertura (%)	Coef./ 1000 hab.
Alto Solimões	62,1	3,3	64,3	3,4	59,3	3,1	57,1	3,1	70,5	3,2
Baixo Amazonas Manaus, Entorno e Alto	65,6	3,4	71,6	3,8	68,8	3,6	69,9	3,7	70,5	3,5
Rio Negro	84,8	4,4	87,8	4,6	91,0	4,7	89,6	4,7	92,0	4,7
Médio Amazonas	70,1	3,7	63,1	3,3	62,9	3,3	63,4	3,3	74,9	3,6
Rio Juruá	59,1	3,1	62,5	3,3	64,5	3,4	66,8	3,5	76,5	3,3
Rio Madeira	52,4	2,7	51,2	2,7	57,8	3,0	54,9	2,9	61,5	3,0
Rio Negro e Solimões	58,7	3,1	60,8	3,2	67,7	3,5	63,2	3,3	73,3	3,6
Rio Purus	58,7	3,1	54,4	2,9	61,1	3,3	63,2	3,4	77,6	3,4
Triângulo	49,4	2,6	56,6	3,0	51,8	2,7	56,8	3,0	69,4	3,4
<b>AMAZONAS</b>	<b>75,2</b>	<b>3,9</b>	<b>77,6</b>	<b>4,1</b>	<b>80,0</b>	<b>4,2</b>	<b>79,0</b>	<b>4,1</b>	<b>84,5</b>	<b>4,2</b>

**Fonte:** SIM-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM. Base de dados do SIM-AM de 12/03/2019

Notas: 1. Óbitos de residentes no Amazonas 2. Dados sujeitos à revisão

No estado do Amazonas, o coeficiente de mortalidade geral foi de 4,2/1.000 habitantes, em 2017, havendo pouca variação no período analisado (Tabela 7). A Regional Entorno de Manaus e Rio Negro apresentou o maior coeficiente de mortalidade, 4,7/1.000 hab., enquanto a Regional Alto Solimões teve o menor coeficiente, com 3,2 óbitos/ 1.000 hab. Vale ressaltar a importância da intensificação das buscas ativas e investigações de óbitos realizadas pelas equipes das Secretarias Municipais de Saúde com a finalidade de reduzir a subnotificação. Esse esforço permite o reconhecimento efetivo dos agravos que acometem a população a fim de subsidiar o planejamento de ações de cuidado.

O estado do Amazonas tem apresentado melhora gradativa na identificação da causa básica de óbitos, passando de 87,1% (13.530/15.540 óbitos), em 2013, para 87,8% (15.416/17.556 óbitos) em 2017. Dentre os entraves que dificultam o alcance da meta de 90% dos óbitos com causa definida estão: a ausência do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) no estado; ocorrência de óbitos em sua maioria na área rural e sem assistência médica; dispersão populacional; falta de profissionais médicos; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; existência de cemitérios não oficiais; baixa adesão de alguns gestores e profissionais de saúde; e deficiência na formação desses profissionais. Nesse sentido, a implantação do SVO, apesar de não ser o único fator de influência do problema da má classificação do óbito, traria importante contribuição para o aumento do grupo de causas de óbitos definidas.

As doenças do aparelho circulatório, as causas externas e as neoplasias foram responsáveis por metade dos óbitos ocorridos no estado do Amazonas em 2017. Durante os 5 anos analisados, essas causas permaneceram entre as que mais óbitos causaram entre os residentes do Amazonas (Tabela 8).



**Tabela 8 - Número e Proporção de Óbitos por Capítulos da CID 10, Amazonas, 2013-2017**

Capítulos da CID 10	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	2,711	20.0	3,002	20.8	3,110	20.7	3,157	21.0	3,134	20.3
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade	2,616	19.3	2,749	19.1	2,992	19.9	2,827	18.8	3,001	19.5
II. Neoplasias [tumores]	2,367	17.5	2,462	17.1	2,499	16.7	2,590	17.3	2,655	17.2
X. Doenças do aparelho respiratório	1,245	9.2	1,415	9.8	1,495	10.0	1,431	9.5	1,491	9.7
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	962	7.1	971	6.7	1,028	6.8	1,053	7.0	1,156	7.5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	945	7.0	1,001	6.9	979	6.5	1,139	7.6	1,006	6.5
XI. Doenças do aparelho digestivo	613	4.5	629	4.4	703	4.7	711	4.7	698	4.5
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	616	4.6	653	4.5	621	4.1	625	4.2	655	4.2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	254	1.9	305	2.1	357	2.4	346	2.3	405	2.6
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	340	2.5	333	2.3	320	2.1	275	1.8	297	1.9
Demais causas definidas	861	6.4	891	6.2	905	6.0	856	5.7	918	6.0
<b>Total de causas definidas</b>	<b>13,530</b>	<b>100.0</b>	<b>14,411</b>	<b>100.0</b>	<b>15,009</b>	<b>100.0</b>	<b>15,010</b>	<b>100.0</b>	<b>15,416</b>	<b>100.0</b>

**Fonte:** SIM-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM. Base de dados do SIM-AM. Classificação Internacional de Doenças - CID 10. Óbitos de residentes no Amazonas

**Nota:** Dados sujeitos à revisão

### 3.2.2 Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil é formada por dois componentes: neonatal (óbitos de 0 a 27 dias de vida) e a pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida incompleto). Além disso, a mortalidade neonatal ainda é subdividida em neonatal precoce (0 a 6 dias completos) e neonatal tardio (7 a 27 dias de vida). A análise dos dados, considerando essa subdivisão, possibilita melhor compreensão da ocorrência desses óbitos, uma vez que os determinantes de morte no período neonatal e pós-neonatal são diferentes.

No Amazonas, no período de 2013 a 2017, a mortalidade infantil mostrou oscilações, variando de 17,6/ 1.000 NV, em 2013, até 15,9/ 1.000 NV, em 2015, quando atingiu seu menor índice. Nos anos 2016 e 2017, observou-se uma tendência de incremento dos óbitos em menores de 1 ano (Tabela 9).

O coeficiente de mortalidade neonatal é influenciado, principalmente, pela mortalidade neonatal precoce e também mostrou tendência de aumento nos anos 2016 e 2017. Por outro lado, o coeficiente de mortalidade pós-neonatal mostrou tendência de redução no período analisado, passando de 7,3/ 1.000 NV, em 2013, para 6,2/ 1.000 NV, em 2017. Vale ressaltar que muitos desses óbitos poderiam ser evitados com a oferta de melhores condições na atenção pré-natal e na assistência ao parto. Portanto, esse tipo de análise é importante para que se possa avaliar o impacto das medidas adotadas para o controle da mortalidade infantil.



**Tabela 9 - Coeficiente de mortalidade infantil por componentes, Amazonas 2013 a 2017**

Ano do Óbito	Neonatal Precoce (0 a 6 dias)	Neonatal tardio (7 a 27 dias)	Total Neonatal (< 28 dias)	Pós-Neonatal (28 dias a < 1 ano)	Mortalidade Infantil (< 1 ano)
2013	7,8	2,5	9,0	7,3	17,6
2014	7,7	2,3	9,2	6,3	16,3
2015	8,1	2,0	8,5	5,8	15,9
2016	8,0	2,0	8,9	6,5	16,5
2017	8,6	2,1	9,5	6,2	16,9

**Fonte:** SIM-AM e SINASC-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM. Base de dados do SIM-AM e SINASC-AM

**Nota:** Dados sujeitos à revisão

Em 2017, mais da metade (52,5%) dos óbitos em menores de um ano de idade foram decorrentes de “Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal” (capítulo XVI do CID 10). Esse capítulo considera apenas a faixa etária de até 27 dias de vida. Considerando que a maioria dos neonatos estão concentrados nesse capítulo, há necessidade de melhor estudo detalhando suas possíveis causas. Ressalta-se que há uma tendência de aumento no número de óbitos por essas causas no período analisado, que passou de 46,6%, em 2013, para 52,5%, em 2017 (Tabela 10).

As malformações congênitas correspondem à segunda causa de óbito infantil, em 2017, e representou 18,7% das causas. Dentre outras causas estão as doenças do aparelho respiratório, com 8,4% óbitos, e as doenças infecciosas e parasitárias, com 8,3%. Essas situações refletem a necessidade de aumentar a qualidade da assistência prestada à gravidez e ao parto.

**Tabela 10 - Número e Proporção de Óbitos por Capítulos da CID 10 em menores de 1 ano, Amazonas, 2013 a 2017**

Capítulos da CID 10	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	615	46.6	651	51.1	621	51.0	624	52.0	655	52.5
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	290	22.0	280	22.0	272	22.4	228	19.0	246	19.7
X. Doenças do aparelho respiratório	162	12.3	106	8.3	103	8.5	99	8.3	105	8.4
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	104	7.9	107	8.4	83	6.8	104	8.7	103	8.3
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade	46	3.5	33	2.6	50	4.1	34	2.8	46	3.7
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	39	3.0	39	3.1	29	2.4	30	2.5	34	2.7
XI. Doenças do aparelho digestivo	12	0.9	7	0.5	17	1.4	21	1.8	12	1.0
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3	0.2	4	0.3	5	0.4	6	0.5	10	0.8
IX. Doenças do aparelho circulatório	15	1.1	18	1.4	14	1.2	26	2.2	10	0.8
II. Neoplasias [tumores]	7	0.5	5	0.4	3	0.2	6	0.5	9	0.7
Demais causas definidas	26	2.0	23	1.8	20	1.6	22	1.8	17	1.4
<b>Total de causas definidas</b>	<b>1,319</b>	<b>100.0</b>	<b>1,273</b>	<b>100.0</b>	<b>1,217</b>	<b>100.0</b>	<b>1,200</b>	<b>100.0</b>	<b>1,247</b>	<b>100.0</b>

**Fonte:** SIM-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM. Dados do SIM-AM. Óbitos de residentes no Amazonas

**Notas:** 1. Excluídos dados referentes a municípios ignorados do AM 2. Dados sujeitos à revisão

No Amazonas, assim como em diversas regiões do país, têm-se observado avanços no desempenho das ações de vigilância dos óbitos infantil e fetal. Diversos esforços têm sido direcionados para o aprimoramento desses serviços, visto que se trata, há anos, de um grave problema de saúde pública. A investigação de óbitos materno-infantil foi instituída como uma



estratégia imprescindível para o enfrentamento da redução da mortalidade desses dois grupos prioritários.

As atividades de investigação baseiam-se em coleta de dados em várias fontes, entre as quais a utilização de entrevista em domicílio e registros dos serviços de saúde ambulatorial e hospitalar. Esses elementos permitem a identificação dos determinantes que envolvem cada evento e evidenciam, a partir da análise da evitabilidade dos casos, as falhas nas linhas de cuidado. A partir dessa investigação, são desencadeadas recomendações para cada ponto de Atenção à Saúde.

Entretanto, há alguns entraves que dificultam a qualificação da vigilância dos óbitos maternos e infantis, especialmente, em área indígena e rural. A implantação de Grupo Técnico/Comitê de Prevenção do óbito Materno-Infantil em cada município não tem avançado. Há carência de profissionais médicos engajados no processo de qualificação das investigações, assim como informações consistentes nos prontuários hospitalares e ambulatoriais, principais fontes de informação. Consequentemente, as recomendações de medidas e intervenções pertinentes ao controle desses óbitos ficam prejudicadas. A implantação Grupo Técnico/ Comitê de Prevenção do óbito Materno-Infantil em cada município necessita de profissionais da linha de cuidado (atenção básica e hospitalar), da vigilância e órgãos envolvidos com essas equipes, devendo atuar na análise de cada caso e/ou das medidas evitáveis.

Em 2009, ano de início das pactuações referentes às metas de investigação de óbitos, apenas 25% dos óbitos eram investigados no Amazonas. No período de 2011 a 2017, a proporção de investigação dos óbitos infantis e fetais apresentou um aumento significativo, passando de 56,1%, em 2011, para 83,7%, em 2017 (Tabela 11). Apesar do desempenho satisfatório no aumento da proporção de óbitos investigados nos últimos anos, no estado do Amazonas, ainda há necessidade de melhoria quanto à qualificação da notificação e oportunidade da investigação. Os municípios do interior investem na investigação dos óbitos ocorridos não apenas do ano atual, mas também naqueles que se deram em anos anteriores, quanto ao aspecto qualitativo; há necessidade de que a causa de morte a partir da investigação seja aprimorada e melhor especificada, para que haja identificação dos fatores determinantes e das correções da práxis na linha de cuidado.

**Tabela 11 - Proporção de Óbitos Infantis e Fetais investigados no Amazonas, 2011 a 2017**

Tipo de Óbito	Nível	Proporção de óbitos investigados (%)						
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fetal	AMAZONAS	57,7	54,5	81,0	70,4	89,6	89,0	87,3
	MANAUS	52,3	50,6	77,6	58,0	88,3	88,8	88,3
	INTERIOR	63,7	59,1	84,8	85,2	91,0	89,1	86,5
Menor de 1 Ano	AMAZONAS	55,1	53,4	67,4	74,1	80,8	81,5	81,3
	MANAUS	45,1	34,6	52,1	58,3	70,7	73,1	77,4
	INTERIOR	63,5	67,5	80,8	87,3	88,8	87,3	84,2
Menor de 1 Ano + Fetal	AMAZONAS	56,1	53,9	72,5	72,6	84,7	84,6	83,7
	MANAUS	48,2	41,9	62,3	58,1	79,1	80,5	82,1
	INTERIOR	63,6	64,6	82,1	86,5	89,7	88,0	85,1

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

Nota: Dados acessados no SIM WEB - sujeitos à revisão





### 3.2.3 Óbitos maternos e de mulheres em idade fértil

A morte materna, além de trazer grande prejuízo social e comoção, é considerada uma violação dos direitos humanos das mulheres por ser evitável em cerca de 92% dos casos. O Ministério da Saúde, com a finalidade de reduzir a mortalidade materna no país, publicou a Portaria GM/MS nº1.172, de 15 de junho de 2004, na qual se definiram diretrizes para a vigilância epidemiológica da mortalidade materna com a atribuição das equipes de cada ente federado.

Atualmente, a meta de investigação de, no mínimo, 85% dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e de 100% dos óbitos maternos constitui-se importante estratégia para captação e qualificação dos óbitos especificados. Com isso, busca-se identificar os fatores que contribuíram para o evento e se houve falhas no processo de trabalho que levou ao óbito, auxiliando na elaboração de propostas de medidas de intervenção. Outros esforços, como o cruzamento entre os bancos de dados de Mortalidade e Nascidos Vivos, permitem a redução da identificação de possíveis sub-registros de óbitos maternos, cuja causa básica relacionada ao estado gravídico-puerperal não consta na Declaração de Óbito.

Avaliando-se os óbitos maternos declarados no Amazonas, onde a meta de investigação é de 100%, observou-se que, em 2016 e 2017, a proporção de investigação foi atingida (Tabela 12).

Apesar das dificuldades relatadas pelas equipes de saúde locais, o componente materno no interior e capital alcançou a meta por dois anos consecutivos. Em 2017, foram investigados 84% dos óbitos MIF, a maior proporção na série histórica analisada. Nesse ano, a capital investigou 78,4 % dos óbitos MIF. Apesar de não alcançar a meta, Manaus mostrou seu melhor desempenho nos últimos 5 anos. Os demais municípios alcançaram 94,3%, mantendo-se, desde 2012, acima da meta estipulada. Vale ressaltar que a morte do ponto de vista epidemiológico é importante não apenas por construir cenários epidemiológicos, mas também por realizar intervenções que salvem vidas.

**Tabela 12 - Proporção de Óbitos Maternos e de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados no Amazonas, 2011 a 2017**

Tipo de Óbito	Nível	Proporção de óbitos investigados (%)						
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Materno</b>	AMAZONAS	76,8	92,5	100,0	98,7	96,2	100,0	100,0
	MANAUS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	INTERIOR	60,6	87,1	100,0	97,2	93,9	100,0	100,0
<b>MIF</b>	AMAZONAS	68,7	71,9	76,0	75,4	76,7	78,1	83,3
	MANAUS	62,3	64,6	67,2	66,6	66,9	70,7	78,1
	INTERIOR	80,0	85,4	94,3	94,1	96,0	92,0	92,7
<b>Materno + MIF</b>	AMAZONAS	69,1	72,8	77,1	76,8	77,5	79,1	84,0
	MANAUS	63,6	65,7	68,3	68,2	67,7	71,7	78,4
	INTERIOR	78,4	85,6	94,7	94,3	95,8	92,5	93,3

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

**Nota:** Dados acessados no SIM WEB em 01/04/2019 - sujeitos à revisão





A frequência de óbitos femininos após o término da gestação, atribuídas a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos, é um indicador que expressa a razão de mortalidade materna, considerada causa altamente evitável de óbito.

As Regiões do Triângulo e Manaus, Entorno e Alto Rio Negro apresentaram tendência de redução da razão de mortalidade materna, alcançando, em 2017, os menores índices entre as Regiões de Saúde do estado. A razão de mortalidade materna média do estado passou de 67,9%, em 2013, para 64,1%, em 2017 (Tabela 13). Dentre as causas de óbito relacionadas à gravidez, a eclâmpsia foi a principal, responsável por 16% dos óbitos, seguida das hemorragias intra e pós-parto, com 12% dos óbitos. Os abortos que, em anos anteriores, respondiam por grande proporção dos óbitos maternos no Amazonas, em 2017, foram responsáveis por 8% dos óbitos.

**Tabela 13 - Óbitos maternos e razão da mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos no Amazonas, 2013 a 2017**

Estado/ Regional de Saúde	2013		2014		2015		2016		2017	
	Óbitos maternos (n)	Razão da mortalidade materna (/100 mil nascidos vivos)	Óbitos maternos (n)	Razão da mortalidade materna (/100 mil nascidos vivos)	Óbitos maternos (n)	Razão da mortalidade materna (/100 mil nascidos vivos)	Óbitos maternos (n)	Razão da mortalidade materna (/100 mil nascidos vivos)	Óbitos maternos (n)	Razão da mortalidade materna (/100 mil nascidos vivos)
ALTO SOLIMÕES	3	47.4	7	101.5	4	62.1	5	75.9	8	117.0
BAIXO AMAZONAS	3	61.1	2	40.7	4	81.4	2	42.5	10	190.9
ENTORNO DE MANAUS	38	79.4	47	95.5	26	53.7	30	65.2	15	33.3
MÉDIO AMAZONAS	0	0.0	4	125.0	4	125.6	2	63.0	2	62.8
RIO JURUÁ	5	170.5	4	133.6	2	67.2	0	0.0	4	139.1
RIO MADEIRA	0	0.0	1	31.6	3	93.0	4	126.7	2	58.4
RIO NEGRO E SOLIMÕES	2	35.6	4	69.0	4	70.4	9	169.7	7	124.3
RIO PURUS	0	0.0	7	285.9	4	166.9	1	44.2	1	40.6
TRIÂNGULO	3	97.5	2	67.2	2	63.9	1	33.8	1	30.0
AMAZONAS	54	67.9	78	95.6	53	65.9	54	70.2	50	64.1

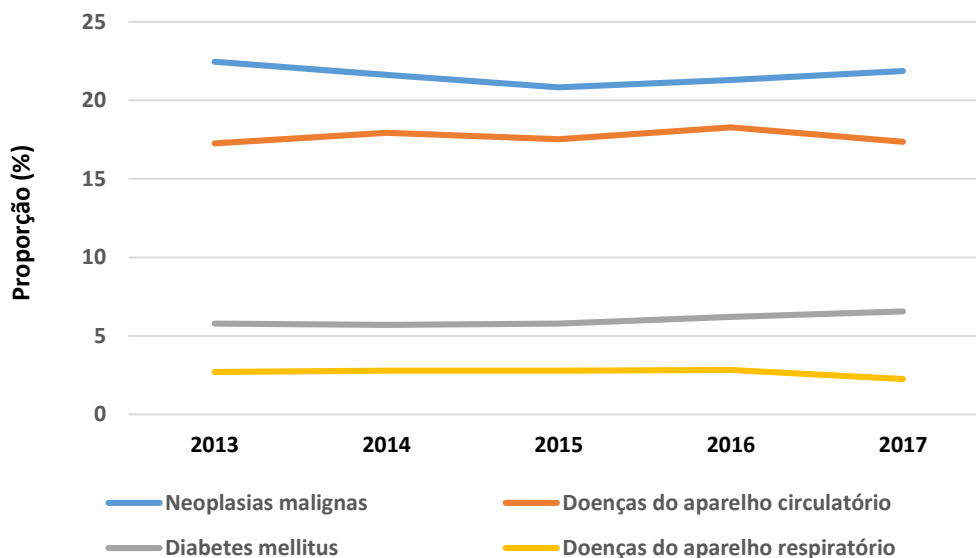
**Fonte:** SIM e SINASC-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM. SIM-AM e SINASC-AM de 12/03/2019

**Nota:** Dados sujeitos à revisão

### 3.2.4 Óbitos por doenças crônicas não transmissíveis

Com relação às doenças crônicas não transmissíveis que causaram óbitos na população da faixa etária de 30 a 69 anos, observa-se que houve pouca variação no período analisado. As Neoplasias são as principais causas de óbito nessa população, responsáveis por cerca de 21% dos óbitos em todos os anos. Em seguida, estão as doenças cardiovasculares, responsáveis por 17% dos óbitos nesse grupo populacional, os óbitos por diabetes que vêm se mantendo em torno de 6% e as doenças respiratórias crônicas (doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças pulmonares intersticiais, pneumonias aspirativas, enfisemas, asma etc.) com cerca de 3% (Gráfico 9). As DCNT vêm se constituindo como um problema real de saúde pública, portanto, objeto de interesse de vigilância contínua.



**Gráf. 9 Proporção de óbitos por grupo das DCNT em relação ao total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos no Amazonas, 2013 a 2017**


**Fonte:** SIM-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM; DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis)

Base de dados do SIM-AM de 12/03/2019

**Nota:** Dados sujeitos à revisão

### 3.2.5 Óbitos por causas externas

As causas externas representam uma das principais causas de óbito no Amazonas, juntamente com afecções do aparelho circulatório. Destaca-se que as agressões (homicídios) são responsáveis por mais da metade (54%) dos óbitos por causas externas na população amazonense (Tabela 14). Observa-se que o número de óbitos por agressões aumentou no período analisado, passando de 1.130 óbitos, em 2013, para 1.620 óbitos, em 2017. Em seguida, os acidentes de transporte figuram como a segunda causa de óbitos entre os grupos de causas externas. A intensificação das ações direcionadas à prevenção e à redução da mortalidade por causas externas no estado do Amazonas representa um desafio aos gestores de políticas públicas.

**Tabela 14 - Mortalidade proporcional por causas externas, Amazonas, 2013-2017**

Causas Externas	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agressões	1,130	43.2	1,193	43.4	1,419	47.4	1,398	49.5	1,620	54.0
Acidentes de transporte	531	20.3	523	19.0	486	16.2	477	16.9	437	14.6
Afogamentos acidentais	203	7.8	249	9.1	254	8.5	201	7.1	223	7.4
Lesões autoprovocadas intencionalmente	223	8.5	230	8.4	264	8.8	195	6.9	207	6.9
Quedas acidentais	133	5.1	135	4.9	148	4.9	114	4.0	131	4.4
Eventos cuja intenção é indeterminada	24	0.9	42	1.5	58	1.9	31	1.1	23	0.8
Demais causas externas	372	14.2	377	13.7	363	12.1	411	14.5	360	12.0
<b>Total</b>	<b>2,616</b>	<b>100.0</b>	<b>2,749</b>	<b>100.0</b>	<b>2,992</b>	<b>100.0</b>	<b>2,827</b>	<b>100.0</b>	<b>3,001</b>	<b>100.0</b>

**Fonte:** SIM-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM. SIM-AM de 12/03/2019

**Nota:** Dados sujeitos à revisão



### 3.3 Aspectos das Morbidades

#### 3.3.1 Morbidade por doenças transmissíveis

Nos últimos anos, têm-se observado mudanças no padrão de adoecimento da população caracterizado pela redução da carga de doenças transmissíveis. Apesar disso, esse grupo de doenças continua a oferecer desafios aos programas de prevenção devido à introdução de novos agentes, a exemplo dos vírus Chikungunya e Zika, ou de agentes que sofrem modificações genéticas e se disseminam rapidamente por meio das populações, a exemplo da pandemia produzida pelo vírus da Influenza A (H1N1). Além disso, observa-se a reemergência de doenças “antigas”, como o Sarampo, e a persistência de endemias importantes, como a Malária, a Tuberculose e a Hanseníase, fazendo com que esse grupo de doenças continue representando um importante problema de saúde pública no estado do Amazonas. A ocorrência e ressurgência dessas doenças são reflexos das transformações sociais, caracterizadas pela urbanização acelerada, migração, alterações ambientais e facilidades de comunicação entre países e regiões, além de outros fatores que contribuem para o delineamento do atual perfil epidemiológico das doenças transmissíveis.

Dentre as doenças de notificação compulsória que são transmitidas por vetores, o agravo que apresenta o maior número de registros no estado do Amazonas é a Malária (Tabela 15). Em seguida, destacam-se as arboviroses Dengue, Chikungunya e febre do Zika transmitidas por mosquitos do gênero *Aedes*, altamente, adaptado ao ambiente urbano. Também representam um grave problema para saúde pública a Leishmaniose Tegumentar e a Febre Amarela. Vale ressaltar que não houve casos de Febre Amarela no estado do Amazonas, em 2018. Todas essas doenças apresentam estreita relação com componentes ambientais, sociais e econômicos. Algumas dispõem de medidas eficazes de proteção, enquanto outras demandam ações de controle mais complexas, incluindo o envolvimento da sociedade para a sustentabilidade do seu controle.

Os agravos que apresentaram redução do número de casos na comparação de 2018 com 2017 foram: Coqueluche (58,5%), Dengue (43,2%), Febre de Chikungunya (65,2%), Febre pelo Vírus Zika (33,5%), Leishmaniose tegumentar (17,4%), Leptospirose (24,2%), Malária (11,3%), Meningites (28,8%) e Tétano acidental (66,6%). Dentre os agravos que apresentaram aumento no número de casos na comparação dos mesmos anos, destacam-se: Aids (4,5%), Doença de Chagas (56,3%) e Tuberculose (3,3%). Em 2018, não foram notificados casos de Tétano neonatal, Raiva humana, Difteria, Cólera, Paralisia Flácida Aguda, Síndrome da Rubéola Congênita e Hantavirose em residentes do Amazonas.

**Tabela 15 - Número de Casos de Doenças Transmissíveis, Amazonas, 2014-2018**



Agravos	2014	2015	2016	2017	2018
Aids*	1.283	594	466	489	511
Coqueluche*	66	115	63	41	17
Dengue#	11.477	8.273	15.262	8.276	4.700
Dengue	3.957	2.831	2.042	1.648	688
Doença de Chagas*	18	9	3	16	25
Sarampo*	0	0	0	0	9.805
Febre amarela*	0	0	2	3	0
Febre de Chikungunya#	9	5	725	600	209
Febre Tifóide*	28	8	19	7	7
Febre pelo vírus da Zika#	0	159	6041	698	464
Hanseníase*	552	517	439	452	418
Leishmaniose tegumentar Americana*	1.795	1.645	854	1.983	1.638
Leptospirose*	83	66	42	66	50
Malária*	66.788	74.309	49.928	82.722	73.359
Meningites*	193	184	164	205	146
Raiva Humana*	0	0	0	3	0
Tétano acidental*	8	11	8	3	1
Tuberculose*	2.668	2.860	2.804	3.061	3.163

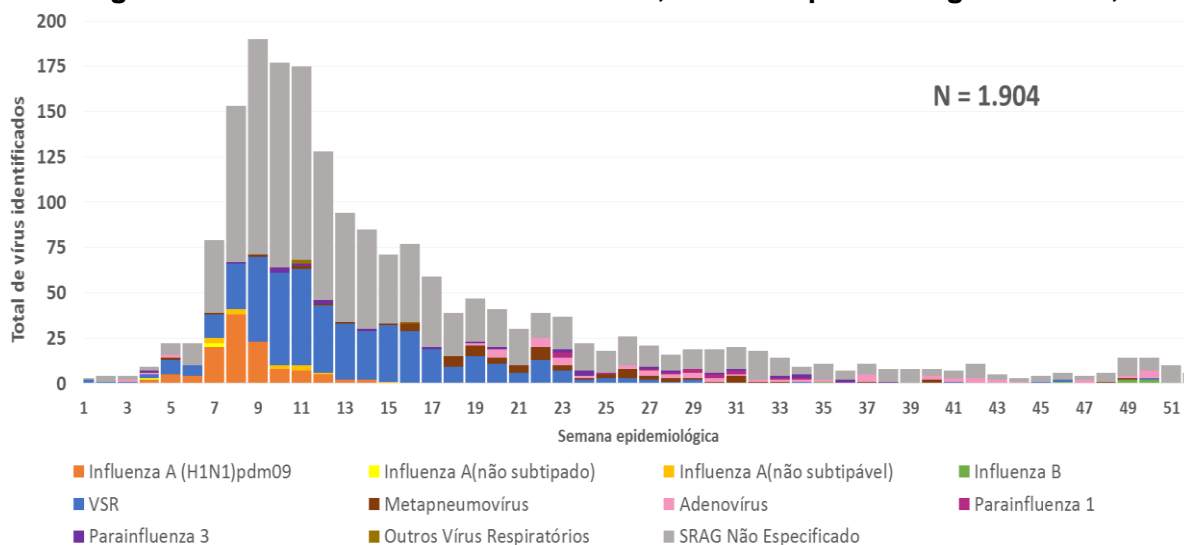
**Fonte:** SINAN NET/SINAN ONLINE E SIVEP-MALÁRIA/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM; SINAN NET e SINAN Online de 11/03/2019; SIVEP Malária WEB: Acesso em 11/03/2019

**Notas:** 1. \* confirmados; # notificados 2. Dados sujeitos à revisão

### 3.3.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Em 2019, foram registrados 1.904 casos de síndrome respiratória aguda grave em residentes de 35 municípios do estado do Amazonas. Nesse ano, foi observado uma antecipação da sazonalidade da circulação dos vírus respiratórios no estado, com circulação do vírus da influenza A (H1N1) pdm09 associado à circulação do vírus sincicial respiratório. Nas últimas semanas de 2019, houve a circulação de Adenovírus e Influenza B. O aumento do número de casos notificados iniciou a partir da semana epidemiológica (SE) 7, com pico na SE 9 (Gráfico 10).

**Gráf. 10 - Distribuição dos casos de SRAG segundo agente etiológico e semana epidemiológica do início dos sintomas. Amazonas, semana epidemiológica 01 a 52, 2019.**



**Fonte:** SIVEP-Gripe/DVE/ASTEC-SASS/FVS-AM. Dados atualizados em 31/01/2020, sujeitos a alteração.



A capital Manaus foi responsável por 83,4% dos casos, e no interior do estado, 16,6% dos casos, destaca-se a notificação de 55 casos por SRAG em São Gabriel da Cachoeira, com confirmação de 30 casos por VRS, 7 casos por adenovírus e 2 casos por Parainfluenza tipo 3.

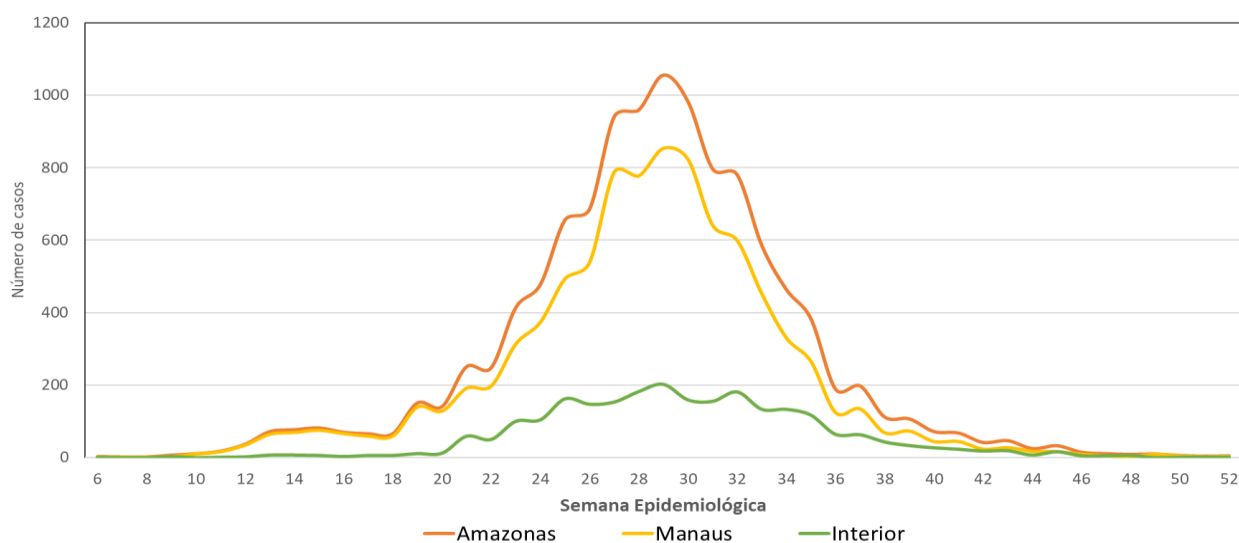
Foram registrados 86 óbitos por SRAG, o que corresponde a uma letalidade de 12,1%. Houve a ocorrência de 32 óbitos (37,2%) por Influenza A (H1N1) pdm09, com positividade em todas as faixas etárias, com a predominância em idosos, com 28,1% (9/32) dos óbitos, e a população de adultos jovens (20 - 59 anos), com 25,0% (8/32). Dos 39 óbitos (45,3%) registrados por VRS, 41,0% (16/39) ocorreram em menores de 1 ano, público este que chama atenção devido ao risco de agravamento, o que requer maior atenção e cuidado com o manejo desses pacientes.

Foi observado comprometimento respiratório evidenciado pelo raio X em 74,4% dos óbitos, e em 89,5% dos casos apresentaram pelo menos um fator de risco para agravamento, com destaque para idosos, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e pneumopatias. Além disso, tratamento com utilização de antiviral ocorreu em 86,0% dos óbitos, sendo apenas 31,1% dos óbitos que iniciaram o tratamento nas primeiras 48 horas, conforme recomendado.

### 3.3.3 Situação epidemiológica do Sarampo

Em 2018, foi registrado um surto de sarampo com 11.395 casos notificados em 50 municípios do estado do Amazonas. Do total de casos registrados, 9.805 casos (86%) foram confirmados e 1.590 (14%), descartados. O pico da epidemia ocorreu entre as semanas 28 e 30, o que corresponde a 8 a 28 de julho de 2018 (Gráfico 11). A capital Manaus foi responsável por 78,7% dos casos notificados, sendo o município com maior registro de casos no estado. No interior, Manacapuru foi o município com maior número de notificações, com 9,2% dos casos registrados no estado, seguido de Itacoatiara, com 2,3% dos casos, e 9,8% das notificações ocorreram nos demais municípios que registraram casos da doença.

**Gráf. 11 - Distribuição de casos notificados de sarampo por semana epidemiológica no estado do Amazonas, Capital e Interior, no período de fevereiro a dezembro de 2018**



**Fonte:** TRACK/SEMSA-MANAUS e SINAN NET/NUSI/ASTEC-SASS/FVS/AM. TRACK SEMSA/Manaus e SINAN NET: Acesso em 12/03/2019

**Nota:** Dados sujeitos à revisão



A incidência de casos confirmados no estado foi de 241 casos por 100 mil habitantes, sendo que o município de Manacapuru apresentou a maior taxa, com 994 casos por 100 mil habitantes. Os grupos com maior incidência da doença foram crianças menores de 1 ano (1.996/100.000 habitantes), seguida da faixa etária 15 a 19 anos (502/100.000 habitantes) e 20 a 29 anos (327/100.000 habitantes).

Foram registrados seis óbitos relacionados ao sarampo no estado, sendo três residentes em Manaus, dois em Autazes, e um em Manacapuru. Quatro foram registrados em menores de um ano de idade, um adulto na faixa etária de 40 a 49 anos e em outro adulto maior de 50 anos.

Durante todo o ano, as ações de vigilância epidemiológica, laboratorial e de imunização foram intensificadas. As ações para o enfrentamento do surto incluíram a notificação imediata dos casos suspeitos de sarampo, a investigação em tempo oportuno, o bloqueio e intensificação vacinal, realização de campanhas de vacinação com ênfase nas crianças menores de 5 anos de idade, divulgação do Boletim Epidemiológico de Surto de Sarampo no Amazonas e ações de educação em saúde.

### **3.3.4 Situação epidemiológica das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya**

Além de suas formas de transmissão ocorrerem pelo mesmo mosquito, a Dengue, a Chikungunya e a Zika são doenças que apresentam alguns sintomas semelhantes, o que pode dificultar o diagnóstico. Isso explica, ao menos em parte, o comportamento similar das curvas epidêmicas dessas três arboviroses (Gráfico 12). As três arboviroses apresentam variações sazonais com picos epidêmicos que ocorrem entre as semanas epidemiológicas 10 a 20 (março) de cada ano.

A Dengue foi introduzida no Amazonas em 1998 e, desde então, tem sido responsável por epidemias que variam de magnitude e extensão. A maior epidemia de dengue ocorreu em 2011, com mais de 60 mil casos notificados. Em 2018, foram notificados 4.700 casos, o menor número de notificações no período analisado.

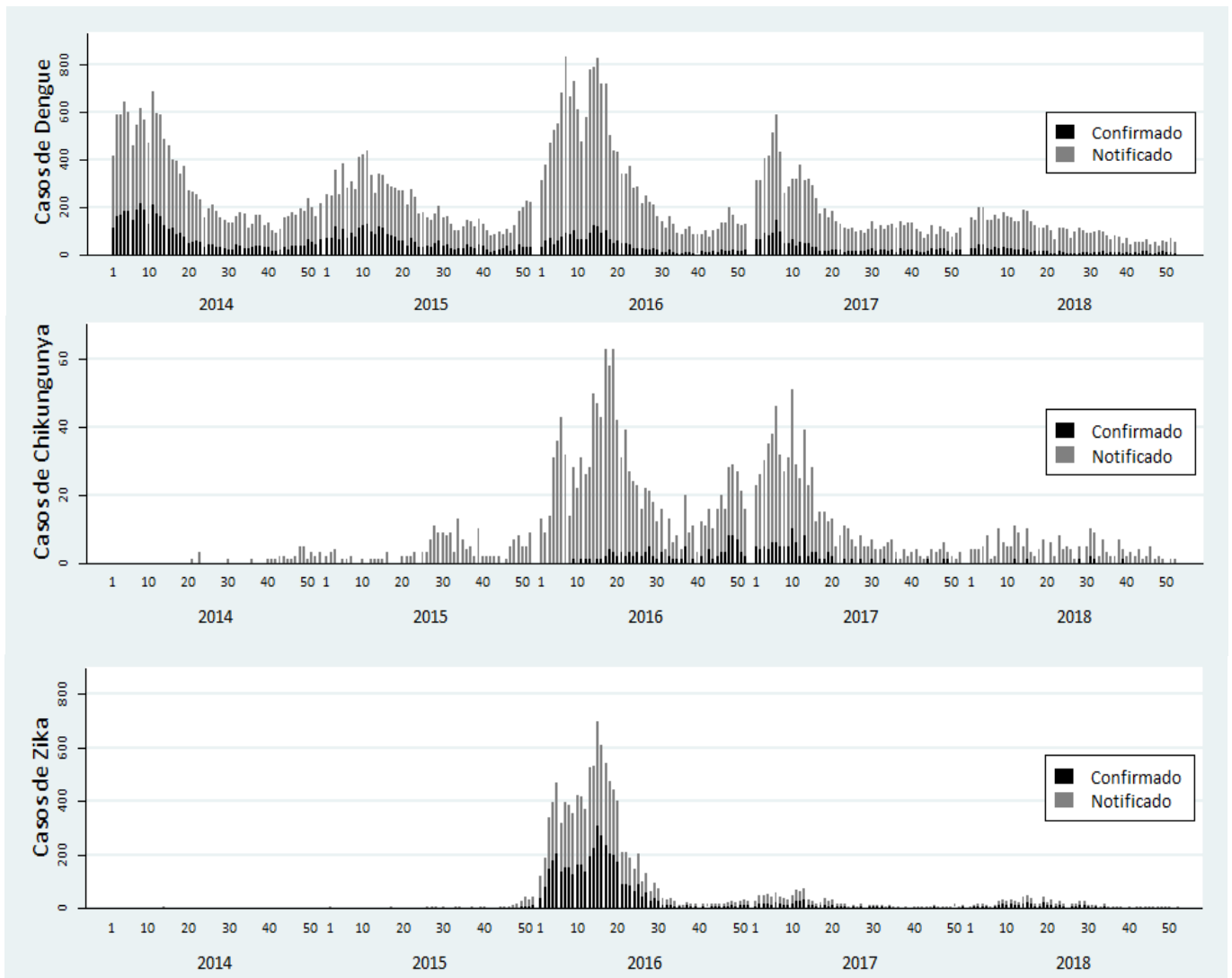
A ocorrência de casos de Chikungunya no estado do Amazonas surgiu a partir de junho de 2014, com o registro do primeiro caso importado. Nesse ano, foram notificados 31 casos suspeitos, sendo nove confirmados, todos importados. Em 2018, foram notificados 209 casos da doença, sendo 7 confirmados.

A entrada do vírus Zika no Amazonas ocorreu em outubro de 2015. Nesse ano, foram notificados 159 casos suspeitos da doença. Em 2016, houve aumento expressivo no número de notificações de casos suspeitos (6.090), dos quais 95% foram registrados em Manaus.





**Gráf. 12 – Distribuição de casos Dengue, Chikungunya e Zika por semana epidemiológica e ano, no estado do Amazonas, 2014 a 2018**



**Fonte:** SINAN NET/ASTEC-SASS/FVS/AM

Acesso em 11/03/2019

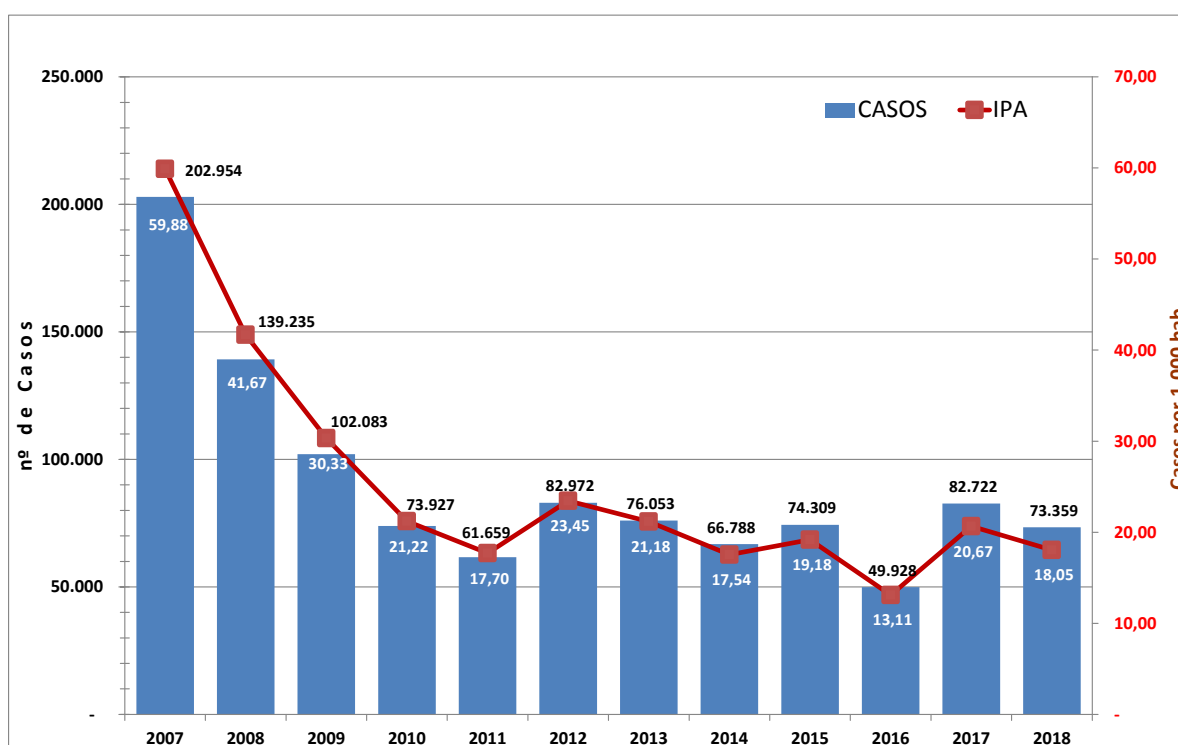
Dados sujeitos à revisão

No Amazonas, dos 62 municípios do estado, 45 registram a presença do mosquito *Aedes aegypti* transmissor da Dengue, Chikungunya e Zika Vírus. Dentro das estratégias adotadas pelo programa de prevenção e controle das doenças transmitidas pelo *A. aegypti*, a metodologia do Levantamento de Índices Rápido (LIRAa), é considerada um marcador entomológico capaz de definir áreas de maior predominância do *Aedes aegypti* de forma a nortear as intervenções e direcionar as ações de controle vetorial para as áreas prioritárias. De acordo com as Diretrizes do programa, essa metodologia é indicada para municípios infestados e realizada de acordo com o calendário nacional do LIRAa

### 3.3.5 Situação epidemiológica da Malária

No período de 2007 a 2011, houve redução expressiva no número de casos de malária. A partir desse ano, observaram-se oscilações no número de casos registrados anualmente, com uma incidência parasitária anual média de 20 mil casos por 1.000 habitantes (Gráfico 13). Embora não apresente tendência de redução na incidência de malária nos últimos anos, diversos municípios apresentam condição de eliminação. Por outro lado, há municípios que apresentam recrudescimento da doença, principalmente, devido à instabilidade técnico-gerencial nesses municípios. Em 2018, foi observada uma redução de 11,3% no número de casos, comparada a 2017.

**Gráf. 13 - Série histórica de casos e IPA de malária no Amazonas, 2007 a 2018**



**Fonte:** SIVEP Malária WEB/ASTEC-SASS/FVS-AM. SIVEP Malária WEB: Acesso em 11/03/2019

**Nota:** Dados sujeitos à revisão

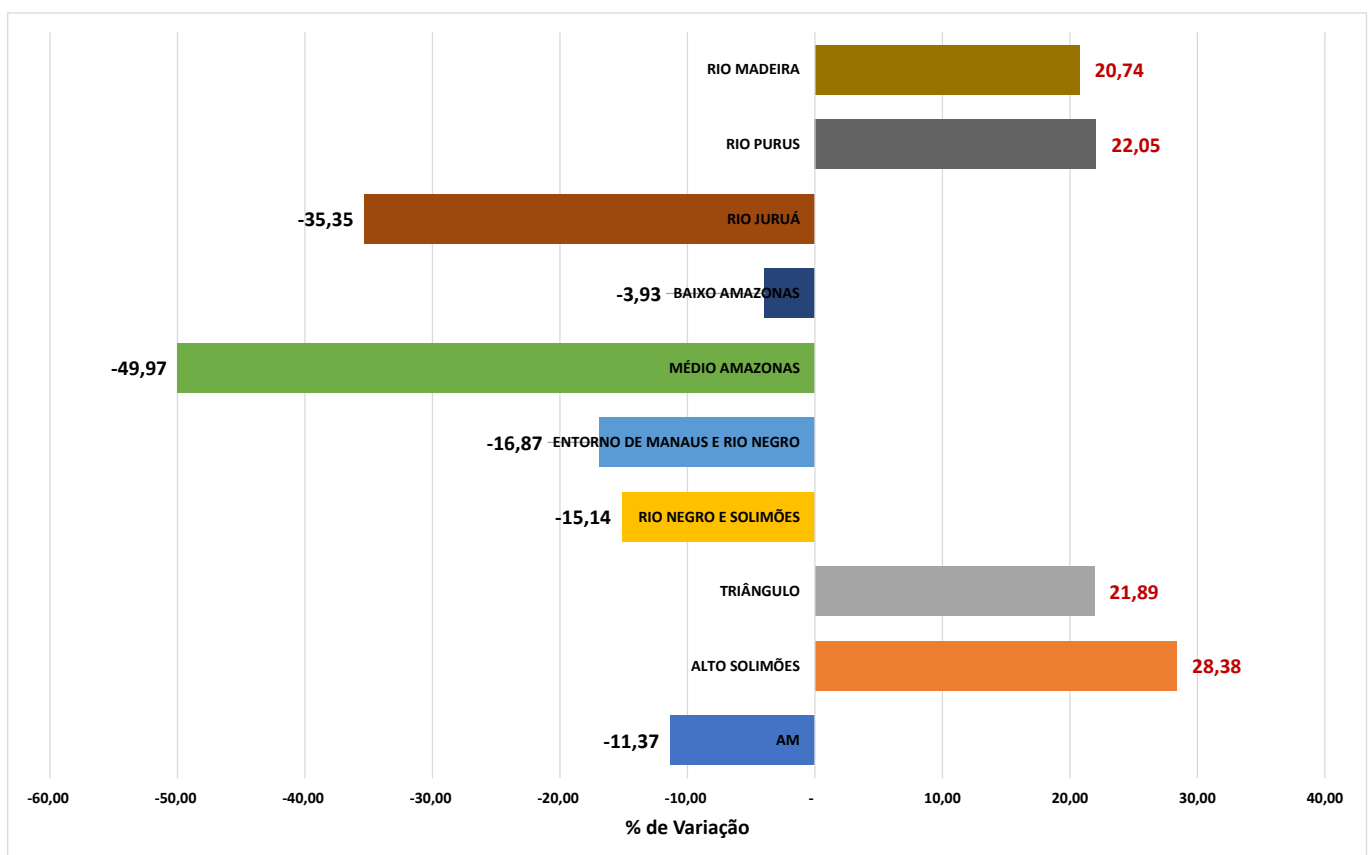
Mais da metade dos casos (57%) estão concentrados em 7 municípios: São Gabriel da Cachoeira com 15.501 casos (21%), Manaus com 8.310 casos (11%), Barcelos com 6.407 (8%), Tefé com 3.923 (5%), Coari com 3.132 (4%), Santa Isabel do Rio Negro com 3.241 (4%) e Lábrea com 2.869 (4%). Os municípios de Tefé, Lábrea e São Gabriel da Cachoeira apresentaram aumento no número de casos em 2018, comparado a 2017. Por outro lado, Manaus, Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro e Coari mostraram redução no número de casos em 21%, 23%, 57% e 32%, respectivamente.

O município de Manaus apresentou redução de 21%, atingindo assim a meta de redução, passando de 10.514 casos, em 2017, para 8.310 casos em 2018 e apresenta IPA de baixo risco devido à base populacional utilizada para cálculo do indicador não considerar apenas a população diretamente exposta ao risco, estimada em aproximadamente 700.000 habitantes, o que elevaria o IPA para 11,87‰ (médio risco).



A Região de Saúde do Médio Amazonas apresentou a maior redução (49%) no número de casos de malária registrados em 2018, comparado a 2017 (Gráfico 14). A Região de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, que contribui com grande proporção dos casos registrados no estado, apresentou redução de 16%. Na Região do Triângulo, o município de Tefé registrou 3.923 casos, significando expressivo aumento de casos (97,4%), com registro quantitativamente menor, o município de Juruá aumentou em 161,47%. Na Região Rio Negro e Solimões, o município de Beruri saltou de 77 casos, em 2017, para 363 em 2018 (371,43%).

**Gráf. 14 - Percentual de variação de casos de malária das Regionais de Saúde do Amazonas em 2018 comparado a 2017**

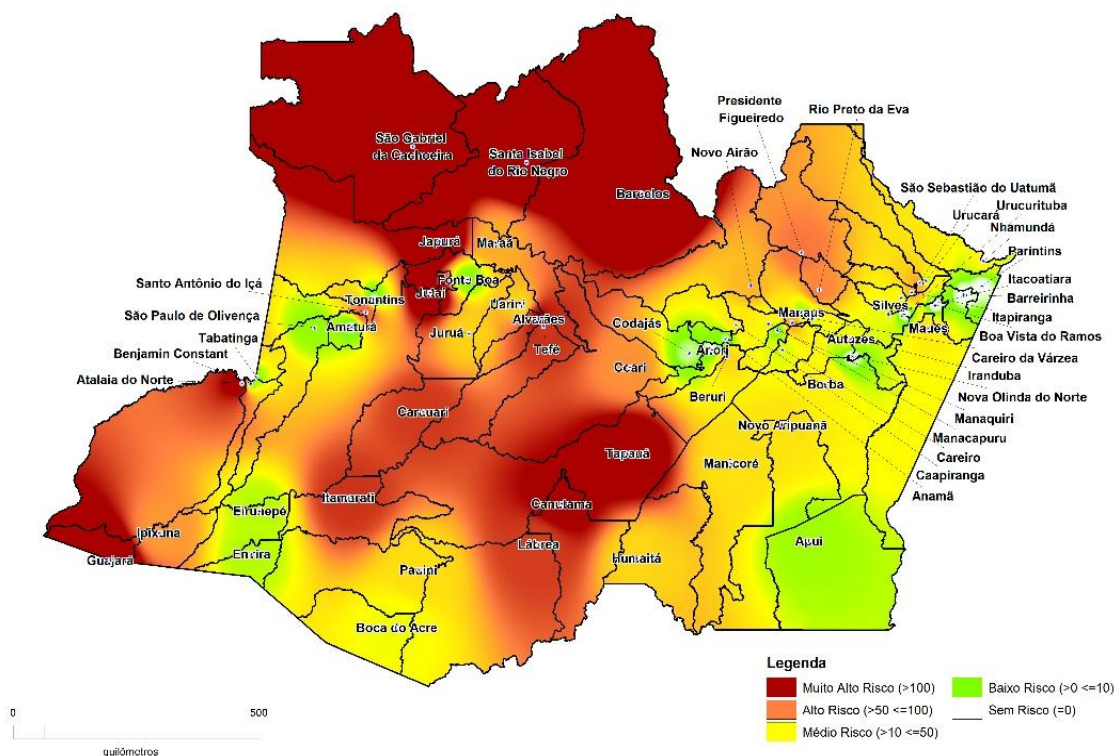


**Fonte:** SIVEP Malária WEB/ASTEC-SASS/FVS-AM

SIVEP Malária WEB: Acesso em 11/03/2019

**Nota:** Dados sujeitos à revisão

Nos últimos anos, observam-se mudanças na distribuição espacial do risco de transmissão da malária no Amazonas, mantendo os hotspots (pontos quentes) no noroeste do estado (Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira), sudoeste (IPIXUNA e Guajará) e, como fato novo, os municípios de Itamarati, Carauari e Tapauá. O município de Canutama, especificamente no eixo da BR-319, próximo a Porto Velho-RO, torna-se estrategicamente importante no controle da malária no Amazonas (Mapa 7).

**Mapa 7 - Incidência parasitária anual de malária no Amazonas, 2018**


**Fonte:** SIVEP Malária WEB/ASTEC-SASS/FVS-AM  
 SIVEP Malária WEB: Acesso em 11/03/2019  
**Nota:** Dados sujeitos à revisão

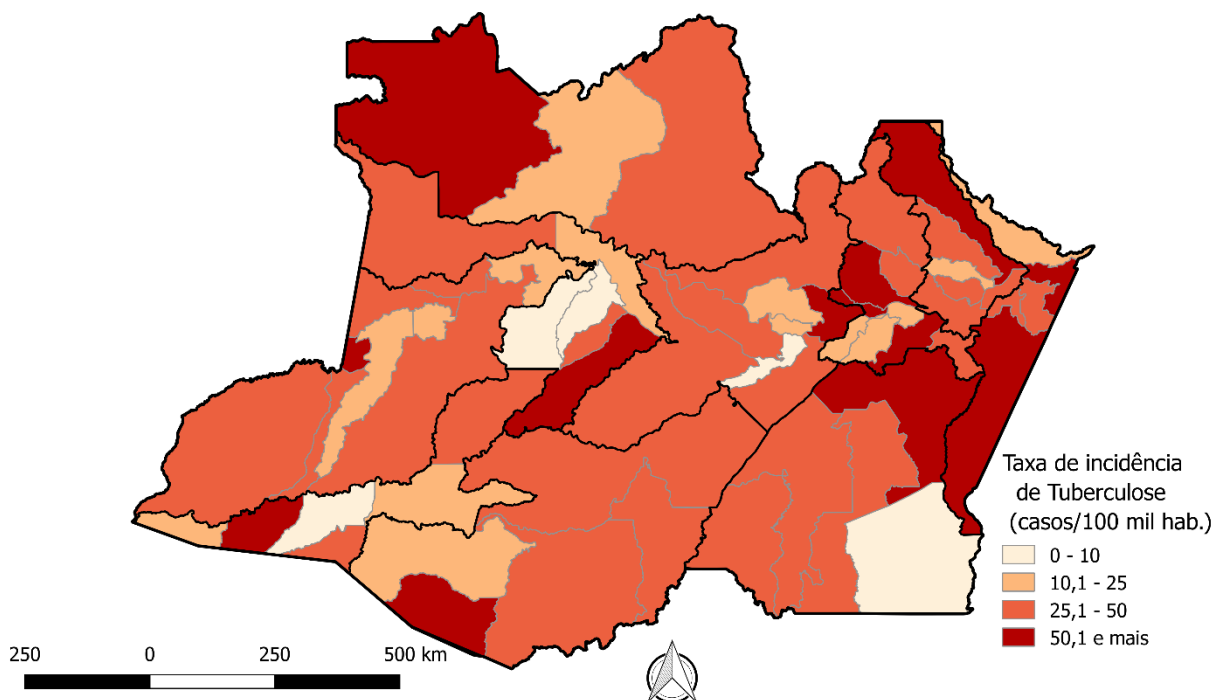
Os fatores ambientais são condicionantes e, em alguns casos, determinantes na dinâmica de transmissão da doença na região, levando ao favorecimento em alguns casos e comprometimento em outros, sobretudo na rotina das populações diretamente expostas aos fatores de risco.

### 3.3.6 Situação epidemiológica da Tuberculose

O estado do Amazonas manteve a maior taxa de incidência de Tuberculose (TB) do Brasil em 2018, com 72,9 casos/100.000 habitantes, enquanto a taxa de incidência nacional foi de 34,8 casos/100.000 habitantes. Nesse ano, Manaus apresentou a maior taxa de incidência dentre as capitais do Brasil com 102,6 casos/100.000 habitantes (PNCT/MS, 2019). Dentre os 3.163 casos novos de Tuberculose notificados no Amazonas em 2018, 73% eram de residentes em Manaus (Mapa 8). Nesse ano, foram registrados 162 óbitos por TB no Amazonas, mantendo-se como a terceira maior taxa de mortalidade por tuberculose no país (3,9 óbitos/100.000 habitantes) (PNCT/MS, 2019).



**Mapa 8 - Distribuição espacial da taxa de incidência de tuberculose nos municípios do Amazonas em 2018**



Fonte: SINAN NET/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM  
 SINAN NET de 11/03/2019  
 Dados sujeitos à revisão

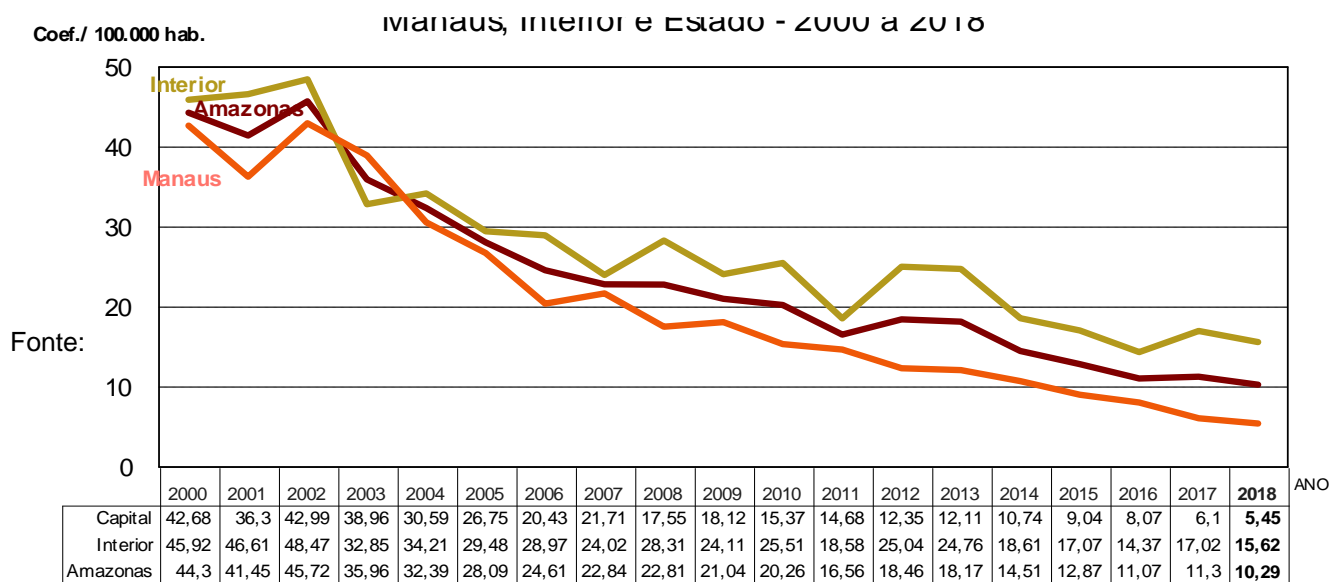
A distribuição da doença por gênero e idade nos casos novos de TB no Amazonas permanece sendo a maioria do sexo masculino (62%) e concentrada na faixa etária entre 15-44 anos (59,3%), seguida de maiores de 45 anos com 35,1% dos casos. Predominou a forma pulmonar com 87,7% (2.774/3.163) dos casos registrados, incluindo os que apresentaram a forma mista (pulmonar e extrapulmonar). Destes, somente 72,9% (2.021/2.774) tiveram confirmação laboratorial da doença.

A manutenção do Amazonas em primeiro lugar no ranking de maior incidência de TB e terceiro maior quanto à taxa de mortalidade por TB no Brasil, deve-se à combinação de condições, como a alta prevalência de infecções latentes, pobreza, aglomerados humanos, desnutrição, elevada carga de outras doenças crônicas e agudas que afetam o sistema imunológico, principalmente, a infecção pelo HIV/AIDS, diabetes mellitus e outras doenças novas e ressurgentes, abuso do fumo, álcool e outras drogas e até o envelhecimento da população, entre outros.

### 3.3.7 Situação epidemiológica da Hanseníase

Em 2018, foram detectados no Amazonas 418 casos novos de Hanseníase. Destes, 116 (27,7%) eram residentes de Manaus e 302 (72,3%) em outros 56 municípios. Nesse mesmo ano, o estado apresentou taxa de detecção de 10,29/100.000 habitantes, mantendo-se no mesmo patamar do ano anterior, com parâmetro de endemicidade ainda considerado alto (Alto: 10,00 a 19,99/100 mil hab.). Em uma série histórica de 19 anos, observou-se comportamento descendente com decréscimo de 76,8% (Gráfico 15).



**Gráf. 15 - Coeficiente de detecção geral de hanseníase para Manaus, Interior e estado do Amazonas, 2000 a 2018**


— Capital — Interior — Amazonas

Hiperendêmico: >40,0/100 mil hab.

Muito alto: 20,0 a 39,99/100 mil hab.

PARÂMETROS Alto: 10,00 a 19,99/100 mil hab.

Médio: 2,00 a 9,99/100 mil hab.

Baixo: <2,00/100/mil hab.

Queda da Detecção no período foi de 76,8%

Fonte: SINANET\DSDE\GEPI\Subinfor\ Fundação Alfredo da Matta

**Fonte:** SINANET/DCDE/GEPI/Subinfor/Fundação Alfredo da Matta

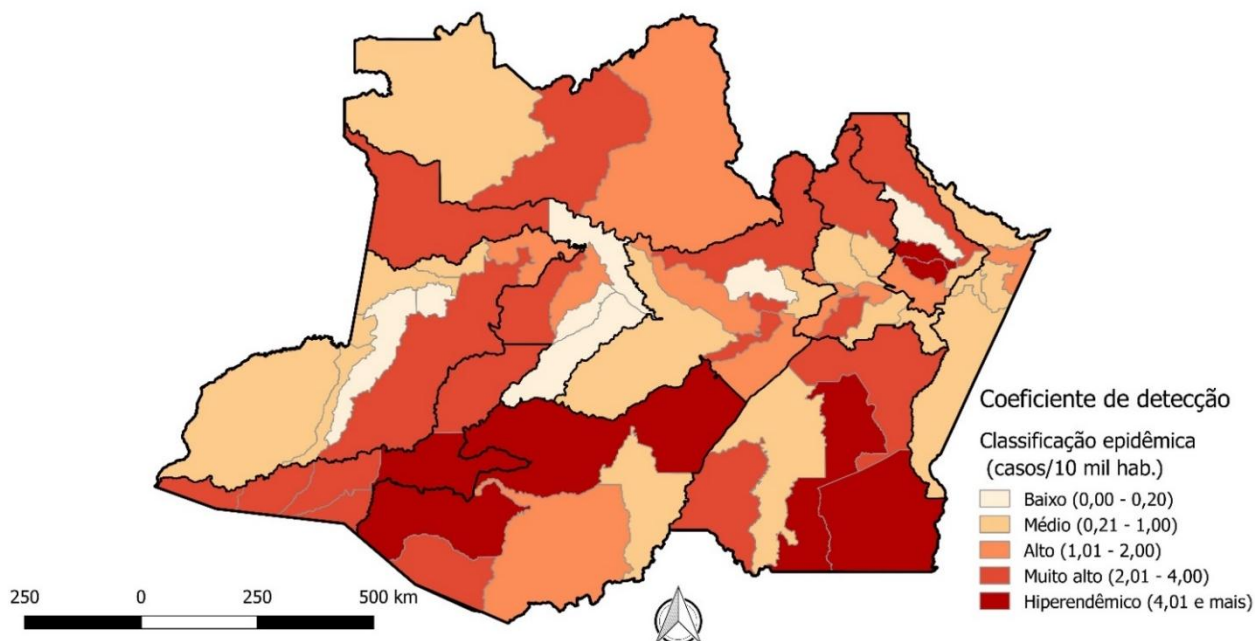
A detecção de hanseníase em menores de 15 anos indica uma transmissão ativa e, por isso, o Ministério da Saúde recomenda o monitoramento desse indicador. Em 2018, foram detectados 51 casos (12,2%) em menores de 15 anos e 367 casos (87,8%) nos de 15 anos ou mais. Quanto ao gênero, a proporção maior foi no masculino com 250 (59,8%), enquanto no feminino foi de 168 (40,2%).

Apesar desse resultado, a hanseníase continua sendo um importante problema de saúde pública com taxas consideradas altas, muito altas e hiperendêmicas em alguns municípios (Mapa 9). Os municípios que apresentaram maior taxa de detecção foram: Itamarati (73,8 casos por 100 mil hab.), Tapauá (66,9 casos por 100 mil hab.), Apuí (56,1 casos por 100 mil hab.), Silves (54,3 casos por 100 mil hab.), Novo Aripuanã (47,8 casos por 100 mil hab.), Itapiranga (43,8 casos por 100 mil hab.) e Pauini (40,8 casos por 100 mil hab.). Verifica-se a necessidade de implementação de estratégias de acordo com áreas prioritárias, direcionando ações específicas para cada área de acordo com sua classificação de risco.





**Mapa 9 - Distribuição espacial da taxa de detecção de Hanseníase no Amazonas no ano 2018**



**Fonte:** SINAN NET/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM; SINAN NET de 11/03/2019

**Nota:** Dados sujeitos à revisão

### 3.3.8 Situação epidemiológica das Zoonoses

Foram notificados 2.869 acidentes por animais peçonhentos no Amazonas no ano de 2018, havendo um aumento de 12,9% em relação ao ano 2017. Desses acidentes, 63,8% foram provocados por serpentes, 15,9% por escorpiões, 7,2% por aranha e 13,1% por outros animais (lagarta, abelha, arraia e outros).

Os acidentes ofídicos destacam-se devido a sua magnitude e gravidade. Em 2018, foram registrados 1.829 casos de ofidismo no Amazonas, com uma incidência de 44,8 casos por 100 mil habitantes. Do total de casos, 75,1% acometeram o gênero masculino e 54,4%, a faixa etária de 20 a 49 anos. O acidente ocorrido em zona rural representou 89,6% dos casos. Foram registrados 12 óbitos e a letalidade foi de 0,66%.

Os acidentes por escorpião ocupam o segundo lugar na frequência entre os acidentes por animais peçonhentos. Em 2018, foram notificados no Amazonas 455 acidentes por escorpiões, com um coeficiente de incidência de 11,2/100.000 habitantes. Do total de casos, 58% dos acometidos foram do gênero masculino e a faixa etária predominante foi a de 20 a 49 anos, com 45,1% dos casos. Nesse ano, foram registrados 2 óbitos e a letalidade foi de 0,44%. Destaca-se que 62% dos casos ocorreram na zona rural.

Foram notificados 9.865 casos de acidentes humanos por animais potencialmente transmissores da raiva, no Amazonas, em 2018. Houve uma diminuição de 20% em relação ao número de casos notificados no ano de 2017. Quanto à espécie do animal agressor, 83,7% foram canina, 10,5% felina, 2,5% quiróptera (morcegos), 1,4% primata (macacos) e outras espécies 1,9%. Dos cães e gatos agressores, 77,9% estavam sadios no momento da agressão, destes, 94,2% eram passíveis de observação e 81,5% foram observados.

### 3.4 Morbidade Hospitalar

O perfil de morbidade (adoecimento) da população amazonense, ocasionando internações hospitalares, no período de 2015 a 2019 foi caracterizado pela crescente prevalência e incidência de doenças das mais diversas causas, ocorrendo um acréscimo de 14,9% no total de internações entre 2015 e 2019. A seguir, são apresentados dados das doenças e agravos que confirmam o quadro de morbidade do Amazonas no ano de 2019 que resultou no total de 196.838 internações hospitalares.

Na avaliação do período de 2015 a 2019, os agravos que compõem o grupo de doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório, as lesões por envenenamento e consequências de causas externas, doenças do aparelho geniturinário e doenças infecciosas e parasitárias correspondem a, aproximadamente, mais de 60% das causas de internações hospitalares do SUS no estado do Amazonas (Tabela 16). Destaca-se que, no período analisado, as afecções originadas no período perinatal foram o grupo de causas de internações que mais aumentou, proporcionalmente, em relação às demais causas.

#### Principais causas de internação no Amazonas

**Tabela 16: Morbidade Hospitalar do SUS, por Local de Residência, Internações Segundo Capítulo CID-10, AMAZONAS 2015-2019**

CAPÍTULO CID-10	2015	2016	2017	2018	2019
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	12.555	12.418	11.733	12.836	<b>11.940</b>
II. Neoplasias (tumores)	5.907	5.747	5.931	6.408	7.394
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt.	934	893	1.009	991	1.172
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.853	3.259	3.486	3.763	3.762
V. Transtornos mentais e comportamentais	700	882	691	657	378
VI. Doenças do sistema nervoso	2.254	2.470	2.687	3.103	3.137
VII. Doenças do olho e anexos	529	706	765	700	755
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	227	203	248	280	296
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	9.667	9.399	9.236	10.701	<b>11.440</b>
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	15.678	14.527	15.882	16.317	<b>16.637</b>
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	18.595	16.962	18.125	19.166	<b>20.268</b>
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3.822	3.976	4.270	4.477	5.279
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	1.181	1.048	1.186	1.470	1.507
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	12.092	11.350	12.180	13.632	15.199
<b>XV. Gravidez, parto e puerpério</b>	65.823	64.362	67.075	67.989	<b>70.986</b>
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	2.566	2.957	4.065	5.317	5.608
XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias	1.413	1.258	1.192	1.638	1.697
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	1.471	1.705	1.782	2.131	2.166
XIX. Lesões enven. e alg. out. conseq. causas	11.844	12.859	14.076	14.130	<b>15.116</b>
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	25	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	1.172	1.718	1.877	1.972	2.101
<b>Total</b>	<b>171.308</b>	<b>168.699</b>	<b>177.496</b>	<b>187.678</b>	<b>196.838</b>

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Data da consulta: 16/01/2020.

Dados sujeitos à revisão



Os registros no sistema de informações hospitalares (SIH) apontam que em 2019, o caráter de atendimento predominante nas internações foi o de urgência/emergência (81,38%) e os maiores motivos das internações hospitalares relacionam-se à gravidez parto e puerpério com 36,06%, seguida pelas internações para tratamento de doenças do aparelho digestivo com 10,30%, as doenças do aparelho respiratório com 8,45%.

Analisando os últimos quatro anos entre 2015-2019, foram registradas 336.235 internações por gravidez, parto e puerpério neste período, representando uma média de 67.247 internações por ano, com um acréscimo de 7,84% em 2019 em relação ao ano de 2015. As doenças do aparelho digestivo, neste período, representaram 93.116 internações da população amazonense, enquanto que as doenças respiratórias correspondem a 79.041 internações, indicando um aumento de 9,00% e 6,12% em relação ao ano de 2015, respectivamente. Observou-se uma evolução na taxa de internação por lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas com um aumento de 27,63% em 2019 em relação a 2015, evidenciando o aumento dos acidentes de transporte, quedas, agressões e violência. Propostas efetivas para seu controle devem ser discutidas com o poder público e a sociedade local.

## 4. Estrutura do Sistema de Saúde

### 4.1 Rede Assistencial de Saúde no Amazonas por Tipo de Estabelecimento e Gestão

A rede física dos serviços de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS do Amazonas cadastrada no CNES abrangeram 2.454 estabelecimentos de saúde, sendo 80,76% de gestão municipal, 16,46% de gestão estadual e 2,77% por gestão dupla (gestão compartilhada entre o estado e os municípios). A gestão municipal concentra o maior quantitativo de estabelecimento, tendo em vista maior capilaridade da rede de atenção básica, composta de unidades básicas de saúde, unidades móveis fluviais e as unidades de atenção à saúde indígena

O Quadro 2 apresenta a distribuição dos estabelecimentos de saúde por tipologia e gestão



**Quadro 2: Rede Física de Saúde por Tipo de Estabelecimento e Gestão, Amazonas**

TIPO DE ESTABELECIMENTO	TIPO DE GESTÃO			TOTAL
	DUPLA	ESTADUAL	MUNICIPAL	
Academia da Saúde	-	-	8	8
Central de Regulação	-	3	3	6
Central de Regulação Médica das Urgências	-	6	1	7
Centro de Apoio a Saúde da Família – CASF	-	-	1	1
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	-	1	1	2
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	3	2	26	31
Centro de Saúde/Unidade Básica de saúde	3	-	473	476
Central de Notif. Captação e Distr. Órgãos Estadual	-	3	1	4
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	17	125	50	192
Consultório	-	-	724	724
Cooperativa	-	34	1	35
Farmácia	-	2	27	29
Hospital Especializado	3	16	2	21
Hospital Geral	18	28	33	79
Hospital Dia	1	9	-	10
Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	-	-	1	1
Laboratório de Saúde Pública	-	1	13	14
Policlínica	6	39	29	74
Posto de Saúde	-	-	131	131
Pronto Atendimento	8	6	1	15
Secretaria de Saúde	-	3	66	69
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado ( <i>Home Care</i> )	-	5	-	5
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	-	157	157
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	2	64	38	104
Unidade de Vigilância em Saúde	-	2	71	73
Unidade Mista	2	1	4	7
Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp.	4	41	63	108
Unidade Móvel Fluvial	-	9	42	51
Unidade Móvel Terrestre	-	3	8	11
Telessaúde	1	1	7	9
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>404</b>	<b>1.982</b>	<b>2.454</b>

Fonte: Ministério da Saúde / CNES.

Nota: Dados sujeitos a retificação.

#### 4.2 Rede Assistencial por Natureza Jurídica

Quanto a distribuição dos estabelecimento de saúde do Amazonas por natureza jurídica cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), consta que 55,39% são estabelecimentos públicos, 27,65% entidades empresarias, 0,86% entidades sem fins lucrativos e 16,04% de pessoas físicas (Tabela 17).



**Tabela 17: Rede Física de Saúde Por Natureza Jurídica e Gestão Amazonas**

<b>REDE FÍSICA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR NATUREZA JURÍDICA</b>				
<b>NATUREZA JURÍDICA</b>	<b>MUNICIPAL</b>	<b>ESTADUAL</b>	<b>DUPLA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA</b>				
Órgão Público do Poder Executivo Federal	168	11	2	181
Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do DF	9	54	44	107
Órgão Público do Poder Executivo Municipal	267	-	-	267
Fundação Pública de Direito Público Federal	-	3	-	3
Fundação Pública de Direito Público Estadual ou do DF	1	8	5	14
Fundação Pública de Direito Público Municipal	1	-	-	1
Município	749	7	17	773
<b>ENTIDADES EMPRESARIAIS</b>				
Sociedade de Economia Mista	1	-	-	1
Sociedade Anônima Fechada	6	31	-	37
Sociedade Empresária Limitada	146	189	1	336
Empresário (Individual)	161	22	1	184
Cooperativa	-	1	-	1
Sociedade Simples Pura	2	7	-	9
Sociedade Simples Limitada	20	21	-	41
Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Empresária)	38	23	-	61
Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Simples)	1	1	-	2
<b>ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS</b>				
Fundação Privada	-	1	-	1
Serviço Social Autônomo	-	2	-	2
Associação Privada	10	8	-	18
<b>PESSOAS FÍSICAS</b>				
Pessoa Física	390	-	-	390
<b>TOTAL</b>	<b>1.971</b>	<b>389</b>	<b>70</b>	<b>2.430</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / SCNES.

**Nota:** Dados sujeitos a retificação.





### 4.3 Rede Pública Estadual de Saúde na Capital

A SES-AM tem sob sua administração direta 58 estabelecimentos assistenciais de saúde na capital (Tabela 18). A rede assistencial própria do estado está composta de: Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC), Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI), Centro de Atenção psicossocial (CAPS), Serviço de Pronto Atendimento (SPA), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital e Pronto-Socorro da Criança (HPSC), Hospital e Pronto-Socorro Adulto (HPSA), Policlínicas, Maternidades, Hospitais, Fundações de Saúde, além de oito Residências Terapêuticas, vinculadas ao CAPS Dr. Silvério Tundis, são residências constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves. A SES-AM conta com as seguintes unidades de apoio: Secretaria de Estado de Saúde (Sede), Complexo Regulador do Amazonas, Central de Medicamentos do Amazonas (CEMA) e Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas (LACEN).

**Tabela 18: Rede Pública Estadual de Saúde na Capital por Tipo de Estabelecimento e Zonas - Amazonas**

TIPO DE ESTABELECIMENTO	ZONA ADMINISTRATIVA				TOTAL
	NORTE	SUL/CENTRO SUL	LESTE	OESTE/CENTRO OESTE	
Centro de Atenção Integral à Criança – CAIC	3	3	3	3	12
Centro de Atenção Integral à Melhor Idade –	1	1	-	1	3
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	1	-	-	-	1
Serviço Pronto Atendimento – SPA	1	1	1	3	6
SPA e Policlínica	1	-	-	1	2
SPA/Maternidade/Hospital	-	-	1	-	1
Unidade Pronto Atendimento – UPA	1	-	-	1	2
Policlínica	1	3	2	-	6
HPS Criança	-	1	1	1	3
HPS Adulto	-	1	2	-	3
HPS Adulto/Criança	1	-	-	-	1
Maternidade	2	1	1	1	5
Maternidade/Unidade ginecológica	-	1	-	-	1
Hospital Infantil	-	2	-	-	2
Hospital Adulto	-	1	1	-	2
Hospital Universitário	1	-	-	-	1
Fundações de Saúde	2	2	-	3	7
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>58</b>

Fonte: SUSAM / SEAASC.

\*Nota: O detalhamento da rede assistencial do estado encontra-se no Anexo 1 A

O Hospital e Pronto Socorro Delphina Rinaldi Abdel Aziz é uma Parceria Pública Privada (PPP) com a Zona Norte Engenharia Manutenção e Gestão de Serviços, uma colaboração entre setor público e o privado para realização da obra, equipagem, manutenção e gestão dos serviços não assistenciais da unidade, enquanto a execução dos serviços assistenciais é gerenciada pela Organização Social de Saúde (OSS), que possui um contrato de gestão para gerenciar também a





UPA Campos Salles, permanecendo o estado com o financiamento das atividades públicas da organização.

**Tabela 19: Rede Pública Estadual de Saúde na Capital, Administração Indireta - Amazonas**

TIPO DE ESTABELECIMENTO – FUNDAÇÕES DE SAÚDE	ZONA ADMINISTRATIVA				TOTAL
	NORTE	SUL/CENTRO SUL	LESTE	OESTE/CENTRO OESTE	
Fundação Centro de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON)	-	-	-	1	1
Fundação “Alfredo da Matta” (FUAM)	-	1	-	-	1
Fundação de Medicina Tropical Dr. “Heitor Vieira Dourado” (FMT-HVD)	-	-	-	1	1
Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (FHMOAM)	-	-	-	1	1
Fundação Hospital “Adriano Jorge” (FHAJ)	-	1	-	-	1
A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS/AM)	1	-	-	-	1
Fundação Hospital do Coração Francisca Mendes (FHCFM)	1	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

**Fonte:** SUSAM /SEAASC.

O Estado possui seis fundações de saúde, vinculadas a SES-AM (Tabela 19), as quais tem autonomia administrativa e financeira. As fundações de saúde que realizam atividades assistenciais à população são: Fundação Centro de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON), Fundação “Alfredo da Matta” (FUAM), Fundação de Medicina Tropical Dr. “Heitor Vieira Dourado” (FMT-HVD), Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (FHMOAM) e a Fundação Hospital “Adriano Jorge” (FHAJ). Também está previsto para 2020 o funcionamento do Hospital Francisca Mendes com Fundação Hospital do Coração.

A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS/AM) tem como finalidade a promoção e proteção à saúde, mediante ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e laboratorial e conta com o Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas (LACEN) e o Laboratório de Fronteira (LAFRON) como unidades de apoio.



#### 4.4 Rede Pública Estadual de Saúde no Interior

A rede assistencial de média complexidade no interior é composta por 66 estabelecimentos assistenciais de saúde (Tabela 20), sendo 03 estabelecimentos de gerência estadual (UPA 24hs Tabatinga, Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz em Tabatinga e UPA Itacoatiara); 03 conveniada com o estado (Hospital Padre Colombo em Parintins, Hospital de Guarnição de Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira) e 61 estabelecimentos hospitalares que embora sejam da estrutura do estado, a partir de 2018 tem gerência municipal, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite do Amazonas (CIB/AM), através de Termo de Compromisso de Gestão, onde o estado também cofinancia parte do custeio dessas unidades de saúde.

**Tabela 20: Detalhamento da Rede Pública Estadual de Saúde no Interior por Região de Saúde e Tipo de Gerência - Amazonas**

REGIÕES DE SAÚDE	ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE			TOTAL
	Gerencia Estadual	Gerencia Municipal	Rede Conveniada	
1301 Alto Solimões	02	08	01	11
1302 Baixo Amazonas	-	05	01	06
1303 Entorno de Manaus / Alto Rio Negro	-	11	01	13
1304 Médio Amazonas	01	07	-	08
1305 Juruá	-	06	-	06
1306 Purus	-	05	-	05
1307 Rio Madeira	-	05	-	05
1308 Rio Negro e Rio Solimões	-	08	-	08
1309 Triângulo	-	06	-	06
<b>TOTAL</b>	<b>03</b>	<b>61</b>	<b>03</b>	<b>67</b>

Fonte: SUSAM /SEAASI.

Vale destacar a parceria do Governo do Estado do Amazonas na operacionalização das atividades de atenção especializada nos municípios, em especial, as despesas com remuneração dos servidores estaduais lotados nessas unidades, pagamento de energia elétrica das unidades hospitalares, fornecimento de medicamentos hospitalares, produtos para saúde, gases medicinais, distribuição de equipamentos, material permanente, ambulâncias, transporte de pacientes em UTI aérea, transferências de recursos financeiros oriundos de emendas parlamentar estadual e repasse de recursos do FTI.



**Tabela 21: Rede Pública Estadual de Saúde no Interior por Região de Saúde e Tipo de Estabelecimento - Amazonas**

REGIÕES DE SAÚDE	TIPO DE ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE			TOTAL
	Unid. Hospitalar/ Maternidade	UPA	Centro de Saúde	
Alto Solimões	10	01	-	10
Baixo Amazonas	06	-	-	06
Entorno de Manaus/Alto Rio	11	-	01	11
Médio Amazonas	07	01	-	08
Juruá	06	-	-	06
Purus	05	-	-	05
Rio Madeira	05	-	-	05
Rio Negro e Rio Solimões	08	-	-	08
Triângulo	06	-	-	06
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>67</b>

Fonte: SUSAM /SEAASI.

\*Nota: O detalhamento da rede assistencial do estado encontra-se no Anexo 1 B

A rede assistencial do estado no interior é composta de 64 Unidades Hospitalares/Maternidade, 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 01 Centro de Saúde no município do Careiro da Várzea. Além disso, a SES-AM conta com as unidades de apoio: Complexos Regionais de Regulação do Baixo Amazonas e do Alto Solimões e o LAFRON. (Tabela 21).

#### 4.5 Leitos no Amazonas

Os leitos nos estabelecimentos de saúde do Amazonas estão definidos a seguir:

- Ambulatório - Leitos de repouso/observação: Apresenta o quantitativo de leitos em ambulatórios. São aqueles leitos destinados a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica ou de enfermagem, para fins de diagnóstico ou terapêutica, durante um período inferior a 24 horas.
- Urgência - Leitos repouso/observação: Apresenta o quantitativo de leitos de repouso e/ou observação em ambientes de urgência/emergência.
- Hospitalar - Leitos de internação: Apresenta o quantitativo de leitos em ambientes hospitalares, nas categorias cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia e outras especialidades, na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS. São as camas destinadas à internação de um paciente no hospital.
- Hospitalar - Leitos complementares: Apresenta o quantitativo de leitos em ambientes hospitalares, nas categorias de leitos complementares (UTI, Unidade Intermediária de Isolamento), na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS e atendimento Não SUS.



**Tabela 22: Leitos Existentes (SUS e Não SUS) Por Tipo de Gestão - Amazonas**

LEITOS EXISTENTES	TIPO DE GESTÃO			TOTAL EXISTENTE
	Dupla	Estadual	Municipal	
Ambulatório / Observação	13	111	382	506
Urgência / Observação	296	539	424	1.259
Hospitalar / Internação	978	3.252	1.740	5.970
Hospitalar / Complementares	130	882	166	1.178
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>1.417</b>	<b>4.784</b>	<b>2.712</b>	<b>8.913</b>

Fonte: Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Conforme registro no CNES, foram contabilizados no Amazonas 8.913 leitos existentes (SUS e não SUS), sendo que 54% estão sob a gestão estadual (Tabela 22). Os leitos de internação hospitalar totalizando 7.148 prevalecem sobre os demais tipos com 67% do total de leitos existentes no Amazonas.

**Tabela 23: Comparativo de Leitos Existentes (SUS e Não SUS) Gestão Estadual e Existente no Estado do Amazonas**

LEITOS EXISTENTES	GESTÃO ESTADUAL				TOTAL ESTADO			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Ambulatório/Observação	111	105	123	111	438	475	490	506
Urgência/Observação	519	653	735	539	1.014	1.175	1.239	1.259
Hospitalar/Internação	3.131	3.387	3.481	3.252	5.548	5.762	5.807	5.970
Hospitalar/Complementares	626	669	741	882	783	851	929	1.178
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>4.387</b>	<b>4.814</b>	<b>5.080</b>	<b>4.784</b>	<b>7.783</b>	<b>8.263</b>	<b>8.465</b>	<b>8.913</b>

Fonte: Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Consultados os meses de abril de 2017, 2018, 2019, 2020

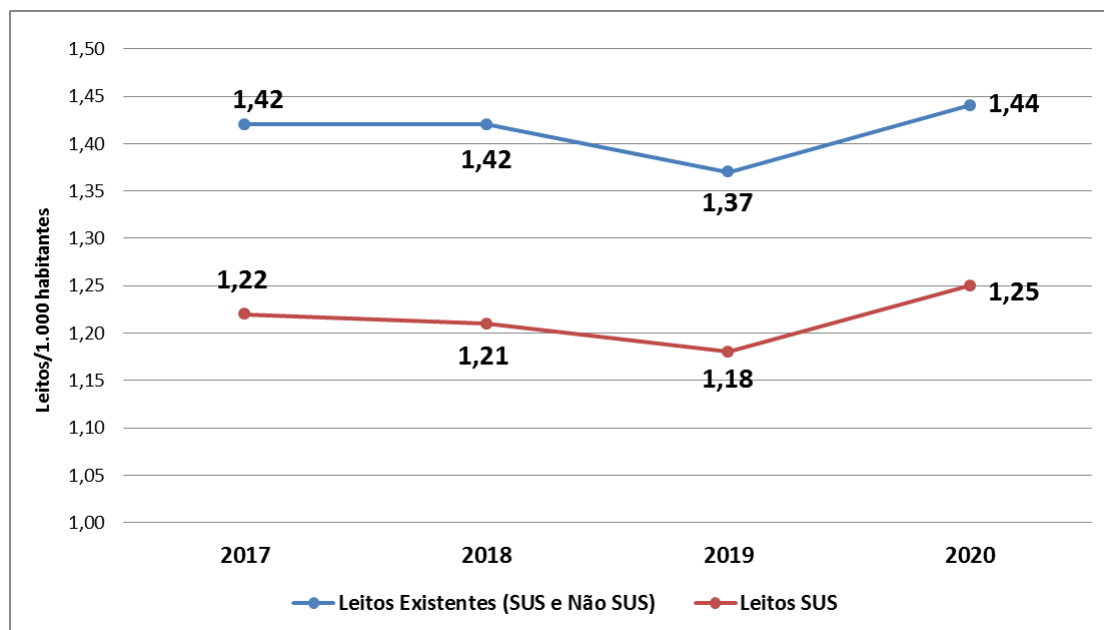
Analisando a evolução do número de leitos no Estado (Tabela 23), notamos um crescimento na oferta nos últimos quatro anos de 1.130 leitos a mais em 2020 do que em 2017, porém, apresentou uma queda na quantidade de leitos da gestão estadual em 2020, ocasionada especificamente pelos leitos de urgência e internação hospitalar.



**Tabela 24 Leitos de Internação por Habitante - Amazonas,**

LEITOS DE INTERNAÇÃO	NÚMERO DE LEITOS	LEITOS HOSP. POR 1.000 HAB
Leitos Existentes (SUS e Não SUS)	5.970	1,44
Leitos SUS	5.184	1,25

Fonte: Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

**Gráfico 16 Evolução de Leitos de Internação Hospitalar para cada Mil Habitantes do Amazonas, 2017-2020**


Os leitos de internação totalizaram 5.970 sendo 87% leitos SUS no Amazonas (Tabela 24). Considerando o indicador número de leitos de internação por 1.000 habitantes, o estado do Amazonas que possui 4.144.597 habitantes<sup>1</sup> contou com 1,44 leitos/1.000 hab. e 1,25 leitos SUS para cada grupo de 1.000 habitantes.

Mesmo que o quantitativo geral de leitos hospitalares tenha sido ampliado no período analisado, este número ainda é inferior ao “índice médio” do Brasil de 2,36 leitos de internação para cada grupo de 1.000 habitantes, como também, está abaixo do mínimo recomendado pela Organização Mundial de Saúde que indica o equivalente a 2,5 a 3,0 leitos para 1.000 habitantes. (Gráfico 16)

<sup>1</sup> População residente do Amazonas de 2019.



**Tabela 25 Leitos de Internação Hospitalar Segundo Especialidade – Amazonas.**

ESPECIALIDADE	GESTÃO ESTADUAL		TOTAL ESTADO	
	EXISTENTE	SUS	EXISTENTE	SUS
Cirúrgicos	819	618	1.360	1.141
Clínicos	1.266	1.007	2.250	1.980
Obstétrico	552	417	1.153	1.008
Pediátrico	527	412	1.047	928
Outras Especialidades	49	41	88	80
Hospital/DIA	39	17	72	47
<b>TOTAL</b>	<b>3.252</b>	<b>2.512</b>	<b>5.970</b>	<b>5.184</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Dados referentes a abril 2020

**Tabela 26 Comparativo de Leitos de Internação Hospitalar Segundo Especialidade - Am**

ESPECIALIDADE	GESTÃO ESTADUAL				TOTAL ESTADO			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Cirúrgicos	940	951	979	819	1.495	1.479	1.495	1.360
Clínicos	987	1.188	1.156	1.266	1.753	1.959	1.905	2.250
Obstétricos	574	584	627	552	1.128	1.127	1.166	1.153
Pediátricos	538	579	618	527	1.020	1.055	1.085	1.047
Outras Especialidades	59	52	55	49	99	89	87	88
Hospital/dia	33	33	46	39	53	53	69	72
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>3.131</b>	<b>3.387</b>	<b>3.481</b>	<b>3.252</b>	<b>5.548</b>	<b>5.762</b>	<b>5.807</b>	<b>5.970</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Consultados os meses de abril de 2017, 2018, 2019, 2020

**Tabela 27: Comparativo de Leitos de Internação Hospitalar por Tipo - Amazonas**

TIPO DE LEITO	2017	2018	2019	2020
Leitos Existentes (SUS e Não SUS)	5.548	5.762	5.807	5.970
Leitos SUS	4.835	4.937	4.933	5.184
Leitos SUS sob Gestão Municipal	856	838	1.160	1.717
Leitos Não SUS	713	825	874	786

**Fonte:** Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Consultados os meses de abril de 2017, 2018, 2019, 2020

A oferta de leitos de internação hospitalar existentes no Amazonas apresentou um aumento de 7,6% em abril de 2020 em relação ao mesmo período em 2017. Os leitos disponíveis pelo SUS tiveram um aumento de 7,2% no período de 2020 em relação à três anos atrás em 2017, no entanto, os leitos não SUS apresentaram um decréscimo de 88 leitos em relação ao ano anterior de 2019, evidenciando diminuição de oferta de leitos pela iniciativa privada no estado.





Observa-se, por fim, que a gestão municipal praticamente dobrou a quantidade de leitos SUS em três anos, com um acréscimo de 861 leitos de 2017 para 2020, o que está relacionado em grande parte ao processo de cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de Hospitais anteriormente administrados diretamente pelo Estado nos municípios do interior do Estado, que a partir de 2018 passaram a serem geridos pelos Municípios, através de Termos de Gestão pactuados na Comissão Intergestores Bipartite do Amazonas (CIB/AM), o que demandou mudanças de instituição mantenedora, migrando da gestão estadual para a gestão municipal ao longo dos anos 2018 e 2019.

**Tabela 28 Leitos Complementares - Amazonas**

LEITOS COMPLEMENTARES	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
UTI II Adulto - COVID-19	241	136	105
UTI II Pediátrica - COVID-19	12	8	4
Unidade Intermediária Neonatal	12	12	-
Unidade Isolamento	171	157	14
UTI Adulto - Tipo I	46	11	35
UTI Adulto - Tipo II	193	181	12
UTI Adulto - Tipo III	28	-	28
UTI Pediátrica - Tipo I	17	-	17
UTI Pediátrica - Tipo II	118	112	6
UTI Pediátrica - Tipo III	5	1	4
UTI Neonatal - Tipo I	32	-	32
UTI Neonatal - Tipo II	65	59	6
UTI Neonatal - Tipo III	5	-	5
UTI Coronariana Tipo II - UCO Tipo II	10	10	-
UTI Coronariana Tipo III - UCO Tipo III	10	-	10
UCI Neonatal Convencional	81	73	8
UCI Neonatal Canguru	84	52	32
UCI Pediátrico	20	20	-
UCI Adulto	28	28	-
<b>TOTAL</b>	<b>1.178</b>	<b>860</b>	<b>318</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (situação em abril 2020).

Em abril de 2020 foram apresentados um total de 1.178 leitos complementares existentes no Amazonas, sendo 782 leitos de UTI (unidade de tratamento intensivo adulto, pediátrico, neonatal, coronariana e Covid-19) e 213 leitos de UCI (unidade de cuidados intermediários adulto, pediátrico e neonatal). Os leitos complementares ofertados pelo SUS representam 73% do total disponível no Amazonas, sendo 518 leitos de UTI e 173 leitos de UCI. (Tabela 28).



#### 4.6. Força de Trabalho

A deficiência no número de profissionais em algumas especialidades médicas na capital e de médicos em geral e principalmente especialistas nos municípios do interior, são apontados como problema relevante para atendimento das necessidades de saúde da população amazonense.

Conforme registros do SCNES/MS, em Dezembro de 2019 estavam cadastrados no sistema 4.611 médicos, considerando todas as especialidades tanto no sistema de saúde público, quanto no privado. Desse total, 3.655 (79%) encontravam-se na capital e 956 (21%) distribuídos nos 61 municípios do interior.

O Ministério da Saúde adota como parâmetro recomendado de concentração de médicos a taxa de 2,5 médicos por 1.000 habitantes. No Estado do Amazonas essa relação fica muito abaixo do idealizado pelo MS, onde mesmo na capital Manaus esse parâmetro não é atingido e nos demais 61 municípios a desigualdade é ainda maior, ficando abaixo de 0,5 médicos a cada grupo de 1.000 habitantes, considerando a totalidade desses municípios, conforme Tabela 29.

**Tab 29: Razão Médico/Habitante – Amazonas e Manaus, 2019**

Localização	Total Médicos	População	Razão Médico por 1.000 Habitante
Amazonas	4.611	4.144.597	1,11
Manaus	3.655	2.182.763	1,7
Municípios do Interior	956	1.961.834	0,49

**Fonte:** SCNES/MS (Mês de referência dezembro de 2019)  
População estimada IBGE 2019

A distribuição dos Médicos por Especialidades e Região de Saúde é demonstrada no Quadro 3

**Quadro 3 CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002 – Amazonas: Quantidade por Médicos e Região de Saúde (CIR) Período:Dez/2019**

Médicos	REGIÃO DE SAÚDE - AMAZONAS									
	Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	Rio Negro e Solimões	Rio Madeira	Médio Amazonas	Baixo Amazonas	Purus	Juruá	Triângulo	Alto Solimões	Total
ANESTESISTA	176	3	1	3	1	1	-	1	1	187
CIRURGIÃO GERAL	188	3	7	3	2	4	4	2	2	215
CLÍNICO GERAL	1.004	39	32	29	34	20	14	20	47	1.239
GINECO OBSTETRA	264	7	4	2	1	1	2	2	2	285
MÉDICO DE FAMÍLIA	242	64	40	48	53	31	34	30	79	621
PEDIATRA	668	6	2	7	4	5	1	1	7	701
PSIQUIATRA	25	3	2	1	1	-	1	1	-	34
RADIOLOGISTA	76	1	3	2	3	1	-	1	-	87
SANTARISTA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	1.204	16	6	5	2	6	1	-	1	1.241
<b>Total</b>	<b>3.848</b>	<b>142</b>	<b>97</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>69</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>139</b>	<b>4.611</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

**Nota :** Situação em Dezembro/2019



#### 4. 6. 1 Profissionais SUS por CBO

Tabela 30 Profissionais do SUS por CBO - Amazonas

POSTOS DE TRABALHO OCUPADOS, POR OCUPAÇÃO E FORMA DE CONTRATAÇÃO						
Administração do Estabelecimento	Formas de Contratação	Classificação Brasileira de Ocupações				
		Médico	Enfermeiro	Nível Superior	Nível Médio	ACS*
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	2.373	1.436	3.019	20.531	7.078
	Autônomos (0209, 0210)	74	2	8	26	-
	Residentes e estagiários (05, 06)	20	-	-	8	-
	Bolsistas (07)	310	24	22	9	-
	Intermediados por outra entidade (08)	121	99	113	598	-
	Informais (09)	6	6	3	8	-
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Celetistas (0105)	-	1	3	10	-
	Autônomos (0209, 0210)	33	-	10	-	-
	Residentes e estagiários (05, 06)	20	-	-	8	-
	Bolsistas (07)	310	24	22	9	-
	Intermediados por outra entidade (08)	121	99	113	598	-
	Informais (09)	6	6	3	8	-
	Servidores públicos cedidos para a iniciativa privada (10)	-	-	-	2	-
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 0104)	882	680	1.770	12.141	5.668
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Contratos temporários e cargos em comissão (010302, 0104)	12	6	34	64	-

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Nota: \*ACS = Agente Comunitário de Saúde. Dados referente a abril/2020.

Os profissionais da saúde que compõe o quadro do SUS são administrados pelas redes pública e privada. A administração da rede pública representa 96% frente a administração privada que corresponde a 4%. Na rede pública os estatutários representam a maior carga de ocupação chegando a 34.437 postos de trabalhos. Na rede privada a maior ocupação se deve a servidores intermediados por outra entidade com cerca de 931 contratados. As ocupações de cargos temporários e em comissão representam um total de 21.257. Sendo 21.141 administrados por estabelecimentos públicos e 116 pelo privado.



#### 4.6.2 Profissionais SUS por entidades

**Tabela 31 Quantitativo de Cargos do Sistema Estadual de Saúde**

ÓRGÃO	CARGOS
Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – SUSAM	19.497
Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas – FCECON	516
Fundação Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – FHMOAM	474
Fundação Alfredo da Matta – FUAM	286
Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado – FMT-HVD	592
Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ	944
Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS/AM	1.680
<b>TOTAL</b>	<b>23.989</b>

**Fonte:** Portal da Transparência do Estado do Amazonas / PRODAM (consulta em abril/2020)

A quantidade de servidores públicos da SES-AM e Fundações de Saúde em seu quadro funcional contabilizam um total de 23.989 cargos, sendo 83,01% estatutários, 14,87% com vínculos temporários, 1,77% comissionados e 0,35% outros vínculos (Tabela 31). Ressaltando que neste total de cargos não estão contabilizados os terceirizados das empresas assistenciais e nem os colaboradores.

**Tabela 32: Quantitativo de Servidores Públicos do Sistema Estadual de Saúde do Amazonas por Vínculo**

VÍNCULO	ÓRGÃO DO GOVERNO							TOTAL
	SUSAM	FCECON	FHMOAM	FUAM	FMT	FHAJ	FVS	
Estatutário	15.700	492	452	264	527	834	1.646	19.915
Cargo Comissionado	268	24	20	13	35	33	34	427
Serviço Temporário (RET)*	3.522	-	2	-	19	25	-	3.568
Residente	-	-	-	8	10	51	-	69
Disposicionado	7	-	-	1	-	1	-	9
Pensão por Ordem Judicial	-	-	-	-	1	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>19.497</b>	<b>516</b>	<b>474</b>	<b>286</b>	<b>592</b>	<b>944</b>	<b>1.680</b>	<b>23.989</b>

**Fonte:** Portal da Transparência do Estado do Amazonas / PRODAM. (consulta em abril/2020))

Nota: \*RET = Regime Especial Temporário.



#### 4.7 Saúde Suplementar

De acordo com os registros da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do Ministério da Saúde, em 2019 o estado do Amazonas ocupou a 16ª. posição entre as demais Unidades da Federação e a 1ª. na Região Norte em relação a Taxa de Cobertura de Planos de Saúde. No mesmo período, Manaus ocupou a 22ª posição entre as capitais brasileiras e a 2ª. posição na Região Norte, ficando atrás apenas de Belém, capital do Pará.

A população do Amazonas tem uma taxa de cobertura de Plano de Saúde com assistência médica, em média de 14,7 considerando a série histórica dos últimos cinco anos, conforme a Tabela 33.

**Tabela 33 Taxa de Cobertura de Planos de Saúde - Amazonas  
Assistência Médica por Ano e Local de Residência  
Período: Dez/2015, Dez/2016, Dez/2017, Dez/2018, Dez/2019**

Local de Residência	dez/15	dez/16	dez/17	dez/18	dez/19	Total
Capital	29,7	26,7	27,5	27,2	26,9	27,6
Interior	1	0,9	0,8	0,8	0,7	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>15,9</b>	<b>14,3</b>	<b>14,6</b>	<b>14,5</b>	<b>14,3</b>	<b>14,7</b>

Fonte: SIB/ANS/MS - População - DATASUS/MS - 2012.

#### Notas:

1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.
2. As informações são disponibilizadas em formato anual, sendo as do ano em curso indicadas pelo mês em que ocorre a atualização, possibilitando a correção de competências anteriores.
3. Taxa de Cobertura: Razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área específica.

Analisando os dados da Tabela 33, observa-se que a capital amazonense tem um percentual bem acima do apresentado pelos municípios do interior, refletindo maior disponibilidade de oferta de Plano de Saúde e maior poder aquisitivo da população para acessar esses serviços. No interior o percentual médio de apenas 0,8% da população com Planos, denota que os cerca de 47% da população do estado que vivem nesses municípios contam apenas com o SUS para atender suas necessidades de saúde.

No período de 2015 a 2019, considerando todas as esferas do SUS no Amazonas (Federal, Estadual de Municipal) constam no registro da ANS 20.196 atendimentos pelo SUS a pessoas beneficiárias de Planos de Saúde e desses atendimentos 13.547 (67%), foram realizados por unidades da rede assistencial do estado do Amazonas (Tabela 34).



**Tabela 34 Atendimentos no SUS de beneficiários de Planos de Saúde - Amazonas 2015 a 2019**
**Esfera administrativa: Estadual**

Ano	Atendimentos	Valor Total R\$	Valor médio R\$	Valor cobrado R\$	Valor Pago R\$	Quant cobrada	Quant. paga	Dias de permanência AIH	Média de permanência AIH
2015	3.115	3.679.797	1.181,32	2.768.961	732.438	2.381	714	12.353	3,97
2016	2.962	3.568.372	1.204,72	1.504.521	526.672	1.380	558	9.790	3,31
2017	3.599	3.957.575	1.099,63	1.037.525	402.854	1.119	447	8.737	2,43
2018	3.080	3.589.908	1.165,55	574.251	194.699	591	215	8.005	2,6
2019	791	1.050.811	1.328,46	0	0	0	0	2.194	2,77
<b>Total</b>	<b>13.547</b>	<b>15.846.463</b>	<b>1.195,94</b>	<b>5.885.258</b>	<b>1.856.663</b>	<b>5.471</b>	<b>1.934</b>	<b>41.079</b>	<b>3,02</b>

**Fontes:** SSCI/ANS/MS - SGR/ANS/MS (05/2020) e SIB/ANS/MS

Analisando os dados de produção, considerando o ano de 2018, do valor total de R\$ 3.589.908,00 referente ao atendimentos de beneficiários de Planos de Saúde pelo estado, apurado pela ANS, houve uma cobrança de R\$ 574.251,00 e foi efetivamente pago o valor de R\$ 194.699,00 portanto bem aquém do realizado. Tendo em vista que essas internações hospitalares representam custo para o sistema público de saúde e que não há um ressarcimento integral dos recursos dispendidos para esses atendimentos, a gestão estadual pretende melhorar a captação desses recursos junto à ANS/MS, utilizando as ferramentas já existentes e otimizando a informação no âmbito das unidades de saúde.

## 5. Políticas de Atenção e Vigilância em Saúde

### 5.1 Atenção à Saúde

Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 5.1.1 Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica em Saúde

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

A PNAB foi instituída pela Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e caracteriza a AB como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios





definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.” (BRASIL, 2011).

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

Em 2017 foi publicada a Portaria GM/MS 2436 que revisa a PNAB e reafirma o conceito da Atenção Básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Este trabalho é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os mesmos os princípios e diretrizes. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais. (Fonte: PNAB).

### **Níveis de atenção:**

O modelo de organização brasileiro segue os padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo os quais os serviços de saúde devem ser agrupados de acordo com a complexidade das ações necessárias para promover, restaurar ou manter a saúde da população.

O sistema de organização em três níveis gradativos de atenção à saúde serve, principalmente, como um tipo de triagem para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os pacientes são encaminhados de um nível ao próximo, garantindo que profissionais altamente especializados e os equipamentos mais avançados tenham uma maior disponibilidade para quem precisa, enquanto o paciente que precisa de um procedimentos menos complexos, já tem seus problemas resolvidos no nível primário.

1- Atenção primária: APS deve ser o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, sem restrição de acesso às mesmas, independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde; com abrangência e integralidade das ações individuais e coletivas; além de continuidade (longitudinalidade) e coordenação do cuidado ao longo do tempo, tanto no plano individual quanto no coletivo, mesmo quando houver necessidade de encaminhamento das pessoas para outros níveis e equipamentos de atenção do sistema de saúde. Deve ser praticada e orientada para o contexto



familiar e comunitário, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e cultural. (STARFIELD, 1998, 2005).

2 – Atenção secundária: Formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

A organização da atenção secundária se dá por meio de cada uma das Regiões de Saúde do estado, onde há hospitais de nível secundário que prestam assistência nas especialidades básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia) além dos serviços de urgência e emergência, ambulatório eletivo para referências e assistências a pacientes internados, treinamento, avaliação, e acompanhamento da equipe de saúde da família (ESF). O aumento da resolubilidade na atenção primária depende do acesso a consultas e procedimentos disponíveis na atenção secundária. A boa relação entre a atenção primária e secundária é um dos fatores condicionantes dessa resolutividade

3- Atenção terciária: no nível terciário de atenção à saúde estão reunidos os serviços de alta complexidade, representados pelos grandes hospitais e pelas clínicas de alta complexidade. Nessa esfera, os profissionais são altamente capacitados para executar intervenções que interrompam situações que colocam a vida dos pacientes em risco. Trata-se de cirurgias e de exames mais invasivos, que exigem a mais avançada tecnologia em saúde. Dito de outra maneira, o nível terciário visa à garantia do suporte mínimo necessário para preservar a vida dos pacientes nos casos em que a atenção no nível secundário não foi suficiente para isso. Este é o nível mais complexo, onde entram os grandes hospitais e os equipamentos mais avançados, como aparelhos de ressonância magnética, além de profissionais altamente especializados, como cirurgiões

### **Financiamento da AB**

A portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Com o Programa Previne Brasil, o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) foi reformulado. Um dos componentes que fazem parte do repasse mensal aos municípios é o Pagamento por Desempenho. Esse incentivo financeiro é calculado com base nos resultados de sete indicadores.

O conjunto de indicadores do Pagamento por Desempenho a ser observado na atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP), para o ano de 2020, abrange as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).

### **Situação da Atenção Básica no Amazonas**

A Atenção Básica em Saúde - AB é uma política que tem como referência o território, e nesse caso, o Estado do Amazonas tem territórios muito específicos, como os das comunidades ribeirinhas, das populações indígenas, das comunidades rurais, dos extrativistas e do contexto urbano. As regiões têm territórios com diferentes contextos socioculturais e geográficos, que produzem a saúde de modo diferenciado.



No Amazonas, as territorialidades agregam dimensões ambientais, culturais, diversidade étnica, processo de ocupação da terra, movimentos de afirmação de algumas tradições e invenção de outras. Cada Região de Saúde do Amazonas possui uma realidade específica, por isso precisa ser tratada de modo diferente, respeitando as suas especificidades, sua história e sua cultura, suas características em relação aos grupos sociais, movimentos e fluxos da população, níveis de organização dos serviços, participação na gestão e no controle social.

Mesmo enfrentando diversas dificuldades, os gestores do estado e dos municípios tem se empenhado em avançar na saúde e melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, porém muito ainda deve ser feito nesse sentido, principalmente no que refere-se ao atendimento básico, que tem apresentado alguns avanços, porém necessitam reforçar as ações para maior impacto nos indicadores, conforme demonstra o Quadro 4.

**Quadro 4 Metas e Indicadores Interfederativos da Atenção Básica - Amazonas**

No. Ind.	Indicador	Descrição da Meta (Resultado Esperado)	2017		2018		2019	
			Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado
8	Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Reduzir a incidência de sífilis congênita.	522	785	552	781	700	706
9	Numero de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos.	11	6	11	6	8	8
13	Proporção de parto normal no sistema único de saúde e na saúde suplementar (%)	Aumentar o percentual de parto normal.	65	61,40	65,00	63,40	66,00	60,3
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos (%)	Diminuir a proporção de gravidez na adolescência	25,29	25,37	25,29	24,51	24,50	23,8
15	Taxa de mortalidade infantil (Óbitos p/1.000 NV)	Reduzir a mortalidade infantil.	14,63	15,80	15,00	16,20	15,00	16
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Reduzir o número de óbitos maternos.	42	50	42	69	59	56
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (%)	Aumentar o percentual de cobertura populacional das equipes de atenção básica.	64,65	65,29	65,30	66,14	66,50	70,4
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica (%)	Aumentar o percentual de cobertura populacional das equipes básicas de saúde bucal.	48,00	45,55	48,00	47,65	48,00	49,52

**Fonte:** Relatório Anual de Gestão da SES/AM anos 2017, 2018, 2019

**Nota:** Dados sujeitos à revisão

Os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas, permitindo-nos realizar uma análise crítica dos resultados obtidos e auxiliando no processo de tomada de decisão; contribuindo para a melhoria contínua dos processos organizacionais; além de proporcionar a análise comparativa dos desempenhos anteriores.

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

A cobertura populacional estimada pelas equipes de AB é um dos indicadores acompanhados pelo Departamento de Atenção Básica. Referente a este indicador, o Amazonas apresenta em 2019 cobertura de AB de 70,4% e cobertura populacional de saúde bucal na atenção básica de 49,52%.



Ressalta-se que a cobertura populacional de atenção básica na capital Manaus apresenta um baixo percentual, na faixa de 36,66% o que corresponde a 1.108.800 pessoas cobertas, o que implica em que mais de 60% da população da sétima maior capital do país não tem acesso ou tem dificuldade de atendimento por um médico da família. A baixa cobertura da atenção básica impacta diretamente no volume e perfil de atendimento das unidades de emergência. Mais de 70% dos atendimentos de urgência e emergência de Manaus, correspondem a condições que poderiam ter sido evitadas por uma atenção básica mais ampla e resolutiva, principalmente complicações de diabetes e hipertensão mal controlados.

Mesmo com a possibilidade de expandir a cobertura por equipes de AB, boa parte do território estadual ainda se encontra desprovido desse serviço.

Uma equipe mínima da ESF é composta por: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

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

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

Tem como objetivo a redução da demanda dos serviços especializados e das internações hospitalares. Estratégia Saúde da Família Ribeirinha e Unidade Básica de Saúde Fluvial são estratégias específicas que ampliam a AB no Amazonas.

As ESFR e as UBSF estão direcionadas para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, respectivamente. Considerando as especificidades locais, os municípios podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

- I. Equipes de Saúde da Família Ribeirinha: equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes a regiões a beira de rios e lagos cujo acesso se dá por meio fluvial; e
- II. Equipes de Saúde da Família Fluvial: equipes que desempenham suas funções em UBSF. Para o MS as UBSF são embarcações que comportam uma ou mais equipes de Saúde da Família Fluvial, equipadas com os materiais necessários para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense.



Apesar de nos últimos três anos a cobertura populacional geral de atenção básica no estado ter aumentado, o Amazonas ainda apresenta número elevado em alguns indicadores relacionados ao desempenho da atenção básica em saúde como a mortalidade materna e a taxa de mortalidade infantil.

A mortalidade das crianças menores de um ano é um importante indicador da condição socioeconômica de uma região, e com taxas variando entre 15 e 16 óbitos por mil nascidos vivos, nos últimos anos, o Amazonas encontra-se ainda entre os estados brasileiros com maior número de mortalidade infantil. Mesmo assim a situação da mortalidade infantil no Amazonas, acompanhando a tendência no Brasil, tem apresentado redução na últimas décadas passando de 38 óbitos por mil nascidos vivos no ano 2000, para 16 óbitos por mil nascidos vivos em 2019 em crianças menores de um ano.

O Estado do Amazonas apresentou aumento de óbitos infantis de 2017 a 2018, mas a Coordenação de Saúde da Criança do Estado vem atuando durante o ano de 2019 realizando uma série de ações visando a redução da mortalidade infantil no Estado. A implantação do Programa da Primeira Infância Amazonense, planeja levar aos municípios uma série de ações trabalhando com demais instituições além da Secretaria de Saúde, visando fortalecer a execução da Política nacional de Atenção Integral à Criança, trabalhando todos os sete eixos, conjuntamente com as redes de cuidado.

Em 2018 onde o resultado obtido foi um número acima da meta Estadual que era de 15/1000 nascidos vivos, tendo chegado à taxa de mortalidade infantil 16,20 a cada 1.000 nascidos vivos. Em 2019, a taxa apresentada foi de 16/1000 nascidos vivos, demonstrando a necessidade e importância da implementação da PNAISC.

Dentre as ações da Coordenação em 2019 junto aos municípios, destaca-se a Implantação do Programa da Primeira infância Amazonense (PIA), cursos como o AIDPI crianças neonatal, Cursos do Método Canguru, Telepesc, Grupos de trabalho para redução da mortalidade infantil, Alinhamento da Caderneta da criança, formações do Comitê de Aleitamento materno e todas as estratégias relacionadas à PNAISC em 2019.

No que se refere à mortalidade materna, em 2019 o número absoluto de óbitos maternos informados (56) foi inferior à 2018 (69) apresentando-se um número inferior a meta estadual que foi de 59 óbitos em números absolutos. A meta global de acordo com o Objetivo Desenvolvimento Sustentável é uma razão de mortalidade materna de 70 óbitos maternos cada 100.000 nascidos vivos a nível mundial. No Brasil foi pactuado para os estados, uma razão de óbitos de 30/100.000 nascidos vivos até ano 2030. Para atingir este objetivo no Amazonas, os dados demonstram que ainda é necessário um grande esforço para qualificação dos serviços de saúde maternos.

O estado pretende dar continuidade ao apoio técnico e financeiro aos municípios, sugerindo ações sistemáticas para melhoria da atenção ao pré-natal das boas práticas ao parto e nascimento visando colaborar com a prevenção redução da mortalidade materna. Entre as ações previstas para continuação nos próximos quatro anos estão:





Atualização de profissionais na Atenção Básica/ pré-natal e hospitais do interior do Amazonas por meio do Telessaúde (UEA e Centro de Mídias) abordando temas voltados à Atenção a saúde Materno –Infantil. Divulgação sobre a importância do protocolo de acesso ao pré-natal de Alto risco via complexo regulador do Amazonas. Promover e Apoiar Tecnicamente os municípios para ampliação do acesso à anticoncepção reversível, cirúrgica e contracepção de emergência. Monitoramento da Mortalidade Materna no Estado por raça/cor/etnia/idade/escolaridade. Vigilância em relação ao alto índice de morte materna por causas evitáveis no Amazonas em parceria com a rede cegonha. Implementar em parceria com a rede cegonha o Comitê de Prevenção Estadual da Mortalidade Materna e Infantil (CEPOMI). Acompanhamento do Projeto do Ministério da Saúde Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICE ON) em 04 maternidades da capital. Qualificar profissionais na assistência em urgências e Emergências obstétricas em parceria com a Rede Cegonha. Ampliar a oferta do serviço de atenção ao aborto legal nas maternidades de Manaus e interior.

Para praticar uma saúde com equidade, é necessário realizar um planejamento que busque a diminuição das desigualdades regionais e supere as iniquidades em saúde, pois historicamente o estado possui regiões de saúde que apresentam condições de desenvolvimento muito baixas e com indicadores de organização, gestão e participação em saúde muito baixos.

Portanto, a SUSAM, através do Departamento de Atenção Básica (DABE/SEAASI) tem o compromisso de contribuir com redução dessas desigualdades, construindo condições para que o princípio da equidade esteja presente no desenvolvimento da Política de Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas.

Dentro dessa perspectiva, o Plano Estadual irá priorizar nesse quadriênio o fortalecimento da Atenção Básica através de ações de Monitoramento e Avaliação - M&A; Educação Permanente em Saúde – EPS; Financiamento compartilhado com Governo Federal e Municípios; Comunicação e Divulgação em Saúde.

O M&A será realizado através de ações de pesquisa, formação e construção de um Sistema de M&A de modo a possibilitar o acompanhamento dos municípios na execução e desenvolvimento da AB, contribuindo para consolidar o papel da Atenção Básica como ordenadora das redes nas Regiões de Saúde.

As ações de EPS são transversais a todos os Programas e Estratégias de Saúde. Por isso, serão utilizadas as estratégias e metodologias da EPS para ampliar a capacidade de formação e qualificação dos técnicos, gestores, trabalhadores e controle social.

A terceira ação prioritária está relacionada ao cumprimento da participação do Estado no financiamento da AB, que passa pelo investimento estratégico nas regiões para que se desenvolvam as ações de saúde com o objetivo de ampliar o acesso à saúde e diminuir as desigualdades inter e intrarregionais. Principalmente no que se refere ao novo financiamento da Atenção Básica sobre o qual a gestão estadual estará assessorando os municípios no processo de transição do sistema.





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

## 5.1.2 Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar e Redes de Atenção à Saúde

### Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

As RAS representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.

### Linhas de Cuidado (LC)

A LC pode ser definida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico sanitário, a ser ofertado de forma articulada e contínua pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (VENANCIO et al., 2016).

Como estratégias utilizadas nas RAS, são definidas Linhas de Cuidado aplicadas a determinados diagnósticos ou condições crônicas, que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer nas linhas e pontos da rede para ter suas necessidades adequadamente atendidas. Em situação anterior à instituição de uma Linha de Cuidado, os usuários procuravam acessar os pontos da rede depois da agudização de sua condição crônica (Redes de Atenção à Saúde no SUS, IDISA (2008).

No Amazonas, a adesão e processo de implantação das cinco Redes de Atenção à Saúde priorizadas pelo Ministério da Saúde (Atenção Materno Infantil – Cegonha; Atenção Psicossocial – RAPS, Atenção às Urgências e Emergências – RUE; Atenção à Pessoa com Deficiência; e Atenção às Condições Crônicas) ocorreu a partir de 2010, sendo que os Planos de Ação para construção dessas redes foram pactuados e aprovados entre 2011 e 2012, tendo sido readequados quando necessários.



### 5.1.2.1 Rede de Atenção Materno/Infantil – RAMI

A atenção à saúde materno infantil tem como referência para funcionamentos dos serviços as seguintes legislações:

- Lei nº 8.080, de 19/09/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Lei nº 11.108, de 07/04/2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;
- Portaria nº 569/GM/MS, de 01/06/2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24/06/2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS;
- Portaria nº 930, de 10/05/2012, define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 1.020, de 29/05/2013, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implanta o e habilita o dos serviços de referência   Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco.

A Rede de Aten o Materno Infantil (Cegonha), parte de um modelo de aten o que amplia e fortalece a assistência às grávidas e às crianças até o segundo ano de vida. O programa prevê um conjunto de a o es que visam ampliar uma rede de cuidados, que assegure às mulheres assistência adequado, desde o Planejamento Familiar, confirma o da gravidez, pré-natal, parto e nascimento e, aten o ao beb  até os dois primeiros anos de vida. A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Aten o Integral   Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regula o.

O modelo de assistência proposto pela Rede Materno Infantil inclui a garantia dos testes rápidos tanto de gravidez quanto de detec o de HIV e sífilis. A Estratégia pretende qualificar o pré-natal garantindo o mínimo de seis consultas, além de uma série de exames clínicos e laboratoriais.

#### Rede Materno Infantil no Amazonas

A taxa de natalidade no Amazonas mostrou redu o de 8% nos 5 anos analisados, passando de 20,9 nascidos a cada 1 mil habitantes em 2013, para 19,2 nascidos por 1 mil habitantes em 2017 , seguindo a tendência observada no país.

A Secretária Estadual de Saúde do Amazonas estima atender, por ano, cerca de 83.922 gestantes e 210.000 crianças menores de dois anos que se beneficiarão da organiza o proporcionada pela adesão e qualifica o do cuidado através da Rede Cegonha a qual trará a amplia o e implementa o das a o es voltadas para este público, fundamentadas nos princípio da humaniza o e assistência.



Para efetivação da Proposta da Rede de Atenção Materno/Infantil/Cegonha no Amazonas foi criado Grupo Condutor da Rede por meio da resolução CIB nº 104/2011, composto por representações de vários departamentos da SES/AM bem como por representante do COSEMS/Am e apoiadores do Ministério da Saúde.

A Resolução CIB/Am nº 106/2011 aprovou a matriz diagnóstica na qual o Grupo Condutor da RC Estadual, indicando as quatro Regiões de Saúde prioritárias, para o início do movimento no Estado: Alto Solimões, Médio Amazonas, Rio Negro e Rio Solimões e Manaus, Entorno e Alto Rio Negro.

A Rede é composta por 07 maternidades na capital, sendo 02 Maternidades para atendimento a gestação de alto risco (Ana Braga e Balbina Mestrinho), 05 Maternidades para atendimento a gestação de risco habitual (Instituto da Mulher Dona Lindu, Alvorada, Nazira Daou, Azilda Marreiro e Chapot Prevost) e 01 maternidade localizada no município de Tabatinga. Nos demais municípios, o atendimento é realizado nas Unidades Hospitalares. Com relação a Rede Materno Infantil no âmbito estadual, para atendimento ao pré-natal da gestante de alto risco, este é realizado na Policlínica Codajás e Maternidade Nazira Daou.

Considerando a Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o estado conta com 08 maternidades credenciadas com o selo IHAC.

### **Componente Pré Natal**

A Atenção Primária deve ser de qualidade, resolutiva, ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território, com ações do pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças em especial no seu primeiro ano de vida. A Atenção Secundária deve realizar o acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados com equipe multiprofissional. As melhorias da Atenção Primária são pressupostos para a organização da rede materno infantil, que envolve a captação precoce da gestante e o acompanhamento da criança estes elementos fundamentais para uma atenção de qualidade, assim como a Estratificação de Risco da gestante e da criança vinculando-os aos serviços especializados, que devem ser resolutivos e acessíveis em tempo adequado.

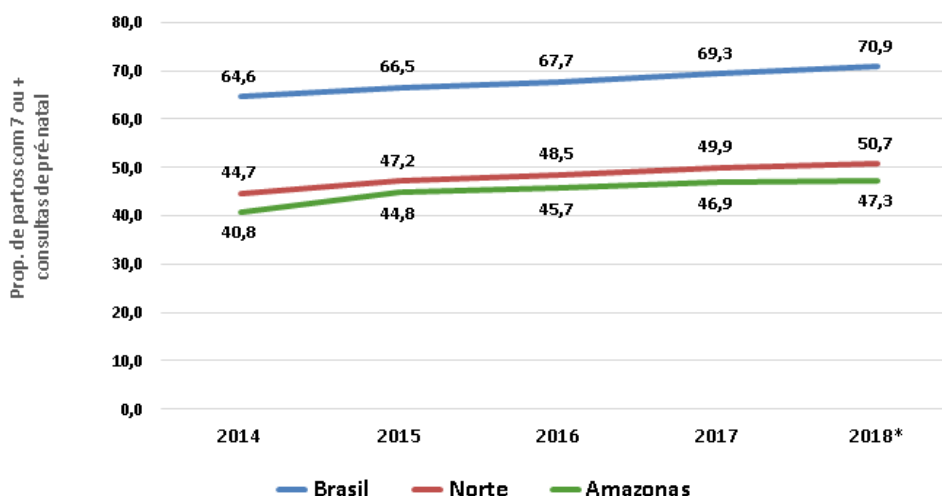
Destaca-se que a cobertura da atenção básica em Manaus em 2019 é próxima de 40%, e que na capital vivem mais de 52% da população, onde pode-se inferir a necessidade de fortalecimento de estratégias fundamentais para o funcionamento da rede materno infantil como a realização de pré-natal de risco habitual pela Atenção Primária, com captação da gestante e qualificação da atenção; acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; acesso oportuno aos resultados dos exames realizados no pré-natal. Já nos municípios do interior, apesar de a maioria apresentar um bom percentual de cobertura populacional na Atenção Básica, verifica-se a necessidade de melhoria da qualidade e resolutividade nesse nível de atenção.

O Ministério da Saúde do Brasil indica que sejam realizadas 7 ou mais consultas pré-natal ao longo da gestação. No Amazonas, em 2017, 46,9% das gestantes tiveram atendimento de acordo com a recomendação do MS. Por outro lado, 2.707 mulheres não realizaram nenhuma consulta durante a gravidez, o que corresponde a 3,5% das gestantes. A Região de Saúde do Rio Madeira foi a que apresentou a maior proporção de mulheres com pelo menos de 7 consultas, com 59,1% das gestantes, seguida das Regiões do Rio Purus e Médio Amazonas, com 53% e 52%,



respectivamente e a com menor percentual foi a Região de Saúde do Triângulo, com 38,9%. (Gráfico 17).

**Gráf. 17 Proporção de Partos com 7 ou + Consultas Pré-Natal, Amazonas, 2014 a 2018**



Fonte : FVS/AM

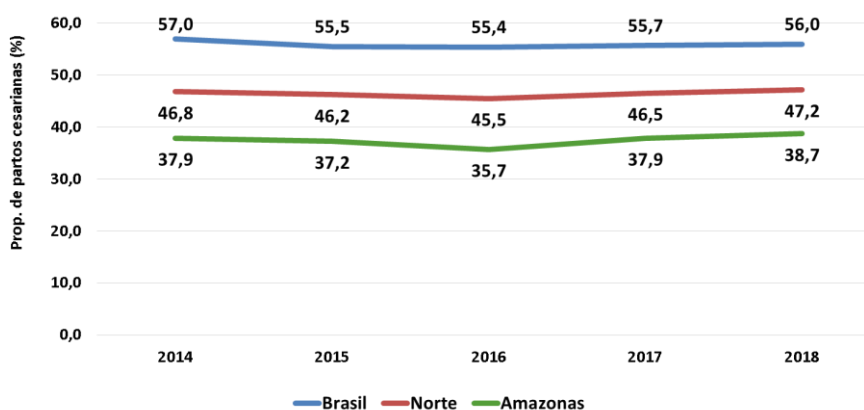
Nota: \* Os dados de 2018 são preliminares, estando sujeito à revisão

Em 2018, os resultados foram um pouco melhores, chegando a 47,3% o percentual de grávidas com pelo menos 7 consultas de pré natal (Gráfico 17), porém ficando ainda abaixo dos resultados apresentados pela Região Norte e Brasil, com 50,7% e 70,9% respectivamente.

## Parto e Nascimento

No Amazonas, embora a proporção de partos cesarianos esteja acima do recomendado (máximo 30% sobre o total de partos), 5 das 9 Regiões de saúde apresentaram proporção de cesarianas abaixo de 30% em 2017, porém, em todo o estado, houve aumento na proporção de cesarianas em 2018 comparado aos anos anteriores, o que pode levar a refletir negativamente sobre a saúde materna e infantil. Observa-se no entanto, que, na série histórica de cinco anos analisada, em todos os anos o Amazonas encontra-se em melhor posição nesse indicador, ficando abaixo dos percentuais apresentados pela Região Norte e Brasil (Gráfico 18).

**Graf. 18 Proporção de partos cesarianas Brasil, Região Norte e Amazonas 2014 a 2018**



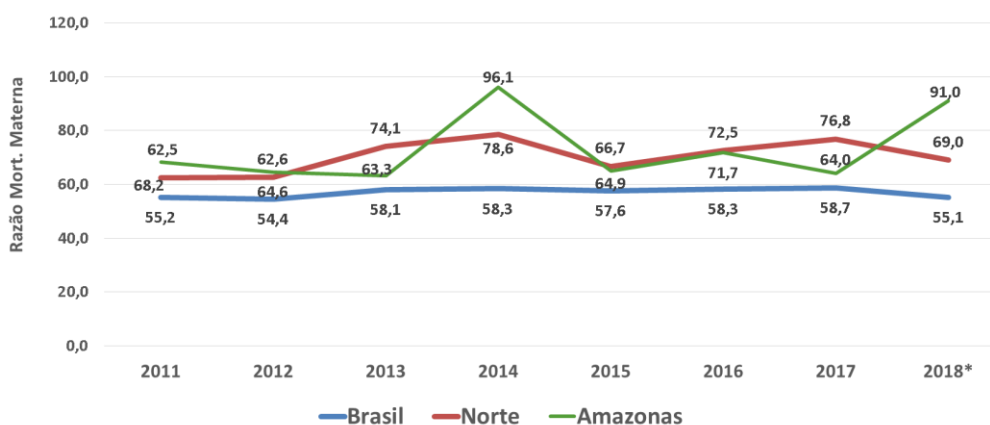
Fonte : FVS/AM



No componente parto e nascimento identificou-se como pontos positivos, a realização de acolhimento a gestante com classificação de risco; a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; o incentivo e fortalecimento de partos realizados por enfermeiros obstetras, qualificação da equipe multidisciplinar.

A morte materna é qualquer morte que ocorre durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto. Ela pode ser decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. Em torno de 92% das mortes maternas são por causas evitáveis e ocorrem, principalmente, por hipertensão, hemorragia ou infecções.

**Gráf. 19 Razão de Mortalidade Materna Amazonas, 2011 a 2018 (óbitos/100 mil NV)**



**Fonte :** FVS/AM

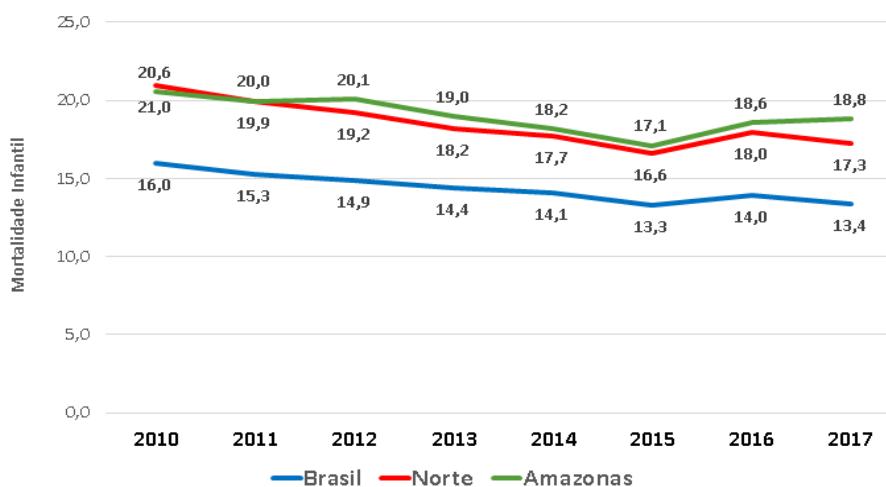
**Nota:** \* Os dados de 2018 são preliminares, estando sujeito à revisão

Conforme dados da Fundação de Vigilância em Saúde, houve redução na mortalidade materna, entre 2016 e 2017, sendo que em 2018, ainda com dados preliminares, houve elevação desse indicador, o que remete à necessidade de fortalecer as ações desenvolvidas no âmbito da RAMI (Gráfico 19).

Em relação à mortalidade infantil, no Amazonas, no período de 2010 a 2017, o indicador da Taxa de Mortalidade Infantil mostrou oscilações, variando de 21,0/1.000 Nascidos Vivos (NV), em 2010, até 15,9/ .000 Nascidos Vivos, em 2015, quando atingiu seu menor índice. Nos anos 2016 e 2017, observou-se uma tendência de incremento dos óbitos em menores de 1 ano. Durante o período analisado, o estado também apresentou uma taxa superior comparando-se com as taxas da Região Norte e Brasil (Gráfico 20).



**Gráf. 20 Taxa de Mortalidade Infantil, Amazonas, 2010 a 2017 (óbitos/1.000 NV)**



Fonte : FVS/AM

Nota: \* Os dados de 2017 são preliminares, estando sujeito à revisão

Entre as medidas de fortalecimento da RAMI que já vem sendo tomadas, são destacadas como principais estratégias implementadas, o grupo técnico de Análise da Causa Raiz, em que todos os óbitos ocorridos nas maternidades da capital são analisados, a fim de identificar os pontos de falhas no atendimento e levantar estratégias de melhorias dos serviços; visitas de vinculação as maternidades; o Projeto Aprimoramento e Inovação do Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia – Apice On que trabalha os componentes do parto e nascimento, planejamento reprodutivo, atenção às mulheres em situações de violência sexual e abortamento; a construção do Protocolo de Acesso ao Pré-Natal de Alto Risco; a Estratégia de Qualificação da Atenção Neonatal – Qualineo; Projeto Tele Pré-Natal com a realização de qualificações via Telessaude.

Tendo em vista que a maior parte dos serviços da média e quase a totalidade da alta complexidade ambulatorial e hospitalar encontram-se concentrados na capital, evidencia-se a necessidade de descentralização dos serviços para os municípios de referência das regiões de saúde, como também a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru), de acordo com as necessidades regionais.

Com relação ao número de leitos, foi identificada uma necessidade em torno de 1.559 leitos de internação entre obstétricos e neonatais, considerando os 975 leitos existentes, o Estado ainda tem um déficit cerca de 587, sendo a maior concentração de leitos no Região de Saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, conforme pode ser visto nos Quadros 5 e 6.



**Quadro 5 Rede de Atenção Materno Infantil: Leitos por Região de Saúde - Amazonas**

Região de Saúde	Total de NV	População Geral	Leito Obstétrico	Leitos GAR	UTI Materna	Leito Neonatal- EXISTENTE		
			Existente	Existente	Existente	UTIN	UCINCO	UCINCA
Alto Solimões	6.366	248.118	49	0	0	0	3	3
Baixo Amazonas	4.868	243.644	52	0	0	0	0	0
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	48.245	2.468.976	458	40	11	73	56	53
Juruá	2.909	168.510	47	0	0	0	0	0
Médio Amazonas	3.160	133.540	30	0	0	0	4	0
Purus	2.378	191.878	6	0	0	0	0	0
Rio Madeira	3.208	130.750	27	0	0	0	0	0
Rio Negro e Rio Solimões	5.614	288.298	52	0	0	0	0	0
Triângulo	3.094	127.953	16	0	0	0	4	0
<b>Estado do Amazonas</b>	<b>79.860</b>	<b>4.001.667</b>	<b>737</b>	<b>40 CNES 31 OPER</b>	<b>11</b>	<b>73</b>	<b>67</b>	<b>56</b>

Fonte: Coord. Rede Materno Infantil/SEAS Capital/SUSAM

**Quadro 6 Necessidade de leitos obstétricos e neonatais no Estado do Amazonas.**

Tipo de Leito	Existente	Necessário	A Contratar
UTI Materna	11	57	46
Obstétricos	737	924	190
Gestação de Alto Risco (GAR)	31	138	107
<b>Neonatal</b>	<b>196</b>	<b>440</b>	<b>244</b>
- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	73	176	103
- Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo)	67	176	109
- Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa)	56	88	32
<b>Total</b>	<b>975</b>	<b>1.559</b>	<b>587</b>

Fonte: Coord. Rede Materno Infantil/SEAS Capital/SUSAM

Para melhorar os indicadores de mortalidade infantil e materna, o Governo do Estado do Amazonas pretende fortalecer a Rede de Atenção Materno Infantil, investindo na ampliação dos leitos obstétricos e de UTI adulto, pediátrica e neonatal, nas maternidades estaduais, definindo a carteira de serviços materno-infantil, disponíveis nas maternidades e hospitais infantis da rede estadual por tipologia e complexidade (Padrão de Serviços Essenciais que deve ser ofertado à população), reorganização dos fluxos de acesso, apoio aos municípios para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde e das boas práticas ao pré-natal, parto e nascimento, formação e qualificação profissional, entre outras ações.



### 5.1.2.2 Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

A Política Nacional de Saúde Mental emerge em decorrência da necessidade de garantir os direitos às pessoas que durante muitos anos tiveram suas vidas usurpadas pelas longas internações psiquiátricas nas condições mais degradantes e precárias, comparadas muitas vezes aos centros de concentrações das guerras, num processo eterno de exclusão social, verdadeiros depósitos humanos. Refletir sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e que fazem uso de álcool e outras drogas requer cogitar na transformação do modo de pensar e agir nos cuidados em saúde mental.

Desta forma, a Saúde Mental brasileira tem como marco legislativo a Lei Federal Nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o que representou a mudança de paradigma nas questões de assistência, cuidado e relação com a loucura, defendendo o ideário “por uma sociedade sem manicômios”. Entretanto, não bastava pensar na extinção do manicômio, mas sim quais os serviços que ofereceriam cuidados em saúde mental nos diversos níveis de densidade tecnológica.

Surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria Nº 3.088/2011 que apresenta diversos componentes que devem substituir a lógica manicomial, e posteriormente a Portaria Nº 3.588/2017 agregando novos dispositivos que contemplam a realidade local, pensando na linha de cuidado com base territorial e comunitária.

#### Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Amazonas

De acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde o Estado do Amazonas apresenta cobertura em saúde mental regular, baixa, insuficiente ou crítica. Em relatório de Saúde Mental em dados, divulgado pelo Ministério da Saúde em 2010, aponta que, das 27 unidades federativas do país, oito (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Distrito Federal, Goiás e Espírito Santo) se enquadram neste perfil, afirmam ainda que "os estados da região norte são aqueles com maior dificuldade na expansão e consolidação da rede, também porque têm características muito peculiares", coloca o documento, tais como a distância entre os municípios, dificuldade de alocar profissionais nos interiores e a carência de se consolidar a Rede a nível nacional que se agudiza na região norte.

Neste contexto, no Amazonas o reflexo é uma assistência voltada ao modelo hospitalocêntrico, onde o viés ainda está direcionado às internações psiquiátricas, seja pelos quadros de surtos de primeira vez caracterizados pela ausência de prevenção em saúde mental, ou pela escassez da oferta de medicação, como pela ausência de acompanhamentos sistemáticos dos casos graves e persistentes, culminando na porta giratória da emergência psiquiátrica, entre outros motivos que evidenciam a distância do modelo que almejamos alcançar.

Os serviços que compõe a rede de atenção psicossocial estão distribuídos na capital e interior, registrando-se 27 Centros de Atenção Psicossocial funcionando pelo menos 1 CAPS em cada uma das 09 Regiões em 23 municípios conforme a tabela 35.



**Tabela 35 Distribuição de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nas Regiões de Saúde e Municípios – Amazonas**

Região de Saúde	Municípios com CAPS	Tipo de CAPS
Triângulo	Tefé (1)	CAPS I *
Rio Negro e Solimões	Coari (1),	CAPS I *
	Manacapuru (2)	CAPS I * e CAPS AD *
	Codajás (1)	CAPS I *
Rio Madeira	Manicoré (1)	CAPS I *
	Apuí (1)	CAPS I *
	Humaitá (1)	CAPS I *
	Borba (1)	CAPS I *
	Novo Aripuanã (1)	CAPS I **
Médio Amazonas	Itacoatiara (1)	CAPS II *
Juruá	Guajará (1)	CAPS I *
	Eirunepé (1)	CAPS I *
Baixo Amazonas	Parintins (1)	CAPS II *
	Maués (1)	CAPS I *
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	Manaus (4)	CAPS i *; CAPS II *; CAPS III* e CAPS AD *
	Autazes (1)	CAPS I *
	Iranduba (1)	CAPS I *
	São Gabriel da Cachoeira (1)	CAPS I *
	Rio Preto da Eva (1)	CAPS I *
	Manaquiri (1)	CAPS I *
	Nova Olinda do Norte (1)	CAPS I *
Purus	Tapauá (1)	CAPS I **
Alto Solimões	São Paulo de Olivença (1)	CAPS I **

**Fonte:** Coord. Saúde Mental RAPS /SEASC/SUSAM/

**Nota:** \* Serviço Habilitado \*\* Serviço a Habilitar

Em Manaus, a oferta de procedimentos é realizada pelos 04 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, sendo um CAPS i, um CAPS ad III, um CAPS II, um CAPS III (de gestão estadual), Ambulatórios em Saúde Mental em 05 (cinco) Policlínicas, Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER ( 08 leitos de observação e 20 leitos de internação breve) e 08 residências inseridas no Serviço Residencial Terapêutico, sendo que duas residências estão desativadas. Nos demais municípios, funcionam CAPS nas tipologias I e II, sendo Manacapuru o único município, além da capital, que possui um CAPS AD e um consultório na rua.

A seguir é demonstrado na tabela 36, o panorama da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Amazonas:



**Tabela 36 Serviços Estratégicos da RAPS do Amazonas**

SERVIÇO	CADASTRO CNES		PARÂMETRO SUS		NECESSIDADE	
	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital
CAPS tipo I	19	0	78	0	63	0
CAPS tipo II	3	0	4	0	1	0
CAPS tipo III	0	2	0	14	0	12
CAPS tipo AD	1	0	4	0	3	0
CAPS tipo AD	0	1	0	14	0	13
CAPS tipo i	0	1	4	30	4	29
Serviço Hospitalar de Referência	18	3	47	93	35	90
Unidade de Acolhimento Infantil	0	0	1	21	1	21
Unidade de Acolhimento Adulto	0	0	0	10	0	10
Consultório na Rua	1	1	0	1	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>42</b>	<b>8</b>	<b>138</b>	<b>183</b>	<b>107</b>	<b>175</b>
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>		<b>321</b>		<b>282</b>	

Fonte: Coordenação Estadual RAPS/SEASC/SUSAM

Os serviços de saúde mental, em todos os níveis de densidade tecnológica, ainda são incipientes, como já descritos, ainda tendo como problemática estadual a concentração dos serviços de saúde mental na capital, que embora tenha mais da metade dos habitantes do Estado reflete no deslocamento dos usuários em busca de assistência especializada, seja no nível ambulatorial ou no emergencial.

Enquanto na capital os serviços apresentam-se sem vagas, frente a uma demanda diariamente crescente, com problemáticas que se tornam barreiras muitas vezes intransponíveis no cuidado sistêmico em saúde mental. No interior do Estado, as peculiaridades se referem: CAPS com rotatividade dos profissionais que fragilizam o vínculo do processo de cuidado; falta de especialistas entre outros obstáculos que culminam no deslocamento do usuário à capital; e ainda na dificuldade da assessoria técnica presencial da coordenação estadual, que tem como grande desafio o acesso aos demais municípios, por estarmos tratando de um Estado com dimensões nacionais, em que os deslocamentos se dão, em sua maioria, por via fluvial e aérea, durando horas extensas ou até dias.

Essa dificuldade de acompanhar os municípios se evidencia pela análise do indicador 21, de pactuação Interfederativa, referente às “Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de AB”, proposta pelo Ministério da Saúde, que conforme resultados registrados nos relatórios de gestão de 2017 a 2019 no universo de 23 CAPS habilitados, não se atingiu efetivamente a meta pactuada nesse período.

Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial está sujeita a implantação de serviços preconizados na legislação, destaque para a morosidade na implantação dos leitos aprovada em CIB desde janeiro de 2018, bem como a articulação necessária para a construção de uma linha de cuidado integral à saúde, atualmente ausente seja pela insuficiência de serviços, seja pela condição dos serviços especializados atuarem isolados com fluxos e protocolos próprios não integrados à Rede.

Assim sendo, a implantação dos leitos em saúde mental nos Hospitais Gerais requer investimento nas estruturas físicas das enfermarias, disponibilidade de recursos humanos qualificados e aquisição de equipamentos. A efetivação destes representará um grande passo para a Saúde Mental do Estado.



Na sua totalidade a Rede de Atenção Psicossocial precisa de diversos dispositivos que estão preconizados pela Portaria Nº 1.631/2015. O Levantamento dos parâmetros nos revela a distância entre a oferta de serviços para contemplar as demandas existentes em saúde mental no Estado, influenciando diretamente nos processos de trabalho, na linha de cuidado e no imaginário social sobre os transtornos mentais, perpetuando a procura de familiares por internações prolongadas tanto para transtornos mentais como para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Para os próximos quatro anos, a gestão estadual pretende avançar na implantação dos leitos psiquiátricos, apoiar os processos de ampliação e qualificação da rede de atenção psicossocial na capital e interior, desenvolver ações voltadas à prevenção de suicídio e a organização de colegiados para discussão e implementação da política de saúde mental no estado.

### 5.1.2.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) é uma das redes temáticas mais complexas que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta também por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica, regulamentada pela Portaria MS nº 1600 de 7 de julho de 2011.

É fundamental que o acolhimento com classificação de risco, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso, que são diretrizes fundamentais para a habilitação das portas de entrada da RUE hajam de forma transversal a todos os componentes, tendo como objetivo principal o reordenamento da atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica.

Na organização desta rede e melhoria na qualidade da assistência não é necessário apenas a ampliação de serviços, é importante que o mesmo seja implantado de forma qualificada e resolutiva, atrelado ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, ou seja, que esteja integrado às diversas redes e aos diversos pontos de atenção.

No Amazonas a RUE começou a ser organizada a partir de 2012 com a elaboração do Plano Estadual de Redes de Urgência, como rede prioritária e encaminhado ao Ministério da Saúde, somado ao plano de regionalização para a construção de uma Rede de Urgência e Emergência organizada e articulada, contemplando o estabelecido como direito constitucional à saúde, na perspectiva de prestação de serviço de urgência e emergência, regionalizado, hierarquizado e humanizado.

A RUE está inserida no organograma da Secretaria Adjunta de Atenção Especializada da Capital, sob a gestão do Coordenador Estadual de Rede de Urgência e Emergência e pela Portaria Nº 0169/2018 de 8 de março de 2018 que cria o Grupo Condutor Estadual através de composição estabelecida através da Resolução CIB Nº 043/2013 de 29 de abril de 2013, o GC tem o objetivo de discutir as necessidades da rede de saúde com os diversos atores para o monitoramento e avaliação das responsabilidades de cada esfera de gestão.





Atualmente a RUE se encontra em processo de reestruturação pois a mesma não estava atuando ativamente nos últimos anos, no entanto em agosto de 2019 foi realizada nova reunião do Grupo Condutor para com a 1ª Reunião Extraordinária com o intuito de reavivar o colegiado e com nova proposta de composição, no entanto não foi furtivo devido ao processo de intercessão existente entre Rede de Urgência e Emergência/ RUE e Gerência de Urgência e Emergência/GUE.

Está inserida dentro da Gerência de Urgência e Emergência e conta com um Coordenador e três apoios Técnicos, vale ressaltar que devido a gerência ser responsável por 18 portas de entrada de urgência e com diversos processos tramitando na mesma a maior parte do processo de trabalho está voltada para a rede assistencial, prejudicando sobremaneira as ações de planejamento da RUE.

Está estruturada de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências e a nível estadual está inserida no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, onde o Grupo Condutor é o principal responsável pela elaboração do Plano de Ação Regional -PAR, o qual deverá estar pautado na análise da capacidade instalada e na situação dos serviços de atendimento às urgências e emergências, no diagnóstico demográfico e epidemiológico da região de saúde por meio da análise de dados primários, além do dimensionamento da demanda e da oferta dos serviços de urgência e emergência existentes.

A coordenação de RUE está ligada de forma operacional às demandas relativas ao Ministério da Saúde, como por exemplo, habilitações e no momento tem a responsabilidade de deliberar a repactuação de toda a Rede de Atenção às Urgências nas regiões do Amazonas junto ao Grupo Condutor Regional, como orientação da equipe técnica da Coordenação Geral de Urgência – CGURG, que realizou visitas nos Estabelecimentos de Saúde pertencentes à Rede de Atenção às Urgências da Macrorregião de Manaus Ampliada e Alto Solimões para avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação das unidades integrantes da Rede de Atenção às Urgências – RAU.

### **Linhas de Cuidados priorizadas na RUE Amazonas**

A Política Nacional de Atenção às Urgências possui diretrizes que se baseiam nos principais agravos que impactam na morbimortalidade, baseado nisso a mesma priorizou o atendimento de três linhas de cuidado prioritárias: Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio e Trauma. A Rede de Atenção às Urgências (RUE) do Amazonas possui dois Planos de Ação aprovados juntos ao Ministério da Saúde, um para a Região Metropolitana de Manaus Ampliada (PT 1849/2012) e para a Região do Alto Solimões (PT 2.323/2012).

Com isto cabe o estabelecimento de um rol de necessidades para o aprimoramento do atendimento nas três linhas de cuidado priorizadas, passando desde a habilitação de novos serviços, credenciamento de serviços complementares e aumento na prestação de serviços a serem disponibilizados para os serviços da Rede de Atenção às Urgências.

O Estado do Amazonas possui uma população estimada 4.111.605 hab e a capital Manaus possui uma população 2.130.264hab, onde estão 100% dos serviços de alta complexidade. A Rede de Urgência conta com suas principais Portas de Entrada na capital Manaus e na sede das regiões de saúde de maior concentração populacional (Manacapuru, Itacoatiara e Alto Solimões).





## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Como umas linhas de cuidado prioritárias da RUE, por ser responsável dos 10% de óbito no Brasil, o Acidente Vascular Cerebral, no Amazonas, é responsável por cerca de 7% dos casos de óbito. Porém mesmo com esse dado estando a menos do esperado, é possível perceber uma taxa de mortalidade 48,5% em relação ao número de casos que geram internação por AVC, que foi de 2372 em 2017. E em diversos momentos o exercício de gestão das redes é melhorar as formas e mecanismos de registros, tanto para cobrança de procedimentos como instrumento epidemiológico para o planejamento. Então, parte do exercício, na construção desse plano foi recuperar e melhorar as informações que subsidiam as decisões acerca da RUE.

**Tab. 37 Mortalidade – Amazonas**  
**Óbitos p/Residência por Região de Saúde (CIR)**  
**Grupo CID-10: Doenças cerebrovasculares**  
 Período:2016

Região de Saúde (CIR)	Óbitos_p/ Residênc
13001 Manaus e Alto Rio Negro	813
13002 Rio Negro e Solimões	62
13003 Rio Madeira	36
13004 Médio Amazonas	35
13005 Baixo Amazonas	67
13006 Regional Purus	31
13007 Regional Juruá	29
13008 Triângulo	26
13009 Alto Solimões	53
<b>Total</b>	<b>1152</b>

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Tab. 38 Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos - Brasil – 2008**  
**Frequência segundo Diag CID10 (categ)**

Diag CID10 (categ)	Frequência
G45 Acid vasc cerebr isquemicos trans sindr corr	1304
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	815
I60 Hemorragia subaracnoide	87
I61 Hemorragia intracerebral	129
I62 Outr hemorragias intracranianas nao-traum	37
<b>Total</b>	<b>2372</b>

Fonte: MS/SIH/SUS

Com isso vislumbrou-se a necessidade de medidas também em nível de prevenção de novos casos, uma vez que os mesmos estão relacionados a doenças cardiovasculares, doenças essas crônicas e que devem ser melhor acompanhadas na Atenção Básica.



Os AVCs são classificados como hemorrágico ou isquêmico, sendo este último o mais frequente, representando em torno de 85% dos casos. Aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais é responsável pela maioria dos AVCs, hemorrágicos ou isquêmicos.

O AVC representa 1,5% das internações no Brasil e em 2017, 1,84 % das 174.543 internações hospitalares registradas no Sistema Único de Saúde (SUS/AM), média superior à média nacional. Isso coloca como necessidade o constante aprimoramento no atendimento realizado nos casos que têm dado entrada nas unidades da RUE, e reforça a colocação da importância da Atenção Básica como lugar e espaço privilegiado para evitar o que pode ser evitado com mudanças de hábitos, comportamentos e tratamento adequado e de qualidade, em tempo oportuno.

### **Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)**

Estando como a principal causa de morte na parte ocidental do mundo, o Amazonas ainda conta com uma mortalidade em torno de 5% do total de óbitos, porém isso não exclui a necessidade de um olhar diferenciado para essa importante afecção. Em 2017, um total de 2.805 pessoas internou-se com diagnóstico de IAM. Colocado como uma das prioridades da Rede de Urgência no Amazonas a implementação do atendimento ao Infarto Agudo do Miocárdio, para que reduza-se as sequelas apresentadas por essa patologia, principalmente por a mesma ser tempo-dependente, assim quanto menor o tempo para que o paciente receba o tratamento correto, menor será a possibilidade de sequelas.

**Tab. 39 Mortalidade - Amazonas**  
**Óbitos p/Residênc por Região de Saúde (CIR)**  
**Grupo CID-10: Doenças isquêmicas do coração**  
Período:2016

<b>Região de Saúde (CIR)</b>	<b>Óbitos_p/ Residênc</b>
13001 Manaus e Alto Rio Negro	<b>503</b>
13002 Rio Negro e Solimões	96
13003 Rio Madeira	57
13004 Médio Amazonas	31
13005 Baixo Amazonas	32
13006 Regional Purus	27
13007 Regional Juruá	33
13008 Triângulo	19
13009 Alto Solimões	40
<b>Total</b>	<b>838</b>

**Fonte:** MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM



**Tab. 40 Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Amazonas**  
**Internações por Lista Morb CID-10 e Região de Saúde (CIR)**  
Período:2017

Lista Morb CID-10	Manaus e Alto Rio Negro	Rio Negro e Solimões	Rio Madeira	Médio Amazonas	Baixo Amazonas	Purus	Regional Juruá	Triângulo	Alto Solimões	Total
Infarto agudo do miocárdio	1402	5	2	1	25	-	9	6	13	1463
Outras doenças isquêmicas do coração	1284	9	2	1	13	4	7	4	18	1342
<b>Total</b>	<b>2686</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>38</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>31</b>	<b>2805</b>

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

## Trauma

As causas externas representam uma das principais causas de óbito no Amazonas, juntamente com afecções do aparelho circulatório. Destaca-se que as agressões (homicídios) são responsáveis por mais da metade (54%) dos óbitos por causas externas na população amazonense (Tabela 41). Observa-se que o número de óbitos por agressões aumentou no período analisado, passando de 1.130 óbitos, em 2013, para 1.620 óbitos, em 2017. Em seguida, os acidentes de transporte figuram como a segunda causa de óbitos entre os grupos de causas externas. A intensificação das ações direcionadas à prevenção e à redução da mortalidade por causas externas no estado do Amazonas representa um desafio aos gestores de políticas públicas.

**Tabela 41 - Mortalidade proporcional por causas externas, Amazonas, 2013-2017**

Causas Externas	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agressões	1,130	43.2	1,193	43.4	1,419	47.4	1,398	49.5	1,620	54.0
Acidentes de transporte	531	20.3	523	19.0	486	16.2	477	16.9	437	14.6
Afogamentos acidentais	203	7.8	249	9.1	254	8.5	201	7.1	223	7.4
Lesões autoprovocadas intencionalmente	223	8.5	230	8.4	264	8.8	195	6.9	207	6.9
Quedas acidentais	133	5.1	135	4.9	148	4.9	114	4.0	131	4.4
Eventos cuja intenção é indeterminada	24	0.9	42	1.5	58	1.9	31	1.1	23	0.8
Demais causas externas	372	14.2	377	13.7	363	12.1	411	14.5	360	12.0
<b>Total</b>	<b>2,616</b>	<b>100.0</b>	<b>2,749</b>	<b>100.0</b>	<b>2,992</b>	<b>100.0</b>	<b>2,827</b>	<b>100.0</b>	<b>3,001</b>	<b>100.0</b>

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

SIM-AM de 12/03/2019

Nota: Dados sujeitos à revisão

Quanto ao Trauma, a Organização Pan-Americana da Saúde aponta como sendo as Causas Externas responsáveis por cerca de 10% das causas de óbitos totais. Quando analisado este dado no Estado do Amazonas verificamos que, dos óbitos totais 16,9% estão relacionados a Causas Externas. Este dado aponta a necessidade de medidas intersetoriais para a redução deste cenário, principalmente com medidas educativas e de controle.



Porém, diante de um cenário que já se encontra instalado e com piora crescente seja no número de óbitos, seja na taxa de internação que apesar de ainda ser menor que a taxa nacional (51,50), está acima do esperado. Por ser tratar de uma condição que acomete principalmente adulto jovem (em idade produtiva) e com alta possibilidade de causar sequelas, o trauma aparece como uma linha de cuidado prioritária no Amazonas e a implementação da assistência tem o objetivo principal na redução da mortalidade e das sequelas causadas por esta afecção.

**Tab. 42 Mortalidade - Amazonas**  
**Óbitos p/Residênc por Região de Saúde (CIR)**  
**Capítulo CID-10: XX. Causas externas de morbidade e mortalidade**  
 Período:2016

Região de Saúde (CIR)	Óbitos_p/ Residênc
<b>13001 Manaus e Alto Rio Negro</b>	<b>2.039</b>
13002 Rio Negro e Solimões	173
13003 Rio Madeira	102
13004 Médio Amazonas	96
13005 Baixo Amazonas	127
13006 Regional Purus	45
13007 Regional Juruá	68
13008 Triângulo	55
13009 Alto Solimões	109
13000 Ignorado – AM	7
<b>Total</b>	<b>2.821</b>

**Fonte:** MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

**Tab. 43 Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas -  
 por local de internação**  
 Internações por Região de Saúde (CIR)

Região de Saúde (CIR)	Internações	Taxa de Internação
13001 Manaus e Alto Rio Negro	10.350	25,17
13002 Rio Negro e Solimões	489	1,19
13003 Rio Madeira	373	0,91
13004 Médio Amazonas	220	0,54
13005 Baixo Amazonas	967	2,35
13006 Regional Purus	91	0,22
13007 Regional Juruá	224	0,54
13008 Triângulo	413	1,00
13009 Alto Solimões	477	1,16
<b>Total</b>	<b>13.604</b>	<b>33,09</b>

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

Fazendo um recorte para a capital, Manaus registrou 10.161 internações por causas externas, representando 76% do total de internações desse tipo no Amazonas, o que é compreensível por ser o município mais populoso e onde concentram-se os serviços de maior complexidade da RUE.



**Leitos Amazonas de urgência e emergência e retaguarda**

Com relação ao número de leitos, identifica-se uma necessidade em torno de 8.720 leitos de internação entre clínicos e cirúrgicos, com os quase 5.800 leitos existentes temos que o Estado ainda tem como déficit cerca de 2.920 leitos, tendo como necessidade para o SUS um número perto de 2.482 leitos (Tabela 44). Vale ressaltar que dos leitos SUS, **46,81%** dos Leitos Clínicos e Cirúrgicos estão em Hospitais e Pronto Socorro ou Hospitais de Retaguarda para a Rede de Urgência. Portanto da necessidade de leitos deve-se priorizar a criação de Hospitais Especializados e leitos de retaguarda, principais necessidades da Rede de Urgência para que seja dada vazão aos leitos e melhor uso dos mesmos.

**Tab. 44 Leitos Hospitalares cadastrados no CNES/MS, Amazonas**

Tipo de Leito	Existente	SUS	Não SUS
Cirúrgico	1.488	1.227	261
Clínico	1.960	1.629	331
Complementar	861	633	228
Obstétrico	1.136	1.003	133
Pediátrico	1.057	975	82
Outras especialidades	95	92	3
Hospital dia	53	38	15
Total clínico/cirúrgico	3.448	2.856	592
<b>Total Geral</b> ( excetuando Leito	<b>5.789</b>	<b>4.964</b>	<b>825</b>

Fonte: CNES/MS

**Quadro. 7 Leitos da Rede de Urgência - Amazonas**

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADM.	Leitos Totais URG	Leitos Clínicos	Leitos Cirúrgicos	Leitos UTI	Leitos UTI Ped.	Leitos UTI UCO
Manaus	Hosp. e PS Dr João Lucio P. Machado	Público	215	72	115	28		
	Hosp. e PS 28 de Agosto	Público	375	154	181	40		
	Hosp. e PS Dr. Platão Araújo	Público	167	76	75	11	5	
	Hospital e Pronto Soc Delphina Aziz	Público	93	81	2	10		
	Hosp. e P. Soc da Criança da Zona Leste	Público	82	36	36			10
	Hosp. e P. Soc. da Criança da Zona Oeste	Público	62	40	12			10
	Hosp. e P. Soc da Criança da Zona Sul	Público	76	51	11			14
	Fundação Hospital Adriano Jorge	Público	209	70	127		12	
	Fundação de Medicina Tropical	Público	121	104		7	10	
	ICAM - Instituto da Criança do Amazonas	Público	130	86	22			22
	Hospital Infantil Dr Fajardo	Público	55	40	10			5
	Hospital e Maternidade Chapot Prevost	Público	25	25				
	Hospital Universitário Francisca Mendes	Público	137	68	47	12	10	10
Socied Portuguesa Beneficente do Amaz.	Filantrópica	80	80					
Itacoatiara	Hospital Geral José Mendes	Público	83	58	25			
Manacapuru	Unidade Mista de Manacapuru	Público	49	20	29			
<b>TOTAL</b>			<b>1.959</b>	<b>1.061</b>	<b>692</b>	<b>108</b>	<b>98</b>	<b>10</b>

Fonte: Coord. Rede RUE/SEAS Capital/SUSAM



## Leitos de UTI Amazonas

Quanto aos leitos de UTI (Tabela 45), o que temos é a necessidade proporcional dos leitos gerais, uma vez que a quantidade de leitos em terapia intensiva está dentro de uma proporcionalidade para os leitos existentes. Porém com déficit de leitos gerais, há concomitantemente uma necessidade de cerca de 300 leitos de em terapia intensiva.

Por haver déficit de leitos em hospitais especializados, observa-se que uma vez sejam abertos novos leitos em terapia intensiva, também sejam priorizados a criação dos mesmos em hospitais especializados, uma vez que 49,88% dos Leitos em Terapia Intensiva estão dentro de Hospitais Pronto Socorro ou Hospitais de Retaguarda para a Rede de Urgência.

**Tabela 45 Leitos Complementares Existentes, SUS e Não SUS – Amazonas**

Código	Tipo de Leito Complementar	Existente	SUS	Não SUS
74	UTI Adulto - Tipo I	72	11	61
75	UTI Adulto - Tipo II	196	148	48
76	UTI Adulto - Tipo III	5	0	5
77	UTI Pediátrica - Tipo I	11	0	11
78	UTI Pediátrica - Tipo II	98	92	6
79	UTI Pediátrica - Tipo III	5	1	4
80	UTI Neonatal - Tipo I	18	0	18
81	UTI Neonatal - Tipo II	65	59	6
82	UTI Neonatal - Tipo III	5	0	5
85	UTI Coronariana Tipo II - UCO Tipo II	27	10	17
92	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional - UCINCO	80	73	7
93	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru - UCINCA	84	49	35
<b>TOTAL</b>		<b>666</b>	<b>443</b>	<b>223</b>

Fonte: Coord. Rede RUE/SEAS Capital/SUSAM

## Serviço de Atendimento Móvel 192 (SAMU 192)

Dos 61 municípios apenas 12 municípios contam com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 implantado, apesar de ter sido aprovado para 34 municípios nos Planos de Ação da Rede de Urgência do Alto Solimões (9) e Região Metropolitana Ampliada (25).

Assim baseado no cenário encontrado, podemos constatar um déficit de municípios que devem receber a implantação do SAMU 192, seja na ampliação daqueles que já possuem aprovação junto ao Ministério da Saúde, implantar nos já aprovados e implementar naqueles os quais já iniciaram suas operações, uma vez que Serviço Móvel de Urgência 192, trata-se de um importante componente da Rede de Atenção às Urgências por realizar o transporte seguro de pacientes dentro da Rede.





**Tabela 46 SAMU 192, Amazonas: Distribuição de Unidades Móvel por Município e Tipo de Unidade**

Município	Unidade Móvel				
	Suporte Básico Terrestre	Suporte Avançado Terrestre	Suporte de Moto	Suporte Básico Fluvial	Suporte Avançado Fluvial
Manaus	36	7	5	-	2
Benjamin Constant	1	-	-	1	-
Fonte Boa	1	-	-	1	-
Itacoatiara	1	-	-	1	-
Jutaí	1	-	-	-	-
Manacapuru	1	-	-	1	-
Presidente Figueiredo	2	-	-	-	-
Rio Preto da Eva	1	-	-	-	-
Santo Antônio do Içá	1	-	-	1	-
São Paulo de	1	-	-	1	-
Tabatinga	1	-	-	1	-
Tonantins	1	-	-	1	-
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>2</b>

Fonte: CNES/MS

### Necessidades da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Amazonas

Quanto às necessidades encontradas, foram mapeados alguns serviços que ainda precisam ser habilitados, alguns serviços a serem credenciados, procedimentos de alta complexidade e que possam ser prestados tendo como principal referência às unidades da RUE, conforme Quadro 8 a seguir.

### Quadro 8 Necessidades identificadas para implementação da Rede RUE - Amazonas

No. Ord.	SIGTAP	Descrição	Cálculo	Parâmetro	Habilitado/ Produção	Necessidade
1	-	Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC: Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo)	-	x	0	1
	-	Leito de Retaguarda	Aumento de 20% do Número de Leitos	x	1959	400
2	-	Leito em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	Cerca de 10% dos Leitos Necessários Gerais	x	216	40
3	-	Leito em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO)	10 Leitos para cada 600 Infartos/ano ou Fração	30	10	20
4	02.06	Diagnóstico por Tomografia	Baseado número de atendimento nas Unidades Hospitalares de Urgência (6.900.000 - SIA) (e Parametro para as especialidades)	65.297	51.712	13.585
5	02.07	Diagnóstico por Ressonância Magnética	Baseado número de Internações geradas nas Unidades Hospitalares de Urgência (50.000 -	1.500	2.400	- 900



No. Ord.	SIGTAP	Descrição	Cálculo	Parâmetro	Habilitado/ Produção	Necessidade
			SIA) e Parâmetro para as especialidades			
6	02.07.01.0 01-3	Angiorressonância Cerebral	Nº de Internações nas Unidades Hospitalares de Urgência (50.000 - SIA) e Parâmetro para as especialidades	166	0	166
7	02.05.02.0 01-1	Ecodoppler Transcraniano (IntraHospitalar)	Parâmetro para Unidade Especialista em Neurologia e Neurocirurgia (60/mês/unidade)	720	0	720
8	02.05.01.0 04-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos (Intra Hospitalar)	Parâmetro para Unidade Especialista em Neurologia e Neurocirurgia (80/mês/unidade)	960	0	960
9	02.05.01.0 03-2	Ecocardiografia Transtorácica (Intra Hospitalar)	Baseado número de Internações geradas por IAM (10%) e AVC (20%) nas Unidades Hospitalares de Urgência (SIH) e Parâmetro para as especialidades	790	0	790
10	02.05.01.0 02-4	Ecocardiografia Transesofágica (Intra Hospitalar)	Baseado número de Internações geradas por IAM (10%) e AVC (20%) nas Unidades Hospitalares de Urgência (SIH) e Parâmetro para as especialidades	79	0	79
11	02.05	Diagnóstico por Ultrassonografia (Intra Hospitalar)	Baseado número de Internações geradas nas Unidades Hospitalares de Urgência (SIA) e Parâmetro para as especialidades (150/1000hab)	70833	16322	54511
12	04.03.04	Neuroradiologia Intervencionista	Sem Cálculo para RUE (Aumento de 100%)	0	62	62
13	04.06.04	Angioplastia	Sem Cálculo para RUE (180 anuais por serviço)	0	0	180
14	04.06.03	Cateterismo Cardíaco	Baseado no Número de internações por IAM e Outras Doenças Isquêmicas (2800 internações)	2800	0	2800
15	02.10.01.00 7-0	Arteriografia de Membros	Baseado número de Internações geradas nas Unidades Hospitalares de Urgência (SIA) e Parâmetro para as especialidades	120	0	480
16	02.09.01.00 1-0	Colangio Pancreatografia Retrograda (CPRE)	Base Populacional	400	96	304
17	02.07.03.00 4-9	Ressonância Magnética de Vias Biliares/ Colangiressonancia	Estimativa baseada na Solicitação das Unidades	0	0	300
18	02.09.01.00 3-7	Endoscopia (intra Hospitalar)	Baseado número de Internações geradas nas Unidades Hospitalares de Urgência (50.000 - SIA) e Parâmetro para as especialidades (1700/100.00hab)	1105	206	899

**Fonte:** Coord. Rede RUE/SEAS Capital/SUSAM

Considerando a existência de 4.899 leitos de internação SUS, 785 leitos de internação não SUS, 919 leitos complementares e intermediários, e ainda segundo a Portaria 1631 a relação leitos/1000hab: 1,3404 no Amazonas, visualizamos a necessidade de implantação de leitos de UTI: Neonatais: 111; Adultos: 1.062; Pediátricos: 56;



A Rede RUE do Estado conta ainda como portas de entrada da urgência na capital, unidades de Pronto Atendimento, sendo 8 Serviços de Pronto Atendimento (SPA) e 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas), e ainda mais 2 UPAs no interior, 1 em Tabatinga e outra em Itacoatiara. Entre as ações previstas para a qualificação da RUE, o estado pretende habilitar junto ao Ministério da Saúde as UPAS ainda não habilitadas e converter os SPAs em UPAS para captar recursos para financiamento das ações da urgência de menor complexidade. Também estão previstas a implantação de salas de estabilização nas Regiões de Saúde prioritizadas, até 2023, assim como ações de estruturação da rede assistencial da capital e interior e ações de educação permanente e funcionamento dos Comitês previstos na Política de Atenção às Urgências.

#### **5.1.2.4 Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas**

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países de nosso continente, incluindo o Brasil. Este fenômeno, denominado “transição epidemiológica”, ocorre devido à mudança do padrão de mortalidade que afeta a população. Anteriormente, no início do século passado, às doenças infecciosas eram as que mais levavam ao óbito (~ 50%) enquanto que hoje, com as melhorias de condições sócio-econômico-culturais, a mortalidade é preponderantemente consequência das doenças crônicas não transmissíveis.

O Ministério da Saúde, instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria GM/MS nº 252 de 19 de fevereiro de 2013, a qual foi posteriormente revogada pela portaria GM/MS nº483 de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado.

A finalidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é realizar a atenção, de forma integral, aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

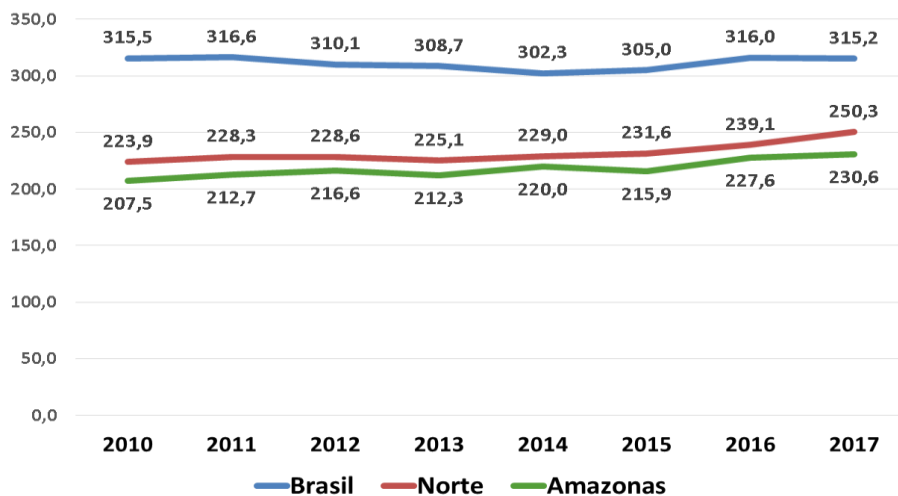
Consideram-se Doenças Crônicas, para fins dessa portaria, as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta. Essas doenças em geral apresentam múltiplas causas, e o tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que usualmente não leva à cura. O objetivo geral dessa Rede é fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, qualificando a atenção integral às pessoas com doenças crônicas e ampliando as estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

#### **Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no Amazonas: Linhas de Cuidado**

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Mortalidade SIM/MS, no período de 2017 a 2019 ocorreram no Amazonas, 10.722 óbitos de pessoas na faixa etária de 30 a 69 anos relacionadas as quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DNCT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).



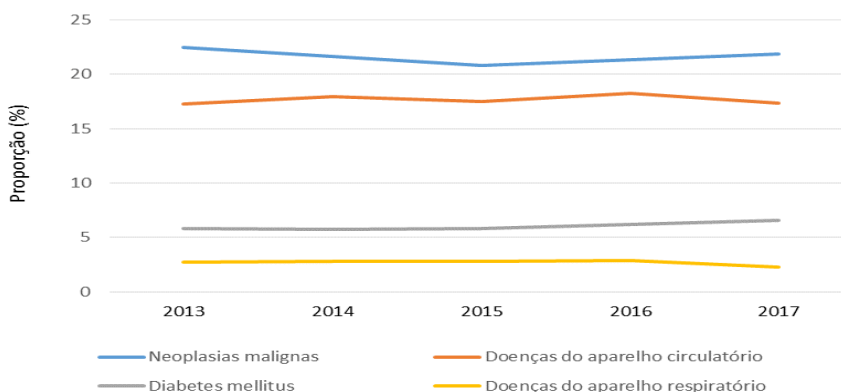
**Gráf. 21 Taxa de Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Amazonas, 2010 a 2017 (Óbitos por 100.000)**



Fonte: FVS/Am

Como pode ser visto no Gráfico 21, a Taxa de Mortalidade Prematura na faixa etária de 30 a 69 anos, causadas pelas DCNT no Amazonas, apresentou pouca variação no período analisado, com uma taxa em média de 217,9/100.000, ficando abaixo das taxas Brasil e da Região Norte, destacando-se no entanto, que, devido aos subregistros existentes, principalmente por parte dos municípios do interior do estado, essas taxas não refletem com total exatidão a mortalidade por DCNT no Amazonas. Em 2019, a Taxa de Mortalidade Prematura nesta faixa etária, referente às DCNT foi 232,82/100.000 com base na população do estado em 2015.

**Gráf. 22 Proporção de Óbitos por grupo das DCNT, Amazonas 2013 a 2017**



Fonte: FVS/Am

No que se refere as causas de óbitos, o Gráfico 22 aponta que no período de 2013 a 2017, entre as DCNT que mais matam no Amazonas, estão as relacionadas às neoplasias, seguidas das doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus e doenças do aparelho respiratório. A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do Amazonas possui como Linhas Prioritárias para o Cuidado pactuadas na CIB/Am:



- Diabetes;
- Câncer de Colo Uterino e Mama;
- Doenças renocardiovasculares;
- Doenças respiratórias crônicas;
- Sobrepeso e Obesidade;
- Doenças Raras (em fase de implantação).

Os fluxos das linhas de cuidado estão definidas nos três níveis de atenção. Inicia-se no nível primário, perpassando para os níveis secundário e terciário, bem como os diferentes pontos de apoio da rede, dentre eles o Sistema de Regulação – SISREG, a Assistência Farmacêutica e Programa Melhor de Casa.

São identificados como os principais problemas na organização de acesso aos serviços dentro das linhas de cuidado prioritárias:

**Pé Diabético:** falta de integração da atenção primária com a atenção especializada, insuficiência de cobertura da atenção primária, recursos humanos capacitados insuficientes, necessidade de equipe multidisciplinar na atenção especializada, subnotificação dos registros de internação hospitalar, necessidade de padronização de protocolos terapêuticos e alta demanda de internação por lesões de pé secundário ao diabetes.

**Câncer de Colo Uterino e Mama:** necessidade de implantação dos Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento em Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero – SRC nos municípios polos do Estado, necessidade de implantação do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento para Câncer de Mama – SDM na capital, não inserção da Fundação Cecon no Sistema de Regulação – SISREG, dificuldade dos municípios de cumprirem o Protocolo de Acesso estabelecido pelo INCA e demora na contratação dos laboratórios credenciados para o atendimento da demanda de citopatológicos.

**Renal Crônico:** necessidade de definição de fluxo para o atendimento da nefrologia infantil, necessidade de clínica credenciada para o atendimento especializado em nefrologia infantil, déficit de profissionais especializados em nefrologia infantil nas urgências/ emergências e necessidade de otimizar o fluxo de pacientes a serem inseridos no SISREG pelo 28 de Agosto.

**Sobrepeso e Obesidade:** necessidade de efetivação da Linha de Cuidado nos três níveis de atenção.

**Doenças Raras** (em fase de implantação): necessidade de elaboração da Linha de Cuidado, definição de Serviço de Referência, habilitação e fluxos na rede.

Os principais sistemas de informação operacionalizados na Rede de Crônicos são o SISCAN – Sistema de Informação do Câncer, SIAPD – Sistema de Integração de Atenção ao Pé Diabético, SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial e o SIH/SUS - Sistema de Informação Hospitalar, entre outros. São apontados como principais entraves relacionados a esses sistemas, a falta de atualização dos dados; discrepância dos dados registrados no sistema com os dados referidos pelas unidades de saúde; dificuldade de acesso aos sistemas nos municípios do interior do estado devido



à problemas de conectividade da internet; treinamento insuficiente para os profissionais que manejam essas ferramentas.

### Organização da Rede

Os serviços assistenciais de média e alta complexidade dão-se a nível da capital, sendo os pacientes das regiões de saúde (municípios do interior) referenciados via sistema de regulação – SISREG.. A rede de Crônicos está configurada conforme Tabela 47.

**Tab. 47 Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do Amazonas por Tipo de Serviço e Rede de referência de MAC**

Tipo de Serviço	Rede assistencial de referência de Média e Alta Complexidade
Ambulatórios Especializados em Nefrologia:	Ambulatório Araújo Lima (Nefrologia Geral/Nefrologia Pediátrica); Policlínica Codajás ( Nefrologia Geral/ Nefrologia Pediátrica ); Policlínica Governador Gilberto Mestrinho (Nefrologia Pediátrica)
Ambulatórios Especializados em Nefrologia e Urgências	Serviços de Nefrologia habilitados como Unidades Especializada em DRC com hemodiálise e diálise peritoneal: Centro de Doenças Renais (CDR); PRONEFRO; Clínica Renal de Manaus; Centro de Diálise Deputado Francisco Bambolê (CEHMO) da FHAJ; Hospital Santa Júlia; Hospital Universitário Getúlio Vargas:
Atenção em Urgência	Hospitalar: os pacientes que apresentam quadro de agudização são admitidos nas Unidades de Urgência/Emergência, e em caso de não estabilização são hospitalizados na mesma unidade de saúde. - Hemodiálise ofertada nos Hospitais/ Pronto Socorro: HPS João Lúcio Pereira Machado (2 máquinas); HPS Platão Araújo ( 2 máquinas); HPS 28 de Agosto (3 máquinas). - Hemodiálise ofertada nos Hospitais/Pronto Socorro da Criança: HPSC Zona Sul; HPSC Zona Leste; HPSC Zona Oeste; Hospital Infantil Dr. Fajardo; Instituto da Criança do Amazonas (ICAM)

**Fonte:** SEAS Capital/Coord. Geral de Redes/SUSAM

Quanto à suficiência de serviços para atender aos pacientes renais crônicos, existe demanda reprimida referente à consulta com nefrologista (adulto e pediátrico) e acompanhamento pelo especialista em nefrologia pediátrica nas unidades de urgência/emergência.

### Diabetes (Pé Diabético)

Ambulatório Especializado: os usuários são referenciados do nível primário ao nível secundário de acordo com a classificação da lesão, em agravamento da lesão, os mesmos são referenciados ao nível terciário.

Hospitalar: os pacientes que apresentam complicações da lesão como infecções graves, ostiomielites, instabilidade hemodinâmica, neuropatias periféricas, deformidades e limitações da mobilidade articular são admitidos para internação.

Quanto a demanda reprimida detecta-se necessidade de aumento na oferta de Consulta com Vascular, acompanhamento com Especialista Vascular, Endocrinologista e Fisioterapia.





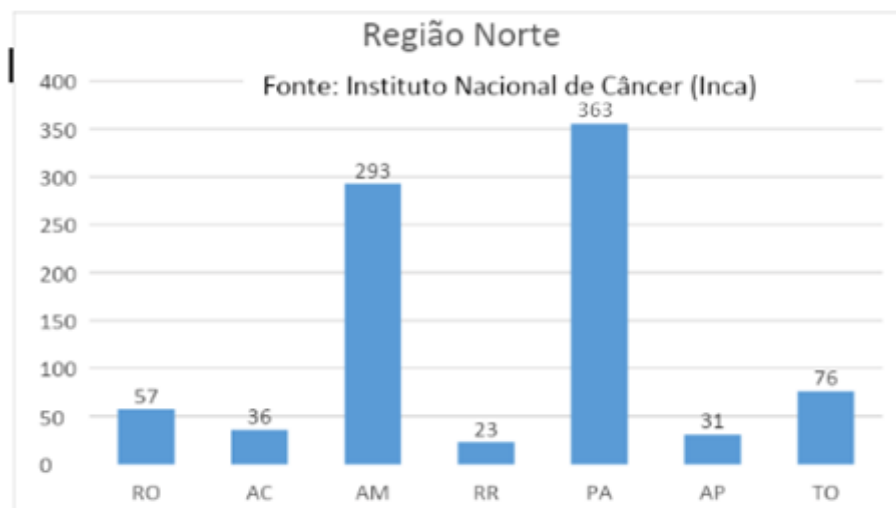
## Atenção Oncológica

### Câncer de Colo de Útero

A Organização Mundial da Saúde (OMS) registra que o câncer de colo de útero é o quarto tipo de câncer mais frequente em mulheres em geral e o segundo tipo de tumor mais frequente em mulheres que vivem em regiões menos desenvolvidas do mundo. Em 2018 foram 570 mil novos casos e 311 mil mulheres morreram pela doença, sendo que mais de 85% dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda.

Segundo estimativas do Inca, no Brasil, em 2017 houve 6.385 mortes pela doença. Os índices de mortalidade por região são: Norte 879, Nordeste 2.050, Sudeste 2.066, Sul 932 e Centro-Oeste 458. Os dados de mortalidade por estados da Região Norte são demonstrados no Gráfico 23:

**Gráf. 23 Mortalidade por Câncer de Colo de Útero por UF na Região Norte, 2017**



Fonte: INCA/MS

### Câncer de Colo Uterino no Amazonas

Em 2017, 293 mulheres morreram no estado do Amazonas pelo tumor; em 2018 foram 289 vítimas fatais da doença e em 2019, até outubro, o estado já somava 229 mortes pelo câncer de colo de útero, observando-se que a dificuldade no acesso de consultas e exames especializados, especialmente de mulheres residentes em municípios do interior do estado, resulta em adoecimento e óbitos não diagnosticados, portanto considera-se que existe subnotificação no registro do número de casos e mortes por essa patologia.

A estimativa do Instituto Nacional de Câncer (Inca) para 2018/2019 é de 16.370 novos casos de câncer de colo de útero no Brasil, uma taxa bruta de 15,43 para cada 100 mil mulheres. No Amazonas, estado com maior incidência, a taxa bruta é de 40,97 a cada 100 mil mulheres e para 2020 são esperados, segundo dados estimados pelo Inca, mais 700 casos novos só desse tipo de câncer.



Sendo um importante problema de saúde pública no Amazonas, o câncer de colo uterino deve ser enfrentado com esforço das três esferas gestora do SUS, passando pelos níveis de atenção primária, onde precisam ser melhoradas as coberturas vacinais de HPV, principal causa da doença, coleta do material para o exame preventivo e campanhas de alertas para os cuidados necessários, no nível de atenção de média e alta complexidade, a ampliação do acesso aos exames de apoio diagnóstico e o tratamento ambulatorial e hospitalar quando necessário.

A Fundação Cecon é um hospital de referência no tratamento de câncer e atende pacientes de toda a Região Norte. Entre as iniciativas estaduais para combate ao câncer de colo, foi idealizado pela FCEcon, o projeto “Ver e tratar o colo uterino”, que busca prevenir a doença, com a realização de conizações no interior do Amazonas. Atualmente, apenas a FCEcon faz o procedimento, recebendo mulheres de todos os municípios. A proposta do projeto é evitar o deslocamento para Manaus das mulheres portadoras de lesões precursoras de câncer de colo uterino, detectadas no preventivo. Estão previstos a realização de mutirões permanentes nos municípios estratégicos de referência nas Regiões de Saúde a cada seis meses, como em Itacoatiara, Borba, Manacapuru, Tabatinga, Parintins, Tefé e Coari. O projeto será coordenado pela equipe de médicos do serviço de Ginecologia da Fundação.

#### Organização da Rede

Os serviços de maior complexidade de diagnóstico e tratamento do câncer no Amazonas concentram-se em Manaus, e atendem como referência para todos os pacientes do interior do estado, sendo eles:

- Hospital da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCEcon), habilitado junto ao MS como Unacon, com serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica.
- Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) Hospital geral com Cirurgia Oncológica de complexo hospitalar.
- Instituto de Mama do Amazonas (Sensumed) Serviço de Radioterapia de complexo hospitalar.
- Serviços de Referência para o Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer (SRC), que funciona no Ambulatório Araújo Lima, unidade anexa ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), e nas Policlínicas Codajás, Gilberto Mestrinho, João dos Santos Braga, da rede estadual de saúde, Comte Telles e Castelo Branco, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Semsa).

Como principais ações de qualificação da atenção oncológica o Governo do Estado pretende atuar nas seguintes frentes:

Melhoria da qualidade da assistência ambulatorial em oncologia, com ampliação do apoio diagnóstico e terapêutico, articulada com a atenção domiciliar e atenção básica, implementando os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras de Câncer de colo de útero – SRCs da capital, dotando-os de equipamentos a serem adquiridos por meio de emenda parlamentar e ainda implantar seis SRCs em municípios de referência regional (Hospital de Borba Vó Mundoca, Hospital José Mendes (Itacoatiara), Hospital Jofre Cohen (Parintins), Maternidade Celina Villacrez (Tabatinga), Hospital Regional de Tefé e Hospital Geral de Manacapuru) os quais também deverão ser estruturados com recursos de emenda parlamentar.



Faz parte do planejamento ainda, a implantação de Serviços de Diagnóstico de Mama – SDMs , sendo previstos quatro para a Capital e três no interior. O estado também intenciona ampliar os serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, por meio da habilitação de mais um serviço de Unacon na capital.

Entre as metas da gestão estadual relacionadas às doenças crônicas previstas para os próximos quatro anos, estão a redução da taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doença respiratória crônica; Ampliação da razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.; e ainda, ampliação da razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.

#### **5.1.2.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD**

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, define, como propósitos gerais:

- proteger a saúde da pessoa com deficiência;
- reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social;
- prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Seu principal objetivo é propiciar atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde a atenção básica até a sua reabilitação, incluindo a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando se fizerem necessários.

#### **Organização e Funcionamento dos Serviços**

Os serviços de saúde devem se organizar como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde (ou Saúde da Família) como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.

Nas unidades especializadas, qualificadas para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência, a atenção será multiprofissional e interdisciplinar, com a presença da fisioterapia, da terapia ocupacional, da fonoaudiologia, e, dependendo da disponibilidade dos profissionais no município, também da psicologia e da assistência social. Neste nível será possível a avaliação de cada caso para, junto com a terapia, fazer a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, e o acompanhamento da adaptação aos equipamentos.

Os casos que demandam intervenção intensa e mais frequentes são atendidos em unidades de alta tecnologia ambulatorial ou hospitalar. Estas unidades atendem as pessoas que sofreram traumas recentes, caracterizando uma via de entrada para a atenção no SUS.

Entre os serviços que integram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência estão:



**Centros de Especializado em Reabilitação (CER)** que podem congregam duas ou mais especialidades de atenção conforme o tipo de deficiência, e deve colaborar com a rede de atenção à saúde de acordo com a sua capacidade de resolução. Realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no território.

O CER pode ser organizado das seguintes formas:

- CER II - composto por dois serviços de reabilitação habilitados;
- CER III - composto por três serviços de reabilitação habilitados;
- CER IV - composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados;

**As Oficinas Ortopédicas** são serviços ou estabelecimentos de saúde destinados à promoção do acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, por meio da dispensação, confecção, adaptação, manutenção, ajustes e pequenos consertos de próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM).

Os **Centro de Especialidade Odontológicos (CEO)** se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todas as pessoas com deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na atenção básica, que referenciará para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) apenas os casos que apresentarem necessidades específicas que demandam uma maior complexidade no atendimento.

Nesse sentido, os Centro de Especialidades Odontológicas qualificados para o Atendimento da Pessoa com Deficiência são estabelecimentos de saúde estão preparados para oferecer atendimento qualificado e resolutivo à pessoa com deficiência, considerando suas necessidades e especificidades.

Nos territórios, o atendimento deverá ser pautado seguindo os parâmetros do Decreto Federal nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, que considera pessoa com deficiência aquela que se enquadra nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, mental e múltipla, a saber:

- **Deficiência Física** – Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.
- **Deficiência Auditiva** – Perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.
- **Deficiência Visual** – Cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- **Deficiência Intelectual (Mental)** – Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.



- Deficiência Múltipla – Associação de duas ou mais deficiências.
- A matriz é composta por eixos de indicadores, que também servirão para priorização epidemiológica, e foi descrita na lógica das Regiões de Saúde, para um diagnóstico mais preciso. A matriz é composta por Indicadores da pessoa com deficiência e Indicadores de gestão.

### Situação da População com Deficiência no Amazonas

O Estado do Amazonas possui 1.054.055 pessoas com algum tipo de deficiência, que corresponde percentual de média de 30,25% do total da população. Desse total, 154.190 são pessoas com deficiência auditiva, 651.262 são pessoas com deficiência visual, 209.932 pessoas com deficiência motora e 38.671 são pessoas com deficiência intelectual, segundo o censo do IBGE 2010 demonstrado no quadro 9. É importante destacar que a proporção de pessoas com deficiência aumenta com a idade, passando de 4,3% nas crianças até 14 anos para 54% do total das pessoas com idade superior a 65 anos.

**Quadro 9: Tipos de Deficiências por Regiões de Saúde do Amazonas**

Região de Saúde	Número de Municípios	Tipo de Deficiência CENSO 2010			
		Auditiva	Física	Visual	Mental
Alto Solimões	9	8.168	13.392	31.172	2.022
Triângulo	6	4.291	7.179	17.889	1.669
Rio Negro/Solimões	8	9.554	15.724	40.420	2.822
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	12	100.933	126.400	436.986	22.608
Médio Amazonas	6	6.805	10.375	28.153	1.903
Juruá	6	4.110	6.303	15.591	1.347
Madeira	5	5.649	9.912	24.065	1.668
Baixo Amazonas	5	9.164	12.290	34.961	2.468
Purus	5	5.516	8.357	22.025	2.164
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>154.190</b>	<b>209.932</b>	<b>651.262</b>	<b>38.671</b>

Fonte: IBGE, 2010

Dados do Censo 2010 do IBGE mostram uma demanda crescente de Pessoas com Deficiência em 10 anos: 651.262 são deficientes visuais, 209.932 motores e 154.190 auditivos.

Entre os dois últimos censos, o número de pessoas com deficiência no Amazonas cresceu 96,8% e, no último censo, atingia 30,25% da população. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), em 2010, o Estado já contava com 790.647 pessoas com deficiência, contra 401.649, em 2000.

Levando em consideração o tipo de deficiência alegada, a visual (118%) – com 298,649 casos em 2000 – foi a que mais destacou, no Estado, na última década, seguida pela motora (60,11%) com 108,692 e auditiva (91,37%), 80,573 casos em 2000, respectivamente.

O Amazonas ocupa o 16º lugar no ranking nacional, estando abaixo de Estados da Região Norte como Amapá (12º) e Pará (13º), com 23,7% e 23,6%, respectivamente.

No ranking entre os Municípios do Amazonas, Manaus é a sexta colocada com 601.57 (33,38%) pessoas com algum tipo de deficiência, estando atrás de Iranduba (34,10%), Itapiranga (34,99%), Lábrea (36,53%) e Silves (37,04%).





O Censo 2010 revela ainda que, Manaus era, na altura, o terceiro Município com a maior taxa de Deficientes Visuais, 21,45% (386.603), perdendo apenas para Silves (21,51%) e Itapiranga (21,78%). No que se refere aos demais tipos de deficiência, a Capital Amazonense é a sétima colocada com o maior número de Deficientes Auditivos do Estado, 87.429 (4,8%) e a 29ª em deficiência motora, 107.945 (5,9%).

**Quadro 10 Número de Pessoas por Tipo de Deficiência por Região de Saúde e Município - Amazonas**

REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO SOLIMÕES							
MUNICÍPIO			POPULAÇÃO 2010	DEFICIÊNCIA			
				VISUAL	AUDITIVA	FÍSICO	INTELEC.
PRINCIPAIS PÓLOS	Tabatinga	Atalaia do Norte	15.153	1.672	466	571	61
		Benjamin Constant	33.411	5.069	1.283	1.907	384
		Tabatinga	52.272	7.939	1.963	2.996	480
	Santo Antônio do Içá	São Paulo de Olivença	31.422	3.712	1.132	2.093	298
		Amaturá	9.467	1.474	584	524	69
		Santo Antônio do Içá	24.481	3.426	894	1.709	312
		Tonantins	17.079	2.005	439	841	23
	Fonte Boa	Fonte Boa	22.817	3.458	872	1.623	248
		Jutaí	17.992	2.418	535	1.128	147
	<b>TOTAL</b>			<b>224.094</b>	<b>31.173</b>	<b>8.168</b>	<b>13.392</b>
REGIÃO DE SAÚDE DO MÉDIO AMAZONAS							
MUNICÍPIO			POPULAÇÃO 2010	DEFICIÊNCIA			
				VISUAL	AUDITIVA	FÍSICO	INTELEC
PRINCIPAL PÓLO	Itacoatiara	Itacoatiara	86.839	16.232	3.982	5.937	1.222
		Silves	8.444	1.816	442	750	119
		Itapiranga	8.211	1.788	338	646	101
		São Sebastião do Uatumã	10.705	1.852	491	552	70
		Urucará	17.094	3.178	796	1.267	116
		Urucurituba	17.837	3.282	761	1.226	271
		<b>TOTAL</b>	<b>149.130</b>	<b>28.148</b>	<b>6.810</b>	<b>10.378</b>	<b>1.899</b>





REGIÃO DE SAÚDE RIO NEGRO E RIO SOLIMÕES							
MUNICÍPIO			POPULAÇÃO 2010	DEFICIÊNCIA			
				VISUAL	AUDITIVA	FÍSICO	INTELEC
PRINCIPAIS PÓLOS	Coari	Coari	75.965	10.132	2.866	4.161	775
		Codajás	23.206	3.051	813	1.243	215
	Manacapuru	Novo Airão	14.723	1.961	600	676	177
		Anamá	10.214	1.507	211	507	96
		Anori	16.317	2.868	646	1.009	175
		Beruri	15.486	2.502	559	1.089	199
		Caapiranga	10.975	1.900	356	678	77
		Manacapuru	85.141	16.499	3.503	6.361	1.108
<b>Total</b>			<b>252.027</b>	<b>40.420</b>	<b>9.554</b>	<b>15.724</b>	<b>2.822</b>
REGIÃO DE SAÚDE MANAUS, ENTORNO E ALTO RIO NEGRO							
MUNICÍPIO			POPULAÇÃO 2010	DEFICIÊNCIA			
				VISUAL	AUDITIVA	FÍSICO	INTELEC.
PRINCIPAIS PÓLOS	São Gabriel da Cachoeira	São Gabriel da Cachoeira	37.896	5.757	1.786	2.350	201
		Santa Isabel do Rio Negro	18.146	1.765	554	675	67
		Barcelos	25.718	2.832	795	1.089	190
	Manaus	Manaus	1.802.014	386.603	87.429	107.945	19.530
		Presidente Figueiredo	27.175	5.163	1.270	1.127	223
		Iranduba	40.781	8.125	2.217	3.072	493
		Careiro da Várzea	23.930	5.098	1.033	1.361	430
		Careiro	32.734	3.524	940	1.440	163
		Manaquiri	22.801	3.376	855	1.585	279
		Rio Preto da Eva	25.719	3.780	845	1.064	196
		Autazes	32.135	5.923	1.477	2.229	426
Nova Olinda do Norte	30.696	5.040	1.732	2.463	410		
<b>Total</b>			<b>2.119.745</b>	<b>436.986</b>	<b>100.933</b>	<b>126.400</b>	<b>22.608</b>
REGIÃO DE SAÚDE DO PURUS							
MUNICÍPIO			POPULAÇÃO 2010	DEFICIÊNCIA			
				VISUAL	AUDITIVA	FÍSICO	INTELEC
PRINCIPAL PÓLO	Lábrea	Tapauá	19.077	3.832	1.134	1.706	473
		Canutama	12.738	2.235	575	594	108
		Lábrea	37.701	8.024	1.820	3.040	888
		Boca do Acre	30.632	5.368	1.505	2.110	568
		Pauini	18.166	2.565	482	908	128
<b>Total</b>			<b>118.314</b>	<b>22.024</b>	<b>5.516</b>	<b>8.358</b>	<b>2.165</b>



REGIÃO DE SAÚDE BAIXO AMAZONAS							
MUNICÍPIO		POPULAÇÃO 2010	DEFICIÊNCIA				
			VISUAL	AUDITIVA	FÍSICO	INTELEC.	
PRINCIPAL PÓLO	Parintins	Maués	52.236	8.250	2.048	3.100	628
		Boa V. do Ramos	14.979	3.102	605	1.031	215
		Barreirinha	27.355	4.457	1.288	1.942	422
		Parintins	102.033	16.066	4.572	5.311	979
		Nhamundá	18.278	3.086	651	906	224
<b>Total</b>		<b>214.881</b>	<b>34.961</b>	<b>9.164</b>	<b>12.290</b>	<b>2.468</b>	
REGIÃO DE SAÚDE RIO MADEIRA							
MUNICÍPIO		POPULAÇÃO 2010	DEFICIÊNCIA				
			VISUAL	AUDITIVA	FÍSICO	INTELEC.	
PRINCIPAL PÓLO	Humaitá	Borba	34.961	5.046	1.158	2.552	287
		Manicoré	47.017	5.240	1.578	2.715	336
		Novo Aripuanã	21.451	5.040	1.732	2.463	410
		Humaitá	44.227	7.133	1.455	2.566	573
		Apuí	18.007	2.892	490	671	139
<b>Total</b>		<b>165.663</b>	<b>25.351</b>	<b>6.413</b>	<b>10.967</b>	<b>1.745</b>	
REGIÃO DE SAÚDE TRIÂNGULO							
MUNICÍPIO		POPULAÇÃO 2010	DEFICIÊNCIA				
			VISUAL	AUDITIVA	FÍSICO	INTELEC.	
PRINCIPAL PÓLO	Tefé	Tefé	61.453	10.325	2.708	4.311	957
		Maraã	17.528	2.119	453	961	246
		Alvarães	14.088	1.729	437	633	126
		Juruá	10.802	1.716	325	731	245
		Uarini	11.891	1.338	253	368	70
		Japurá	7.326	662	115	175	25
<b>Total</b>		<b>123.088</b>	<b>17.889</b>	<b>4.291</b>	<b>7.179</b>	<b>1.669</b>	
REGIÃO DE SAÚDE DO JURUÁ							
MUNICÍPIO		POPULAÇÃO 2010	DEFICIÊNCIA				
			VISUAL	AUDITIVA	FÍSICO	INTELEC.	
PRINCIPAL PÓLO	Eirunepé	Carauari	25.774	5.028	1.089	1.951	411
		Eirunepé	30.665	4.150	1.232	1.827	500
		Envira	16.338	2.357	607	840	214
		Guajará	13.974	1.794	437	636	93
		Ipixuna	22.254	1.643	603	849	84
		Itamarati	8.038	619	142	200	45
<b>Total</b>		<b>117.043</b>	<b>15.591</b>	<b>4.110</b>	<b>6.303</b>	<b>1.347</b>	

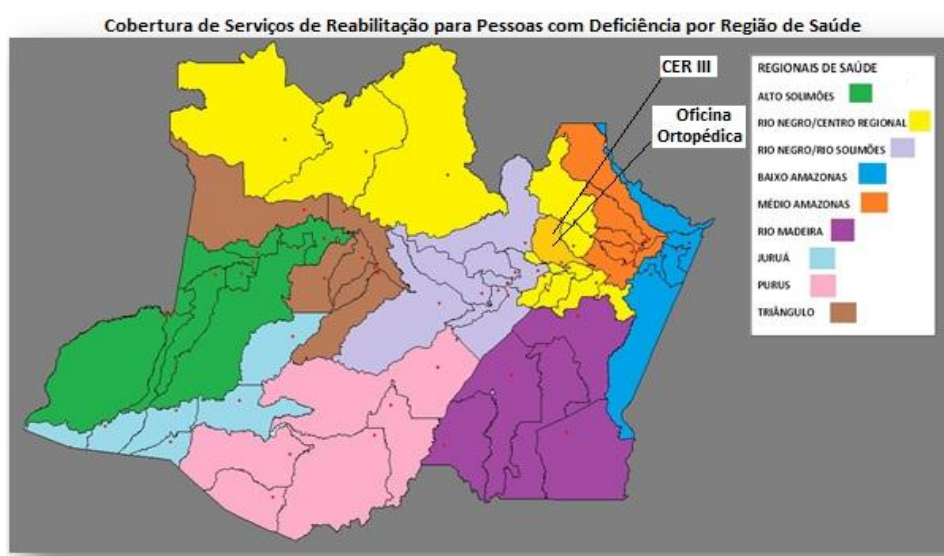
Fonte: Coord. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência/SEASC/SUSAM; IBGE



O atendimento à população com deficiência que necessita de reabilitação é realizado nos Centros Especializados em Reabilitação-CER e nas Oficinas Ortopédicas.

No Amazonas a oferta de serviços de reabilitação para Pessoa com Deficiência é extremamente incipiente, principalmente no interior, onde as ações acontecem de forma isolada. A rede especializada ainda está concentrada em Manaus, que possui a maior estrutura de serviços e profissionais especializados. O acesso aos profissionais e serviços dá-se de maneira insuficiente o que se configura como uma importante barreira para obtenção dos serviços pela população usuária. A rede da pessoa com deficiência entrecorta diversos pontos de atenção como sua porta de entrada, como Prontos Socorros, serviços de oncologia, usuários crônicos do sistema de saúde para os quais deverá prover reabilitação conforme suas necessidades.

### Mapa 10: Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência por Região de Saúde - Amazonas



**Fonte:** Coord. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência/SEASC/SUSAM; IBGE

Pretende-se, até 2024, habilitar pelo menos 01 (um) Centro Especializado em Reabilitação-CER em cada Região de Saúde. Uma das grandes dificuldades a serem superadas para a implementação da Rede é a carência de profissionais capacitados que atuem nos municípios do interior do Amazonas. Tal entrave somente poderá ser superado com o trabalho conjunto das Secretarias Municipais de Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde, no que diz respeito à contratação e Educação Permanente.

Para a definição dos Pontos de Atenção, foram escolhidos os municípios pólos das Regiões e/ou os que apresentam grande quantitativo de pessoas com deficiência de acordo com o Censo de 2010 do IBGE. As regiões de saúde priorizadas no Estado foram definidas com base no quantitativo populacional e indicadores epidemiológicos dos Municípios.

As Regiões de Saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, Rio Negro e Solimões e Médio Amazonas, por serem habitadas por mais de 70% da população do Estado e por apresentarem características geográficas favoráveis a organização das Redes de Atenção à Saúde, serão de prioridade temporal para a inauguração de Centros Especializados em Reabilitação (CER). A região do Baixo Amazonas, por ter o município do interior com maior população (Parintins) também será priorizada.

**Quadro 11: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Serviços Habilitados e que se encontram em processo de Habilitação – Amazonas**

Região de Saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro				
Município	Tipologia do CER	Modalidades atendidas	OBS	Previsão para habilitação
Manaus	CER II	Física e intelectual	Antônio Aleixo	2020
	Oficina Ortopédica Fixa	Física	Antônio Aleixo	Habilitada
	CER III	Física, visual e auditiva	Policlínica Codajás	Habilitado
	CER IV	Física, visual, auditiva e intelectual	Zona Norte	2020
	CER II	Física e intelectual	Apae	2020
	CER II	Física e visual	Adefa	2021
	CER II	Física e intelectual	CVI	Em fase de habilitação
	CER II	Física e intelectual	Abrigo Moacyr Alves	Em fase de habilitação
	CER II	Física e Intelectual	Semsa Manaus	2020
Nova Olinda do Norte	CER II	Física e intelectual	Pestalozzi	2020
Manaquiri	CER II	Físico e visual	-	2021
São Gabriel da Cachoeira	CER II	Físico e visual	-	2021

Fonte: Coord. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência/SEASC/SUSAM; IBGE



**Quadro 12: Identificação dos Serviços que deverão compor a RCPD por Região de Saúde - Amazonas**

REGIÃO DE SAÚDE	Município	População	PARÂMETRO CER			OFERTA DE CER			NECESSIDADE CER			OFICINA ORTOPÉDICA
			II	III	IV	II	III	IV	II	III	IV	Fixa ou Fluvial
ALTO SOLIMÕES	Amaturá	11.242										
	Atalaia do Norte	19.054										
	Benjamin Constant	41.329										
	Fonte Boa	19.669										
	Jutaí	15.824										
	Santo Antonio do Içá	23.075										
	São Paulo de Olivença	38.047	1						1			
	Tabatinga	63.635	1						1			1
	Tonantins	18.782										
MÉDIO AM	Itacoatiara	99.854	1						1			1
	Itapiranga	9.125										
	São Sebastião do Uatumã	13.421										
	Silves	9.211										
	Urucará	16.968										
	Urucurituba	22.148										
RN E SOLIMÕES	Anamá	12.978										
	Anori	20.196										
	Beruri	18.978										
	Caapiranga	12.820										
	Coari	84.762		1					1			
	Codajás	27.817										
	Manacapuru	96.460		1					1			1
	Novo Airão	18.586										
ENTORNO	Autazes	38.454	1						1			
	Barcelos	27.743										
	Careiro	37.399										
	Careiro da Várzea	29.190										
	Irlanduba	47.407		1					1			
	Manaquiri	30.222										
	<b>Manaus</b>	<b>2.130.264</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>1</b>		<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Nova Olinda do Norte	36.431		1						1		
	Presidente Figueiredo	34.574										
	Rio Preto da Eva	32.001										
	Santa Isabel do Rio Negro	23.765										
	São Gabriel da Cachoeira	44.553	1						1			



REGIÃO DE SAÚDE	Município	População	PARÂMETRO – CER			OFERTA DE CER			NECESSIDADE CER			OFICINA ORTOPÉDICA
			II	III	IV	II	III	IV	II	III	IV	Fixa ou Fluvial
PURUS	Boca do acre	34.176	1						1			1
	Canutama	15.490										
	Lábrea	44.861		1						1		
	Pauini	19.597										
	Tapauá	17.930										
BAIXO AM	Barreirinha	31.542										
	Boa Vista do Ramos	18.483										
	Maués	62.212		1						1		
	Nhamundá	20.902										
	Parintins	113.832		1						1		1
MADEIRA	Apuí	21.406										
	Borba	40.464		1						1		
	Humaitá	53.383		1						1		
	Manicoré	54.708		1						1		1
	Novo Aripuanã	25.112										
TRIÂNGULO	Alvarães	15.908										
	Japurá	4.205										
	Juruá	13.956										
	Maraã	18.531										
	Tefé	62.021		1						1		1
	Uarini	13.428										
JURUÁ	Carauari	28.337										
	Eirunepé	34.888	1						1			1
	Envira	19.492										
	Guajará	16.339										
	Ipixuna	28.299										
	Itamarati	8.128										
<b>TOTAL</b>		<b>4.063.614</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>9</b>

Fonte: IBGE – População estimada 2017

A partir da análise situacional e levantamento das necessidades, é necessário buscar alternativas para executar a proposta do Plano, o que exige diferentes tipos de recursos que permitem viabilizar sua realização. Observa-se a necessidade de fortalecimento das ações voltadas para uma política integral à pessoa com deficiência, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças/deficiências, comprometendo este Plano a ser revisado regularmente conforme a implantação das propostas de trabalho e monitorado pelo Grupo Condutor Estadual garantindo a integralidade da Assistência oferecida pela Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência da Secretaria de Estado de Saúde - SUSAM





### 5.1.2.6 Transplantes de Órgãos e Tecidos

O fortalecimento da política de transplantes é um das prioridades do Governo do Amazonas que, por meio da SUSAM, está investindo na reestruturação das unidades de saúde estaduais e na implementação da Central Estadual de Transplantes visando avançar na ampliação desses serviços no âmbito do estado.

A organização dos serviços se dá através da Central Estadual de Transplantes - CET, subordinada diretamente à Secretaria Executiva Adjunta de Atenção Especializada à Saúde da Capital da SUSAM é constituída pelo seguinte modelo administrativo: Coordenação Geral (CET, com funcionamento na sede da Secretaria de Estado da Saúde; Central de Transplantes do Amazonas (CTA), com funcionamento nas dependências da Fundação Hospital Adriano Jorge/FHAJ; Organização de Procura de Órgãos (OPO), com funcionamento no Hospital e Pronto Socorro João Lúcio; Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIDOTT), que funcionam no HPS 28 de Agosto, HU Getúlio Vargas, Fundação Hospital Adriano Jorge, Hospital Universitário Francisca Mendes, HPS João Lúcio e HPS Platão Araújo.

O estado conta ainda com um Banco de Olhos para receber doações de córneas. É no Banco de Olhos que as córneas doadas são avaliadas, processadas e preservadas. A unidade funciona 24 horas na Fundação Hospital Adriano Jorge e no Instituto Médico Legal, e conta com técnicos e médicos capacitados para realizar o processamento da córnea, da doação ao envio para o transplante.

Atualmente o estado do Amazonas realiza somente transplante de córnea. Em 2019 foram realizados 153 transplantes de córnea, sendo que desde 2015 não são realizados transplantes de fígado e em 2018 foi realizado o último transplante de rim pelo estado. Entre os fatores que contribuíram para essa paralisação, encontra-se o não cumprimento do prazo da etapa de credenciamento para transplante de rim e fígado, que é autorizada pelo Ministério da Saúde, em razão dos hospitais onde eram realizados os procedimentos, na maior parte estabelecimentos particulares, não mostraram interesse em continuar participando da oferta dos serviços, que necessita de equipes específicas e qualificadas para cada tipo de procedimento.

Para que o credenciamento pelo MS ocorra é necessário cumprir 4 etapas e o estado vem efetuando esforços no sentido de voltar com o credenciamento de estabelecimentos para realização de transplantes de rim e fígado, tendo expectativa que até o final de 2020 o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) estará apto a realizar transplantes de rim. O Hospital Delphina Aziz, pertencente a rede própria do estado, também encontra-se em processo de credenciamento, mas no momento ainda encontra-se na primeira fase do processo.



De acordo com o Complexo Regulador do Amazonas, como no âmbito do estado não são realizados transplantes de rins e fígado, os pacientes que demandam por esses órgãos são incluídos no Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), que é uma estratégia do SUS para prover a possibilidade de recuperação parcial ou total da saúde do paciente.

Pelos dados da CET/SUSAM e Complexo Regulador, o rim é o órgão mais requisitado para transplante no Amazonas e de 2015 a 2019 já foram transplantados cerca de 100 rins em amazonenses, existindo ainda 480 pessoas aguardando o transplante no Estado. Em relação ao transplante de fígado, aproximadamente entre 200 a 250 pessoas encontram-se na fila de espera, 10 a 15 na espera de um pulmão e de 15 a 20 aguardando um coração.

As doações de órgãos, a partir de doadores falecidos no Amazonas, iniciaram em 2011. Desde então, foram captados 306 rins e 40 fígados. Já as captações de córneas (tecidos) iniciaram em 2004, totalizando até o momento 3.818 doações. Os órgãos doados no Amazonas são ofertados para a Central Nacional de Transplantes (CNT), órgão que fica em Brasília e é responsável por localizar um receptor em um ranking nacional. Uma vez feita essa identificação, o órgão é enviado para o estado onde se encontra o receptor.

O Banco de Olhos do Amazonas, que possui 16 anos de existência, conseguiu em 2018 zerar a fila para transplante, com as doações captadas, permitindo, inclusive, enviar córneas para atender pacientes de outros sete estados brasileiros – Brasília, Bahia, Maranhão, Maceió, Minas Gerais, Pará e Paraíba.

Um dos desafios para o aumento de transplantes é o alto percentual de pessoas que recusam a doação dos órgãos de potencial doador falecido. No Amazonas, um dos motivos para a recusa da família em realizar a doação é a falta de confirmação, em vida, do potencial doador. De acordo com a Central de Transplantes, 69% das famílias negam a doação por desconhecer a vontade do parente em relação ao assunto. Entre as estratégias de enfrentamento foi instituído o Dia Nacional de Incentivo à Doação de Órgãos, comemorado na data 27 de setembro, como forma de conscientizar a sociedade sobre a importância da doação e, ao mesmo tempo, incentivar que as pessoas conversem com seus familiares e amigos sobre o assunto, deixando claro o desejo de ser doado.

A partir da experiência exitosa com o banco de olhos, onde o Amazonas tem uma fila praticamente zerada, a gestão da SES/AM, pretende para os próximos anos ampliar os serviços de transplante, principalmente o renal, que representa a maior demanda no estado, estando também no planejamento, partir para outros transplantes mais complexos, como de fígado e coração.



### 5.1.3 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), visa à garantia do acesso a medicamentos e insumos para toda população, assim como aos serviços farmacêuticos, baseado nos princípios constitucionais e nas suas doutrinas, destacando entre eles: a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização e a hierarquização.

Garantir acesso a todos, seguindo esses princípios, em um país continental, sem dúvida não é uma tarefa fácil. Por isso, após a institucionalização do SUS como política pública para a saúde no Brasil, realizou-se a inclusão formal da Assistência Farmacêutica como estratégia do SUS por meio da Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada na Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. (BRASIL, 1998). Já em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF foi concebida a partir das deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), realizada em setembro de 2003, tendo dado origem a Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde.

A PNAF demarcou a Assistência Farmacêutica como uma política norteadora para a formulação de políticas setoriais e a definiu como “um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional”. (BRASIL, 1998; 2005).

Destaca-se que a eficiente estruturação e a gestão da Assistência Farmacêutica se configuram como um desafio para gestores e demais profissionais que atuam no SUS, uma vez que as ações desenvolvidas nessa área não devem se limitar apenas aos processos logísticos da disponibilização de medicamentos. Essas ações exigem também a promoção do cuidado ao paciente, a definição de responsabilidades e o estabelecimento de planos para cada esfera de governo, de acordo com as competências estabelecidas. (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011)

A oferta de medicamentos no SUS é organizada em três componentes que integram atualmente o Bloco de Custeio no Grupo da Assistência Farmacêutica - Básico, Estratégico e Especializado, além do Programa Farmácia Popular. Com exceção do Farmácia Popular, em todos os outros componentes o financiamento e a escolha de qual componente o medicamento fará parte é tripartite, ou seja, a responsabilidade é da União, dos estados e os municípios.

Para saber quais medicamentos estão disponíveis, é necessário consultar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). A Rename é uma lista orientativa e cabe a cada estado e município estabelecer sua própria relação de medicamentos de acordo com suas características epidemiológicas. A Rename contempla os medicamentos e insumos disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e está dividida em Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), além de determinados medicamentos de uso hospitalar. Hospitais possuem descrição nominal própria de tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais do SUS.



## Componente Básico

Os medicamentos que estão disponíveis no Componente Básico da Assistência Farmacêutica são destinados à Atenção Básica à Saúde. A responsabilidade pela aquisição, seleção, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, além da distribuição e dispensação destes medicamentos é dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Os recursos federais são repassados mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e/ou municipais de saúde com base na população IBGE.

Financiamento do CBAF Componente Básico da Assistência Farmacêutica: A Portaria GM/MS 3193, de 09/12/2019 alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28/09/2017 para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica - CBAF no âmbito do SUS. Os critérios de repasse federal consideram a base populacional (IBGE 2019) e o valor por habitante por ano.

**Tabela 48 Financiamento Federal para Componente Básico de Assistência Farmacêutica:  
Valor per capita por Grupo IDHM**

Grupo IDHM –	Valor habitante/ano
Muito baixo	R\$ 6,05
Baixo	R\$ 6,00
Médio	R\$ 5,95
Alto	R\$ 5,90
Muito Alto	R\$ 5,85

Fonte: Portaria GM/MS 3193/2019

O Valor de contrapartida estadual e municipal não foi alterado, permanecendo em R\$ 2,36 per capita, conforme especificado no artigo 537 da Portaria de Consolidação GM/MS No. 06 de de 28 de setembro de 2017, sendo que esses recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presente na RENAME vigente.

## Componente Estratégico

Os recursos financeiros do Ministério da Saúde para o componente Estratégico são para aquisição de medicamentos de programas considerados estratégicos no cuidado da saúde, também dispensados na rede básica de saúde. São medicamentos para o tratamento de Tuberculose, Hanseníase, o Combate ao Tabagismo, para a Alimentação e Nutrição e para as Endemias Focais (Ex: Malária, Leishmaniose, Dengue, dentre outras), Coagulopatias e DST/AIDS. Esses medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados e/ou municípios de acordo com programação informada pelos Estados e Municípios.

A aquisição dos medicamentos do Componente Estratégico é responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo realizada de forma centralizada e sendo os medicamentos repassados aos Estados para que os mesmos distribuam aos Municípios.



### **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

No CEAF, o acesso aos medicamentos ocorre de acordo com critérios definidos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) publicados pelo Ministério da Saúde. Os PCDTs definem as linhas de cuidado para cada condição clínica, indicando a melhor abordagem terapêutica em cada situação, com base nas melhores evidências disponíveis. Os medicamentos que fazem parte do elenco do CEAF são descritos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Sigtap). A Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do CEAF no âmbito do SUS, apresenta a divisão do elenco de medicamentos em três grupos e define as responsabilidades de financiamento entre os entes federados:

- Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, subdividido em:
  - Grupo 1A: medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal;
  - Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos para aquisição pelas secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal;
- Grupo 2: medicamentos financiados e adquiridos pelas secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal;
- Grupo 3: medicamentos financiados de acordo com as normativas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos PCDTs como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas no CEAF.

### **Assistência Farmacêutica no Amazonas**

A Central de Medicamentos do Amazonas (CEMA), órgão vinculado à Secretaria de Estado de Saúde (Susam), foi criada através do Decreto 22.464 de 17/01/2002, com a finalidade de coordenar, controlar, distribuir e supervisionar o abastecimento dos insumos às unidades de saúde do estado e ainda avaliar tecnicamente os procedimentos farmacêuticos referentes à rede assistencial. Em 2007 por meio da Lei Delegada nº 77 de 18/05/2007 a CEMA passou a ser responsável pela formulação, operacionalização e implementação da Política Estadual de Medicamentos e Produtos para a Saúde, por meio de ciclo operativo da assistência farmacêutica, fundamentada na Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde.

No que se refere as atribuições dadas à CEMA a partir de 2007, observa-se que o referido órgão manteve o foco na sua atribuição original, relacionada as ações voltadas para a coordenação, aquisição, controle, supervisão e distribuição dos medicamentos e insumos de saúde, não conseguindo avançar na discussão para construção de uma política estadual de saúde voltada para assistência farmacêutica. A partir de 2019 a SUSAM decidiu criar uma coordenação específica para essa política, a Coordenação de Assistência Farmacêutica do Estado do Amazonas





Para a criação, foi levada em consideração a importância de organizar e estruturar a assistência farmacêutica na capital e no interior, além da necessidade de qualificar os serviços que têm os medicamentos como seus insumos essenciais.

A Coordenação visa atender as Secretaria Executiva Adjunta da capital e interior para fortalecer os serviços de assistência farmacêutica e, como consequência, ampliar o acesso da população a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. Sendo de responsabilidade da Coordenação de Assistência Farmacêutica o aprimoramento e a integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, responsável e humanizada à população.

Entre os objetivos da Coordenação está a promoção do acesso ao uso racional de medicamentos; acompanhar e avaliar os serviços que envolvem medicamentos dentro da Susam; e elaboração de programas de capacitação periódica para farmacêuticos do Estado.

Os integrantes da Coordenação deverão se articular com as demais áreas técnicas da Susam para a execução dos serviços referentes à assistência farmacêutica.

A Coordenação fica responsável pelos trabalhos realizados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do Estado, com o objetivo de regulamentar e padronizar os medicamento e produtos para saúde utilizados nas unidades do Estado. Outro ponto importante é que a Coordenação garante participação no Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário da Susam.

Ressalta-se que um dos objetivos principais dessa ação de gestão da SUSAM é a de responder um processo que já tinha sido apontado no Plano Estadual de Saúde anterior, que falava da necessidade da aproximação da política de assistência farmacêutica das redes de atenção à saúde. Sendo uma política transversal, a assistência farmacêutica precisa dialogar com todas as redes de atenção à saúde e a prática dos componentes que estruturam a assistência farmacêutica (componentes básicos, estratégicos, especializados e medicamentos de uso hospitalar e insumos) e a efetivação de toda uma política voltada para esses componentes dentro do SUS.

Além da criação da coordenação, algumas outras conquistas da política de assistência farmacêutica podem ser apontadas como a ampliação do acesso da população aos medicamentos do componente especializado (CEAF) por meio da descentralização das farmácias. Foram implantadas farmácias na Fundação Alfredo da Mata, Fundação Hospitalar de Hematologia e Homoterapia do Amazonas (FHemoam) e no município de Humaitá. Estão em funcionamento também nos Caimis Ada Viana e Paulo Lima. Há estudos para a implantação na Policlínica Codajás e futuramente da Policlínica Zeno Lanzini. Também há projetos para os municípios de Parintins, Coari e Manacapuru.

Também houve melhoria no nível de abastecimento dos medicamentos do CEAF que fechou 2019 em torno 90% e ainda ampliação de recursos captados junto ao MS passando de R\$ R\$3.779.956,56 em 2017 para R\$ R\$ 4.619.327,97 em 2019.

Na CEMA, a criação da Gerência de Planejamento, permitiu um avanço significativo em relação a compra de medicamentos e produtos para saúde, o resultado foi uma melhoria no abastecimento que fechou 2019 com um percentual de aproximadamente 61,59%. Houve ainda o aprimoramento da distribuição de medicamentos e PPS, por meio da implantação do Ajuri em praticamente todos os municípios do Amazonas. A ambiência na Central de Medicamentos também recebeu melhoria





visando a Humanização do atendimento no Setor de Processos Administrativos/Judiciais, que agora conta uma área de recepção e atendimento específico para esses pacientes

### **Desafios e Metas**

Entre os principais desafios e metas do estado para a Assistência Farmacêutica no Amazonas, para os próximos quatro anos, são citados:

Pactuação das Coordenações de Assistência Farmacêutica nos 62 municípios para facilitar o diálogo com a gestão estadual e o apoio necessário aos municípios no enfrentamento das dificuldades específicas existentes no nível municipal

O Estado também intenciona a regularização da contrapartida estadual para financiamento da assistência farmacêutica básica, sob responsabilidade da atual gestão da SUSAM.

Em relação aos impactos e alternativas frente ao novo financiamento da A.F, a proposta é realizar estudo avaliativo sobre a mudança de financiamento do componente básico, qual o impacto dele nos municípios e se os municípios vão receber mais ou menos com a mudança do financiamento do governo federal.

Outro desafio envolve a pactuação e aprovação de um elenco Básico de Medicamentos que deve ser ofertados nos municípios. A ideia é pactuar entre as coordenações de assistência farmacêutica que serão implementadas, fazer uma padronização. Minimamente, todos os municípios ofertarão determinada quantidade de medicamentos.

O estado vai fortalecer o processo de planejamento visando avançar no percentual de abastecimento de medicamento das unidades de saúde da capital e interior.

Em relação à concentração do acesso aos medicamentos do componente especializado na capital, a meta é avançar na descentralização do CEAF para mais unidades da Capital e Interior. Também se pretende melhorar o acesso dos usuários do componente estratégico,

O Estado também está projetando a implantação de um sistema de distribuição de dose individualizada nas unidades de saúde do estado, promovendo racionalidade e segurança no uso de medicamentos

Outra frente é intensificar as discussões que afetam o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica, onde estão previstos a realização de fóruns para discutir o avanço da judicialização de medicamentos e suas consequências para o sistema de saúde, entre outros..

A SUSAM pretende avançar na implementação e consolidação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) como instância colegiada para deliberações relacionadas a padronização de medicamentos e insumos da Rede de Atenção à Saúde.

Outra meta desafiadora é implantar um novo sistema de informação no CEAF. O sistema atualmente utilizado, o Sismedex encontra-se desatualizado, e a proposta é usar um novo sistema interligado com as unidades que possibilite ter informações desde a entrada do medicamento até a saída ao destinatário final.



Está previsto também consolidar a implementação do Sistema Ajuri em todas as unidades de saúde do interior. Pretende-se ainda melhorar o fluxo de acesso dos usuários aos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica com as demais Coordenações da Rede de Atenção à Saúde. (CESAF).

Atualmente o estado apresenta pendências em relação a sua contrapartida da assistência farmacêutica básica para os municípios, situação essa que pretende-se regularizar à partir de 2020.

Além desses aspectos, também é intenção do estado incentivar a formação de consórcio de saúde, principalmente para medicamentos e produtos para a saúde. O estado integra o Consórcio de Saúde da Amazônia Legal e pretende realizar a 1ª Compra Compartilhada de medicamentos do CEAF via esse consórcio, o que considera-se um grande avanço, haja vista a economicidade e praticidade que esse processo possibilita.

## 5.2 Vigilância em Saúde

Em 12 de junho de 2018 foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS é um documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância.

A PNVS é definida como uma política pública de Estado e função essencial do SUS, de caráter universal, transversal e orientadora do modelo de atenção à saúde nos territórios. Sua efetivação depende de seu fortalecimento e articulação com outras instâncias do sistema de saúde, enquanto sua gestão é de responsabilidade exclusiva do poder público.

### Vigilância em Saúde no Amazonas

As ações de Vigilância em Saúde sob responsabilidade estadual são desenvolvidas através de uma fundação pública sediada em Manaus, denominada Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS/AM), a qual tem por finalidade institucional a promoção e proteção à saúde, mediante ações de vigilância epidemiológica, sanitária, laboratorial, ambiental e controle de doenças, incluindo educação, capacitação e pesquisa, para a melhoria da qualidade de vida da população amazonense. Instituída pela Lei nº 2.895 de 03 de junho de 2004, a FVS/AM está vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (Susam).

Em 2009 o Governo do Estado instituiu o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde - SEVES, que compreende o conjunto de ações e serviços de saúde voltado à detecção e análise de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas necessárias para a promoção da saúde e à prevenção e controle de riscos, doenças e agravos à saúde. (Código Sanitário do Amazonas - Lei Complementar nº 70/2009 de 03/12/2009).



A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - FVS/AM, atua de forma preventiva, articulada e planejada visando dar suporte técnico, capacitação, monitoramento e supervisão aos 62 municípios do Amazonas, com o fim de minimizar e/ou mitigar os danos sobre a saúde da população amazonense. As atividades da FVS/Am ocorrem tanto na capital como nos municípios do interior, distribuídos nas 9 regiões de saúde do estado. Entre as principais ações desenvolvidas pela FVS/AM destacam-se:

- Gerir os Sistemas Estaduais de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental de Saúde.
- Gerir o Sistema Estadual de Laboratório de Saúde Pública.
- Coordenar ações integradas de controle de surtos, epidemias e outras situações inusitadas ou risco à saúde pública que venham a ocorrer nos municípios.
- Gerir os sistemas de informação nacional de das áreas sob sua competência, adaptando-os às necessidades estaduais.
- Desenvolver os sistemas de informações necessários à execução de suas atividades.
- Coordenar e promover as atividades de educação em saúde e mobilização social, de abrangência estadual, referentes à área de vigilância em saúde.
- Estimular, coordenar e executar estudos e pesquisas aplicadas nas áreas de sua competência.
- Coordenar e acompanhar: as atividades de vigilância em saúde nos 62 municípios do estado; As metas e os recursos financeiros federais e estaduais repassados aos municípios, destinados às áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de doenças.
- Fomentar e executar programas de desenvolvimento de recursos humanos nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de doenças, atendendo as demandas da FVS – AM e o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde.
- Desenvolver cooperação técnico-científico nacional e internacional nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de doenças.
- Coordenar e mobilizar os recursos necessários junto com outros órgãos afins, para implementação das ações relacionadas a situações emergenciais de risco químico, físico, nucleares e ambientais.

### **Avanços e aspectos a melhorar na área de Vigilância**

São ressaltados como os principais pontos positivos na vigilância do estado:

:Na área de vigilância ambiental, destaca-se que o Amazonas registrou 63.361 casos de malária no período de janeiro a dezembro de 2019, uma redução de 14% em relação ao mesmo período de 2018, quando foram registrados 73.433 casos.

A maior redução da malária foi a causada por *Plasmodium falciparum*, que é o responsável pelas formas mais severas da doença, com 16% de redução, o que corresponde a 1.417 casos a menos em relação ao ano anterior. Os municípios com maior incidência de casos foram São Gabriel da Cachoeira, Barcelos, Manaus e Santa Isabel do Rio Negro.

Ainda em 2019 foram realizados 669.763 exames para diagnóstico de malária e o tratamento de 63.361 pacientes com a doença. O Governo do Estado, por meio da FVS, realizou a distribuição e instalação de 125.750 mosquiteiros impregnados para a população de 49 municípios prioritários



para prevenção de malária, além da distribuição de 1.502.236 medicamentos (antimaláricos) aos 62 municípios do estado.

Cobertura vacinal - Outro resultado positivo, foi o encerramento da epidemia de sarampo e o controle da gripe H1N1. O governo do estado promoveu de forma intensificada as ações de imunização e controlou a epidemia de sarampo, iniciada em 2017 no estado. Para a contenção do surto de H1N1, no início de 2019, o Governo do Amazonas conseguiu, de forma pioneira, antecipar a vacinação nacional para o estado, o que possibilitou a interrupção da transmissão do vírus e novos óbitos pela doença. O Amazonas foi destacado pelo Ministério da Saúde como o estado com o maior percentual de cobertura entre as outras unidades federativas do Brasil, com 1.170.658 doses aplicadas, tendo uma cobertura de 103,15%.

No ano de 2019, o estado do Amazonas enfrentou a maior epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave já registrada, o que acarretou, por parte da FVS/AM, na mobilização da rede de atendimento emergencial público e privada, da rede de educação pública e privada, universidades e outras organizações, para a contenção da epidemia. Diante deste cenário epidemiológico foram desenvolvidas as seguintes ações:

No combate a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e H1N1, além das ações já citadas, foram desenvolvidas as seguintes ações:

- Declaração de emergência em saúde pública por Influenza H1N1 no estado do Amazonas (Decreto Estadual Nº 40.344, de 27 de fevereiro de 2019);
- Monitoramento e investigação dos casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) nas unidades básicas de saúde e hospitalares de Manaus e em municípios do interior;
- Formalização da Comissão Interinstitucional de Enfrentamento à Transmissão do Vírus Influenza H1N1 (Decreto Estadual Nº 40.322, de 25 de fevereiro de 2019)
- Elaboração de plano de contingência para vírus respiratório, que posteriormente foi adequado para as ações de enfrentamento da pandemia relacionada ao coronavírus.
- Capacitação para profissionais de saúde de 32 municípios do Estado sobre ações de controle epidemiológico de Síndromes Gripais e de Síndromes Respiratórias Agudas Graves no Amazonas, com ênfase na influenza A (H1N1) e no Vírus Sincicial Respiratório, incluindo o fluxo de atendimento e manejo clínico dos pacientes.

Para melhorar as coberturas vacinais em menores de cinco anos, foram realizados pela primeira vez no estado o “Seminário de Vigilância das Coberturas Vacinais e Qualidade de Dados do Estado do Amazonas” e a “Oficina de Integração e Planejamento Estratégico de Vigilância, Controle de Doenças e Atenção Básica”, com a participação dos 62 municípios.

Ainda na área de imunização, as secretarias municipais de saúde também obtiveram apoio do governo federal, que repassou R\$ 1.525.225 para aquisição de 71 câmaras refrigeradas, que irão atender 60 municípios do estado do Amazonas, no intuito de melhorar as condições de funcionamento da Rede de Frio para armazenamento de vacinas,

Destaca-se ainda como ponto positivo a melhoria do serviço diagnóstico, que refletiu no reconhecimento do Laboratório de Saúde Pública (Lacen-FVS) como o melhor laboratório de diagnóstico de tuberculose dentre os outros Lacen's do país, bem como o credenciamento da



unidade como Laboratório de Referência Macrorregional para o diagnóstico de tuberculose da região Norte.

Outra avaliação importante foi a manutenção da Certificação do Lacen pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro), o que o torna o único Lacen do país a receber esta acreditação em todos seus ensaios..

Houve também intenso monitoramento da vigilância sanitária com 27.249 inspeções realizadas pelos municípios do Amazonas. Em Manaus foram realizadas 237 inspeções sanitárias de média e alta complexidade nas áreas de produtos, serviços e engenharia.

Como reforço na estrutura física nos municípios do interior, visando manter em pleno funcionamento as atividades de vigilância em saúde, houve em 2019 o repasse de equipamentos a 27 municípios. Entre eles: 11 kits do VIGIÁGUA, 06 microscópios, três botes de seis metros com motor de 40 HP; sete freezers; seis geladeiras; 32 pulverizadores, um veículo tipo pick-up L200, quatro TVs 5”, três telefones sem fio, quatro scanners, quatro impressoras, nove tablets, uma câmera fotográfica, seis HDs externos, uma mesa de som e uma caixa amplificadora.

No que se refere a Educação em Saúde, e buscando manter sua missão de capacitar profissionais de saúde, a FVS realizou também 149 cursos em vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária, laboratorial e sistemas de informação, com 3.049 profissionais de nível superior e 6.426 profissionais de nível médio treinados na capital e interior do estado, totalizando 8.475 profissionais treinados.

Também foram desenvolvidas outras ações relevantes através de outros importantes programas de promoção e prevenção, como o voltado à diminuição de acidentes no trânsito, o de combate à violência sexual e as brigadas estaduais contra o Aedes aegypti. A partir de 2019 iniciou-se o processo de transferência das atividades referentes à Saúde do Trabalhador que eram desenvolvidas pelo DABE/SUSAM para a FVS/AM.

### **Aspectos que necessitam ser aperfeiçoados:**

Entre os principais problemas para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde no Amazonas, são destacados:

- Insuficiência de RH para atender às demandas de vigilância (novas doenças emergentes como zika e chikungunya, execução de programas VIGIÁGUA, VIGIPEQ, VIGISOLO, VIGIAR: desligamento de profissionais temporários, crescente número de aposentadorias e pedidos de demissão, licenças-prêmio, LIP, etc.; Insuficiência de recursos financeiros para a manutenção da FVS; Fragmentação de espaço físico em 5 diferentes áreas da cidade de Manaus, gerando dificuldades de comunicação, técnicas e administrativas e onerando custos de manutenção.
- A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas não possui sede própria, gerando um dispêndio anual de R\$ 1.176.000,00 referente às despesas com aluguel.
- O Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas, pertencente a FVS/AM e integrante do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB, tem entre suas competências oferecer suporte técnico-operacional a outros Laboratórios Centrais da Região Norte, assim como coordenar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises laboratoriais





de interesse da Saúde Pública, no entanto, o LACEN encontra-se funcionando em espaço inapropriado, fazendo-se necessária a construção de uma nova sede, levando em consideração que as reformas realizadas nos últimos 3 anos custaram em torno de R\$ 3 milhões.

- O Programa Nacional de Imunização, coordenado pela FVS/AM, encontra-se sediado fisicamente na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, no entanto, as câmaras frias, apesar de estarem acondicionadas conforme os padrões de volume de vacinas recebidas nos últimos três anos, estão em espaço inadequado, dividindo espaço com o setor técnico administrativo do referido programa.

São apontados ainda alguns aspectos relacionados à gestão municipal, que interferem na execução de ações da Vigilância em Saúde do estado:

- Baixo comprometimento de parte dos gestores municipais e pouco interesse de alguns dos profissionais de saúde que trabalham nos programas; Atrasos no pagamento dos servidores nos municípios, questões políticas e interferências ambientais no processo de transmissão de doenças; Insuficiência de recursos financeiros para a execução das ações de vigilância; Gestão inadequada por parte de muitas Prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde quanto aos recursos federais transferidos para a Vigilância em Saúde ou outros grupos de Financiamento de despesas, que afetam a execução das ações de saúde no município; Desastres naturais (grandes enchentes e secas), dificultando o acesso às medidas preventivas, assistência e diagnóstico de doenças endêmicas, bem como suas medidas de controle; Insuficiência de RH para atender às demandas de vigilância;

Alta rotatividade de RH capacitado em função de ausência de política de fixação de profissionais de saúde no interior, duplicando os custos da FVS com capacitação, além de resultar em operação deficiente da vigilância. Dificuldades nas capacitações por falta de espaço físico adequado em alguns municípios; Falta de Computadores e internet, ocasionando falha para alimentar os sistemas de informação em tempo hábil; sistemas de informações com alimentação irregular.

Como medidas de intervenção para solução ou mitigação dos problemas são apontadas:

- Ampliação do quadro de pessoal para dar suporte as novas necessidades de serviço e substituição da mão de obra perdida em razão de demissões, aposentadorias e morte; garantir no orçamento da saúde recursos necessários para custeio e investimento em Vigilância em Saúde considerando o planejamento setorial e atividades programadas; Dotar a FVS/Am de infra estrutura adequada para o exercício de suas responsabilidades, garantindo espaço físico e equipamentos para o funcionamento adequado de suas atividades; Viabilizar a presença mais efetiva do estado nas Regiões de Saúde, criando estruturas para coordenação de ações da gestão estadual no território regional, incluindo as ações de gestão, atenção e vigilância em saúde.

O estado pretende avançar na vigilância em saúde no quadriênio 2020-2023, enfocando principalmente nas ações:

Imunização: Implantação do Programa Vacina Amazonas para melhoria da cobertura vacinal nos municípios e garantia do fornecimento e monitoramento das doses de vacina tríplice viral a serem aplicadas pela rede de atenção básica; Inclusão no calendário estadual a nova vacina Meningo ACWY (conjugada), que protege contra meningite e infecções generalizadas, causadas pela bactéria meningococo.





Implantação de Núcleos de Segurança do Paciente e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar nos hospitais de municípios do Amazonas; Controle da Tuberculose: Ampliação o teste de Prova Tuberculínica (PPD) para os municípios; Interiorização do Projeto Vida no Trânsito em municípios do Amazonas; Realização de ensaios laboratoriais de interesse da saúde pública; Realização de reforma e aparelhamento (mobiliário) do Laboratório Central de Saúde do Amazonas (LACEN) e Laboratório de Fronteira (LAFRON);

Implantação da norma NBR NM ISO 15.189 - Certificação de Laboratórios de Análises Clínicas – Requisitos especiais de qualidade e competência”, visando a acreditação do LACEN/AM; Redução dos casos autóctones de malária do estado do Amazonas; Implantação do Programa de Vigilância da Qualidade da Água de consumo humano em municípios do estado do Amazonas; Implantação do Sistema de Informação de Vigilância Sanitária para acompanhamento das ações de vigilância sanitária dos municípios do estado do Amazonas; Capacitação em licenciamento Sanitário dos municípios do Amazonas para orientar quanto a Lei da Liberdade Econômica (Lei Federal n. 13.874, de 20 de setembro de 2019); Implantação do Projeto Castramóvel para atender aos municípios do estado do Amazonas.

## **6. Políticas de Regionalização e Gestão da Saúde**

### **6.1 Regionalização da Saúde**

A Regionalização da Saúde é entendida enquanto um processo de organização das ações e serviços de saúde numa determinada região, visando a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade.

O principal foco da regionalização no SUS é garantir o direito à saúde, estando entre os seus principais objetivos a promoção da integralidade da atenção à saúde; a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, potencialização do processo de descentralização de ações e serviços para o nível regional e municipal e ainda corrigir ou mitigar as desigualdades sociais e territoriais e a promoção da equidade.

#### **O Estado do Amazonas e a Regionalização da Saúde**

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2019, indicam que o Amazonas é o maior estado do Brasil, correspondendo a 18% do território nacional com uma extensão territorial de 1.559.161.682km<sup>2</sup>, ocupando cerca de 30% da Amazônia Legal. Tem uma população geral estimada de 4.144.597 habitantes residentes em 62 municípios, sendo que mais de 52% das pessoas vivem na capital, Manaus, que possui 1.559.168.142 habitantes. Em torno de 80% da população reside em áreas de densidade urbanas e apenas 20% nas áreas rurais. Além da capital, apenas dois municípios (Parintins e Itacoatiara) possuem uma população de mais de 100.000 habitantes. Em 24 (39%) dos 62 municípios a população é menor do que 20 mil habitantes. Destaca-se, dentre os aspectos demográficos, a estrutura etária, evidenciando-se que a população do estado do Amazonas é ainda significativamente jovem, tendo cerca de 38,5% de concentração da pirâmide populacional na faixa etária menor de 19 anos de idade .



O estado possui dimensões continentais e baixa densidade populacional, sendo esta uma das menores do país, com 2,6 habitantes/km<sup>2</sup>. As pessoas estão dispersas em locais com difícil acesso e comunicação para os padrões modernos de interação, configurando cenários que por si só desafiam a construção do processo de regionalização e implantação de políticas únicas de saúde. Esses aspectos, somados à existência da maior população indígena do país, orientam para a adoção de políticas diferenciadas e adequadas aos valores dessa realidade.

Outro aspecto relevante é que o estado do Amazonas faz fronteiras internacionais com o Peru, a Colômbia e a Venezuela. São 7.000km de extensão de fronteira. Essas particularidades exigem a configuração de estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento que possam conformar sistemas públicos de saúde regionais com diferentes recortes territoriais, incluindo regiões fronteiriças, reservas indígenas e populações ribeirinhas, como é o caso específico desse estado, com a maior bacia hidrográfica do mundo. Uma característica relevante do estado do Amazonas é a de que nele está localizada a maior floresta e a maior bacia hidrográfica do mundo, com mais de 23.000km de vias navegáveis, as quais servem de ligação entre os municípios. As águas configuram a malha de deslocamento para os habitantes locais, que se deslocam por meio de barcos e aviões de pequeno porte, surpreendendo planejadores acostumados com as malhas rodoviária e aérea. Os municípios são cortados por grandes rios em cujas margens estão as localidades, propriedades e habitações ribeirinhas.

Um desafio para a regionalização do sistema de saúde refere-se ao fato de que grande número de pequenos agrupamentos populacionais estão sediados em locais com difícil acesso, com sistema de transporte insuficiente para o deslocamento ágil e constante, calcado principalmente nas características de vias fluviais, apresentando precárias estruturas de saneamento básico. O transporte fluvial, embora predominante, não alcançou adequado desenvolvimento tecnológico e sustentável em termos de conforto, acessibilidade, segurança e confiança. Essas características estão presentes na maioria dos sessenta e dois municípios amazonenses. Municípios iguais, sob o ponto de vista de atribuições constitucionais, mas ao mesmo tempo desiguais para a gestão da política de saúde. Essa desigualdade se acentua no Amazonas devido às características geográficas, demográficas e socioeconômicas, exigindo abordagens avançadas em equidade locorregional, o que ainda é estranho ao planejamento tradicional, que rasura diversidade em nome de homogeneidades. Segundo Oliveira (2008), há uma heterogeneidade regional e intrarregional que não permite generalizações e tipologias ideais.

A natureza da descentralização é, essencialmente, de um processo em construção. No caso da Amazônia, o grau de autonomia, mobilização e inovação dos municípios estaria associado à capacidade de vocalização de suas demandas e gestão dos serviços públicos de saúde. Pode-se dizer que quanto menor o porte populacional dos municípios da região, maior é a dificuldade de se garantir arranjos institucionais que correspondam às necessidades legais de construção do SUS e direitos da população em todos os aspectos da cultura e cidadania. A experiência de regionalização em outros estados (Rio Grande do Sul, em POSSA et al., 2002; BAHIA, 2009; ESPÍRITO SANTO, 2011) corrobora empiricamente os achados de Oliveira (2008), de que as experiências exitosas com a descentralização da gestão do SUS se deram, em sua maior parte, em municípios de médio e grande porte, os quais tinham como característica o fato de serem referência regional, o que exemplifica os termos com que a regionalização tem sido atualmente pensada.



Os dados demonstram que, na maioria dos municípios abaixo de 100 mil habitantes – dependendo de seu tamanho, densidade demográfica e distância da capital –, existem dificuldades para cumprir o estabelecido pelas normas do Ministério da Saúde e pela legislação do SUS. Esses limites foram apontados como parte das insuficiências no processo de descentralização, processo este que deveria prever uma tríade de autonomias relativas (política, financeira e administrativa), algo que não se encontra em boa parte dos municípios brasileiro e, em especial, dos municípios da Amazônia.

A literatura especializada demonstra que os êxitos da descentralização são mais difíceis de serem constatados nos municípios onde não há economia autossuficiente e onde há baixa densidade populacional ou de recursos tecnológicos, isso se não houver efetiva solidariedade das esferas estadual e federal (OLIVEIRA, 2008). Para a Amazônia, o tratamento diferenciado é essencial, impondo a discussão de um novo modelo de regionalização que considere a condição de que não existe a possibilidade de colocar em todos os municípios o mesmo estilo de capacidade tecnológica, com os mesmos valores e produtos que servem às regiões de característica inversa (ou diversa). Tal processo deve ser diferenciado, não podendo se traduzir em normativas únicas impostas especialmente por parte do ente federal, que não deu conta, até o momento, de contemplar em seus arranjos institucionais a complexa e heterogênea sociobiodiversidade brasileira (OLIVEIRA, 2008).

No caso da Amazônia Legal, estudos demonstram que a maior capacidade instalada do SUS coincide com a organização dos polos mais dinâmicos da economia na região. Essas cidades são aquelas que têm melhores condições para captação de recursos, dadas as suas capacidades de gestão e de instalação de serviços, especialmente no caso da saúde. Novamente, a demonstração comparativa onde um modelo apresentado como ideal é usado para assinalar a deficiência do diverso.

De acordo com a pesquisa realizada por Oliveira (2008), o financiamento da saúde não contribuiu para reduzir as desigualdades, ou seja, os ganhos de escala geralmente estão em oposição à alocação de recurso de forma mais equânime, considerando que as distâncias geográficas e o tempo para percorrê-las podem inviabilizar completamente o acesso aos serviços de saúde, principalmente se estiverem concentrados apenas nas capitais. É o caso das estruturas de atenção especializada que se concentram nos municípios acima de 100 mil habitantes na Amazônia Legal e que não se constituem em referência possível para parte da população que não pode acessá-los.

O SUS tem compromisso de garantir, para regiões de menor capacidade instalada e tecnológica, o investimento e o custeio dos programas. Além das necessidades em saúde, outro fator que deve ser incorporado como critério da alocação de recursos, compreendendo a necessidade de uma política de investimento mais equitativa, é o da acessibilidade geográfica. Tal aspecto, segundo o estudo de Oliveira (2008), não é contemplado pela lógica normativa dos programas nacionais, não se adequando, portanto, às realidades locorregionais da Amazônia.

Considerando as razões já elencadas, ao planejar as políticas públicas e, em especial, a regionalização da saúde na Amazônia, deve-se considerar as peculiaridades regionais, tais como: a baixa densidade demográfica em um espaço geográfico continental, o conjunto de acidentes geográficos que fazem parte das “várias amazônias” e que dificultam o acesso aos serviços públicos, além do mosaico étnico-cultural e socioeconômico característico da Amazônia Legal (OLIVEIRA, 2008). Tais critérios poderão permitir que, dependendo da capacidade de inovação,



gestão e tecnologia, um município de porte populacional menor possa pactuar serviços e atender outro de porte maior, e viceversa. Para isso, mesmo que alguns municípios não tenham capacidade de oferta adequada, devem ser dotados de serviços de saúde, considerando a questão da acessibilidade geográfica como essencial para a organização dos serviços nessa região específica.

Há de se considerar, nessa realidade, a necessidade de desenvolver estratégias que possibilitem a participação de um grande número de atores na Região de Saúde que, em conjunto com o governo federal, poderão encontrar alternativas capazes de minimizar as iniquidades territoriais. Nesse sentido, é importante que o financiamento da saúde permita uma diversificação de políticas e investimentos que contemplem as necessidades de saúde vinculadas a essas especificidades. Vale ressaltar que, para avançar na construção de processos de descentralização com regionalização nesse território, é de suma importância a articulação com as políticas de desenvolvimento sustentável regional (LIMA et al., 2012).

As peculiaridades do território anteriormente demonstradas e a contiguidade territorial não são os únicos critérios e possibilidades de desenho das regiões. Segundo Viana et al. (2008), a regionalização é o resultado da pactuação política entre os entes federados no planejamento territorial, em que é fundamental a solidariedade organizacional pelos usos do território, mais que a contiguidade, delimitação, nomeação e hierarquização de áreas geográficas. Esses autores consideram que, na construção de regiões de saúde, há fixos (capacidade instalada, estruturas, etc.) e fluxos (os pactos constituídos, em permanente mutação e o andar da vida) dinamizados por racionalidades diversas e “acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território” (VIANA et al., 2008).

Entre os desafios a serem enfrentados para a construção da regionalização, destaca-se a necessidade de ampliar a participação ativa dos atores em processos pedagógicos e de educação permanente em saúde que tenham como foco a gestão regionalizada do sistema de saúde. Essa gestão regionalizada deve estar comprometida com os desafios locais de tal forma que oportunize aos gestores, trabalhadores, usuários e formadores a possibilidade de reflexão e aprendizagem capazes de operar as mudanças necessárias na implementação das regiões de saúde e das redes de atenção, como também na articulação e cooperação interfederativa solidária – estratégias fundamentais para a construção do direito a saúde no país.

A construção da regionalização tem como desafio a organização de uma rede de atenção que respeite a diversidade territorial e que supere as iniquidades que caracterizam o Brasil, não só pela sua dimensão continental, mas, sobretudo, pela histórica desigualdade social, política e econômica. A superação dessa realidade demanda um projeto nacional de desenvolvimento sustentável articulado com políticas públicas consistentes, efetivas e coerentes com a realidade de cada local. Para tanto, as políticas sociais e econômicas devem ser integradas, com forte articulação entre os diversos campos de atenção à saúde no território, com responsabilidade solidária entre os entes federados e com a gestão intersetorial das políticas.

O grau de complexidade de um sistema de saúde está associado mais à dificuldade de organizar e garantir arranjos institucionais de acordo com as necessidades de saúde em um território específico, do que à capacidade de incorporação de equipamentos mais sofisticados. Portanto, sem a introdução de variáveis como extensão territorial, densidade demográfica, sexo, idade, etnia, capacidade de arrecadação e acesso aos meios de informação, e sem levar em conta a realidade social, histórica, econômica e epidemiológica, será impossível construir arranjos institucionais para dotar o sistema de saúde da complexidade necessária para cada região.



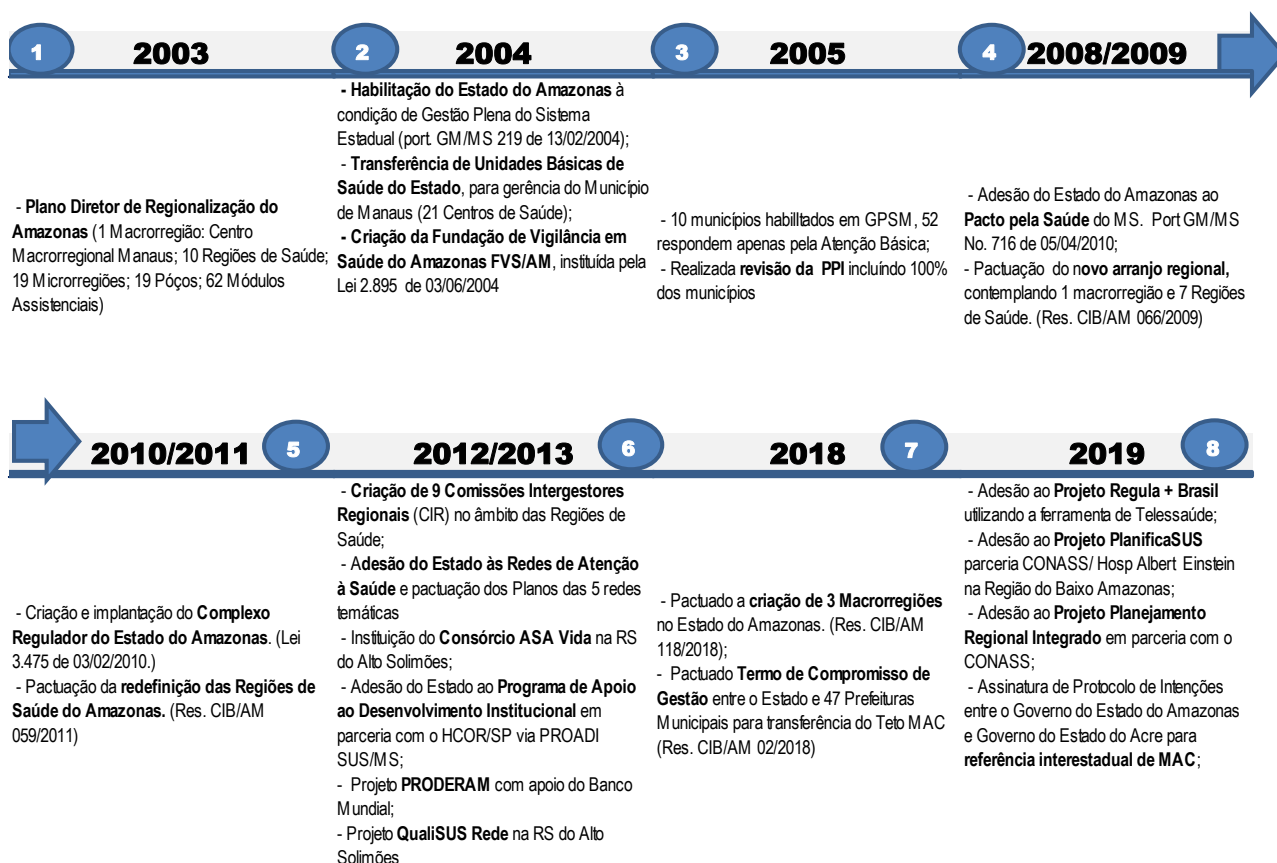


A real implementação das alternativas depende das condições político-técnico-administrativo-financeiras e dos sujeitos implicados no processo, significando que, para que a organização regional tenha êxito, todos devem participar e definir o desenho mais adequado para garantir a atenção à saúde necessária – uma vez que não é possível organizar um sistema sem a participação de quem trabalha, utiliza e acumula sabedoria sobre a saúde no cotidiano.

As propostas de regionalização da atenção à saúde representam o resultado da construção política e institucional do SUS nessas três décadas, cujo objetivo é avançar no exercício da gestão compartilhada, da cooperação interfederativa, da superação da dicotomia entre centralização e descentralização, e da efetiva participação da sociedade. Fundamentalmente, é preciso avançar na organização e ampliação do acesso e da qualidade do cuidado da saúde na população brasileira, e em especial na Região Amazônica, de forma que a regionalização não se caracterize como instrumento regulatório, normativo e cartorial, mas que ela seja efetivamente emancipatória, produtora de vida, construtora da universalidade, da equidade, da integralidade na atenção à saúde e da sustentabilidade.

Ao longo da última década, o estado passou por vários momentos que marcaram as tentativas de consolidar a regionalização da saúde, conforme as normativas vigentes, sendo os principais eventos, os elencados na linha de tempo (Figura 2) a seguir:

**Fig. 2 Marcos do Processo de Regionalização da Saúde no Amazonas**



Fonte: DEPLAN/SUSAM



Em 2003 o estado do Amazonas traçou o Plano Diretor de Regionalização, tendo como base as orientações da NOAS/SUS e somente a partir de 2010 foram criados os primeiros colegiados regionais, à época denominados Colegiados de Gestão Regional, sendo que nesse período também houve a adesão do Amazonas ao Pacto Pela Saúde, tendo também aderidos ao pacto em questão apenas os municípios de Manaus, Parintins e Borba, o que representava xx% do total dos municípios amazonenses. Com o advento do Decreto 7508/2011, houve pactuação de novo arranjo regional, onde foram definidas 9 Regiões de Saúde e criadas as respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIR) conforme Quadro 13, e ainda nesse período, o estado aderiu à proposta do MS de organização de Redes de Atenção à Saúde e neste contexto foram aprovados os respectivos Planos de implantação e implementação das mesmas. Desde então o Estado vem empreendendo esforço no sentido de planejar e executar as orientações nacionais no que concerne a Regionalização e implantação das Redes de Atenção à Saúde e ao mesmo tempo viabilizar a gestão e atenção à saúde considerando os aspectos que diferenciam o estado e tornam mais difíceis uma regionalização solidária e sustentável.

**Quadro 13: Regionalização Amazonas: Quadro Sintético da Organização Regional**

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde /CIR	Município Referência Regional	Municípios por RS	População Total Região/Macrorregião de Saúde	%Pop Macrorreg/RS	Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)	Área Territorial Km2	Densidade Demográfica Hab/Km2
<b>CENTRAL</b>	RS Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	Manaus	12	2.576.049	61,7	2	365.262,962	7,1
	RS Rio Negro e Solimões	Manacapuru	8	297.949	7,2	2	157.195,660	1,9
	RS Purus	Lábrea	5	132.588	3,3	1	250.414,730	0,5
	<b>Subtotal Macrorregião</b>	-	<b>25</b>	<b>3.006.586</b>	<b>72,5</b>	-	<b>772.873,352</b>	<b>3,9</b>
<b>LESTE</b>	RS do Rio Madeira	Humaitá	5	199.609	4,8	2	221.082,560	0,9
	RS do Médio Amazonas	Itacoatiara	6	172.997	4,2	1	58.386,280	3,0
	RS Baixo Amazonas	Parintins	5	250.599	6,1	1	68.395,330	3,7
	<b>Subtotal Macrorregião</b>	-	<b>16</b>	<b>623.205</b>	<b>15,0</b>	-	<b>347.864,170</b>	<b>1,8</b>
<b>OESTE</b>	RS Juruá	Eirunepé	6	137.818	3,3	1	93.204,640	1,5
	RS Triângulo	Tefé	6	125.121	3,2	1	131.990,950	0,9
	RS Alto Solimões	Tabatinga	9	251.867	6,2	3	213.235,030	1,2
	<b>Subtotal Macrorregião</b>	-	<b>21</b>	<b>514.806</b>	<b>12,4</b>	-	<b>438.430,620</b>	<b>1,2</b>
<b>Total</b>		<b>9</b>	<b>62</b>	<b>4.144.597</b>	<b>100,0</b>	-	-	-

**Fonte:** DEPLAN/SUSAM; IBGE População Estimada para o TCU 2019, Res. CIB/AM 059/2011 e Res. CIB/AM 118/2018

### Planejamento Regional Integrado - PRI

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é um processo ascendente e participativo que visa o fortalecimento da organização das Macrorregiões de Saúde por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e à construção de Planos Regionais/Macrorregionais de Saúde. O planejamento regional integrado será elaborado no âmbito da região de saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela Comissão Intergestores Regional – CIR.

O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolve os três entes federados. Este planejamento expressa as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e a integralidade da atenção à saúde.





## Planejamento Regional Integrado no Amazonas

Com base nas Resoluções CIT No. 23/2017 que “Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS” e No. 37/2018 que “Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização de macrorregiões de saúde.”, a gestão da SUSAM à época decidiu aderir a proposta do Ministério da Saúde referente ao PRI, e para tanto, foi instituído Grupo Condutor responsável pela coordenação do processo do Planejamento Regional Integrado no âmbito do estado do Amazonas, conforme Portaria no. 0697/2018 – GSUSAM de 20/09/2018. Foram pactuadas na CIB/Am conforme Resolução CIB/AM No. 118 de 18 de junho de 2018, cronograma de atividades e as seguintes Diretrizes para orientação o processo de Planejamento Regional Integrado no Amazonas:

- ✓ Planejamento Regional Integrado tem a finalidade de organizar e integrar os serviços na macrorregião, região, microrregião, município, além de sistematizar os fluxos dos atendimentos interestaduais e internacionais, nos diferentes níveis de complexidade, expressando as responsabilidades dos gestores, por meio da construção do Plano Macrorregional.
- ✓ A CIR como espaço de articulação e pactuação entre os entes federativos, permitindo discussões propositivas de aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS.
- ✓ Participação efetiva das CIR na construção dos planos macrorregionais, considerando os planos municipais de saúde.
- ✓ O processo do PRI deve ser elaborado com base na atenção básica e na organização da rede de atenção à saúde.
- ✓ A institucionalização desse processo efetivará um novo modelo de financiamento na saúde, baseado na alocação global dos recursos.
- ✓ O monitoramento da execução dos planos macrorregionais é uma atribuição da CIB, articulando as CIR.

Foi apresentado como produto, uma proposta de alteração do desenho regional, passando de 1 macrorregião de saúde, para a conformação de 3 macrorregiões, Quadro 14 e Mapas 11, 12, 13 e 14, conforme a seguir:

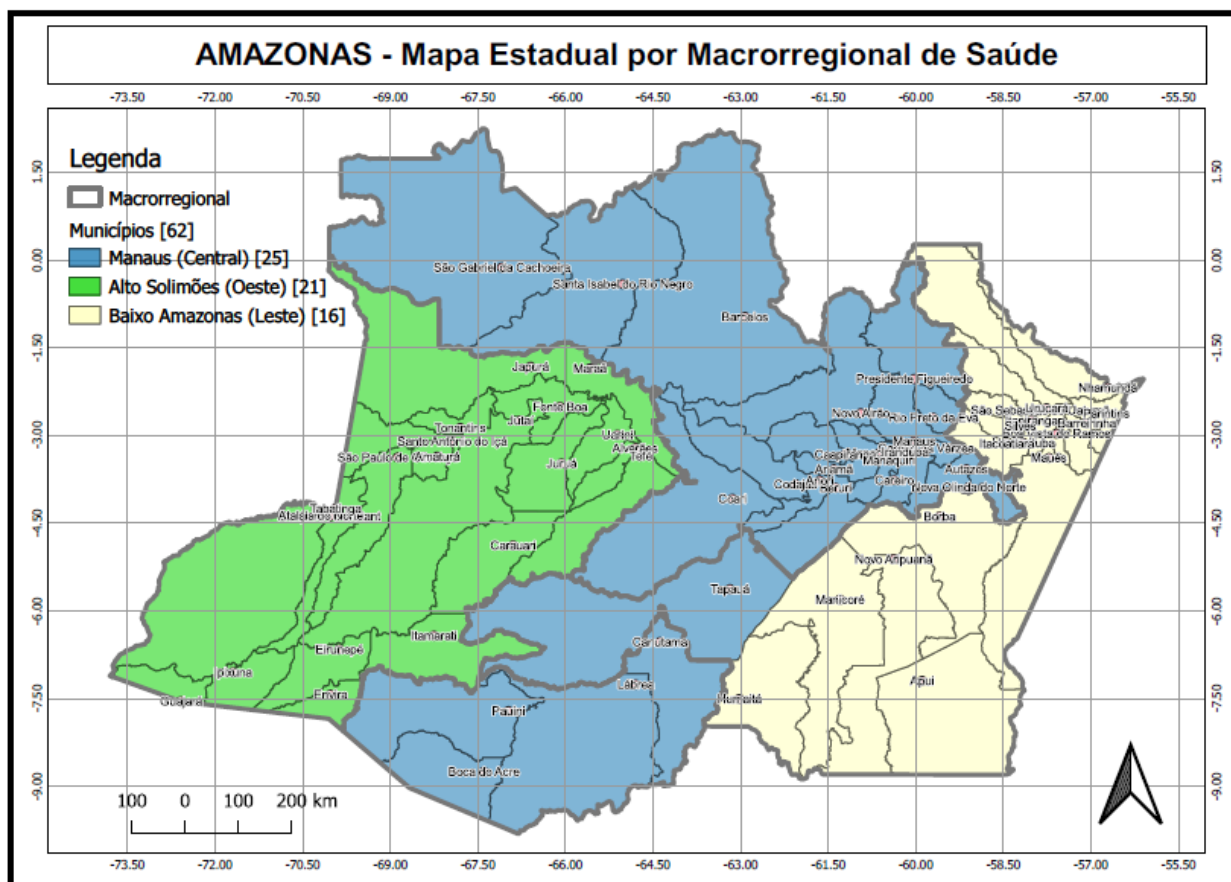
**Quadro 14: Macrorregiões de Saúde – Amazonas, 2018**

NÍVEL REGIONAL: MACRORREGIÃO	QUANT.: 03
DESCRIÇÃO	NÍVEL DE
<p><b>Macrorregião Central:</b> Compreende as Regiões: Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, Rio Negro e Solimões e Regional Purus. Os serviços mais complexos se concentrarão em Manaus ou em outro município de referência da macrorregião.</p> <p><b>Macrorregião Leste:</b> Compreende as Regiões: Rio Madeira, Médio Amazonas e Baixo Amazonas. Os serviços mais complexos se concentrarão em Parintins ou em outro município de referência da macrorregião.</p> <p><b>Macrorregião Oeste:</b> Compreende as Regiões: Regional Juruá, Triângulo e Alto Solimões. Os serviços mais complexos se concentrarão em Tefé ou em outro município de referência da macrorregião.</p>	<p>Estrutura necessária de serviços de alta complexidade (atenção terciária) distribuído no município de referência na macrorregião.</p>

Fonte: Res. CIB/AM 118/2018;

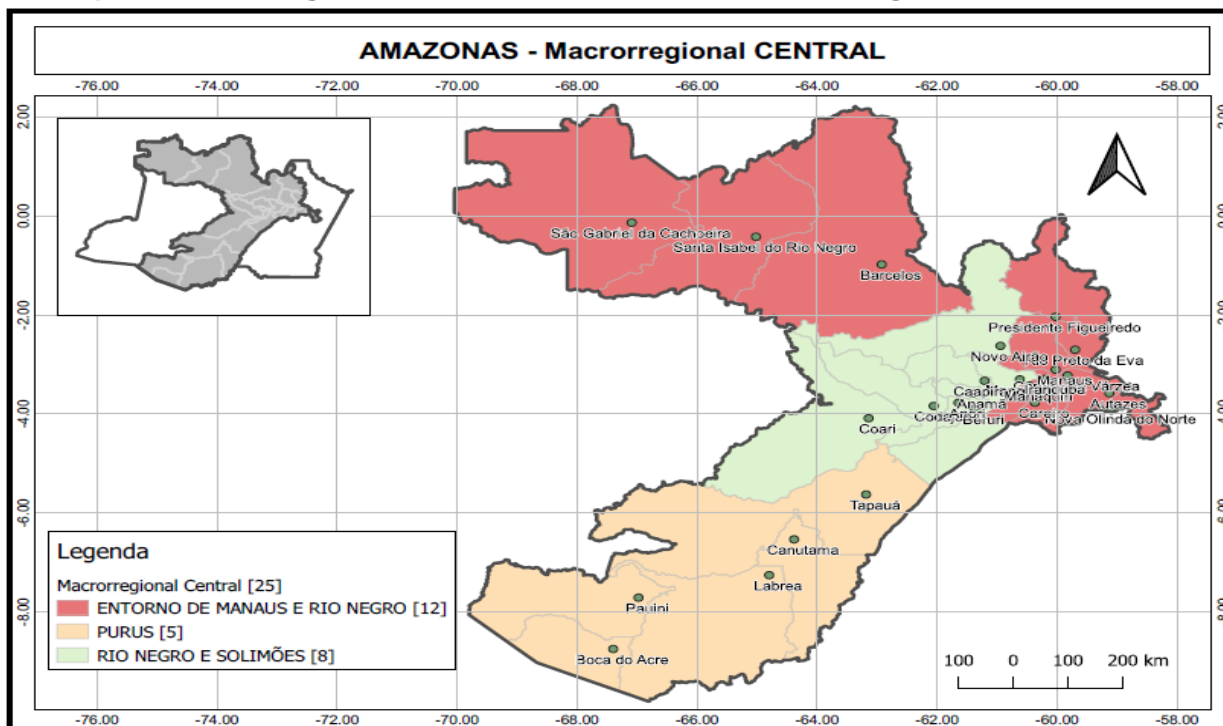


Mapa 11 Macrorregiões de Saúde do Amazonas - 2018



Fonte: Res. CIB/AM 118/2018; FVS/AM

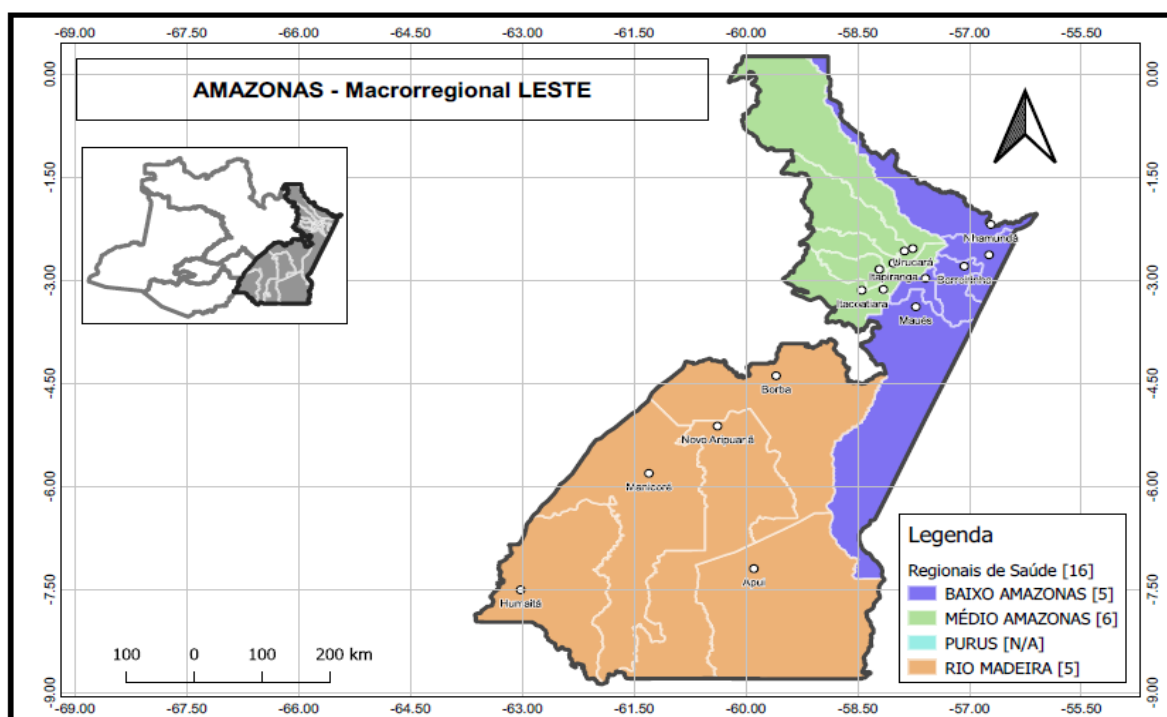
Mapa 12 Macrorregiões de Saúde do Amazonas – Macrorregião Central, 2018



Fonte: FVS/AM

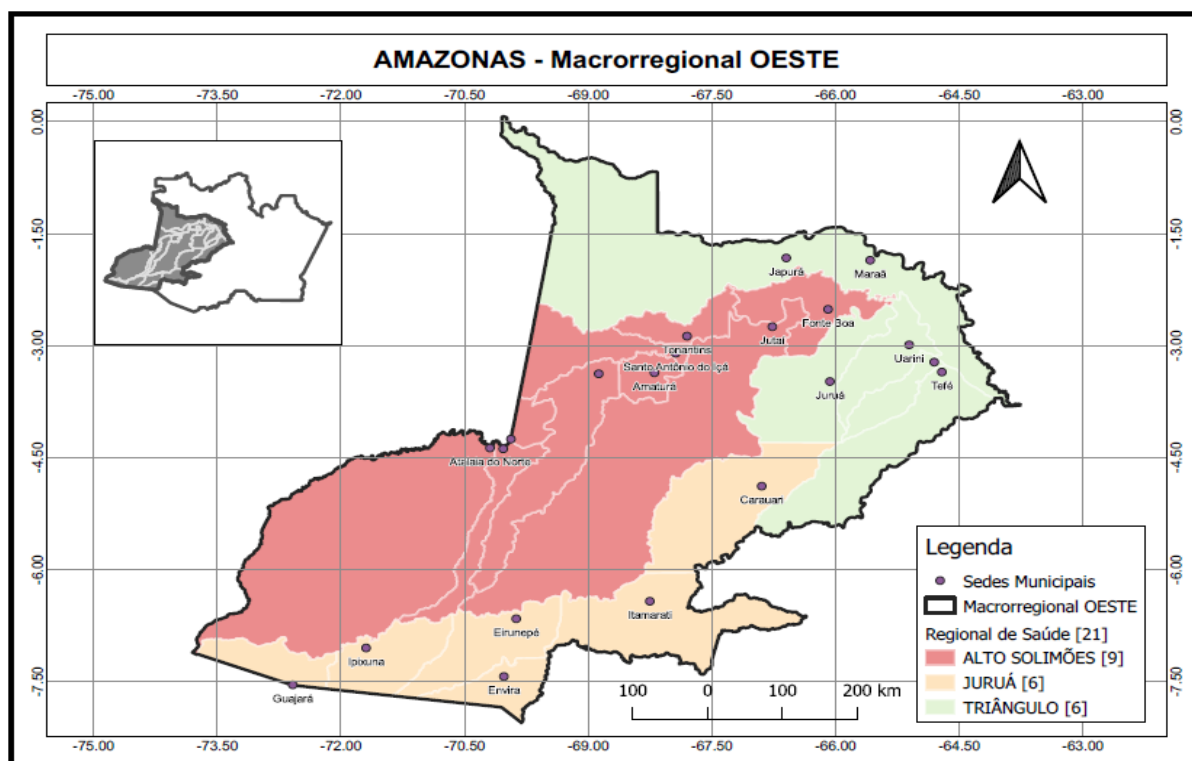


Mapa 13 Macrorregiões de Saúde do Amazonas – Macrorregião Leste, 2018



Fonte: Res. CIB/AM 118/2018; FVS/AM

Mapa 14 Macrorregiões de Saúde do Amazonas – Macrorregião Oeste, 2018



Fonte: Res. CIB/AM 118/2018; FVS/AM

Em 2019 iniciou-se um novo governo e assumiu uma nova gestão da saúde no estado, a qual tem procurado reorganizar o sistema local de saúde, qualificando a gestão e focando em melhorar o acesso aos serviços e com esse objetivo estabeleceu parcerias diversas com instituições de ensino, hospitais de excelência, Ministério da Saúde, Conselhos de Secretários de Saúde como o CONASS e COSEMS/AM entre outros.

Considerando que a Regionalização da Saúde é entendida enquanto um processo de organização das ações e serviços de saúde numa determinada região e tem sido a resposta mais eficaz para reduzir a fragmentação dos sistemas de saúde, com vistas à ampliação do acesso e da resolubilidade das ações e serviços de saúde e tendo em vista que a regionalização da saúde no Amazonas constitui-se em um enorme desafio, dadas as características geográficas, perfil demográfico e sócio-econômico do estado, a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas firmou parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS para dar continuidade e apoiar o processo do Planejamento Regional Integrado.

Para condução do processo foi instituída nova comissão de caráter interinstitucional, com representatividade de gestores e técnicos estadual e municipais e a partir do segundo semestre de 2019 foram retomadas as atividades do PRI, tendo essa agenda sido interrompida pelo surgimento da Pandemia do corona vírus e o combate à COVID-19 .

Entre as atividades previstas para o quadriênio 2020-2023 estão o fortalecimentos dos fóruns de articulação Interfederativa (CIB/AM e CIRs), a elaboração de proposta de revisão do Desenho Regional, elaboração e pactuação dos Planos Regionais e Macrorregionais com a descrição dos serviços, fluxos de referencia assistencial considerando a organização das redes temáticas de atenção à saúde, mais especificamente as consideradas prioritárias (Materno Infantil, Atenção Psicossocial, Condições Crônicas, Pessoa com Deficiência e de Urgência/Emergência). Revisão da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS, antiga PPI) e definição dos investimentos, recursos e responsabilidades das esferas de gestão do SUS referente à regionalização da saúde no Amazonas.

## 6.2 Gestão da Saúde

Os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelecem que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios.

Dessa forma, cabe às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações. Os gestores do SUS ficam assim responsáveis por executar a política de saúde de maneira a garantir a toda a população o pleno usufruto do direito à saúde.



## Gestão Estadual da Saúde

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

São apontados como aspectos positivos na gestão estadual da saúde o apoio à qualificação dos profissionais, acessibilidade facilitada aos gestores, conhecimento técnico das equipes da secretaria, priorização da Saúde no orçamento do Governo do Estado, investimento na rede assistencial para melhoria e ampliação dos serviços, ações intersetoriais e parcerias com o Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS/AM), Instituições de Ensino, Forças Armadas, Bombeiros, Órgãos do Governo Estadual, para ações assistenciais, de vigilância em saúde e capacitação.

Entre os aspectos que precisam ser melhorados são citados a Estrutura Organizacional não adequada para algumas responsabilidades inerentes à Gestão Estadual com base na legislação organizativa do SUS (Decreto 7508/2011, Lei 141/2012, entre outras); Infraestrutura não compatível com as necessidades setoriais: área física insuficiente e inadequada, precisando de reparos, equipamentos e mobiliários depreciados em grande parte dos setores, transporte insuficiente para a realização das ações.; visão fragmentada do Sistema de Saúde, com baixa articulação intersetorial (áreas de gestão e assistência); Imediatismo de ações que se sobrepõe ao planejamento, dificultando a implantação de gestão com foco em resultado; Número reduzidos de profissionais qualificados na área de gestão, principalmente nas áreas de planejamento, financiamento, controle, monitoramento, avaliação e auditoria; Desconhecimento do custo real das unidades de saúde; Fluxos inadequados que geram lentidão na tramitação de processos administrativos com conseqüente perda de prazos ou outros prejuízos na execução das ações; Subnotificação da produção de serviços nas unidades de saúde (registro e qualidade da informação); Contratualização frágil dos serviços; Ausência na SES de setor de gerenciamento e análise de informações para subsidiar o monitoramento e avaliação e a tomada de decisões de forma sistemática.

Tendo em vista a necessidade de fortalecimento da gestão estadual do SUS/Amazonas para implementação e a execução das políticas do SUS, a Secretaria de Estado de Saúde pretende dar apoio ao fortalecimento do controle social e participação popular e das Comissões Intergestores Bipartite – CIB e Comissões Intergestores Regional – CIR e ainda otimizar a capacidade de gestão do SUS no Amazonas para a execução das políticas de saúde e para tanto vai atuar no aperfeiçoamento dos processos de trabalho nas áreas de planejamento, financiamento, monitoramento, controle e avaliação, regulação, auditoria, contratualização e tecnologia da informação e comunicação em saúde, além de prover os Órgãos da Administração Estadual dos meios administrativos para a implementação e gestão de seus programas finalísticos.





## **6.2.1 Controle Social, Canais de Interação e Instâncias de Pactuação**

### **Conferência de Saúde**

As Conferências de Saúde se iniciaram há 70 anos, cumprindo o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937. A obrigatoriedade da realização das Conferências de Saúde foi mantida, em 1990, quando a Lei n.º 8.142 as consagrou como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional.

Também a partir da Lei n.º 8.142 ficou estabelecida uma periodicidade de quatro anos para a realização das Conferências de Saúde, que deveriam contar, necessariamente, com a participação dos movimentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da Saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde.

Convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde, as Conferências têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão. Isso significa dizer que as deliberações das Conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional.

### **Conferência Estadual de Saúde do Amazonas**

A 8ª Conferência Estadual de Saúde realizou-se entre os dias 1 a 3 de julho de 2019, no Centro de Convenções do Amazonas Vasco, na cidade de Manaus, abordando o seguinte Tema: “Democracia e Saúde” - “Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS.

Mais de 550 participantes, entre delegados (as) e convidados (as), debateram o tema para contribuir na construção das políticas públicas na área da saúde, tendo como base as 1.003 propostas votadas no âmbito Federal, Estadual e Municipal e aprovadas nos Grupos de Trabalho (GT's) e na Plenária Final.

Para chegar a este momento foram realizadas 61 conferências municipais, o que representa a realização de 98,36% do total de conferências esperadas. As diretrizes e propostas debatidas durante os três dias de conferência resultaram em sugestões de importantes mudanças no padrão de funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Ao final do evento, foram eleitos 76 delegados para representar o Amazonas na 16ª. Conferência Nacional de Saúde, levando 20 propostas e 9 moções aprovadas. O Relatório Final da Conferência foi debatido e aprovado por 369 delegados (as) oriundos de todos os municípios do Estado do Amazonas. As diretrizes estaduais propostas pelos municípios e aprovadas nortearão o Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

As propostas aprovadas referente à esfera estadual foram compatibilizadas com as diretrizes, objetivos, ações e metas do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 e encontram-se relacionadas no Anexo 4.



Em cumprimento às normativas do SUS, que estabelece que as Conferências de Saúde devem acontecer a cada quatro anos, encontra-se no planejamento da SES/Am, a realização da 9ª Conferência Estadual de Saúde, prevista para ocorrer em 2023, onde se espera rediscutir os rumos da política de saúde no Estado do Amazonas.

## Controle Social

A Constituição Federal de 1988, atendendo um antigo anseio de todos os brasileiros sancionou a Saúde como "Direito de todos e Dever do Estado", consolidando a saúde como um produto social, tornando todos os cidadãos, participantes do processo de elaboração das Políticas de Saúde. Assim, para cumprir os preceitos constitucionais foi implantado o Sistema Único de Saúde e para organizá-lo foram elaboradas e aprovadas as Leis orgânicas de Saúde: Lei 8.080/90 que estabelece as competências político-administrativas e os repasses dos recursos, assim como as responsabilidades das ações e serviços de saúde; Lei 8.142/92 que garante a participação social na gestão do Sistema Único de Saúde e condiciona o recebimento dos recursos financeiros à existência e funcionamento dos Conselhos de Saúde (Estaduais e Municipais). O efetivo Controle Social na Gestão do Sistema pressupõe a existência de Conselhos organizados, com funcionamentos regulares, participando ativamente na construção, desenvolvimento e acompanhamento dos Sistemas locais de Saúde, pois nele interagem todos os segmentos representativos da comunidade na perspectiva do atendimento real e integral das necessidades de saúde da população.

## Conselho Estadual de Saúde do Amazonas

O Conselho Estadual de Saúde – CES/AM, instituído na Lei nº 2.221 de 17/05/1993 e suas alterações, é uma instância deliberativa e fiscalizadora do SUS no âmbito Estadual, tendo como finalidade o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação das políticas estaduais de saúde. É um fórum colegiado, com representação de diversos setores da sociedade amazonense entidade Estadual de trabalhadores, prestadores de serviços e governo, sendo 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços na Saúde.

Com a posse do novo governo do estado a partir de 2019, a atual gestão da SUSAM encontrou o CES/AM desativado, por determinação da Justiça Estadual, em uma ação movida pelo Ministério Público Estadual (MP-AM). Para superar o problema, a SUSAM assumiu o compromisso de reativação do conselho de saúde, passando então a atuar conjuntamente com todos os interessados na causa, entre os quais representantes dos movimentos sociais, do Ministério Público, técnicos da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, entre outros.

Como resultado dessa construção conjunta, foram realizadas duas eleições, considerando o não preenchimento total das vagas de conselheiros na primeira eleição, realizada em agosto de 2019 com representação dos segmentos dos gestores e prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários do SUS, atendendo os dispositivos legais para o controle social na saúde para composição do conselho, o CES/AM completou seu quadro de Conselheiros através de Eleição Suplementar em fevereiro de 2020, passando a funcionar em plena atividade a partir de março desse ano.



A SES/Am disponibilizou em seu site um link para acesso à página eletrônica do CES/AM através do endereço <http://www.saude.am.gov.br/ces/>, para divulgação de informações, legislação e das atividades do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas.

Como dificuldades para o desenvolvimento das atividades do conselho estadual de saúde, foram identificadas:

- Infraestrutura inadequada para atender as necessidades do controle social; Destinação de recursos financeiros insuficientes no orçamento da saúde para as atividades do CES/AM; Necessidade de melhoria das ações de qualificação dos conselheiros e equipe técnica de apoio do CES/AM.

Entre ações de melhoria para o controle social, são apresentadas como propostas para os próximos quatro anos:

- Reformulação e aprovação do Regimento Interno do CES/AM; Definição de recursos financeiros para execução das atividades do CES/AM compatibilizadas com as atribuições e agenda de trabalho do conselho e disponibilidade orçamentária da SES/Am; Qualificação e fortalecimento das relações entre os Conselheiros Estaduais e Municipais para atividades do Controle Social; Inclusão de ações de Educação Permanente específicas para o controle social e participação popular no Plano Estadual de Educação Permanente;

### **Canais de Interação com o usuário: Ouvidorias**

Ouvidorias no SUS são unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde, no âmbito dos governos Federal, Estadual e Municipal, cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS.

O Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (SNO) constitui uma rede interligada de ouvidorias, implantadas na União, nos estados e nos municípios, que funcionam de forma descentralizada, respeitada a autonomia de cada ente da Federação, sob orientação estratégica central do Ministério da Saúde

O Sistema Ouvidor SUS, regulamentado pela Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007 foi desenvolvido especialmente para as Ouvidorias do SUS, o sistema permite a disseminação de informações, o registro e o encaminhamento das manifestações, tais como: reclamações, sugestões, solicitações, denúncias e elogios, além do gerenciamento e da segurança dos dados gerados, proporcionando autonomia à Ouvidoria para criação de redes de relacionamento que agilizem os serviços em prol do cidadão.



## Ouvidoria Estadual do SUS no Amazonas

O Amazonas conta com 31 Ouvidorias, funcionando em diversas unidades de saúde da capital, como: Policlínicas, Pronto Socorros Fundações, Maternidades, UPA's,

As Ouvidorias do Governo do Estado somam esforços para contribuir com a melhoria dos serviços da rede estadual de saúde. A parceria firmada entre a Controladoria-Geral do Estado (CGE), enquanto Órgão Central do Sistema Estadual de Ouvidorias (Se-OUV), e a Secretaria de Estado de Saúde (Susam), resultou na construção de um plano de trabalho que contempla a criação do Fórum Permanente de Ouvidorias da Saúde, que ficará sob o comando da Ouvidoria da Susam e contará com a colaboração direta da CGE.

O Fórum Permanente de Ouvidorias da Saúde consiste em reuniões periódicas com todos os ouvidores da saúde, onde serão discutidas melhorias nos procedimentos e na comunicação entre as Ouvidorias, de modo a aumentar a transparência e ampliar o exercício do controle social, necessários para melhorarmos os serviços prestados.

O cronograma também propõe que a CGE coordene a elaboração das Cartas de Serviços das unidades de saúde para que os usuários conheçam com clareza os serviços disponíveis em cada local de atendimento. Essas informações estarão disponíveis no Portal da Transparência do Amazonas, uma iniciativa do Governo do Estado do Amazonas que propicia o controle social pelos cidadãos ao disponibilizar dados e informações públicas do Estado, além de oferecer ferramenta para solicitações de informações por meio da Lei de Acesso a Informação. A transparência tem papel importante no combate à corrupção, ao induzir maior responsabilidade por parte dos gestores públicos e controle e divulgação das ações por cidadãos, pesquisadores e mídia. O Portal da Transparência pode ser acessado através do link <http://www.transparencia.am.gov.br/>

O Ministério da Saúde, através da Portaria 1.975, de 29 de junho de 2018, estabeleceu incentivo financeiro de custeio e investimento, destinado aos Estados e Distrito Federal, entre eles o Amazonas, que recebeu recursos para ações diversas, tais como: Ampliação e fortalecimento da Rede de Ouvidorias do SUS no Estado; Qualificação dos técnicos do serviço de Ouvidoria no Estado; Divulgação dos canais de acesso junto à população; Ampliação dos canais de acesso para a participação dos usuários dos SUS contribuindo com a gestão na avaliação dos serviços de saúde ofertados à população; Implantação de 40 Ouvidorias no interior do Amazonas.

Entre os aspectos a serem melhorados no serviço de ouvidoria do SUS, identifica-se a necessidade de empoderar e dar maior respaldo jurídico às ouvidorias, além de estabelecer o padrão de procedimentos e normas para uma atuação eficaz do setor, uma vez que a área da saúde requer maior atenção por ser onde estão concentradas as maiores demandas do Estado, tendo como base os dados registrados nas Ouvidorias que apontam que a maior problemática enfrentada está ligada à atuação de profissionais de saúde, o que possibilita aos gestores, impor as ações para as correções necessárias.

O fortalecimento das ouvidorias da área de saúde está entre as ações planejadas pelo Governo do Amazonas para melhorar os serviços aos usuários e dar maior eficiência no atendimento ao cidadão. Entre as ações previstas para os próximos quatro anos estão a intensificação da parceria com a Controladoria Geral do Estado e com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS



(DOGES/MS); uma maior interação junto à gestão das unidades de saúde, a valorização do profissional, a necessidade constante capacitação do pessoal, a formalização de novas diretrizes, a padronização de procedimentos para o funcionamento eficaz e, principalmente, a expansão das ouvidorias para os municípios do interior.

## Comissões Intergestores

Segundo o Art. 14-A da lei nº 12.466, de 24.8.2011, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB's) e a Comissão Intergestores Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS..

A Comissão Intergestores do Amazonas (CIB/AM) foi instituída pela Portaria nº 1.902/93 – GSESAU de 09 de agosto de 1993, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, para fins operacionais, financeiros e administrativos, é uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação estadual, cujas decisões são tomadas por consenso, para a operacionalização das políticas públicas.

A CIB/AM é presidida por um Coordenador representante da Secretaria de Estado de Saúde, sendo seu Vice o Presidente do COSEMS representante dos Municípios. Funciona na Sede da Secretária e reúne-se uma vez ao mês conforme calendário pactuado. Está atualmente constituída por 22 membros e tem as seguintes representações: 11 (onze) representantes da Secretaria de Estado da Saúde, indicada pelo gestor Estadual e 11 (onze) representantes dos Municípios do Estado, indicado pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS/AM).

Para divulgação das atividades da Comissão Intergestores, a SUSAM mantém um canal aberto a consulta para toda a sociedade via internet, através do site [www.saude.am.gov.br/cib](http://www.saude.am.gov.br/cib) onde podem ser acessados o calendário anual das Reuniões do Colegiado e todos os atos as Resoluções produzidas desde a sua implantação até os dias atuais.

Vinculadas a CIB/Am, funcionam as Comissões Intergestores Regionais (CIR), que são órgãos de instância colegiada, não paritários, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições estabelecidas legislação do SUS, constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação e co-gestão solidária entre os gestores.

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) são compreendidas como um espaço geográfico com território contíguo ou com acessibilidade entre si, identificada pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transporte compartilhadas no território. Entre as suas principais funções, destacam-se:

- Instituir um processo dinâmico de planejamento regional;
- Atualizar e acompanhar a PPI de atenção a saúde;
- Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos;
- Estimular estratégias de qualificação do controle social;
- Apoiar o processo de planejamento local;
- Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional.





No Amazonas, foram reconhecidas 09 CIR's, conforme resolução CIB/AM nº 059/2011, com a coordenação do estado e participação dos municípios integrantes da Região de Saúde, com calendário de reuniões pactuado, anualmente.,

Em 2019, as reuniões das CIR ocorreram de forma irregular, considerando dificuldades logísticas e rotatividade dos Secretários Municipais, assim como custos com deslocamento dos Coordenadores e Técnicos do estado para os municípios que sediam as reuniões regionais.

A gestão estadual, por meio da secretaria executiva da CIB, está em fase de treinamento das secretárias executivas indicadas pelos municípios, para qualificar melhor o trabalho de apoio administrativo das CIR. Observa-se, no entanto a necessidade de melhoria em alguns aspectos no desenvolvimento das CIRs entre as quais são apontadas:

- Estabelecimento de estratégias para estimular os atores envolvidos no processo; Incentivo à participação dos gestores municipais nas Reuniões agendadas da CIR; Definição de recursos financeiros para custeio e melhoria da estrutura física e operacional para o seu funcionamento;
- Pactuação na CIB dos critérios para indicação dos Coordenadores e Suplentes;
- Implantação de Câmaras Técnicas ou Grupos Técnicos nas regionais de Saúde conforme preconiza seus regimentos;
- Desenvolver ações de Educação Permanente para gestores e técnicos que integram as CIR para cumprir seu papel de coordenação regional da saúde;

Como perspectiva para o próximo quadriênio, destacam-se ações voltadas para: Infra - estrutura adequada para o funcionamento da CIB e CIRs; Câmaras técnicas da CIB implantadas; Todas as CIR funcionando regularmente conforme cronograma pactuado; Equipe e membros da CIB e CIRs capacitados para cumprirem com as responsabilidades e funções das comissões regionalizadas.

### 6.2.2 Planejamento e Financiamento

Partindo das definições contidas na Carta Magna, os artigos 15, 16 e 18 da Lei Orgânica da Saúde no 8.080/90 também tratam deste assunto e na vigência dos novos marcos legais, o Decreto presidencial no 7.508/2011 e a Lei Complementar no 141/2012, retoma-se o tema do planejamento do SUS exigindo a curto e médio prazos o desenvolvimento de um processo de planejamento de saúde mais integrado.

Essa integração deve ser refletida nos instrumentos de Planejamento do SUS, que, são estabelecidos na legislação conforme a seguir:

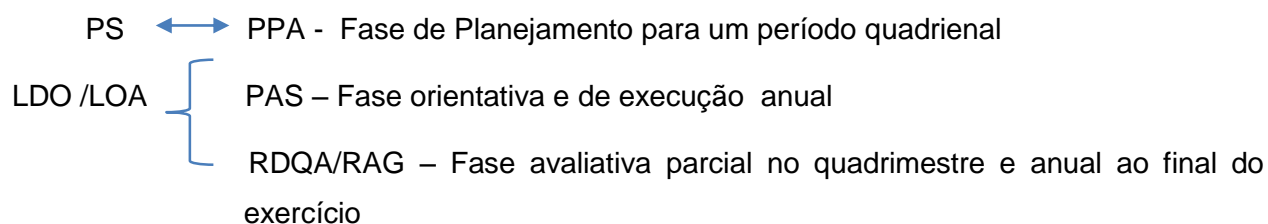
- **Conferência de Saúde** - A cada 4 anos (Lei 8.142/90)  
Estabelece as Diretrizes para orientação das Políticas de Saúde em âmbito nacional, estadual e municipal.
- **Plano de Saúde (PS)** - A cada 4 anos (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)  
Deve ser a expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades de saúde no município, estado e união. Objetiva a formulação de objetivos, diretrizes e metas. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde, em cada esfera de governo.



- **Programação Anual de Saúde (PAS)** - A cada ano (Lei Complementar 141/2012)  
Determina um conjunto de ações, que permita concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde. A PAS contém as Diretrizes e Objetivos do Plano de Saúde, os Recursos Previstos na Lei Orçamentária Anual – LOA para o cumprimento dos objetivos da programação, a programação das Ações, Metas e Indicadores.
- **Relatório do Quadrimestre (RDQA)** - A cada quadrimestre do ano (LC 141/2012).  
O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação.
- **Relatório Anual de Gestão (RAG)** - A cada ano (LC 141/2012)  
Apresenta os resultados da PAS e a análise da execução física e orçamentária dos recursos aplicados na saúde previstos na LOA para o exercício.
- **A Pactuação Interfederativa de Metas e Indicadores - A cada ano (Resolução Tripartite nº 8 de 2016).**  
A pactuação de Metas e Indicadores também integra o processo de planejamento do SUS. Consiste no processo anual de pactuação interfederativa (Estados e Municípios) de metas para indicadores estabelecidos em âmbito nacional – SISPACTO. Trata-se de um acordo firmado entre os representantes dos três entes federados e torna-se um compromisso de importância nacional, que prioriza o monitoramento de determinados aspectos da saúde em âmbito nacional, de modo a retratar a realidade e também fomentar a alteração da situação de saúde nos estados e municípios.

#### Correlação dos Instrumentos de Planejamento

Os instrumentos de planejamento do SUS devem estar alinhados com os instrumentos de planejamento de governo Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anua (LOA) integrando o ciclo de planejamento da seguinte forma:



Os instrumentos de Planejamento do SUS devem necessariamente ser registrados no Sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP), que é um sistema de informação de responsabilidade do Ministério da Saúde, para o registro e monitoramento dos instrumentos de planejamento em saúde, cuja plataforma tem acesso via internet, tanto para gestores, técnicos e órgãos de controle, como também para o público em geral,



## Situação do Planejamento da Saúde no Amazonas

### Planejamento Estratégico da Saúde

Em 2019, pela primeira vez, a SUSAM elaborou seu Planejamento Estratégico de forma sistematizada, realizado em parceria com o Ministério da Saúde via PROADI/SUS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), com a definição do Mapa Estratégico e instrumentos de monitoramento e avaliação.

Essa construção foi realizada através de oficinas e reuniões de trabalho, coordenadas externamente pela apoiadora do CONASS/HAOC e localmente pelo Departamento de Planejamento e Comissão instituída por portaria da SUSAM, envolvendo servidores e gestores da Secretaria de Estado de Saúde, Fundações de Saúde, representantes dos municípios, controle social e outros órgãos do estado e instituições parceiras, que discutiram as pautas estratégicas da saúde do estado e puderam traçar ações e propor as ações para os próximos quatro anos. Com isso foram definidos 13 objetivos estratégicos, 79 macro ações e 453 atividades constantes do Planejamento Estratégico da SUSAM para 2020 a 2023 e que orientaram a elaboração do Plano Estadual de Saúde para o mesmo período.

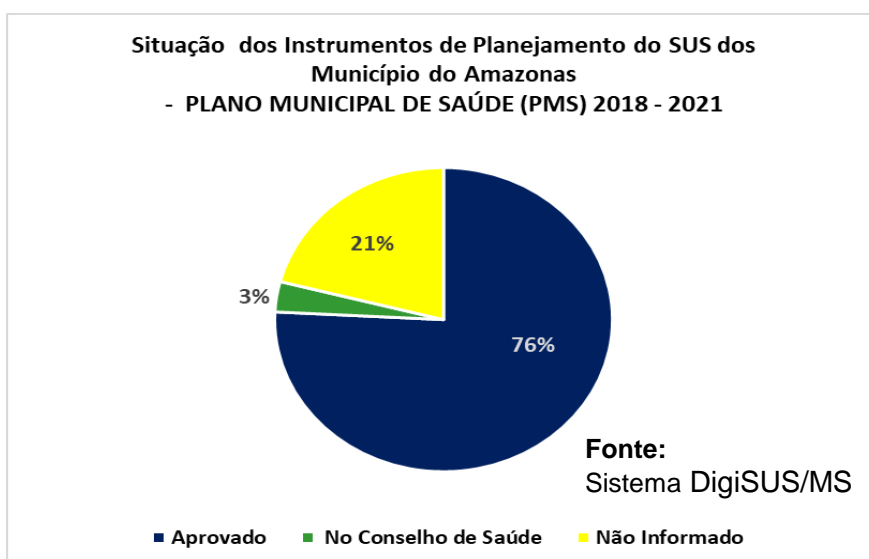
### Instrumentos de Planejamento do SUS

**Estado** - A gestão estadual tem encaminhado seus instrumentos de planejamento aos fóruns competentes para avaliação e aprovação, porém alguns ainda estão em análise no CES/AM, considerando o período em que o Conselho Estadual de Saúde esteve sem atividades em razão do processo judicial.

**Municípios** – O Acompanhamento e apoio aos municípios é realizado através da Gerência de Programação do DEPLAN/SUSAM, que também elabora Relatório Situacional por Região de Saúde e Município, com periodicidade mensal enviado à CIB/AM e COSEMS/AM.

Considerando os dados do DigiSUS, nota-se a necessidade de regularização das informações no sistema por parte significativa dos municípios Amazonenses. No que se refere ao Plano Municipal de Saúde para o período de 2018 a 2021, 76% dos municípios já inseriram no DigiSUS, restando regularizar os 21% que ainda não informaram e os 3% que ainda encontram-se sendo analisados pelo Conselho Municipal de Saúde conforme se destaca no Gráfico 24.

**Gráfico 24:** Situação dos Instrumentos de Planejamento do SUS dos Municípios do Amazonas: Plano Municipal de Saúde 2018-2021 registrados no Sistema DigiSUS



Quanto à Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, o quadro é demonstrado na Tabela 49.

**Tab. 49 Situação do registro dos Relatórios Anuais de Gestão e Programação Anual de Saúde Municipais no Sistema DigiSUS - Amazonas**

Instrumento de Planejamento	2018			2019		
	Aprovado	Em análise no CMS	Não Informado	Aprovado	Em análise no CMS	Não Informado
Programação Anual de Saúde (PAS)	37	3	22	29	3	30
Valor percentual	59,7	4,8	35,5	46,8	4,8	48,4
Relatório Anual de Gestão (RAG)	17	8	37	10	8	44
Valor percentual	27,4	12,9	59,7	16,1	12,9	71,0

**Fonte:** DigiSUS/MS ; DEPLAN/SUSAM

Referente à pactuação Interfederativa de Metas e Indicadores, nos anos de 2018 e 2019, acima de 95% tiveram suas pactuações homologadas e lançadas no DigiSUS, sendo que os demais ou encontram-se em análise no Conselho de Saúde, ou não informaram.

Conforme o embasamento legal do SUS, os pressupostos para que haja um adequado planejamento da saúde, deve partir de um processo contínuo, ascendente, articulado, integrado e solidário, entre as esferas gestoras. No Amazonas esse processo precisa ser fortalecido, considerando que a discussão regional precisa de melhor instrumentalização para que possa refletir o mapeamento das necessidades de saúde, a disponibilidade de recursos e as soluções conjuntas que possam garantir o acesso aos serviços de saúde, organizados a partir das redes de atenção à saúde nas Regiões de Saúde do estado. Entre principais os desafios do planejamento da saúde a superar, destacam-se:

- Aplicar as normas do SUS às diferentes realidades das Regiões de Saúde do Amazonas;
- Dar visibilidade às necessidades de saúde da população;
- Planejar em tempo oportuno
- Dar transparência às ações realizadas;
- Compatibilizar prioridades e metas com a capacidade orçamentária.

Para a superação desses desafios, é necessário avançar no fortalecimento das relações interfederativa, e para tanto o estado pretende atuar nas seguintes frentes:

Fortalecer as relações interfederativas no processo de discussão regional (CIR)

Contribuir para a construção de uma cultura de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, objetivando desenvolver uma gestão por resultados na Saúde;

Ampliar a discussão legal, de co-responsabilidade entre os entes federados e do alinhamento dos resultados através de um processo de contratualização e planejamento integrado, tendo a ampliação do acesso como foco.

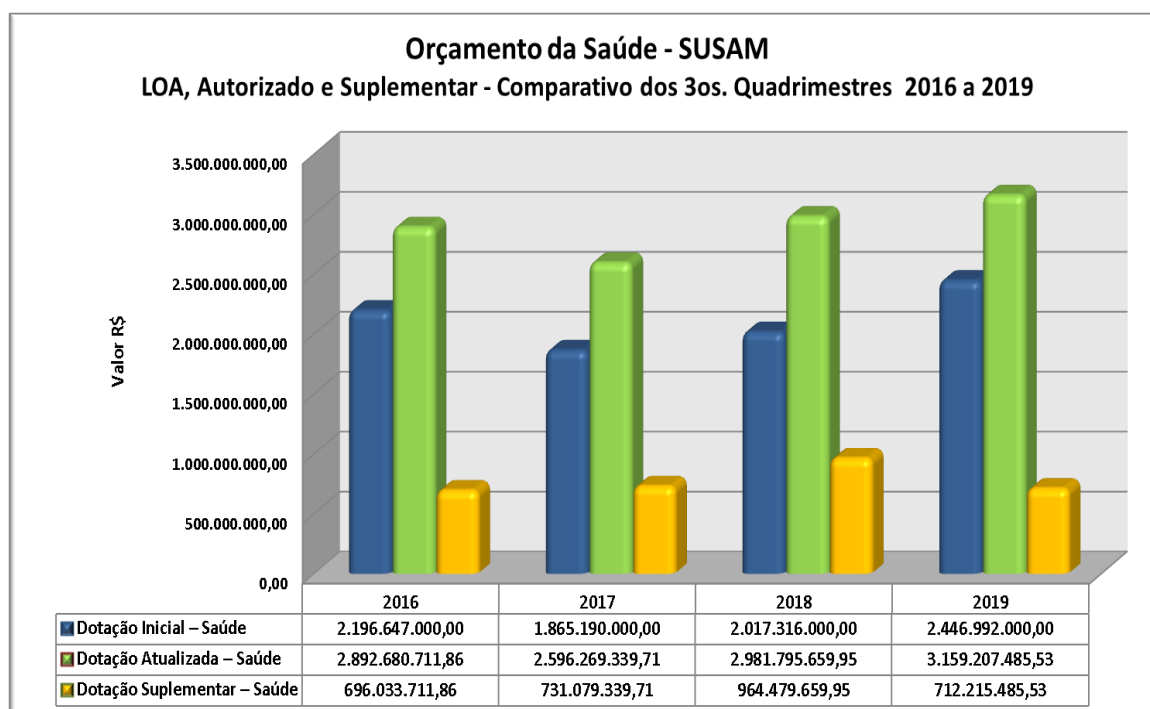


Tendo em vista a necessidade de fortalecer o processo de planejamento tanto em nível estadual, quanto em âmbito regional e municipal e ainda de qualificar os instrumentos de gestão do SUS, estado pretende rever a estrutura organizacional de SES, ampliando seu papel de coordenador do sistema de saúde, investir na formação e capacitação das equipes gestoras, realizar eventos para construção do planejamento regional integrado, objetivando a elaboração dos planos regionais e macrorregionais de saúde, realizar em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde a atualização da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde a partir das responsabilidades e compromissos pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite e Regional

## Financiamento

Na Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2019, coube à SUSAM e Fundações vinculadas à Saúde a dotação inicial de R\$ 2.446.992.000,00 (dois bilhões, quatrocentos e quarenta e seis milhões, novecentos e noventa e dois mil reais), representando 14,02% a participação da Secretaria no Orçamento Total do Governo Estadual. Destaca-se que esse valor representa um aumento de 21,30% em relação à 2018 ou seja, R\$ 429 Mi a mais para o início do exercício. Ao longo do ano houve ainda suplementação de recursos no valor total acima de 700 milhões, totalizando um montante superior a 3 Bi de orçamento autorizado (Gráfico 25).

### .Gráfico 25 Orçamento da Saúde – Comparativos dos 3os. Quadrimestres 2016 a 2019



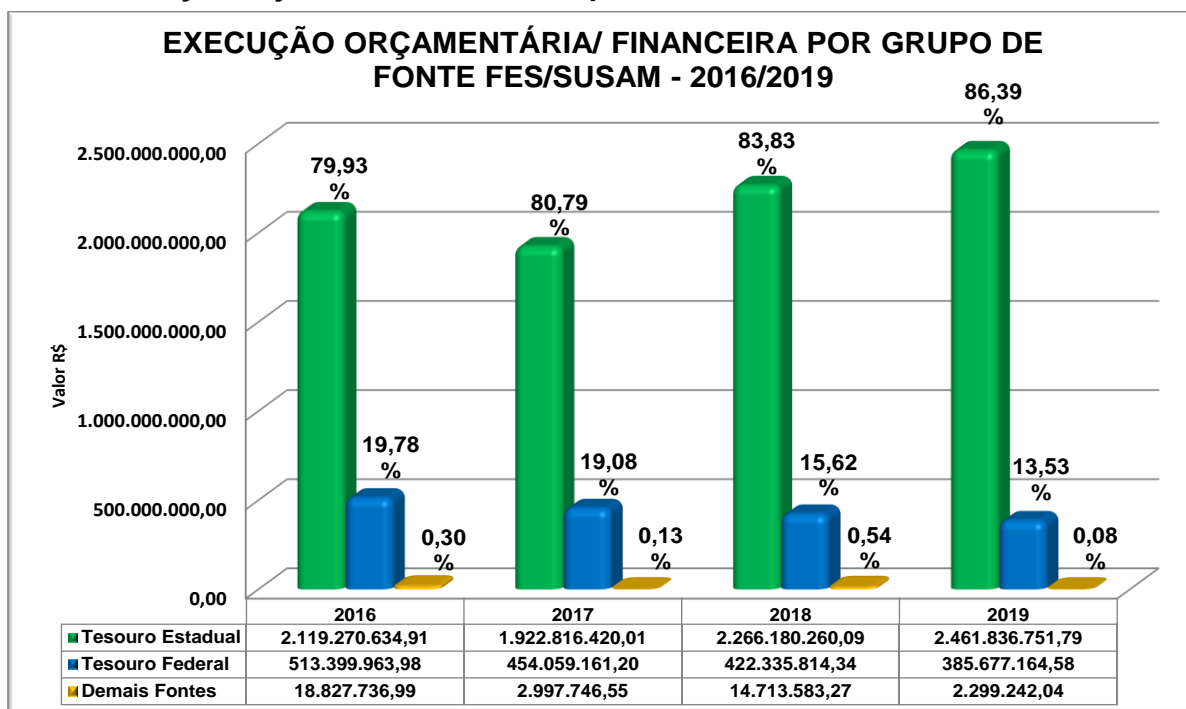
Fonte: Sefaz/AM - Sistema AFI - REL\_EXEORC\_22.

## Execução Orçamentária/Financeira da Saúde

A execução Orçamentária / Financeira por Fonte demonstra que nos últimos anos, o Governo do Estado vem majoritariamente aplicando recursos próprios para financiamento da Saúde no Amazonas, conforme pode ser observado no Gráfico 26 .

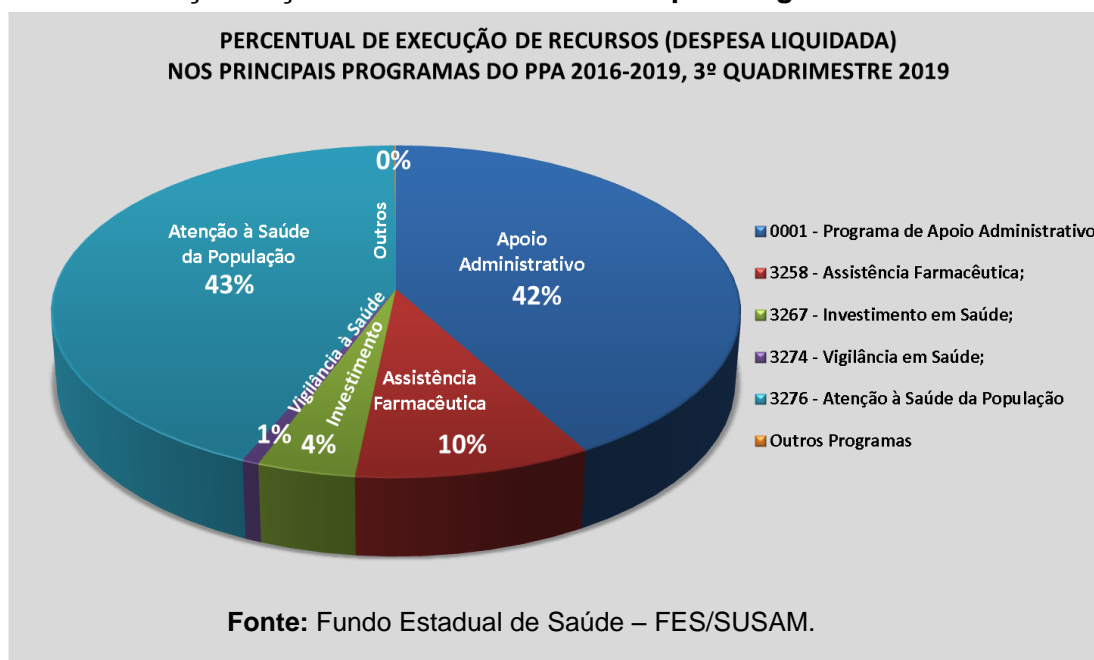




**Gráfico 26: Execução Orçamentária/Financeira por Fonte FES/SUSAM – 2016/2019**


**Fonte:** Fundo Estadual de Saúde – FES/SUSAM **Nota:** despesa liquidada referente ao período de janeiro a dezembro.

Em relação a execução por Programas do PPA 2016-2019 no ano de 2019, destaca-se no gráfico 27 que o maior valor aplicado foi o referente ao Programa de Atenção à Saúde da População, seguido de perto pelo Programa de Apoio Administrativo, cujo peso maior refere-se ao pagamento de Despesas com Pessoal.

**Graf XX: Execução Orçamentária/Financeira 2019 por Programa do PPA 2016/2019**


Em cumprimento à EC 29, que determina aos estados aplicarem em saúde o mínimo de 12%, o estado aplicou em 2019 16,33% de recursos próprios na saúde, ultrapassando 4,33% além do percentual obrigatório, representando um aporte de R\$ 499.075.693,98 acima do esperado. de acordo com os registros no Sistema SIOPS/MS, o Governo do Estado do Amazonas vem aplicando em média na última década, 20,31% de recursos do tesouro estadual na saúde.

Para ampliar os recursos para a Saúde, o Governo do Estado aprovou na Assembléia Legislativa do Amazonas - ALE/AM a Lei nº 4.791 de 27/02/2019 que destina recursos do Fundo de Fomento ao Turismo, Infraestrutura, Serviços e Interiorização do Desenvolvimento do Estado do Amazonas – FTI, na fonte 160 para a SUSAM e municípios. Como apoio às Secretarias Municipais de Saúde, em 2019 foram transferidos aos Fundos Municipais de Saúde, através da Fonte 160 do tesouro estadual, R\$ 87.500.000,00 beneficiando 61 municípios do Interior. Os recursos foram utilizados pelas prefeituras para custeio das unidades, aquisição de medicamentos e produtos para a saúde. e também para investimentos em equipamentos e obras nas Unidades de Saúde.

Para o próximo quadriênio a SUSAM pretende melhorar o apoio financeiro aos municípios e a captação e execução dos recursos federais, qualificando os dados para informação nos sistemas de registro de cadastro e produção de serviços, além de implantar e implementar e habilitar serviços de saúde junto ao Ministério da Saúde, em conformidade com as pactuações e planejamento para funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. Em relação a execução de recursos transferidos, pretende-se melhorar os mecanismos e fluxos internos da Secretaria, visando agilizar os processos de aquisição e pagamento e a racionalização do uso dos recursos e também faz parte da proposta a implantação de sistema de custos, para apuração dos custos com serviços de saúde na rede assistencial.

Também estão entre as medidas previstas pela SES/AM, buscar orientar o processo de captação de recursos de emendas parlamentares impositivas ao orçamento, considerando as necessidades identificadas para consolidação da regionalização da saúde e organização da rede de atenção regionalizada, alinhadas com as definições aprovadas na LOA para o exercício. O estado intenciona ainda manter-se integrado ao Consórcio Interestadual da Amazônia Legal, visando a aquisições conjunta de bens e serviços, com vistas a economicidade, rapidez e qualidade na aquisição de bens e serviços para a saúde no âmbito da gestão estadual, bem como incentivar a formação de consórcios intermunicipais de saúde no Amazonas.

### **6.2.3 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**

A Política de Gestão do Trabalho implica a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

A Gestão do Trabalho em Saúde trata do pressuposto de que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade, eficiência e pode fazer uma diferença fundamental para o bom funcionamento do SUS. Frente a esta perspectiva, o trabalhador não é visto apenas como um simples executor de tarefas, mas como um agente transformador de seu ambiente de trabalho.



Na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM, a gestão do trabalho é de responsabilidade do Departamento de Gestão de Recursos Humanos – DGRH, que atua de acordo com os princípios e normas de gestão de recursos humanos e também em conformidade com a Política Estadual, coordenada pela Secretaria de Estado e Administração e Gestão – SEAD.

### **Situação da Força de Trabalho (com vínculo e outras modalidades)**

No contexto de vínculo da força de trabalho, na capital e nos municípios do interior do estado, por tipo de vínculo, a SUSAM tem em seu quadro de pessoal, 19.497 servidores sendo, 15.575 do Regime Estatutário, 3.312 do Regime Especial Temporário e 252 em Cargos Comissionados (Tabela 50), sendo, contudo, quantidade insuficiente para atender as necessidades da gestão da Secretaria e da Rede Assistencial sob Gestão e Gerência do Estado.

**Tab. 50 Quantitativo de Cargos da Saúde com vinculação por Entidades Estaduais - Amazonas**

<b>ÓRGÃO</b>	<b>CARGOS</b>
Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – SUSAM	19.497
Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas – FCECON	516
Fundação Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – FHMOAM	474
Fundação Alfredo da Matta – FUAM	286
Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado – FMT-HVD	592
Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ	944
Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS/AM	1.680
<b>TOTAL</b>	<b>23.989</b>

**Fonte:** Portal da Transparência do Governo do Estado do Amazonas

A fim de suprir a necessidade de servidores, em 2005 foi realizado concurso público para provimento de cargos efetivos na SES-AM e Fundações de Saúde, onde foram habilitados 2.841 candidatos para o nível superior, 3.487 para o nível médio e 7.346 para o nível fundamental. Em 2016, foram nomeados 963 candidatos remanescentes do concurso de 2005, porém, apenas 391 tomaram posse, sobrando 572 vagas que foram preenchidas pelos classificados no concurso de 2014.

Este concurso, após estudo prévio de levantamento de necessidades, foi realizado para preenchimento de 11.646 vagas, distribuídas em 3.094 de nível superior, 5.247 nível médio e 3.305 nível fundamental para atender as Unidades da Rede Assistencial, Nível Central e Fundações de Saúde.

### **Plano de Cargo, Carreira e Remuneração – PCCR**

O Plano de Cargo, Carreira e Remuneração – PCCR é um dos mais importantes instrumentos para administrar os recursos humanos, instituindo as políticas de remuneração e valorização dos servidores, sendo importante salientar que existem 02 (dois) PCCR's para os servidores do sistema estadual de saúde do Amazonas: o valor dos vencimentos pagos aos servidores do quadro de



peçoal permanente do Sistema Estadual de Saúde, que é instituído pela Lei nº 3.469, de 24 de dezembro de 2009, e o dos servidores médicos do Sistema Estadual de Saúde, que é instituído pela Lei Promulgada nº 70, de 14 de julho de 2009.

Para fins de reconhecimento do trabalho do servidor público, como estratégias de valorização, além do vencimento (que é a retribuição pecuniária pelo exercício do cargo fixado em lei); os servidores recebem ainda a Gratificação de Saúde, paga integralmente somente aos servidores no exercício de suas funções nos órgãos integrantes do Sistema Estadual de Saúde; Gratificação de Localidade, referente a 100% sobre o vencimento básico para os servidores do nível superior, residentes e em efetivo exercício no interior do Estado; Gratificação de Risco de Vida, com base no vencimento do cargo sendo: 20% para os profissionais da saúde e 10% para os trabalhadores da saúde; e, Gratificação de Curso para os servidores do nível superior, sendo 25% para Especialista, 30% Mestre, e 35% Doutor. Os percentuais incidem sobre o vencimento básico.

### **Mesa de Negociação Permanente do SUS (MENP/SUS)**

A Mesa de Negociação Permanente do SUS (MENP/SUS) é o principal canal de diálogo entre a gestão e representantes dos trabalhadores, fórum onde são discutidas as demandas dos trabalhadores da saúde junto à Susam, como, por exemplo, reposição salarial, Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCRs), dentre outros. Em relação a este item, vale ressaltar que há duas instaladas, a do município de Manaus, instituída mediante Resolução nº 006 do CMS e vinculada ao Conselho Municipal de Saúde – CMS, criada com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS no que se refere à força de trabalho em saúde, e a Mesa Estadual de Negociação instituída pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), em 27 de julho de 2004, reativada pela Resolução CES Nº 011, de 01 de junho de 2012 e reinstalada através da Resolução CES Nº 017, de 25 de setembro de 2012. As atividades foram concentradas no processo de negociação da data base para 2016, na reestruturação do Plano de Cargos Carreira e Remuneração (PCCR) e na recomposição da mesa, haja vista a mudança de gestão e substituição de representações profissionais.

Em 2018, a Mesa foi reativada. O primeiro resultado foi a criação de uma Comissão Especial para colocar em execução os PCCR's. Os planos foram instituídos em lei há nove anos, os enquadramentos começaram a ocorrer em 2012, mas as progressões das carreiras não evoluíram nos governos anteriores. Em 2019, houve reunião com representantes dos trabalhadores da saúde e de órgãos estaduais convidados para tratar da retomada dos trabalhos da Mesa Estadual de Negociação Permanente do Sistema Único da Saúde (SUS), sendo composta pelos Sindicatos dos Trabalhadores Públicos do Estado do Amazonas, dos Cirurgiões Dentistas do Amazonas, dos Farmacêuticos no Estado do Amazonas, dos Trabalhadores do Ensino Superior do Estado do Amazonas, dos Agentes Comunitários de Saúde, dos Assistentes Sociais do Amazonas, dos Enfermeiros Servidores Públicos no Estado do Amazonas, dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Amazonas e dos Psicólogos do Estado do Amazonas, além de sindicatos convidados (dos Médicos do Amazonas e dos Agentes de Endemias), gestores de órgãos do governo e universidades.



## **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

A Política de Educação Permanente em Saúde é uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, e deve considerar o conceito pedagógico da Educação Permanente e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde além da capacidade instalada de formação.

A SUSAM formalizou sua adesão à Política Nacional de Educação em Saúde em 2007 e busca atender o que consta na Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS/MS, bem como pela Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS, obedecendo ao que consta no art. 200, III, que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

Objetivando fortalecer as ações e práticas de EPS, foi instituída, por meio da Portaria nº 227/2019-GSUSAM, a Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), vinculada ao Departamento de Recursos Humanos (DGRH), com o objetivo de apoiar a implementação da PNEPS na rede de saúde do Estado do Amazonas.

Para a formação e capacitação da força de trabalho do SUS no Estado, a SUSAM se articula, através de Termo de Convênio nº 001/2018, com a Escola Técnica de Formação Profissional Enfª Sanitarista Francisca Saavedra (ETSUS), vinculada ao Centro de Educação Tecnológica do Amazonas – CETAM, que atende demandas de formações e capacitações necessárias ao SUS, bem como demandas de levantamento de necessidades de treinamento feitas nas Unidades de Saúde e ainda aberta à comunidade nas mais variadas áreas de profissionalização. Através da Escola Técnica do SUS foram executados os cursos do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) além das capacitações contempladas nos Planos Estaduais de Saúde.

Com vistas ao desenvolvimento de programas, projetos e atividades no campo da pesquisa, ensino, desenvolvimento tecnológico, produção, informação técnico-científica e assistência à saúde, a SUSAM busca firmar Termo de Cooperação Técnico-Científica com Instituições nacional e internacionalmente reconhecida como especialistas em saúde pública, bem como firmar ainda Termo de Cooperação com a Associação Brasileira Rede Unida, com vistas ao fortalecimento da educação permanente em saúde e da pesquisa e disseminação de conhecimentos sobre a gestão do trabalho e da educação em saúde no âmbito do Estado do Amazonas.

Em relação às Instituições de Ensino Técnico e Superior que oferecem cursos na área da saúde, a SUSAM mantém Termos de Convênio para cumprimento das horas de estágio curricular obrigatório e aulas práticas e ainda campos de pesquisas voltadas à área da saúde, contribuindo para o fortalecimento da intersectorialidade e a formação de uma rede integrada de compartilhamento de informações e aprendizagem.





## **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde – PEEPS**

A fim de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho, e, atendendo Portaria nº 3.194 GM/MS, de 28 de novembro de 2017, que tem por objetivo geral: [...] estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho, foi instituído, por meio da Portaria nº 707/2018 – GSUSAM, grupo técnico para construir de forma coletiva o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde – PEEPS, para o período de 2019/2020, o qual foi consensuado na Comissão Intergestores Bipartite através da Resolução nº 002/2019 de 29.01.2019.

A elaboração do PEEPS se deu através de orientações técnicas do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), sendo ainda disponibilizados recursos financeiros ao Estado e aos municípios, como incentivo ao desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).

### **Comissão Integração de Ensino-Serviço - CIES**

A CIES Estadual é uma estrutura consultiva e propositiva criada, a partir do Pacto pela Saúde, voltada ao assessoramento e apoio a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das Comissões de Intergestores Regionais (CIR) na discussão sobre a Educação Permanente em Saúde.

Em 23 de novembro de 2009, através da Resolução CIB nº 032/2009, foi criada a Comissão de Integração Ensino e Serviço do Estado do Amazonas (CIES) com a finalidade de contribuir para a promoção do trabalho, fazendo a articulação entre as esferas de gestão do SUS e as instituições formadoras. Esta Comissão foi criada como instância intersetorial e interinstitucional permanente que participa da formulação, condução e desenvolvimento da política de Educação Permanente em Saúde, formada por gestores estaduais e municipais de educação e da saúde, representantes de instituições públicas e privadas de ensino com curso na área da saúde de nível superior e técnico, usuários e trabalhadores.

Em 27 de maio de 2019, através da Resolução CIB nº 040/2019, houve recomposição da CIES Estadual, uma vez que, ainda de acordo com a referida Resolução, não vem cumprindo seu papel de assessoramento técnico à CIB/AM, nas questões relacionadas à Educação em Saúde.

### **Principais Avanços e desafios no âmbito do Estado na área**

Com a instituição da Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde – CoEPS, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), a PNEPS passa a ganhar força para fortalecer as práticas de EPS nos territórios, seja para contribuir para a qualificação dos profissionais de saúde, seja para incentivar o planejamento de ações de EPS, conforme as singularidades regionais. Sendo assim, há movimento, iniciado em 2019 por parte do Departamento de Gestão de Recursos Humanos – DGRH/Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos – GDRH, para recomposição da CIES Estadual, a fim de que esta cumpra seu papel de



assessoramento técnico à CIB/AM, nas questões relacionadas à Educação em Saúde, bem como na formulação, condução, monitoramento e avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde no AM.

Através da atuação da Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos e da CoEPS, foram implantados 18 (dezoito) Núcleos de Educação Permanente em Saúde nas Unidades de Saúde da capital (CAIC's, CAIMI's e CAPS's).

Em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, a Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos e a CoEPS realizaram o I Encontro Regional COSEMS/AM de Educação Permanente em Saúde – Regional: Manaus, Entorno e Alto Rio Negro e o II Encontro Regional COSEMS/AM que se deu no Médio Amazonas, objetivando realizar o planejamento e a execução das ações de EPS de forma compartilhada, de modo a atender às necessidades e demandas locais.

A Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde vem atuando em parceria com o Núcleo de Humanização, considerando o que consta na Portaria nº 227/2019-GSUSAM, em seu art. 1º, “a” que determina “trabalhar articulado com as áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde em propostas que envolvam ações de educação e humanização na saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão do SUS”.

Como principal desafio da gestão do trabalho e educação na saúde no Amazonas, destaca-se a Interiorização dos profissionais de saúde, com processo de educação adequado e permanente de forma a garantir a alocação dos profissionais de saúde, especialmente médicos especialistas nas áreas geográficas de difícil acesso, propiciando-lhes formação adequada e de caráter permanente.

#### **6.2.4 Auditoria do SUS**

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS foi criado em 1993 pela Lei n.º 8.689 e regulamentado pelo Decreto n.º 1.651, de 1995. O SNA atua de forma descentralizada, conforme preconiza o referido Decreto, e, por corolário, possui entes em cada unidade federativa do Brasil.

O Sistema é coordenado pelo DENASUS, órgão que compõe a estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (SGEP), do Ministério da Saúde. Além disso, o Sistema é representado, na esfera federal, pelo DENASUS e pelas Seções de Auditoria, as quais se localizam em cada estado da Federação. A atividade de auditoria, é crucial para a melhoria da qualidade das ações e dos serviços no SUS. Os relatórios produzidos pelas auditorias materializam-se em instrumentos utilizados para detectar irregularidades e oportunidades de melhoria na gestão do SUS, desde que elaborados observando-se princípios, métodos e técnicas apropriados. Por isso, constituem-se em um produto relevante, um instrumento informativo e construtivo, de alta credibilidade pública, reconhecidamente imprescindível na tomada de decisões dos gestores de todas as esferas do SUS.

Consoante a Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores, a auditoria é o exame das operações, atividades e sistemas de determinada entidade, com vistas a verificar se são executados ou funcionam em conformidade com determinados objetivos, orçamentos, regras e normas (BRASIL, 2017). Pode ser conceituada também como o processo de exame independente



de determinadas situações, objetivando a emissão de juízos sobre a conformidade com padrões, que são denominados de critérios de auditoria.

Na concepção trazida pelo SNA, auditoria é um instrumento de qualificação da gestão que visa fortalecer o SUS, por meio de recomendações e orientações ao auditado, com vista à garantia do acesso e à qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Essa concepção altera a dialética da produção/faturamento para a lógica da atenção aos usuários, em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações de saúde (políticas públicas e seus determinantes sociais) e análise de seus resultados.

### **Auditoria do SUS no Amazonas**

O Sistema Estadual de Auditoria foi criado pelo Decreto Estadual nº 18.879, de 02 de julho de 1998 e integra o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde; utiliza o sistema de informação nacional denominado SISAUD, onde são incluídas todas as programações e relatórios, integrantes do processo de trabalho. As auditorias desenvolvidas pelo Sistema Estadual de Auditoria são realizadas sem prejuízo da fiscalização realizada pelo Tribunal de Contas do Estado e pelos órgãos de controle interno e externo do Estado, na forma do disposto na Constituição Federal e na Constituição do Estado.

O Sistema Estadual de Auditoria, além das atribuições previstas no ato de criação, deve promover sistematicamente a análise da organização dos sistemas municipais, verificando a coerência entre as metas propostas nos Planos de Saúde e as implementadas, os resultados e o impacto das ações e serviços na saúde da população, os movimentos dos Fundos de Saúde, o controle social e o assessoramento técnico aos gestores municipais quanto à organização de seus respectivos sistemas.

A Auditoria do SUS no estado também atua na Implementação de mecanismos de acompanhamento e avaliação do sistema de saúde pelos usuários de acordo com o Ministério da Saúde, objetivando a avaliação das unidades hospitalares, o controle dos recursos públicos e a aferição da qualidade do atendimento prestado aos usuários, identificando a demanda e possibilitando a correção das irregularidades na rede de serviços do SUS e outras atividades normatizadas pelo Ministério da Saúde.

A equipe de auditoria do estado é composta de 10 auditores que em 2019 foi informaram a realização de 54 atividades relacionadas a esse serviço. Os principais problemas priorizados pela Auditoria do SUS no estado foram: Quantitativo de Auditores insuficiente, pois de acordo o número de habitantes do estado do Amazonas e conforme os parâmetros do DENASUS há necessidade de 34 (trinta e quatro) auditores; Dificuldade na implantação dos componentes municipais de auditoria nas regionais de saúde do Amazonas; Falta de capacitação e estruturação dos Componentes de Auditoria em relação à fiscalização dos planos, relatórios, contratos de serviços dos prestadores da saúde; Necessidade de estreitamento nas relações com os Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores;

Como ações de fortalecimento da auditoria pretende-se buscar a ampliação do número de Auditores setor; Otimizar a infra-estrutura e logística dos serviços; Melhoria de mecanismos e protocolos de trabalho; Estreitar as parcerias com Componente Federal de Auditoria, CIB, Conselhos, COSEMS e outros órgãos ou instituições que possam fomentar a implantação de componentes municipais de Auditoria; Buscar capacitação e interlocução com os Componentes de Auditoria em outros estados que já realizam esta atividade; Estimular as Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde a



utilizar os serviços dos componentes de Auditoria para subsidiar o processo de planejamento e gestão; Despertar o interesse dos gestores para implantação de componentes municipais de Auditoria

### 6.2.5 Regulação, Controle e Avaliação

Com a descentralização da saúde para Estados e Municípios, impõe-se a necessidade do exercício eficaz da fiscalização e mecanismos de controle para sustentabilidade do SUS, evidenciando a transparência das decisões governamentais e o efetivo controle social.

Dentro desse contexto estão as atividades de controle, regulação, monitoramento e avaliação, cujo objeto principal é acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde desenvolvidos nas unidades integrantes da rede assistencial, baseado em parâmetros e indicadores gerais adequados às realidades locais, refletindo inclusive as prioridades assistenciais com perspectivas de mudança do modelo de atenção atual.

O exercício dessas atividades necessita de uma estruturação adequada de funcionamento, dispondo de área física, inclusão na estrutura organizacional da SES formalmente estabelecido, equipamentos e recursos tecnológicos, equipe multidisciplinar quantitativa e qualitativamente capacitada para o exercício da função.

A organização do controle, regulação, monitoramento e avaliação, impõem aos gestores a superação de métodos tradicionais, exige coerência com a elaboração do planejamento, da programação e da alocação dos recursos, para maior impacto na melhoria dos serviços de saúde oferecidos à população. As dimensões e o fortalecimento desse processo incluem:

- a) avaliação da organização do sistema e modelo de gestão;
- b) relação com os prestadores de serviços;
- c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- d) resultados e impacto sobre a saúde da população

O controle e avaliação compreendem a identificação e conhecimento global dos estabelecimentos de saúde existentes no território, cadastramento desses serviços, condução de processos de compra e contratação de serviços de acordo com as necessidades identificadas e regras legais para acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade da prestação da assistência entre outras atribuições. As avaliações dos resultados da atenção e do seu conseqüente impacto devem obedecer a objetivos bem traçados com indicadores e pactos apontados no Plano de Saúde e incorporar o desenho da regionalização definido na CIB, procurando atender às necessidades do usuário o mais próximo possível de seu domicílio.

Os meios de regulação da assistência devem ser previamente implantados, de forma a permitir que seja avaliado da forma mais adequada às necessidades da população, promovendo a assistência de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupondo:

- a) planejamento e programação das necessidades;
- b) aspectos epidemiológicos;



- c) recursos assistenciais disponíveis;
- d) condições de acesso
- e) rede regionalizada e hierarquizada.

O processo regulatório abrange dois aspectos a regulação das referências intermunicipais e a regulação sobre os prestadores de serviços de saúde, sendo responsabilidade do Estado:

- a) criar mecanismos para identificação da procedência dos usuários;
- b) monitorar o cumprimento dos termos de compromisso para garantia do acesso;
- c) identificar pontos de desajuste entre a pactuação e a demanda;
- d) intermediar o processo regulatório de fluxos de demandas no nível macrorregional, regional ou microrregional;
- e) prestar apoio técnico aos municípios na elaboração dos planos municipais de controle, regulação e avaliação

O sistema de regulação conta com Centrais de Regulação, as quais tem a responsabilidade de organizar as referências e contra-referências, tendo como base os pactos, acordos, protocolos clínicos e operacionais estabelecidos para garantia do acesso, que controlam a disponibilidade assistencial em seus diversos níveis, com utilização de mecanismos e estratégias de ação compatíveis com o nível de resolutividade e condição de gestão do município, de forma que a oferta dos serviços ocorra o mais próximo possível do domicílio, obedecendo sempre ao princípio da hierarquização municipal, regional, macrorregional, estadual e/ou nacional.

A regulação promove a operacionalização do acesso assistencial, incluindo marcação de consultas especializadas, exames de média e alta complexidade, internação das clínicas especializadas, atendimento pré-hospitalar, remoção interhospitalar, urgência e emergência, gestante de alto risco, assistência oncológica, TFD e outras ações do elenco de procedimentos da média e alta complexidade.

### **Regulação na Saúde**

Na saúde, sistema de acesso regulado aos serviços assistenciais faz parte do sistema logístico que viabiliza a estrutura operacional de funcionamento das redes de atenção à saúde. A Regulação é uma tarefa do Estado, de maneira a garantir o interesse da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde. Essa função regulatória pode ter várias formas: definição de arcabouço legal, regulação da competitividade, parâmetros mínimos e de excelência e, em particular, as várias formas de incentivo financeiro.

Para disciplinar o sistema regulatório o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS (PNR/SUS) a qual conceitua os tipos de regulação a ser realizado pelos entes públicos da saúde.

#### **Regulação de Sistemas de Saúde**

A PNR/SUS estabelece que a Regulação de Sistema de Saúde tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.





## Regulação da Atenção à Saúde

O processo regulatório da atenção à saúde é coordenado e exercido pelas Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde e tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

## Regulação do Acesso à Assistência

Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização

## Complexo Regulador

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores. O Complexo Regulador deve ser organizado em:

Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

## Sistema de Regulação no Amazonas

O Estado do Amazonas aderiu à Política Nacional de Regulação e iniciou o processo de implementação do Pacto de Gestão assumindo a responsabilidade pela garantia da equidade do acessos aos serviços, trabalhando pela organização do fluxo dos pacientes para os níveis mais complexos do sistema de saúde e reorganizando a oferta de serviços de saúde no estado obedecendo ao princípio de regionalização, através da implantação de Complexos Reguladores Estadual e Regionais.



## Complexo Regulador Estadual do Amazonas

Criado formalmente através da Lei Estadual Nº 3475/2010, começou as suas atividades em junho de 2009, funcionando inicialmente com a Central de Regulação Ambulatorial em Manaus. O Complexo Regulador do Amazonas atua em regime de cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Entre seus marcos históricos, destaca-se:

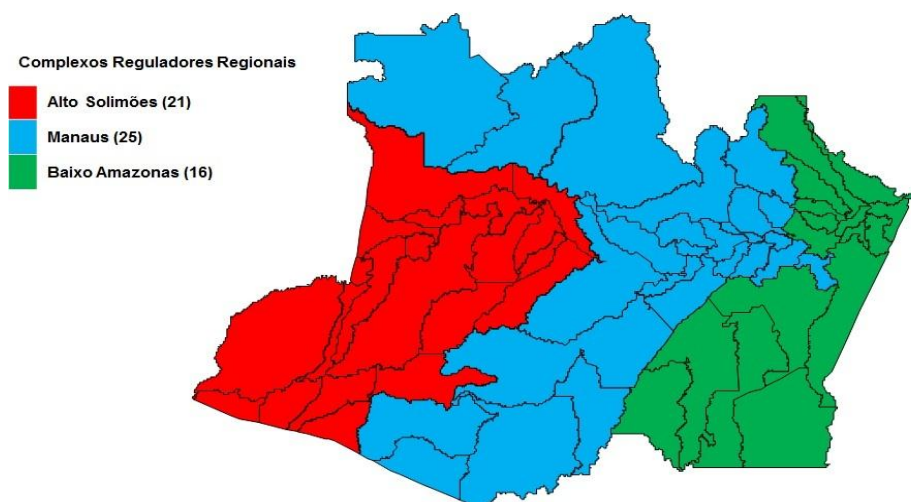
- Em Setembro de 2012 implantou o Complexo Regulador Regional do Alto Solimões;
- Em Julho de 2013 implantou a Central de Regulação da Internação;
- Em Novembro de 2015 implantou o Complexo Regulador Regional do Baixo Amazonas.
- Em fevereiro de 2018 pactuou a Resolução CIB/AM Nº 007, de 26 de fevereiro de 2018 que define a redistribuição dos municípios do interior do Estado do Amazonas entre os Complexos Reguladores Regionais do Alto Solimões, Manaus e Baixo Amazonas (Quadro 15)

### Quadro 15 Redistribuição dos municípios do interior do Estado do Amazonas entre os Complexos Reguladores Regionais

COMPLEXO REGIONAL	MUNICÍPIO SEDE	MUNICÍPIOS VINCULADOS
<b>MANAUS (25)</b>	<b>Manaus</b>	Manaus, São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro, Barcelos, Iranduba, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Careiro, Manaquiri, Nova Olinda do Norte, Autazes, Careiro da Várzea, Codajás, Coari, Beruri, Anori, Anamá, Caapiranga, Novo Airão, Manacapuru, Tapauá, Canutama, Lábrea, Pauini e Boca do Acre
<b>ALTO SOLIMÕES (21)</b>	<b>Tabatinga</b>	Tabatinga, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Amaturá, Santo Antônio do Içá, Tonantins, Jutai, Fonte Boa, Juruá, Japurá, Maraã, Alvarães, Tefé, Uarini, Caruari, Itamarati, Eirunepé, Envira, Ipixuna e Guajará
<b>BAIXO AMAZONAS (16)</b>	<b>Parintins</b>	Parintins, Nhamundá, Barreirinha, Maués e Boa Vista do Ramos, Urucurituba, Urucará, São Sebastião do Uatumã, Itapiranga, Silves, Itacoatiara, Borba, Novo Aripuanã, Manicoré, Humaitá e Apuí

Fonte: Complexo Regulador Estadual do Amazonas/SUSAM

### Mapa 15 Complexo Reguladores Regionais - Amazonas



Fonte: Complexo Regulador Estadual do Amazonas/SUSAM



**Quadro 16 Situação de funcionamento das Centrais dos Complexos Reguladores Regionais  
 - Amazonas**

ESTRUTURA	Central de Regulação Regional MANAUS	Central de Regulação Regional ALTO SOLIMÕES	Central de Regulação Regional BAIXO
<b>Central de Regulação Ambulatorial de Consultas e Exames Especializados</b>	Implantada e em funcionamento. Regula procedimentos especializados da capital Manaus.	Implantada e em funcionamento. Regula procedimentos especializados de Tabatinga.	Implantada e em funcionamento. Regula procedimentos especializados de Parintins.
<b>Central de Regulação da Internação</b>	Implantada e em funcionamento. Regula leitos dos municípios de Manaus, Autazes, Careiro, Iranduba, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo e Rio Preto da Eva. Regula a transferência inter-hospitalar de Careiro e Coari. Regula procedimentos de Alta Complexidade da capital Manaus.	Implantada e em funcionamento. Regula leitos dos municípios de Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Tabatinga, São Paulo de Olivença, Amaturá, Santo Antônio do Içá e Tonantins. Regula a transferência inter-hospitalar dos municípios das Regionais do Alto Solimões e Triângulo.	Implantada.
<b>Central de Regulação das Urgências</b>	Central de Regulação do SAMU 192 está a SEMSA Manaus. Regulação das Urgências Estadual vinculada ao CRR	Implantada e em funcionamento. Regula o SAMU 192 dos municípios de Benjamin Constant, Tabatinga, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá e Tonantins.	Não implantada.

Fonte: Complexo Regulador Estadual do Amazonas/SUSAM

### Oferta Ambulatorial SISREG III

Para realização das atividades de regulação e controle do acesso aos serviços assistências, a SES/AM por meio da Central Unificada de Regulação e Agendamento de Consulta e Exames utiliza como ferramenta o Sistema SISREG.

O Sistema de Regulação – SISREG é um sistema web, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulador, por meio de módulos ambulatorial e hospitalar que permitem a inserção da oferta, da solicitação até a confirmação do atendimento ao usuário, bem como a regulação de leitos hospitalares. As solicitações podem ser realizadas pela atenção básica e pelas outras portas de entrada do SUS para consultas, exames e procedimentos da média e alta complexidade, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimização a utilização dos recursos assistenciais, visando a humanização no atendimento. Trata-se de uma ferramenta fornecida pelo MS, de forma gratuita, sendo sua utilização não compulsória.

Os serviços regulados através dos Complexos Reguladores existentes no Amazonas são demonstrados no **Quadro XX** a seguir.



**Quadro 17: Serviços regulados pelos Complexos Reguladores no Amazonas**

<b>Complexo Regulador Estadual do Amazonas/ Central de Regulação Regional Manaus</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consultas Médicas Especializadas; Exames de Patologia Clínica; Atendimento Especializado; Diagnóstico em Especialidades; Proc. de Média Complexidade; Proc. de Alta Complexidade</li> </ul>
<b>Complexo Regulador Regional do Alto Solimões</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proc. de Média Complexidade; Ultrassonografia</li> </ul>
<b>Complexo Regulador Regional do Baixo Amazonas</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consultas Médicas Especializadas; Cardiologia, Endocrinologia, Ginecologia e Obstetrícia, Mastologia, Neurologia e Urologia; Proc. de Média Complexidade; Biópsia de Próstata e Estudo Urodinâmico</li> </ul>
<b>Central de Regulação Municipal de Humaitá</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consultas Médicas Especializadas; Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Oftalmologia, Ortopedia, Pediatria e Urologia; Exames de Patologia Clínica: Bioquímica, Sorologia, Imunologia, Coprologia, Uroanálise, Microbiologia e Imunohematologia; Atendimento Especializado; Fisioterapia, Fonoaudiologia e Nutrição; Diagnóstico em Especialidades; Eletrocardiograma; Proc. de Média Complexidade; Radiologia ( Raios-X e Mamografia) e Ultrassonografia; Proc. de Alta Complexidade; Densitometria Óssea, Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada</li> </ul>

**Fonte:** Complexo Regulador Estadual do Amazonas/SUSAM

Em 2019 foram desenvolvidas ações estratégicas para otimização dos encaminhamentos para serviços especializados através do Complexo Regulador do Estado, visando redução e qualificação de lista de espera, entre as quais a Implantação do Projeto Regula mais Brasil, Implantação do sistema informatizado de regulação das Urgências - SISTER, Regulação de leitos de Terapia Intensiva e Regulação de Cirurgias Eletivas.

O Regula+Brasil é um projeto do Ministério da Saúde, executado pelo Hospital Sírio Libanês, em parceria com o Governo do Estado, Prefeitura de Manaus e municípios do interior. O sistema atua como um ente regulador entre o atendimento na atenção básica e o encaminhamento para consultas e exames especializados. No período de sete meses, houve redução média de 82% na quantidade de pessoas nas filas do Sisreg para as especialidades de cardiologia, colonoscopia, urologia, endoscopia, endocrinologia, gastroenterologia, ortopedia, pneumologia, proctologia, e



reumatologia e a fila para cardiologia, reduziu em 100%, e o tempo de espera dos usuários caiu de 122 para até 15 dias.

O Sistema SISTER é um sistema desenvolvido pelo Complexo Regulador Estadual do Amazonas para o gerenciamento das transferências de pacientes em estado crítico à rede hospitalar de atenção às urgências e emergências da capital. iniciado a partir de junho de 2019, atendeu 4.548 pessoas de junho a outubro de 2019 o SISTER tem contribuído para reduzir o tempo de transferências de pacientes e assim possibilitar atendimento na rede de urgência com maior brevidade, evitando óbitos por desassistência.

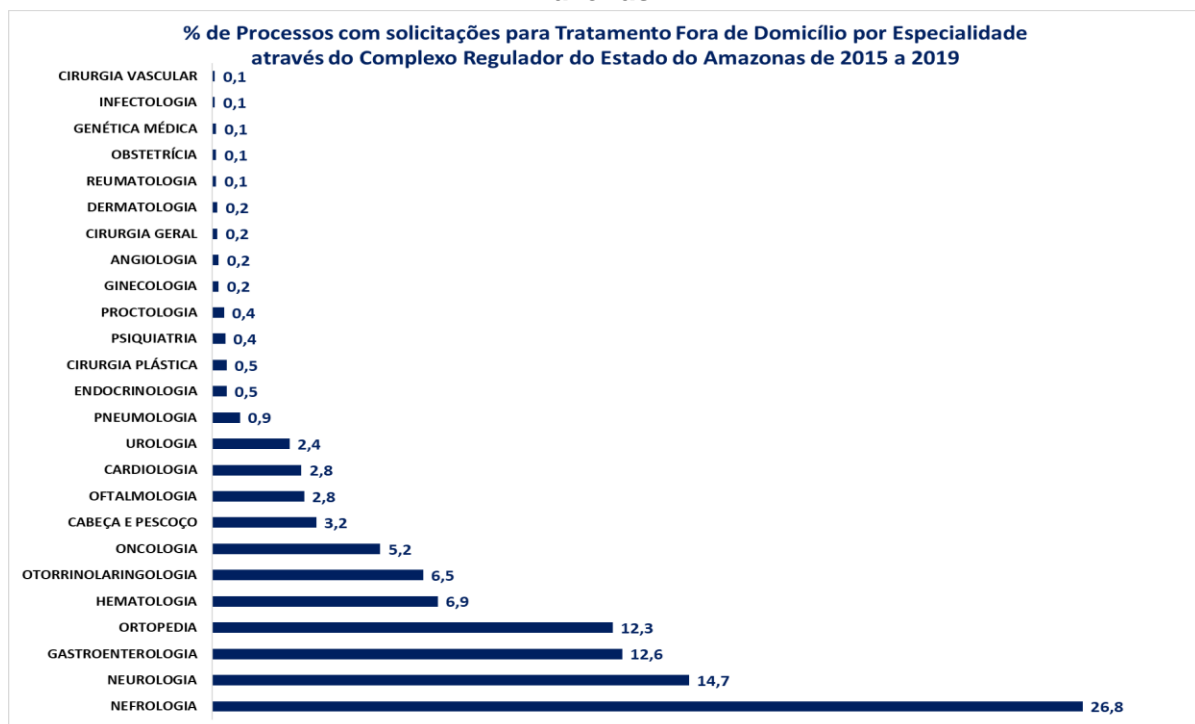
### Tratamento Fora de Domicílio – TFD

O Tratamento Fora do Domicílio constitui-se uma estratégia de gestão para garantia de acesso a assistência a saúde. É uma responsabilidade das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, sendo a primeira coordenadora do processo com a missão de organizar a demanda intra e interestadual através do estabelecimento de critérios, normas, rotinas, fluxos, desde que esgotadas todas as possibilidades existentes na localidade do domicílio do paciente.

O TFD concede ao paciente e seu acompanhante passagens aéreas de ida e volta. A concessão de passagens aéreas deve obedecer à política estadual para sua aquisição que inclui a utilização do Sistema de Controle de Diárias e Passagens (SCDP), coordenado pela Secretaria de Administração (SEAD)

No Amazonas as especialidades que possuem o maior número de requerimentos na somatória dos anos de 2015 a 2019 são nefrologia, neurologia, ortopedia, gastroenterologia, hematologia, otorrinolaringologia e oncologia, conforme pode ser observado no Gráfico 28.

**Gráf. 28 Proporção de Processos com solicitação de TFD por Especialidade de 2015 a 2019 - Amazonas**



Fonte: Complexo Regulador Estadual do Amazonas/SUSAM





Em 2018 e 2019 as principais localidades que atenderam a demanda do Amazonas foram Fortaleza-CE, Curitiba-PR e São Paulo/Guarulhos-SP, por serem os principais destinos para realização de transplante dos pacientes da especialidade de Nefrologia.

Quanto as despesas executadas através da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas/FES para os pacientes de TFD, destaca-se que em 2018 foram atendidos pelo programa pacientes 4.350 pacientes e 6.215 atendimento com passagens e ajudas de custo correspondendo a R\$ 26.280.364,81, já em 2019 foram 5.522 pacientes e 7.636 atendimento com passagens e ajudas de custo no valor de R\$ 31.264.824,20 representando um aumento de 19% em relação às despesas de custeio em 2018.

### **Controle e Avaliação SUS**

Para melhor entendimento das responsabilidades inerentes as atividades de controle, monitoramento e avaliação, são adotados os conceitos a seguir:

**Controle:** É uma supervisão contínua que se faz para verificar se o processo de execução de uma ação está em conformidade com o que foi regulamentado, para conferir se algo está sendo cumprido conforme um parâmetro próximo ao limite pré-fixado, se estão ou não ocorrendo extrapolações. O controle pode se dar de forma antecipada, concomitantemente ou subseqüentemente ao processo de execução das atividades.

**Monitoramento:** Há um relativo consenso de que monitorar consiste em realizar análises longitudinais, que buscam produzir informações para revelar o curso ou desenvolvimento de algo no tempo. Consiste em acompanhar o monitorado de forma mais frequente, por meio de observações, pareceres, coleta de dados, medições, indicadores, tabulações e compilações. O monitoramento verifica se o desenrolar das ações de uma dada estratégia aponta para o alcance de metas e objetivos.

**Avaliação:** As diferentes concepções em avaliação têm em comum a noção de que a avaliação expande os conteúdos de mensuração e da verificação do monitoramento para determinar valores e méritos de programas e políticas. A avaliação que se inscreve para além de um julgamento, leva em conta os sujeitos sociais envolvidos em uma determinada situação e seus interesses, assim como o objeto avaliado: sua especificidade, particularidade, generalidade e seu grau de maturação ou desenvolvimento. Avaliar, nesse sentido, é um constante descobrir e deve compreender um permanente diálogo entre os sujeitos envolvidos ou entre quem avalia (a equipe de avaliação), o objeto da avaliação (o avaliado) e a realidade em que ambos se inscrevem (o contexto). Essa perspectiva traz a necessidade de diversificar os instrumentos de avaliação.

Pode-se afirmar que o monitoramento e avaliação são faces, complementares entre si, de um mesmo processo. O monitoramento acompanha no tempo o desenvolvimento de determinadas atividades e formula hipóteses a respeito. A avaliação aprofunda a compreensão sobre esse desenvolvimento, investigando as hipóteses geradas pelo monitoramento.

Os artigos 15 e 17 da Lei 8.080/90 estabelecem que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde, além da avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população; e que é responsabilidade dos estados e dos municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho.



O Capítulo IV da LC 141/12, que trata da transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle menciona que os resultados do monitoramento e avaliação de cada ente, serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado.

### **Organização no âmbito da Gestão Estadual:**

Em 2003 o estado elaborou o Plano Estadual de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria do Amazonas, com o objetivo de fortalecer essas áreas na gestão da Secretaria de Saúde, no entanto o mesmo encontra-se desatualizado e necessita ser revisto.

O Departamento de Controle e Avaliação - DECAV está vinculado diretamente à Secretaria de Estado de Saúde - SUSAM e subordinado à Secretaria Executiva/SUSAM. Tem como atribuição: *“acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde desenvolvidos nas unidades integrantes da rede assistencial, baseado em parâmetros e indicadores de saúde adequados às realidades locais e consonância com a legislação específica e normas complementares estabelecidas, refletindo inclusive as prioridades assistenciais com perspectivas de mudança do modelo de atenção à saúde”*.

O DECAV utiliza como ferramenta de trabalho os sistemas e bancos de dados de âmbito nacional e caráter obrigatório utilizadas pelo Ministério da Saúde, entre as quais as principais são: O Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), Sistema de Regulação (SISREG), Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPPI), e o Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC) entre outros que se aplicarem.

Entre as dificuldades apontadas no uso desses sistemas informatizados, aponta-se a ausência de ferramenta única para otimizar as informações, hoje os Sistemas de Informações ainda não se integram totalmente e essa fragmentação resulta em paralelismo de ação, esforço extra para apuração dos dados e alinhamento das informações.

Outros aspectos que interferem no cumprimento das responsabilidades referentes ao monitoramento, controle e avaliação realizadas por meio do DECAV e necessitam de melhoria são referentes a:

**Condições de trabalho:** As atuais condições de trabalho apresentam dificuldades operacionais pela reduzida interação entre as áreas técnicas da SUSAM e o DECAV, o que dificulta a operacionalização de muitas atividades; equipamentos de informática defasados; ausência de interação entre os sistemas operativos utilizados; inexistência de softwares de gestão como ferramentas.

**RH e Capacitação:** Necessidade de ampliar o quadro de pessoal para compor a equipe de Controle e Avaliação e ainda prover capacitação e treinamento adequado na área para qualificação das equipes e das ações desenvolvidas na área e ainda prestar apoio aos municípios no que couber ao estado.



Processo de trabalho: Há diversas situações que dificultam a execução das atividades, as quais merecem ser destacadas conforme detalhamento a seguir:

- **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES:** O *software* atende às necessidades de informação, entretanto as Unidades públicas e prestadores privados não atualizam o sistema mensalmente com as informações necessárias conforme o estabelecido nas Portaria SAS/MS nº 1.646 de 02 de outubro de 2015;
- **Sistemas de Informações em Saúde – SIS (CNES, SIA-SUS, SIH-SUS, TabWin e FPO):** A atualização e transmissão de arquivos de dados dos SIS ocorre de forma instável e lenta, pois se o arquivo gerado a partir do SIS for muito pesado, não será possível transmiti-lo, já que o *link* de dados com capacidade de 10 Mbps é ineficiente para atender às demandas do Complexo Regulador do Amazonas e do DECAV;
- **Núcleo de Saúde Complementar e Credenciamento (NSCC):** O NSCC faz a análise e avaliação da necessidade de contratação dos serviços contratados da Rede Complementar e Rede Convencional (complementar e rede pública respectivamente). Atualmente, existem três hospitais públicos contratualizados pela gestão estadual. A rede ainda não conta com nenhuma unidade ambulatorial em regime de Contrato de Gestão. No momento, em relação aos contratos vigentes, as maiores dificuldades são: a não formalização/criação das Comissões de Acompanhamento de Contratos (CAC) e a demora na tramitação dos processos nos setores técnicos, o que ocasiona o atraso na elaboração dos projetos básicos pelo NSCC;
- **Controle de regularidade dos pagamentos efetuados aos prestadores de serviços de saúde:** Inexistência de ferramentas (*software* de gestão) adequadas para o tratamento de dados das produções apresentadas pelas Unidades públicas e prestadores privados conveniados ao SUS (Contratualizados da SUSAM), dados esses oriundos dos vários SIS do Ministério da Saúde. Os dados de produção são trabalhados em planilha Excel (Microsoft Office), o qual não é o programa mais indicado, pois após o processamento dos mesmos o retorno das informações chega a aproximadamente 500 mil linhas;
- **Controle e acompanhamento da relação entre programação/produção/faturamento que permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados:** A falta de alimentação regular dos SIS, a não atualização da Programação Pactuada e Integrada (PPI) que encontra-se defasada há vários anos, bem como a não atualização das informações mensalmente (entre outros motivos) refletem em glosas/rejeição na produção e, conseqüentemente, queda no faturamento. O elevado percentual de glosas sinalizadas ocasiona perdas no faturamento das Unidades de Saúde em decorrência da desatualização do seu cadastro no CNES, da inexperiência da operacionalização dos SIS e do não envio da produção em tempo hábil. Todos esses fatos mencionados decorrem do desconhecimento dos gestores das unidades sobre a importância dos sistemas de informações e da alimentação dos dados. Além da não avaliação dos dados gerados pela Unidade como ferramenta de gestão local. Essa situação reflete diretamente na produção geral do Estado, tendo como conseqüência o não atingimento do teto de Média e Alta Complexidade (MAC) previsto para o Amazonas, impedindo a sua ampliação desde muitos anos;



- **Divergências de registros:** entre as fragilidades observadas está o desalinhamento entre as informações registradas nos sistemas operacionalizados do DECAV e os constantes nos contratos firmados com os prestadores de serviços, dificuldade em fazer projeção dos custos dos serviços e nas datas de apresentação da produção de serviços dificultando as análises técnicas.

Para os próximos quatro anos o estado pretende agir para reorganizar as ações de monitoramento, controle e avaliação, trabalhando os seguintes aspectos

Avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; Dotação de infraestrutura física e de pessoal para melhoria das condições de trabalho e capacidade de gestão na área de Controle, Monitoramento e Avaliação das ações e serviços de saúde sob responsabilidade estadual; Melhoria e implementação das ações de controle, monitoramento e avaliação bem como a relação com os prestadores de serviços; Criação de mecanismo para mensurar a qualidade da assistência e satisfação dos usuários; Instrumentalização da área responsável para acompanhamento dos resultados e impacto sobre a saúde da população; Implementação da cultura avaliativa nos sistemas e serviços de saúde como instrumento de apoio à Gestão Estadual; Produção de conhecimento qualitativo da rede de serviços de saúde que incorpore a perspectiva da regionalização da saúde e das necessidades de saúde da população; Modernização da Tecnologia da Informação para gerenciamento de informações de interesse para monitoramento de indicadores de produção SIA/SIH para avaliação de serviços de saúde; Promoção da articulação entre os gestores para identificação de problemas e as intervenções imediata nas oportunidades de melhoria; Incorporação do conceito de padrão de qualidade dos serviços de saúde sob gestão estadual e incentivo e apoio técnico aos municípios para adoção desses conceitos e práticas.

Entre os resultados esperados estão: Melhoria na qualidade de informações dos bancos de dados; Qualificação da programação físico-financeira por estabelecimento de saúde, aumento das metas física e financeiras; Descentralização dos bancos de dados e autonomias dos municípios; Redução das glosas e subnotificações nos registros de produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares; Otimização dos investimentos em saúde, ampliando a captação de recursos federais para financiamento das ações e serviços de saúde no estado; Qualificação a elaboração e acompanhamento dos contratos e convênios com os prestadores públicos e privados;



## 6.2.6 Tecnologia da Informação e Comunicação na Saúde

### Tecnologia da Informação (TI)

A área de TI da Secretaria responde pelo planejamento, fomento e regulamentação das ações de informatização da SUSAM, direcionadas aos sistemas de informação e informática em saúde, incorporando tecnologias com vistas à disseminação das informações, definição dos padrões para captação de operacional das bases de dados dos sistemas desenvolvidos e implantados no âmbito do SUS e da Gestão Institucional, bem como, gerenciar o acervo documental técnico.

Até o momento o Amazonas ainda não implementou a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde ( e a Política Nacional de Gestão de Tecnologia em Saúde) sendo apontado como um dos fatores relevantes, que a atuação da área de Tecnologia da Informação ainda não é vista na Secretaria como estratégica, o que produz como consequência, o uso de tecnologias obsoletas, equipamentos insuficientes e ultrapassados, sistema de arquivo e processo ainda não totalmente informatizados, falta de integração entre os sistemas de informação (e de gestão), não disponibilização de informações gerenciais de forma sistemática e em tempo oportuno, e ainda a necessidade de ampliação do canal de comunicação para disponibilizar informação qualificada aos gestores e público em geral.

A partir desse diagnóstico, a gestão estadual pretende investir na modernização administrativa e tecnológica da Secretaria e unidades de saúde, onde serão Implementadas as ações de Tecnologia da Informação e Informática em Saúde (Saúde Digital), e o desenvolvimento de estratégias de comunicação interna e externa para divulgar e valorizar as ações e serviços da rede estadual de Saúde.

Entre as ações previstas para os próximos quadriênios estão a renovação do parque tecnológico da Secretaria de Estado de Saúde e unidades de saúde do estado, desenvolvimento de Sistemas e ferramentas informatizadas, priorizadas pela gestão, entre os quais:

Sistema de gerenciamento de TFD- gerencia e controla as viagens de pacientes e acompanhantes para tratamentos fora do município e acompanha os tratamentos realizados fora do município. Esse sistema visa dar agilidade e eficiência ao atendimento à população, controlar efetivamente os custos dos tratamentos pagos com recursos públicos e gerenciar o pessoal e os equipamentos disponibilizados para esse fim.

Sala de Situação- Com foco na melhoria de processos e eficiência operacional que gera indicadores e informações que auxiliam as tomadas de decisões para melhorar a experiência do paciente, antecipando soluções de forma rápida e eficiente, e os processos de gestão da operação de diagnóstico por imagem.

Gestão de RH- Sistema que possa otimizar as tarefas do Departamento de RH e garanta a gestão com segurança na movimentação de rotinas diárias, como cadastros dos servidores, locação, sublocação, lista de frequência e gerenciamento de férias.

Sistema de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) - Sistema de Controle e uniformização das atividades de aquisição, solicitação, recebimento, armazenagem, dispensação, utilização e controle de OPME, visando a organizar o fluxo do processo de trabalho, em consonância com os meios que assegurem a adoção de boas práticas.





## Comunicação na Saúde

Com o avanço do desenvolvimento tecnológico, cada vez mais a comunicação ganha relevância na sociedade. Apesar desse avanço, no tocante à saúde pública brasileira, ainda é necessário superar a visão instrumental e simplista da comunicação como um processo apenas de transmissão de informações de um emissor a um receptor, visão essa que não se aprofunda no restante do processo, como a circulação das mensagens e suas apropriações pelos diferentes atores envolvidos. A comunicação se afirma como elemento essencial para a promoção da saúde, ao funcionar como uma área estratégica para interação e troca de informações entre as instituições, comunidades e indivíduos.

O maior desafio no processo de comunicação na saúde é romper com o modelo mais comum, que direciona o trabalho dos profissionais de comunicação para a produção massiva de materiais promocionais, com ênfase à publicidade, e trabalhar no âmbito da promoção da saúde, que tem um caráter eminentemente comunitário. É necessário criar estratégias e traduzir para linguagens adequadas para sensibilizar diferentes atores sociais, como empresários, representantes de classes, líderes comunitários e formadores de opinião, envolvendo toda a sociedade nesse processo em prol da garantia do direito à saúde, abrangendo as diferentes realidades e necessidades sociais relacionadas à saúde, promovendo a cidadania e o fortalecimento do SUS.

Assim, observa-se a necessidade do SUS publicizar os seus serviços, o funcionamento de sua rede, princípios e diretrizes. É necessário que os gestores de saúde atuem para o desenvolvimento das habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde e para a construção de um modelo, plano e política de comunicação sem saúde através da gestão comunicativa e do planejamento estratégico com a finalidade de alinhamento da gestão descentralizada e participativa em saúde, a partir das redes de conversação e do agir comunicativo.

Na Secretaria de Estado de Saúde, as ações referentes a área de comunicação são desenvolvidas no âmbito do gabinete do Secretário de Saúde por meio de equipe de assessoria de comunicação e atualmente não dispõe de um Plano de Comunicação. Como proposta de ações para melhor qualificação dos serviços inerentes à Comunicação pretende-se nos próximos quatro anos desenvolver estratégias de comunicação interna e externa para divulgar e valorizar as ações e serviços da rede estadual de saúde, entre as quais, elaborar o plano diretor de comunicação da secretaria de saúde incluindo as fundações de saúde vinculadas à SES/AM e propor mudança na estrutura organizacional, instituindo o departamento de comunicação na sede da secretaria de saúde do estado.



## **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO PES 2020-2023 REFERENTE À PANDEMIA DE COVID-19**

### **7. Coronavírus: Ações de Controle e Prevenção à Pandemia de Covid -19 no Amazonas**

Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias. O novo agente do coronavírus foi descoberto no final de 2019, após casos registrados na China e provoca a doença chamada de COVID-19. Até a presente data, não há nenhum medicamento específico para tratar ou prevenir o coronavírus (COVID-19) e algumas pessoas podem precisar da ajuda de aparelhos para respirar. As principais medidas para conter a proliferação do vírus são baseadas na prevenção.

O primeiro caso de COVID-19 confirmado no Amazonas foi em 13 de março de 2020, sendo o 13º Estado do país a identificar um contágio. Em 22 de abril de 2020 já são 2.479 casos e 206 óbitos confirmados do novo coronavírus no estado, segundo boletim epidemiológico divulgado pela Fundação de Vigilância em Saúde (FVS-AM).

Até o mês de abril, a doença já foi confirmada em 32 municípios amazonenses (51%), além da capital Manaus, que concentra (79%) dos casos e (83%) dos óbitos confirmados. Os 13 municípios com óbitos confirmados até o momento são: Manacapuru (14), Iranduba (4), Parintins (3), Maués (2), Careiro Castanho (2), Manicoré (1), Tabatinga (1), Itacoatiara (1), Presidente Figueiredo (1), Tefé (1), Novo Airão (1), Barcelos (1), Beruri (1) e Caruarari (1); totalizando 34 mortes por Covid-19 entre pacientes do interior.

Para enfrentamento da pandemia o Governo do Amazonas criou um Plano de Contingência para Infecção Humana pelo COVID-19. As ações, em sintonia com as autoridades de saúde nacionais e internacionais, são planejadas no âmbito do Comitê Interinstitucional de Gestão de Emergência em Saúde Pública para Resposta Rápida aos Vírus Respiratórios, com ênfase no COVID-19 e outros vírus domésticos que causam Síndromes Respiratórias Graves.

#### **Informações Gerais da COVID-19**

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo vírus denominado SARS-CoV-2, um novo tipo de coronavírus. Os primeiros casos dessa doença foram identificados em Wuhan, Hubei, China, em 1º dezembro de 2019, a partir de um grupo de pessoas com pneumonia de causa desconhecida, ligadas principalmente a vendedores ambulantes que trabalhavam no Mercado de Frutos do Mar de Huanan.

Os coronavírus são uma grande família viral, conhecidos desde meados dos anos 1960, que causam infecções respiratórias em seres humanos e em animais. Geralmente, infecções por coronavírus causam doenças respiratórias leves a moderadas, semelhantes a um resfriado comum. No entanto, alguns coronavírus podem causar formas graves, como a síndrome respiratória aguda grave (SRAG). A maioria das infecções por SRAG é de etiologia viral. Além do coronavírus, outros vírus podem causar casos graves, tais como: os vírus Influenza A e B, Vírus Sincicial Respiratório (VSR), Adenovírus, Parainfluenza e o Metapneumovírus.

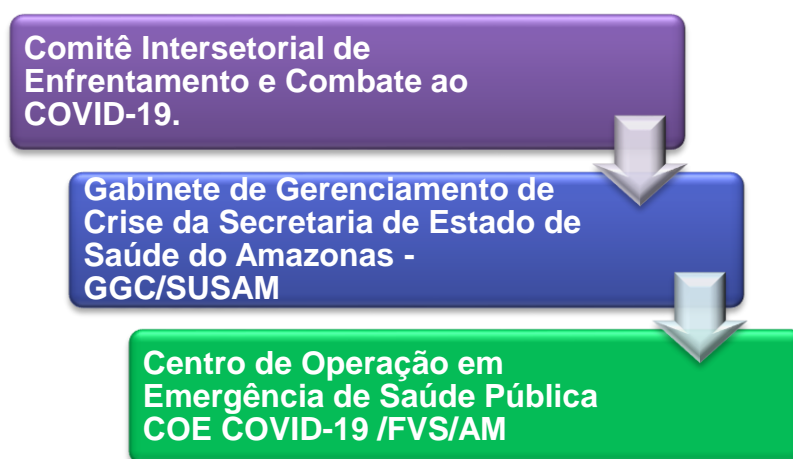


Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma pandemia. Segundo a OMS, até 21 de abril de 2020, foram confirmados no mundo 2.397.216 casos de COVID-19 e 162.956 óbitos. Nesta data, o Ministério da Saúde do Brasil, havia confirmado no país, 43.079 casos e 2.741 óbitos. No Amazonas, o primeiro caso de COVID-19 foi registrado em 13 de março de 2020.

### Estrutura de Comando

Para organização do processo de planejamento e tomada de decisão durante o combate à pandemia de COVID-19 foram instituídas pelo Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde e Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas, as seguintes estruturas de comando (Figura 3):

**Fig. 3 Estrutura de Comando de Gestão de Emergência em Saúde Pública COVID 19 no Amazonas**



- ✓ **Comitê Intersectorial de Enfrentamento e Combate ao COVID-19:** Cabe ao Comitê instituir diretrizes gerais para a execução das medidas a fim de atender as providências determinadas na legislação pertinente, podendo, para tanto, propor à Secretaria de Estado de Saúde a edição de normas complementares. (Decreto Nº 42061 de 16/03/2020)

O Comitê é integrado pelos titulares dos seguintes órgãos e entidades:

- I - Casa Civil;
- II - Secretaria de Estado de Saúde;
- III - Fundação de Vigilância em Saúde;
- IV - Secretaria de Estado de Comunicação Social;
- V - Secretaria de Estado da Fazenda;
- VI - Secretaria de Estado de Segurança Pública;
- VII - Secretaria de Estado de Educação e Desporto;
- VIII - Secretaria de Estado de Educação de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania;
- IX - Secretaria de Estado de Administração Penitenciária;
- X - Empresa Estadual de Turismo;
- XI - Superintendência Estadual de Navegação, Portos e Hidrovias;



- XII - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delgados e Contratados do Estado do Amazonas.
  - XIII - Secretaria de Estado da Assistência Social; (Inciso acrescentado pelo Decreto Nº 42063 DE 17/03/2020).
  - XIV - Casa Militar. (Inciso acrescentado pelo Decreto Nº 42063 DE 17/03/2020).
  - XV - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação; (Inciso acrescentado pelo Decreto Nº 42216 DE 20/04/2020).
  - XVI - Subcomando de Ações de Defesa Civil do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas. (Inciso acrescentado pelo Decreto Nº 42216 DE 20/04/2020).
- ✓ **Gabinete de Gerenciamento de Crise:** O GGC/SUSAM objetiva o planejamento de ações, de forma ampliada e oportuna, no âmbito do sistema estadual de saúde, para a gestão de emergências em saúde pública e para a definição do fluxo de informações inerentes ao processo. (Portaria N.º 251/2020-GSUSAM de 31/03/2020)

O GGC/SUSAM coordenado pelo Secretário de Estado de Saúde, será composto por Comissões formadas por representantes dos departamentos, fundações, coordenações e núcleos desta Secretaria, na forma a seguir:

**Figura 4: Gestão de Emergência em Saúde Pública: COVID 19 no**

I - Comissão de Governança: Secretários, Chefia de Gabinete e Assessoria de Comunicação;

II - Comissão de Ciência e Tecnologia;

III - Comissão de Economia da Saúde;

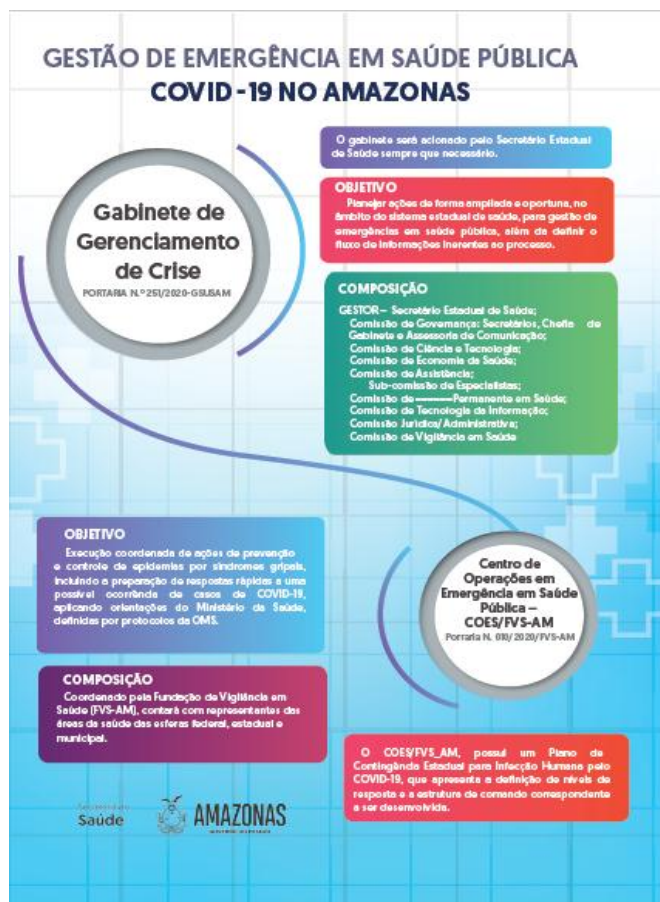
IV - Comissão de Assistência e Sub-comissão de Especialistas;

V - Comissão de Vigilância em Saúde;

VI - Comissão de Educação Permanente em Saúde;

VII - Comissão de Tecnologia da Informação; e

VIII - Comissão Jurídico-administrativa;





- ✓ **Centro de Operação em Emergência de Saúde Pública COE COVID-19 /FVS/AM:** Tem como objetivo a execução coordenada de ações de prevenção e controle de epidemias por síndromes gripais, incluindo a preparação de respostas rápidas a uma possível ocorrência de casos de COVID-19, aplicando orientações do Ministério da Saúde, definidas por protocolos da OMS. (Portaria N. 010/2020/FVS-AM)

O Comitê, coordenado pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM), contará com representantes das áreas de saúde das esferas federal, estadual e municipal, na forma a seguir, com alerta máximo para as síndromes Respiratórias Agudas Grave e Novo Coronavírus (2019 - nCOV):

I - Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM);

II - Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas (FVS-AM);

III - Fundação de Medicina Tropical Dr. “Heitor Vieira Dourado” (FMT-HVD);

IV - Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Semsam-Manaus),

V - Coordenação Regional de PAF nos Estados do AM, AC, AP, PA, RO e RR

- CRPAF-AM/GGPAF/ANVISA;

VI - Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Amazonas - AM/ SEMS/SE/MS;

VII - Subcomando-Geral para Ações de Defesa Civil do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Amazonas;

VIII - Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS-AM);

IX - Hospital e Pronto-Socorro “Delphina Rinaldi Abdel Aziz”; e,

X - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).





## Linha do Tempo das principais ações emergenciais:

### Março / 2020

- 16/03/2020 foi publicado o **Decreto 42.061** que dispõe sobre a decretação de **situação de emergência na saúde pública do Estado do Amazonas**, em razão da disseminação do novo coronavírus (2019-Ncov), e institui o **Comitê Intersectorial de Enfrentamento e Combate ao COVID-19**.
- 17/03/2020 **Decreto 42.063** que dispõe sobre **medidas complementares temporárias para enfrentamento emergencial de saúde pública** de importância internacional, afim de evitar a circulação do coronavírus no território do estado do Amazonas em especial nos municípios de Manaus e Tabatinga. Suspensão de aulas pelo prazo de 15 dias estendendo aos municípios que compõe a região metropolitana e Tabatinga e Parintins.
- 18/03/2020 **Decreto 42.085** que dispõe sobre o funcionamento de órgão e entidade da administração direta e indireta do poder executivo no período de enfrentamento de emergência de saúde pública de importância internacional, decorrente do novo coronavírus.
- 18/03/2020 **Decreto 42.087** que dispõe sobre a **suspensão das aulas** da rede pública estadual de ensino, em todos os municípios do Estado do Amazonas, bem como das **atividades das academias de ginástica** e similares, e **do transporte fluvial de passageiros** em embarcações.
- Em 21/03/2020 foi publicado o Decreto nº **42.099**, determinando a **suspensão, pelo prazo de 15 dias, do atendimento ao público em geral de todos os restaurantes, bares, lanchonetes, praças de alimentação e similares**. Pelo decreto, os estabelecimentos poderão funcionar exclusivamente para entrega em domicílio e como pontos de coleta.
- 23/03/2020 Governo do Amazonas **inicia mudanças na rede de saúde da capital** com foco no cenário da Covid-19. A medida segue orientação do Ministério da Saúde para que sejam suspensos os serviços não essenciais, no esforço para conter a disseminação do novo coronavírus (Covid-19):

Unidades com atendimento suspenso temporariamente: Centros de Atenção Integral à Saúde da Criança (Caics) e os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (Caimis), As unidades oferecem consultas de rotina a crianças e idosos, que integram o grupo de risco para doenças respiratórias provocadas pelo novo coronavírus. Durante o período de suspensão, foram disponibilizados telefones de contato para a população ligar em caso de necessidade.

Enquanto as policlínicas da rede estadual tiveram alguns serviços interrompidos, o Hospital e Pronto-Socorro Delphina Aziz, na zona norte de Manaus, teve seu perfil de atendimento alterado, passando a atuar de forma exclusiva para o atendimento de pacientes graves suspeitos ou confirmados de Covid-19. a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Campos Sales tornou-se a porta de entrada para casos de urgência e emergência que eram atendidos no Delphina Aziz, assim como as demais unidades de urgência e emergência da zona norte.

- Em 23/03/2020 Governo do Estado do Amazonas anunciou que autorizou a pesquisa do uso da cloroquina para combater o novo Coronavírus, em pacientes do Amazonas. A pesquisa teve o aval da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas, do Conselho Nacional de Saúde, sob comando de profissionais da Secretaria Estadual de Saúde (Susam), das Fundações de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), de Vigilância em Saúde (FVS-AM) e da Fiocruz.



- 30/03/2020 publicada Portaria N.º 0247/2020 – GSUSAM que institui Grupo de Trabalho visando o desenvolvimento da Sala de Situação da Saúde do Estado do Amazonas.
- 31/03/2020 publicada Portaria N.º 0251/2020-GSUSAM que **institui o Gabinete de Gerenciamento de Crise** que objetiva o planejamento de ações, de forma ampliada e oportuna, no âmbito do sistema estadual de saúde, para a gestão de emergências em saúde pública e para a definição do fluxo de informações inerentes ao processo.

#### **Abril / 2020**

- 06/04/2020 Governo do Amazonas adota **aplicativo para monitoramento de pacientes com Covid-19 em isolamento domiciliar**,. Batizado de “Juntos no combate ao Covid-19”, o APP se destaca por reunir, num único canal, um conjunto de serviços essenciais aos cidadãos visando combater a disseminação da doença. Desenvolvido em parceria com SASI Telecomunicação Ágil Ltda, o Instituto Transire, com o apoio da Samel, Universidade do Estado do Amazonas e Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

#### **Publicações**

##### **Notas Técnicas e Orientações\***

- 29/01/2020: Nota Técnica No. 04/2020 DVE/FVS-AM - COVID-19- Revisada  
Assunto: Alertar sobre a identificação e circulação do Coronavírus (COVID -19).
- 20 /02/2020: Nota Técnica No. 05/2020 DEVISA/FVS-AM.  
Assunto: Orientação quanto as medidas de prevenção das infecções causadas por vírus respiratórios em Ambientes Fechados de Circulação Pública no Estado do Amazonas.
- 03/03/2020: Nota Técnica No. 06/2020 DVE/FVS-AM  
Assunto: Alertar sobre a identificação e circulação do Novo Coronavírus, (COVID -19) como emergência de saúde pública.
- 10/03/2020: Nota Técnica No. 07/2020 DIPRE/FVS-AM  
Assunto: Orientações sobre a prevenção do Novo Coronavírus, (COVID -19) nos locais de trabalho.
- 02/04/2020: Nota Técnica Conjunta No. 09/2020 FVS-AM/SEA Interior/SUSAM  
Assunto: Vigilância em Saúde na pandemia COVID -19 , causada pelo Novo Coronavírus SARS-CoV-2, considerando a transmissão no Brasil e Amazonas.
- 02/04/2020: Nota Técnica No. 10/2020 CECISS/DVE/ FVS-AM  
Assunto: Cuidados Domésticos em Isolamento Domiciliar por 14 dias desde a data de início dos sintomas de Síndrome Gripal..
- 18/04/2020: Nota Técnica Conjunta No. 16/2020 FVS-AM/SEA Interior/SUSAM  
Assunto: Utilização dos Testes Rápidos em Saúde para SARS-CoV-2 na Rede de Saúde e Segurança Pública do Interior do Amazonas.

**\*Para consulta das Notas Técnicas acima relacionadas e outras publicadas posteriormente acessar o seguinte endereço: <http://www.fvs.am.gov.br/publicacoes>**



**Boletins Informativos**

Para divulgação dos números relacionados a COVID-19, o Governo do Estado do Amazonas, SUSAM e a Fundação de Vigilância em Saúde - FVS/Am criaram os sites <http://coronavirus.amazonas.am.gov.br/> e <http://www.saude.am.gov.br/painel/fvscovid.php> onde são fornecidos dados atualizados diariamente através de Boletins Informativos que detalham o Monitoramento do COVID-19 desde março de 2020 até o presente, com os números de casos e de óbitos por municípios, pacientes hospitalizados e fora do período de transmissão.

**Boletim Informativo**

Confira o boletim informativo oficial do Governo do Estado sobre a COVID-19

Município	CONFIRMADOS	ÓBITOS	Município	CONFIRMADOS	ÓBITOS
Manaus	2.738	256	Beruri	07	01
Manacapuru	278	19	Urucará	07	01
Itanduba	98	05	Silves	06	0
Racooniana	84	08	Careiro da Varzea	05	0
Parintins	80	05	Novo Aripuanã	05	0
Tabatinga	73	04	Boca do Acre	04	0
Carauari	66	01	N. Olinda do Norte	04	0
Santo Antônio do Itá	61	0	S. Isabel do Rio Negro	04	0
Maués	56	06	Borba	03	0
Coari	36	02	Itapiranga	03	0
Presidente Figueiredo	34	0	Jatui	03	0
Careiro Castanho	30	03	Manicoré	03	01
São Paulo de Olivença	30	01	Barcelos	02	01
Autazes	26	02	Canutama	02	0
Tefé	22	01	Codajás	02	0
Amaturá	19	0	Humaitá	02	0
Benjamin Constant	19	0	Novo Airão	02	01
Anori	18	0	Urucurituba	02	0
Lábrea	18	0	Anamá	01	0
Tonantins	18	0	Caapiranga	01	0
Rio Preto da Eva	17	01	Juruá	01	0
Tapauá	16	0	Nhamundá	01	0
Manaquiri	11	01	S. Gabriel da Cachoeira	01	0
Maraá	08	0	São Sebastião do Uatumã	01	0
<b>TOTAL</b>	<b>3.928</b>	<b>320</b>			

**BOLETIM COVID-19**

**3.833 CASOS CONFIRMADOS**

269 Pacientes Internados

304 Óbitos confirmados

1.220 Recuperados

Amazonas - 26/04/20, às 10h

AMAZONAS CONTRA CORONA

FIQUE EM CASA

AMAZONAS GOVERNO DO ESTADO

coronavirus.amazonas.am.gov.br

26/04

Município	CONFIRMADOS	ÓBITOS	Município	CONFIRMADOS	ÓBITOS
Manaus	2.732	246	Silves	06	0
Manacapuru	256	17	Urucará	06	0
Itanduba	92	05	Boca do Acre	04	0
Racooniana	80	07	Careiro da Varzea	04	0
Parintins	76	03	Novo Aripuanã	04	0
Tabatinga	67	03	S. Isabel do R. Negro	04	0
Carauari	65	02	Itapiranga	03	0
Santo Antônio do Itá	61	0	Jatui	03	0
Maués	56	06	Manicoré	03	01
Coari	36	02	N. Olinda do Norte	03	0
Presidente Figueiredo	30	01	Barcelos	02	01
Careiro Castanho	28	0	Canutama	02	0
Autazes	26	02	Codajás	02	0
Tefé	22	01	Manauari	02	01
Amaturá	19	0	Novo Airão	02	01
Anori	18	0	Anamá	01	0
Benjamin Constant	18	0	Caapiranga	01	0
Lábrea	18	0	Juruá	01	0
Tonantins	18	0	Nhamundá	01	0
Rio Preto da Eva	17	01	S. Gab. da Cachoeira	01	0
Tapauá	16	0	São Seb. do Uatumã	01	0
Manaquiri	11	0	Urucurituba	01	0
Maraá	07	01			
<b>TOTAL</b>	<b>3.833</b>	<b>304</b>			

coronavirus.amazonas.am.gov.br

190



**RESUMO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 NO AMAZONAS 27/4/2020**

Casos Novos Confirmados	Total de casos confirmados	Isolamento Social ou Domiciliar	Fora do período de transmissão	Casos Internados Confirmados	Total de óbitos	Letalidade
95	3.928	2.091	1.272	245	320	8,15%

Municípios	Casos confirmados	Nº de óbitos	Municípios	Casos confirmados	Nº de óbitos
Manaus	2.738	69,70%	24 Beruri	7	0,18%
INTERIOR	1.190	30,30%	25 Urucará	7	0,18%
01 Manacapuru	278	7,08%	26 Silves	6	0,15%
02 Itanduba	98	2,49%	27 Careiro da Varzea	5	0,13%
03 Itacoatiara	84	2,14%	28 Novo Aripuanã	5	0,13%
04 Parintins	80	2,04%	29 Boca do Acre	4	0,10%
05 Tabatinga	73	1,86%	30 Nova Olinda do Norte	4	0,10%
06 Carauari	66	1,68%	31 Santa Isabel do Rio Negro	4	0,10%
07 Santo Antônio do Itá	61	1,55%	32 Borba	3	0,08%
08 Maués	56	1,43%	33 Itapiranga	3	0,08%
09 Coari	36	0,92%	34 Jatui	3	0,08%
10 Presidente Figueiredo	34	0,87%	35 Manicoré	3	0,08%
11 Careiro Castanho	30	0,76%	36 Barcelos	2	0,05%
12 São Paulo de Olivença	30	0,76%	37 Canutama	2	0,05%
13 Autazes	26	0,66%	38 Codajás	2	0,05%
14 Tefé	22	0,56%	39 Humaitá	2	0,05%
15 Amaturá	19	0,48%	40 Novo Airão	2	0,05%
16 Benjamin Constant	19	0,48%	41 Urucurituba	2	0,05%
17 Anori	18	0,46%	42 Anamá	1	0,03%
18 Lábrea	18	0,46%	43 Caapiranga	1	0,03%
19 Tonantins	18	0,46%	44 Juruá	1	0,03%
20 Rio Preto da Eva	17	0,43%	45 Nhamundá	1	0,03%
21 Tapauá	16	0,41%	46 São Gabriel da Cachoeira	1	0,03%
22 Manaquiri	11	0,28%	47 São Sebastião do Uatumã	1	0,03%
23 Maraá	8	0,20%	<b>TOTAL</b>	<b>3.928</b>	<b>320</b>







## Níveis de Resposta

O plano de contingência do Estado será atualizado conforme os desdobramentos da pandemia compõe-se por três níveis de resposta:

1. **Alerta,**
  2. **Perigo Iminente e**
  3. **Emergência em Saúde Pública.**
- Cada nível é baseado na avaliação do risco do COVID-19 afetar o Estado do Amazonas e seu impacto para a saúde pública.
  - A avaliação da transmissibilidade da doença é considerada nos níveis de resposta quanto ao modo e eficácia da transmissão entre reservatórios para humanos ou humano para humano e capacidade de sustentar os surtos no Estado.
  - A definição do nível de resposta também considera a característica de alta transmissibilidade do SARS-CoV-2 e risco internacional de expansão da transmissão ativa para outros países além da China, podendo impactar na economia do Estado.
  - A possibilidade de gravidade clínica da doença, com complicações graves, internações em leitos de alta complexidade e mortes, que impacta a rede de assistência, também é considerado na definição do nível de resposta.
  - A susceptibilidade da população a uma infectividade ainda desconhecida do SARS-CoV-2, assim como a inexistência de vacinas e tratamento específico, e consequente maior risco de ocorrência de casos graves e mortes pela doença, é ponderado.
  - As medidas de vigilância em saúde e assistenciais para as infecções causadas por vírus respiratório já implantadas na gestão e nos serviços de saúde do Estado, foram consideradas nessa avaliação de risco.
  - As recomendações da Organização Mundial da Saúde e da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (SVS/MS), além de evidências científicas publicadas em revistas científicas, contribuíram para a definição de níveis de resposta.
  - O risco será avaliado e revisto periodicamente, assim que haja desenvolvimento de novos conhecimentos científicos e evolução do surto, para garantir que o nível de resposta seja ativado e as medidas correspondentes sejam adotadas.

O nível de . **Emergência em Saúde Pública**, caracteriza-se nas seguintes situações:

- ✓ Confirmação de transmissão local
- ✓ Reconhecimento de declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela OMS ou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pelo MS.





Esse nível de emergência está organizado em duas fases:

1. **Fase Contenção:** nessa fase as ações e medidas são adotadas para evitar a dispersão do vírus.
2. **Fase Mitigação:** essa fase tem início quando forem registrados casos positivos do novo coronavírus. As ações e medidas são adotadas para evitar casos graves e óbitos.

Considera-se que o Amazonas encontra-se atualmente vivenciando o nível de Emergência em Saúde Pública e nessa condição, serão seguidas as ações e medidas previstas no Plano de Contingência, conforme pactuado por esfera de gestão e áreas integrantes do referido plano.

### **Áreas de atuação sob responsabilidade da Gestão Estadual:**

#### **Áreas de Atuação:**

- 1- Vigilância Epidemiológica (FVS-AM)
- 2- Vigilância Laboratorial (LACEN/FVS-AM))
- 3- Controle de Infecção (FVS-am)
- 4- Vigilância Sanitária Estadual (FVS-am)
- 5- Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (SES-AM)
- 7- Comunicação, Mobilização e Publicidade (FVS-AM)
- 8- Educação em Saúde (FVS-AM)
- 9- Gestão (FVS-AM e SES-AM)



# II - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores



**ABORDAGENS CONSIDERADAS PARA O PES 2020-2023**

<b>Atenção e Vigilância em Saúde</b>	
<b>DIRETRIZ: D. 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde</b>	
<b>Situação/Problema</b>	<b>Objetivos do PES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fragmentação entre as ações da Vigilância e de Atenção à Saúde, necessitando viabilizar melhor essa integração, buscando consolidar a Vigilância em Saúde como instrumento norteador das ações de atenção à saúde;</li> <li>○ Aumento e/ou manutenção de elevados índices de morbimortalidade por doenças transmissíveis entre as quais Aids, Doença de Chagas, Tuberculose, Malária, Dengue, e ainda relacionadas a circulação de vírus respiratórios causadores de SRAG (Influenza, Coronavírus entre outros);</li> <li>○ Taxas de mortalidade/número de óbitos materno/infantil acima dos parâmetros recomendados;</li> <li>○ Aumento das doenças e mortes prematuras decorrentes das condições crônicas, com ênfase no conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas);</li> <li>○ Necessidade de fortalecer as ações de promoção e prevenção em saúde como estratégia para mitigar o adoecimento e agravamento das doenças evitáveis, a partir da adoção de hábitos saudáveis;</li> <li>○ Cobertura vacinal, principalmente em crianças menores de 1 ano, abaixo dos parâmetros preconizados na maioria dos municípios;</li> <li>○ Baixa cobertura e notificação de informações vitais nos municípios (Óbitos);</li> <li>○ As Vigilâncias Epidemiológicas das Secretarias Municipais de Saúde precisam ser fortalecidas para melhor qualificação e ampliação da investigação de óbitos maternos e de mulheres de idade fértil;</li> <li>○ Dificuldade na realização dos exames de diagnóstico às ações de Vigilância em Saúde, considerando a atual infraestrutura do LACEN/FVS-AM e no interior, considerando a falta de infraestrutura física, materiais, principalmente de insumos, equipamentos insuficientes e déficit de recursos humanos qualificados nos municípios;</li> <li>○ Ausência e/ou deficiência de infraestrutura de laboratório de análise de água para consumo humano, nas secretarias municipais de saúde e ainda, ausência de capacidade técnica das secretarias municipais de saúde, na área de vigilância ambiental, relacionada à qualidade da água para consumo humano;</li> <li>○ Insuficiência de RH para atender às demandas de vigilância (novas doenças emergentes como zika, chikungunya, Covid-19, e execução de programas VIGIÁGUA, VIGIPEQ, VIGISOLO, VIGIAR e demais ações da área;</li> <li>○ Programa Nacional de Imunização, coordenado pela FVS/AM, encontra-se sediado fisicamente na SES-AM, no entanto, as câmaras frias, apesar de estarem acondicionadas conforme os padrões de volume de vacinas, estão em espaço inadequado, dividindo espaço com o setor técnico administrativo do referido programa;</li> <li>○ Alta rotatividade de RH capacitado nos municípios, em função de ausência de política de fixação de profissionais de saúde no interior, duplicando os custos da FVS com capacitação, além de resultar em operação deficiente da vigilância.</li> </ul>	<p>1.1 - Contribuir para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e ações intersetoriais e interinstitucionais.</p>



**Atenção e Vigilância em Saúde**
**DIRETRIZ: D. 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**

Situação/Problema	Objetivos do PES
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Baixa resolutividade assistencial relacionada à atenção materno-infantil</li> <li>○ redução da fila de espera por exames e consultas na rede estadual</li> </ul>	1.2 Fortalecer os serviços de Média Complexidade nas Regiões de Saúde e Estruturar os serviços de Alta Complexidade nas Macrorregiões, visando a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI), para ampliar a oferta de serviços especializados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cobertura de Atenção Básica insuficiente na capital</li> <li>○ Cobertura de saúde bucal insuficiente na maioria dos municípios</li> <li>○ A área que coordena a Atenção Básica na SES-AM precisa de reestruturação para prestar melhor apoio técnico e viabilizar apoio financeiro, visando a melhoria da resolutividade da Atenção Básica nos municípios do estado;</li> <li>○ A baixa qualidade no pré-natal em grande parte dos municípios, contribui para Índices elevados de mortalidade infantil e materna</li> <li>○ Baixa implementação de políticas voltadas para população em condições de vulnerabilidade, entre os quais população negra, de rua, indígena, ribeirinhos, do campo e floresta, LGBTQI+ entre outras;</li> <li>○ Subfinanciamento para Atenção Básica do Estado</li> <li>○ Pouca instrumentalização para integração entre a atenção básica e especializada, garantindo o acesso ao cuidado integral no âmbito das Regiões de Saúde</li> </ul>	1.3 Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, fortalecendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, considerando o atendimento às necessidades de saúde e o aprimoramento das Redes de Atenção.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Transmissão vertical de sífilis elevada pela deficiência de estruturação da rede assistencial ao portador</li> </ul>	1.4 Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Linha de Cuidado Saúde da Mulher e da Criança (a), Rede de Urgência e Emergência (b), Rede de Atenção Psicossocial (c), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (d) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (e)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Demanda reprimida de procedimentos cirurgias eletivas no interior do Estado do Amazonas;</li> <li>○ Número elevado de pacientes na fila de espera por exames e consultas na rede estadual</li> <li>○ Rede assistencial de atenção terciária não adequada para realização de Transplantes (rins, coração e fígado), aumentando a fila de espera, necessidade de transferência de pacientes para outros estados e despesas com TFD;</li> </ul>	1.5 Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da atenção especializada em tempo adequado, de forma regulada, com equidade no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando: Política de Atenção Especializada e Política de Regulação de acesso aos serviços de saúde de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (a), integrando os Programas de TFD Interestadual (b), Atenção Domiciliar - Melhor em Casa (c), Ações de Humanização (d), Rede Complementar do SUS (e) e as Ações das Fundações de Saúde Assistenciais vinculadas a SES-AM (f).



**Atenção e Vigilância em Saúde**
**DIRETRIZ: D. 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**

Situação/Problema	Objetivos do PES
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Necessidade da aproximação da política de assistência farmacêutica das redes de atenção à saúde. Sendo uma política transversal, a assistência farmacêutica precisa dialogar com todas as redes de atenção à saúde e a prática dos componentes que estruturam a assistência farmacêutica (componentes básicos, estratégicos, especializados e medicamentos de uso hospitalar e insumos) e a efetivação de toda uma política voltada para esses componentes dentro do SUS.</li> <li>○ Falta de regularidade no repasse da contrapartida estadual para financiamento da assistência farmacêutica básica, sob responsabilidade da SES-AM.</li> <li>○ Ausência de um elenco Básico de Medicamentos que deve ser ofertados nos municípios.</li> <li>○ Concentração do acesso aos medicamentos do componente especializado na capital</li> </ul>	1.6 Ampliar o acesso da população à Assistência Farmacêutica, promover o uso racional de medicamentos e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cumprir as ações previstas no Plano de Contingência para enfrentamento da Pandemia de Coronavírus, em articulação com as demais esferas de gestão do SUS e instituições parceiras, visando a redução da incidência da doença e evitar os óbitos, considerando as ações assistenciais e de vigilância em saúde</li> <li>○ Disponibilidade de vacinas ainda insuficiente para imunização do total da população prevista no Plano de Imunização</li> </ul>	1.7 Combate à Pandemia da COVID-19.

**DIRETRIZ: D2: Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a equidade de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico**

Situação/Problema	Objetivos do PES
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Construir o Plano de Investimento a partir das necessidades identificadas para funcionamento das redes priorizadas, pactuando as responsabilidades, incluindo de financiamento dos entes federativos;</li> <li>○ Garantir o aporte de recursos financeiros necessários para a estruturação das redes regionalizadas de atenção à saúde;</li> </ul>	2.1 Dotar de infraestrutura a rede de serviços de saúde, com a identificação e a priorização de investimentos necessários para conformação das redes de atenção à saúde, considerando os planos regionais, macrorregionais e as necessidades dos usuários para melhorar as condições de atendimento no SUS, reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde para garantir a integralidade da atenção e proporcionar condições adequadas para as estruturas de gestão





### Gestão do SUS e Regionalização da Saúde

**DIRETRIZ: D3:** - Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada

Situação/Problema	Objetivos do PES
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Organização de uma rede de atenção à saúde que respeite a diversidade territorial e que supere as iniquidades que caracterizam a região amazônica, não só pela sua imensa dimensão, mas, sobretudo, pela histórica desigualdade social, política e econômica</li> <li>○ Instituir e concretizar o Planejamento Regional Integrado com a finalidade de organizar e integrar os serviços na macrorregião, região, microrregião, município, além de sistematizar os fluxos dos atendimentos interestaduais e internacionais, nos diferentes níveis de complexidade, expressando as responsabilidades dos gestores, por meio da construção do Plano Macrorregional.</li> <li>○ As Comissões Intergestores Regionais (CIR) do Amazonas não estão adequadas para desempenhar suas atribuições, necessitando ser fortalecidas e instrumentalizadas para atuar como espaço de articulação e pactuação entre os entes federativos, permitindo discussões propositivas de aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS no âmbito das Regiões de Saúde</li> </ul>	<p>3.1 Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada..</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estrutura organizacional e estrutura física inadequada para cumprimento das responsabilidades de Gestão da SES-AM;</li> <li>○ Inexistência no âmbito da SES-AM, de setor de coordenação das ações voltadas para a atuação da Secretaria dentro das normativas legais, buscando a transparência, a integridade dos processos, com vistas a melhoria da qualidade dos serviços e a observância dos princípios da administração pública;</li> <li>○ Deficiência na comunicação entre a SES e a sociedade, pela ausência de um plano de comunicação (interno e externo);</li> <li>○ Área de tecnologia da informação para saúde necessitando ser reestruturada visando dar suporte às necessidades de TI no âmbito da SES e da rede de serviços;</li> <li>○ Subfinanciamento federal para as ações e serviços públicos de saúde, demandando ações para melhorar a captação de recursos, com base em procedimento e faturamento de serviços;</li> <li>○ Processos de trabalho da SES-AM dificultam a execução dos recursos transferidos ao Fundo Estadual</li> </ul>	<p>3.2. Aperfeiçoar os processos de trabalho na área de gestão, no âmbito da modernização da gestão administrativa, planejamento, financiamento, controle e avaliação, tecnologia da informação, comunicação, controle interno e coordenação de projetos estratégicos.</p>



<p>de Saúde, precisando ser revistos os fluxos e procedimentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fragilidade na forma de contratação/contratualização visando a otimização dos serviços prestados;</li> <li>○</li> <li>○ Fragilidade e descontinuidade das ações de educação em saúde e falta de alinhamento entre a Política de Educação Permanente em Saúde e as necessidades de formação e capacitação no âmbito municipal, regional e estadual, atendendo à regionalização e organização das redes de atenção à saúde;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Necessidade de garantir a continuidade de manutenção da estrutura administrativa e rede de serviços vinculadas à SES-AM</li> <li>○ Garantir pagamento das despesas referentes à folha de pagamento dos servidores e cumprir a LRF;</li> </ul>	<p>3.3 Prover as unidades gestoras da administração estadual com despesas administrativas para a implementação e gestão de seus programas finalísticos.</p>
<p><b>DIRETRIZ: D4:</b> Fortalecer e qualificar a participação do controle social garantindo a transparência, a moralidade na gestão pública e o estabelecimento de ações intersetoriais que cumpram os direitos constitucionais.</p>	
Macro Problema relacionado	Objetivos do PES
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infraestrutura para funcionamento do CES/AM necessitando ser otimizada;</li> <li>○ Desenvolver a qualificação do controle social por meio de ações de educação permanente;</li> <li>○ Representantes do Controle Social membros do CES/AM necessitando de capacitação para melhor desenvolvimento de suas atribuições;</li> <li>○ Necessidade de apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;</li> <li>○ Necessidade de empoderar e dar maior respaldo jurídico às ouvidorias integrantes da rede estadual, além de estabelecer o padrão de procedimentos e normas para uma atuação eficaz do setor, uma vez que a área da saúde requer maior atenção por ser onde estão concentradas as maiores demandas do Estado;</li> <li>○ Concentração de ouvidorias do SUS na capital, demandando incentivar e apoiar as Secretarias Municipais de Saúde para implantação de serviços de ouvidoria nos municípios para aperfeiçoamento dos serviços de saúde prestados à população.</li> </ul>	<p>OBJETIVO Nº 4.1- Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã</p>



## 8. MATRIZ DE DIRETRIZES E OBJETIVOS

DIRETRIZ	OBJETIVO
<b>DIRETRIZ No. 1</b> - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde	<b>1.1</b> - Contribuir para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e ações intersetoriais e interinstitucionais.
	<b>1.2</b> Fortalecer os serviços de Média Complexidade nas Regiões de Saúde e Estruturar os serviços de Alta Complexidade nas Macrorregiões, visando a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI), para ampliar a oferta de serviços especializados.
	<b>1.3</b> Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, fortalecendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, considerando o atendimento às necessidades de saúde e o aprimoramento das Redes de Atenção.
	<b>1.4</b> Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Linha de Cuidado Saúde da Mulher e da Criança (a), Rede de Urgência e Emergência (b), Rede de Atenção Psicossocial (c), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (d) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (e).
	<b>1.5</b> Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da atenção especializada em tempo adequado, de forma regulada, com equidade no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando: Política de Atenção Especializada (a) e Política de Regulação de Acesso aos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (b), integrando o Programas de TFD Interestadual (c), Atenção Domiciliar - Melhor em Casa (d), Rede Complementar do SUS (e) e as Ações das Fundações de Saúde Assistenciais vinculadas a SES-AM (f).
	<b>1.6</b> Ampliar o acesso da população à Assistência Farmacêutica, promover o uso racional de medicamentos e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.
	<b>1.7</b> Combate à Pandemia da COVID-19.
<b>DIRETRIZ No. 2</b> - Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a equidade de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico	<b>2.1</b> Dotar de infraestrutura a rede de serviços de saúde, com a identificação e a priorização de investimentos necessários para conformação das redes de atenção à saúde, considerando os planos regionais, macrorregionais e as necessidades dos usuários para melhorar as condições de atendimento no SUS, reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde para garantir a integralidade da atenção e proporcionar condições adequadas para as estruturas de gestão.



**MATRIZ DE DIRETRIZES E OBJETIVOS**

DIRETRIZ	OBJETIVO
<b>DIRETRIZ No. 3</b> - Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada	<b>3.1</b> Promover a Institucionalização das Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com ênfase na Desprecarização do Trabalho e na Formação e Desenvolvimento do Servidor
	<b>3.2</b> Aperfeiçoar os processos de trabalho na área de gestão, no âmbito da modernização da gestão administrativa, planejamento, financiamento, controle e avaliação, tecnologia da informação, comunicação, controle interno e coordenação de projetos estratégicos.
	<b>3.3</b> Prover as unidades gestoras da administração estadual com despesas administrativas para a implementação e gestão de seus programas finalísticos.
<b>DIRETRIZ No. 4</b> - Fortalecer e qualificar a participação do controle social garantindo a transparência, a moralidade na gestão pública e o estabelecimento de ações intersetoriais que cumpram os direitos constitucionais	<b>4.1</b> Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

A partir das Diretrizes e Objetivos estabelecidos, considerando os resultados da 8ª. Conferência Estadual de Saúde e as deliberações do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas – CES/AM, as pactuações na Comissão Intergestores Bipartite do Amazonas 0 CIB/AM, as orientações e Plano de Governo do Estado, oficinas, reuniões da equipe técnica da SES/AM com a participação de outras instituições e colaboradores da saúde, foram definidos as metas, indicadores e ações a seguir demonstradas:



**DIRETRIZ No. 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**

**OBJETIVO:**

**1.1** - Contribuir para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e ações intersetoriais e interinstitucionais.

**METAS QUADRIENAIS:**

- 1.1.1 Aumentar para 98% a Proporção de notificações de violência interpessoal e auto provocada com campo raça/cor preenchido com informação válida
- 1.1.2 Aumentar para 85% o percentual de cura nos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
- 1.1.3 Aumentar para 70% o tratamento oportuno dos casos autóctones de malária
- 1.1.4 Reduzir o número de casos autóctones de malária, totalizando 191.062 casos no período do quadriênio
- 1.1.5 Aumentar para 90% a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF)
- 1.1.6 Aumentar para 95% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida
- 1.1.7 Manter elevada e homogênea as coberturas de vacinas selecionadas em 75%, que estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância
- 1.1.8 Aumentar para 80% o encerramento oportuno (dentro de 60 dias a partir da data de notificação) dos registros de Doença de Notificação Compulsória Imediata - DNCI
- 1.1.9 Ampliar para 35% a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre (ou outro residual de agente desinfetante) e turbidez.
- 1.1.10 Ampliar para 95% a proporção de notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo ocupação preenchido

**INDICADORES**

- 1.1.1 Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com campo raça/cor preenchido com informação válida
- 1.1.2 Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
- 1.1.3 Proporção de casos autóctones de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno
- 1.1.4 Número de casos autóctones de malária
- 1.1.5 Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados
- 1.1.6 Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
- 1.1.7 Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada
- 1.1.8 Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação
- 1.1.9 Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
- 1.1.10 Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

**AÇÕES**

- O1.1 A1-Operacionalização das Ações de Vigilância Epidemiológica
- O1.1 A2-Operacionalização das Ações do Laboratório Central de Saúde Pública
- O1.1 A3-Operacionalização das Ações de Vigilância Ambiental em Saúde
- O1.1 A4-Operacionalização das Ações de Vigilância Sanitária
- O1.1 A5-Operacionalização das Ações de Vigilância de Saúde do Trabalhador
- O1.1 A6-Operacionalização das Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde





**OBJETIVO:**

**1.2 - Fortalecer os serviços de Média Complexidade nas Regiões de Saúde e Estruturar os serviços de Alta Complexidade nas Macrorregiões, visando a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI), para ampliar a oferta de serviços especializados.**

**METAS QUADRIENAIS:**

- 1.2.1 Aumentar para 85% o percentual de internações de média e alta complexidade, de residentes no próprio município
- 1.2.2 Que as 6 regiões de saúde realizem no mínimo 60% da carteira de procedimentos de Média Complexidade
- 1.2.3 Estabelecer o planejamento das macrorregiões e regiões de saúde através da elaboração e pactuação de 100% dos planos macrorregionais regionais

**INDICADORES**

- 1.2.1 Proporção de internações de média e alta complexidade de residentes no próprio município.
- 1.2.2 Número de regiões de saúde que realizam no mínimo 60% da carteira de procedimentos de média complexidade
- 1.2.3 Percentual de planos macrorregionais e regionais pactuados

**AÇÕES**

- O1.2 A1-Apoio ao Fortalecimento e Estruturação dos Municípios
- O1.2 A2-Operacionalização do Programa Amazonas Saúde Itinerante
- O1.2 A3-Operacionalização do Serviço de Remoção de Urgência do Estado (UTI aérea)
- O1.2 A4-Aplicação de Recursos de Emenda Parlamentar na Saúde para o Interior
- O1.2 A5-Implementação de Convênios e Parcerias com o Estado para o Interior
- O1.2 A6-Contratualização dos Serviços Assistenciais Terceirizados para as Unidades do Interior (RH terceirizado)
- O1.2 A7-Contratualização dos Serviços de Manutenção para as Unidades do Interior
- O1.2 A8-Implementação das Ações em Telessaúde
- O1.2 A9-Intensificação das Ações pertinentes ao Processo de Regionalização da Saúde



**OBJETIVO:**

**1.3** - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, fortalecendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, considerando o atendimento às necessidades de saúde e o aprimoramento das Redes de Atenção.

**METAS QUADRIENAIS:**

- 1.3.1 Reduzir a incidência do número de casos de Aids em menores de 5 anos, totalizando 14 casos no período do quadriênio
- 1.3.2 Reduzir a incidência de sífilis congênita, totalizando 1.900 casos no período do quadriênio
- 1.3.3 Ampliar o número de testes rápidos para Hepatite B totalizando 218.055 casos no período do quadriênio
- 1.3.4 Diminuir para 23,80 a proporção de gravidez na adolescência
- 1.3.5 Aumentar para 80 % a cobertura populacional das equipes de atenção básica.
- 1.3.6 Aumentar para 50% de cobertura populacional das equipes básicas de saúde bucal
- 1.3.7 Aumentar para 81% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)

**INDICADORES**

- 1.3.1 Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos
- 1.3.2 Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.
- 1.3.3 Número de testes rápidos para detecção de infecção pelo HBV realizados
- 1.3.4 Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos
- 1.3.5 Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
- 1.3.6 Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica
- 1.3.7 Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família

**AÇÕES**

- O1.3 A1-Integração das ações da Atenção Básica e Vigilância em Saúde
- O1.3 A2-Aprimoramento do Modelo de Apoio Institucional na Atenção Básica
- O1.3 A3-Implementação dos Projetos PlanificaSUS e de Segurança do Paciente na Atenção Básica nas Regiões de Saúde
- O1.3 A4-Implementação do Programa Primeira Infância Amazonense nos Municípios
- O1.3 A5-Apoio, Monitoramento e Avaliação das Ações de Atenção Básica, Saúde Bucal e Ações Estratégicas
- O1.3 A6 -Qualificação da Assistência às Populações Vulneráveis, Visando a Promoção da Equidade
- O1.3 A7-Definição do Modelo de Cofinanciamento Estadual da Atenção Básica
- O.1.3 A8-Construção e implementação de Políticas de Atenção à Saúde
- O.1.3 A9-Implementação das Ações de Prevenção e Controle de Infecções e Promoção da Qualidade de Vida de Pessoas Vivendo com IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais



### OBJETIVO:

**1.4 -** Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Linha de Cuidado Saúde da Mulher e da Criança (a), Rede de Urgência e Emergência (b), Rede de Atenção Psicossocial (c), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (d) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (e).

### METAS QUADRIENAIS:

- 1.4.1 Ampliar para 0,44 a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.
- 1.4.2 Ampliar para 0,19 a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.
- 1.4.3 Reduzir para 15,00/1.000 NV a taxa de mortalidade infantil
- 1.4.4 Aumentar para 100% as ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes AB.
- 1.4.5 Ampliar o número de Centros Especializados em Reabilitação (CER), totalizando 8 CER no período do quadriênio
- 1.4.6 Reduzir para 214,00 p/100.000 a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, 2% em relação ao ano anterior
- 1.4.7 Aumentar para 66% o percentual de parto normal
- 1.4.8 Reduzir o número de óbitos maternos, totalizando 236 no período do quadriênio

### INDICADORES

- 1.4.1 Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64a na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária
- 1.4.2 Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
- 1.4.3 Taxa de mortalidade infantil
- 1.4.4 Razão entre ações de Matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica
- 1.4.5 Número de CER implantados nos municípios
- 1.4.6 Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas
- 1.4.7 Proporção de parto normal no sistema único de saúde e na saúde suplementar
- 1.4.8 Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência

### AÇÕES

- O1.4 A1-Operacionalização da Linha de Cuidado à Saúde da Mulher e da Criança
- O1.4 A2-Operacionalização da Rede de Urgência e Emergência
- O1.4 A3-Operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial
- O1.4 A4-Operacionalização da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
- O1.4 A5-Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
- O1.4 A6-Operacionalização das Unidades Assistenciais Administradas por Organizações Sociais – OS
- O1.4 A7-Realização das Ações de Humanização no Âmbito da Atenção e da Gestão da Saúde



### OBJETIVO:

**1.5** - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da atenção especializada em tempo adequado, de forma regulada, com equidade no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando: Política de Atenção Especializada (a) e Política de Regulação de acesso aos serviços de saúde de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (b), integrando o Programas de TFD Interestadual (c), Atenção Domiciliar - Melhor em Casa (d), Rede Complementar do SUS (e) e as Ações das Fundações de Saúde Assistenciais vinculadas a SES-AM (f).

### METAS QUADRIENAIS:

- 1.5.1 Reduzir para 25% o nº de encaminhamentos indevidos para atenção ambulatorial especializada nas especialidades do Regula Mais Brasil
- 1.5.2 Alcançar 100% do parâmetro de necessidade de consultas especializadas
- 1.5.3 Alcançar 95% do parâmetro de necessidade de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT
- 1.5.4 Aumentar para 91% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

### INDICADORES

- 1.5.1 Percentual de redução de encaminhamentos para atenção ambulatorial especializada em determinada especialidade (Regula Mais)
- 1.5.2 Percentual alcançado de consultas na Atenção Especializada em relação ao parâmetro de necessidade estimada
- 1.5.3 Percentual alcançado de exames (exceto patologia clínica) na Atenção Especializada em relação ao parâmetro de necessidade estimada
- 1.5.4 Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coortes

### AÇÕES

- O1.5 A1-Ampliação e Qualificação da Oferta de Consultas, Procedimentos e de Exames de Apoio, Diagnóstico e Terapêuticos (SADT) Especializados, através das ações de Regulação no âmbito do SUS
- O1.5 A2-Contratualização de Serviços Especializados como Consultas, Procedimentos e Exames de Apoio, Diagnóstico e Terapêuticos (SADT) da Rede Complementar do SUS
- O1.5 A3-Contratualização dos Serviços Assistenciais Terceirizados na Capital (RH terceirizado)
- O1.5 A4-Operacionalização do Programa de Transplante
- O1.5 A5-Operacionalização do Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) interestadual
- O1.5 A6-Operacionalização do Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa
- O1.5 A7- Estabelecer Contrato de Gestão com os Serviços Especializados de Média Complexidade das Policlínicas do Estado na Capital. "MAIS SAÚDE NAS POLICLÍNICAS"
- O1.5 A8-Revitalização e qualificação do perfil assistencial de 05 (cinco) Centros de Atenção Integral a Criança - CAIC. "CRIANÇA AMAZONAS"
- O1.5 A9-Revitalização e qualificação do perfil assistencial de 03 Centros de Atenção Integral a Melhor Idade - CAIMIS. "RESIGNIFICANDO A VIDA"
- O1.5 A10-Ampliar a capacidade de resposta das Policlínica nos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico -SADT, potencializando o parque de imagem SAÚDE AGORA"
- O1.5 A11-Implantar o serviço de reabilitação nas modalidades auditiva, física, visual e intelectual, CER tipo IV
- O1.5 A12-Prevenção, Tratamento e Controle do HIV/AIDS, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis na FMT/HVD
- O1.5 A13-Operacionalização dos Laboratórios de Pesquisa da FMT-HVD
- O1.5 A14-Ampliação da Assistência em Pacientes Portadores de Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias na FMT-HVD
- O1.5 A15-Prevenção, Tratamento e Controle da Hanseníase, Dermatologia e Infecções Sexualmente Transmissíveis na FUAM
- O1.5 A16-Implementação do Projeto Apeli para Eliminação da Hanseníase
- O1.5 A17-Prevenção, Tratamento e Controle do Câncer



O1.5 A18-Desenvolvimento de Atividades Educativas, Preventivas e de Diagnóstico Precoce do Câncer  
O1.5 A19-Operacionalização da Assistência à Saúde na Área de Traumatologia-Ortopedia e Outras Especialidades na FHAJ  
O1.5 A20-Operacionalização da Assistência à Saúde na Área de Hematologia e Hemoterapia  
O1.5 A21-Operacionalização da Assistência à Saúde na Área de Cardiologia

**OBJETIVO:**

**1.6** - Ampliar o acesso da população à Assistência Farmacêutica, promover o uso racional de medicamentos e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

**METAS QUADRIENAIAS:**

1.6.1 Promover a implantação de 20 farmácias do componente especializado na capital e nos municípios do interior, promovendo assim a interiorização da saúde  
1.6.2 Manter o acesso da população aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica por meio do abastecimento da farmácia do CEAF-sede em 95%

**INDICADORES**

1.6.1 Número de farmácias dispensadoras do CEAF implantadas  
1.6.2 Percentual de abastecimento da farmácia do CEAF-sede, considerando os itens do Componente Especializado

**AÇÕES**

O1.6 A1-Implantação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica  
O1.6 A2-Fornecimento de Medicamentos e Produtos Para Saúde de Uso Hospitalar  
O1.6 A3-Operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)  
O1.6 A4-Distribuição aos municípios dos Medicamentos e Insumos dos Componentes Básico e Estratégico da Assistência Farmacêutica  
O1.6 A5-Implementação do Sistema Informatizado de Gestão de Medicamento Integrado entre a Cema e as Unidades de Saúde da Rede Estadual  
O1.6 A6-Transferência de Recursos Financeiros do Componente Básico da Assistência Farmacêutica aos Municípios  
O1.6 A7-Implantação do Projeto Consórcio de Interestadual de Saúde da Amazônia Legal  
O1.6 A8-Qualificação da Assistência Farmacêutica ao Eixo Estrutura - (QUALIFAR-SUS) nos Municípios

**OBJETIVO:**

**1.7** - Combate à Pandemia da COVID-19.

**METAS QUADRIENAIAS:**

1.7.1 Reduzir a taxa de letalidade em 2% por COVID-19 até o final do Plano  
1.7.2 Reduzir a taxa de ocupação de leitos de UTI Covid adulto para 80% na rede pública estadual

**INDICADORES**

1.7.1 Taxa de Letalidade da COVID-19  
1.7.2 Taxa de ocupação de leitos de UTI Covid adulto na rede pública estadual

**AÇÕES**

O1.7 A1-Fortalecimento do Estado nas Ações Emergenciais de Combate à Pandemia Causada pelo Novo Coronavírus, executando o Plano de Contingência Estadual para infecção humana pelo SARS-Cov-2 (COVID-19)





**DIRETRIZ No. 2 - Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a equidade de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico**

**OBJETIVO:**

**2.1** - Dotar de infraestrutura a rede de serviços de saúde, com a identificação e a priorização de investimentos necessários para conformação das redes de atenção a saúde, considerando os planos regionais, macrorregionais e as necessidades dos usuários para melhorar as condições de atendimento no SUS, reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde para garantir a integralidade da atenção e proporcionar condições adequadas para as estruturas de gestão.

**METAS QUADRIENAIS:**

2.1.1 Aumentar para 5% o percentual da despesa com investimentos na despesa total com saúde

**INDICADORES**

2.1.1 Participação percentual da despesa com investimentos na despesa total com saúde

**AÇÕES**

O2.1 A1-Desenvolvimento da Programação de Investimento em Saúde (Obras e Equipamentos), considerando os objetivos estratégicos, prioridades da gestão e implantação das redes.

**DIRETRIZ No. 3 - Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada**

**OBJETIVO:**

**3.1** - Promover a Institucionalização das Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com ênfase na Desprecarização do Trabalho e na Formação e Desenvolvimento do Servidor

**METAS QUADRIENAIS:**

3.1.1 Implementar em 60% as ações de Educação Permanente previstas no Plano de Educação Permanente em Saúde

**INDICADORES**

3.1.1 Proporção de execução das ações do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Amazonas

**AÇÕES**

O3.1 A1-Implementação das ações de Gestão do Trabalho  
O3.1 A2-Implementação do Programa Saúde do Servidor  
O3.1 A3-Elaboração e Aprovação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde e do Plano Estadual de EPS 2021-2022  
O3.1 A4-Realização de Atividades de Educação Permanente, Formação e Desenvolvimento do Servidor, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde



**OBJETIVO:**

**3.2** - Aperfeiçoar os processos de trabalho na área de gestão, no âmbito da modernização da gestão administrativa, planejamento, financiamento, controle e avaliação, tecnologia da informação, comunicação, controle interno e coordenação de projetos estratégicos.

**METAS QUADRIENAIS:**

3.2.1 Melhorar os processos de trabalho na área de gestão, com percentual de alcance de até 85% de execução das atividades de gestão previstas na Programação Anual de Saúde

**INDICADORES**

3.2.1 Proporção de execução das atividades na área de gestão previstas na Programação Anual de Saúde

**AÇÕES**

O3.2 A1 -Modernização da Gestão Administrativa  
O3.2 A2-Implementação das ações de Planejamento em Saúde, Regionalização e Projetos em Saúde  
O3.2 A3-Fortalecimento das Ações de Controle e Avaliação no Âmbito do SUS  
O3.2 A4-Implementação das Ações de Tecnologia da Informação e Informática em Saúde (Saúde Digital)  
O3.2 A5-Desenvolvimento de Estratégias de Comunicação Interna e Externa para Divulgar e Valorizar as Ações e Serviços da Rede Estadual de Saúde  
O3.2 A6-Fortalecimento da Comissão Intergestores Bipartite e Comissões Intergestores Regionais  
O3.2 A7-Fortalecimento das Atividades de Auditoria e Fiscalização no âmbito do SUS  
O3.2 A8-Implementação das ações de Ouvidoria do SUS  
O3.2 A9-Implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos em Unidades de Saúde  
O3.2 A10-Aplicação de Recursos de Emenda Parlamentar na Saúde  
O3.2 A11-Coordenação de Projetos Estratégicos em Articulação com as prioridades do Governo

**OBJETIVO:**

**3.3** - Prover as unidades gestoras da administração estadual com despesas administrativas para a implementação e gestão de seus programas finalísticos.

**METAS QUADRIENAIS:**

3.3.1 Diminuir o percentual de gasto com pessoal na despesa total com saúde para 49% (LIMITE MÁXIMO)  
3.3.2 Manter as 41 unidades gestoras da rede estadual com despesas administrativas

**INDICADORES**

3.3.1 Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde  
3.3.2 Número de unidades gestoras da rede estadual com despesas administrativas

**AÇÕES**

O3.3 A1-Administração das Unidades Gestoras com Despesas Administrativas  
O3.3 A2-Administração de Serviços de Energia Elétrica, Água e Esgoto e Telefonia para as Unidades Gestoras  
O3.3 A3-Ampliação, Modernização e Manutenção da Infraestrutura Tecnológica da Informação e Comunicação para a SES  
O3.3 A4-Remuneração de Pessoal Ativo do Estado e Encargos Sociais  
O3.3 A5-Auxílio-Alimentação aos Servidores e Empregados



**DIRETRIZ No. 4 - Fortalecer e qualificar a participação do controle social garantindo a transparência, a moralidade na gestão pública e o estabelecimento de ações intersetoriais que cumpram os direitos constitucionais**

**OBJETIVO:**

4.1 - Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

**METAS QUADRIENAIAS:**

4.1.1 Manter o Conselho Estadual de Saúde legalmente instituído e em funcionamento

**INDICADORES**

4.1.1 Conselho de Saúde Estadual legalmente instituído e em funcionamento.

**AÇÕES**

O4.1 A1-Fortalecimento do Controle Social e Participação Popular na Saúde



# III - Monitoramento e Avaliação do PES



**9. Monitoramento e Avaliação do PES 2020/2023 - Medidas de Desempenho**

DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde												
OBJETIVO Nº 1.1 - Contribuir para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e ações intersetoriais e interinstitucionais												
Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.1.1	Aumentar para 98% a proporção de notificações de violência interpessoal e auto provocada com campo raça/cor preenchido com informação válida	Proporção de notificações de violência interpessoal e auto provocada com campo raça/cor preenchido com informação válida	%	Total de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida, por local de notificação / total de casos notificados por local de notificação x 100	SINAN	95,50 (ANO 2020)	98,00	95,50	96,00	97,00	98,00	FVS
1.1.2	Aumentar para 85% o percentual de cura nos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	%	Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados / Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados x 100	SINAN	73,2 (ANO 2019) 23,5 (ANO 2020)	85,00	85,00	85,00	85,00	85,00	FVS/Coordenação Estadual de Tuberculose/S ES-AM





**OBJETIVO Nº 1.1 - Contribuir para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e ações intersetoriais e interinstitucionais**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.1.3	Aumentar para 70% o tratamento oportuno dos casos autóctenes de malária	Proporção de casos autóctenes de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno	%	Nº de casos de malária autóctenes com tratamento oportuno / Nº total de casos de malária autóctenes X 100	SIVEP	54,09 (ANO 2020)	70,00	67,20	70,00	70,00	70,00	FVS
1.1.4	Reduzir o número de casos autóctenes de malária, totalizando 191.062 casos no período do quadriênio	Número de casos autóctenes de malária	NÚMERO	Somatório do número de exames positivos de malária (códigos B50 a B54 da CID – 10) por local provável de infecção, excluídas LVC	SIVEP	55.131 (ANO 2020)	191.062	49.600	52.200	46980	42282	FVS



**OBJETIVO Nº 1.1 - Contribuir para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e ações intersetoriais e interinstitucionais**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.1.5	Aumentar para 90% a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	%	Total de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM / Total de óbitos de MIF no módulo de investigação do SIM x 100	SIM	74,24 (ANO 2020)	90,00	85,00	90,00	90,00	90,00	Saúde da Mulher/FVS
1.1.6	Aumentar para 95% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	%	Total de óbitos não fetais com causa básica definida / Total de óbitos não fetais x 100	SIM	88,75 (ANO 2020)	95,00	90,00	90,00	92,50	95,00	FVS
1.1.7	Manter elevada e homogênea as coberturas de vacinas selecionadas em 75%, que estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada	%	Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada / 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral x 100	SIM	0,00 (ANO 2020)	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	Saúde da Criança/FVS



**OBJETIVO Nº 1.1 - Contribuir para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e ações intersetoriais e interinstitucionais**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.1.8	Aumentar para 80% o encerramento oportuno (dentro de 60 dias a partir da data de notificação) dos registros de Doença de Notificação Compulsória Imediata - DNCI	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	%	Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação / Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação x 100	SINAN	72,30 (ANO 2020)	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	FVS
1.1.9	Ampliar para 35% a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre (ou outro residual de agente desinfetante) e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	%	$1,2 \times PCT + 1,0 \times PT + 1,0 \times PCRL / 3,2$	SISAGUA	35,10 (ANO 2020)	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00	FVS



**OBJETIVO Nº 1.1 - Contribuir para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e ações intersetoriais e interinstitucionais**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.1.10	Ampliar para 95% a proporção de notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "ocupação" preenchido	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	%	Nº de notificações de agravos com o campo "Ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência do caso / Nº total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência X 100	SINAN	89,30 (ANO 2020)	95,00	95,00	95,00	95,00	95,00	CEREST/FVS



**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**
**OBJETIVO Nº 1.2- Fortalecer os serviços de Média Complexidade nas Regiões de Saúde e Estruturar os serviços de Alta Complexidade nas Macrorregiões, visando a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI), para ampliar a oferta de serviços especializados**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.2.1	Aumentar para 85% o percentual de internações de média e alta complexidade, de residentes no próprio município.	Proporção de internações de média e alta complexidade de residentes no próprio município	%	Nº de internações residentes de determinado município internados em outro, no período / Nº total de internações de residentes de determinada município no período x 100	SIA / SIH	76,00 (ANO 2020)	85,00	85,00	85,00	85,00	85,00	DECAV
1.2.2	Que as 6 regiões de saúde realizem no mínimo 60% da carteira de procedimentos de Média Complexidade	Número de regiões de saúde que realizam no mínimo 60% da carteira de procedimentos de média complexidade	Número	Nº de regiões de saúde que realizam no mínimo 60% da carteira de procedimentos de média complexidade	SIA / SIH	1 Região (ANO 2020)	6	9	2	4	6	DECAV





**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**
**OBJETIVO Nº 1.2- Fortalecer os serviços de Média Complexidade nas Regiões de Saúde e Estruturar os serviços de Alta Complexidade nas Macrorregiões, visando a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI), para ampliar a oferta de serviços especializados**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.2.3	Estabelecer o planejamento das macrorregiões e regiões de saúde através da elaboração e pactuação de 100% dos planos macrorregionais regionais	Percentual de planos macrorregionais e regionais pactuados	%	Nº de planos macrorregionais e regionais pactuados /X) x 100	Resoluções CIB / CIR	0,00 (ANO 2020)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	Deplan/ Sea Interior; Corresponsabilidades: Grupo de Condução PRI, CIB, CIRs, Cosems.



**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**
**OBJETIVO Nº 1.3- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, fortalecendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, considerando o atendimento às necessidades de saúde e o aprimoramento das Redes de Atenção**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.3.1	Reduzir a incidência do número de casos de Aids em menores de 5 anos, totalizando 14 casos no período do quadriênio	Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos	Número	Nº de casos novos de Aids em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência	SINAN	2 (ANO 2020)	14	5	4	3	2	Coordenação IST/AIDS/ Saúde da Criança
1.3.2	Reduzir a incidência de sífilis congênita, totalizando 1.900 casos no período do quadriênio	Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Número	Nº de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência	SINAN	390 (ANO 2020)	1.900	500	400	500	500	Coordenação IST/AIDS/ Saúde da Criança
1.3.3	Ampliar o número de testes rápidos para Hepatite B, totalizando 218.055 casos no período do quadriênio	Número de testes rápidos para detecção de infecção pelo HBV realizados	Número	Nº de testes rápidos para detecção de infecção pelo HBV realizados no ano por local de residência	SAI	7.640 (ANO 2020)	218.055	43.6 69	50.2 19	57.7 52	66.4 15	Coordenação IST/AIDS



**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**
**OBJETIVO Nº 1.3- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, fortalecendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, considerando o atendimento às necessidades de saúde e o aprimoramento das Redes de Atenção**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.3.4	Diminuir para 23,80 a proporção de gravidez na adolescência	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	%	Nº de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período / Nº de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período X 100	SINASC	22,80 (ANO 2020)	23,80	23,80	22,80	23,80	23,80	Saúde do Adolescente/Saúde da Mulher
1.3.5	Aumentar para 80% a cobertura populacional das equipes de atenção básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	%	$(\text{N}^\circ \text{ de eSF} \times 3.450 + (\text{N}^\circ \text{ eAB} + \text{N}^\circ \text{ eSF} \text{ equivalente}) \text{ em determinado local e período} \times 3.000) / \text{Estimativa da populacional} \times 100$	SCNE / IBGE	77,18 (ANO 2020)	80,00	70,40	80,00	80,00	80,00	Gerência de Atenção Básica
1.3.6	Aumentar para 50% de cobertura populacional das equipes básicas de saúde bucal	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	%	$((\text{n}^\circ \text{ eSB} \times 3.450) + (\text{n}^\circ \text{ eSB equivalentes} \times 3.000)) \text{ em determinado local e período} / \text{Estimativa populacional} \times 100$	SCNE / IBGE	46,39 (ANO 2020)	50,00	50,00	49,00	50,00	50,00	Coordenação de Saúde Bucal



**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**
**OBJETIVO Nº 1.3- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, fortalecendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, considerando o atendimento às necessidades de saúde e o aprimoramento das Redes de Atenção**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.3.7	Aumentar para 81% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	%	Nº de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano/ Nº total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano X 100	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condições de Saúde do PBF – DATASUS/M S	60,57 (ANO 2020)	81,00	81,00	81,00	81,00	81,00	Coordenação de Alimentação e Nutrição



**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**
**OBJETIVO Nº 1.4- Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Linha de Cuidado Saúde da Mulher e da Criança (a), Rede de Urgência e Emergência (b), Rede de Atenção Psicossocial (c), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (d) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (e)**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.4.1	Ampliar para 0,44 a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64a na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	RAZÃO	Soma da frequência do Nº de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cérvico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento / População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3	SIA / IBGE	0,21 (ANO 2020)	0,44	0,35	0,42	0,43	0,44	Saúde da Mulher/ FCECON





**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**
**OBJETIVO Nº 1.4- Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Linha de Cuidado Saúde da Mulher e da Criança (a), Rede de Urgência e Emergência (b), Rede de Atenção Psicossocial (c), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (d) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (e)**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.4.2	Ampliar para 0,19 a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	RAZÃO	Soma da frequência do Nº de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento / População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano / 2	SAI / IBGE	0,09 (ANO 2020)	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	Saúde da Mulher/FCECON
1.4.3	Reduzir para 15,00/1.000 NV a taxa de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil	%	Nº de óbitos de residentes de menor de 1 ano / Nº de nascidos vivos de mães residentes X 1.000	SIM / SINASC	13,80 (ANO 2020)	15,00	15,00	12,50	15,00	15,00	Saúde da Criança/Linha de Cuidado Materno Infantil
1.4.4	Aumentar para 66% o percentual de parto normal	Proporção de parto normal no sistema único de saúde e na saúde suplementar	%	Nº de nascido vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano / número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano X 100	SINASC	60,50 (ANO 2020)	66,00	66,00	70,00	66,00	66,00	Linha de Cuidado Materno Infantil



**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**
**OBJETIVO Nº 1.4- Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Linha de Cuidado Saúde da Mulher e da Criança (a), Rede de Urgência e Emergência (b), Rede de Atenção Psicossocial (c), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (d) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (e)**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.4.5	Reduzir o número de óbitos maternos, totalizando 245 no período do quadriênio	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Número	Nº de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência	SIM	63 (ANO 2020)	245	59	68	59	59	Linha de Cuidado Materno Infantil
1.4.6	Aumentar para 100% as ações de matriciamento realizadas pro CAPS com equipes AB.	Razão entre ações de Matriciamento sistemático realizadas por Caps com equipes de Atenção Básica	%	Nº de ações de matriciamento / por equipe AB	SIA	50,00 (ANO 2020)	100,00	80,00	100,00	100,00	100,00	Rede de Atenção Psicossocial/ Saúde Mental



**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**
**OBJETIVO Nº 1.4- Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Linha de Cuidado Saúde da Mulher e da Criança (a), Rede de Urgência e Emergência (b), Rede de Atenção Psicossocial (c), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (d) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (e)**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.4.7	Ampliar o número de Centros Especializados em Reabilitação (CER), totalizando 8 CER no período do quadriênio	Número de CER implantados nos municípios	Número	Nº de CER implantados	CNES	7 (ANO 2020)	8	2	4	6	8	Rede Pessoa com Deficiência
1.4.8	Reduzir para 210,44 p/100.000 a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônica, 2% em relação ao ano anterior	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônica	taxa	Nº de óbitos de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – Doenças do aparelho circulatório/ Nº total de pessoas de 30 a 69 anos com uma das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	SIM	225,46 (pela pop. 2020) (1.704.483) (ANO 2020)	210,44	228,16	180,36	219,12	210,44	Rede de Atenção às Condições Crônicas



**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**

**OBJETIVO Nº 1.5 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da atenção especializada em tempo adequado, de forma regulada, com equidade no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando: Política de Atenção Especializada (a) e Política de Regulação de acesso aos serviços de saúde de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (b), integrando o Programas de TFD Interestadual (c), Atenção Domiciliar - Melhor em Casa (d), Rede Complementar do SUS (e) e as Ações das Fundações de Saúde Assistenciais vinculadas a SES-AM (f)**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.5.1	Reduzir para 25% o nº de encaminhamentos indevidos para atenção ambulatorial especializada nas especialidades do Regula Mais Brasil	Percentual de redução de encaminhamentos para atenção ambulatorial especializada em determinada especialidade (Regula Mais)	%	Nº de novas solicitações inseridas no Sisreg por especialidade em determinado período / Nº de novas solicitações inseridas no Sisreg comparado com o período anterior por especialidade	Regula Mais	38,00 (ANO 2020)	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	Complexo Regulador/De cav
1.5.2	Alcançar 100% do parâmetro de necessidade de consultas especializadas	Percentual alcançado de consultas na Atenção Especializada em relação ao parâmetro de necessidade estimada	%	Nº de consultas especializadas ofertadas em determinado período / % de consultas especializadas estimadas de acordo com a PT 1.631/2015) x100	SIA	0 (ANO 2020)	100,00	60,00	60,00	80,00	100,00	Complexo Regulador/De cav



**OBJETIVO Nº 1.5 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da atenção especializada em tempo adequado, de forma regulada, com equidade no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando: Política de Atenção Especializada (a) e Política de Regulação de acesso aos serviços de saúde de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (b), integrando o Programas de TFD Interestadual (c), Atenção Domiciliar - Melhor em Casa (d), Rede Complementar do SUS (e) e as Ações das Fundações de Saúde Assistenciais vinculadas a SES-AM (f)**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.5.3	Alcançar 95% do parâmetro de necessidade de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	Percentual alcançado de exames (exceto patologia clínica) na Atenção Especializada em relação ao parametro de necessidade estimada	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{de exames especializados ofertados em determinado período}}{\text{N}^\circ \text{de exames especializados estimadas de acordo com a PT 1.631/2015}} \times 100$	SIA	0 (ANO 2020)	95,00	60,00	60,00	80,00	95,00	Complexo Regulador/ Decav
1.5.4	Aumentar para 91% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados no anos das coortes	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação}}{\text{N}^\circ \text{total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes.}}$	SINAN	91,40 (ANO 2020)	91,00	90,00	90,00	91,00	91,00	FUAM





**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**
**OBJETIVO Nº 1.6-Ampliar o acesso da população à Assistência Farmacêutica, promover o uso racional de medicamentos e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.6.1	Promover a implantação de 20 farmácias do componente especializado na capital e nos municípios do interior, promovendo assim a interiorização da saúde	Número de farmácias dispensadoras do CEAF implantadas	Número	Nº absoluto de farmácias implantadas	Controle interno (Cema)	9 (ANO 2020)	20	3	10	15	20	CEMA/ Coordenação da Asssitência Farmacêutica
1.6.2	Manter o acesso da população aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica por meio do abastecimento da farmácia do CEAF-sede em 95%	Percentual de abastecimento da farmácia do CEAF-sede, considerando os itens do Componente Especializado	%	Qtd de medicamentos do componente especializado padronizados abastecidos na farmácia do CEAF-sede/qtde total de medicamentos padronizados na farmácia do CEAF-sede)x100	Controle interno (CEMA)	95,67 (ANO 2020)	95,00	-	95,00	95,00	95,00	CEMA/ Coordenação da Asssitência Farmacêutica



**DIRETRIZ Nº 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde**
**OBJETIVO Nº 1.7-Combate à Pandemia da COVID-19**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
1.7.1	Reduzir a taxa de letalidade em 2% por COVID-19 até o final do Plano	Taxa de Letalidade da COVID-19	TAXA	Nº de óbitos por COVID-19 em determinado período / Nº de casos diagnosticados por COVID-19 no mesmo período X 100	Número de óbitos: Sivep-Gripe; número de casos: E-sus notifica e Sivep-Gripe	2,69 (ANO 2020)	<2,00	<5,00	<4,00	<3,00	<2,00	FVS-AM
1.7.2	Reduzir a taxa de ocupação de leitos de UTI Covid adulto para 80% na rede pública estadual	Taxa de ocupação de leitos de UTI Covid adulto na rede pública estadual	TAXA	Nº de pacientes atendidos com leitos UTI Covid-19 adulto / Nº de leitos UTI Covid-19 adulto disponíveis X 100	Boletim SEA Capital SES-AM	84,00 (ANO 2020)	80,00	84,00	82,00	81,00	80,00	Sea Capital



**DIRETRIZ Nº 2- Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a equidade de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico**

**OBJETIVO Nº 2.2-Dotar de infraestrutura a rede de serviços de saúde, com a identificação e a priorização de investimentos necessários para conformação das redes de atenção a saúde, considerando os planos regionais, macrorregionais e as necessidades dos usuários para melhorar as condições de atendimento no SUS, reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde para garantir a integralidade da atenção e proporcionar condições adequadas para as estruturas de gestão**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
2.1.1	Aumentar para 5% o percentual da despesa com investimentos na despesa total com saúde	Participação percentual da despesa com investimentos na despesa total com saúde	%	Total de gastos em investimento / total de gastos em saúde, excluídas as deduções X100	SIOPS	4,06 (ANO 2020)	5,00	3,00	4,00	4,50	5,00	Infrasaúde



**DIRETRIZ Nº 3 - Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada**

**OBJETIVO Nº 3.1 Promover a Institucionalização das Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com ênfase na Desprecarização do Trabalho e na Formação e Desenvolvimento do Servidor**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
3.1.1	Implementar em 60% as ações de Educação Permanente previstas no Plano de Educação Permanente em Saúde	Proporção de execução das ações do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Amazonas	%	Nº de ações executadas do Plano de Estadual de Educação Permanente em Saúde do Amazonas / Nº de ações programadas no Plano X 100	Relatório do Plano Estadual de Educação Permanente	70,00 (ANO 2020)	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	DGRH - GDRH- Coordenação Estadual de EPS



**DIRETRIZ Nº 3 - Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada**

**OBJETIVO Nº 3.2- Aperfeiçoar os processos de trabalho na área de gestão, no âmbito da modernização da gestão administrativa, planejamento, financiamento, controle e avaliação, tecnologia da informação, comunicação, controle interno e coordenação de projetos estratégicos**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
3.2.1	Melhorar os processos de trabalho na área de gestão, com percentual de alcance de até 85% de execução das atividades de gestão previstas na Programação Anual de Saúde	Proporção de execução das atividades na área de gestão previstas na Programação Anual de Saúde	%	Nº de atividades na área de gestão executadas da Programação Anual de Saúde / Nº total de atividades previstas na Programação Anual de Saúde X100	RAG	69,64% (Ano 2020)	70,00	70,00	75,00	80,00	85,00	Deplan





**DIRETRIZ Nº 3 - Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada**

**OBJETIVO Nº 3.4 - Prover as unidades gestoras da administração estadual com despesas administrativas para a implementação e gestão de seus programas finalísticos.**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
3.3.1	Diminuir o percentual de gasto com pessoal na despesa total com saúde para 49% (LIMITE MÁXIMO)	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	%	Total de gastos com pessoal / total de gastos públicos em saúde, excluída as deduções X100	Planilha de execução do FES (FOLHA E RH TERCEIRIZADO)	Anual	43,76 FOLHA E RH TERCEIRIZADO (ANO 2020)	59,00	59,00	49,00	49,00	49,00
3.3.2	Manter as 41 unidades gestoras da rede estadual com despesas administrativas	Número de unidades gestoras da rede estadual com despesas administrativas	Número	Nº total de unidades gestoras da rede estadual com despesas administrativas	Planilha de execução do FES	Anual	41 (ANO 2020)	41	40	41	41	41



**DIRETRIZ Nº 4 - Fortalecer e qualificar a participação do controle social garantindo a transparência, a moralidade na gestão pública e o estabelecimento de ações intersetoriais**

**OBJETIVO Nº 4.1- Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã**

Nº	Descrição da Meta Plano (Quadrienal)	Indicador	Unidade de Medida	Fórmula de Cálculo	Fonte da Apuração	Linha de Base do Indicador (Último Resultado Obtido)	Meta Plano (2020-2023)	Meta Anuais Previstas				Área Técnica Responsável
								2020	2021	2022	2023	
4.4.1	Manter o Conselho Estadual de Saúde legalmente instituído e em funcionamento	Conselho de Saúde Estadual legalmente instituído e em funcionamento.	Número	Nº de Conselho de Saúde Estadual legalmente insituído e em funcionamento	CES/AM	Anual	1 (Ano 2020)		1	1	1	Conselho Estadual de Saúde do Amazonas



## 10. Referências

AMAZONAS. Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas . Lei 5.055 de 27 de dezembro de 2019: Dispõem sobre o Plano Plurianual para o período 2020-2023.

AMAZONAS. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação – Sedecti: Amazonas em Mapa. Manaus, Am, 2018.

BRASIL. Constituição (1988.) Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990 a. Seção 1.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde... Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1-4, 16 jan. 2012.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS . Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT 08 de 24 de novembro de 2016: Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT 23 de 17 de agosto de 2017: Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT 37 de 22 de março de 2018: Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília, 2006.



BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.- 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 1 GM/MS, de 28 de setembro 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno resumido: DigiSUS Gestor Módulo Planejamento: Integração e transparência no Planejamento em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília, 2020.

BRASIL .Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000: Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, n. 178, 14 set. 2000a. Seção I. p. 98.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação : relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília : Ministério da Saúde, 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KADRI, Michele Rocha de Araujo El. A Regionalização da Saúde: o caminho para o SUS em todos os territórios?. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD - Fiocruz Amazônia). Manaus, Amazonas, 2019.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS. Plano Estadual de Saúde (PES), 2016-2019. Manaus, 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS. Relatório Anual de Gestão (RAG): 2016, 2017, 2018 e 2019. Manaus, 2016 - 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS. Conselho Estadual de Saúde do Amazonas. Relatório da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Manaus, Amazonas, 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS. Conselho Estadual de Saúde do Amazonas. Resolução No. 010/2020 de 27 de fevereiro de 2020: Dispõe sobre as Diretrizes que orientarão a elaboração do PES 2020-2023. Manaus, Amazonas, 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS. Portaria Nº 0922/2019-GS/SUSAM. Institui, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES/AM), Comissão Intersetorial para elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) para o quadriênio 2020-2023



**Sites consultados:**

<http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/gestao/siasi>

[http://www.institutoovidiomachado.org/saudeindigena/?page\\_id=731](http://www.institutoovidiomachado.org/saudeindigena/?page_id=731)

<http://www.conass.org.br/guiainformacao/>

<http://cnes.datasus.gov.br/>

<http://digisusgmp.saude.gov.br>

<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>

<https://www.sanarmed.com/resumos-atencao-basica-a-saude-principios-e-diretrizes-ligas>





# IV - ANEXOS:



**ANEXO 1 A: Detalhamento da Rede Pública Estadual de Saúde na Capital por Tipo de Estabelecimento, Nome e Localização - Amazonas**

TIPO DO ESTABELECIMENTO	NOME DO ESTABELECIMENTO	ZONA
CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇA (CAIC)	Alberto Carreira	Oeste
	Alexandre Montoril	Sul
	Dr. Afranio Soares	Centro-Sul
	Dr. Edson Melo	Leste
	Dr. Gilson Moreira	Norte
	Dr. José Contente	Leste
	Dra. Maria Helena de Freitas Góes*	Norte
	Dr. Rubim de Sá	Centro-Oeste
	Ana Maria dos Santos Pereira Braga**	Leste
	Dra. Josephina de Mello***	Sul
	José Carlos Mestrinho	Centro-Oeste
	Moura Tapajós	Norte
CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A MELHOR IDADE (CAIMI)	Ada Rodrigues Viana	Oeste
	Dr. André Araújo	Norte
	Dr. Paulo Lima	Sul
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	Dr. Silvério Tundis	Norte
POLICLÍNICA	Antonio Aleixo	Leste
	Codajás	Sul
	Governador Gilberto Mestrinho	Sul
	João dos Santos Braga	Norte
	Zeno Lanzini	Leste
	Creps Cardoso Fontes	Sul
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA) E POLICLINICA	Danilo Correa	Norte
	Dr. José Lins	Oeste
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)	Alvorada	Centro-Oeste
	Coroadó	Leste
	Eliameme Rodrigues Mady	Norte
	Joventina Dias	Oeste
	São Raimundo	Oeste
	Zona Sul	Sul
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	Campos Salles	Norte
	José Rodrigues	Norte
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA), MATERNIDADE E HOSPITAL	Chapot Prevost	Leste
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DA CRIANÇA (HPSC)	Zona Leste	Leste
	Zona Sul	Sul
	Zona Oeste	Oeste
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO (HPS)	28 de Agosto	Centro-Sul
	Dr João Lúcio P. Machado	Leste
	Dr Aristóteles Platão Bezerra de Araújo	Leste
	Delphina Rinaldi Abdel Aziz	Norte

\* Unidades que tiveram o nome de fantasia alterado em cumprimento da Lei 6454 de 24/10/1977: \* Antigo CAIC Paulo Xerez \*\* Antigo CAIC Corina Batista \*\*\* Antigo CAIC Enf. Crisolita Torres da Costa Silva



**ANEXO 1 A: Detalhamento da Rede Pública Estadual de Saúde na Capital por Tipo de Estabelecimento, Nome e Localização - Amazonas,**

TIPO DO ESTABELECIMENTO	Nome Do Estabelecimento	ZONA
MATERNIDADE	Alvorada	Oeste
	Dona Nazira Daou	Norte
	Balbina Mestrinho	Sul
	Azilda da Silva Marreiro	Norte
	De Referência Ana Braga	Leste
MATERNIDADE / URGÊNCIA GINECOLÓGICA	Instituto da Mulher Dona Lindu	Centro-Sul
HOSPITAL INFANTIL	Dr. Fajardo	Sul
	Instituto de Saude da Criança do Amazonas (ICAM)	Sul
HOSPITAL ADULTO	Geraldo da Rocha	Leste
	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	Centro-Sul
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	Francisca Mendes	Norte
FUNDAÇÃO DE SAÚDE	Alfredo da Matta (FUAM)	Sul
	Centro de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON)	Oeste
	Hospital Adriano Jorge (FHAJ)	Sul
	Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (FHMOAM)	Centro-Sul
	De Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD)	Centro-Sul
	De Vigilância Em Saúde Do Amazonas	Norte
UNIDADES DE APOIO	Secretaria de Estado da Saúde (Sede)	Centro-Sul
	Complexo Regulador Do Amazonas	Sul
	Central de Medicamentos Do Amazonas (Cema)	Sul
	Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas (Lacen)	Sul

Fonte: SUSAM /SEAASC.



**ANEXO 1 B: Detalhamento da Rede Pública Estadual de Saúde no Interior por Município, Nome do Estabelecimento e Região de Saúde - Amazonas**

MUNICÍPIO	NOME DO ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE
1. Alvarães	Unidade Hospitalar de Alvarães	RS Triângulo
2. Amaturá	Unidade Hospitalar de Amaturá	RS Alto Solimões
3. Anamá	Unidade Hospitalar de Anamá	RS Rio Negro/Solimões
4. Anori	Unidade Hospitalar de Anori	RS Rio Negro/Solimões
5. Apuí	Unidade Hospitalar de Apuí	RS R. Madeira
6. Atalaia do Norte	Unidade Hospitalar de Atalaia do Norte	RS Alto Solimões
7. Autazes	Unidade Hospitalar de Autazes	RS Manaus, Entorno e Alto RN
8. Barcelos	Unidade Hospitalar de Barcelos	RS Manaus, Entorno e Alto RN
9. Barreirinha	Unidade Hospitalar de Barreirinha	RS Baixo Amazonas
10. Benjamin Constant	Hospital Geral de Benjamin Constant Dr. Melvino de Jesus	RS Alto Solimões
11. Beruri	Unidade Hospitalar de Beruri	RS Rio Negro/Solimões
12. Boa Vista do Ramos	Unidade Hospitalar de Boa Vista do Ramos	RS Baixo Amazonas
<b>13. Boca do Acre***</b>	<b>Unidade Hospitalar de Boca do Acre***</b>	RS R. Purus
<b>14. Borba **</b>	<b>Hospital de Borba Vó Mundoca**</b>	RS R. Madeira
15. Caapiranga	Unidade Hospitalar de Caapiranga	RS Rio Negro/Solimões
16. Canutama	Unidade Hospitalar de Canutama	RS R. Purus
<b>17. Carauari**</b>	<b>Unidade Hospitalar de Carauari**</b>	RS R. Juruá
18. Careiro Castanho	Unidade Hospitalar de Castanho	RS Manaus, Entorno e Alto RN
19. Careiro da Várzea	Centro de Saúde do Careiro da Várzea	RS Manaus, Entorno e Alto RN
<b>20. Coari **</b>	<b>Hosp. Regional de Coari Pref. Dr. Odair Carlos Geraldo**</b>	RS Rio Negro/Solimões
21. Codajás	Unidade Hospitalar de Codajás	RS Rio Negro/Solimões
<b>22. Eirunepé**</b>	<b>Unidade Hospitalar de Eirunepé**</b>	RS R. Juruá
23. Envira	Unidade Hospitalar de Envira	RS R. Juruá
<b>24. Fonte Boa **</b>	<b>Hospital Regional de Fonte Boa**</b>	RS Alto Solimões
<b>25. Guajará**</b>	<b>Unidade Hospitalar de Guajará**</b>	RS Juruá
<b>26. Humaitá *</b>	<b>Hospital Dra Luiza da Conceição Fernandes*</b>	RS R. Madeira
27. Ipixuna	Unidade Hospitalar de Ipixuna	RS Juruá
28. Iranduba	Unidade Hospitalar de Iranduba	RS Manaus, Entorno e Alto RN
<b>29. Itacoatiara *</b>	<b>UPA 24hs Itacoatiara + Hospital Regional José Mendes*</b>	RS Médio Amazonas
30. Itamarati	Unidade Hospitalar de Itamarati	RS Juruá
31. Itapiranga	Unidade Hospitalar de Itapiranga	RS Médio Amazonas
32. Japurá	Unidade Hospitalar de Japurá	RS Triângulo
33. Juruá	Unidade Hospitalar de Juruá	RS Triângulo
34. Jutai	Unidade Hospitalar de Jutai	RS Alto Solimões
<b>35. Lábrea*</b>	<b>Unidade Hospitalar de Lábrea*</b>	RS Purus
<b>36. Manacapuru *</b>	<b>Hospital Geral de Manacapuru*</b>	RS Rio Negro/Solimões
37. Manaquiri	Unidade Hospitalar de Manaquiri	RS Manaus, Entorno e Alto RN



**ANEXO 1 B: Detalhamento da Rede Pública Estadual de Saúde no Interior por Município, Nome do Estabelecimento e Região de Saúde - Amazonas**

MUNICÍPIO	NOME DO ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE
38. Manicoré	Unidade Hospitalar de Manicoré	RS R. Madeira
39. Maraã	Unidade Hospitalar de Maraã	RS Triângulo
<b>40. Maués **</b>	<b>Hospital de Maués Dona Mundiquinha**</b>	RS Baixo Amazonas
41. Nhamundá	Unidade Hospitalar de Nhamundá	RS Baixo Amazonas
42. Nova Olinda do Norte	Unidade Hospitalar de Nova Olinda do Norte	RS Manaus, Entorno e Alto RN
43. Novo Airão	Unidade Hospitalar de Novo Airão	RS Rio Negro/Solimões
44. Novo Aripuanã	Unidade Hospitalar de Novo Aripuanã	RS R. Madeira
<b>45. Parintins *</b>	<b>Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen* + Hospital Padre Colombo****</b>	RS Baixo Amazonas
46. Pauini	Unidade Hospitalar de Pauini	RS Purus
47. Presidente Figueiredo	Hospital Geral Eraldo Neves Falcão	RS Manaus, Entorno e Alto RN
48. Rio Preto da Eva	Unidade Hospitalar de Rio Preto da Eva + Centro de Tratamento e Reabilitação em Dependência Química Ismael Aziz	RS Manaus, Entorno e Alto RN
49. Sta Isabel do Rio Negro	Unidade Hospitalar de Santa Isabel do Rio Negro	RS Manaus, Entorno e Alto RN
50. Santo Antônio do Içá	Unidade Hospitalar de Santo Antônio do Içá	RS Alto Solimões
51. São Gabriel da Cachoeira	Unidade Hospitalar de Iauaretê	RS Manaus, Entorno e Alto RN
52. São Paulo de Olivença	Unidade Hospitalar de São Paulo de Olivença	RS Alto Solimões
53. São Sebastião do Uatumã	Unidade Hospitalar de São Sebastião do Uatumã	RS Médio Amazonas
54. Silves	Unidade Hospitalar de Silves	RS Médio Amazonas
<b>55. Tabatinga*</b>	<b>UPA 24hs Tabatinga + Maternidade Enf Celina Villacrez Ruiz*</b>	RS Alto Solimões
56. Tapauá	Unidade Hospitalar de Tapauá	RS Purus
<b>57. Tefé *</b>	<b>Hospital Regional de Tefé*</b>	RS Triângulo
58. Tonantins	Unidade Hospitalar de Tonantins	RS Alto Solimões
59. Uarini	Unidade Hospitalar de Uarini	RS Triângulo
60. Uruará	Unidade Hospitalar de Uruará	RS Médio Amazonas
61. Urucurituba	Unidade Hospitalar de Urucurituba (SEDE) + Unidade Hospitalar de Itapeçu	RS Médio Amazonas
<b>TOTAL GERAL = 66</b>		

Fonte: SUSAM /SEAASI.

Notas: \* Unidades Hospitalares ou Municípios de referência nos Polos Regionais

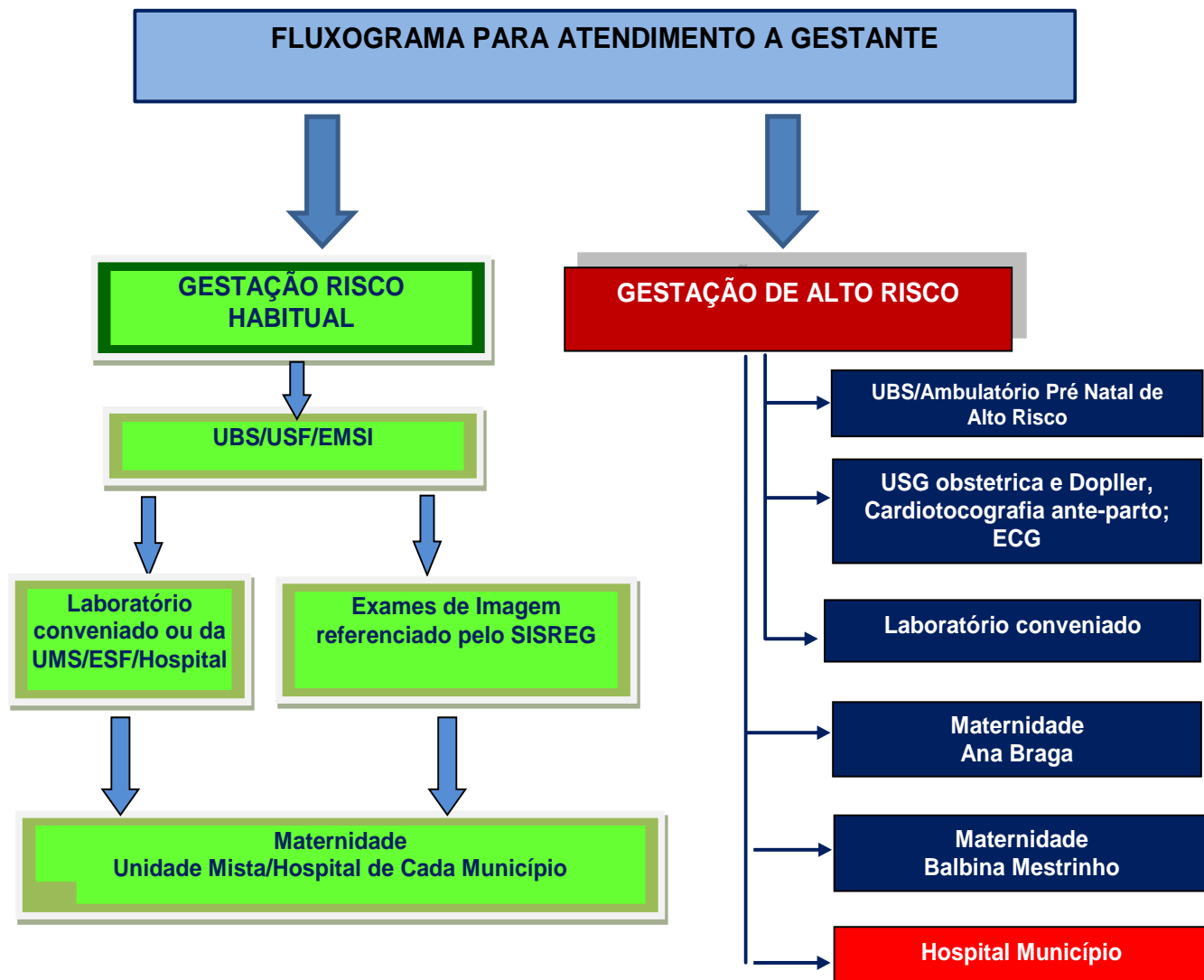
\*\* Unidades Hospitalares ou Municípios de referência nos Subpolos Regionais

\*\*\* Unidade Hospitalar ou Município de referência em Região de Fronteira

\*\*\*\*Unidade Hospitalar conveniada com o Estado

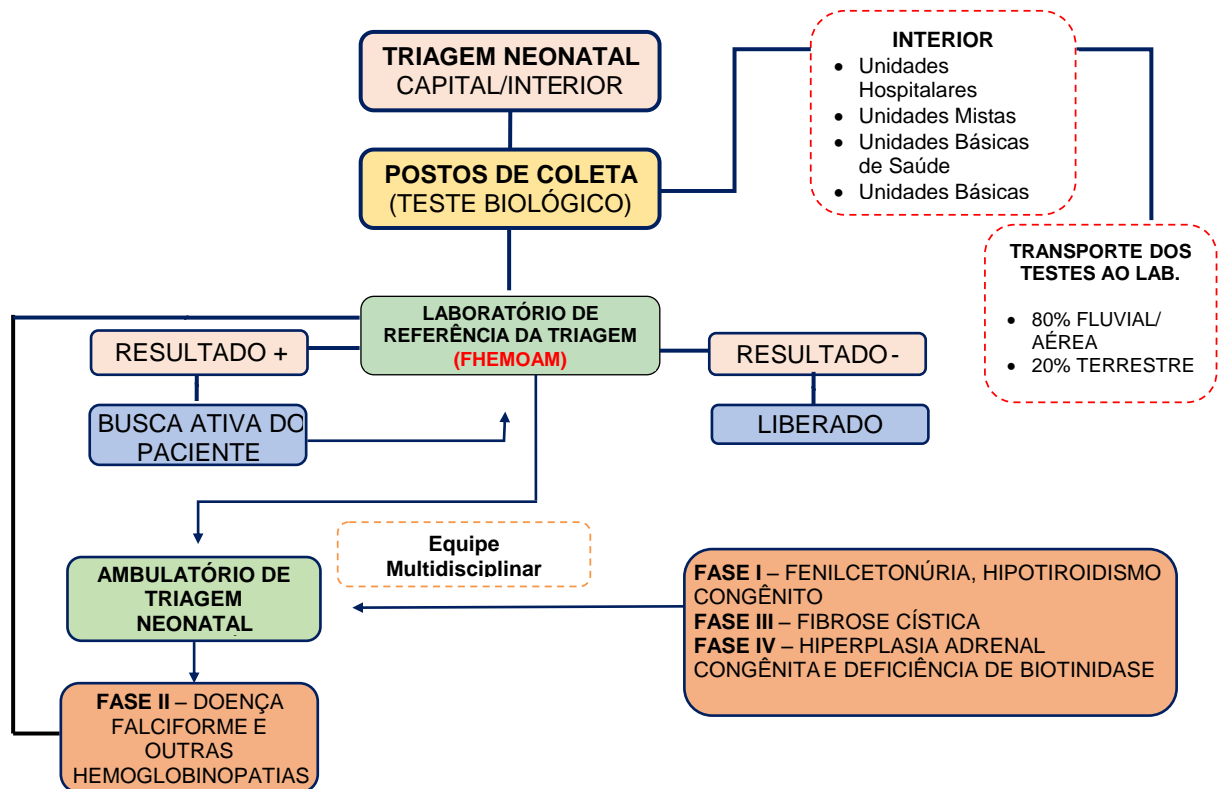


## ANEXO 2 A: Fluxo Assistencial das Redes Temáticas: Rede de Atenção Materno-Infantil (Cegonha)

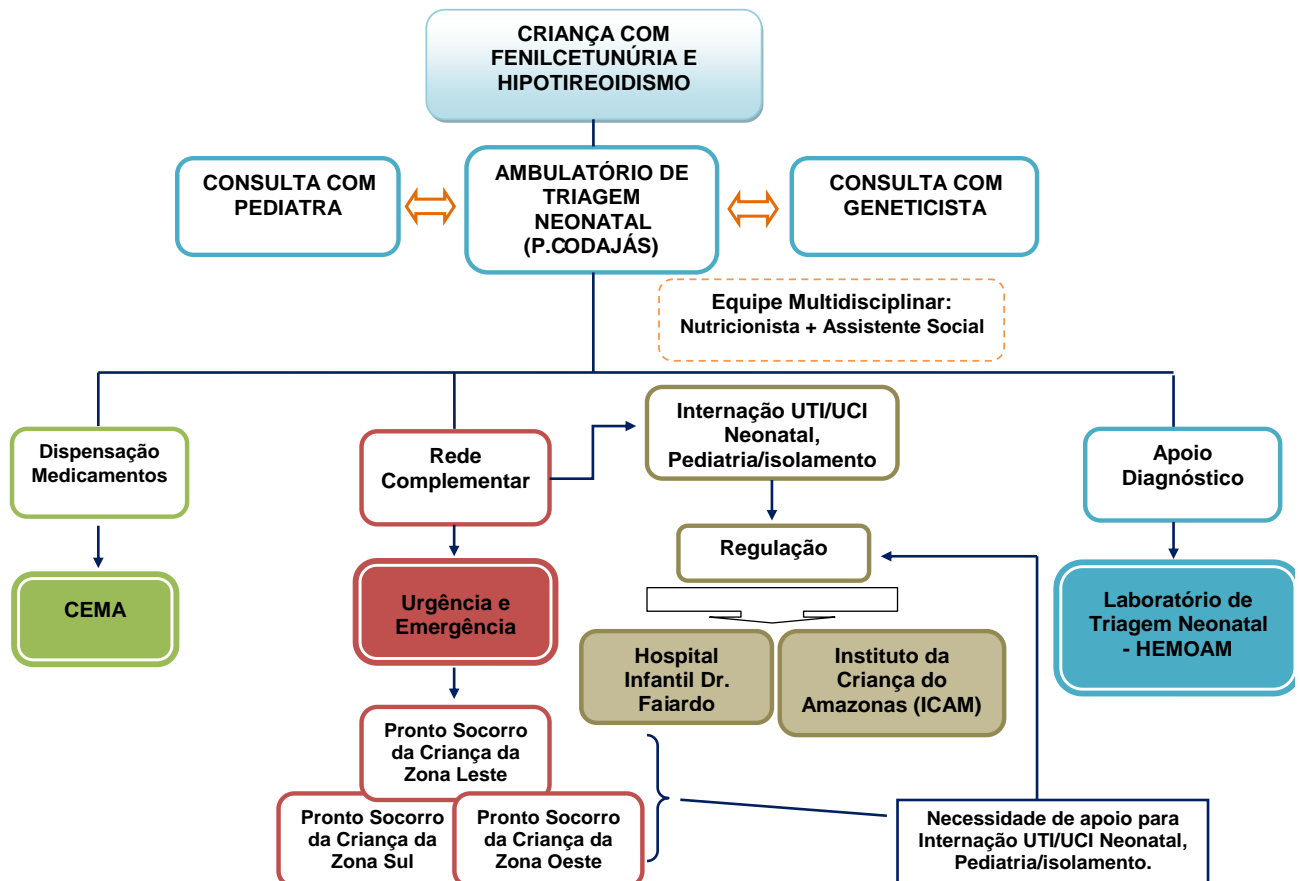




**ANEXO 2 A: Fluxo Assistencial das Redes Temáticas: Rede de Atenção Materno-Infantil (Cegonha) – Triagem Neonatal**

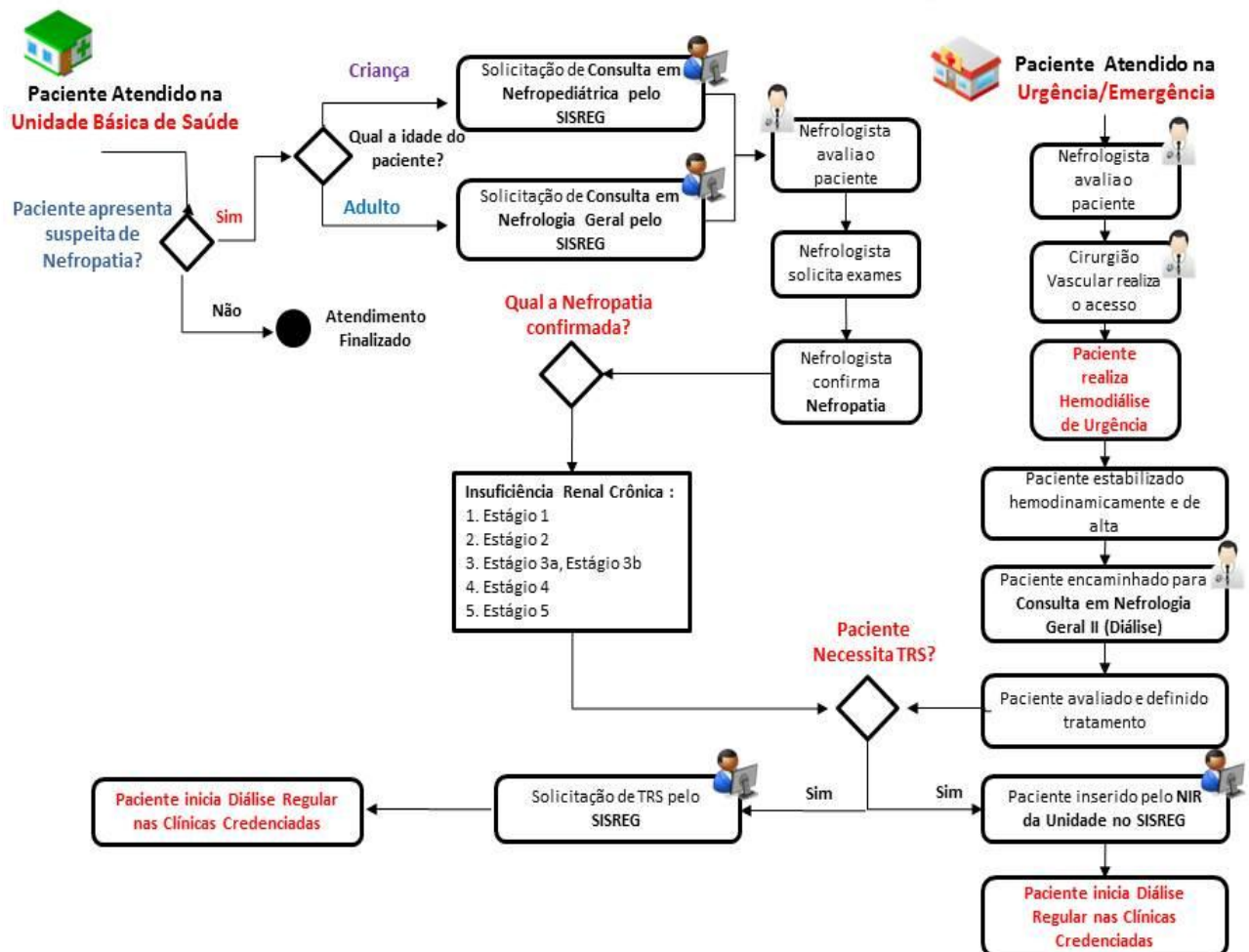


**FLUXOGRAMA DA REDE COMPLEMENTAR**



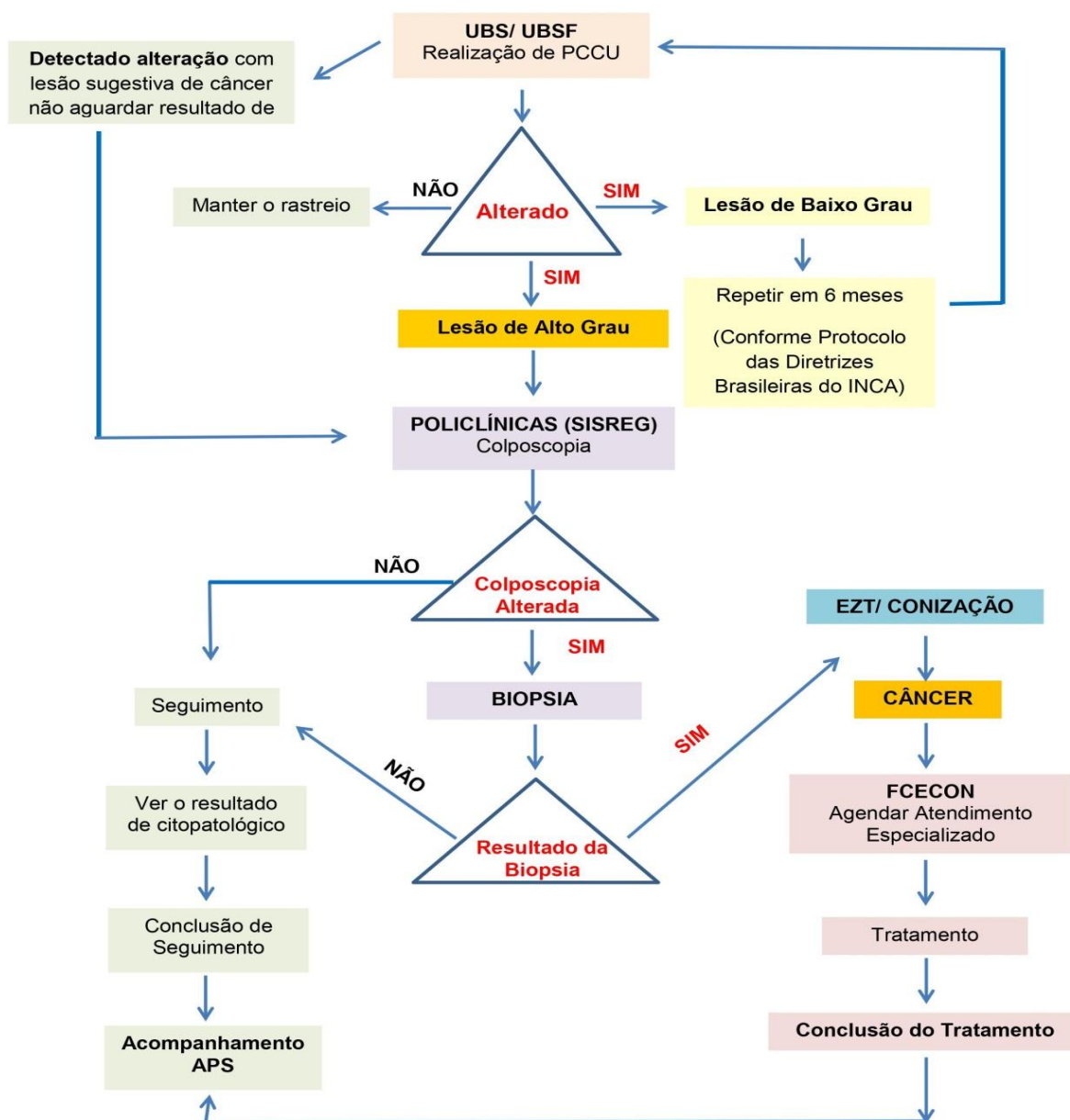
## ANEXO 2 B: Fluxo Assistencial das Redes Temáticas: Rede de Atenção às Condições Crônicas

### Fluxo de Atendimento ao Usuário Portador de Doença Renal Crônica



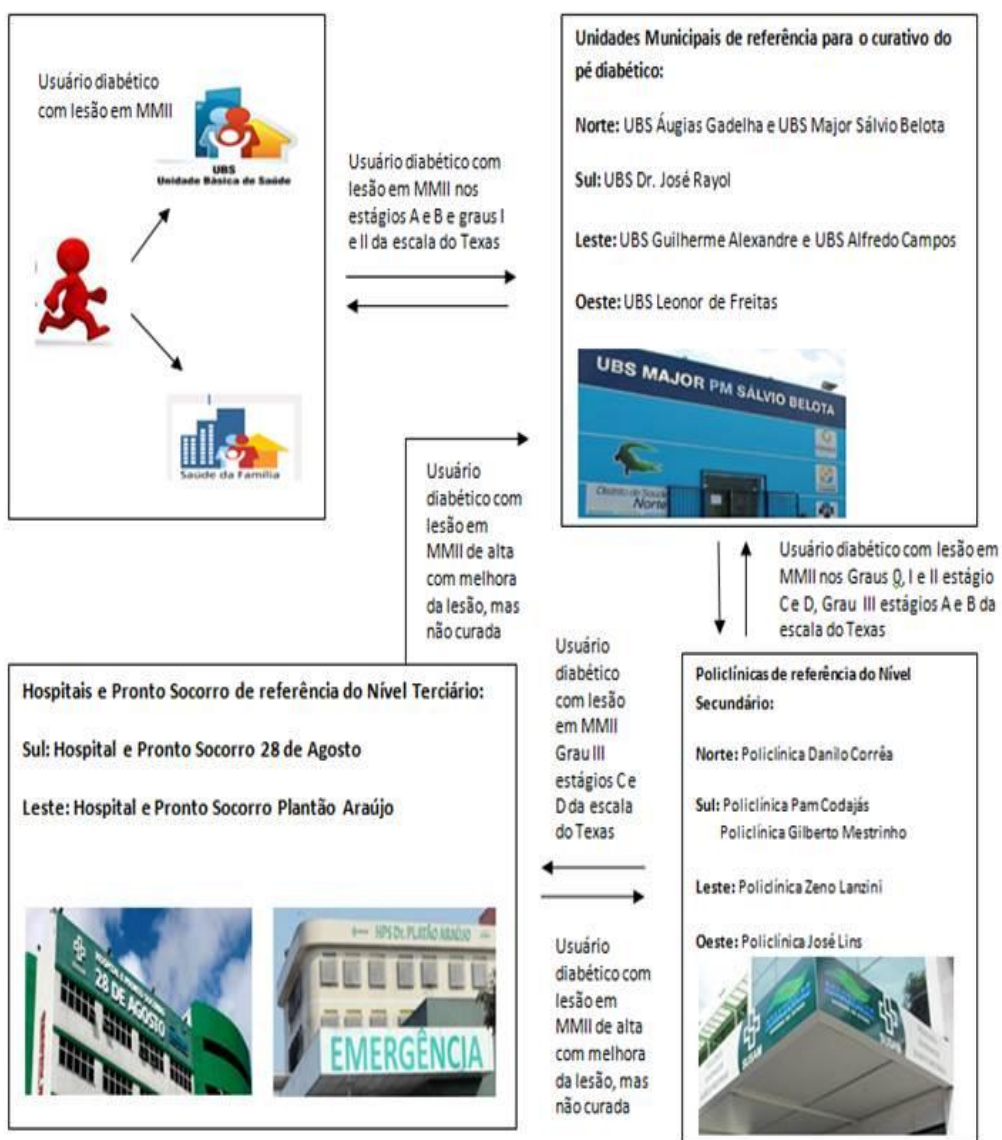
**ANEXO 2 B: Fluxo Assistencial das Redes Temáticas: Rede de Atenção às Condições Crônicas**

**FLUXO DE ATENÇÃO AO RASTREIO DE CÂNCER DE COLO UTERINO**



## ANEXO 2 B: Fluxo Assistencial das Redes Temáticas: Rede de Atenção às Condições Crônicas

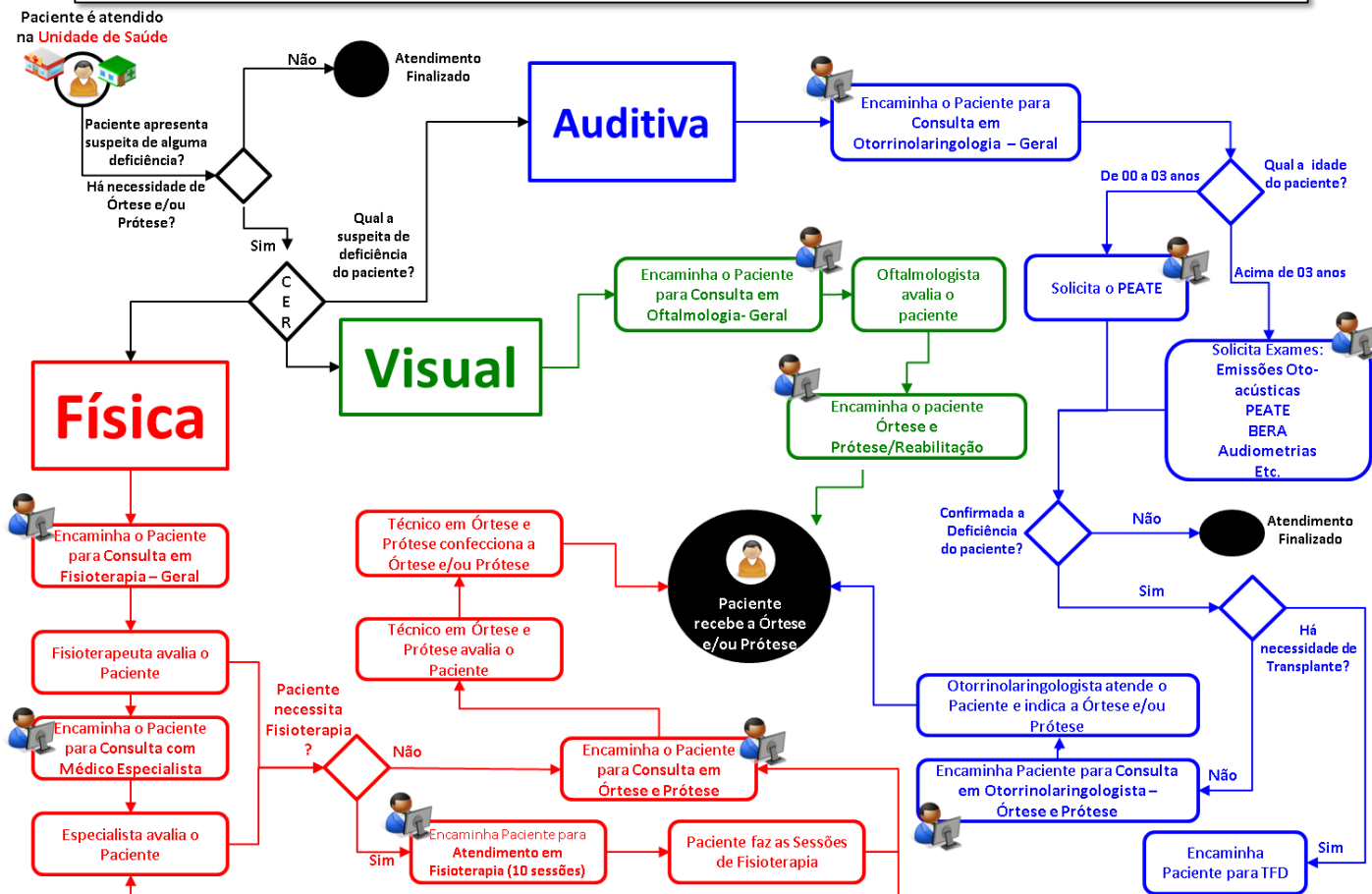
### Fluxo de Atendimento ao Usuário Portador de Lesões Cutâneas – Pé Diabético





**ANEXO 2 C: Fluxo Assistencial das Redes Temáticas: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

**Fluxo Atendimento Paciente com Deficiência**



### **ANEXO 3: Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação de Recursos Financeiros do Estado aos Municípios**

#### **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**Ato de origem:** Resolução CIB 058, de 30/05/2014.

**Vigência:** a partir de 2014

**Status:** Vigente

#### **Referência:**

Referente à transferência de recursos estaduais do componente básico da assistência farmacêutica do FES diretamente aos FMS de 52 municípios do interior do estado, observando-se que os municípios da Região de Saúde do Alto Solimões pactuaram separadamente em razão do funcionamento do Consórcio de Saúde que atendia a referida região e no caso do município de Manaus os recursos permaneceram sobrestado, devido a SUSAM financiar os medicamentos e insumos da atenção básica para os CAIC's e CAIM's. O recurso foi referente a 1ª e 2ª parcelas da assistência farmacêutica e diabetes mellitus, com o objetivo de atender à aquisição de medicamentos e insumos, atendendo as Portaria nº 1.555 de 30/07/2013.

#### **Modalidade de Repasse e Total de Recursos**

Os recursos estaduais transferidos aos municípios totalizaram o valor de R\$ 6.206.690,82 em duas parcelas ano no valor de R\$ 3.103.345,41. O recurso e repassado do FES para os FMS. Para Manaus R\$ 3.408.306,78 , em duas parcelas iguais.

#### **Critério de Distribuição dos Recursos:**

O critério para distribuição do recurso estadual aos 52 municípios foi definido conforme Portaria nº 1.555 de 30 /07/2013 que versa: Art. 3º - O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade dos três entes da federação devendo ser aplicado os seguintes valores mínimos: Estados e o DF - R\$ 2,36 por habitante/ano para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos. § 2º Para fins de alocação dos recursos utilizar-se-á a população estimada nos referidos entes federativos pelo IBGE para 01/07/2011, enviada ao Tribunal de Contas da União em 09/11/ 2011 e § 4º Para evitar a redução no custeio deste Componente, os Municípios que tiveram a população reduzida nos termos do Censo IBGE 2011 em relação à população estimada nos termos do Censo IBGE 2009 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a estimativa do IBGE 2009.





### **ANEXO 3: Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação de Recursos Financeiros do Estado aos Municípios**

#### **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**Ato de origem:** Resolução CIB 042, de 29/08/2016

**Vigência:** a partir de 2016

**Status:** Vigente

#### **Referência**

Referente à transferência de recursos estaduais do componente básico da assistência farmacêutica do FES diretamente aos FMS dos municípios do Alto Solimões (Atalaia do Norte, Amaturá, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutai, Santo Antônio do Itá, São Paulo de Olivença, Tabatinga, Tonantins). O recurso destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica, atendendo a Portaria nº 1.555, de 30/07/2013 que dispõe sobre as normas e financiamento e de execução do componente básico da AF no âmbito do SUS.

#### **Modalidade de Repasse e Total de Recursos**

Os recursos estaduais transferidos aos municípios totalizam o valor de R\$ 560.490,56 divididos em duas parcelas ano no valor de R\$ 280.245,28. O recurso será repassado do FES para os FMS.

#### **Critério de Distribuição dos Recursos**

O critério para distribuição do recurso estadual aos 9 municípios do Alto Solimões foi definido conforme Portaria nº 1.555 de 30 /07/2013 que versa: Art. 3º - O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade dos três entes da federação devendo ser aplicado os seguintes valores mínimos: Estados e o DF - R\$ 2,36 por habitante/ano para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos. § 2º Para fins de alocação dos recursos utilizar-se-á a população estimada nos referidos entes federativos pelo IBGE para 01/07/2011, enviada ao Tribunal de Contas da União em 09/11/ 2011 e § 4º Para evitar a redução no custeio deste Componente, os Municípios que tiveram a população reduzida nos termos do Censo IBGE 2011 em relação à população estimada nos termos do Censo IBGE 2009 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a estimativa do IBGE 2009.



### **ANEXO 3: Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação de Recursos Financeiros do Estado aos Municípios**

#### **SAMU 192**

**Ato de origem:** Resolução CIB 048 de 2018

**Vigência:** a partir de 2014

**Status:** Vigente

#### **Referência**

A Resolução CIB/AM nº 048/2014, dispõe sobre o funcionamento dos serviços móvel – SAMU 192 Manaus Metropolitano e consensua a aprovação do Funcionamento do serviço de atendimento móvel SAMU 192 Manaus Metropolitano, Pré hospitalar e Inter hospitalar, bem como os recursos financeiros envolvidos do Estado do Amazonas.

Referente à transferência de recursos estaduais da Rede RUE com repasse do FES diretamente aos FMS do município Manaus, definiu-se para ampliação de serviço móvel pré-hospitalar onde inclui os municípios da Rede Metropolitana Ampliada de Manaus, composta por 3 regiões de saúde sendo Região do Rio Negro e Solimões, Região do Entorno de Manaus e Região do Médio Amazonas.

Considerando a necessidade de efetivar o repasse ao Município de Manaus, foi celebrado o Termo de Cooperação Técnico-Operacional nº 01/2014 SUSAM/SEMSA-Manaus, que conforme a Portaria nº 1849/2012 que aprova a etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Amazonas e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação.

#### **Modalidade de Repasse e Total de Recursos**

O recurso estadual a ser transferidos ao município de Manaus totaliza o valor de R\$ 9.681.976,45, sendo mensal a ser repassado 806.831,40 através da modalidade fundo à fundo.

#### **Critério de Distribuição dos Recursos**

O componente SAMU 192 contemplará a rede de urgência em caráter regional, corroborando os propósitos da assistência nas redes de atenção e de acordo com o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso.

Foi pactuado em CIB/AM através da Resolução 048/2014 a definição de recursos para custeio e manutenção dos serviços Móvel pré-hospitalar. A Resolução CIB/AM não define os critérios para distribuição de recursos uma vez que a Portaria GM/MS 1.010/2012 estabeleceu os critérios para pactuação dos recursos, apresentado em planilhas de repasse financeiras definidas e consensuado e aplicado ao Termo de Cooperação Técnico-operacional nº001/2014.



## **ANEXO 3: Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação de Recursos Financeiros do Estado aos Municípios**

### **EMENDAS PARLAMENTARES ESTADUAIS**

**Ato de origem:** LOA

**Vigência:** 2020

**Status:** Vigente

### **Referência**

Com a emenda constitucional nº 69 de 2014, foi incluída na Constituição Estadual a obrigatoriedade da execução de emendas parlamentares programadas na Lei Orçamentária Anual. Também foi estabelecido que as emendas serão aprovadas no limite de 1% da Receita Corrente Líquida realizada no exercício do ano anterior.

Outro ponto importante com relação à programação das emendas é quanto aos percentuais que devem ser aplicados à área da Saúde conforme o Art. nº 158, § da Constituição Estadual no tocante a destinação obrigatória de pelo menos 12%, dos valores para ações e serviços público em saúde, ou seja cada deputado pode apresentar emendas individuais ou coletivas à proposta orçamentária do governo Estadual.

As emendas impositivas são emendas discricionárias onde o parlamentar define como será aplicado o recurso, e deve ser destinada para o órgão ou entidade que tem competência legal para exercer a atribuição objeto da emenda parlamentar. Exemplo: A Secretaria de Estado de Saúde tem como missão garantir o direito à saúde enquanto direito fundamental do ser humano e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito do Estado.

### **Modalidade de Repasse e Total de Recursos**

Como forma de Repasse a Secretaria repassará valores definidos em LOA 2020, para cada Parlamentar onde eles aplicam o valor de 12% através de transferência fundo a fundo, que deverão ser indicados como beneficiários, no módulo Orçamento Impositivo do AFI, os fundos estaduais e os fundos municipais.

Cada parlamentar possui uma cota individual que conforme a LOA 2020, esta cota totaliza um total de R\$ 167.842.730,82 de suplementação do orçamento, deste destina-se 12% para a saúde definidos por cada parlamentar a indicação do seu beneficiário e o valor a ser disponibilizado.



### **Critério de Distribuição dos Recursos**

Cabe aos parlamentares definirem a indicação do beneficiário, e o procedimento por meio do qual o autor de emenda parlamentar individual impositiva determinará no módulo orçamento impositivo, no SIGO, os beneficiários de suas emendas e seus respectivos valores, para fins de execução orçamentária e financeira.

A Secretaria de Estado adotou como medida organizativa a estruturação de uma equipe responsável para o acompanhamento e orientação aos Parlamentares até o final da sua execução, quando a proposta é repassada aos Municípios, assim podendo apresentar relatórios situacionais onde os parlamentares juntamente com os Secretários de Estado e o Governador possam acompanhar o processo até o seu repasse.

Quanto o acompanhamento posterior ao repasse aos municípios, a Secretária de Estado de Saúde recomenda que seja apresentado no Relatório de Gestão Municipal- RAG, a prestação de consta referente a aplicação dos recursos.

### **COFINANCIAMENTO AOS MUNICÍPIOS PARA AS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVÉS DOS RECURSOS DO FUNDO DE FOMENTO AO TURISMO, INFRAESTRUTURA, SERVIÇOS E INTERIORIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO AMAZONAS (FTI).**

**Ato de origem:** Lei nº 4.791, de 27 de fevereiro de 2019.

**Vigência:** A partir de 2019

**Status:** Vigente

A destinação de recurso do FTI para o setor Saúde foi garantida pela Lei nº 4.791, de 27 de fevereiro de 2019, aprovada pela Assembleia Legislativa do Estado-ALEAM, a lei permitiu que até 40% da dotação inicial dos recursos do fundo fossem destinados para área da Saúde, o recurso permitiu aos municípios a realização de manutenção e melhorias nas unidades hospitalar, aquisição de equipamentos para manutenção da vida, bem como na ampliação de serviços na atenção básica e aquisição de medicamentos.

O total programado para 2020 foi o montante de R\$ 70.650.000,00 para custeio e 22.500.000,00 para investimentos do FTI para 61 municípios do Estado do Amazonas, que serão utilizados pelas prefeituras para custeio das unidades, aquisição de medicamentos e produtos para a saúde e ainda para investimentos em obras e equipamentos.



### **Modalidade de Repasse e Total de Recursos**

Como forma de Repasse a Secretaria de Saúde repassará os valores definidos para 2020 previstos na respectiva LOA estadual, para cada um dos 61 Municípios por transferência fundo à fundo, em parcelas a serem liberadas pelo Governo do Estado através da Secretaria de Fazenda - SEFAZ.

### **Critério de Distribuição dos Recursos**

A Lei estabelece em seu 43-A § 7º que fica assegurada a destinação de até 40% (quarenta por cento) da dotação inicial dos recursos do FTI para a área da saúde, dos quais 20% (vinte por cento) serão destinados à aquisição de equipamentos, materiais permanentes ou custeio para municípios do interior proporcional ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e 80% (oitenta por cento) para o pagamento de terceirização de mão-de-obra. A prestação de contas de aplicação dos recursos deverá ser demonstrada através dos relatórios anuais de gestão dos municípios.

### **COFINANCIAMENTO AOS MUNICÍPIOS PARA AS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVÉS DOS RECURSOS DO FUNDO DE FOMENTO AO TURISMO, INFRAESTRUTURA, SERVIÇOS E INTERIORIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO AMAZONAS (FTI).**

**Ato de origem:** Lei nº 5.391, de 12 de fevereiro de 2021.

**Vigência:** A partir de 2021

**Status:** Vigente

A destinação de recurso do FTI para o setor Saúde foi garantida pela Lei nº 5.391, de 12 de fevereiro de 2021, aprovada pela Assembleia Legislativa do Estado-ALEAM, a lei permitiu que sendo obrigatório 15% da dotação inicial dos recursos do fundo fossem destinados para área da Saúde, o recurso permitiu aos municípios a realização de manutenção e melhorias nas unidades hospitalar, aquisição de equipamentos para manutenção da vida, bem como na ampliação de serviços na atenção básica e aquisição de medicamentos.

O total programado para 2021 para custeio e para investimentos do FTI para 61 municípios do Estado do Amazonas, que serão utilizados pelas prefeituras para custeio das unidades, aquisição de medicamentos e produtos para a saúde e ainda para investimentos em obras e equipamentos.

### **Modalidade de Repasse e Total de Recursos**

Como forma de Repasse a Secretaria de Saúde repassará os valores definidos para 2020 previstos na respectiva LOA estadual, para cada um dos 61 Municípios por transferência fundo à fundo, em parcelas a serem liberadas pelo Governo do Estado através da Secretaria de Fazenda - SEFAZ.



### **Critério de Distribuição dos Recursos**

A Lei estabelece em seu 43-A § 2º que fica assegurada a destinação de até 15% (quarenta por cento) da dotação inicial dos recursos do FTI para a área da saúde. A prestação de contas de aplicação dos recursos deverá ser demonstrada através dos relatórios anuais de gestão dos municípios.





**ANEXO 4: Vinculação das Propostas da 8ª. Conferência Estadual de Saúde do Amazonas  
com as Diretrizes, Objetivos e Ações do PES 2020-2023 por área temática**

VINCULAÇÃO DAS PROPOSTAS DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE POR ÁREA TEMÁTICA	
ÁREA TEMÁTICA	Vigilância em Saúde
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÊRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>CORRELAÇÃO NO PES 2020-2023</b>
	<b>Diretrizes /Objetivos</b>
	<b>D1:</b> Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde <b>O1.1:</b> Contribuir para redução das taxas de morbimortalidade das principais causas de óbitos, doenças e agravos, mediante ações integradas da Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e ações intersetoriais e interinstitucionais <b>O1.3:</b> Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde com o aprimoramento das Redes de Atenção e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, bem como considerando o atendimento às necessidades de saúde
	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>
Premiar os municípios que alcançarem as metas pactuadas e reduzirem o nível de agravos.	O1.3 A1 - Integração das ações da Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde
Efetivar parceria entre Fundação de Vigilância em Saúde, com as Secretarias Municipais e Estadual do meio ambiente, as instituições de ensino e pesquisa de nível superior, para o fortalecimento de ações de saúde, visando o combate dos acidentes por animais peçonhentos e os demais vetores silvestres.	O1.1 A3 - Operacionalização das Ações de Vigilância Ambiental em Saúde
Aquisição de carros e lanchas para os municípios do estado Amazonas para o fortalecimento das ações da vigilância sanitária.	O1.1 A4 - Operacionalização das Ações de Vigilância Sanitária
Solicitar apoio da SUSAM para implantação de sala de vacina em UBS para os distritos da zona rural, iniciando um Projeto Piloto pelo distrito de Cametá do Ramos no Município de Barreirinha.	O1.1 A1 - Operacionalização das Ações de Vigilância Epidemiológica
Saúde na saúde: ampliação do cuidado com a saúde dos trabalhadores do SUS.	O1.1 A5 - Operacionalização das Ações de Vigilância de Saúde do Trabalhador
Criar o Centro de Saúde de Trabalhador para o tratamento de doenças ocupacionais nos municípios a partir de 50.000 (cinquenta mil) habitantes.	Proposta a ser avaliada
Solicitar Conferência Estadual de gerenciamento de Recursos Hídricos e destinação adequada de Resíduos Sólidos e Esgotamento Sanitário	
Implantar núcleos do LACEN nos municípios Polos do Interior do Amazonas visando garantir a execução de exames especializados (teste do pezinho, exames citopatológicos, sorologias em geral etc...). Respeitando o princípio da descentralização dos serviços e efetivação do direito a integralidade do atendimento, facilitando assim o acesso tanto dos usuários quanto dos profissionais aos resultados de forma mais rápida e em tempo hábil buscando iniciar o mais precoce possível o tratamento quando for necessário.	



**VINCULAÇÃO DAS PROPOSTAS DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE POR ÁREA TEMÁTICA**

ÁREA TEMÁTICA	Atenção Especializada / Regionalização da Saúde	
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÊRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>CORRELAÇÃO NO PES 2020-2023</b>	
	<b>Diretrizes /Objetivos</b>	
	<p><b>D1:</b> Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde</p> <p><b>O1.2:</b> Fortalecer os serviços de Média Complexidade nas Regiões de Saúde e Estruturar os serviços de Alta Complexidade nas Macrorregiões</p> <p><b>D3:</b> Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada</p> <p><b>O3.3:</b> Aprimorar o Planejamento Regional Integrado (PRI), visando fortalecer a relação interfederativa e a gestão compartilhada nas regiões de saúde</p>	
<p>Garantir recursos financeiros para fortalecer a rede de atendimento à saúde da população dos municípios com diversas especialidades. Que se faça cumprir o Decreto nº 7.508 para o fortalecimento do atendimento da atenção à saúde básica, de média e alta complexidade da população da Região do Triângulo.</p>	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>	
<p>Implementar e fortalecer com recursos da esfera estadual o apoio ao diagnóstico e tratamentos, no Pólo de Saúde do Baixo Amazonas, cujo o município sede é Parintins, estabelecendo parcerias com as Universidades Públicas UEA e UFAM, a interiorização das residências médicas prioritárias: cirurgião, anestesiológico, ortopedista, neurologista, ginecologista, obstetra, pediatra, cardiologista, urilógico, nefrologista, endocrinologista, otorrinolaringologista, mastologista, oftalmologista, psiquiatra, dermatologista e cirurgião bucomaxilo.</p>	<p>O1.2 A1 - Apoio ao Fortalecimento e Estruturação dos Municípios</p>	
<p>O Estado deve transferir o recurso financeiro ao município, para que este operacionalize e garanta a cobertura em exames, diagnóstico e tratamento em tempo hábil.</p>		
<p>Descentralizar e estruturar serviços de Média e Alta Complexidade da capital do Estado para as sedes polos das regiões de saúde, com transferência de recursos fundo a fundo para que os municípios polos possam adquirir poder de resolução e atender demanda de outros municípios.</p>		
<p>Implantar efetivamente os Pólos Regionais de Saúde nos municípios do interior do Amazonas, de modo a facilitar o acesso às especialidades médicas e diagnósticas.</p>		
<p>Elaborar um programa que garanta especialidades médicas trimestralmente nas regionais de saúde.</p>	<p>O1.2.A2 - Operacionalização do Programa Amazonas Presente</p>	
<p>Garantir mutirão cirúrgico de média e alta complexidade nos municípios do interior.</p>		



ÁREA TEMÁTICA	Atenção Especializada / Regionalização da Saúde
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÉRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>
Ampliar o número de UTI's aéreas para atendimento prioritário para região do Baixo Amazonas.	O1.2.A3 - Operacionalização do Serviço de Remoção de Urgência do Estado (UTI aérea)
Solicitar através desta conferência o financiamento para aquisição de UTI's aéreas para a Macro Região do Amazonas, com adequação de aeroporto que atenda exigências da INFRAERO.	
Viabilizar meio de transporte adequado para o resgate e/ou locomoção de pacientes de Urgência e Emergência das comunidades para a sede do município e dos Municípios para a capital do Estado quando necessários com garantia de leitos para os pacientes do interior, principalmente nos casos de neonatologias.	
Investir em Serviços Remoção de Urgência e Emergência Regionalizado com remoção aérea utilizando aviões anfíbios.	Proposta a ser avaliada
Convênio com forças armadas para a realização de ações na área ribeirinha, no mínimo quatro vezes ao ano.	O1.2.A5 - Implementação de Convênios e Parcerias com o Estado
Garantir pactuação Interestadual na região de saúde do Rio Madeira com Estado de Rondônia para atendimentos dos pacientes que necessitam de atendimentos especializados.	O3.3 A1 - Intensificação das Ações pertinentes ao Processo de Regionalização
Ampliar o sistema de telemedicina, teleconferência para que possa chegar as comunidades do interior do Amazonas auxiliando assim os profissionais de saúde, otimizando o atendimento especializado, garantindo internet de qualidade e que possibilite a comunicação bem como intercâmbio de informações.	O1.2.A8 - Implementação das Ações em Telessaúde



ÁREA TEMÁTICA	Atenção Primária à Saúde
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÊRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>CORRELAÇÃO NO PES 2020-2023</b>
	<b>Diretrizes /Objetivos</b>
	<b>D1:</b> Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde <b>O1.3:</b> Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde com o aprimoramento das Redes de Atenção e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, bem como considerando o atendimento às necessidades de saúde
	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>
Que os entes estaduais tenham a obrigatoriedade de executar o repasse do Co-financiamento da Atenção Básica.	O1.3 A7 - Definição do Modelo de Cofinanciamento Estadual para Atenção Primária aos Municípios
Garantir o cofinanciamento básico do Estado para aquisição de produtos para a saúde (PPS) e medicamentos na atenção básica em todo o Estado do Amazonas.	
Pactuar o co-financiamento da Atenção Básica/especialidade junto ao governo estadual e federal, para que haja o aumento do percentual de repasse.	Proposta a ser avaliada (depende de pactuações tripartite)
Implantar a nível estadual um programa que garanta a restauração do estado nutricional das crianças de baixa renda.	O1.3 A5 - Apoio Institucional, Monitoramento e Avaliação das Ações de Atenção Primária e Ações Estratégicas para os Municípios

<b>VINCULAÇÃO DAS PROPOSTAS DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE POR ÁREA TEMÁTICA</b>	
ÁREA TEMÁTICA	Atenção Especializada / Redes de Atenção à Saúde
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÊRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>CORRELAÇÃO NO PES 2020-2023</b>
	<b>Diretrizes /Objetivos</b>
	<b>D1:</b> Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde <b>O1.4:</b> Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas com ênfase na organização das Linhas de Cuidado e Redes Temáticas priorizadas: Linha de Cuidado Saúde da Mulher e da Criança (a), Rede de Urgência e Emergência (b), Rede de Atenção Psicossocial (c), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (d) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (e)  <b>O1.5 -</b> Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da atenção especializada em tempo adequado, com equidade no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando: Política de Atenção Especializada (a), integrando os Programas de TFD Interestadual (b), Atenção Domiciliar - Melhor em Casa (c), Ações de Humanização (d), Rede Complementar do SUS (e) e as Ações das Fundações de Saúde Assistenciais vinculadas a Susam (f)
	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>
Ampliar os serviços de atenção diferenciada para pacientes com doenças crônicas.	O1.4 A5 - Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas



ÁREA TEMÁTICA	Atenção Especializada / Redes de Atenção à Saúde
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÉRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>
Laboratório para análise de exames no município para agilizar os resultados e diagnóstico precocemente, inclusive exames de PCCU.	Proposta a ser avaliada
Descentralizar o recurso especificado para exame PCCU para esfera municipal, garantindo o direito à prevenção de agravos relacionados à saúde da mulher.	
Descentralização dos exames citopatológico de colo do útero de mulheres em idade fértil, mediante o repasse de recursos financeiros do Estado para os municípios para o custeio dos mesmos, para entrega do resultado em tempo hábil.	
Viabilizar atendimento no Instituto da Mulher deixando uma cota para pacientes dos municípios do interior do estado do Amazonas, de acordo com classificação de risco.	O1.4 A1 - Operacionalização da Linha de Cuidado à Saúde da Mulher e da Criança
Criação do SAVIS – (Sistema de Atendimento a Violência Doméstica) nos Municípios da Região Metropolitana do Amazonas.	
Ampliar e fortalecer a rede de Urgência e Emergência (Material, equipe, transporte sanitário adequado).	O1.4 A2 - Operacionalização da Rede de Urgência e Emergência
Desburocratizar o processo de implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para haver uma continuidade no atendimento das pessoas com transtornos mentais.	O1.4 A3 - Operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial
Ampliar e garantir as cotas de consultas em especialidades médicas com o objetivo de diminuir tempo de espera em Tratamento Fora de Domicílio e/ou diagnóstico precoces.	O1.5 A5 - Operacionalização do Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) Interestadual
Pactuar com a secretaria de estados o financiamento de programas de fornecimentos de equipamentos para média complexidade, dietas e insumos para atendimentos domiciliar na assistência de alta e média complexidade para pacientes que receberam alta hospitalar e demandam internação Domiciliar.	O1.5 A6 - Operacionalização do Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa



ÁREA TEMÁTICA	Assistência Farmacêutica
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÊRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>CORRELAÇÃO NO PES 2020-2023</b>
	<b>Diretrizes /Objetivos</b>
	<b>D1:</b> Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde  <b>O1.6:</b> Ampliar o acesso da população à Assistência Farmacêutica, promover o uso racional de medicamentos e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS
	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>
Criar alternativas para desburocratizar a entrega de medicamentos controlados (HIV, Hepatites, etc.), tendo em vista que os pacientes têm que se deslocarem até a capital para retirada de medicamentos.	O1.6 A4 - Distribuição aos municípios dos Medicamentos e Insumos dos Componentes Básico e Estratégico da Assistência Farmacêutica
Buscar parcerias com as universidades para implantar farmácias alternativas, levando em consideração a biodiversidade amazônica.	Proposta a ser avaliada
Recurso para aquisição de medicamentos de uso controlado que atendam proporcionalmente a demanda dos municípios do interior do estado do Amazonas.	O1.6 A4 - Distribuição aos municípios dos Medicamentos e Insumos dos Componentes Básico e Estratégico da Assistência Farmacêutica O1.6 A3 - Operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)
Assegurar o repasse mensal e regular dos recursos financeiros da assistência farmacêutica para os municípios do estado do Amazonas.	O1.6 A6 - Transferência de recursos financeiros do Componente Básico da Assistência Farmacêutica aos Municípios
Garantir o repasse do Cofinanciamento Estadual da Assistência farmacêutica.	
Reajuste do piso de medicamentos da Atenção Básica por parte do Estado.	Proposta a ser avaliada (depende de pactuações tripartite)
Garantir suprimento de fundo para aquisição de insumos, exames e medicamentos de média e alta complexidade não oferecidos na rede pública, assegurando recursos financeiros para aquisição de maneira descentralizada e regionalizada dos medicamentos fora da lista da relação nacional de medicamentos essenciais – Rename e medicina tradicional.	





ÁREA TEMÁTICA	<b>Investimento em Saúde:</b> Realização de Obras (construção, ampliação, reformas) e aquisição de equipamentos	
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÊRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>CORRELAÇÃO NO PES 2020-2023</b>	
	<b>Diretrizes /Objetivos</b>	
	<p><b>D2:</b> Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a equidade de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico</p> <p><b>O2.2:</b> Dotar de infraestrutura a rede de serviços de saúde, com a identificação e a priorização de investimentos necessários para conformação das redes de atenção a saúde, considerando os planos regionais, macrorregionais e as necessidades dos usuários para melhorar as condições de atendimento no SUS, reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde para garantir a integralidade da atenção e proporcionar condições adequadas para as estruturas de gestão</p>	
<b>Ações Correlacionadas no PES</b>		
Criação de uma maternidade ou casa de parto para atender as parturientes do município fortalecendo a rede cegonha municipal.	Proposta a ser avaliada	
Criação de uma policlínica ou clinica fluvial que disponibilize exames de média e alta complexidade, tais como: Radiografia, Mamografia, Ressonância, com convênio com um centro de diagnóstico de imagens.		
Criação de um laboratório central em análises clínicas e análise de exames Histopatológicos (preventivos) para suporte assistencial as unidades básicas de saúde.		
Construção de maternidade na sede do município, com especialidades em áreas afins, enfermeiras e parteiras com partos humanizados.		
Construção do hospital, com abertura de leitos, garantindo leito de referência para saúde mental. Com setor de imagem especializado, ambulância para hospital de suporte avançado. Garantir recursos humanos especializados e peritos.		
Construção de uma maternidade conjugada ao SPA para atender a demanda dos municípios e adjacências na comunidade São Francisco, localizada no km 13 da BR 319.		
Construir, com financiamento do Estado, casa de apoio e garantir transporte para os usuários da Regional do Baixo Amazonas (Parintins, Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Nhamundá e Maués), para atender pacientes em Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no Município polo e na capital.		
Garantir recursos para reestruturar o SOS fluvial (Ambulanchas), para os municípios em situações de Várzea.		



ÁREA TEMÁTICA	Investimento em Saúde: Realização de Obras (construção, ampliação, reformas) e aquisição de equipamentos
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÉRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>
<p>Criação de um Núcleo do HEMOAM para atendimento das necessidades da população do Alto Solimões no que se refere a sangue e hemoderivados no Pólo de Tabatinga com contrapartida e parceria da Secretaria Estadual de Saúde, HEMOAM e Prefeitura Municipal de Tabatinga.</p> <p>Criar financiamento específico para construção de laboratórios públicos de saúde e hemocentros, com garantia do financiamento do custeio.</p> <p>Ampliar a oferta das diversas especialidades na Rede de Atenção à Saúde para o atendimento da população em geral, bem como equipar as unidades de saúde com insumos e equipamentos.</p> <p>Disponibilização de recursos financeiros para os municípios do estado do Amazonas para aquisição de equipamentos para ações rotineiras e de controle a malária (Bombas Guarani e Maquinas Fog, lanchas, carros e motos).</p>	O2.2 A1 - Desenvolvimento da Programação de Investimento em Saúde (obras e equipamentos), considerando os objetivos estratégicos, prioridades da gestão e implantação das redes

ÁREA TEMÁTICA	Financiamento da Saúde
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÉRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>CORRELAÇÃO NO PES 2020-2023</b>
	<b>Diretrizes /Objetivos</b>
	<p><b>D2:</b> Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a equidade de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico</p> <p><b>O2.3:</b> Aperfeiçoar os mecanismos de captação e execução dos recursos destinados a implementação das RAS</p>
	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>
<p>Aumento a participação dos recursos municipais para 20% da arrecadação.</p> <p>Criar alíquota adicional de 1% de ICMS dos contribuintes sobre energia elétrica, bebidas, cigarros e supérfluos com divisão de 20 % para o estado e 80 % para os municípios com distribuição levando em conta o IDH.</p> <p>Garantir que o Estado realize o repasse financeiro de no mínimo 12% da arrecadação aos municípios do interior respeitando o direito adquirido na Constituição de 1988, na Lei 8.080/90 e na Lei 8.142/90, colocando uma porcentagem investida na capital e o restante nos 61 municípios do interior respeitando as equidades regionais.</p>	Proposta a ser avaliada por entidade responsável, pois encontra-se fora das atribuições e governabilidade da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas



ÁREA TEMÁTICA	Gestão da Saúde: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	
<p align="center"><b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÊRENCIA DE SAÚDE</b></p>	<b>CORRELAÇÃO NO PES 2020-2023</b>	
	<b>Diretrizes /Objetivos</b>	
	<p><b>D3:</b> Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada</p> <p><b>O3.1:</b> Promover a institucionalização das Políticas Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, com ênfase nos processos de avaliação e educação no SUS</p>	
		<b>Ações Correlacionadas no PES</b>
<p>Garantir a contratação de recursos humanos através de concurso público para atender a demanda de saúde populacional, tanto na atenção primária como na secundária.</p>	<p>O3.1 A1 - Implementação das ações de Gestão do Trabalho</p>	
<p>Garantir concurso público imediato para atender a necessidade de recursos humanos para a rede do SUS, evitando com isso a precarização e terceirização do sistema público de saúde.</p>		
<p>Viabilizar Educação Permanente aos profissionais de saúde por plataforma EAD.</p>	<p>O3.1 A4 - Realização de atividades de educação permanente, formação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico em Saúde</p> <p>O3.1 A3 - Elaboração e aprovação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde</p>	
<p>Solicitar capacitação em gestão pública para gestores.</p>		
<p>Elaborar um Calendário Permanente para realização de Seminários, Fóruns, Encontros e Oficinas relacionadas ao SUS.</p>		
<p>Valorização dos trabalhadores com apoio para participação em eventos Estaduais e Nacionais, bem como acesso aos cursos de especialização, mestrados e doutorados com bolsa.</p>	<p>Proposta a ser avaliada por entidade responsável, pois não é atribuição da SUSAM</p>	
<p>Estabelecer lei que determine um ano de serviço prestado com remuneração após conclusão do curso de medicina nos municípios do interior do Estado do Amazonas.</p>		
<p>Criar uma disciplina na grade curricular no nível médio de ensino sobre políticas públicas na área de saúde.</p>		



ÁREA TEMÁTICA	Gestão da Saúde: Gestão Estratégica/Regulação do Acesso	
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÊRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>CORRELAÇÃO NO PES 2020-2023</b>	
	<b>Diretrizes /Objetivos</b>	
	<p><b>D3:</b> Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada</p> <p><b>O3.2:</b> Aperfeiçoar os processos de trabalho nas áreas de planejamento, financiamento, monitoramento, controle e avaliação, regulação, auditoria, contratualização e tecnologia da informação e comunicação em saúde</p>	
<p>Reavaliar o sistema de regulação de leitos para garantir o acesso de urgência e emergência em tempo hábil para os pacientes dos municípios do interior do estado do Amazonas.</p> <p>Ampliar o acesso do usuário do SUS ao sistema regulatório de média e alta complexidade por meio da contratação ou realização de convênio nos estados e municípios, com a rede privada ou filantrópica, e conseqüente aumento no número de exames e consultas oferecidos, pela expansão do orçamento e aporte de recursos financeiros do Ministério da Saúde, com respeito ao cumprimento da PEC 29.</p> <p>Ampliar e melhorar o Sistema de Regulação (SISREG), com uma oferta maior e diversificada de especialistas, implantando o sistema de cotas para os municípios do interior do Estado do Amazonas para diminuir o tempo de espera dos atendimentos.</p> <p>Voltar a cota de consultas SISREG para a Região do Juruá e Alto Solimões.</p> <p>Criar protocolo junto ao SISREG de classificação de pacientes com suspeitas de neoplasias.</p> <p>Garantir uma ferramenta de comunicação intersetorial visando a integração entre redes, a fim de promover serviços de referência e contra referência para garantir o direito à saúde.</p>	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>  <p>O3.2 A4 - Fortalecimento das ações de Regulação, Controle e Avaliação no âmbito do SUS</p>	



ÁREA TEMÁTICA	<b>Gestão da Saúde: Gestão Estratégica/Planejamento e Regionalização da Saúde</b>	
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÊRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>CORRELAÇÃO NO PES 2020-2023</b>	
	<b>Diretrizes /Objetivos</b>	
	<b>D3:</b> Garantir a implementação da regionalização da saúde no Estado do Amazonas, considerando as características diferenciadas do estado, apoiando técnica, política e financeiramente as propostas para a organização e gestão da Rede de Atenção à saúde regionalizada <b>O3.3:</b> Aprimorar o Planejamento Regional Integrado (PRI), visando fortalecer a relação interfederativa e a gestão compartilhada nas regiões de saúde	
	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>	
Discutir amplamente a implementação do processo de regionalização do Estado do Amazonas.		
Discutir a atual regionalização (proposta), criação da Regional Médio Solimões, onde Coari se torne pólo de saúde.	O3.3 A1 - Intensificação das Ações pertinentes ao Processo de Regionalização	
Revisão e ajuste geral da PPI para os municípios plenos e não plenos.	O3.3 A3 - Atualização e Monitoramento da PPI	
Fortalecimento da CIR (Comissão Intergestora Regional), promovendo por exemplo a criação de um CAPS Regional.	O3.3 A4 - Fortalecimento da Comissão Intergestores Bipartite e Comissões Intergestores Regionais	

ÁREA TEMÁTICA	<b>Gestão da Saúde: Controle Social</b>	
<b>PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÊRENCIA DE SAÚDE</b>	<b>CORRELAÇÃO NO PES 2020-2023</b>	
	<b>Diretrizes /Objetivos</b>	
	<b>D4:</b> Fortalecer e qualificar a participação do controle social garantindo a transparência, a moralidade na gestão pública e o estabelecimento de ações intersetoriais que cumpram os direitos constitucionais <b>O4.1:</b> Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã	
	<b>Ações Correlacionadas no PES</b>	
Capacitação Permanente de Conselheiros e Multiplicadores do Compromisso de Controle Social.	O4.1 A1 - Fortalecimento do Controle Social e Participação Popular	
Manter a efetividade dos Conselhos de Saúde não permitindo que haja retirada dos poderes deliberativos conforme a Lei 8.142/90.		

**Fonte:** Relatório da 8ª. Conferência Estadual de Saúde do Amazona/CES/AM

**Nota:** Selecionadas as propostas referentes à esfera estadual

