

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS 2014-2017



REDE SAÚDE **MANAUARA**

MAIS ATENÇÃO. MAIS SAÚDE. MAIS PERTO DE VOCÊ

Prefeitura de Manaus

Prefeito

Arthur Virgilio do Carmo Ribeiro Neto

Vice Prefeito

Hissa Nagib Abrahão Filho

Secretaria Municipal de Saúde

Secretário Municipal de Saúde

Antônio Evandro Melo de Oliveira

Subsecretária de Gestão Administrativa e Planejamento

Ada Frota Oliveira de Carvalho

Subsecretária de Gestão da Saúde

Lubélia Sá Freire da Silva

Conselho Municipal de Saúde

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente

Antônio Evandro Melo de Oliveira

Vice-Presidente

Gilson Aguiar da Silva

1º Secretário

João Bosco de Lima

2º Secretário

Cecília Leite Motta de Oliveira

Coordenação

Departamento de Planejamento
Aline Nery de Albuquerque – Diretora

Elaboração

Departamento de Administração e Infraestrutura - DAI
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação - DTRAB
Departamento de Atenção Primária - DAP
Departamento de Redes de Atenção - DRA
Departamento de Rede de Urgência e Emergência - DRUE
Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação - DICAR
Departamento de Gestão do Fundo Municipal de Saúde - DFMS
Departamento de Logística - DELOG
Departamento de Planejamento - DPLAN
Departamento de Tecnologia da Informação – DTI
Departamento de Comunicação - DECOM
Departamento de Vigilância Ambiental e Epidemiológica - DEVAE
Departamento de Vigilância Sanitária – DVISA
Auditoria Municipal do SUS - AUDESUS
Ouvidoria Municipal do SUS - OUVMSUS
Maternidade Dr. Moura Tapajoz - MMT
Distrito de Saúde Leste - DISAL
Distrito de Saúde Norte - DISAN
Distrito de Saúde Sul- DISAS
Distrito de Saúde Oeste - DISAO
Distrito de Saúde Rural - DISAR

Colaboração

Conselho Municipal de Saúde - CMS

Maria das Graças Soares Feitoza

Gilson Aguiar da Silva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	05
I. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS	05
1.1. Clima	06
1.2. Crescimento Populacional	06
1.3. Transição Demográfica	12
1.4. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH	14
1.5. Taxa de Fecundidade	14
1.6. Habitação	15
1.7. Alfabetização	16
1.8. Razão de Renda	17
1.9. Taxa de Desemprego	17
II. MAPA DA SAÚDE	18
2.1. Indicadores do COAP	20
2.2. Estratégia Saúde da Família	22
2.3. Atenção à Saúde da Criança	22
2.4. Atenção à Saúde do Adolescente	27
2.5. Atenção à Saúde da Mulher	31
2.6. Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	39
2.7. Atenção à Saúde do Idoso	42
2.8. Atenção às Urgências e Emergências	45
2.9. Atenção às Endemias	47
III. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	47
3.1 Caracterização da Morbidade Hospitalar	47
3.2 Perfil de Morbidade	56
3.2.1 Malária	57
3.2.2 Leishmaniose Tegumentar Americana	58
3.2.3 Dengue	59
3.2.4 Febre Hemorrágica do Dengue	60
3.2.5 Meningite	61
3.2.6 Violência doméstica, Sexual e/ou outras violências	62
3.2.7 Tuberculose	63
3.2.8 Hanseníase	65
3.2.9 Hepatite	66
3.2.10 Sífilis Congênita	66
3.2.11 HIV/AIDS	67
3.2.12 Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis	68
IV. PERCEÇÃO DOS PROBLEMAS DO ESTADO DE SAÚDE	69
III. PERCEÇÃO DOS PROBLEMAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	70
2. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	71
3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS	82
BIBLIOGRAFIA	107

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o documento que norteará a Política Municipal de Saúde no quadriênio 2014-2017, em consonância com o Plano Plurianual (PPA) instrumento de planejamento do governo municipal, e alinhado com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (2012-2015), propostas da VI Conferência Municipal de Saúde e Plano Estadual de Saúde do Amazonas (2012-2015).

A Secretaria Municipal de Saúde realizou em abril de 2013 a Oficina de Planejamento Estratégico tendo como resultado a elaboração do Mapa Estratégico e do Painel de Bordo como ferramentas de gestão que, também, nortearão o desenvolvimento das ações. O Planejamento Estratégico evidenciou os principais problemas de saúde da população de Manaus, destacando: a morbimortalidade materno infantil, a morbimortalidade por câncer de colo do útero e mama, a morbimortalidade por causas externas, a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes e a morbimortalidade por doenças endêmicas.

O PMS 2014-2017 apresenta como estratégia prioritária o reordenamento da rede de serviços de saúde, objetivando a implantação das redes de atenção à saúde, que se estruturam para enfrentar uma condição de saúde específica por meio de um ciclo completo de atendimento, o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção de saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição), neste contexto a **“REDE SAÚDE MANAUARA”**, é composta pelas: Rede Cegonha, Rede de Cuidados Crônicos, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção às Doenças Endêmicas, sendo a Atenção Primária à Saúde o centro de comunicação dessas redes.

Este plano está estruturado em três partes: a primeira parte compreende os aspectos demográficos e sócioeconômicos, o mapa da saúde e o perfil epidemiológico; a segunda parte estabelece dez diretrizes e suas metas; e a terceira parte contempla a operacionalização, monitoramento e avaliação do plano, contendo os indicadores da gestão municipal, visando um planejamento harmônico e factível.

O PMS 2014-2017 de Manaus é o resultado do exercício democrático da sociedade, dos trabalhadores e gestores na formulação da política pública municipal de saúde, devendo nortear as equipes de saúde na construção e implementação da Política Municipal de Saúde aqui apresentada.

Antônio Evandro Melo de Oliveira
Secretário Municipal de Saúde

I. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS

Manaus, capital do Estado do Amazonas, situada na região Norte do Brasil, sendo a maior cidade desta região, com uma área de 11.401,092km², equivalendo a 0,7258% do território do estado, com uma população de 1.982.179 habitantes (estimativa 2013), e densidade populacional de 165,93 pessoas por km²(IBGE-2013). A população de Manaus representa atualmente 51,24% da população do Amazonas, 11,32% da Região Norte e 0,91% do Brasil, sendo a 7ª mais populosa da federação.

Localizada à margem esquerda do Rio Negro, limita-se ao Norte com o município de Presidente Figueiredo, ao Sul com os municípios de Careiro da Várzea e Iranduba, a Oeste com Novo Airão e a Leste com os municípios de Itacoatiara e Rio Preto da Eva. A população da cidade está distribuída em sete zonas geográficas (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-sul, Centro-oeste e Rural), sendo entrecortada por inúmeros igarapés alguns dos quais nascem ou atravessam florestas, todos cruzando sua área urbana, os quais sofreram, durante anos, o lançamento de resíduos poluentes que atingiram vários bairros das diferentes zonas geográficas da cidade. Segundo o Centro de Pesquisa de Recursos Minerais (2004) as áreas críticas em Manaus estão situadas em vários pontos da cidade dentre os quais os igarapés do São Raimundo, Mindú, Bindá, Franceses, Bolívia, Matrinxã, Tarumanzinho, Quarenta, Educandos, Mestre Chico, Manaus, Bittencourt, Franco e outros, cujas áreas estão inseridas no Programa Socioambiental dos Igarapés de Manaus – PROSAMIM, que vem promovendo o saneamento ambiental e social destas áreas.

Figura 1. Localização Geográfica do Município de Manaus



Em 2007 foi criada a Região Metropolitana de Manaus através da Lei Complementar nº 52 de 30 de maio e modificada pela Lei Complementar nº 59 de 27 de dezembro do mesmo ano, passando a ser composta por oito municípios: Careiro da Várzea, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Manaus, Novo Airão, Presidente Figueiredo e Rio Peto da Eva, representando 13% dos municípios do Estado, concentrando 59,5% da população e 85,3% das riquezas geradas no Estado.

1.1 CLIMA

O clima é equatorial úmido, com temperatura média anual de 26,5°C, variando entre 23,3°C e 31,4°C. A umidade relativa do ar oscila na casa de 80% e a média de precipitação anual é de 2.286 mm. A região possui duas estações distintas: a Chuvosa (inverno), de dezembro a maio, período em que a temperatura mostra-se mais amena, com chuvas frequentes; e a Seca (verão ou menos chuvosa), de junho a novembro, época de sol intenso e temperatura elevada, em torno de 38°C, chegando a atingir quase 40°C, no mês de setembro. Costumam ocorrer, durante todo o ano, fortes pancadas de chuva de pouca duração.

1.2 CRESCIMENTO POPULACIONAL

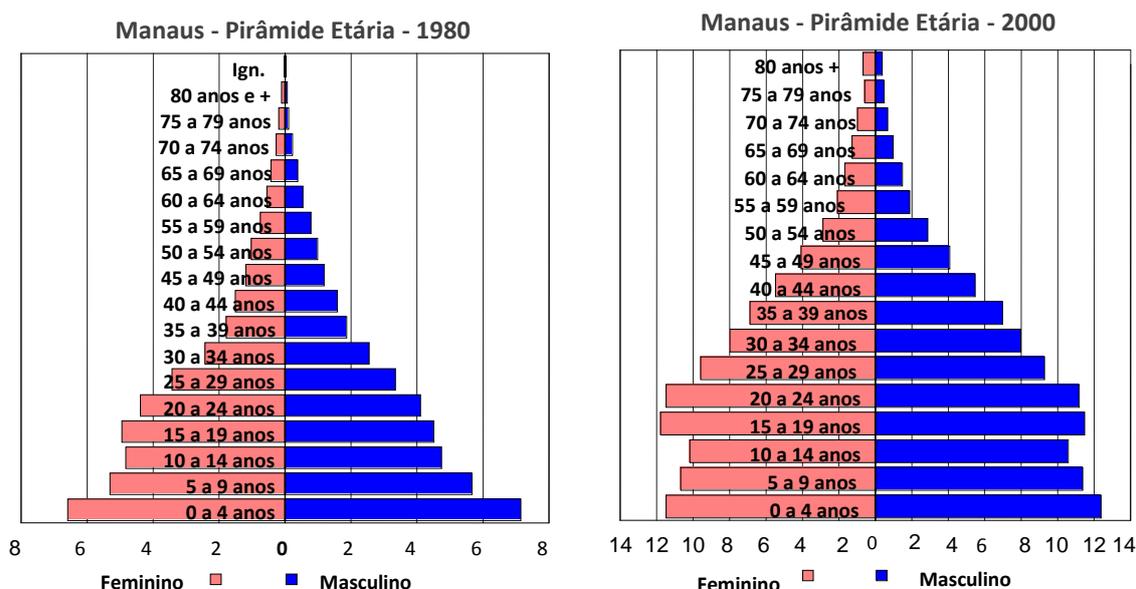
De acordo com o censo 2010, o crescimento da população brasileira no período foi de 12,3%, inferior ao observado na década anterior (15,6% entre 1991 e 2000). Mostra também que a população é mais urbanizada que há 10 anos: em 2000, 81% dos brasileiros viviam em áreas urbanas, agora são 84%. Na região Norte aumentou de 7,6% para 8,3% seu percentual populacional. No Amazonas o crescimento populacional foi de 23,76%. Manaus é a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia. A população saltou de 1.405.835 habitantes, em 2000, para 1.802.014 habitantes, em 2010, apresentando um crescimento de 22%. Foi à cidade que mais cresceu, de acordo com o Censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sendo também a 7ª mais populosa do Brasil e a 131ª mais populosa do mundo. A cidade aumentou gradativamente a sua participação no (PIB) brasileiro nos últimos anos, passando a responder por 1,4% da economia do país.

No período de 1980 a 2000, o incremento populacional de Manaus foi de 220% (Censo do IBGE, 2000), ou seja, 20 anos depois o número de habitantes na cidade de Manaus duplicou. O incremento médio anual de 1991 – 2000 foi de 3,76%, de 2000 – 2003 de 2,80%, de 2003 – 2006 de 1,08%, e de 2006 – 2010 de 1%. Os dados oficiais indicam, ainda, que Manaus foi a cidade que mais cresceu entre as treze cidades brasileiras com mais de um milhão de habitantes, com uma taxa de crescimento populacional de mais de 39%.

A distribuição da população por faixa etária e sexo nos anos de 1980 e 2000 está demonstrada nas pirâmides populacionais no Gráfico 1. Observando-se que no ano de 1980 a base larga com diminuição das barras seguintes até o ápice bem afilado representa um alto coeficiente de natalidade e alta mortalidade, principalmente a infantil, restando poucos indivíduos nas faixas etárias mais velhas. A proporção de menores de 20 anos é elevada mostrando uma população extremamente jovem. Vinte anos depois, a composição da população em Manaus permanece com formas semelhantes, há, entretanto um crescimento nas faixas etárias de 15 a 24 anos podendo ser representada por imigração.

Desde 1980 a proporção de mulheres é maior que a de homens, no Brasil era 96,9 para cada 100 mulheres, a razão de dependência (população menor de 15 anos) foi de 68,60% para 57,39%, enquanto a taxa de envelhecimento evoluiu de 2,61% para 3,11%. O número de mulheres em idade fértil (10-49 anos) em 2009 é de 619.247, e a proporção é de 69,1%. Nasceram mais homens que mulheres, mas a mortalidade entre os homens, mesmo a natural, é maior que entre as mulheres. A diferença da expectativa de vida ultrapassa seis anos.

Gráfico 1. Pirâmides Etárias – 1980 e 2000. Manaus-AM.



Fonte: IBGE

A evolução populacional de 1980 a 2013 está demonstrada na tabela abaixo, observando-se um incremento na ocupação do solo. Em 1980 a densidade demográfica era de 55,28 habitantes por km², em 2010 de acordo com o censo foi de 158,06 habitantes por km² e em 2013 a estimativa é de 165,93 habitantes por km².

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Tabela 1 - Evolução da população de Manaus no período de 1980 a 2013, estratificada por sexo, com densidade demográfica.

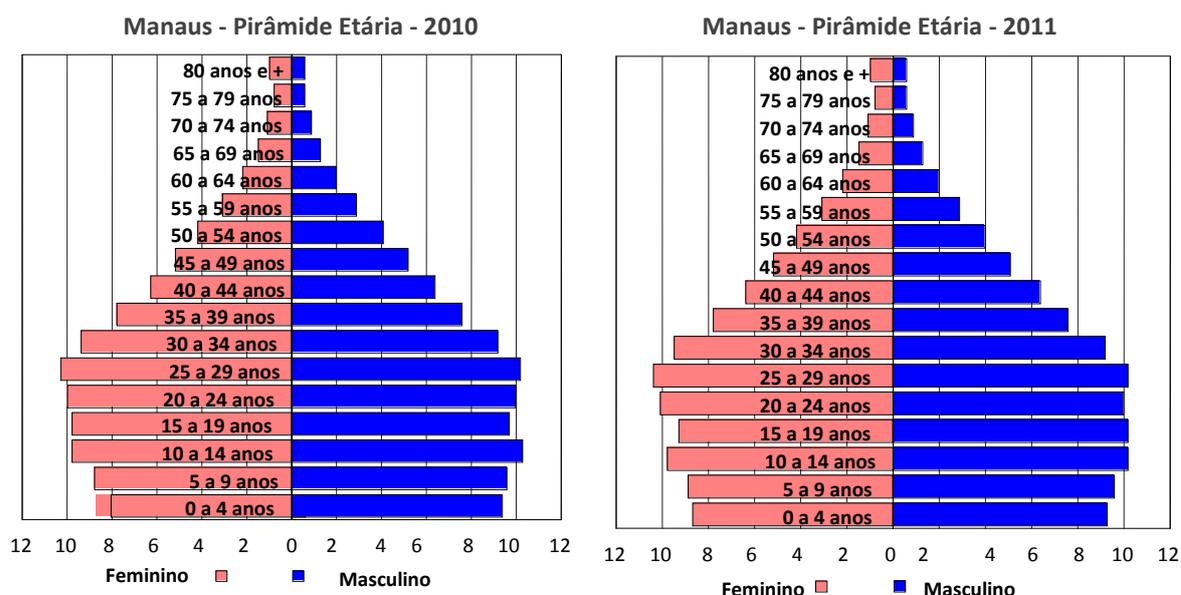
Ano	População Total (hab.)	Sexo		Densidade demográfica (hab./km ²)
		Homem	Mulher	
1980	633.383	309.210	324.173	55,28
1991	1.011.501	493.891	517.610	88,27
1996	1.157.357	561.926	595.431	101,00
2000	1.405.835	685.444	720.391	122,69
2006	1.688.524	823.273	865.251	148,10
2009	1.738.641	842.428	896.213	154,29
2010	1.802.525	879.742	922.272	158,06
2011	1.832.424	894.587	937.837	160,73
2012	1.861.838	908.948	952.890	163,31
2013	1.982.179	967.698	1.014.481	165,93

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

O Censo 2010 contabilizou 97.348.809 mulheres e 93.406.990 homens no País, a população feminina brasileira ultrapassou em 3,9 milhões a masculina. A região Norte é a única que apresenta em sua composição populacional o número de homens superior ao de mulheres em alguns municípios. Também continua nascendo mais homens que mulheres, mas a mortalidade entre os homens é maior, um dos fatores que contribui para essa distância é a violência nos grandes centros urbanos brasileiros.

Manaus não é diferente dos grandes centros urbanos brasileiro, o percentual de população feminina é de 51,18% sendo a masculina 48,82%. Como se observa nas pirâmides etárias de 2010 e 2011, se apresenta de maneira diversa que a dos últimos anos, conforme demonstrado nos Gráfico 2, apontando uma base mais estreitada em função da diminuição dos índices de fecundidade e um alargamento no topo devido o aumento da longevidade.

Gráfico 2. Pirâmides Etárias – 2010 e 2011. Manaus-AM



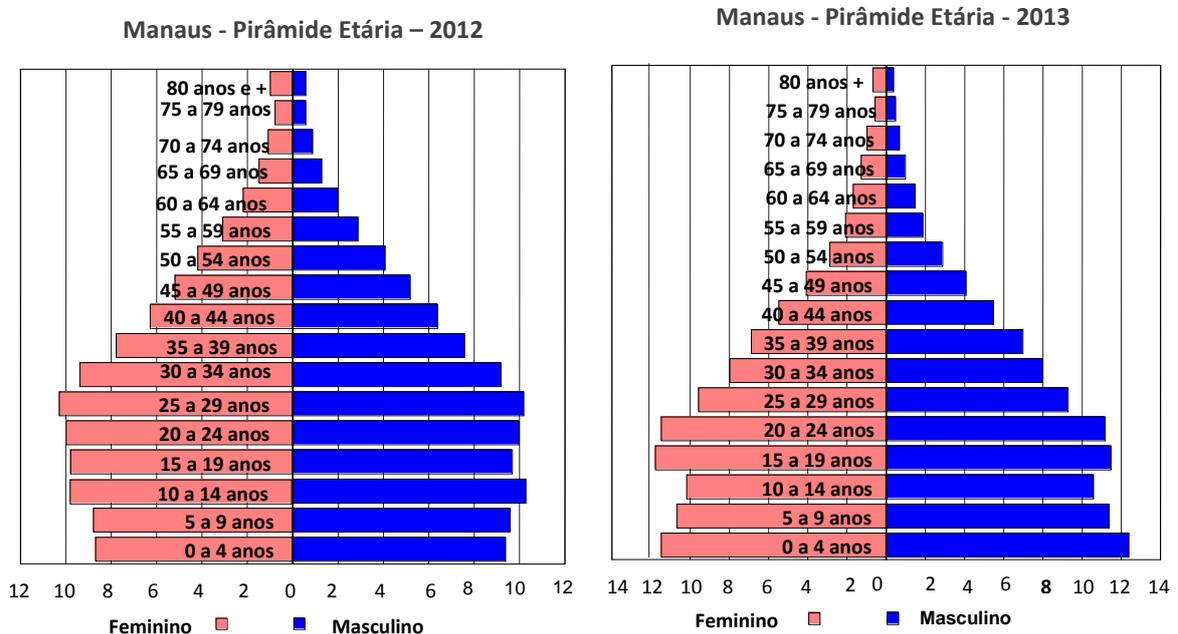
Fonte: IBGE

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

As pirâmides etárias de 2012 e 2013 (Gráfico 3) demonstram mudanças significativas na dinâmica da fecundidade, visto que, este parâmetro está associado a estruturas etárias de 20 a 39 anos com redução no quantitativo de filhos. O declínio no quantitativo de filhos por mulher vem mantendo o ritmo no decorrer dos anos. A evolução na educação aumentou a faixa etária produtiva e, por conseguinte a melhorou a qualidade de vida.

Dados da saúde no país mostram redução significativa no perfil de mortalidade, principalmente a infantil. Contudo as doenças transmissíveis ainda são importantes problemas de saúde pública pelo impacto expressivo sobre a morbidade, em especial aquelas para as quais não estão disponíveis mecanismos eficazes de prevenção e/ou que apresentam uma estreita associação com causas ambientais.

Gráfico 3. Pirâmide Etária – 2012 e 2013. Manaus-AM.



A população estimada de Manaus em 2013 de acordo com a estimativa do IBGE é de 1.982.179 hab. (tabela 2), a capital do Amazonas permanece como a 7ª entre as mais habitadas do Brasil. O dado, referente à 1º de julho de 2013, publicado no Diário Oficial da União, mostra que a população de Manaus cresceu 120.341 em 2013, e que o aumento foi de 6,5%.

Tabela 2 -População Residente por Faixa Etária e Sexo, Manaus, 2013.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1a	18.737	18.452	37.189
1 a 4a	72.064	69.515	141.579
5 a 9a	93.082	89.417	182.499
10 a 14a	99.641	98.938	198.579
15 a 19a	94.003	99.060	193.063
20 a 24a	96.854	101.894	198.748
25 a 29a	98.989	104.688	203.676
30 a 34a	89.193	95.489	184.682

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

30 a 39ª	73.752	78.862	152.613
40 a 44a	62.287	64.110	126.397
45 a 49a	49.839	52.450	102.289
50 a 54a	39.382	42.836	82.218
55 a 59a	28.311	31.448	59.759
60 a 64a	19.285	22.572	41.857
65 a 69a	12.632	15.573	28.205
70 a 74a	8.760	11.532	20.292
75 a 79a	5.383	7.979	13.362
80 e + a	5.506	9.664	15.170
Total	967.698	1.014.481	1.982.179

Fonte: IBGE, Censos e estimativas.

Há que se perceber a desproporcional distribuição populacional nas áreas urbana e rural do município de Manaus (tabela3), o que indica a necessidade de um desenho territorial adequado do sistema de saúde, de forma a ofertar serviços não somente na área urbana, mas também em sua vasta área rural. A população rural representa 0,51% do total, ou seja, são 13.035 habitantes distribuídos em uma área de 8,64 km², enquanto que a população da área urbana 1.969.144 habitantes (99,49%) distribuiu-se em 1,17 km². Fator importante é o forte atrativo que Manaus exerce sobre as populações dos municípios vizinhos e mesmo de alguns estados das regiões norte e nordeste, o que influencia fortemente o aumento do contingente populacional a ocupar as áreas mais periféricas formando comunidades (invasões) sem qualquer infraestrutura básica de serviços.

Tabela 3 - População Residente por Zona, Sexo e Densidade Demográfica, Manaus, 2013.

ZONA	Masculino	Feminino	Total	Densidade demográfica (hab./km ²)
URBANA	960.158	1.008.986	1.969.144	8,64
RURAL	5.492	4.554	13.035	1,17
TOTAL	965.650	1.013.540	1.982.179	-

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

A população Urbana de Manaus se distribui quase que equitativamente em 04 (quatro) Distritos de Saúde, (Tabelas – 4, 5, 6, 7 e 8). Os Distritos Sul e Oeste estão compostos por bairros de mais de uma zona geográfica. O Distrito de Saúde Rural possui população de 13.035 habitantes, distribuída em inúmeras comunidades dispersas nas áreas terrestre e fluvial.

Tabela 4 - População por Distrito de Saúde. Manaus, 2013.

Distrito de Saúde	Homem	Mulher	Total
NORTE	271.006	280.144	551.150
SUL	229.929	253.227	483.156
LESTE	245.543	247.189	492.732
OESTE	213.680	228.426	442.106
RURAL	5.492	4.554	13.035
TOTAL	965.650	1.013.540	1.982.179

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

Tabela 5 - População por bairro, Distrito de Saúde Norte. Manaus, 2013.

Nº	BAIRRO	POP 2013
1	Cidade de Deus	77.155
2	Cidade Nova	133.246
3	Colônia Santo Antônio	19.401
4	Colônia Terra Nova	49.583
5	Lago Azul	8.395
6	Monte das Oliveiras	44.177
7	Nova Cidade	65.532
8	Novo Aleixo	106.270
9	Novo Israel	18.505
10	Santa Etelvina	28.885
	Total	551.149

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

Tabela 6 - População por bairro, Distrito de Saúde Sul, Manaus, 2013.

Nº	BAIRRO	POP 2013
1	Adrianópolis	9.732
2	Aleixo	22.720
3	Betânia	12.040
4	Cachoeirinha	18.642
5	Centro	36.501
6	Colônia Oliveira Machado	9.356
7	Chapada	12.300
8	Crespo	16.996
9	Distrito Industrial I	2.979
10	Educandos	17.442
11	Flores	52.907
12	Japiim	58.706
13	Morro da Liberdade	13.100
14	Nossa Senhora Aparecida	7.695
15	Nossa Senhora das Graças	16.627
16	Parque 10 de Novembro	45.381
17	Petrópolis	45.330
18	Praça 14 de Janeiro	11.275
19	Presidente Vargas	8.738
20	Raiz	15.534
21	Santa Luzia	7.153
22	São Francisco	18.506
23	São Geraldo	8.359
24	São Lázaro	13.127
25	Vila Buriti	2.010
	Total	483.156

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

Tabela 7 - População por bairro, Distrito de Saúde Leste – Manaus, 2013.

Nº	BAIRRO	POP 2013
1	Armando Mendes	31.116
2	Colônia Antônio Aleixo	18.262
3	Coroado	56.488
4	Distrito Industrial II	4.289
5	Gilberto Mestrinho	60.881
6	Jorge Teixeira	124.165
7	Mauazinho	25.916
8	Puraquequara	6.441
9	São José Operário	72.785
10	Tancredo Neves	53.715
11	Zumbi dos Palmares	38.674
	Total	492.732

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

Tabela 8 - População por bairro, Distrito de Saúde Oeste, Manaus, 2013.

Nº	BAIRRO	POP 2013
1	Alvorada	71.082
2	Compensa	83.414
3	Da Paz	16.712
4	Dom Pedro I	18.777
5	Glória	9.879
6	Lírio do Vale	23.687
7	Nova Esperança	19.465
8	Planalto	17.911
9	Ponta Negra	5.508
10	Redenção	38.682
11	Santo Agostinho	18.252
12	Santo Antônio	21.732
13	São Jorge	23.807
14	São Raimundo	16.934
15	Tarumã	30.862
16	Tarumã-Açu	13.258
17	Vila da Prata	12.145
	Total	442.107

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

1.3 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

A população do Brasil atingiu, em 1º de agosto de 2010, 190.732.694 habitantes. A taxa média geométrica de crescimento anual no período 2000/2010 foi de 1,17%, uma das mais baixas já observadas, refletindo a continuidade do declínio da fecundidade que vem se verificando no decorrer dos últimos 30 anos. Esse declínio é generalizado no País, exprimindo-se na queda relativa e, em diversos casos, na redução até absoluta do número de nascimentos. A componente natalidade e os padrões correlatos de fecundidade são os principais agentes de mudanças no padrão demográfico brasileiro. O seu movimento de declínio explica a razão pela qual a taxa de crescimento demográfico registrado é inferior, atualmente, a 1,2% ao ano, de acordo com os resultados da população recenseada em 2010, comparados com a de 2000.

Ao se focar o grupo etário de 60 anos ou mais de idade, segundo estimativas do IBGE, verifica-se que há duplicação, em termos absolutos, entre 2000 e 2020, passando de 13,9 para 28,3 milhões. Para 2050, projeta-se um número de 64 milhões de idosos. Em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos já superará o de crianças e adolescentes em cerca de quatro milhões, diferença que aumentará para 35,8 milhões em 2050.

Outro aspecto importante relacionado às mudanças no padrão demográfico no Brasil refere-se ao contínuo aumento da expectativa de vida. De 1980 a 2000, houve aumento de 11%. Em 2008, a expectativa chegou a 73 anos, com importantes diferenças regionais e por sexo. O Nordeste é a região com menor expectativa de vida.

Em média, um nordestino vive 4,9 anos a menos que um residente da região Sul, 4,3 anos a menos que um residente na região Sudeste e 1,7 anos a menos que um residente na região Norte.

A rápida transição demográfica observada no Brasil apresentará impactos importantes na saúde da população e trará forte repercussão no Sistema Único de Saúde/SUS em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, mais frequentes com o aumento da idade mediana da população.

A população do Amazonas, à semelhança do que ocorre em todo o País, experimenta um forte declínio nos níveis de fecundidade e mortalidade com amplas repercussões demográficas e socioeconômicas. A taxa de fecundidade total dos amazonas, que nos anos 50 era superior a 7, nos anos 90 reduz-se a 4 filhos por mulher. As mais importantes consequências desta queda são a redução na taxa de crescimento populacional e as mudanças na composição da população por idades.

O declínio da fecundidade implica em redução da taxa de crescimento demográfico regional. Entretanto, em razão do volume das coortes nascidas anteriormente e pelo efeito das migrações, o Amazonas continuará a crescer a taxas acima da média nacional. Nota-se ainda, que apesar da forte ampliação do contingente populacional da Região e a redução gradativa na sua taxa de crescimento, a mais importante transformação resultante da transição da fecundidade tende a ocorrer na composição etária.

Em função das mudanças na estrutura etária, com o aumento da população idosa e redução da população jovem o Estado experimenta um processo de envelhecimento populacional que modifica substancialmente as demandas sociais. Desta forma reduzem-se as pressões sobre os gastos sociais no que respeita às necessidades de investimento em saúde orientadas para recém-nascidos e suas mães, tratamento de doenças infecciosas e parasitárias e gastos com educação. Por outro lado, aumentam as demandas por tratamento de saúde de doenças crônico-degenerativas, próprias da população idosa, assim como se ampliam as pressões sobre a previdência social.

Manaus, sendo a capital do Amazonas, vem passando por um período de transição demográfica que vai refletir diretamente nas políticas de saúde.

1.4 ÍNDICES DE DESENVOLVIMENTO HUMANO-IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil cresceu 47,5% entre 1991 e 2010 mudando de **Muito Baixo** (0,493 em 1991) para **Alto** desenvolvimento humano (0,727 em 2010); Com redução das disparidades entre Norte (N, NE) e Sul (S, SE e CO), com melhora acentuada dos municípios que tinham posições menores de IDHM. Houve um avanço consistente ao longo dos 20 anos.

O **IDHM Longevidade** foi o que mais contribuiu para o IDHM do Brasil, refletindo a queda da fecundidade e mortalidade infantil no país, com um subíndice na faixa **Muito Alto**.

O **IDHM Renda** teve um crescimento de 14,2% no período (2010), correspondendo a um ganho de renda de R\$ 346,31 nos últimos 20 anos, com 73% dos municípios crescendo acima da média de crescimento nacional, sendo 11% dos municípios com IDHM Renda superior ao do Brasil no país, com um subíndice na faixa de **Alto**.

O **IDHM Educação** foi o que menos contribuiu para o IDHM do Brasil, saiu de 0,279 (1991) para 0,637 (2010), com um subíndice na faixa **Médio**.

O IDHM de Manaus é de 0,737, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,215), seguida de Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,136), seguida por Longevidade e por Renda. A ordem de importância dos subíndices para a composição do IDHM é: renda, longevidade e educação (tabela 9).

Tabela 9 - Comparação do Índice de Desenvolvimento Humano – Brasil, Amazonas e Manaus. 1991, 2000 e 2010.

ANO	Brasil			Amazonas			Manaus		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010
IDHM	0,493	0,612	0,727	0,430	0,515	0,674	0,521	0,601	0,737
IDHM – Renda	0,647	0,692	0,739	0,605	0,608	0,677	0,676	0,674	0,738
IDHM – Longevidade	0,662	0,727	0,816	0,645	0,692	0,805	0,681	0,727	0,826
IDHM – Educação	0,279	0,456	0,637	0,204	0,324	0,561	0,307	0,443	0,658

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano – PNUD – 2013.

1.5 TAXA DE FECUNDIDADE

Em 2010, a taxa de fecundidade total (número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil) foi de 2,1 filhos. Tal valor traduz o resultado de um processo intenso e acelerado de declínio da fecundidade ocorrido na sociedade brasileira nas últimas décadas. A taxa de fecundidade tem mostrado um declínio, tendo como um dos principais fatores intervenientes a mudança de comportamento reprodutivo da mulher, a crescente participação no mercado de trabalho, melhoria do nível educacional e a ampliação do uso de métodos contraceptivos, como também, instabilidade de emprego.

Tabela 10 - Taxa de Fecundidade, Manaus, 1990,2000 e 2010.

Anos	Taxa de fecundidade
1991	3,0 filhos
2000	2,5 filhos
2010	2,1 filhos

Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/IPEA e IBGE PNAD 2013

1.6 HABITAÇÃO

O Censo Demográfico 2010 registrou 182.708 domicílios conectados a redes de esgoto ou de águas pluviais, de um total de 460.844 domicílios identificados. Cerca de 114.772 domicílios dispunham de fossas sépticas ou rudimentares

Tabela 11 - Domicílios particulares permanentes segundo a condição de ocupação, Manaus, 2010.

Domicílios particulares permanentes						
Total	Condição de ocupação do domicílio					
	Próprio		Alugado	Cedido		Outra
	Já quitado	Em aquisição		Por empregador	De outra forma	
460.844	320.588	18.164	96.007	4.091	21.099	895

Fonte: IBGE, CENSO, 2010

Com base nestes dados, é possível inferir que, no ano 2010, apenas 39,64% dos domicílios estavam ligados às redes de esgoto e cerca de 60% lançavam os dejetos em fossas. Saneamento ambiental: são fundamentais o abastecimento de água, de qualidade segura e em quantidade adequada, destinação conveniente dos excretos e a destinação correta do lixo.

Tabela 12 - Proporção de Moradores por tipo de abastecimento de água, Manaus, 1991, 2000 e 2010.

Abastecimento Água	1991	2000	2010
Rede geral	86,1	75,5	75,48
Poço ou nascente (na propriedade)	10,6	13,6	14,28
Outra forma	3,3	10,8	0,53

Fonte: IBGE/Censos Demográfico

A água representa o fator de mais alta importância para a saúde de uma população. As águas poluídas por esgoto doméstico causam hepatites, diarreias, verminoses, cólera, infecções intestinais, alergias, doenças da pele, poliomielite, amebíase, esquistossomose, leptospirose, febre tifóide e paratifóide etc., enquanto que águas contaminadas por metais pesados (Zinco, Cobre, Ferro e Alumínio) decorrentes do lixo metálico ou despejos industriais provocam distúrbios neurológicos e gástricos.

Uma rede de distribuição de água potável para consumo humano adequado é fundamental para a saúde da população. Nos levantamentos censitários, o abastecimento de água sempre foi classificado de acordo com a fonte fornecedora e a existência ou não de distribuição interna no domicílio. Deve-se destacar que essa avaliação compreende apenas a existência ou não de rede de abastecimento, mas não a qualidade da água fornecida, ratificando a importância da análise da qualidade da água para consumo como atividade de vigilância da saúde.

Tabela 13 - Proporção de Domicílios particulares permanentes segundo o tipo de instalação sanitária, Manaus, 1991, 2000 e 2010.

Instalação Sanitária	1991	2000	2010
Rede geral de esgoto ou pluvial	2,0	32,2	24,39
Fossa Séptica	47,2	36,5	13,76
Fossa rudimentar	28,4	14,4	37,0
Vala	8,3	3,6	7,6
Rio, lago ou mar	-	7,2	9,5
Outro escoadouro	7,4	1,7	7,6
Não sabe o tipo de escoadouro	0,5	-	-
Não tem instalação sanitária	6,3	4,4	15,40

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

A destinação do lixo envolve a formação de criadouros de roedores e de insetos, que não somente são incômodo, como podem participar na transmissão de doenças, como reservatórios do agente ou como vetores. Manaus tem a maior parte de seu lixo coletado direta ou indiretamente, mas um volume significativo é queimado ou lançado em terrenos baldios e corpos d'água, constituindo um dos principais problemas ambientais da cidade.

Tabela 14 - Proporção de Moradores por tipo de destino do lixo, Manaus, 1991, 2000 e 2010.

Coleta de lixo	1991	2000	2010
Coletado	77,8	90,8	96,,3
Queimado (na propriedade)	9,7	6,0	0,9
Enterrado (na propriedade)	0,4	0,3	0,07
Jogado	11,6	2,4	0,8
Outro destino	0,5	0,4	0,2

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

1.7 ALFABETIZAÇÃO

A análise da situação de alfabetização da população é importante em face da vulnerabilidade do grupo com baixo grau de escolaridade em todos os aspectos da vida social. O percentual de pessoas de 15 ou mais anos de idade que não sabem ler nem escrever um bilhete simples no Amazonas era de 8,9% em 1991 e caiu para 6,1% em 2000. Os dados na tabela não apresentam diferença entre as diferentes faixas etárias alfabetizadas demonstrando que ocorreu melhoria no acesso da população a escola, o que pode produzir redução progressiva do analfabetismo nos grupos etários com o decorrer dos anos.

Tabela 15 - Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária, Manaus, 1991, 2000 e 2010.

Faixa Etária	1991	2000	2010
5 a 9	40,2	52,1	66,3
10 a 14	89,0	95,7	96,3
15 a 19	95,8	97,9	98,7
20 a 49	93,2	95,7	97,8
50 e +	74,6	80,4	88,6
Total	83,4	88,9	93,2

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

1.8 RAZÃO DE RENDA

A renda per capita média de Manaus cresceu 47,08% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 537,29 em 1991 para R\$ 531,53 em 2000 e R\$ 790,27 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de -1,07% no primeiro período e 48,68% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em agosto de 2010) passou de 5,82% em 1991 para 10,49% em 2000 e para 3,75% em 2010.

Tabela 16 - Proporção da Renda, Pobreza e Desigualdade da população, Manaus, 1991, 2000 e 2010.

	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	537,29	531,53	790,27
% de extremamente pobres	5,82	10,49	3,75
% de pobres	20,42	28,63	12,90
Índice de Gini	0,56	0,62	0,61

Fonte: PNUD/IPEA/FJP

1.9 TAXA DE DESEMPREGO

A taxa de desemprego em Manaus no período de 2005 a 2007 foi de 12,8%; caindo para 9,4% e elevando-se novamente para 12,2% respectivamente. Em 2010 passou para 10,70%. Este grupo inclui todas as pessoas com 10 anos ou mais de idade que estavam procurando ocupação ou trabalhando na semana de referência da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

II. MAPA DA SAÚDE

O Mapa da Saúde é uma ferramenta que será utilizada para apontar, geograficamente, a distribuição de recursos humanos e das ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema, contribuindo para orientar o planejamento integrado dos entes federativos.

A situação de Saúde no Brasil com a transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças, apresentada através dos indicadores de mortalidade nos principais sistemas de informação de monitoramento, demonstra a importância e a necessidade do sistema público de saúde avançar para um novo ciclo de atenção primária, implementando as práticas abordadas pela Estratégia Saúde da Família – ESF. E, inovando na solução de problemas estruturais para promover uma Atenção à Saúde adequada as condições agudas e crônicas. Em conformidade com as robustas evidências científicas recolhidas na literatura internacional sobre modelos de Atenção à Saúde e a singularidade do SUS e que pudessem ser aplicadas ao Sistema Público de Saúde brasileiro, Mendes desenvolveu um Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC.

A Rede Saúde Manauara surge da necessidade de remodelagem no Sistema Municipal de Saúde, visando novas abordagens conceituais e práticas, que através de transformações profundas no processo de trabalho, levarão Manaus a implantar uma rede de saúde que resultará da construção ampla das atribuições e fluxos de cada ponto de atenção, com suas respectivas modelagens, construídas de forma ascendente e participativa. Tudo isso, em conformidade com evidências científicas, e tendo a atenção primária como coordenadora e ordenadora da atenção à saúde, amparada pela Portaria Ministerial nº 4.279 de 30 de dezembro de 2009 que estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

O modelo de atenção às condições crônicas vem sendo evidenciado, na organização da implantação da Rede de Saúde de Manaus, em conformidade com o planejamento estratégico da Secretaria Municipal de Saúde. Este destaca como perspectivas de resultados para a sociedade, processos, gestão e financiamento a priorização das Redes: Materno Infantil, Condições Crônicas com foco na Hipertensão, Diabetes e Renal Crônico, Urgência e Emergência e Doenças Endêmicas.

A consolidação da Atenção Primária a Saúde como coordenadora e ordenadora do cuidado e a estratégia de saúde da família como modelo prioritário, implicando na adoção de uma agenda ampla de mudanças a ser detalhada no PMS 2014-2017, e que vem demandando etapas estratégicas de implantação organizadas através de grupos de trabalho, com o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, envolvendo a Secretaria de Estado da Saúde, Universidades, Sociedades Científicas, Conselhos de Classe e Controle Social.

MAPA ESTRATÉGICO

Gerir o Sistema Municipal de Saúde, observando os princípios e diretrizes do SUS, desenvolvendo com qualidade e efetividade ações de vigilância e atenção à saúde da população do município de Manaus.

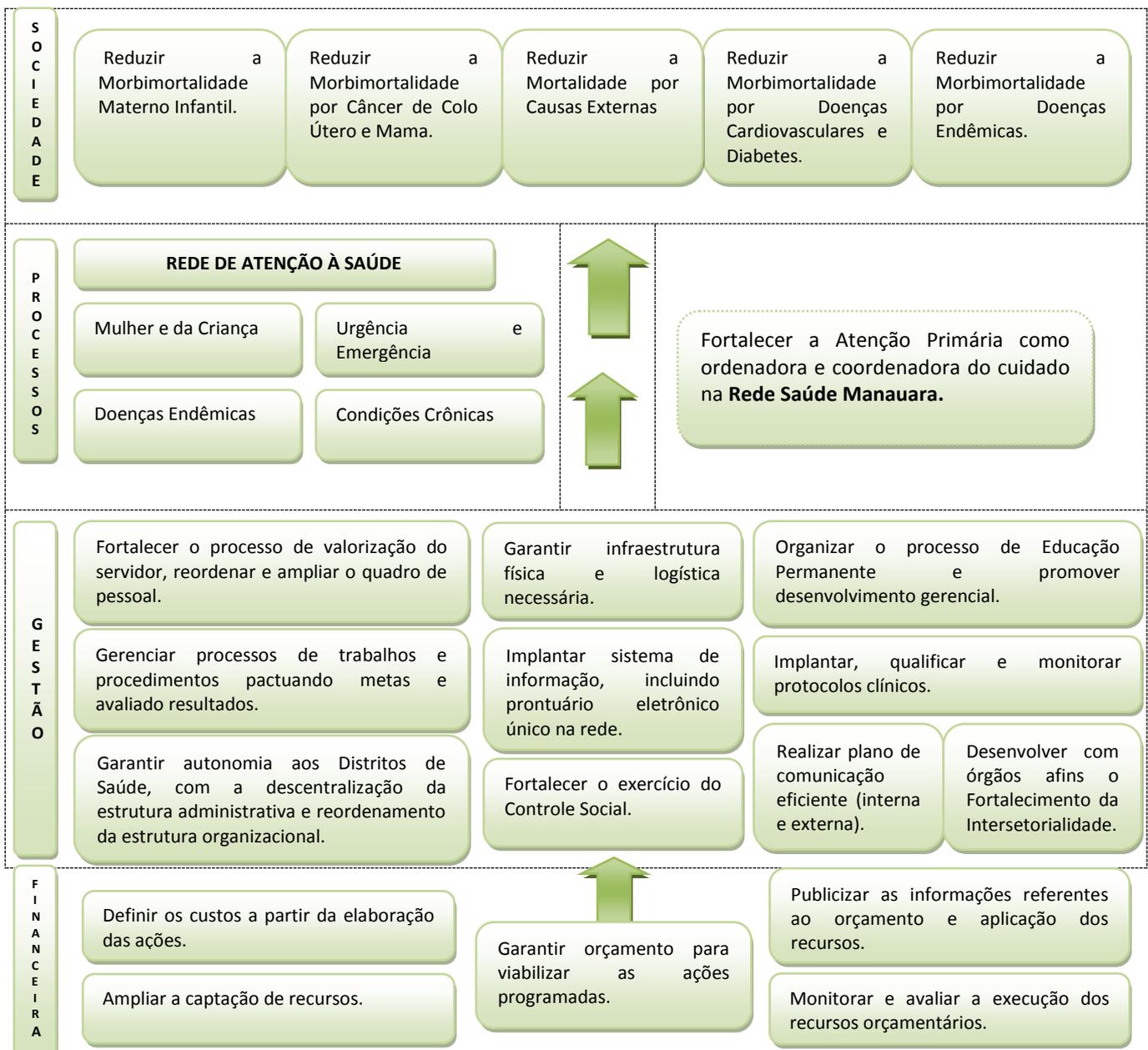
•MISSÃO

Tornar-se instituição de excelência na vigilância e atenção à saúde, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida da população até o ano de 2023..

• VISÃO

Ética, Compromisso, Inovação, Transparência e Humanização.

•VALORES



2.1 INDICADORES DO COAP

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde - COAP tem suas bases no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, em que os entes signatários assumem, conjuntamente, o compromisso de organizar de maneira compartilhada as ações e os serviços de saúde na região de Saúde, respeitada as autonomias federativas e com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde para conformar o Sistema Único de Saúde (SUS) com foco no cidadão.

Segundo a Resolução Tripartite nº 03/2012 de Normas e Fluxos do contrato, a parte II do COAP, responsabilidades executivas, observará os seguintes conteúdos:

- Diretrizes e objetivos do PNS e políticas prioritárias.
- Objetivos plurianuais em consonância com os planos nacional, estadual e municipal.
- Metas regionais anuais.
- Indicadores.
- Formas de avaliação.
- Prazos de execução.

As metas e indicadores do contrato têm como referência o plano nacional de saúde aprovado pelo Conselho de Saúde, o pacto pela vida e de gestão, as políticas prioritárias pactuadas na tripartite, o IDSUS e a agenda do milênio.

As pactuações das metas da região deverão ser definidas no planejamento regional integrado e na análise da situação de saúde da região - Mapa da Saúde. No município de Manaus estão em processo de transição esses indicadores.

O elenco dos Indicadores de Transição do Pacto Pela Saúde e Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) 2012 tem o resultado alcançado no período de janeiro a dezembro de 2012 apresentado na tabela 18. Destaca-se que alguns indicadores somente podem ser mensurados depois de transcorrido o ano, enquanto que outros podem ser acompanhados e mensurados mais amiúde.

O resultado obtido no período de janeiro a dezembro de 2012 no conjunto de indicadores do COAP- Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, cujos objetivos são a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários, bem como as informações das áreas técnicas da assistência em saúde, tais como Saúde da Família, Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Idoso, Mental, da Pessoa Portadora de Deficiência, Profilaxia e Controle da Raiva Humana, Apoio Diagnóstico e Vigilância em Saúde são aqui apresentados.

Tabela 17 - Indicadores de Transição do COAP - 2012. Manaus. Resultado de Janeiro a dezembro de 2012.

Nº	INDICADOR	META 2012	RESULTADO DE JAN A DEZ/2012	MULTIPLICADOR	FONTE
1	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA.	1,00	0,50	100	SIA/SUS e IBGE
2	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.	75,00	81,19	100	SISTEMA DE GESTÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
3	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	52,76	40,89	100	CNES/ESF
4	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	24,00	25,55	100	CNES/ESF
5	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA IMPLANTADA.	60,00	40,00	-	CNES/SINAN
6	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NA MESMA FAIXA ETÁRIA.	0,45	0,46	1	SIA/SUS e IBGE
7	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA.	0,35	0,42	1	SIA/SUS e IBGE
8	SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DE COLO DE ÚTERO.	100,00	56,36	100	SISCOLO
9	PROPORÇÃO DE PARTOS NORMAIS.	55,00	49,91	100	SINASC
10	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM NO MÍNIMO 7 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL.	0,35	0,42	100	SINASC
11	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNO EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	22,00	22,00	-	SIM
12	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	12,71	13,66	1.000	SIM/SINASC
13	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTINS E FETAIS INVESTIGADOS.	35,00	19,25	100	SIM
14	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNO E DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) POR CAUSAS PRESUMÍVEIS DE MORTE MATERNA INVESTIGADOS.	65,00	56,40	100	SIM
15	INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA.	78,00	127,00	-	SINAN
16	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).	0,30	0,19	100.000	CNES/IBGE
17	TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR.	21,40	31,97	10.000	SIH/SUS e IBGE
18	COBERTURA VACINAL COM VACINA TETRAVALENTE (DTP+HIB)/PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE.	95,00	84,26	100	SI-PNI
19	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA.	82,40	75,38	100	SINAN
20	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES.	85,00	94,00	100	SINAN
21	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA.	89,00	88,42	100	SIM
22	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO.	80,00	81,49	100	SINAN
23	TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 05 ANOS.	1,11	4,17	100.000	SINAN/SIM/SISCEL/SI CLOM/IBGE
24	ÍNDICE PARASITÁRIO ANUAL (IPA) DE MALÁRIA.	5,80	5,27	1.000	SIVEP/SINAN
25	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE.	5,00	3,00	-	SIM
26	PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DAS ANÁLISES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA, REFERENTE AO PARÂMETRO COLIFORMES TOTAIS.	157,00	61,30	100	SISAGUA
27	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS.	1,00	1,00	100	DOGES/SGEP/MS

Fonte: SEMSA - Manaus. Obs. Resultado cujo valor é ANUAL indica que a apuração será realizada ao término do ano de 2012.

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária vem ocupando cada vez mais centralidade no SUS, com a proposta de constituir-se em ordenadora dos sistemas loco regionais de saúde, como eixo estruturante de muitos programas e projetos no âmbito municipal. O reconhecimento nacional e internacional que o SUS tem conquistado com a Atenção Básica justifica-se não só pela rapidez e escala da sua expansão de cobertura, como também pelos resultados associados ao modelo de organização deste nível de atenção: a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Município de Manaus adota a Estratégia Saúde da Família como eixo norteador para a organização da Atenção Primária, buscando implementá-la em caráter substitutivo, ou seja, substituindo práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde e na participação da comunidade.

Nesta perspectiva, a Rede de Atenção Primária de Saúde deve atuar em seu território de abrangência definido, sendo a responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população residente nessa área, atuando como primeiro contato e coordenada do cuidado a essas pessoas, e interagindo como parte orgânica do Sistema de Saúde, dentro do princípio de integralidade e hierarquização. Por isso, deve estar vinculada à rede de serviços a fim de propiciar atenção integral aos indivíduos e famílias, garantindo os encaminhamentos para atendimentos de média e alta complexidade sempre que necessário.

A Estratégia Saúde da Família está implantada no município de Manaus desde 1999, atualmente conta com 200 Equipes, com cobertura de 35% da população do município.

Tabela 18 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Distrito de Saúde. Manaus, 2012.

DISTRITO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	COBERTURA
NORTE	501.055	24%
SUL	439.241	46%
LESTE	447.946	29%
OESTE	401.922	41%
MANAUS	1.802.014	35%

Fonte: IBGE/SIAB/SEMSA

2.3. ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações prioritárias do Município. O cuidado amplo e integral da saúde das crianças e dos adolescentes é um grande desafio que a SemsA tem procurado enfrentar ao longo dos anos, através da promoção de políticas públicas diferenciadas para atender as necessidades dos diversos segmentos da saúde da criança e do adolescente, especialmente naqueles menores de cinco anos e recém-nascidos.

De acordo com dados do IBGE a população de crianças (0 a 9 anos) em Manaus é de 339.334, já os adolescentes somam 367.865, totalizando para o programa saúde da criança e do adolescente uma população de 707.199 pessoas.

QUADRO EPIDEMIOLÓGICO

Ao analisar-se a população infantil no município de Manaus observa-se que a taxa de natalidade embora tenha sofrido queda substancial no final do século passado, vem apresentando discreto declínio na última década se comparado com o aumento anual da população de Manaus observado na Tabela 19.

Tabela 19 - Série Histórica de Nascidos-vivos. Manaus, 1998 - 2012.

Ano	Nascidos-vivos	População de Manaus
1998	37.674	1.224.361
1999	38.865	1.255.049
2000	40.219	1.405.835
2001	37.767	1.451.958
2002	38.161	1.488.805
2003	37.463	1.527.314
2004	36.967	1.565.709
2005	38.022	1.644.688
2006	38.697	1.688.524
2007	37.453	1.731.993
2008	38.322	1.709.010
2009	39.572	1.738.641
2010	39.350	1.802.024
2011	40.452	1.832.424
2012	41.163	1.861.838

Fonte: SINASC / DATASUS

Entretanto, embora a taxa de natalidade tenha reduzido nos últimos anos, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) tem mostrado alterações peculiares. O CMI tem sido mundialmente usado para avaliar o nível global de saúde, as condições de vida de uma população e a eficácia dos serviços de saúde.

O CMI se divide em dois componentes, o neonatal (0 a 28 dias) e o pós-neonatal (29 dias a 1 ano de idade). O Coeficiente Neonatal por sua vez, abrange o Coeficiente Neonatal Precoce (0 a 7 dias) e o Coeficiente Neonatal Tardio (8 a 28 dias). O Coeficiente Neonatal é um indicador muito sensível em relação à qualidade dos cuidados obstétricos e neonatais, enquanto o componente pós-neonatal mede o risco de uma criança vir a morrer antes de completar o primeiro ano de vida.

Em Manaus o Coeficiente de Mortalidade Infantil está situado em 13,63/1.000 nascidos-vivos. Esta taxa ainda constitui um sério problema de saúde pública para o Município. A tabela 20 mostra a série histórica em números absolutos do Coeficiente de Mortalidade Infantil nos últimos 15 anos.

Tabela 20 - Série Histórica de Nascidos-vivos. Manaus, 1998 - 2012.

Ano	Nascidos-vivos	Óbitos Absolutos	Coefficiente (p/1.00)
1998	37.674	1.321	35,06
1999	38.865	1.383	35,58
2000	40.219	1.212	30,14
2001	37.767	970	25,68
2002	38.161	869	22,77
2003	37.463	796	21,24
2004	36.967	628	16,99
2005	38.022	674	17,73
2006	38.697	655	16,93
2007	37.453	592	15,82
2008	38.322	606	15,84
2009	39.572	591	14,93
2010	39.350	541	13,74
2011	40.452	544	13,45
2012	41.163	561	13,63

Fonte: SIM, SINASC/SEMSA (dados sujeitos à revisão)

Conforme demonstrado na tabela 21 e melhor visualizado nos gráficos 07 e 08, o índice de Mortalidade Infantil no município de Manaus vem apresentando uma importante queda. Entretanto, no ano de 2012 observa-se um discreto aumento na taxa de mortalidade infantil. Este acontecimento provavelmente deve-se ao fato da ampliação e melhoria nos serviços de notificação dos óbitos infantis. A avaliação dos componentes neonatais sendo eles o neonatal precoce e o neonatal tardio mostra um comportamento instável onde se observa redução significativa nos anos de 2002 para 2004, onde a taxa foi de 11,55 para 7,44 respectivamente, um novo aumento em 2005 para 8,68, com declínio em 2007 para 7,50, com um novo aumento em 2009 para 8,16 e no último ano observa-se uma significativa redução atingindo em 2010 uma taxa de 6,18. Ocorreu um novo aumento em 2011 para 6,43 e respectivamente um novo aumento em 2012 para uma taxa de 6,53.

Estes dados demonstram a necessidade de continuidade das ações em saúde para as crianças ainda nos seus primeiros dias de vida. Dentre as causas diretas da mortalidade neonatal, a sepse, infecções graves, asfixia e parto prematuro é responsável por mais de 80% das mortes de recém-nascidos. Estima-se que as infecções graves sejam responsáveis sozinhas por 36% das mortes dos recém-nascidos enquanto a asfixia neonatal responde por 23% das mortes.

Tabela 21 - Série Histórica de Coeficientes de Mortalidade Perinatal e Infantil estratificados em seus componentes. Manaus, 2002 - 2012.

Coefficiente de Mortalidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Perinatal (fetal + <7 d)	21,36	20,91	18,01	17,51	11,42	10,57	10,72	10,71	8,86	14,35	15,76
Infantil Neonatal (< 27 d)	15,38	13,79	9,93	11,13	10,65	10,31	10,25	10,84	8,64	8,87	8,65
Infantil Neonatal Precoce (< 7 d)	11,55	10,22	7,44	8,68	8,01	7,50	7,87	8,16	6,18	6,43	6,53
Infantil Neonatal Tardio (7-27 d)	3,82	3,57	2,49	2,45	2,64	2,81	2,41	2,68	2,47	2,45	2,11
Infantil Pós-neonatal (28 d – 1 ^a)	7,07	7,16	6,82	6,60	6,31	5,61	5,54	4,09	5,11	4,57	4,98

Fonte: SIM/DATASUS /SEMSA

Gráfico 4. Distribuição do coeficiente de mortalidade Perinatal, neonatal, neonatal precoce e tardia e pós neonatal no período de 2002 a 2012 no município de Manaus.

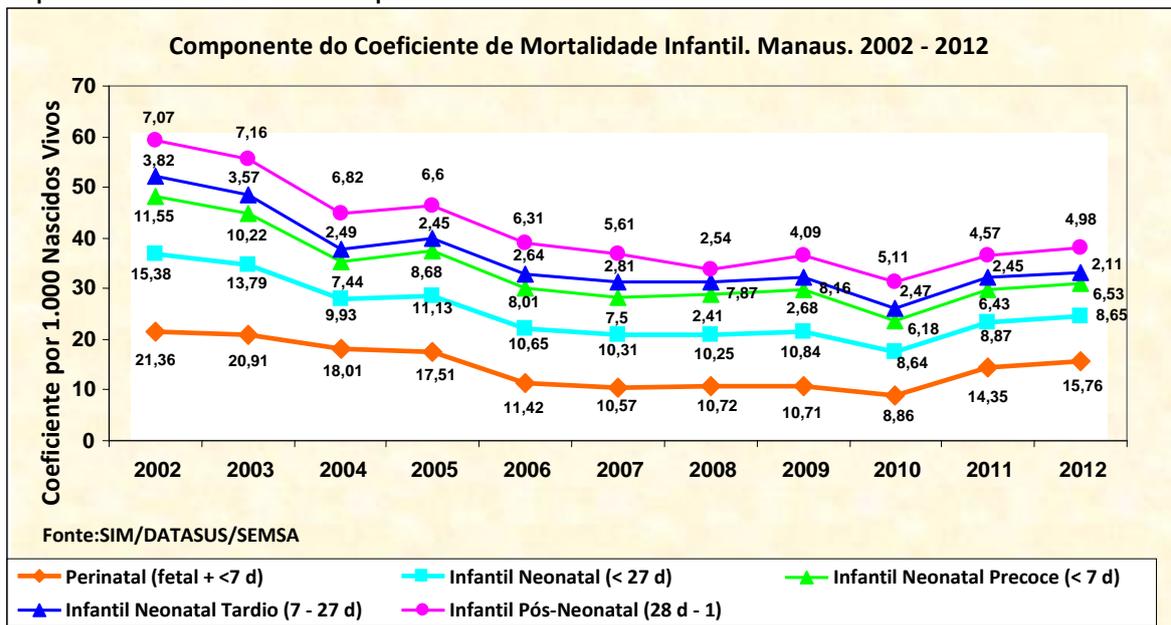
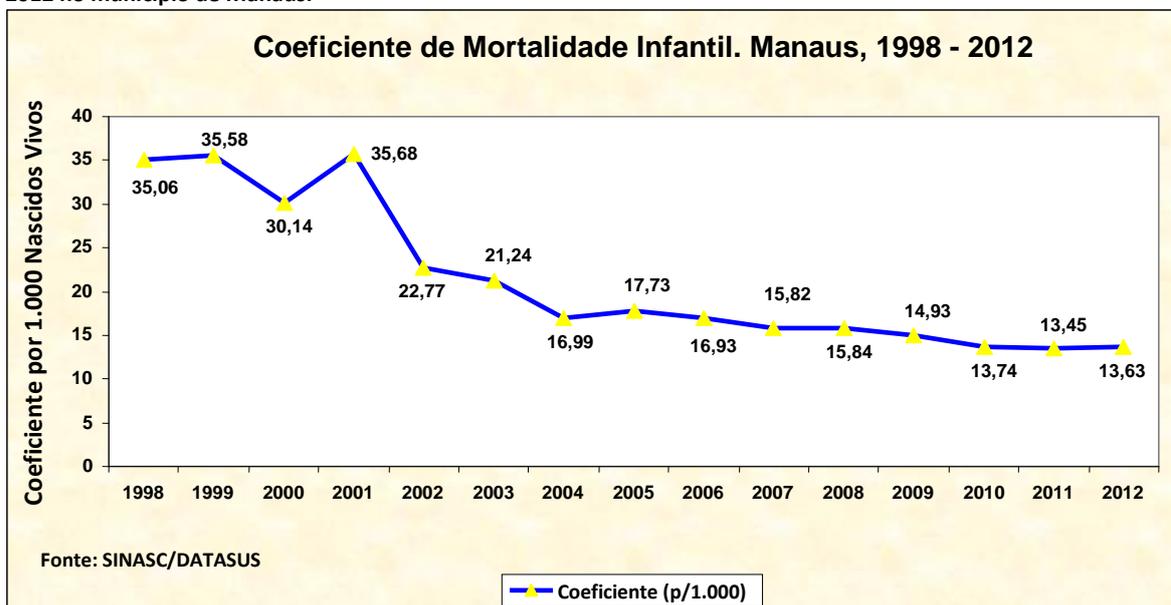


Gráfico 5. Distribuição do coeficiente de mortalidade neonatal, neonatal precoce e tardia no período de 2002 a 2012 no município de Manaus.



Considerando, como já referido acima, que o Coeficiente de Mortalidade Neonatal é um indicador sensível da qualidade dos cuidados obstétricos e neonatais, para a redução da mortalidade infantil, além de outras ações no período pós-neonatal, são necessárias intervenções que tratem de questões complexas, dentre elas, o aumento do poder da mulher, eficiência do sistema de saúde, falta de atenção à saúde materna, falta de acesso a serviços de saúde básicos e especializados, condições inadequadas de atendimento de saúde para mães, reconhecimento inadequado de doenças que afetam

recém-nascidos, falta de consenso sobre provimento de intervenções e suas estratégias nas comunidades para evitar e tratar infecções graves em recém-nascidos, repertório limitado de intervenções para distúrbios que ocorrem logo após o nascimento tais como asfixia durante o parto e problemas causados por parto prematuro, e busca insuficiente por cuidados de saúde pelas famílias e comunidades.

Por conseguinte para redução da mortalidade infantil é necessário iniciar com programas para prevenção da prematuridade e da má nutrição fetal, devendo ser distinguido três estratégias específicas como: Cuidados preventivos e curativos, regionalizados e hierarquizados segundo enfoque de risco, aperfeiçoamento das equipes de saúde em atenção à saúde da criança e elaboração de programas de informação e educação da população.

REDE INSTALADA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA

Todas as Unidades Básicas de Saúde prestam atendimento a Saúde da Criança. Fazendo parte do seu quadro o médico Pediatra, entretanto, o número disponível para atendimento na rede é insuficiente para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada. Em Manaus nos últimos quatro anos foram registrados 189.935 (Cento e oitenta e nove mil e novecentos e trinta e cinco) consultas de crianças na Rede Básica de Saúde.

Tabela 22 - Crianças atendidas na Rede de Saúde Municipal. Manaus, 2005 - 2012

ANO	Pop. de crianças cadastradas	Nº de Consultas UBSF	Nº de Consultas UBSF com S. Bucal	Total de Nº de Consultas UBSF + UBSF com S. Bucal	% de Crianças Atendidas nas UBSF
2005	114.825	82.605		82.605	71,94
2006	90.608	59.167		59.167	65,30
2007	64.231	45.155	5.458	50.613	78,80
2008	83.391	40.670	16.086	56.756	68,06
2009	106.641	37.340	16.699	54.039	50,67
2010	73.185	26.151	16.890	43.041	58,81
2011	63.207	29.472	13.862	43.334	68,56
2012	59.585	31.973	18.828	50.801	85,26

Fonte: SIAB/DACAR

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA

É urgente planejar e desenvolver ações intersetoriais, definindo-se as prioridades para a saúde da população infantil local e estabelecendo-se as interfaces necessárias com ações de saúde para a redução da mortalidade infantil, com articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área da unidade de saúde, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população. Nesse aspecto, a saúde na primeira infância e do escolar (saúde bucal, mental) e a educação infantil (creches, pré-escola) devem estar contempladas.

A definição de objetivos comuns para os quais cada setor contribui com as suas especificidades, articulando ou produzindo novas ações. Esse conceito desperta para a necessidade de participação da Unidade de Saúde nas redes sociais locais que se constituem, a partir do território, na defesa dos direitos da criança, como o direito de todas de receber assistência adequada quando levadas as unidades de saúde, com escuta para suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada de cada situação.

2.4 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

A Organização Mundial de Saúde limita a faixa etária da adolescência ao período de 10 a 19 anos, existindo uma preocupação cada vez maior no âmbito da saúde com essa faixa etária. Nesse sentido, tem havido um interesse das políticas em geral com o desenvolvimento integral desse público, considerando que seus aspectos de saúde demonstram um perfil diferenciado, demandando cuidados relacionados aos aspectos de promoção da saúde.

No que diz respeito à gravidez na adolescência, esta tem sido apontada como um dos grandes problemas de saúde pública tanto no âmbito nacional, como internacional. Ao fazer uma análise dos possíveis fatores relacionados às gestações nessa faixa etária, percebe-se a existência de uma infinidade de causas, que tornam as adolescentes vulneráveis a essa situação, sendo superado o enfoque relacionado apenas aos fatores biológicos. Cuidar da gravidez na adolescência de forma separada da realidade psicossocial mais ampla é negar que o processo se acha determinado por essa realidade, deixando de fora questões como o fato de que uma gravidez pode ser desejada ou não, dependendo não só das condições psicológicas individuais, mas também de condições sociais.

Tabela 23 - Proporção de grávidas menor que 20 anos atendidas pela Estratégia Saúde da Família. Manaus, 2005-2012.

Distrito	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Leste	26.93	26.72	26.7	26.42	25.05	26.04	24.66	27.37
Norte	24.06	23.7	21.42	21.33	20.52	19.87	20.98	20.13
Oeste	25.13	23.3	25.71	22.85	23.53	24.73	22.38	24.01
Sul	23.21	21.86	17.56	20.71	23.24	23.30	19.26	17.30
Rural	-	-	-	-	-	-	33.33	37.73
Total	24.8	23.8	22.8	23.07	23.08	23.48	24.12	25.31

Fonte: SIAB

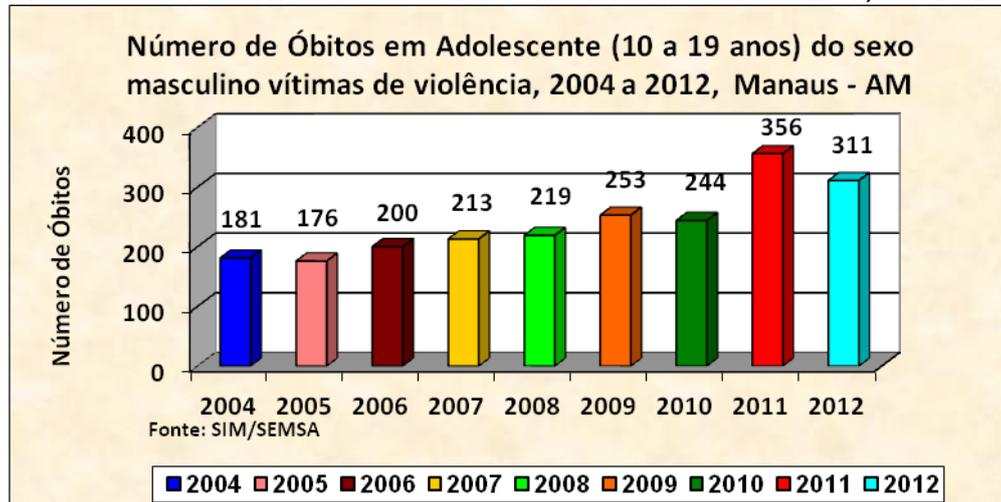
Cerca de 10% do total de nascimentos mundiais anuais são de adolescentes. A alta taxa de gravidez na adolescência tem causa multifatorial, associando-se à pobreza, baixa escolaridade e piores resultados perinatais, sendo assim, problema de saúde pública. Segundo dados recentes do IBGE, o número de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que tiveram filhos se manteve praticamente estável (63%) nos últimos dez anos, mas houve aumento na proporção de adolescentes grávidas que concluíram a gestação. Entre os anos de 1996 e 2006, a média entre as meninas de 15 a 17 anos subiu de 6,9% para 7,6%. Cerca de 1,1 milhão de adolescentes engravidam por ano no Brasil e esse número continua crescendo. O índice de adolescentes e jovens brasileiras grávidas é hoje 2% maior do que na última década; as meninas de 10 a 20 anos respondem por 25% dos partos feitos no país, segundo o Ministério da Saúde.

Em Manaus, segundo fontes do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, no ano de 2012 cerca de 25,31% das grávidas cadastradas pela Estratégia Saúde da Família eram adolescentes, entretanto, conforme dados apresentados ao longo do diagnóstico, existem diferenças desse percentual conforme o Distrito de Saúde e os bairros abrangidos pelos mesmos. Tais diferenças podem estar relacionadas com as condições sociais e econômicas presentes em cada área do município.

Fazendo um acompanhamento dos últimos quatro anos percebe-se não haver alterações na porcentagem de grávidas menor que 20 anos com relação ao número total de grávidas, estando ao longo desse período acima da média nacional.

Outro dado significativo com relação aos adolescentes é o número de adolescentes do sexo masculino vítima de violência, nesse sentido, segue abaixo o acompanhamento do número de óbitos ocorridos com adolescentes vítimas de violência.

Gráfico 6. Número de Óbito em Adolescentes do sexo masculino vítima de violência. Manaus, 2004-2012.



A violência é um dos fatores de maior significância quando se fala na saúde de adolescentes (10 a 19 anos). Em âmbito nacional o índice de mortalidade por violência nesta última década teve um aumento de 37%. Manaus, no estudo do CONASS sobre o número de violência no município, foi avaliada como o 11º município com o maior índice de mortes de adolescentes por violência no âmbito nacional. Acompanhando os dados históricos da realidade de Manaus tem-se que este número está em constante crescimento ao longo dos anos, havendo necessidades de ações de promoção e prevenção na rede visando uma diminuição dessa realidade.

Os estudos realizados até hoje sobre o consumo de álcool e de outras drogas ressaltam o alto consumo destas substâncias entre crianças e adolescentes de 9 a 19 anos e jovens de 20 a 24 anos. As bebidas alcoólicas ocupam o topo da lista, tornando-se um importante problema de saúde pública.

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, de 2007, aponta que o início do consumo dessa substância, em adolescentes de 14 a 17 anos, está na média de 13,9 anos que é mais baixa que nos jovens dos 18 aos 25 anos, cuja média é 15,3 anos. Com relação ao consumo regular observa-se que os adolescentes (14-17 anos) adquiriram este comportamento em média aos 14,6 anos. Já os jovens (18-25 anos) começaram por volta de 17,3 anos.

Nos adolescentes pesquisados quase a metade dos que beberam no último ano consumiu três doses ou mais por situação habitual. Há uma diferença na quantidade do consumo de doses entre as adolescentes e os adolescentes: quase um terço dos homens adolescentes que bebem consumiu cinco doses ou mais no último ano, enquanto que 11% das mulheres adolescentes consumiram essa mesma quantidade de doses.

O referido estudo evidencia que não há diferenças significativas na frequência de consumo entre os gêneros. Dois terços dos adolescentes de ambos os gêneros são abstinentes, mas os que bebem consomem quantidades importantes. Como esse universo pesquisado é representativo das várias regiões do país e de áreas urbanas e rurais, merece atenção o fato de 35% de adolescentes menores de 18 anos

de idade consumirem bebida alcoólica ao menos uma vez por ano e 24% beberem, pelo menos, uma vez ao mês. Para a resolutividade das intervenções, as necessidades e demandas específicas desse grupo etário demandam a análise dos fatores que influenciam no seu padrão de consumo do álcool e de outras drogas.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é um programa desenvolvido pelos Ministérios da Saúde e da Educação para articular e integrar as ações desenvolvidas nas escolas e as Equipes de Atenção Básica / Saúde da Família.

A Semsa em parceria com as secretarias municipal e estadual de educação (SEMED e SEDUC), ente outras secretarias, vem desenvolvendo ações das condições de saúde e prevenção e promoção da saúde (avaliações clínicas e psicossociais dos alunos, avaliações nutricionais, avaliação da saúde bucal, atualização do calendário vacinal, ações de segurança alimentar e promoção de alimentação saudável, promoção de práticas corporais e atividade físicas nas escolas, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, promoção da cultura da paz e prevenção das violências, educação para a saúde sexual, reprodutiva e prevenção das DST/AIDS).

NECESSIDADE DE SERVIÇO PARA A POPULAÇÃO ALVO

As ações voltadas para faixa etária adolescente começaram a ser implantadas na rede do município de Manaus no ano de 2006, encontrando-se atualmente diversos desafios para consolidação dessas ações.

Inicialmente há necessidade do preparo dos profissionais para lidar com essa faixa etária e com o trabalho voltado para promoção de saúde, considerando que devido à formação dos mesmos, há um predomínio de ações hospitalocêntricas com foco na doença. Neste sentido, para concretização das ações voltadas para essa faixa etária é necessário à implementação das ações em saúde do adolescente nas unidades básicas e equipes de saúde da família, implementação da caderneta de saúde de adolescentes, consolidação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens, redução das violências contra adolescentes e jovens e atendimento às vítimas de violência na saúde e uma política voltada para a prevenção contra drogas.

REDE INSTALADA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA

Todas as Unidades Básicas de Saúde prestam atendimento à saúde do adolescente. Fazendo parte do seu quadro médico pediatra, entretanto, o número disponível para atendimento na rede é insuficiente para as particularidades do acompanhamento do adolescente, uma vez que o direcionamento é para as unidades de saúde receberem todos os que procuram atendimento, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada.

Com relação ao enfrentamento à violência sexual, 100% dos estabelecimentos de saúde possuem fichas de notificação para as violências e três Serviços de Referência de Atenção à Violência Sexual - SAVVIS Implantados:

- SAVVIS Moura Tapajós – Distrito Oeste
- SAVVIS Comte Telles – Distrito Leste
- SAVVIS Antônio Reis – Distrito Sul

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA NA ÁREA

Com relação ao percentual de nascidos vivos de grávida menor que 20 anos tem sido observada uma diminuição nesse número conforme o contexto nacional, contudo, essa proporção ainda é alta podendo ser diminuída com ações eficazes na prevenção a uma gravidez precoce realizada pela atenção básica.

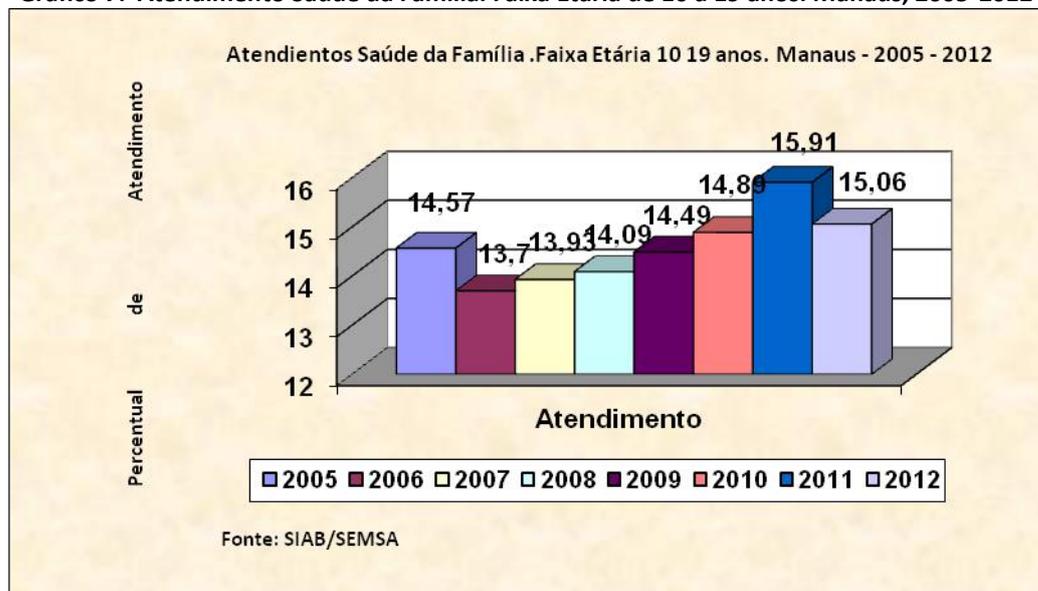
Tabela 24 - Nascidos vivos de grávidas menores de 20anos. Manaus, 2005-2012

Distrito	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Leste	14,84	14,41	14,42	14,7	19,37	16,05	16,88	16,49
Norte	14,87	14,11	14,9	14,8	12,59	13,42	14,91	14,94
Oeste	14,69	12,58	13,3	13,17	10,54	8,99	9,84	9,79
Sul	13,88	13,72	13,1	13,7	8,80	7,95	7,86	7,94
Rural	-	-	-	-	0,46	0,61	0,54	0,43
Total	14,55	13,58	13,93	14,09	10,36	9,40	10,00	9,92

Fonte: SIAB

Com a implementação das ações em Saúde do Adolescente, outros indicadores merecem ser acompanhados para medir os impactos das ações, neste sentido, é necessário o acompanhamento do número de consultas voltadas para faixa etária de 10 a 19 anos e também o número unidades da atenção básica que realizam atividades em grupo voltadas para essa faixa etária no próprio serviço ou nas escolas.

Gráfico 7. Atendimento Saúde da Família. Faixa Etária de 10 a 19 anos. Manaus, 2005-2012



Fonte: SIAB

É oportuno registrar o crescimento de atendimento aos adolescentes nas unidades de saúde no município, destacando dois fatores relevantes que muito contribuíram para tal ascensão. No ano de 2009, o município deu início à adesão do Programa Saúde na Escola, que tem como articuladores principais as Equipes de Saúde da Família e Escolas tanto da rede municipal quanto estadual, como também parcerias da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SEMASDH), Universidade Federal do Amazonas, e das Secretarias de Educação Estadual e Municipal. No mesmo ano ocorreu à implantação das Cadernetas de Saúde do Adolescente no município, instrumento de grande importância para a realização do atendimento integral à saúde do adolescente.

2.5 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher no município de Manaus registra conquistas e fragilidades no atendimento às demandas decorrentes das necessidades dos eixos que a estrutura: pré-natal, parto e puerpério, planejamento reprodutivo, prevenção do câncer do colo do útero e de mama, atenção às vítimas de violência sexual e climatério.

A população estimada de Manaus no ano de 2012 era de 1.885.372 e desta, 964.898 é do sexo feminino, correspondendo a 51,2% desta população. A prioridade etária do atendimento por ação distribui-se da seguinte forma: de 10 a 49 anos para o pré-natal, de 25 a 64 anos para o rastreamento do câncer do colo do útero e de 50 a 69 anos para o rastreamento do câncer de mama.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

A captação precoce da gestante pelas unidades de saúde ainda registra grande desafio, no que se refere à atenção ao Pré-Natal, bem como a realização do número mínimo de consultas de pré-natal, impactando no indicador de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal e cumprindo com critérios para assegurar, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal conforme tabelas 25 e 26.

Tabela 25 - Nascidos Vivos de mães que realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal segundo ano do nascimento. Manaus, 2005 - 2009.

Ano	Nascidos-vivos de mães com 4 e + Consultas de pré-natal	Pactuado	Alcançado
2005	30.373	Sem registro	79,88%
2006	30.826	80%	79,66%
2007	30.073	82%	80,34%
2008	30.028	82%	78,50%
2009	14.400	82%	79,36%

Fonte: SINASC

Obs: Até o ano de 2009 o número de consultas para pactuação eram de apenas 04.

Tabela 26 - Nascidos Vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal segundo ano do nascimento. Manaus. 2010 - 2012.

Ano	Nascidos-vivos de mães com 7 e + Consultas de pré-natal	Pactuado	Alcançado
2010	39.350	40%	35,48%
2011	40.452	48%	37,58%
2012	41.163	45%	32,70%

Fonte: SINASC

Considerando que o SUS cobre 70% dos atendimentos da população e que em 2012 o nº de nascidos foi de 41.163 e considerando a recomendação de 7 consultas de Pré-Natal para cada gestante, deveríamos ter produzido 201.698 consultas, no entanto foram produzidas 93.091 que representa 46,15% do total necessário.

Tabela 27 - Comparativo entre consultas de pré-natal e puerpério programadas e realizadas. Manaus, 2012.

Ações	Programado 2012	Realizado 2012
Consulta Pré-Natal	144.497	93.091
Consulta Puerperal	32.101	5.054
Total	176.598	98.145

Fonte: Gerência de Informação em Saúde

Observa-se ainda na Tabela 27 que em 2012 das 32.101 consultas de puerpério programadas foram realizadas apenas 5.054. Se comparado ao total de nascidos-vivos no mesmo ano, 41.163, considerando a cobertura de 70% pela APS, o número de consultas para esse acompanhamento seria de 28.814, desse modo conclui-se que apenas 17,5% das puérperas foram atendidas nessa ação que é essencial para a sua saúde e de seu bebê constituindo outro fator relacionado às taxas atuais de Mortalidade Materna e Infantil, uma vez que a atenção puerperal quando realizada adequadamente pode ter relevante impacto na redução dessas taxas.

Até meados de 2011 o programa vigente para suporte às ações do Pré-natal era o Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN e no dia 24 de junho do mesmo ano entrou em vigor a Portaria Nº 1.459, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha**.

Para a alimentação das informações da gestante, o sistema de Informação do Pré-natal – SISPRENATAL é uma ferramenta que permite monitorar e avaliar o processo de adesão e acompanhamento das consultas, exames e vacinas realizados pela gestante, porém ainda existem condicionalidades que interferem na qualidade dos dados produzidos, a de maior interferência é o insatisfatório preenchimento dos formulários de produção do Gerenciador de Informação Local – GIL, pelos profissionais que atendem a gestante nas Unidades de Saúde, os mesmos queixam-se de excesso de formulários para preencher e grande quantidade de atividades para desenvolver gerando pouco comprometimento na qualidade do registro.

Em 2011, visando à otimização da informação sobre as gestantes, foi implantado pelo Ministério da Saúde o SISPRENATALWEB, tendo como recomendação a implantação em locais com boa conectividade de internet. No início de 2012, foi iniciado um piloto de implantação nas unidades rurais, sendo a digitação realizada na sede. O sistema ainda apresenta algumas limitações e dificuldades na sua operacionalização, particularmente na digitação dos dados em unidades de saúde da família. A prioridade do momento é a implantação em todas as unidades que realizam pré-natais, uma vez que é por meio desse sistema de informação que o Ministério da Saúde repassa recursos para essa ação.

Mesmo sendo um indicador do pré-natal, os dados de incidência de sífilis congênita demonstram comprometimento na qualidade da atenção, tais como observado na tabela 28, ressaltando que a Sífilis é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamentos podem ser realizados com baixo custo e pouca dificuldade operacional.

Devido algumas normatizações, atualmente as unidades de atenção primária não dispõem do medicamento para o tratamento de Sífilis no momento da consulta e, além disso, a administração só deve ser feita com suporte para reações adversas, o que dificulta a adesão e o tratamento, devido à ausência desse suporte.

Tabela 28 – Incidência de Sífilis Congênita. Manaus, 2007-2012.

Ano de Diagnóstico	Sífilis Congênita Recente	Sífilis Congênita Tardia	Aborto	Natimorto	Total
2007	103	2	1	2	108
2008	144	6	1	2	153
2009	53	1	0	1	55
2010	75	0	3	3	81
2011	100	1	2	1	104
2012	120	1	3	5	129

Fonte: SINAN-Base de dados Manaus – DGASS/CIEVS/DEVAE/SEMSA

Mesmo com as estratégias de acompanhamento que vem sendo desenvolvidas ao longo dos anos junto as equipes que realizam pré-natal, como AMQ e PMAQ, ainda verifica-se que há necessidade de maior investimento e acompanhamento em relação a qualidade da assistência, tanto na estratégia de saúde da família, quanto em unidades tradicionais, além da atualização e implantação de uma linha guia e protocolos, bem como da organização da rede com referência e contrarreferência, nos vários níveis de atenção, a fim de garantir a atendimento à gestante de acordo com sua necessidade.

Uma das ações preconizadas pela Rede Cegonha é a vinculação da gestante à maternidade. A SEMSA Manaus tem esse pacto assinado desde 2009 e nos últimos dois anos tem sido fortalecido com a realização de fóruns distritais, envolvendo as equipes de pré-natal e as maternidades. O que ainda é insipiente é a quantidade de gestantes que realizam a visita à maternidade, uma vez que muitas alegam dificuldades financeiras para o deslocamento.

Dentro desse processo, outro fator que precisa ser fortalecido é a participação do acompanhante, seja mulher ou homem, particularmente o pai, no acompanhamento do pré-parto, parto e puerpério, conforme a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, regulamentada pela Portaria Nº 2.418, DE 02 de dezembro de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

ATENÇÃO OBSTÉTRICA

Manaus possui 382 leitos obstétricos identificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, do Sistema Único de Saúde, distribuídos em oito maternidades, sendo uma municipal e sete estaduais, organizadas por Distritos de Saúde: Alvorada e Moura Tapajoz no Distrito Oeste, Nazira Daou e Azilda Marreiro no Distrito Norte, Balbina Mestrinho1 e Instituto da Mulher D. Lindu1, no Distrito Sul e Ana Braga1 e Chapôt Prevost no Distrito Leste. (¹ São maternidades de referência para Alto Risco).

Tabela 29 – Percentual de Parto Cesáreo. Manaus, 2005-2012.

Ano	Nº de Partos	Partos Normais	Partos Cesáreos	% de partos cesáreos
2005	38.022	21.980	16.042	42,19
2006	38.697	21.521	17.176	44,39
2007	37.431	19.769	17.662	47,19
2008	38.250	19.718	18.532	48,45
2009	39.573	20.834	18.739	47,35
2010	39.358	19.541	19.817	50,35
2011	40.403	20.240	20.163	49,90
2012	41.103	20.359	20.744	50,47

O percentual aceitável de partos cesáreos pela OMS ainda se mantém em 15%. Os índices de cesariana têm oscilado e no ano de 2012 apresentou o maior índice com tendência ao crescimento

(Tabela 29). Durante os fóruns perinatais, reuniões do Comitê de Prevenção ao Óbito Materno, Infantil e Fetal (CPOMIF) e Fóruns de vinculação, realizados em parceria com a Área Técnica de Saúde da Criança e Adolescente, das maternidades e dos Distritos de Saúde foi fortalecido o estímulo ao parto normal e as Boas Práticas do Parto e Nascimento proporcionando aos profissionais o conhecimento de que o parto normal é mais seguro, tanto para a mãe, quanto para o bebê, sendo a indicação de cesariana somente para minimizar a morbimortalidade perinatal.

O CPOMIF já discutiu particularmente com os profissionais sobre o parto cesáreo mostrando suas indicações inadequadas e suas consequências, tudo isso baseado em evidências científicas.

Estas práticas apontam para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica contribuindo para impactar no indicador de mortalidade materna que apresenta taxas elevadas.

A tabela 30 apresenta uma série histórica de 08 anos da Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos-vivos, que se mantém acima do aceitável pela OMS, mas com dados decrescentes. Destaca-se que a Organização Mundial da Saúde recomenda que este valor deva ser menor que 20. Reconhecendo o grande desafio para essa redução, as áreas de saúde da mulher, criança e adolescente e vigilância vêm trabalhando de modo integrado com Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal instituído pela Portaria nº 081/2007, sendo desta última a responsabilidade da investigação do Óbito Materno e de mulheres em idade fértil (Tabela 31).

Tabela 30 - Razão da Mortalidade Materna por 100 mil nascidos vivos. Manaus, 2005 – 2012.

Ano	Razão de Mortalidade Materna (nº de óbitos maternos / nº de nascidos vivos x 100.000)
2005	49,97
2006	46,52
2007	69,46
2008	47,06
2009	98,55
2010	91,49
2011	56,86
2012	53,45

Fonte: SIM/SINASC

Tabela 31 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados. Manaus, 2005 – 2012.

Ano	Pactuado	Alcançado
2005	Sem registro	1,5
2006	10,0	11,19
2007	50,53	7,2
2008	75,0	35,59
2009	75,0	73,5
2010	50,0	73,5
2011	70,0	57,4
2012	70,0	63,7

Fonte: SIM/SINASC

O Comitê tem fortalecido o diagnóstico da situação para a elaboração de um plano de ação, por meio das apresentações dos resultados das investigações destes óbitos, sinalizando o que se faz necessário para corrigir e intervir, não só nas unidades públicas, mas também em unidades privadas do sistema de saúde de Manaus.

Todas as ações nessa área estão sendo fortalecidas para que possamos estar em patamares aceitáveis de mortalidade materna, buscando fortalecer as famílias.

PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA

O Programa de Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama tem como meta principal, aumentar a cobertura de realização dos exames que podem detectar precocemente lesões precursoras e ou o câncer em seu estágio inicial, sendo eles o exame colpocitológico e a mamografia, respectivamente.

Para o Câncer do Colo do Útero a faixa etária de rastreamento, isto é, que corresponde a população de maior incidência da doença segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde, passou, do final do primeiro quadrimestre de 2011, de 25 a 59 anos para 25 a 64 a partir desse mesmo período. Em relação ao Câncer de Mama a faixa etária é a partir dos 40 anos, sendo idade prioritária mulheres entre 50 a 69 anos.

Tabela 32 - Razão entre Exames Preventivos do Câncer do Colo do Útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos e de Mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária. Manaus, 2005 - 2012.

Ano	Exame de Preventivo Pactuado	Exame de Preventivo Alcançado	Exame de Mamografia Pactuado	Exame de Mamografia Alcançado
2005	Sem registro	0,17	- ²	-
2006	0,17	0,16	-	-
2007	0,3	0,18	-	-
2008	0,20	0,16	-	-
2009 ¹	0,20	0,15	-	-
2010 ¹	0,18	0,14	0,10	0,16
2011 ¹	0,20	0,11	0,20	0,13
2012	0,45	0,15	0,35	Sem registro

Fonte: SISCOLO

¹Nestes anos a faixa etária preconizada era de 25 a 29 anos.

²O SISMAMA foi implantado em junho de 2009 e as pactuações foram feitas a partir de 2010.

A realização dos exames para Prevenção do Câncer do Colo do Útero, numa escala de quatro anos esteve linear, conforme tabela 32. Considera-se que as ações do PCCUM vêm apresentando aumento gradativo, quer na execução, quer em estrutura, devido a capacidade de produção do Laboratório Municipal de Citopatologia com capacidade para leitura de 10.000 lâminas/dia, porém o principal problema ainda persiste: insuficiência de recursos humanos para digitação do resultado dos exames, causando demora na entrega dos mesmos. Esta situação causa preocupação, pois a agilidade na entrega do resultado do exame pode ser um fator favorável para identificar alterações que necessitem de medidas imediatas e por outro lado causa descrédito por parte das mulheres às orientações sobre a necessidade e importância para realização do exame preventivo.

Fatores que podem interferir para o aumento da realização do exame, dizem respeito às dificuldades da mulher e à organização dos serviços de saúde, são eles: desconhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero; baixo nível de escolaridade; falta de conhecimento sobre o próprio corpo; vergonha e medo de fazer o exame, assim como medo dos resultados; influência familiar negativa, especialmente por parte dos homens; dificuldades em agendar a realização do exame; pouca sensibilização do profissional e da Unidade de Saúde para a rotina dos exames; falta de privacidade durante os exames; insuficiência de recursos para absorção da população-alvo.

Tabela 33 - Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos. Manaus, 2005 - 2012.

Ano	Exames Pop. 25 – 59 anos	% de Exames insatisfatórios
2005	55.731	Sem registro
2006	55.243	4,37
2007	61.940	3,8
2008	66.118	1,4
2009	63.514	1,75
2010	62.053	1,16
2011	61.098	1,40
2012	71.974	2,49

Fonte: SISCOLO

O Ministério da Saúde/INCA preconiza que os exames considerados insatisfatórios não ultrapassem o percentual de 5%. Em 2012 foram registrados 2,49%, de exames insatisfatórios conforme tabela 33, apresentando o maior índice dos últimos quatro anos, e mesmo o valor estando mais alto que em anos anteriores, ainda se encontra dentro do aceitável.

Com relação ao câncer de mama, a detecção precoce é a principal estratégia para controle. Segundo as orientações do Consenso para o Controle do Câncer de Mama, as principais recomendações para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomática são: Exame Clínico das Mamas realizado anualmente, para as todas as mulheres com 40 anos ou mais. O Exame Clínico das Mamas deve fazer parte, também, do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias; Mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames; Exame Clínico das Mamas e Mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. São consideradas mulheres de risco elevado aquelas com: um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; uma ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; história familiar de câncer de mama masculina; lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia; as mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde.

Destaca-se uma grande conquista com a Lei nº 11.640/2008, assegurando que as mulheres de 40 a 69 anos realizem uma mamografia, com intervalo de 2 anos, ampliando assim a faixa etária e a descentralização para realização do referido exame. A implantação do SISMAMA em Manaus foi de grande magnitude para monitoramento deste segmento e conseqüente benefício da população usuária deste serviço.

O câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em vias de desenvolvimento. Para 2002, a Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou a ocorrência de 273 mil óbitos por esse câncer em todo o mundo, sendo 85% deles em países menos desenvolvidos. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero são elevadas, constituindo-se em um grave problema de Saúde Pública.

Seguindo as recomendações do Protocolo proposto pelo Ministério da Saúde/INCA, que nos casos de baixo grau, a mulher é orientada a repetir o exame após 6 meses, e persistindo alterado é encaminhada para realização de exame de colposcopia e tratamento se necessário (CAF), e ainda nos casos de alto grau a mulher é encaminhada a realização de Colposcopia e Tratamento e os casos de

neoplasias são encaminhados imediatamente para a os Pólos secundários para tratamento. Somente mediante a confirmação de câncer via biópsia, é que a usuária deve ser encaminhada a FCECON.

A fim de aumentar a resolutividade no tratamento e seguimento da mulher com exames colpocitológicos alterados, a SEMSA/DRA/SM atualmente, implantou um Pólo de Tratamento na Policlínica Castelo Branco, somando aos três pontos de atenção sob gestão estadual.

A necessidade de apresentar resultados efetivos apontam para o incremento de ações como: captação precoce de mulheres para realização do exame, aumento da cobertura, entrega de resultados no prazo máximo de 30 dias, redução do número de exames insatisfatórios, ampliação da divulgação da necessidade da realização deste, pois este conjunto de ações pode contribuir para reduzir o número de vítimas do câncer do colo do útero.

Em relação ao câncer de mama, as ações de diagnóstico precoce por meio de mamografia vêm apresentando bons resultados. O grande desafio é a implantação de uma unidade para a realização de biópsia para a confirmação do diagnóstico.

Em agosto de 2011 foram implantadas as Unidades Móveis de Saúde da Mulher realizando exames importantes para o controle desses cânceres: exame colpocitológico, mamografia e ultrassonografia. Esses exames são realizados de segunda a sábado, nos dois turnos, atendendo em locais de vazios assistenciais. O principal foco é a redução do Câncer do Colo do Útero, uma vez que Manaus apresenta o maior índice entre as capitais brasileiras.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

As ações de Planejamento Reprodutivo devem garantir aos indivíduos uma vida sexual prazerosa e segura com informações adequadas sobre a sexualidade e prevenção das DST/AIDS, e com liberdade para decidirem se querem, quando e quantos filhos irão ter. O atendimento para realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia já possui fluxo definido, entretanto somente a Maternidade Moura Tapajoz está habilitada em Manaus para esse procedimento. Em 2011, foi elaborado pela SUSAM, em parceria com a área técnica de saúde da mulher, um projeto para a habilitação de suas 7 maternidades, definindo então novos fluxos, entretanto, até o momento não tivemos essa ação implantada.

A inserção do DIU é realizada por 11 unidades da rede básica, onde cada distrito de saúde busca a ampliação destes locais, facilitando assim o acesso a esse serviço.

O Programa de Planejamento Reprodutivo está implantado em 100% das unidades de saúde, com disponibilização regular de todos os insumos. A tabela 34 apresenta o número médio de usuárias que foram cadastradas no ano de 2012 por tipo de método contraceptivo.

Tabela 34 - Média de usuárias cadastradas por tipo de método contraceptivo e por Distrito de Saúde. Manaus, 2012.

Métodos Contraceptivos	Norte	Sul	Leste	Oeste	Rural
Oral Combinado	1.502	2.545	3.535	1.985	144
Somente Progestágeno	389	444	907	762	44
Injetável Trimestral	607	1.216	1.383	945	147
Injetável Mensal	1.939	3.170	2.334	2.627	165
Preservativos	7.200	5.359	19.327	5.566	1.176
DIU	27	23	19	174	1
Laqueadura	424	13	722	250	0
Vasectomia	13	5	12	77	102
Total	12.101	12.775	28.239	12.386	1.779

Fonte: Núcleo de Saúde da Mulher/SEMSA

VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A violência de gênero é um grave problema de saúde pública pelas inúmeras consequências que acarretam no plano individual e coletivo. Uma de suas formas mais frequentes é a violência sexual, seguida da física, havendo necessidade de ampliação da rede de atenção a estas vítimas.

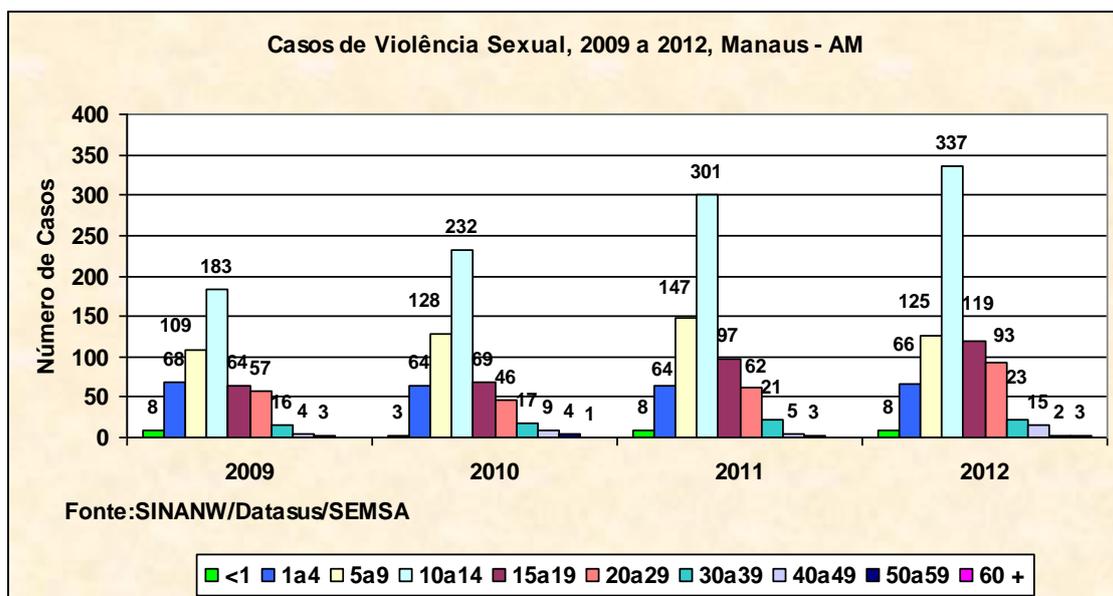
Em 2013, foi dado prosseguimento às capacitações de servidores da atenção primária, qualificando-os para a notificação das violências e encaminhamento na rede de referência.

Atualmente, 90% de nossas unidades são capacitadas. A meta para 2014 é a atualização em serviço, principalmente em unidades que não apresentam notificações no SINAN.

Em Manaus estão funcionando 02 (dois) Serviços de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS), de forma efetiva e atendimento 24h, um municipal e outro estadual.

Quando analisado o gráfico 8, verifica-se que as faixas etárias com maior incidência de casos são os pré-adolescentes (10-14anos) com 1.167 casos, seguidos de crianças (5 a 9 anos), com 568 casos e as adolescentes (15 a 19 anos) com 370 casos.

Gráfico 8. Número de Casos de Violência Sexual. Manaus, 2009 – 2012.



Atualmente as Policlínicas Antônio Reis e Comte Telles atendem mulheres dos Distritos Sul e Leste respectivamente. A policlínica Antônio Reis realiza atendimento às vítimas de violência, enquanto atenção primária, não sendo considerada SAVVIS por não possuir a equipe técnica mínima. A proposta é implementar o serviço na maternidade Ana Braga para atendimento da zona leste.

CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

Ainda é uma ação em planejamento para sua implantação, apesar de algumas unidades já realizarem o atendimento às mulheres nessa fase de vida.

O protocolo já foi concluído, mas ainda não implantado. A assistência farmacêutica já possui alguns itens para essa ação e ainda planeja a aquisição de outros.

2.6 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leves e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).

Dados recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011 d) apontam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estimou que o excesso de peso seja responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países. Diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011 d). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à dialise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS, 2010).

Em relação às neoplasias, os tipos de câncer que causaram mais mortes entre as mulheres foram os de mama – 15,2%, seguido pelo câncer da traqueia, brônquios e pulmões – 9,7% e colo de útero – 6,4%. Entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traqueia, brônquios e pulmões – 15%, seguido pelo de próstata – 13,4% e o de estômago – 9,8% (BRASIL, 2011e).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

Além dos determinantes sociais, é importante lembrar, por outro lado, o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País. Este está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010).

No Brasil, o Diabetes e a Hipertensão Arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional.

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE



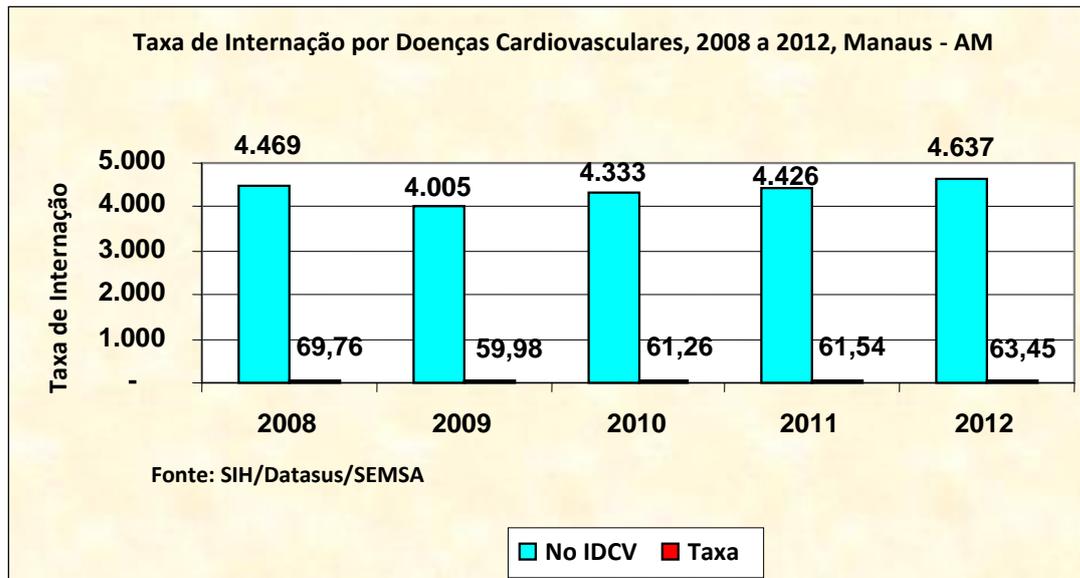
As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus assumiram ônus crescente e preocupante. Ambas são doenças muito frequentes, constituindo sérios problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência.

A Hipertensão Arterial é um problema crônico bastante comum. Sua prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores (afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos). É responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 85% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE) e em torno de 40% dos infartos do miocárdio apresentam hipertensão associada, que poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada.

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, atinge a todos os grupos e todas as faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência do Diabetes. As consequências humanas, sociais e econômicas do diabetes são devastadoras para o mundo: 4 milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes. O grande impacto econômico da doença ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

Embora se observe a redução na taxa de internação por IDCV no ano de 2009 em relação a 2008, nos últimos três anos a taxa vem aumentando (Gráfico 9). Gerando a necessidade de reestruturação da Atenção Primária com ênfase na implementação das ações de adesão e utilização das diretrizes clínicas para hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, capacitação de médicos e profissionais de nível superior na rede de Atenção Básica, para as ações de controle de hipertensão e diabetes mellitus, melhoria do acesso regular a medicamentos definidos nos protocolos de controle de hipertensão e diabetes do município, monitoramento do cadastramento no SISHIPERDIA, de todos os portadores de Hipertensão e Diabetes como forma de garantir a melhoria da informação e avaliação do impacto das ações de saúde relacionadas às doenças cardiovasculares, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e tratamento adequado de casos.

Gráfico 9. Taxa de Internação por Doenças Cardiovasculares. Manaus, 2008 - 2012



A Secretaria Municipal de Saúde tem como proposta o Reordenamento da Atenção Primária, através da elaboração das Diretrizes Clínicas - Linha Guia (manejo clínico por condição estratificada e organização da assistência baseada nesse princípio – competência da atenção primária, atribuição dos profissionais e atenção programada). Esses avanços visam organizar a rede de Atenção às Doenças Crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal. O propósito deste reordenamento é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, para garantir o acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços.

O investimento na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar as complicações e internações.

A incidência de casos e ocorrência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial estão apresentadas nos gráficos 10 e 11, demonstrando a necessidade de realizar ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, para propiciar ao usuário do sistema um atendimento resolutivo, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos. Quando diagnosticadas precocemente, essas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações, retardar a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes.

Gráfico 10. Números de Casos de Diabetes, Hipertensão e Diabetes com Hipertensão. Manaus, 2005 – 2012.

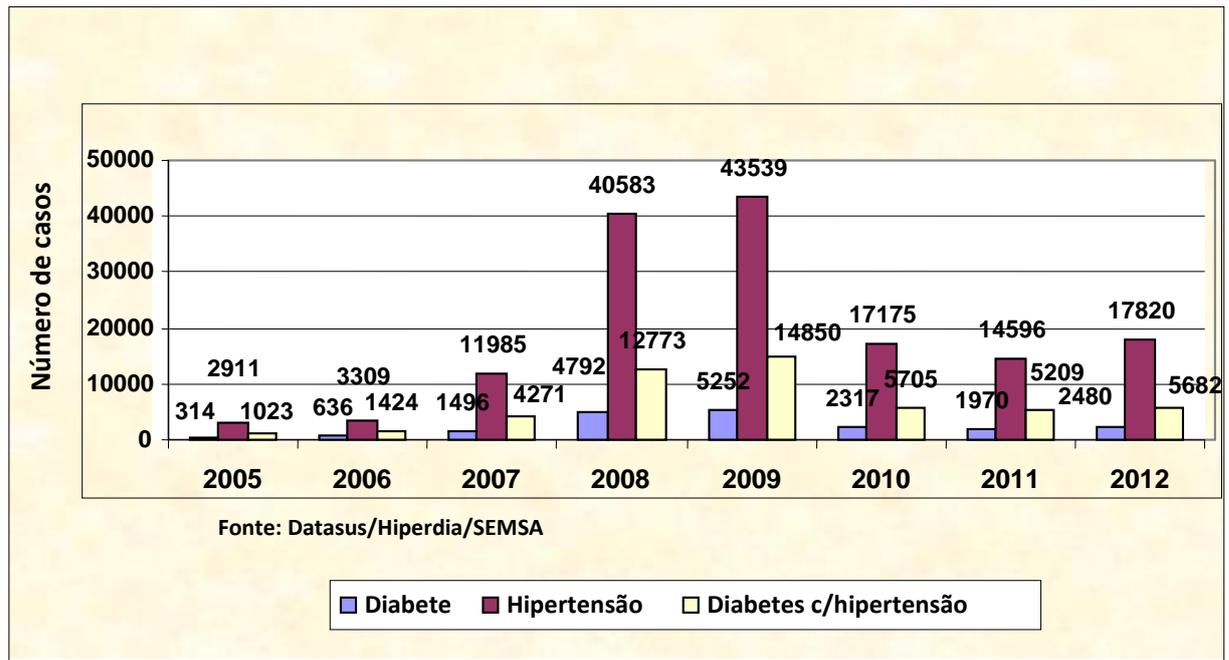
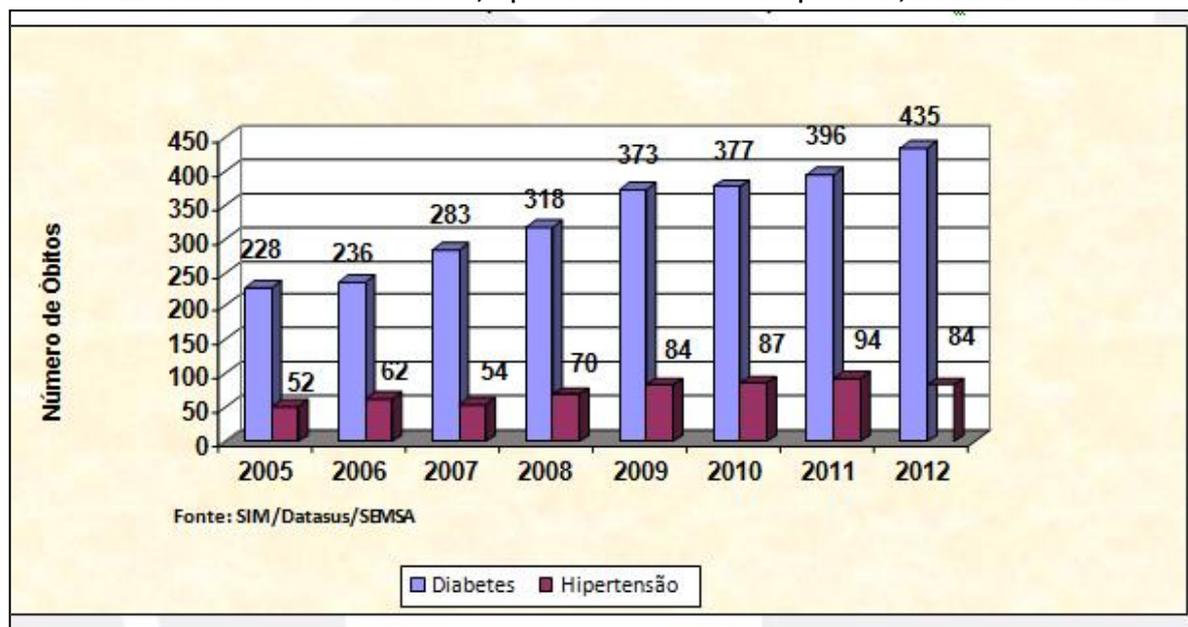


Gráfico 11. Números de Óbitos de Diabetes, Hipertensão e Diabetes com Hipertensão, Manaus 2005 – 2012.



2.7 ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

O envelhecimento populacional não é mais considerado um fenômeno, faz parte da realidade da maioria das sociedades e é um dos maiores desafios contemporâneos da saúde pública. Esse fenômeno que ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, atingiu também os em desenvolvimento. Isso foi possível em resposta à mudança de indicadores de saúde como a redução da taxa de fecundidade, da mortalidade e o aumento da esperança de vida.

Envelhecer é um processo natural inerente a todos os seres humanos que se inicia na concepção e perpassa por todos os dias da vida.

À medida que taxas de fertilidade diminuem, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais devem duplicar entre 2007 e 2050, e seu número atual deve mais que triplicar, alcançando dois bilhões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões. (ONU).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE, censo 2010, no Brasil a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram idosos, com idade maior ou igual a 60 anos, correspondendo a 10,8% da população brasileira (Nunes, E. M. Atenção à Saúde do Idoso, 2012).

Segundo o IBGE, o município de Manaus censo 2010, possuía uma população de 1.802.524 habitantes e destes 108.081 correspondiam à população idosa. Segundo estimativa populacional de 2013 baseada na população idosa de 2010, esse número passou para 118.661 idosos, o que corresponde a 10% da população do município.

A Secretaria Municipal de Saúde, através do Setor de Saúde do Idoso, está implementando a Política Municipal do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, desenvolvendo ações estratégicas no contexto de saúde, proporcionando de forma sistematizada, condições de atenção à saúde do idoso, referenciando vigilância, promoção, assistência, reabilitação e prevenção.

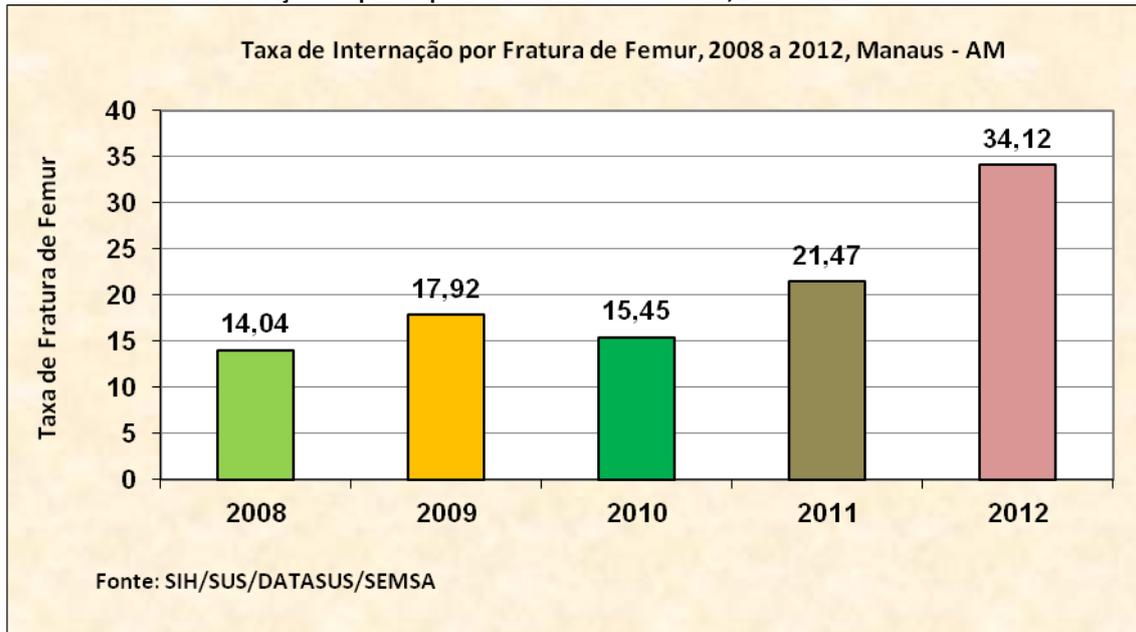
Todas as ações desenvolvidas objetivam a redução do indicador de saúde dessa faixa etária contidos no Pacto pela Vida que é a Taxa de Internação Hospitalar em Pessoas Idosas por Fratura de Fêmur, utilizando-se de instrumentos técnicos como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, importante instrumento de gerenciamento do cuidado para identificação de pessoas frágeis ou em risco de fragilização. Caderno de Atenção Básica de nº 19, que oferece subsídios técnicos específicos aos profissionais da Atenção Primária, referente à Saúde da Pessoa Idosa e formação de Educação Permanente na área do Envelhecimento. Outro processo importante para a redução do indicador é a qualificação do Cuidador Informal para que assista a seus idosos acamados ou com limitação de movimentos de forma adequada.

MONITORAMENTO DO INDICADOR: INTERNAÇÃO POR FRATURA DE FÊMUR

Este indicador foi pactuado até 2011 pelo Pacto pela Vida e tinha como objetivo a redução da internação hospitalar por fratura de fêmur, através da formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa. A Meta Brasil pactuada é a redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur por 10.000 idosos com 60 anos e mais.

A taxa de internação por fratura de fêmur esta apresentada no gráfico 12, demonstrando a necessidade de realizar ações de prevenção de quedas.

Gráfico 12. Taxa de Internação Hospitalar por Fatura de Fêmur. Manaus, 2008 - 2012



A instabilidade deste indicador é corroborada pela série histórica apresentada. O indicador é complexo, instável e depende da mudança de comportamento e aquisição de hábitos saudáveis por parte da população. O fator idade, também contribui, pois, com o aumento desta, aumenta a frequência de alterações de marcha no idoso, o que provoca a queda. Além disso, o estímulo às práticas saudáveis deve passar por todos os ciclos de vida para que se possa obter êxito por ocasião do envelhecimento.

No ano de 2012 o monitoramento de indicadores deixou de ser feito pelo Pacto pela Vida e passou a ser feito pelo COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública).

ACÇÕES DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO PARA A REDUÇÃO DO INDICADOR

- ✓ Implementação das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa.
- ✓ Implementação do Caderno de Atenção Básica Nº19.
- ✓ Oferta de consultas médicas.
- ✓ Consultas de profissionais de Nível Superior.
- ✓ Consultas Especializadas em Oftalmologia.
- ✓ Oferta da Vacina contra Influenza na faixa etária 60 anos e mais.
- ✓ Atenção Domiciliar, através da Assistência Domiciliar aos idosos, visando o cuidado domiciliar, para prevenção de quedas.
- ✓ Promoção de ações educativas para grupos de idosos, para a redução de riscos de quedas e fratura de fêmur.
- ✓ Capacitação de profissionais de saúde, na área de envelhecimento dando ênfase a prevenção de quedas, fratura de fêmur.
- ✓ Capacitação de CUIDADOR informal de idosos para familiares e comunitários nos distritos de saúde.

- ✓ Parceria com SEMED /PROMEAPI/Escolarização de idosos.
- ✓ Parceria com a Fundação Dr. Thomas no Curso Formal de Cuidador de Idosos.

Reafirma-se aqui que um perfil demográfico envelhecido caracteriza-se pelo aparecimento de doenças crônico-degenerativas e no município de Manaus não é diferente e isso implicará na necessidade de reordenamento da atenção e adequação das políticas sociais e de saúde.

A longevidade em nosso município é fato concreto, entretanto, aparecem morbidades que são próprias dessa faixa etária, apresentando perdas funcionais que podem gerar dependência, o que onera muito o sistema de saúde. O atual cenário do envelhecimento vem exigindo da Atenção Primária um redirecionamento da rede de atendimento em Manaus, oferecendo também serviços especializados que proporcionem ao idoso um envelhecimento saudável.

A Secretaria Municipal de saúde facultou a participação de profissionais de nível superior na Especialização em Gerontologia e Saúde do Idoso, onde durante o período de 2008 a 2012, foram capacitados 70 profissionais, para uma melhor compreensão do processo de envelhecimento, atendimento com qualidade e referenciamento dos desvios da saúde dessa população .

É importante e se faz necessária a continuidade da implementação das políticas existentes e implantação de outras que venham beneficiar a população idosa como a que diz respeito às violências a que estão expostos os idosos.

2.8 ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), mais do que uma prioridade, é uma necessidade premente, de modo a intervir de forma organizada e efetiva sobre tais doenças e agravos.

A implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem como objetivo principal reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência coordenada pela atenção básica, de forma qualificada e resolutiva, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de forma ágil e oportuna, buscando articular e integrar todos os equipamentos de saúde.

São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Promoção e prevenção; Atenção Primária - Unidades Básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24h; SAMU 192; Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências; Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas e Atenção domiciliar – Melhor em Casa.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

As pressões sobre os serviços de urgência e emergência têm aumentado em face de mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, por isso muitos países organizaram sistemas para atendimento às urgências e emergências, sob modelos distintos.

No Brasil, o SAMU 192 teve início através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, por solicitação do Ministério da Saúde. Foi criado em 2003 e oficializado pelo Ministério da Saúde por meio do Decreto nº. 5.055, de 27 de abril de 2004, propõe um modelo de assistência padronizado que opera através do acionamento à Central de Regulação das Urgências, com discagem telefônica gratuita e

de fácil acesso (linha 192), com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada. O SAMU 192 é regido no Brasil pela Portaria 1.010 de 21 de maio 2012. Outras Portarias relacionadas são: Portaria 2.971 de 08 de dezembro de 2008, - Instituído as Motolâncias como parte integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 - e a Portaria 358 de 08 de abril de 2012 (SCNES e SIA).

O SAMU 192 é componente da Rede de Atenção às Urgências e tem contribuído para a redução do número de óbitos, do tempo de internação em hospitais e das sequelas decorrentes da falta de socorro no país. Atualmente, atende mais de 137 milhões de pessoas, o que representa uma cobertura de cerca de 70,9% da população (IBGE 2012). O SAMU conta com 181 Centrais de Regulação, presentes em 2.538 municípios. Em todo o país, o Ministério da Saúde já habilitou 2.969 ambulâncias, sendo 2.215 Unidades de Suporte Básico, 557 Unidades de Suporte Avançado e 197 Motolâncias.

No município de Manaus o Serviço de atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, foi criado na Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA pelo Decreto nº 8.324 de 24 de Fevereiro de 2006.

Após o acolhimento e identificação dos chamados, as solicitações são julgadas pelo médico regulador que classifica o nível de urgência de cada uma e define qual o recurso necessário ao seu adequado atendimento, o que pode envolver desde um simples conselho médico até o envio de uma Unidade de Suporte Avançado de Vida ao local ou, inclusive, o acionamento de outros meios de apoio, julgado necessário. Após a avaliação no local, caso o paciente necessite de retaguarda, o mesmo será transportado, de forma segura, até aqueles serviços de saúde que melhor possam atender cada paciente naquele momento, respondendo de forma resolutiva às suas necessidades e garantindo a continuidade da atenção inicialmente prestada pelo SAMU. Por sua atuação, o SAMU constitui-se num importante elo entre os diferentes níveis de atenção do Sistema.

O Programa SAMU 192 Manaus possui na sua Estrutura Física: 01 Central de Regulação, 10 bases descentralizadas (Base Sul, Norte, Oeste, Leste, Centro-Oeste, Centro Sul, Santa Etelvina, Cidade de Deus, Colônia Antônio Aleixo e Fluvial) e 01 Núcleo de Educação.

REDE INSTALADA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA

O quadro de Recurso Humanos do SAMU Manaus que presta atendimento móvel de urgência é composto por: 70 médicos, 66 enfermeiros, 112 técnicos de enfermagem, 100 auxiliares de enfermagem, 152 motoristas socorristas e 60 condutores de motolância. Conta com um total de 56 veículos de socorro assim distribuídos: 07 Unidades de Suporte Avançado - USA, 34 Unidades de Suporte Básico – USB, 05 Motolâncias, 02 Unidades de Suporte Avançado Fluvial - USAF e 08 Unidades de Suporte Básico Fluvial - USBF.

Em Manaus nos últimos 10 meses foram registrados 341.514 chamadas identificadas no sistema 192 e 81.880 atendimentos efetivados por USB e USA.

PROGRAMA SOS VIDA

A Secretaria Municipal de Saúde visando atender as necessidades de atendimento móvel a população de Manaus, renominou através do decreto nº 8.324 de 24 de fevereiro de 2006, art. 3º o Programa SOS Manaus, para SOS SOCIAL, cuja missão consiste em “transportar pessoas em situação de agravo à saúde, sem condição física de locomoção, para realizar consultas e procedimentos em saúde”.

O Serviço de Transporte Sanitário SOS VIDA tem como preocupação estender o atendimento aos usuários considerados crônicos que realizem tratamentos continuados e que não se caracterizem em situação de urgência e emergência, realizando assistência em situações de agravos à saúde através da viabilização de remoções por agendamentos para consultas ambulatoriais e especializadas, prioritariamente dos usuários em situação de vulnerabilidade social.

O serviço possui uma (01) central de regulação anexo ao prédio do SAMU-192 MANAUS, e duas (02) bases descentralizadas: a primeira base inaugurada no dia 16 de março de 2011, na zona Centro-Oeste no bairro da alvorada, e a segunda inaugurada no dia 11 de novembro de 2011, na zona Centro Sul, no bairro do Aleixo. Desenvolve suas atividades diariamente com a comunidade no horário comercial de 07h as 19h através da central telefônica, os usuários são avaliados conforme o grau de complexidade, disponibilidade de veículo e horário do procedimento, de acordo com a necessidade e/ou posteriormente deverá apresentar os documentos e realizar o cadastro pelo serviço social.

2.9 ATENÇÃO ÀS ENDEMIAS

Visa estruturar o sistema de vigilância em saúde, com vistas à redução da morbimortalidade por doenças de transmissão vetorial e de fatores relacionados que possam interferir na saúde da população.

As ações de controle de endemias objetivam fortalecer a capacidade de resposta da vigilância, integrada a atenção à saúde frente às endemias transmitidas por vetores no município de Manaus. Objetivam ainda identificar os fatores favoráveis à manutenção da ocorrência e os que precipitam surtos epidêmicos, sugerindo, recomendando, monitorando e avaliando ações preventivas, de assistência e controle com ênfase na dengue, malária e leishmaniose.

Em 2009 Manaus foi certificada para as ações de vigilância em saúde, o que inclui as endemias, esse é um grande desafio para a SEMSA e tem sido alvo de grandes discussões e planejamentos que buscam dar continuidade a redução apresentada no ano de 2008 para malária, evitar novas epidemias de dengue por outros sorotipos, implantar a vigilância epidemiológica das leishmanioses e manter a população de vetores desses agravos em índices baixos.

III. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA MORBIDADE HOSPITALAR

A caracterização e quantificação dos níveis de morbidade afetando uma população são tarefas essenciais tanto para a vigilância epidemiológica quanto para a elaboração de estratégias para o controle das doenças. A avaliação das internações hospitalares é um instrumento que contribui para a identificação da variedade e da força dos agravos interferindo na saúde da população.

Entretanto, a morbidade hospitalar como indicador da morbidade de uma população apresenta algumas limitações. Por exemplo, diante de uma necessidade de cuidado e frente a uma situação de dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a busca por um atendimento hospitalar vinculado ao SUS ou não, poderá não ocorrer. Em vez disso, a população pode buscar por serviços fora dos limites da rede de saúde estabelecida, enveredando por formas de cuidado alternativas ou automedicação. Deste modo, nem toda situação de morbidade acaba resultando na busca por cuidados médicos na rede formal, portanto não sendo captada pelos sistemas de informação. Apesar dessas limitações, a associação destas informações com outras oriundas de fontes como as de mortalidade, de condições de nascimento ou da

ocorrência de agravos de notificação poderá permitir a composição de um quadro mais realista da situação.

Os dados apresentados a seguir são oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e, portanto, abrangem apenas as internações para as quais foram solicitados recursos do sistema único de saúde. Nesta avaliação, foram consideradas apenas as internações hospitalares de pessoas residentes em Manaus, processadas entre janeiro de 2008 e dezembro de 2012.

Entre os anos de 2008 e 2012 o número total de internações cresceu 13,3%, alcançando um de 109.080 internações no ano 2012, **Tabela 35**. As internações com causas associadas às doenças do aparelho respiratório apresentaram o maior crescimento absoluto de um ano para o outro (+5.295), e também, foram a segunda causa com maior crescimento proporcional (+76,7%).

Em 2008, os cinco grupos de causas de internações com maior frequência foram responsáveis por 65,5% das ocorrências. Esses grupos em ordem decrescente de frequência foram: (1) gravidez, parto e puerpério; (2) doenças do aparelho digestivo; (3) algumas doenças infecciosas e parasitárias; (4) doenças do aparelho respiratório; e (5) doenças do aparelho circulatório. Em 2012, essa concentração aumentou para 71,1% com causas de internações mais frequentes assim ordenadas: (1) gravidez, parto e puerpério; (2) doenças do aparelho digestivo; (3) doenças do aparelho respiratório; (4) algumas doenças infecciosas e parasitárias; e (5) lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Entre 2008 a 2012, merece destaque o crescimento das lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas no total de internações (+52,8%), uma evidência do acirramento dos casos de violência na cidade. Observando apenas as internações relacionadas com causas externas, o grupo de maior frequência foi a dos eventos cuja intenção é indeterminada, o qual cresceu +73,6% no período, **Tabela 36**. Especula-se ainda que, possivelmente muitos casos de agressão e outras violências possam não ter sido adicionados a essa categoria em razão da falta de informações ou erros de classificação no ato da internação.

Entre 2008 e 2012, as principais **causas de internação de mulheres** foram em razão de gravidez, parto e puerpério com 52,8% (167.209/316.612) do total de internações. Excluído este grupo de causas as internações em ordem decrescente de frequência foram motivadas por: (1) doenças do aparelho digestivo (17,2%); (2) doenças do aparelho respiratório (14,5%); (3) algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,4%); e as neoplasias (tumores) (10,5%), **Tabela 37**. Considerando apenas o ano de 2012, o grupo de gravidez, parto e puerpério manteve-se como o de maior frequência, sendo responsável por 52,4% das internações. Feita sua exclusão, as causas restantes de internação assumiram a seguinte ordenação: (1) as doenças do aparelho digestivo (19,4%); (2) doenças do aparelho respiratório (15,7%); (3) doenças do aparelho geniturinário (11,4%); e (4) algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,8%).

Entre 2008 e 2012, as principais **causas de internação de homens** foram: (1) doenças do aparelho digestivo (15,7%); (2) das doenças do aparelho respiratório (15,5%); (3) algumas doenças infecciosas e parasitárias (13,5%); e (4) doenças do aparelho circulatório (11,5%), **Tabela 38**. Considerando apenas o ano de 2012, as doenças do aparelho respiratório foram o principal grupo de causas de internação (17,6%), seguido das doenças do aparelho digestivo (16,4%), das lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (14,3%) e algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,1%).

Comparando as causas de internação de homens e mulheres (excluídas as em razão de gravidez, parto e puerpério) entre 2008 e 2012, algumas diferenças são observáveis. Por exemplo, é grande a diferença de participação das causas de internação em razão de lesões, envenenamentos e algumas

outras consequências de causas externas. Entre os homens, essas causas responderam por 11,3% das internações enquanto entre as mulheres esse percentual foi de apenas 5,2%. Desagregando as internações por faixas etárias, observa-se que nas faixas etárias 10 a 19 anos e 20 a 49 anos as causas predominante de internação entre os homens ainda foram as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, (18,3%) e (21,3%) respectivamente. Entre as mulheres a situação é bem diferente, na faixa etária de 10 a 19 anos a causa predominante de internações foram algumas doenças infecciosas e parasitárias (18,8%), e na faixa etária de 20 a 49 anos em razão de doenças do aparelho digestivo (26,1%).

As taxas de mortalidade hospitalar tiveram um aumento de 19,1% entre 2008 e 2012, com os maiores percentuais de aumento registrados nas faixas etárias de 10 a 14 anos e entre os menores de 1 ano. Na primeira faixa etária, as taxas aumentaram de 0,61 para 0,80 óbitos por 100 internações (+75%), e na segunda de 1,58 para 2,15 óbitos por 100 internações (+36%) **Tabela 39**. No ano de 2012, entre os menores de 01 ano, o maior número de óbitos hospitalares foi resultante de internações por alguma doença infecciosa e parasitária e totalizaram 63 casos (35,6% do total de óbitos na faixa etária). No mesmo grupo etário, as afecções originadas no período perinatal apresentaram 39 casos (20,3% do total de óbitos na faixa etária), **Tabela 40**.

Tabela 35 - Número de internações segundo o ano e capítulo da CID-10. Manaus, 2008 - 2012.

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias.	8.570	8.139	7.966	10.423	8.378
II. Neoplasias (tumores).	6.273	6.194	6.596	5.997	4.626
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários.	477	445	457	461	437
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.	1.243	1.349	1.451	1.638	2.397
V. Transtornos mentais e comportamentais.	684	738	788	645	668
VI. Doenças do sistema nervoso.	1.508	1.493	1.477	2.037	1.971
VII. Doenças do olho e anexos.	29	34	233	192	80
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide.	105	122	120	152	108
IX. Doenças do aparelho circulatório.	6.728	6.549	6.485	7.318	7.502
X. Doenças do aparelho respiratório.	6.908	9.084	10.746	11.337	12.203
XI. Doenças do aparelho digestivo.	9.322	10.125	10.351	12.048	12.940
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo.	674	954	1.154	1.554	1.968
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.	1.446	1.431	1.260	1.012	766
XIV. Doenças do aparelho geniturinário.	4.141	4.927	4.620	6.098	6.201
XV. Gravidez, parto e puerpério.	31.573	31.318	32.961	35.154	36.203
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal.	5.394	1.898	2.101	2.257	2.158
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas.	682	692	678	764	768
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais.	862	425	480	562	669
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências causas externas.	4.531	4.607	4.670	6.922	7.831
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade.	22	31	28	48	35
XXI. Contatos com serviços de saúde.	5.073	1.930	1.267	1.175	1.171
TOTAL	96.245	92.485	95.889	107.794	109.080

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

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Tabela 36 - Número de internações por causas externas segundo grande grupo de causas. Manaus, 2008 - 2012.

Grande grupo de causas	2008	2009	2010	2011	2012
V01-V99 Acidentes de transporte	1.077	1.138	1.412	1.872	1.699
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentadas	189	237	263	603	235
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	4	17	6	29	3
X85-Y09 Agressões	7	14	77	262	209
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	3.094	2.931	2.742	3.853	5.374
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	-	10	-	1	1
Y40-Y84 Complicações assistência médica e cirúrgica	42	62	148	236	243
Y85-Y89 Sequelas de causas externas	11	11	18	20	22
Y90-Y98 Fatores suplementares relacionadas outras causas	15	14	32	94	80
S-T Causas externas não classificadas	114	204	-	-	-
TOTAL	4.553	4.638	4.698	6.970	7.866

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

Tabela 37 - Proporção de internações de mulheres por faixa etária segundo o capítulo da CID-10 (excluídas as internações por gravidez, parto e puerpério). Manaus, 2008 - 2012.

Capítulo CID-10	0 a 9	10 a 19	20 a 49	50 ou +	Total
XI. Doenças do aparelho digestivo.	8,4	18,0	26,1	17,0	17,2
X. Doenças do aparelho respiratório.	31,4	11,4	3,9	8,5	14,5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias.	19,5	18,8	8,8	7,2	12,4
II. Neoplasias (tumores)	2,9	10,7	16,1	12,5	10,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3,5	10,1	17,2	10,3	10,3
IX. Doenças do aparelho circulatório.	0,2	2,1	7,3	21,6	8,9
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal.	16,4	0,6	0,2	0,6	5,5
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências causas externas.	2,3	8,2	6,5	6,2	5,2
XXI. Contatos com serviços de saúde.	6,5	3,8	1,9	0,8	3,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.	1,6	1,6	1,6	5,0	2,6
VI. Doenças do sistema nervoso.	1,0	2,2	1,8	4,8	2,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo.	2,5	3,1	1,0	0,8	1,6
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.	0,4	2,5	1,9	2,1	1,5
V. Transtornos mentais e comportamentais.	0,0	1,0	2,8	0,6	1,1
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas.	1,6	2,1	0,8	0,3	1,0
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais.	0,8	1,3	1,0	0,9	1,0
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários.	0,5	1,7	0,8	0,5	0,7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide.	0,3	0,5	0,1	0,0	0,2
VII. Doenças do olho e anexos.	0,0	0,2	0,2	0,2	0,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade.	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
TOTAL	100	100	100	100	100

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

Tabela 38 - Proporção de internações de homens por faixa etária segundo o capítulo da CID-10. Manaus, 2008 - 2012.

Capítulo CID-10	0 a 9	10 a 19	20 a 49	50 ou +	Total
XI. Doenças do aparelho digestivo.	9,7	15,9	20,8	16,6	15,7
X. Doenças do aparelho respiratório.	34,3	9,6	5,8	7,7	15,5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias.	19,3	15,4	12,6	7,9	13,5
IX. Doenças do aparelho circulatório.	0,3	2,8	9,0	28,2	11,5
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências causas externas.	3,2	18,3	21,3	7,2	11,3
II. Neoplasias (tumores).	3,4	12,0	8,7	9,5	7,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário.	4,5	6,3	5,0	7,4	5,7
XXI. Contatos com serviços de saúde.	6,5	3,6	2,0	0,8	3,2
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal.	8,8	0,5	0,3	0,7	3,0
VI. Doenças do sistema nervoso.	1,1	1,8	2,0	4,9	2,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.	1,5	1,0	1,5	4,2	2,3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo.	2,8	3,6	2,1	1,0	2,1
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.	0,5	2,9	3,7	1,5	2,0
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas.	2,4	2,3	0,5	0,2	1,1
V. Transtornos mentais e comportamentais.	0,0	0,9	2,5	0,5	1,0
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais.	0,5	0,9	1,0	1,0	0,9
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários.	0,6	1,3	0,7	0,5	0,7
VII. Doenças do olho e anexos.	0,0	0,2	0,3	0,2	0,2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide.	0,4	0,3	0,1	0,0	0,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade.	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
TOTAL	100	100	100	100	100

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

Tabela 39 - Taxa mortalidade por faixa etária. Manaus, 2008-2012

Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012
Menor de 1a	1,58	1,73	1,74	1,83	2,15
1 a 4a	0,68	0,73	0,70	0,66	0,56
5 a 9a	0,70	0,76	0,86	0,60	0,78
10 a 14a	0,61	0,90	1,03	0,80	1,07
15 a 19a	0,42	0,70	0,73	0,73	0,56
20 a 29a	0,91	0,84	0,83	0,93	0,87
30 a 39a	1,60	1,95	2,04	1,95	1,94
40 a 49a	4,11	4,12	4,75	5,03	4,59
50 a 59a	6,08	6,76	6,39	7,16	6,96
60 a 69a	8,08	8,39	8,41	10,1	8,62
70 a 79a	11,85	11,07	11,75	13,6	12,82
80 e + a	16,78	19,76	18,82	20,67	19,73
Total	2,82	3,12	3,07	3,43	3,36

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

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Tabela 40 - Número óbitos hospitalares entre os menores de 01 ano segundo o ano e capítulo da CID-10. Manaus, 2008 - 2012.

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias.	43	39	56	49	63
II. Neoplasias (tumores).	05	03	01	05	03
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários.	-	-	01	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.	01	-	02	01	01
VI. Doenças do sistema nervoso.	01	01	02	01	-
IX. Doenças do aparelho circulatório.	02	05	02	05	01
X. Doenças do aparelho respiratório.	13	26	22	28	36
XI. Doenças do aparelho digestivo.	11	09	14	20	21
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo.	-	-	-	-	01
XIV. Doenças do aparelho geniturinário.	01	-	-	02	-
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal.	26	21	21	20	39
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas.	09	04	05	07	08
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais.	04	01	02	03	02
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências causas externas.	-	-	01	02	02
XXI. Contatos com serviços de saúde.	01	-	-	01	-
TOTAL	117	109	129	144	177

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

MORTALIDADE

A Cidade de Manaus apresenta um perfil epidemiológico onde observar-se a redução das doenças infecciosas e parasitárias e o crescimento das doenças e agravos crônicos degenerativos. Algumas doenças infecciosas têm apresentado tendência histórica de queda da incidência e/ou da letalidade. Isso é decorrente de ações como a imunização, a vigilância e o controle de doenças, ampliação do acesso aos serviços de saúde, ações de prevenção, como o pré-natal, entre outras. Mesmo com os avanços muitas doenças têm permanecido em níveis insatisfatórios, mostrando limites no seu controle, em grande parte em decorrência de transformações e adaptações dos agentes, hospedeiros e ambientes.

Para o perfil de mortalidade da população utilizou-se os dados do Sistema de Informação de mortalidade (SIM). Entre 2002 e 2012, o número absoluto de óbitos no município de Manaus passou de 6.621 óbitos para 9.316 com aumentou em 38%, a taxa bruta de mortalidade passou de 4,5 óbitos por cada mil habitantes para 5,0 respectivamente. Considera-se que esse aumento tenha influência na melhoria da captação dos óbitos no período. Quando avaliados por sexo observamos que a proporção de óbitos do sexo masculino foi sempre maior que os do sexo feminino nesse período, conforme Tabela 41.

Tabela 41 - Indicadores de Mortalidade. Manaus, 2002 -2012.

Indicadores de Mortalidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa Bruta de mortalidade (óbito/mil hab.).	4,5	4,4	4,4	4,3	4,3	4,3	4,7	4,7	4,6	4,9	5,0
% Óbitos masculinos.	59,3	59,4	59,9	58,4	59,1	58,0	58,5	59,1	60,0	60,9	59,6
% Óbitos femininos.	40,5	40,6	40,0	41,5	40,8	41,8	41,5	40,9	39,9	39,0	40,2
% Óbitos por causas mal definidas.	18,2	18,7	16,7	16,0	14,6	12,8	12,2	12,5	10,8	11,1	11,5
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos	22,8	21,2	17,0	17,7	16,9	15,9	15,8	14,9	13,7	13,4	13,4
Total de óbitos infantis	869	796	628	674	656	596	603	591	541	545	561
Total de óbitos	6.730	6.721	6.878	7.055	7.290	7.429	8.056	8.155	8.363	9.015	9.316

Fonte: Ministério da Saúde – SIM/SEMSA/MAO (Considerando apenas óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC – Dados de 2012 são preliminares).

A tabela abaixo representa a evolução da mortalidade por faixa etária, onde observa-se que os óbitos em menores de um ano vêm diminuindo cerca de 47% entre 2002 e 2012, seguindo uma tendência observada desde o início do período. Essa redução é também verificada na faixa etária de 01 a 09 anos. Na faixa etária de 20 a 29 anos observa-se um aumento de 31% no período, óbitos decorrentes de causas externas na maioria e no grupo de idosos (60 anos e mais) a proporção de mortes aumentou de 44,1%, em 2002, para 49,1%, em 2012 com um aumento de 11,3%.

Tabela 42 - Taxa Mortalidade proporcional por faixa etária de óbito. Manaus, 2002-2012.

Faixa Etária	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Menor de 1a	12,9	11,8	9,1	9,6	9,0	8,0	7,5	7,2	6,5	6,0	6,0
1 a 9a	3,0	3,1	3,0	2,5	3,0	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0	1,7
10 a 19a	3,8	4,1	3,5	3,4	3,6	3,6	3,4	3,7	3,8	4,5	4,0
20 a 29a	7,1	8,0	7,7	7,9	8,5	8,4	8,9	8,7	9,3	9,1	9,3
30 a 59a	28,8	27,7	29,3	29,2	28,9	29,8	29,6	29,6	30,8	29,0	29,6
60 e + a	44,1	45,0	47,0	47,5	46,9	47,6	48,3	48,4	47,3	49,1	49,1
Idade ignorada	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Total	100										

Fonte: SIM/SEMSA – MAO

MORTALIDADE POR NEOPLASIAS

Observa-se comportamento crescente da mortalidade por neoplasias no período de 2002 a 2012. No ano de 2002 o coeficiente de mortalidade foi de 64,5 por 100.000 habitantes e em 2012 de 97,4 por 100.000 habitantes, situando-se como primeira causa de óbito no município em 2012. No ano 2012, os óbitos por neoplasias de estômago, brônquios e pulmões, colo do útero, mama e próstata apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade na população geral.

MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO

As doenças do aparelho circulatório representam grande risco de morte, representando um dos maiores coeficientes de mortalidade no período 2002 a 2012 no município. Observa-se que o coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no ano de 2002 foi de 70,8 óbitos por 100 mil habitantes e de 86,0 por 100 mil habitantes em 2012, apresenta um aumento da participação desse grupo

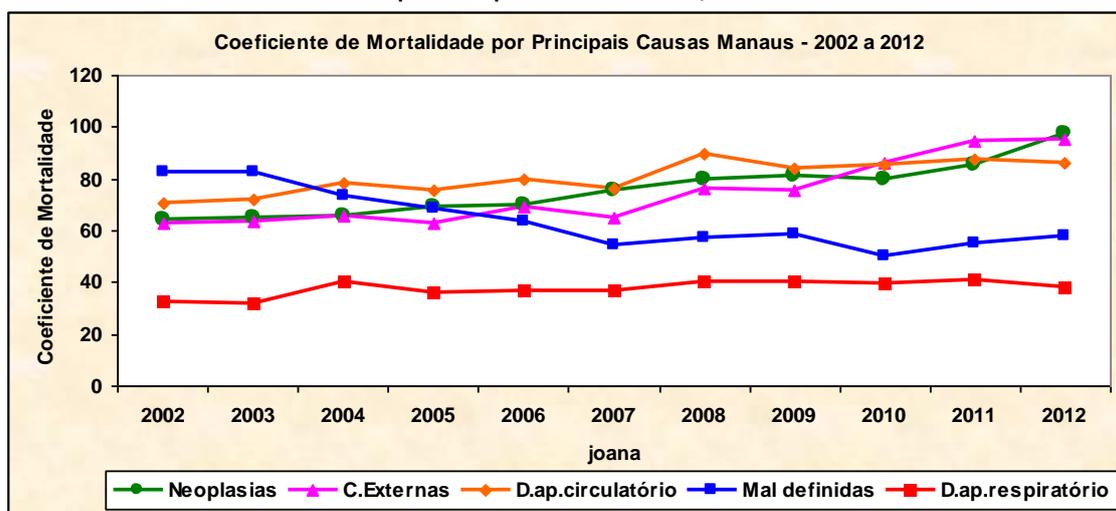
de 21,5%. No ano de 2012 este grupo ocupou o terceiro lugar entre as causas de óbito por grupo de causa.

MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

No ano de 2002 ocorreram 933 óbitos por causas externas com o coeficiente de 62,7 por 100.000 hab., em 2012, foram 1.771 óbitos com o coeficiente de 95,1 por 100.000 hab., revelando um aumento de 51,7% no período.

Os homicídios se destacam com coeficiente de mortalidade de 25,9 óbitos por 100.000 hab. em 2002 e 56,4 por 100.000 hab. em 2012, apresentando um aumento de 117,8% se comparado ao ano de 2002. Os acidentes de transporte apresentaram uma redução de 1,8%.

Gráfico 13. Coeficiente de Mortalidade por Principais Causas. Manaus, 2002-2012.



CAUSAS ESPECÍFICAS DE ÓBITO

No gráfico abaixo são apresentados coeficientes de mortalidade de alguns agravos selecionados. Em Manaus as causas externas ocuparam a segunda posição dentre as causa de óbito por capítulo em 2012, destacando-se os homicídios como responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade afetando principalmente os jovens do sexo masculino.

Gráfico 14. Taxas Específicas de Mortalidade por Causas. Manaus, 2002-2012.

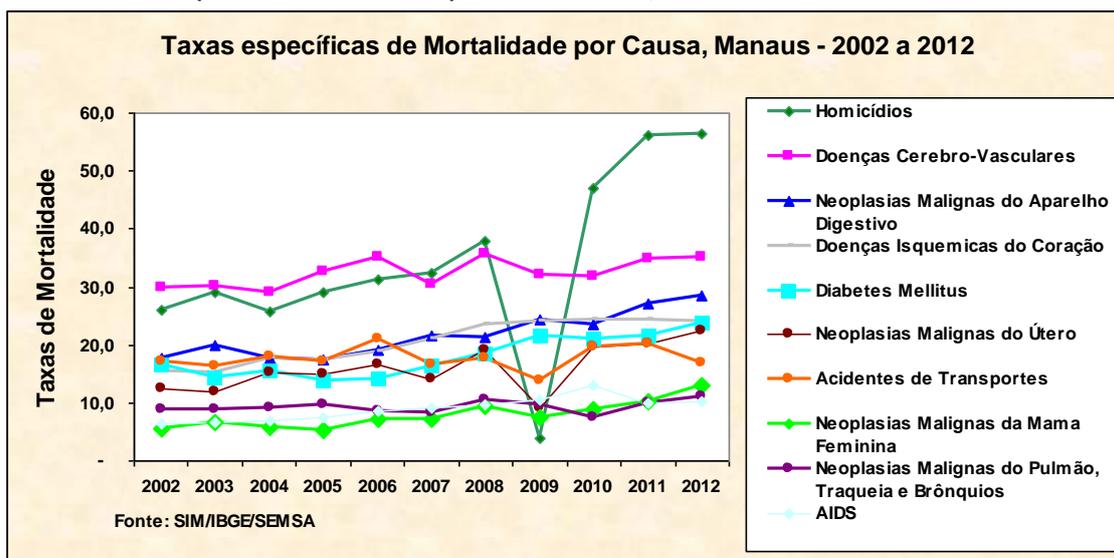


Tabela 43 - Taxa Especifica de Mortalidade por Causa. Manaus, 2002-2012.

Mortalidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Acidentes de Transportes	17,1	16,3	18,1	17,1	20,9	16,5	17,6	13,8	19,5	20,3	16,8
Afecções Perinatais.	13,5	12,1	8,0	8,6	8,6	8,2	8,3	8,4	6,7	6,6	6,5
AIDS	6,4	6,7	6,8	7,6	8,5	9,1	9,7	10,4	13,1	9,9	10,2
Causas Mal definidas.	82,3	82,5	73,2	68,5	63,4	54,8	57,6	58,8	50,0	54,8	58,2
Cirroses Hepáticas	6,0	6,0	5,7	5,0	5,5	5,2	4,7	4,0	4,1	4,4	4,6
Diabetes Mellitus.	16,5	14,5	15,6	13,9	14,0	16,3	18,6	21,5	20,9	21,6	23,7
Doenças Cerebrovasculares.	30,0	30,1	28,9	32,7	35,1	30,5	35,8	32,2	31,7	34,9	35,1
Doenças Isquêmicas do Coração.	15,4	15,1	17,6	17,3	18,7	21,1	23,5	24,0	24,2	24,3	24,0
Homicídios.	25,9	29,0	25,8	29,0	31,3	32,3	38,0	43,0	47,0	56,0	56,4
Neo Malignas do Pulmão, Traqueia e Brônquios.	8,9	8,9	9,0	9,6	8,6	8,4	10,4	9,8	7,4	9,9	11,0
Neoplasias Malignas da Mama Feminina.	5,4	6,6	5,7	5,2	7,3	7,2	9,3	7,6	8,9	10,3	12,9
Neoplasias Malignas da Próstata.	8,0	6,2	5,4	8,9	7,7	6,9	10,5	6,5	7,5	9,9	8,8
Neoplasias Malignas do Aparelho Digestivo.	17,7	19,8	17,8	17,5	19,2	21,7	21,2	24,2	23,4	27,0	28,6
Neoplasias malignas do útero.	12,5	12,0	15,2	14,8	16,5	14,1	19,1	19,2	19,6	20,2	22,5
Suicídios.	3,3	4,0	4,3	3,2	3,8	4,1	5,4	3,9	4,8	5,0	5,0

Fonte: SIM/SINASC – (Exceto Afecções perinatais, calculadas por 1.000 nascidos vivos).

Obs: dados de 2012, sujeitos a revisão.

RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

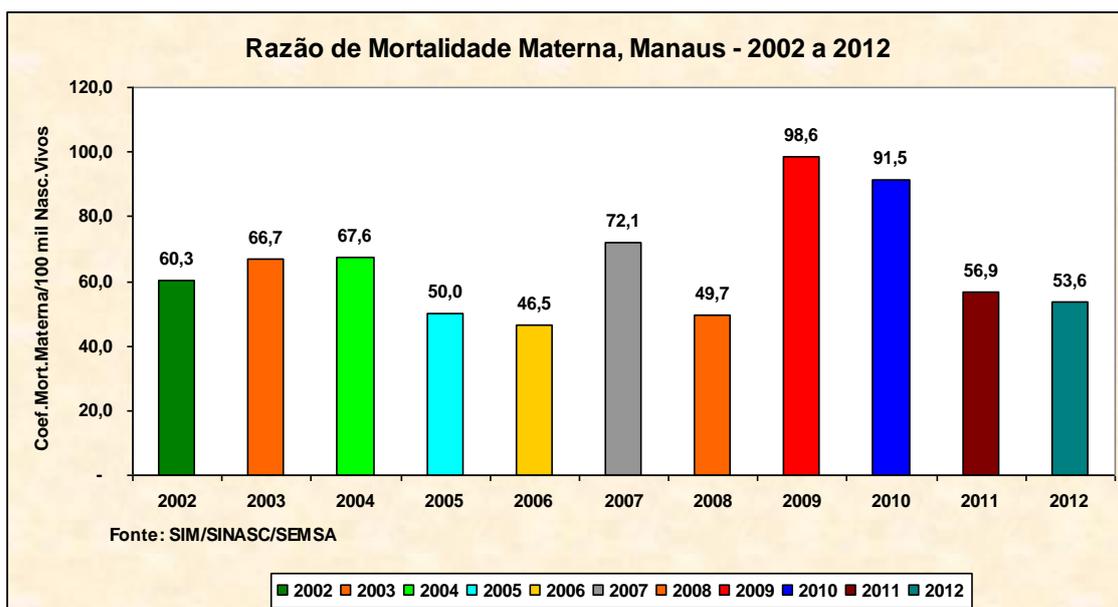
Entende-se como mortalidade materna o conjunto de mortes devidas as complicações de gravidez, parto e puerpério e aborto. É um indicador que reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de

saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.

A redução da mortalidade materna é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a Razão de Mortalidade Materna é considerada alta quando atinge patamares a partir de 50 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Analisando o período de 2002 a 2012 (Gráfico 15) podemos verificar oscilações na razão da mortalidade materna - RMM. Em 2009 houve um aumento da RMM no município em função do número de gestantes e puérperas acometidas pela Influenza A (H1N1) somando um total de 39 óbitos maternos e uma RMM de 98,6 óbitos/1000.000 NV. Em 2010 o número de óbitos maternos foi de 36 óbitos e uma razão de 91,5 óbitos/1000.000 Nascidos Vivos, no entanto, este aumento pode estar relacionado a um esforço do município para melhorar a captação e investigação dos óbitos maternos. Quando comparados os anos de 2010 com 2012 observa-se uma redução de 41,4% na RMM. O índice aceitável pela Organização Mundial de Saúde é de 20 mortes maternas por cem mil nascidos vivos. No Município, este indicador vem oscilando no período, mas ficando sempre acima do preconizado pela OMS, medindo em 2012 50,6 óbitos/1000.000 Nascidos Vivos.

As principais causas dos óbitos maternos em Manaus são as doenças hipertensivas específicas da gravidez, infecções, hemorragias e complicações pós-aborto.

Gráfico 15. Razão de Mortalidade Materna. Manaus, 2012.



3.2 PERFIL DE MORBIDADE

A notificação de doenças e agravos transmissíveis tem sido uma das principais ferramentas de que dispõe o serviço de saúde para controle da cadeia de transmissão de doenças além da identificação de novas, as emergentes e também as reemergentes. Na série histórica das DNC informadas observa-se um aumento no número das notificações realizadas, em 2007 foram confirmados 13.570 casos suspeitos de doenças transmissíveis, saltando em 2013 para 41.760 casos.

Na tabela 44 estão descritos os dez principais casos confirmados de doenças e agravos no município.

Tabela 44 - Frequência de doenças e agravos confirmados. Manaus, 2007 – 2013.

Doença/Agravo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1º Dengue	1.685	7.211	606	3.523	50.934	3.347	12.673
2º Conjuntivite não Especificada	511	540	1.722	1.884	7.887	11.431	8.558
3º Varicela	3.418	3.055	2.559	5.106	6.441	2.122	4.899
4º Tuberculose	1.338	1.490	1.589	1.607	1.586	1.801	1.590
5º Hepatites Virais	526	816	1.208	864	1.170	709	727
6º Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.	22	90	656	782	1.347	1.487	1.154
7º AIDS	429	572	680	726	722	709	729
8º Leishmaniose Tegumentar Americana	951	647	448	283	832	644	437
9º Hanseníase	378	309	326	288	272	234	200
10º Acidentes por Animais Peçonhentos	138	150	342	90	162	347	344

Fonte: SINAN/ DGASS/SEMSA

Obs: dados em 25/11/2013, sujeitos a revisão.

3.2.1 MALÁRIA

No ano de 2010, o estado do Amazonas notificou 74.130 casos de malária (73.291 autóctones), correspondendo a 22,7% do total de casos notificados da Amazônia Legal. Em comparação com 2009, o estado apresentou decréscimo de 27,6%.

Em 2010, 15 municípios do estado estavam entre os municípios que contribuíram com 80% dos casos de malária na Amazônia Legal, entre eles Manaus.

A malária, doença endêmica no município, tem se constituído como sério problema de saúde pública em Manaus desde meados da década de 90, com registros de epidemias em 1993, 1997 e em 1999, com ocorrência de 23.961 casos de malária. Em 2001 foram registrados 5.048 casos com redução na ordem de 72,5% dos casos quando comparado ao igual período de 2000. Em 2003, foram registrados 68.373 casos, ocorrendo um incremento da malária de 431% em comparação ao ano de 2002 (15.865 casos registrados).

Em 2004 no município de Manaus perpetuaram-se as ocupações desordenadas, invasões que se concentraram nas zonas Oeste, Norte e Leste, que juntamente com as alterações climáticas, contribuíram para a ocorrência de uma nova epidemia, com o registro de 54.701 representando um incremento de 352,3% dos casos notificados, quando comparado ao igual período de 2002. Em 2005 o incremento foi de 387,7% em relação ao ano de 2002 e de 110,1% em comparação ao ano de 2004.

Em 2006 e 2007 o número de casos apresenta uma queda apesar de ainda ter em média 3000 casos/mês.

Manaus apresentou considerável redução do número de casos e sustentabilidade de resultados no decorrer dos últimos anos. O Plano Plurianual de Combate a Malária tem contribuído efetivamente para o controle, uma vez que está baseado em ações intersetoriais e interinstitucionais. Em 2008 houve uma redução de 51% comparada a 2007; Em 2009 houve uma redução de 17% dos casos; Em 2010 e 2011 a redução foi de 5% e em 2012 foi de 36% conforme gráfico 16.

Nos últimos 05 anos foram notificados 76.585 casos de malária (entre Vivax e Falciparum), com uma média de 08 casos a cada 1000 habitantes (calculado baseado no número de casos anual) destes, apenas 14 evoluíram para óbito, apresentando uma taxa de letalidade de 0,007%.

Gráfico 16. Casos de Malária. Manaus, 2008 – 2012

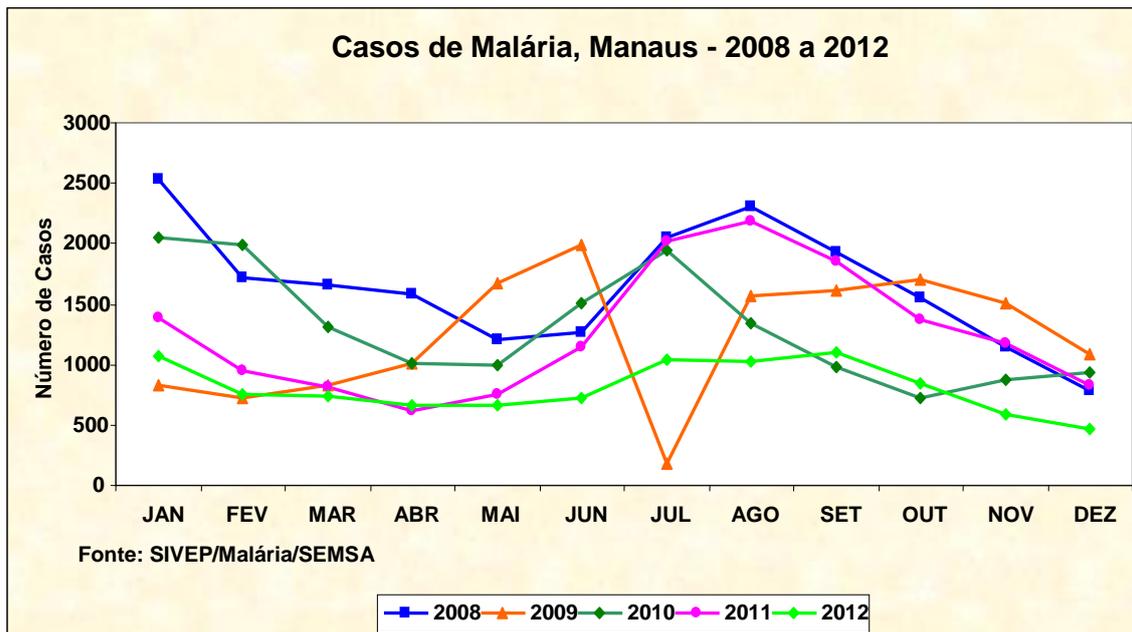
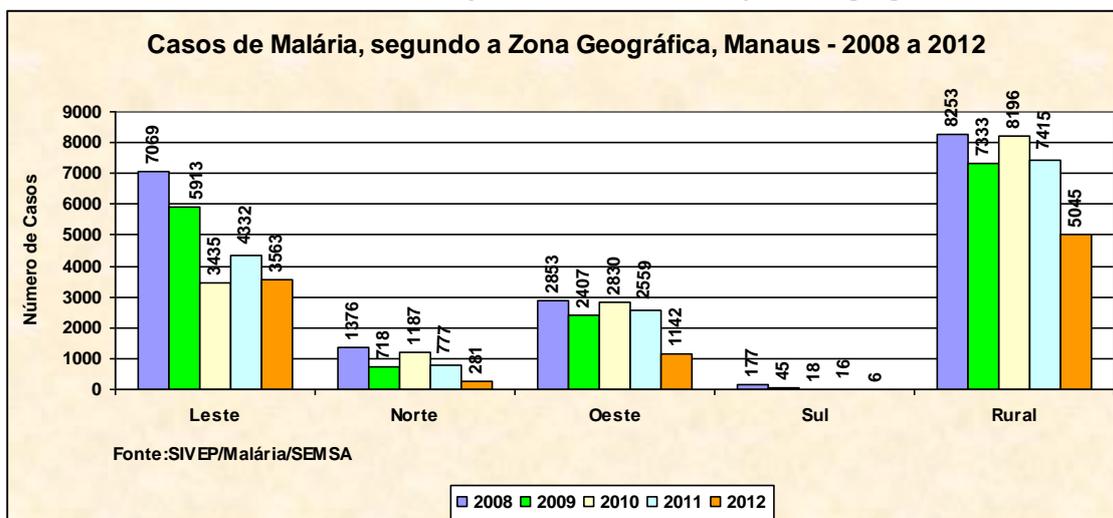


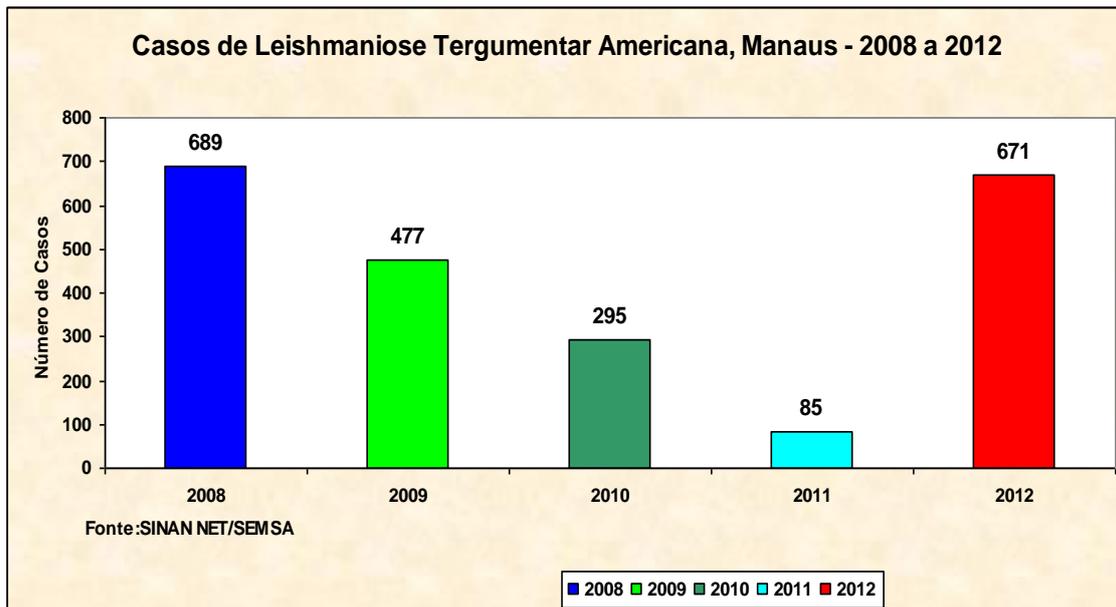
Gráfico 17. Malária em Manaus: distribuição de casos autóctones por Zona geográfica, 2008 - 2012.



3.2.2 LEISHAMANOSE TEGUMENTAR AMERICANA

A leishmaniose tegumentar americana notificou nos últimos 05 anos 2.986 casos, sendo que em 2009 a 2010 ocorreu uma redução de 57% comparada ao mesmo período de 2008. No ano de 2011 registrou-se um aumento no número de casos, com acréscimo de 189% comparado ao mesmo período de 2009. Destes casos notificados, 2.683 foram confirmados laboratorialmente e 303 casos por critério clínico epidemiológico.

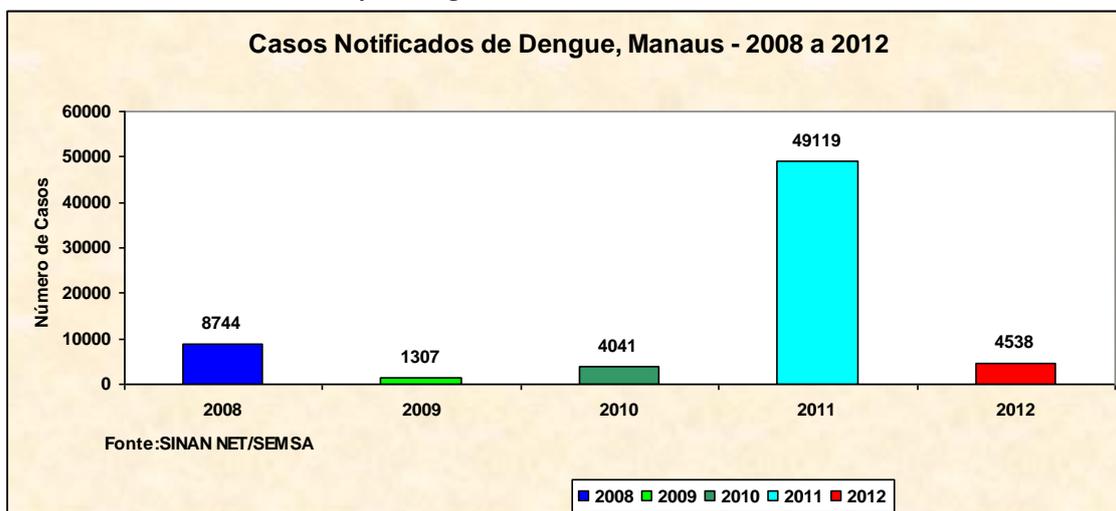
Gráfico 18. Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana. Manaus, 2008-2012.



3.2.3 DENGUE

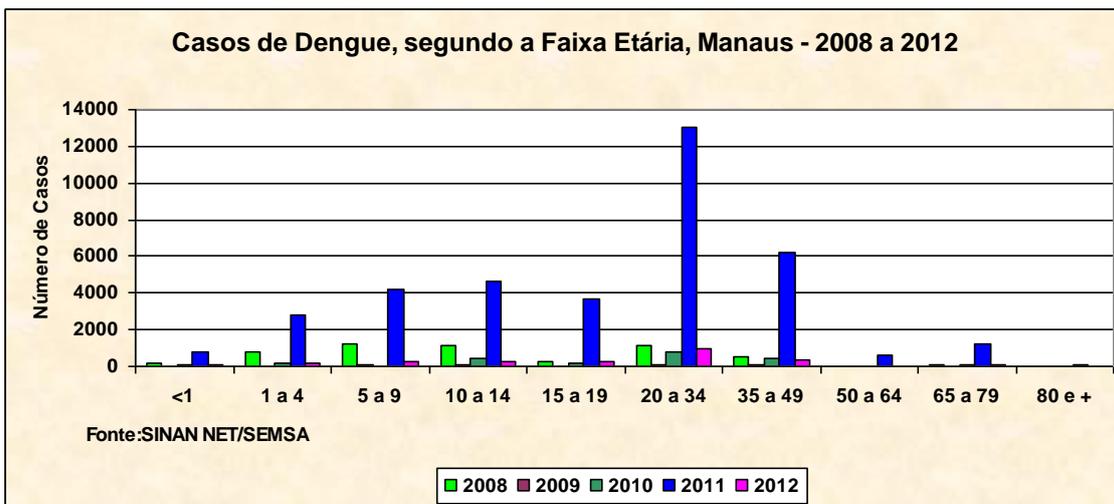
A Dengue em Manaus apresentou em 2009 uma redução de 85% em comparação a 2008, porém em 2011 o município sofreu a maior epidemia por dengue dos últimos anos, registrando um aumento de 1.112%, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 19. Casos Notificados por Dengue. Manaus, 2008 -2012.



Conforme gráfico abaixo a faixa etária mais acometida é a de 20 a 49 anos, o que representa a população mais ativa no mercado de trabalho, prejudicando suas atividades durante o período da doença.

Gráfico 20. Casos de Dengue segundo Faixa Etária. Manaus, 2008 - 2012.



3.2.4 FEBRE HEMORRÁGICA DO DENGUE

Segundo gráfico 21 o número de casos da doença tem apresentado aumento desde 2011 registrando no ano 95 casos e 49 complicações por dengue. Dos casos com complicações registrou-se 17 óbitos. Em 2012 observou-se uma redução nos casos de dengue hemorrágica de 84% e nos casos complicados 93%, e o número de óbitos reduziu para apenas 03 casos conforme gráfico 22.

Gráfico 21. Casos de Dengue segundo forma clínica. Manaus, 2008 – 2012.

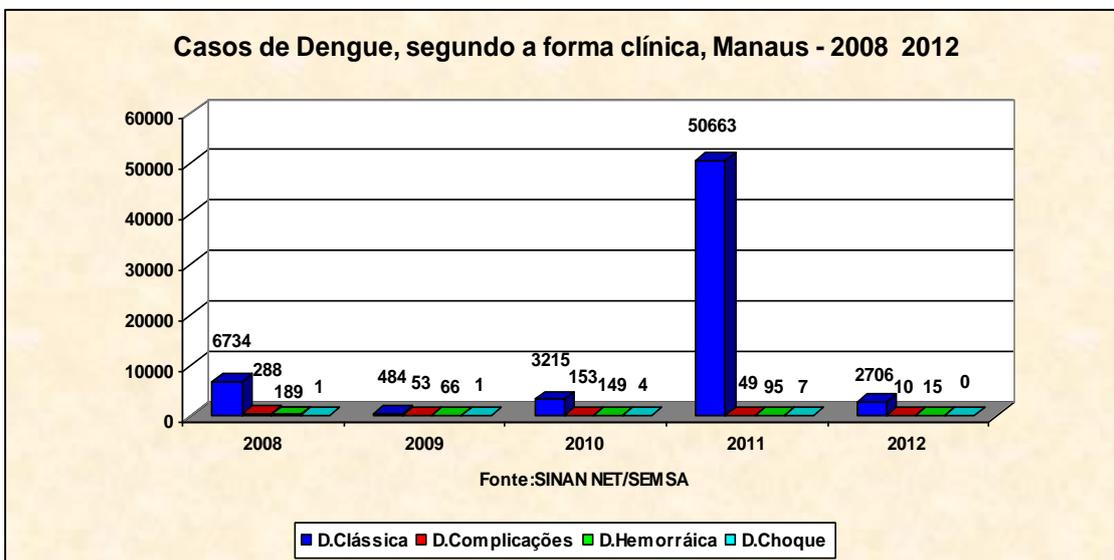
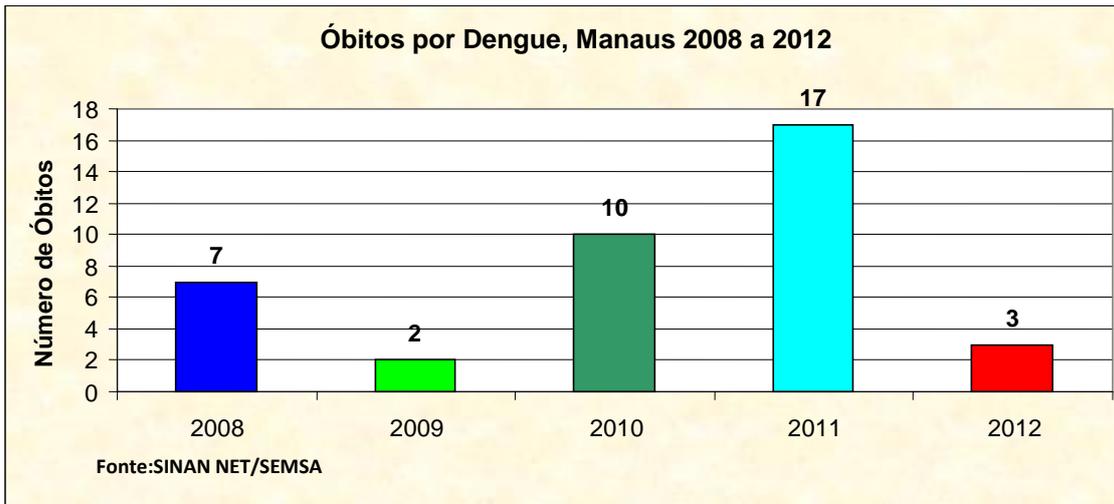


Gráfico 22. Óbitos por Dengue. Manaus 2008 – 2012.



3.2.5 MENINGITE

A maior taxa de incidência foi no ano de 2008 - 9,9 casos por 100.000 habitantes seguido do ano de 2009 com 7,3 casos por 100.000 habitantes, entretanto, os anos de 2010 e 2011 obtiveram as menores taxas. Apesar disto o ano de 2012 já apresenta aumento comparado ao ano anterior (gráfico 24).

Gráfico 23. Percentual de Casos confirmados de Meningite por faixa etária. Manaus, 2008-2012.

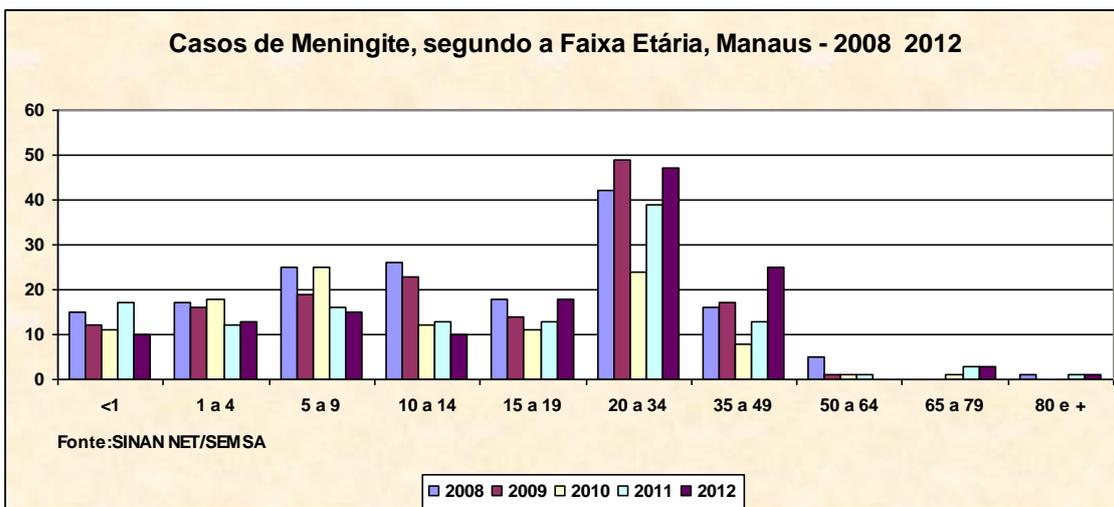
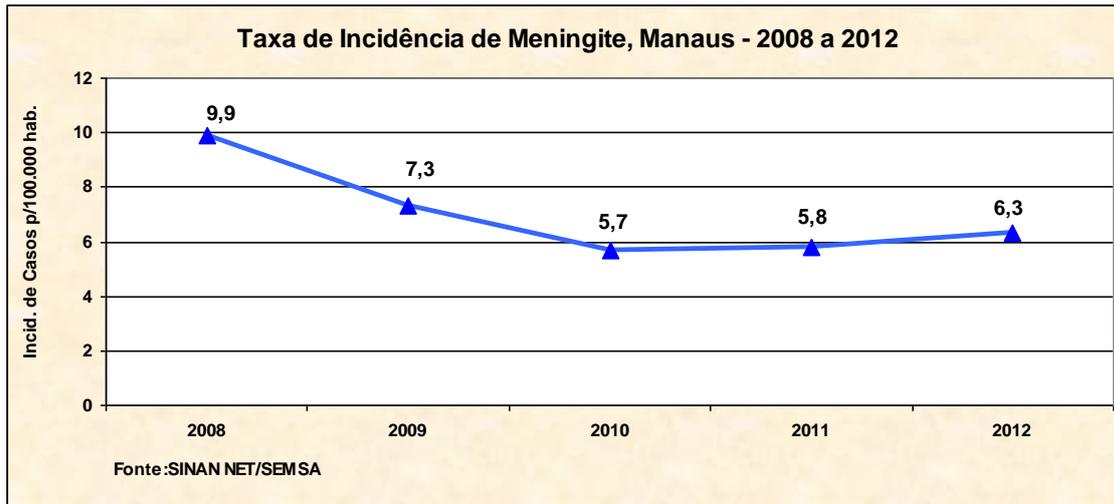


Gráfico 24. Taxa de Incidência de Meningite. Manaus, 2008-2012.



3.2.6 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

A violência é um fenômeno sócio histórico que se modifica ao longo do tempo. No Brasil este fenômeno, ao longo dos anos, vem se caracterizando como um problema de saúde pública, especialmente pelo “número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz” (OPAS, 1994 *apud* 2005, p. 10), sendo necessária a intervenção do setor Saúde por meio de ações de prevenção e tratamento, inclusive com serviços especializados para atendimento às vítimas, pois a violência é caracterizada pelo “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (MS, 2012).

Para visualizar o panorama da violência, no Brasil a notificação de violências e acidentes é contínua e compulsória nas situações de violência envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Entretanto, somente a partir de 2009 é que esta notificação passou a integrar o SINAN, assumindo caráter universal, justificando o grande aumento nos dados a partir deste ano.

Os dados monitorados, na série histórica 2008 a 2012 em Manaus, demonstram um aumento de notificações ao longo dos anos (13 em 2008; 1.680 em 2009; 2.257 em 2010; 2.958 em 2011 e 3.061 em 2012), isto se deve à qualificação profissional e a sensibilização da sociedade para efetivação da denúncia (Gráfico25).

Do total de notificações do período, o maior número é de violência sexual (32,64%), seguido pela violência psicomoral (27,81%) e física (27,07%). Os dados indicam que as maiores vítimas são do sexo feminino (82,47%), e que as crianças e os adolescentes são os que mais sofrem violência em Manaus, seguidos dos adultos jovens (20 a 34 anos).

Segundo a ONU em países como o Brasil, os acidentes de trânsito assumem características epidêmicas, sendo considerado problema de saúde pública, vitimando significativa parcela produtiva da sociedade, com implicações sociais incalculáveis.

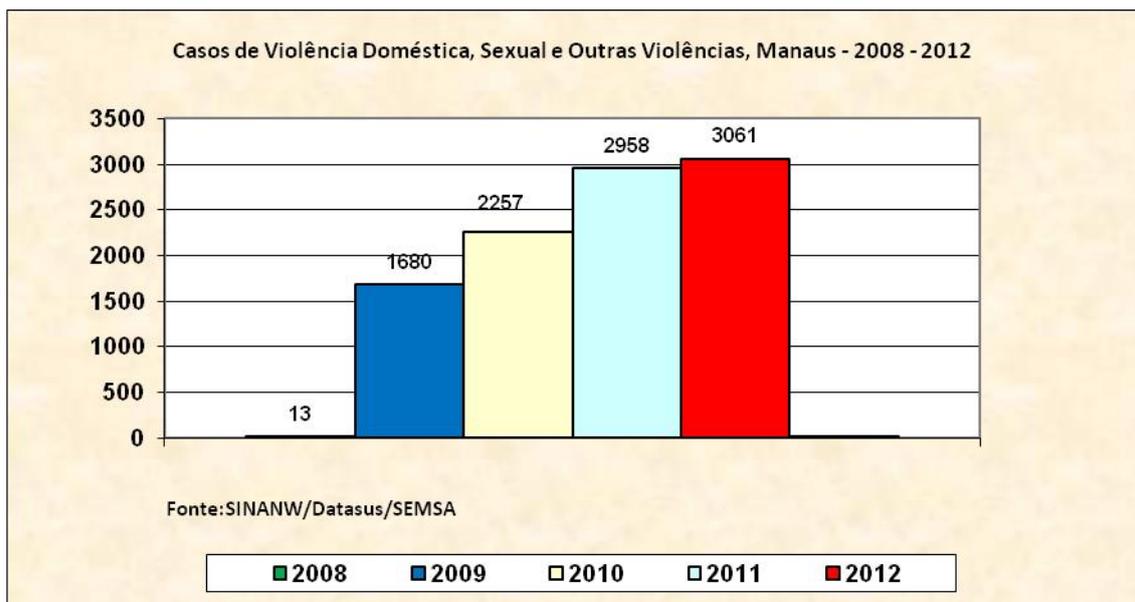
A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (2001), afirma que “acidente de trânsito é um evento não intencional, mas evitável, causador de lesões físicas e emocionais”, chamando atenção para a prevenção. Em relação às causas externas, os acidentes de transporte são a segunda causa de óbitos, correspondendo a 22,85% em 2008; 18,29% em 2009; 22,55% em 2010; 21,37% em 2011 e 16,89% em 2012.

Os acidentes de transportes ocorridos em Manaus, em termos percentuais, têm como maiores vítimas o pedestre – 55,38% em 2008; 64,71% em 2009; 58,65% em 2011 e 54,72% em 2012 – seguido por motociclistas e ocupantes de veículo respectivamente. Além disso, o maior número de vítimas fatais por acidentes de transporte terrestre são do gênero masculino e têm mais de 60 anos, seguido por vítimas da idade entre 30 e 59 anos; seguidos por vítimas do mesmo gênero entre 15 e 29 anos, todavia crianças e adolescentes de ambos os sexos também são vítimas fatais no trânsito.

Verifica-se em relação às internações hospitalares por acidentes de transportes, que o sexo masculino foi o mais atingido com uma média de 71,93% das internações por causas externas, no período de 2008 a 2012.

E quanto à faixa etária, o maior número de internações hospitalares por acidentes de transportes concentra-se entre 20 a 29 anos, apresentando um percentual de internação de 24,41%.

Gráfico 25. Casos de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências. Manaus, 2008-2012.

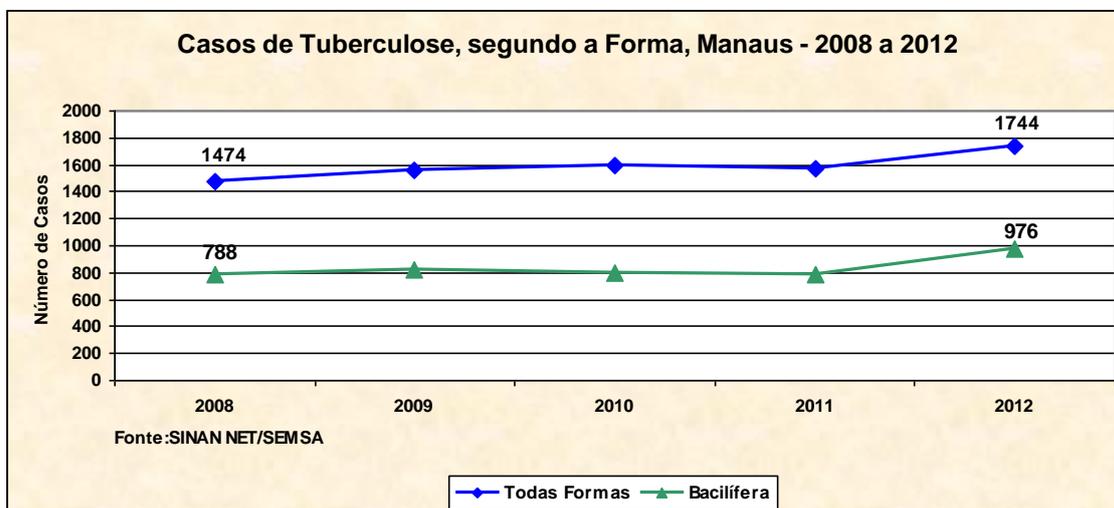


3.2.7 TUBERCULOSE

No município de Manaus a taxa de incidência de Tuberculose (todas as formas) apresentou redução de 15% no período de 2001 a 2012, entretanto nesse último ano foram notificados 1.742 casos novos da doença (Gráfico 26), com taxa de incidência de 93,6 casos por 100 mil habitantes, representando mais que o dobro da taxa do Brasil de 36,1 casos por 100 mil habitantes em 2012 e mantendo Manaus como uma das cinco capitais com as maiores taxas de incidência de tuberculose.

O número de casos novos de Tuberculose bacilífera apresentou importante incremento em 2012, com 976 casos novos notificados e a taxa de incidência de 52,4 casos por 100 mil habitantes, representando um aumento de 13% em relação à taxa do ano de 2011.

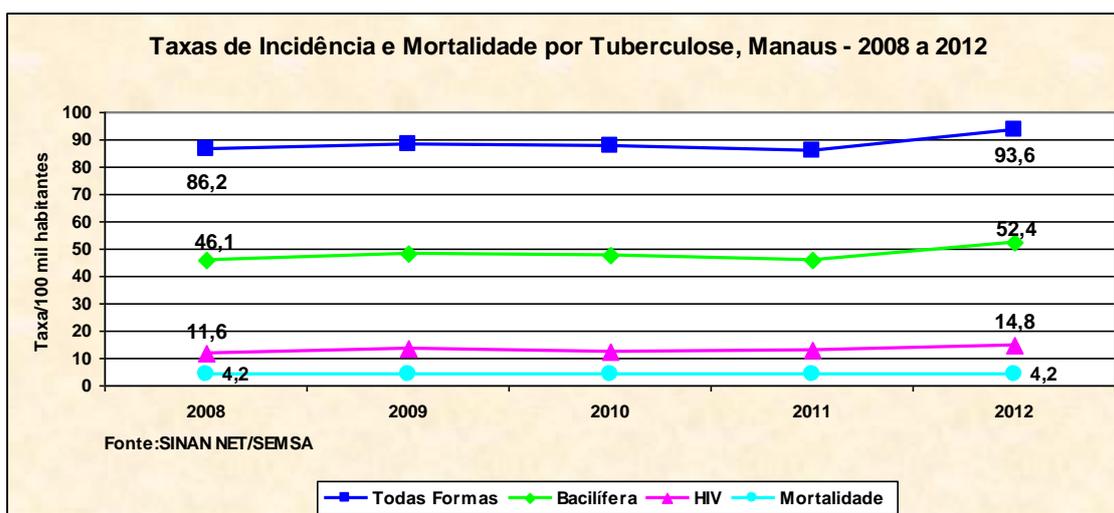
Gráfico 26. Número de Casos Novos de TB-todas as formas e bacilífera, Manaus, 2008 - 2012



A taxa de coinfeção Tuberculose e vírus HIV em 2012 foram de 14,8 casos por 100 mil habitantes (Gráfico 27) e tem se apresentado como importante fator de aumento da morbimortalidade por tuberculose ao longo dos anos.

A taxa de mortalidade por tuberculose é outro indicador que demonstra a gravidade da doença em Manaus. A taxa do Brasil vem se mantendo abaixo de 3/100.000 hab., enquanto em Manaus essa taxa tem se mantido em 4/100.000 hab. (Gráfico 27).

Gráfico 27. Taxas de Incidência e Mortalidade por Tuberculose. Manaus, 2008-2012.



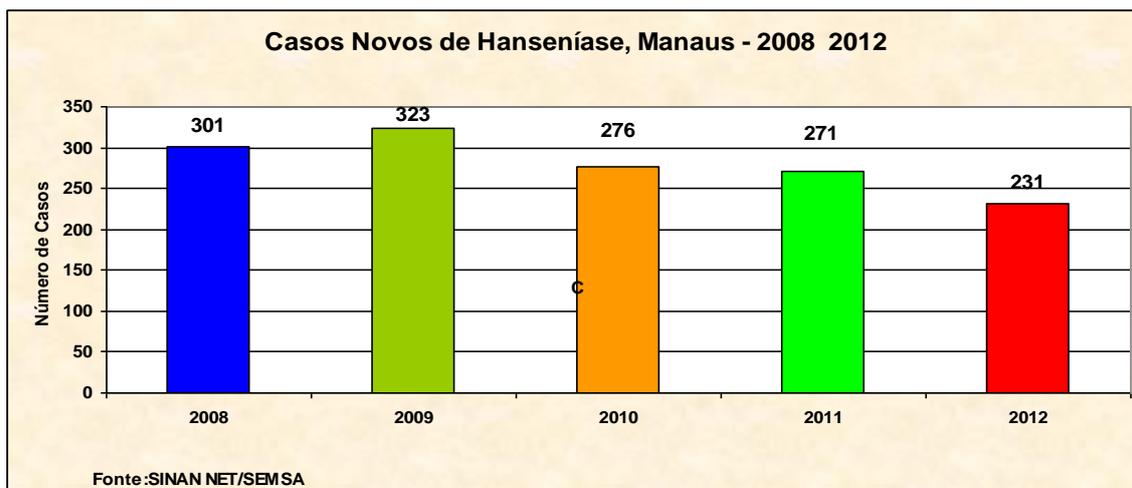
Observa-se ainda que o percentual de cura da tuberculose, principalmente entre os casos novos de TB – Bacilífera reduziu de 79% em 2011 para 76% em 2012, quando o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 85%.

3.2.8 HANSENÍASE

No Brasil, a Hanseníase é uma doença endêmica que, em 2012 registrou cerca 30.000 casos novos e ocupa o 2º lugar no mundo.

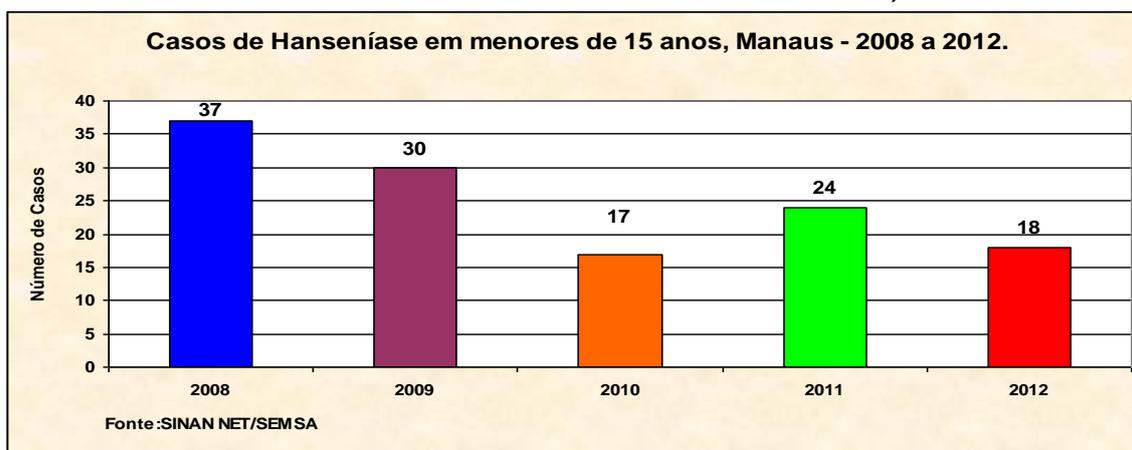
O Amazonas encontra-se em 17º lugar no ranking de Casos Novos da doença. Manaus detém cerca de 40% desses casos. Em 2012 ocorreu uma incidência de 15/100.000hab. Registrou cerca de 15% a menos que o número de casos novos em 2011. A partir de 2008 quando Manaus certificou-se para ações de vigilância epidemiológica, a Secretaria Municipal de Saúde, passou a intensificar essas ações. Hoje o Município desenvolve Ações de Controle da Hanseníase em cerca de 80 Unidades de Saúde, tem uma taxa de abandono de tratamento de 4%.

Gráfico 28. Casos novos de Hanseníase. Manaus, 2008-2012.



Analisando o gráfico abaixo, observa-se a redução de 51% comparando o período de 2008 a 2012. Tal situação deve-se a melhoria da cobertura das ações no município, no entanto, o Ministério da Saúde alerta que a alta incidência deve-se ao diagnóstico tardio, o que mantém fonte de infecção ativa entre os contatos. Em 2012 foi lançada a Campanha Nacional do Plano Integrado de Ações Estratégicas com o objetivo de elucidar o mais breve possível o diagnóstico de Hanseníase nesta faixa etária.

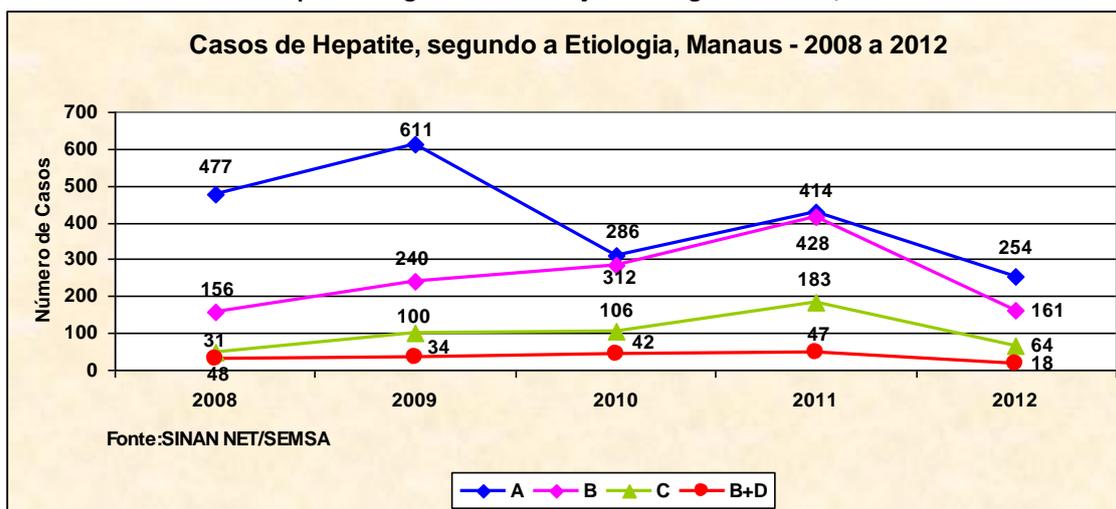
Gráfico 29. Número de Casos de Hanseníase em menores de 15 anos. Manaus, 2008 – 2012.



3.2.9 HEPATITES

As Hepatites Virais são um problema de saúde pública em Manaus, e isso se deve principalmente as dificuldades enfrentadas pela política de controle na Secretaria Municipal de Saúde. No período de 2009 a 2012 o município de Manaus ficou sem referência de laboratório, dificultando o diagnóstico laboratorial e encerramento do caso no SINAN.

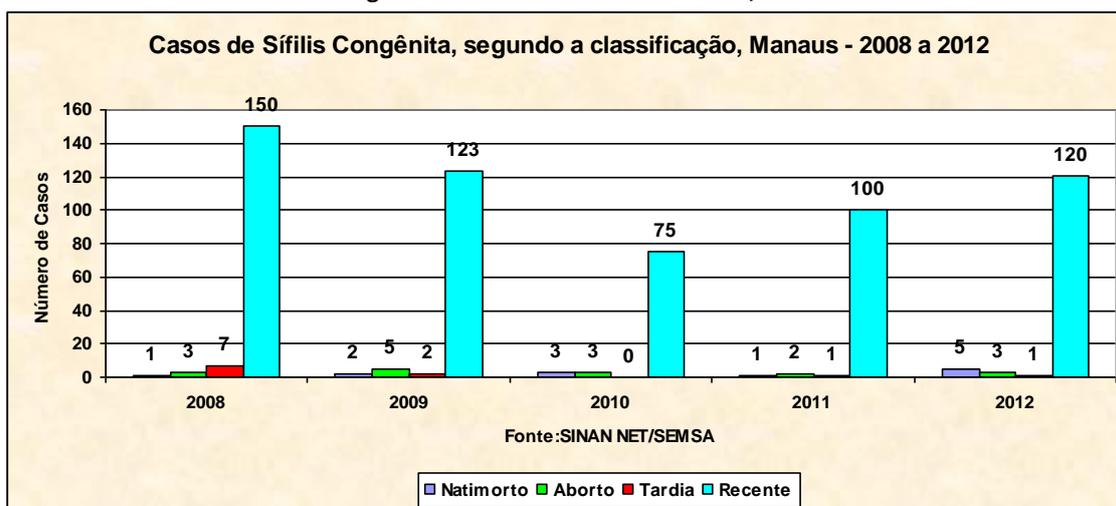
Gráfico 30. Casos de hepatites segundo classificação etiológica. Manaus, 2008-2012.



3.2.10 SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita apresentou uma tendência crescente nos anos de 2011 e 2012, como mostra o gráfico abaixo. Foram identificados 75 casos em 2010, 100 em 2011 e 120 em 2012.

Gráfico 31. Casos de Sífilis Congênita de mães residente. Manaus, 2008-2012.



3.2.11 HIV/AIDS

Em média no Brasil, são identificados 35.000 novos casos de AIDS por ano. No município de Manaus foram notificados 681 casos de AIDS no ano de 2012, sendo a faixa etária de 20-34 anos a de maior ocorrência com 53,85% dos casos. Em relação ao ano de 2011 a mesma faixa etária concentrou 49,90% dos casos.

O segundo grupo que merece destaque é na faixa etária de 35-49 anos com 233 casos em 2012, apresentando um percentual de 35,85% dos casos, sendo que em 2011 o percentual apresentado foi de 33,45%, correspondente a 182 casos registrados conforme tabela abaixo. Tais resultados obtidos podem estar associados à ampliação da cobertura diagnóstica, através da oferta de testagem rápida de HIV e Sífilis nas Campanhas de Prevenção em 2012.

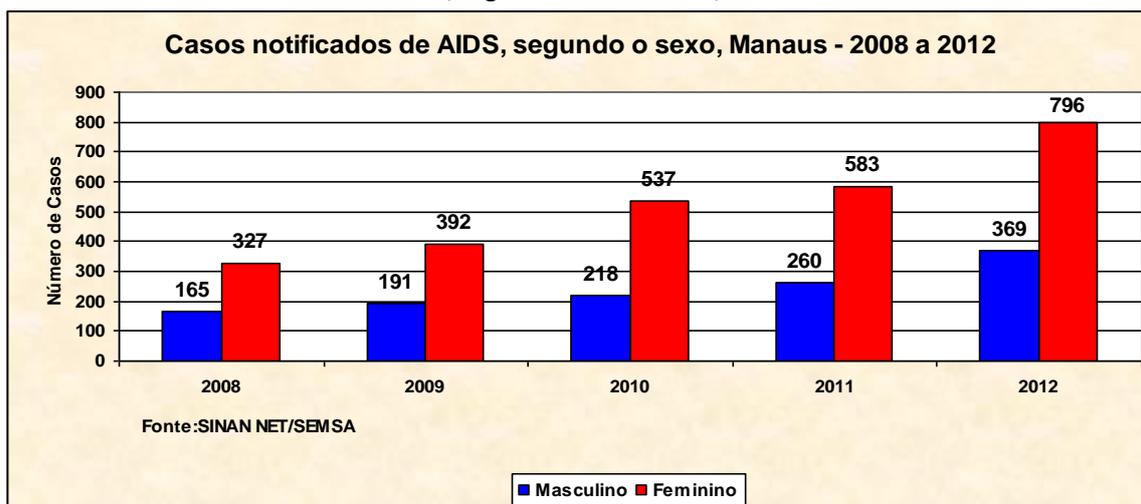
Tabela 45 - Número de Casos de AIDS por faixa etária. Manaus, 2008 – 2012.

Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Menor de 1a	04	04	04	0	05	17
1 a 4a	05	02	07	03	01	18
5 a 9a	03	03	03	02	03	14
10 a 14a	02	0	04	01	02	09
15 a 19a	13	17	28	26	20	104
20 a 34a	293	371	327	274	367	1.632
35 a 49a	193	211	228	182	233	1.047
50 a 64a	42	54	53	60	45	254
65 a 79a	10	03	05	03	05	26
80 a +	0	01	01	01	01	03

Fonte: SINAN NET/SEMSA

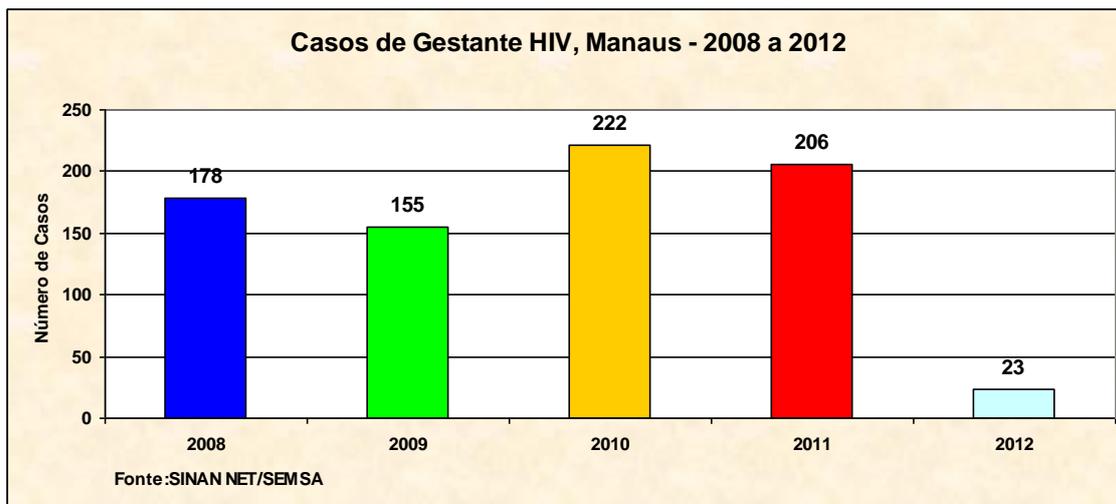
O aumento de casos de AIDS em mulheres é um fenômeno nacional, e Manaus não é uma exceção. Em 2012 verifica-se um aumento de 14,60% em relação a 2011.

Gráfico 32 - Número de casos de AIDS, segundo sexo. Manaus, 2008-2012.



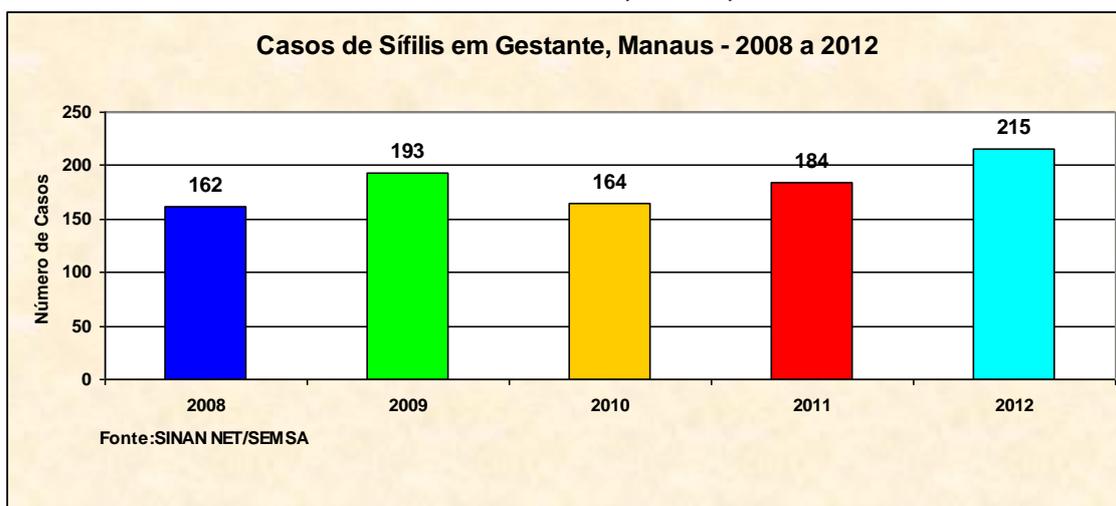
De acordo com gráfico abaixo, observa-se uma redução de 87,08% nos casos notificados de Gestante HIV em 2012 em relação a 2008.

Gráfico 33. Número de casos de gestantes HIV + notificados. Manaus, 2008-2012.



Conforme análise do gráfico de sífilis em gestante, observa-se um incremento de 24,6% nos casos notificados em 2012, quando compara-se com 2008.

Gráfico 34. Número de Casos em Gestantes notificadas, Manaus, 2008 – 2012.



3.2.12 OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Dentre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) no período de 2008 a 2012, os casos notificados de síndrome do corrimento cervical em mulheres representam 31,8%, sendo a maior causa de notificação em DST. A promoção de campanhas educativas para as diversas categorias da população, o incentivo à realização do pré-natal e às práticas de sexo mais seguro, como o uso do preservativo nas relações sexuais, são importantes ações desenvolvidas pela Secretaria municipal de saúde de Manaus.

Tabela 46 - Número de DST notificadas. Manaus, 2008 - 2012.

Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST	2008	2009	2010	2011	2012	Total
INFECÇÃO GONOCÓCICA	04	01	11	51	144	211
SÍFILIS EM ADULTO (EXCLUÍDA FORMA PRIMÁRIA)	0	08	09	42	195	254
TRICOMONÍASE	0	02	40	14	65	121
HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISÓDIO).	43	105	128	83	99	458
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	33	123	163	146	175	640
HEPATITES VIRAIS.	637	841	511	1.227	974	4.190
SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL EM MULHERES	0	131	1.034	2.377	2.090	5.632
TRANSTORNOS INFLAMATÓRIOS DA PELVE FEMININA EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE	0	0	56	14	54	124
SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM	11	132	127	249	370	889
Total	897	2.192	3.079	5.872	5.761	17.689

Fonte: SINAN NET/SEMSA

IV. PERCEPÇÃO DOS PROBLEMAS DO ESTADO DE SAÚDE

O levantamento dos problemas relativos ao estado de saúde da população de Manaus será descrito de acordo com os grupos populacionais, quais sejam:

Tabela 47 – Percepção dos problemas do estado de saúde.

Crianças	Sífilis congênita, AIDS, doenças respiratórias agudas, doenças diarreicas agudas, tuberculose, dermatoses, hepatites, meningite e violência doméstica.
Adolescentes	Hanseníase, tabagismo, violência sexual, alcoolismo, gravidez precoce e drogatização.
Adultos Jovens	Hanseníase, tuberculose, tabagismo, violência sexual, alcoolismo, drogatização, acidente de trânsito e homicídio.
Mulheres	Câncer de colo do útero, obesidade, mortalidade materna, câncer de mama, abortamento, violência doméstica, sexual e familiar e hipertensão e diabetes.
Homens	Alcoolismo, agravos à saúde sexual e reprodutiva, hipertensão e diabetes.
Idosos	Doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, quedas, doenças degenerativas autoimunes, diabetes e hipertensão arterial.
População Geral	Malária, dengue, DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, neoplasias, doenças cardiovasculares e renais, transtorno mental, depressão, agressão animal, leishmaniose, hepatites e meningite.

V. PERCEPÇÃO DOS PROBLEMAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Dos problemas relativos aos serviços de saúde da população destacam-se os seguintes:

Tabela 48 – Percepção dos problemas dos Serviços de saúde:

Modelo de atenção	Modelo atual não contempla a integralidade do cuidado e princípios da humanização; baixa resolutividade da Atenção Primária, inexistência de protocolos assistenciais, política de promoção e prevenção da saúde pouco estruturada, rede de saúde desarticulada para atender as necessidades da Atenção Primária, oferta de serviços desvinculados do perfil epidemiológico voltado para atendimento de condições crônicas agudas, totalmente desvinculado do perfil epidemiológico demonstrando uma população mais idosa e a crescente necessidade de cuidados de condições crônicas, ausência de integração entre a assistência e a vigilância, territorialização incompleta.
Financiamento	Deficiência no repasse dos valores da assistência farmacêutica básica estadual, financiamento insuficiente de recursos de média e alta complexidade (PPI desatualizada).
Gestão	Fragilidade do controle social nas unidades de saúde, sistemas de informação desarticulados, incipiência da política de educação permanente, fragilidade da articulação entre as políticas de saúde e as políticas sociais.
Infraestrutura	Insuficiência de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos dos serviços de saúde e de manutenção predial, estrutura física das unidades de saúde da estratégia saúde da família (UBSF) não atendem ao preconizado na RDC 50, algumas unidades de saúde ainda não permitem o acesso a pessoas com deficiência física (cadeirantes).
Organização dos Recursos	Deficiente distribuição de recursos humanos nas unidades de saúde, equipes de saúde da família com ausência do profissional médico, insuficiência qualitativa e quantitativa dos recursos humanos, insuficiência de fardamento, irregularidade na oferta de medicamentos, insuficiente regulação de consultas e exames, baixa oferta de serviços de média complexidade.

2. DIRETRIZES, OBJETIVO E METAS



As diretrizes, objetivos e metas para o quadriênio 2014-2017, elaborados a partir do COAP, Painel de Bordo e Mapa Estratégico tem como princípio basilar a Atenção Primária como ordenadora e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde, estabelecendo a organização dos serviços de saúde em redes como o Modelo de Atenção à Saúde no Município de Manaus.

O Plano Municipal de Saúde apresenta o compromisso municipal no ordenamento dos serviços e ações de saúde do Sistema Único de Saúde/SUS para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos manauaras, sendo orientado por 10 diretrizes a seguir explicitadas e pelo conjunto de metas estabelecido:

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção primária e da atenção especializada.

Na implementação desta diretriz a estratégia prioritária é a ampliação da atenção primária e atenção especializada, organizadas na **Rede de Saúde Manauara**.

Segundo Eugênio Vilaça uma atenção primária à saúde, na perspectiva das redes de atenção a saúde, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes, e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários.

As Metas estarão voltadas para o fortalecimento e aprimoramento da Atenção Primária.

METAS

- 1) Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes da atenção primária, passando de 40% em 2014 para 70%, até 2017.
- 2) Reduzir as internações por causas sensíveis à atenção primária, passando de 42,25 em 2014 para 31,60, até 2017.
- 3) Ampliar o percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) passando de 70% em 2014 para 82%, até 2017.
- 4) Ampliar a cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal, passando de 17% em 2014 para 60%, até 2017.
- 5) Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada passando de 0,3% em 2014 para 10%, até 2017.

2. DIRETRIZES, OBJETIVO E METAS



METAS

- 6) Ampliar o número de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) passando de 03 em 2014 para 25, até 2017.
- 7) Implantar a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, até 2017.
- 8) Implantar ações de Melhoria de Acesso e Qualidade na Atenção Primária à Saúde em 100% das UBS, até 2017.
- 9) Ampliar a cobertura do Programa Saúde na Escola (PSE), passando de 18% em 2014 para 25%, até 2017.
- 10) Implantar o pré-natal masculino em 100% das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), até 2017.
- 11) Realizar o Georreferenciamento das Comunidades Indígenas mais populosas e vinculá-las à atenção primária com atenção diferenciada, em 100% das Unidades Saúde da Família identificadas para ações de saúde indígena, até 2017.
- 12) Promover o reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo os temas de racismo e saúde da população negra em 100% das Unidades Básicas Saúde da Família, até 2017.
- 13) Implantar um plano operativo de saúde do sistema penitenciário municipal, até 2017.
- 14) Adquirir 02 Unidades Básicas de Saúde Fluviais em 2014.
- 15) Ampliar o número de Unidades Básicas de Saúde com horário estendido passando de 10 unidades para 30 unidades, até 2017.
- 16) Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente, passando de 1,1 em 2014 para 2,6, até 2017.
- 17) Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente, passando de 5,7 em 2014 para 6,3, até 2017.
- 18) Ampliar em 50% a oferta de exames de apoio diagnóstico (laboratório, raio x, mamografia, ultrassom, eletrocardiograma e citopatologia) passando de 3.505.181 exames em 2014 para 5.359.781 exames, até 2017.
- 19) Implantar o sistema de gestão da qualidade nos 05 Laboratórios clínicos, até 2017.

2. DIRETRIZES, OBJETIVO E METAS



METAS

- 20) Reestruturar os laboratórios de: Vigilância, Revisão da Malária (Norte, Oeste e Rural), Citopatologia, Laboratório da Maternidade e da Unidade Fluvial.
- 21) Mapear, articular e contratualizar os Pontos de Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência em 25% a cada ano, até 2017.
- 22) Qualificar 100% dos profissionais da gestão e atenção transversalizando a política de humanização, até 2017.

Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de prontos socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

A operacionalização dessa diretriz será organizada de modo a ampliar o acesso humanizado, integral, e oportuno aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde. Neste sentido as metas estarão voltadas para a regionalização e expansão dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

METAS

- 1) Manter em 100% a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no município de Manaus, até 2017.
- 2) Ampliar a frota de veículo para Transporte Sanitário, passando de 17 veículos em 2014 para 40 veículos, até 2017.
- 3) Ampliar a regulação pelo Serviço do Atendimento Móvel de Urgência Regional passando de 7 municípios em 2014 para 26 municípios, até 2017.
- 4) Reestruturar o Sistema de Regulação em 100% dos estabelecimentos municipais de saúde, até 2017.

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

A implementação dessa diretriz estará baseada na organização e desenvolvimento da “Rede Cegonha”, que será operacionalizada na perspectiva da promoção da saúde, nos princípios da humanização e práticas baseadas em evidências científicas, na defesa dos direitos humanos e na adequação de ações para inclusão de mulheres, crianças e adolescentes vulneráveis. Nesse contexto, estarão inseridos o fortalecimento e a ampliação da rede de prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero, ações de promoção e garantia da atenção à saúde integral de crianças e adolescentes.

2. DIRETRIZES, OBJETIVO E METAS



Como também, a ampliação e qualificação das redes de atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violências e sofrimento psicossocial. Igualmente, serão incluídos o acesso e a qualificação de medidas especializadas em saúde no atendimento a crianças e adolescentes – e suas famílias –, em especial vítimas de violência, em conformidade com as metas abaixo.

METAS

- 1) Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico, a cada 3 anos, de 0,50 para 0,75, até 2017.
- 2) Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade de 0,43 para 0,45, até 2017.
- 3) Aumentar o percentual de parto normal passando de 49% em 2014 para 55%, até 2017.
- 4) Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal passando de 32% em 2014 para 50%, até 2017.
- 5) Realizar no mínimo 2 testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS, até 2017.
- 6) Reduzir a mortalidade materna passando de 53.6/100.000 nascidos vivos em 2012 para 45/100.000 nascidos vivos, até 2017.
- 7) Reduzir a mortalidade infantil de 13.6/1000 nascidos vivos em 2012 para 9.9/1000, até 2017.
- 8) Investigar casos de óbitos infantis e fetais, passando de 35% em 2012 para 50%, até 2017.
- 9) Investigar casos de óbitos maternos, passando de 22% em 2012 para 100%, até 2017.
- 10) Investigar casos de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), passando de 56% em 2012 para 100%, até 2017.
- 11) Eliminar a incidência de sífilis congênita, passando de 78% em 2012 para 95%, até 2017.
- 12) Reduzir o índice de gravidez na adolescência, passando de 22% em 2012 para 19% até 2017.
- 13) Aumentar em 5% o acesso aos suplementos de micronutrientes para prevenção da hipovitaminose A passando de 30% para 35% das crianças (de 6 a 59 meses) atendidas pelo SUS, até 2017.
- 14) Aumentar em 5% o acesso aos suplementos de micronutrientes para prevenção da anemia ferropriva passando de 30% para 35% das crianças (de 4 – 24 meses), atendidas pelo SUS, até 2017.

2. DIRETRIZES, OBJETIVO E METAS



Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Essa diretriz compreenderá a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento a usuários e dependentes de álcool, crack e outras drogas, bem como o atendimento de seus familiares.

Esta Meta contemplará ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a implantação dos consultórios de rua e unidades de acolhimento, com equipe multidisciplinar volante para atendimento às pessoas em situação de risco, com desenvolvimento de ações de prevenção, redução de danos, promoção e cuidados básicos em saúde.

METAS

- 1) Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial de 0,18/100.000 para 0,61/100.000, até 2017.
- 2) Realizar acompanhamento de saúde em 100% da população alvo do Programa de Volta Para Casa, até 2017.
- 3) Implantar 04 Unidades de Acolhimento, até 2017.
- 4) Implantar 02 Consultórios na Rua, até 2017.
- 5) Vincular 02 Comunidades Terapêuticas à Atenção Residencial de caráter transitório, até 2017.

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

O foco dessa Diretriz está pautado no processo de envelhecimento ativo e a promoção da saúde da pessoa idosa, como também, em linhas de cuidados as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), essas linhas compreenderão projeto terapêutico adequado para o fortalecimento da assistência.

METAS

- 1) Reduzir de 277,18/100.000 para 255,65/100.000 (2% ao ano) a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
- 2) Reduzir de 33,44/10.000 para 30,84/10.000 (2% ao ano) a taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.

2. DIRETRIZES, OBJETIVO E METAS



Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Será objeto de atenção à vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis (redução do número de óbitos por dengue, ampliação da taxa de cura da tuberculose, redução da incidência da malária e da AIDS, eliminação da hanseníase; diagnóstico precoce das hepatites virais, sem descuidar das demais enfermidades, sejam aquelas negligenciadas e/ou endêmicas, emergentes e reemergentes).

No tocante às doenças não transmissíveis, a estratégia central consistirá na redução da mortalidade decorrente destas doenças. A prevenção e o controle incluirão o fortalecimento de medidas educativas. Entre as prioridades figurará o programa “Academia da Saúde”, voltado a popularizar a prática de exercícios físicos e tornar a população mais próxima dos serviços prestados, sobretudo no âmbito da atenção primária e a vigilância alimentar e nutricional. Bem como a manutenção da capacidade de resposta às emergências e desastres. Constituirá igualmente prioridade o fortalecimento da promoção da saúde, nesta incluída a vigilância em saúde ambiental e a implantação da política nacional de saúde do trabalhador.

Em relação à vigilância sanitária, os esforços serão concentrados na qualificação e expansão das ações de vigilância sanitária, a serem executadas de forma transversal e integradas, com o objetivo de prevenir e controlar os riscos oriundos da produção, comercialização e uso de bens e serviços.

METAS

- 1) Alcançar cobertura de 95% das vacinas preconizadas no Calendário Nacional de Vacinação em menores de 1 ano, até 2017.
- 2) Estruturar e/ou reestruturar e equipar 05 centrais de rede de frio de imonobiológico, até 2017.
- 3) Reduzir em 1% a incidência de AIDS em menores de 5 anos, passando de 4,73 em 2013 para 4,68, até 2017.
- 4) Alcançar a cobertura vacinal antirrábica em 100% dos cães anualmente.
- 5) Alcançar a cobertura vacinal antirrábica em 80% dos gatos anualmente.
- 6) Ampliar número de ambulatórios de tabagismo, passando de 13 em 2013 para 60, até 2017.
- 7) Identificar prevalência de excesso de peso, em 100% da população atendida pela ESF, anualmente até 2017.
- 8) Implantar 14 Academias de Saúde, até 2017.
- 9) Reduzir em 5% a mortalidade por causas externas por acidente de trânsito em Manaus, passando de 234 óbitos em 2013 para 222 até 2017.

2. DIRETRIZES, OBJETIVO E METAS



METAS

- 10) Ampliar o número de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, passando de 61% em 2012 para 100%, até 2017.
- 11) Encerrar 80% das doenças de notificação compulsória imediata registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.
- 12) Implantar o Programa Vigidesastres e Vigiar até 2017.
- 13) Ampliar em 60% o número de cadastros de áreas com população exposta ou potencialmente exposta a solo contaminado(VIGISOLO), até 2017.
- 14) Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida passando de 75% em 2013 para 90%, até 2017.
- 15) Ampliar em 10% o número de notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho nos municípios da região metropolitana do CEREST em relação ao ano anterior, até 2017.
- 16) Garantir que as ações de vigilância em saúde do trabalhador sejam efetivadas nas unidades que prestam assistência ao trabalhador, na região metropolitana, em parceria com os DISA e a Vigilância em Saúde, até 2017.
- 17) Realizar a 2ª Conferência Municipal em Saúde do Trabalhador da região metropolitana, em 2014.
- 18) Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências, passando de 55 em 2013 para 80, até 2017.
- 19) Alcançar a proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera na coorte de avaliação, passando de 75% em 2012 para 85%, até 2017.
- 20) Alcançar a realização de 90% de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose, até 2017.
- 21) Alcançar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase passando de 85% em 2012 para 90%, até 2017.
- 22) Implantar o Programa de Vigilância e Controle de outras Zoonoses (Leishmaniose Visceral, Larvas Migrans Visceral e Cutânea, e Leptospirose), até 2017.
- 23) Implantar ações de vigilância para áreas de risco de ocorrência de Doença de Chagas, até 2017.

2. DIRETRIZES, OBJETIVO E METAS



METAS

- 24) Reduzir em 60% os casos de malária, passando de 9.728 em 2012 para 3.891, até 2017.
- 25) Reduzir a menos de 1% a malária por Plasmodium Falciparum, até 2017.
- 26) Reduzir o número de óbitos de Dengue, passando de 17 óbitos em 2011 para 7 óbitos, até 2017.
- 27) Realizar 100% das ações de vigilância sanitária.
- 28) Reestruturar a Vigilância Sanitária aprimorando a estrutura física, administrativa, fluxos, processos de educação permanente aos servidores, até 2017.

Diretriz 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Essa Diretriz promove o acesso aos medicamentos considerados essenciais, por intermédio do programa “Farmácia popular do Brasil”, concentrando esforços na integração da Política de Assistência Farmacêutica, com vistas a assegurar a articulação necessária do acesso aos medicamentos, a fim de suprir as necessidades no atendimento primário e especializado no SUS, bem como aqueles demandados pelos programas estratégicos, como de tuberculose, hanseníase, DST/Aids, entre outros, no contexto da garantia da integralidade da atenção.

METAS

- 1) Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS ou Sistema Próprio, em 100% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica, até 2017.
- 2) Implantar 01 nova Central de Abastecimento e Logística, até 2017.
- 3) Implantar serviços de Farmácia clínica em 100% dos estabelecimentos de Saúde, até 2017.

Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

A Diretriz contribuirá com os processos de formação, tendo como prioridade estratégica a democratização das relações de trabalho e ações para a melhoria das condições de trabalho e valorização dos trabalhadores do SUS. Nesse sentido, serão fortalecidos e ampliados os espaços de negociação sobre as relações de trabalho no SUS, espaço de diálogo entre gestores e trabalhadores do SUS.

2. DIRETRIZES, OBJETIVO E METAS



Outra prioridade é a educação permanente de gestores e das equipes de todos os níveis da atenção, fortalecendo as redes de atenção à saúde, a continuidade dos cuidados e a integralidade da atenção com o objetivo de buscar a resolubilidade dos serviços em cada ponto de atenção.

METAS

- 1) Implantar ações de educação permanente para qualificação de 100% dos Profissionais de Saúde da Rede de Saúde Manauara, até 2017.
- 2) Ampliar para 100% o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos, até 2017.
- 3) Instituir o “tempo protegido” para Educação Permanente para 100% dos profissionais de saúde, até 2017.
- 4) Implantar o Sistema de Gestão de Pessoas na SEMSA, até 2017.
- 5) Readequar os Recursos Humanos de 100% das Unidades de Saúde para atender a padronização necessária, até 2017.

Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Esta diretriz viabilizará uma gestão regionalizada e compartilhada contribuindo para a universalidade, a integralidade e a equidade em saúde e, buscando o fortalecimento do processo de pactuação, a partir de instrumento que confira materialidade e corrobore para a institucionalidade dos compromissos de gestão e dos processos de contratualização. Uma das estratégias desse novo modelo consistirá na elaboração e atualização do mapa da saúde, visando estabelecer parâmetros para investimentos em saúde.

A ampliação da participação social com vistas ao aprimoramento do SUS, o fortalecimento do Conselho de Saúde, através do apoio à ampliação da capilaridade das resoluções e deliberações deles oriundas, à diversificação de participantes – com ênfase na participação de lideranças dos movimentos sociais – e à melhoria de suas estruturas e funcionamento. Igualmente, as conferências de saúde serão foco de atenção, como a mobilização de todas as esferas em torno do compromisso para com estes espaços de participação.

Como também a implementação da política de informação e informática em saúde para a tomada de decisão e a universalização do cartão nacional de saúde nas redes assistenciais, de modo a contribuir para a qualificação da gestão federativa e a resolubilidade das ações e serviços de saúde.

2. DIRETRIZES, OBJETIVO E METAS



METAS

- 1) Plano de Saúde 2014-2017, enviado ao Conselho de Saúde e deliberado pela plenária do CMS, em 2014.
- 2) Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS, até 2017.
- 3) Manter 100% dos Conselhos de Saúde (municipal, distritais e locais) em pleno funcionamento, até 2017.
- 4) Implantar 05 Conselhos Distritais de Saúde, até 2017.
- 5) Realizar a VII COMUS em 2015.
- 6) Aprimorar a gestão de Tecnologia da Informação na SEMSA, implementando a Governança de TI, até 2017.
- 7) Expandir a estrutura computacional da SEMSA em 100% das Unidades, até 2017.
- 8) Implantar solução de prontuário eletrônico, até 2017.
- 9) Implantar solução de processo eletrônico, até 2017.
- 10) Implantar solução de videoconferência, até 2017.
- 11) Estruturar o Departamento de Comunicação, até 2017.
- 12) Remodelar as Redes de Urgência e Emergência, Materno Infantil, e de Atendimento às Doenças Crônicas, em 2014.
- 13) Implementar os sistemas de informação do Ministério da Saúde em 100% dos Estabelecimentos de Saúde da Rede Municipal, até 2017.
- 14) Publicizar 100 % dos produtos das análises em saúde, retroalimentando as Unidades de Saúde para facilitar a tomada de decisão, até 2017.
- 15) Implantar o Plano de Preparação de Resposta as Urgências e Emergências em Saúde e ao evento Copa do Mundo de Futebol de 2014.

Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Esta Diretriz promove o aprimoramento dos objetivos organizacionais e da estruturação de processos de planejamento nos vários espaços institucionais de decisão, bem como do debate sobre as políticas e construção de consenso, as medidas a serem adotadas buscarão favorecer o envolvimento dos atores estratégicos, de modo a promover maior democratização, participação e transparência.

2. DIRETRIZES, OBJETIVO E METAS



Nesse sentido, entre as iniciativas a serem implementadas, destacam-se: a implementação de uma cultura voltada para a ouvidoria ativa como instrumento de gestão, com ampliação e fortalecimento do sistema nacional de ouvidoria, articulado às instâncias de controle social, e adequação dos sistemas de informação.

METAS

- 1). Ampliar em 9,76% as respostas das manifestações registradas no Sistema OuvidorSUS, saindo de 68,33% em 2013 para 75%, até 2017.
- 2) Implementar a Lei de Acesso à Informação no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, até 2017 .
- 3) Implantar ações de Ouvidoria Ativa, no âmbito da SEMSA, até 2017.
- 4) Estruturar o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, como mecanismo de controle interno assistencial do Sistema Único de Saúde, qualificando os profissionais e ações de auditoria, até 2017.

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS



O planejamento vem sendo paulatinamente apropriado por gestores e profissionais de saúde como função estratégica para ampliar a capacidade resolutive do SUS, notadamente a partir de 2006, quando teve início a implementação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), estabelecido a partir do Pacto pela Saúde.

Além dessa apropriação, a concepção e desenvolvimento desse sistema pressupõem a organização de instância responsável pela condução dos processos envolvidos na função planejamento à qual, sob a orientação do gestor correspondente, cabe a construção/operacionalização do planejamento no âmbito de sua instituição – SMS, SES e MS – e também no seu território de abrangência (municipal, estadual e nacional).

O sistema de planejamento tem sua expressão concreta no processo de formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do SUS (Plano de Saúde/PS, Programação Anual de Saúde/PAS e Relatório Anual de Gestão/RAG). A construção desse Sistema na esfera federal está baseada nos processos de formulação dos instrumentos do PlanejaSUS (PNS, PAS e RAG) e de governo (Plano Plurianual/PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias/LDO e Lei Orçamentária Anual/LOA). Este PMS será operacionalizado por intermédio das Programações Anuais de Saúde (PAS), que estabelecerão o conjunto de ações necessárias ao alcance dos objetivos e metas aqui definidos, delineados pelas diretrizes estabelecidas.

Considerando o período de vigência de quatro anos do Plano, as ações propostas, em grande parte responderão anualmente por, pelo menos, 25% de cada uma das metas constantes do PMS. Essa apuração deverá ocorrer até o final do primeiro quadrimestre, relativa ao ano anterior, possibilitando concluir o respectivo Relatório Anual de Gestão (RAG) e sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde, tendo em conta o prazo estabelecido na Lei 141/2012. Significando que o Relatório Anual de Gestão imprime um caráter dinâmico ao Plano Municipal de Saúde e realimenta, desta forma, o processo de planejamento. O RAG deve indicar os eventuais ajustes que se fizerem necessários no Plano e, ao mesmo tempo, orientar a elaboração da Programação Anual de Saúde subsequente.

Isso posto, cabe concluir que o processo de planejamento deve ser implementado tendo em conta a estreita articulação e interdependência desses instrumentos básicos, Plano, Programação e Relatório, que se relacionam diretamente com exercício da função gestora de cada esfera de direção.

Assim, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), pactuaram em 28 de fevereiro de 2013, sete premissas norteadoras para a definição do processo de pactuação de indicadores. Com base nessas premissas, em 21 de março de 2013, foram definidas de forma tripartite as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015, com vistas ao fortalecimento do Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde e a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap).

Para monitoramento e avaliação do PMS serão utilizados os indicadores constantes da Matriz de Indicadores a seguir indicados:

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

Objetivo 1.1 - Utilizar mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Primária.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
1. Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária.	Percentual de equipes de Atenção Primária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Equipe de saúde da Família multiplicado por 3.000* (dividido) por população total residente em áreas de abrangência das UBSF, multiplicado por 100. *O cálculo da população coberta pela Atenção Básica tem como referência 3.000 pessoas por equipe de Atenção Básica, conforme Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), (Portaria nº 2.488/11)	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde/ Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de equipes de atenção básica, de profissionais, especialidade, carga horária/ DAP.
2. Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária – Icsap.	Percentual de internação por condições sensíveis à atenção primária em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de internações por causas sensíveis selecionadas à atenção básica por (dividido) Total de internações clínicas, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde/ SIH-SUS/
3. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	Percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano por (dividido) Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano, multiplicado por 100.	Programa Bolsa Família	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS.
4. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.	Percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	(Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40) * 3.000 por (dividido) População no mesmo local e período, multiplicado por 100.	Populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal. População total residente.	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de equipes da Saúde Bucal, de profissionais, especialidade, carga horária.

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
5. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses / 12 por (dividido) População no mesmo local e período, multiplicado por 100.	Pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada. População total residente.	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Qtde. Apresentada). IBGE – População local. Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código: 01.01.02.003-1).
6. Cobertura dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.	Percentual da População residente atendida pelo NASF, em determinado espaço geográfico e ano considerado.	População residente atendida pelo NASF por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde(SAS): DAP e base demográfica do IBGE.
7. Índice da implantação da Política de Práticas Integrativas e Complementares.	Percentual de unidades de saúde com ações da política implantadas em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de unidades de saúde com ações da política implantadas por (dividido) número de unidades de saúde programado para o período, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/Departamento de Atenção Primária.
8. Percentual de Equipes de Saúde com adesão ao Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade (PMAQ).	Percentual de Equipes de Saúde da Família com adesão ao PMAQ, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Equipes de Saúde da Família com adesão ao PMAQ, por (dividido) número total de Equipes de Saúde da Família, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/ Subgerência de Monitoramento e Avaliação.
9. Cobertura do Programa Saúde na Escola - PSE.	Percentual de escolas públicas cobertas com iniciativas do Programa Saúde na Escola, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Escolas com iniciativas do Programa Saúde na Escola por (dividido) número total de escolas públicas na área de abrangência das UBSF, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/Subgerência de Monitoramento e Avaliação.

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
10. Percentual de unidades básicas saúde da família, com o pré-natal masculino implantado.	Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família, com o pré-natal masculino implantado, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Unidades de Saúde da Família, com o pré-natal masculino implantado por (dividido) número total de Unidades de Saúde da Família, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/GIL/DAP/Saúde do Homem.
11. Número de unidades de saúde da família vinculadas às comunidades indígenas mais populosas.	Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família, vinculadas às comunidades indígenas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Unidades de Saúde da Família, vinculadas às comunidades indígenas, por (dividido) número total de comunidades indígenas em áreas de abrangência das UBSF, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde - DAP/Saúde indígena.
12. Percentual de Unidades Básicas Saúde da Família, capacitadas para promoção dos saberes e práticas populares, incluindo os temas de racismo e saúde da população negra.	Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família, capacitadas na promoção de práticas e saberes populares, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Unidades de Saúde da Família, capacitadas na promoção de práticas e saberes populares, por (dividido) número total de Unidades de Saúde da Família, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	12. Percentual de Unidades Básicas Saúde da Família, capacitadas para promoção dos saberes e práticas populares, incluindo os temas de racismo e saúde da população negra. Secretaria Municipal de Saúde - DAP/Saúde da População Negra
13. Plano Operativo de Saúde do sistema penitenciário municipal implantado.	Plano Operativo de Saúde do sistema penitenciário municipal implantado, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Plano Operativo de Saúde do sistema penitenciário municipal implantado.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DAP/Saúde Prisional
14. Percentual de unidades móveis fluviais adquiridas.	Percentual de Unidades Fluviais adquiridas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Unidades Fluviais adquiridas, por (dividido) número total de Unidades Fluviais programado para o período, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde - DISA RURAL

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento a política de atenção primária e da atenção especializada.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
15. Percentual de Unidades de Saúde com horário ampliado.	Percentual de Unidades Saúde, com horário ampliado, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Unidades de Saúde, com horário ampliado, por (dividido) número total de Unidades Saúde programado para o período, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde-DAP/DRA
16. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade de população residente em um determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade, por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/IBGE
17. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.	Número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente em um determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/SEMSA/DICAR/IBGE

Objetivo 1.3 - Aprimorar a qualidade dos serviços de apoio diagnóstico visando minimizar as deficiências proporcionando uma situação de eficácia para atender a necessidade do SUS.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
18. Percentual de exames de apoio diagnóstico realizados (laboratório, raio x, mamografia, ultrassom, eletrocardiograma e citopatologia).	Percentual de exames de apoio diagnóstico realizados (laboratório, raio x, mamografia, ultrassom, eletrocardiograma e citopatologia), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de exames de apoio diagnóstico realizados (laboratório, raio x, mamografia, ultrassom, eletrocardiograma e citopatologia)no ano, por (dividido) Número de exames de apoio diagnóstico realizados (laboratório, raio x, mamografia, ultrassom, eletrocardiograma e citopatologia)no ano de 2013 multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde - DRA/DIADI/DICAR

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
19. Número de Laboratórios com o Sistema de Gestão da Qualidade, efetivamente implantados no período.	Número de Laboratórios com o Sistema de Gestão da Qualidade efetivamente, implantados no período.	Somatório de laboratórios com o Sistema de Gestão da Qualidade efetivamente, implantados no ano considerado.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/ Subgerência de Monitoramento e Avaliação/ DRA/DIADI
20. Número de Laboratórios Reestruturados.	Número de laboratórios de: Vigilância, Revisão da Malária (Norte, Oeste e Rural), Citopatologia, Laboratório da Maternidade e da Unidade Fluvial reestruturados no período.	Somatório de laboratórios Vigilância, Revisão da Malária (Norte, Oeste e Rural), Citopatologia, Laboratório da Maternidade e da Unidade Fluvial efetivamente reestruturados no ano considerado.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/ Subgerência de Monitoramento e Avaliação/ DRA/DIADI

Objetivo 1.4 - Aprimorar a qualidade dos serviços de apoio diagnóstico visando minimizar as deficiências proporcionando uma situação de eficácia para atender a necessidade do SUS.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
21. Percentual de Pontos de Atenção à Saúde estruturados na atenção à Pessoa com Deficiência.	Percentual de Pontos de Atenção à Saúde na atenção à Pessoa com Deficiência, definidos.	Número Pontos de Atenção à Saúde na atenção à Pessoa com Deficiência no ano definidos, por (dividido) número total de Pontos de Atenção à Saúde na atenção à Pessoa com Deficiência, planejados, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde - DRA/Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

Objetivo 1.5 – Qualificar a gestão e atenção à Saúde para práticas de saúde mais humanizadas.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
22. Percentual de profissionais de saúde e de gestão qualificados na Política de Humanização.	Percentual de profissionais de saúde qualificados, na Política de Humanização em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de profissionais de saúde qualificados na Política de Humanização, por (dividido) Número de profissionais de saúde e gestão, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/DAP

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
1. Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192).	Percentual de Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total da população residente com acesso ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, por (dividido) número total da população residente, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/ DRA / SAMU/ IBGE
2. Número de municípios regulados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	Número de municípios regulados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), no ano considerado.	Somatório de municípios regulados pelo SAMU.	Unidade Geográfica	SEMSA/ DRA/ SAMU/ DICAR
3. Número de veículos inclusos no programa.	Número de veículos para o Transporte Sanitário, adquiridos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de veículos adquiridos para Rede de Saúde Manauara – Transporte Sanitário, no ano considerado.	Unidade Geográfica	SEMSA/ DRA/ SAMU/ DICAR

Objetivo 2.2 – Fortalecer o Sistema de Regulação no município de Manaus.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
4. Percentual de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS com o Sistema de Regulação estruturado.	Percentual de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS com o Sistema de Regulação estruturado, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS com o Sistema de Regulação estruturado, por (dividido) número total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS programado para o período, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/ DICAR

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
1. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por (dividido) População feminina na faixa etária de 25 a 64 residente, multiplicado por 100. *03 ao ano.	Unidade Geográfica	MS/ (SAI/SUS)/ DRA/DIADI/ IBGE
2. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	Número de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de exames de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos, por (dividido) População feminina na faixa etária de 50 a 69 residente, multiplicado por 100. * 02 ao ano.	Unidade Geográfica	MS/ (SAI/SUS)/ DRA/DIADI/ IBGE

Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
3. Proporção de parto normal.	Percentual de partos normal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de nascidos vivos de partos normais, por (dividido) número total de nascidos vivos de todos os partos, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	MS/ SVS:SINASC
4. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, por (dividido) número total de nascidos vivos, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	MS/ SVS:SINASC

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
5. Número de testes de sífilis por gestante.	Número de testes realizados em gestantes para o diagnóstico de sífilis, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de testes realizados para o diagnóstico de sífilis em gestantes, por (dividido) número de partos hospitalares do SUS, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	MS/ SAI/SUS SIH/SUS
6. Número de óbitos maternos em determinado período e local de Residência.	Número de óbitos maternos (ocorrido após termino da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número absoluto de óbitos maternos.	Unidade Geográfica	MS/ SVS: SIM
7. Taxa de mortalidade infantil.	Número de óbitos em menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade, por (dividido) número de nascidos vivos residentes, multiplicado por 1.000.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
8. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	Percentual de óbitos infantis e fetais investigados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos infantis e fetais investigados, por (dividido) número total de óbitos infantis e fetais ocorridos, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
9. Proporção de óbitos maternos investigados.	Percentual de óbitos maternos investigados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos maternos investigados, por (dividido) número total de óbitos maternos, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
10. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados, por (dividido) número total de óbitos de MIF, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
11. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade residentes.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
12. Taxa de gravidez na adolescência.	Número de adolescentes de 10 a 19 anos grávidas, por cem nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de adolescentes de 10 a 19 anos grávida residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado por (dividido) total de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde: SIM/SINASC
13. Percentual de crianças atendidas pelo SUS suplementadas com vitamina "A".	Percentual de crianças de 6m a 59 meses, suplementadas com vitamina A, na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças de 6m a 59 meses, suplementadas com vitamina A residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado por (dividido) Total de crianças de 6m a 59 meses, residentes, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/DRA/DAP/DEVAI
14. Percentual de crianças atendidas pelo SUS suplementadas com sulfato ferroso.	Percentual de crianças de 6m a 18 meses, suplementadas com sulfato ferroso, na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças de 4m a 24 meses, suplementadas com sulfato ferroso residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado por (dividido) Total de crianças de 4m a 24 meses, residentes, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/DRA/DAP/DEVAI

Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
1. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.	Percentual de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de: (CAPS I x 0,5) + (número de CAPS II) + (número de CAPS III x 1,5) + (número de CAPSi) + (número de CAPSad) por (dividido) população total residente multiplicado 100 mil.	Unidade Geográfica Tipo de CAPS (I, II, III, ad e i)	Ministério da Saúde. SAS/ Dap/ Cnes (partir 2005) e IBGE

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
2. Percentual dos beneficiários do Programa de Volta Pra Casa atendidos.	Percentual dos beneficiários do Programa de Volta Pra Casa atendida, egressa do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de beneficiários do Programa de Volta Pra Casa atendidos, por (dividido) Total de beneficiários do Programa de Volta pra Casa, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/DRA/RSM
3. Número de Unidades de Acolhimento implantadas.	Número de Unidades de Acolhimento, implantadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de Unidades de Acolhimento implantadas, no ano considerado.	Unidade Geográfica	SEMSA/DRA/RSM
4. Número de Consultórios na Rua implantados.	Número de Consultórios na Rua, implantados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de Consultórios na Rua, implantados, no ano considerado.	Unidade Geográfica	SEMSA/DRA/RSM
5. Número de Comunidades Terapêuticas vinculadas.	Número de Comunidades Terapêuticas vinculadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de Comunidades Terapêuticas vinculadas, no ano considerado.	Unidade Geográfica	SEMSA/DRA/RSM

Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
1. Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 Principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Número de óbitos prematuros (<70anos) por doenças crônicas não transmissíveis- Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrado nos CID-10*, por (dividido) Total da população (de 30 a 69anos) residente, multiplicado por 100 mil. *(I00-I99;C00-C97;J30-J98; E10-E14)	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/ População - Site do DATASUS.

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
2. Número de internações de pessoas idosas com fratura de fêmur.	Número de internações por fratura de fêmur em maiores de 60 anos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de internações de pessoas idosas com fratura de fêmur, por (dividido) Total da população com 60 anos ou mais residente, multiplicado por 10 mil.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde: Sistema de Informação Hospitalar/SUS e Base demográfica do IBGE.

Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
1. Cobertura de crianças menores de 1 ano vacinadas de acordo com o calendário nacional de vacinação .	Percentual de crianças menores de 01 ano vacinadas de acordo com o calendário nacional de vacinação, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças menores de 01 ano vacinadas com esquema completo de vacinas do calendário nacional , por (dividido) População residente da mesma faixa etária, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).
2. Número de central de rede de frio de imunobiológico implantada.	Percentual de distritos de saúde com rede de frio implantada, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de distritos de saúde com rede de frio implantada por (dividido) número programado de distritos com rede de frio implantadas para o período, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DEVAE
3. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	Número de casos novos confirmados de AIDS em menores de 05 anos residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número absoluto de casos novos confirmados de AIDS em menores de 05 anos residente.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Programa de DST/Aids: base de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) e base de dados demográficos do IBGE.

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS



INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTES DE INFORMAÇÃO
4. Proporção de cães imunizados com vacina antirrábica anualmente.	Percentual de cães imunizados com vacina antirrábica, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de cães imunizados com vacina antirrábica por (dividido) Total da população de canina, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/ SIPNI/CGPNI/ DEVIT/ SVS/ MS
5. Proporção de gatos imunizados com vacina antirrábica anualmente.	Percentual de gatos imunizados com vacina antirrábica, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de gatos imunizados com vacina antirrábica por (dividido) Total da população de gatos, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/ SIPNI/CGPNI/ DEVIT/ SVS/ MS
6. Número de ambulatório de tabagismo implantado.	Número de ambulatório de tabagismo, implantados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de Ambulatórios de Tabagismo, implantados.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/ Departamento de Rede de Atenção/ DAP/DEVAE
7. Percentual de indivíduos com IMC calculados, na área de abrangência das UBSF.	Percentual da população de 15 anos ou mais, residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de pessoas 15 anos ou mais com IMC calculado, por (dividido) População total residente na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/DRA/ DAP/DEVAE
8. Número de Academias de Saúde implantadas.	Número de Academias de Saúde implantadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de Academias de Saúde implantadas.	Unidade Geográfica	SEMSA/DEVAE
9. Número de casos novos de óbitos por acidente de trânsito.	Número de casos novos de óbitos por acidente de trânsito residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número absoluto de casos novos de óbitos por acidente de trânsito residente.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Sistema de mortalidade (SIM) e base de dados demográficos do IBGE.

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
10. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Número de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Número de amostras de água examinadas para os parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, realizados pela vigilância, por (dividido) Total de amostras obrigatórias para os parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde. SVS: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua).
11. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.	Percentual de casos de doenças de notificação Compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação, por (dividido) Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
12. Número de Programas: Vigiar e Vigidesastres implantados.	Número de Programas (vigiar e vigidesastres) Implantados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de Programas (vigiar e vigidesastres) implantados.	Unidade Geográfica	SEMSA/ DEVAE
13. Número de cadastros VIGISOLO realizados.	Número de cadastros de áreas com população exposta ou potencialmente exposta a solo contaminado (VIGISOLO), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de cadastros de áreas com população exposta ou potencialmente exposta a solo contaminado, realizados.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde. SVS: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade do Solo (Sissolo)/ SEMSA/ DEVAE
14. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Número de óbitos com causa básica definida notificados ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de óbitos não fetais com causa básica definida, por (dividido) número total de óbitos não fetais, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTES DE INFORMAÇÃO
15. Proporção de notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho nos municípios da região metropolitana de Manaus.	Número de notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho nos municípios da região metropolitana de Manaus, no ano considerado.	Número de municípios da região metropolitana de Manaus, com casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados, por (dividido) número de municípios da região metropolitana de Manaus, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
16. Número de Unidades com as ações de vigilância em saúde do trabalhador efetivadas.	Número de Unidades com as ações de vigilância em saúde do trabalhador efetivadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de Unidades com as ações de vigilância em saúde do trabalhador efetivadas.	Unidade Geográfica	SEMSA/ DEVAE/ CEREST/DRA
17. Proporção de Conferências Municipais em Saúde do Trabalhador realizadas.	Número de Conferência Municipal em Saúde do Trabalhador de Manaus e dos municípios da área de abrangência do CEREST, realizadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de Conferências Municipais em Saúde do Trabalhador de Manaus e dos municípios da área de abrangência do CEREST realizadas.	Unidade Geográfica	SEMSA/ DEVAE/ CEREST/DRA
18. Número de unidades de saúde com serviço de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	Número de unidades de saúde com serviço de violência doméstica, sexual e outras violências implantado, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de unidades de saúde com serviço de violência doméstica, sexual e outras violências implantado, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Número absoluto de unidades de Saúde com notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.	Unidade Geográfica	SINAN/ SEMSA/DEVAE

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

Objetivo 7.2 - Reduzir a morbimortalidade por doenças endêmicas.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
19. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Percentual de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados no ano avaliado.	Número casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados, por (dividido) Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
20. Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	Número de exames de anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose, no ano considerado.	Número de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado, por (dividido) Número de casos novos de tuberculose diagnosticados no ano, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
21. Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Percentual de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes de Pauci e Multibacilar em 31 de dezembro do ano de avaliação	Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação por (dividido) total de casos novos de hanseníase residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) e base demográfica do IBGE

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
22. Índice de implantação de ações do programa de vigilância e controle de outras zoonoses (Leishmaniose Visceral, Larvas Migrans Visceral e cutânea, e leptospirose).	Percentual de unidades de saúde com ações do programa de vigilância e controle de outras zoonoses (Leishmaniose Visceral, Larvas Migrans Visceral e cutânea, e leptospirose) implantadas, em determinado espaço geográfico.	Número de unidades de saúde com ações do programa de vigilância e controle de outras zoonoses (Leishmaniose Visceral, Larvas Migrans Visceral e cutânea, e leptospirose) implantadas, por (dividido) número programado de unidades de saúde com ações do programa de vigilância e controle de outras zoonoses (Leishmaniose Visceral, Larvas Migrans Visceral e cutânea, e leptospirose) implantadas para o período, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde / DEVAE
23. Índice de implantação de ações de Vigilância para áreas de risco de ocorrências de doenças de chagas.	Percentual de unidades de saúde com ações do programa de vigilância para áreas de risco de ocorrências de doenças de chagas.	Número de unidades de saúde com ações do programa de vigilância para áreas de risco de ocorrências de doenças de chagas implantadas, por (dividido) número programado de unidades de saúde com ações do programa de vigilância para áreas de risco de ocorrências de doenças de chagas implantadas para o período, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde / DEVAE
24. Percentual de casos de malária reduzidos.	Percentual de casos de Malária confirmados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de casos de Malária confirmados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, por (dividido) Total de casos de malária do ano de considerado, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica - Malária (SIVEP-MALÁRIA)

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
25. Proporção de redução de casos de malária por Plasmodium Falciparum.	Proporção de casos de malária por Plasmodium Falciparum, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de casos de Malária Falciparum confirmados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, por (dividido) Total de casos de malária do ano considerado, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica - Malária (SIVEP - MALÁRIA)
26. Taxa de letalidade por dengue.	Proporção de óbitos por dengue na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos confirmados por dengue, em residentes por (dividido) número de casos confirmados de dengue em residentes no período determinado, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica • Forma da doença: dengue clássica, febre hemorrágica • Faixa etária • Sexo	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Objetivo 7.4 - Prevenir doenças e agravos relacionados à vigilância de produtos, serviços e ambientes.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
27. Número de ações de vigilância sanitária realizadas.	Número de ações de vigilância sanitária realizadas, no ano considerado.	Número de ações de vigilância sanitária realizadas, por (dividido) número de ações de vigilância sanitária programadas, para o período considerado, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DVISA
28. Número de estruturas física, administrativa, fluxos, processos de educação permanente aos servidores, reestruturadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de estrutura física, administrativa, fluxos, processos de educação permanente aos servidores, reestruturadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de estruturas reestruturadas, por (dividido) número total de estruturas programadas para o período, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DVISA

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

Diretriz 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTES DE INFORMAÇÃO
1. Número de serviços farmacêuticos com o Sistema Hórus ou sistema próprio implantado.	Número de serviços farmacêuticos com o Sistema Hórus ou sistema próprio implantado em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de serviços farmacêuticos com o Sistema Hórus ou sistema próprio implantado, por (dividido) Número total de serviços farmacêuticos, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde/SVS – Sistema Hórus/ SEMSA/ DELOG/ DRA

Objetivo 8.2 - Aprimorar a qualidade da Assistência Farmacêutica visando o atendimento humanizado e maior adesão ao tratamento à população proporcionando acesso aos medicamentos essenciais.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTES DE INFORMAÇÃO
2. Número de Central de Abastecimento e Logística implantada.	Número de Central de Abastecimento e Logística, implantada, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Central de Abastecimento e Logística implantada, por (dividido) número total de Estruturas programadas para o período, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/ DELOG/ DRA
3. Percentual de Estabelecimentos de Saúde com serviço de farmácia clínica implantado.	Número de Estabelecimentos de Saúde com serviço de farmácia clínica implantado, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Estabelecimento de Saúde, com serviço de farmácia clínica implantado, por (dividido) número total de Estabelecimentos de Saúde, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/ DRA

Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
1. Percentual de profissionais de saúde qualificados.	Percentual de profissionais de saúde qualificados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de profissionais de saúde qualificados, por (dividido) Número de profissionais de saúde, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/DTRAB

Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
2. Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES, por (dividido) Número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES

Objetivo 11.3 - Consolidar a Política de Educação Permanente, desenvolvendo ações alinhadas à necessidade de formação e qualificação profissional exigida para a atenção das necessidades de saúde da população.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
3. Percentual de Profissionais de Saúde com “tempo protegido” para educação permanente.	Percentual de Profissionais de Saúde, com “tempo protegido” para educação permanente, durante o período de expediente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Profissionais de Saúde, com “tempo protegido” para educação permanente, por (dividido) Total de Profissionais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/ DTRAB

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

Objetivo 11.4 - Fortalecer a Política de Gestão do Trabalho.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTES DE INFORMAÇÃO
4. Número de Sistema de Gestão de Pessoas, implantado.	Número de Sistema de Gestão de pessoas implantado, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Sistema de Gestão de pessoas implantado, no ano considerado, por (dividido) número total de Estruturas programadas para o período, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DTRAB
5. Percentual de Unidades com Recursos Humanos adequados à Padronização de Recursos Humanos.	Percentual de Unidades com Recursos Humanos adequados à Padronização de RH, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Unidades de Saúde, com Recursos Humanos adequados à padronização de RH implantado, por (dividido) número total de Unidades de Saúde, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DTRAB

Diretriz 12 - Implementação do novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo 12.1 - Fortalecer o exercício do controle social no município de Manaus.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTES DE INFORMAÇÃO
1. Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde.	Número de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde.	Unidade Geográfica	SEMSA/DPLAN/SARGSUS
2. Proporção Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS.	Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS	Unidade Geográfica	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
3. Percentual de Conselhos de Saúde em funcionamento.	Percentual de Conselhos de Saúde (municipal, distritais e locais), em pleno funcionamento, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Conselhos de Saúde, (municipal, distritais e locais), em pleno funcionamento, por (dividido) Total de Conselhos de Saúde (municipal, distritais e locais), multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	SEMSA/CMS
4. Número de Conselhos Distritais implantados.	Número de Conselhos Distritais implantados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório dos Conselhos Distritais de Saúde implantados.	Unidade Geográfica	SEMSA/CMS
5. Número de Conferências e Pré Conferências, realizadas.	VII COMUS, realizada, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório de Conferências e Pré Conferências, realizadas.	Unidade Geográfica	SEMSA/CMS

Objetivo 12.2 - Fortalecer a gestão de Tecnologia da Informação buscando a excelência na atenção à saúde.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
6. Governança implantada.	Governança implantada, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Governança implantada, no ano considerado.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DTI
7. Percentual de unidades contempladas.	Percentual de Unidades com estrutura computacional adequada, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Unidades de Saúde, com estrutura computacional adequada, por (dividido) número total de Unidades de Saúde, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DTI
8. Solução implantada.	Solução de prontuário eletrônico implantada, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Solução de prontuário eletrônico implantada, no ano considerado.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DTI

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
9. Solução implantada.	Solução de processo eletrônico implantada, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Solução de processo eletrônico implantada, no ano considerado.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DTI
10. Solução implantada.	Solução de vídeo conferência implantada, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Solução de vídeo conferência implantada, no ano considerado.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DTI

Objetivo 12.3- Fortalecer a Gestão de Comunicação na Secretaria Municipal de Saúde.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
11. Departamento estruturado.	Departamento de Comunicação estruturado, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Departamento de Comunicação estruturado, no ano considerado.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/DECOM

Objetivo 12.4 Consolidar a Atenção Primária à Saúde como coordenadora e ordenadora do processo de implantação da Rede Saúde Manauara.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
12. Número de Pontos da Rede de Saúde Manauara remodelados.	Número de Pontos da Rede de Saúde Manauara: Urgência e Emergência, Materno Infantil, de Atendimento às Doenças Crônicas remodelados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatória de Pontos da Rede de Saúde Manauara remodelados.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/ DAP/ DRA/DISA

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

Objetivo 12.5 Aprimorar o processo de gestão do sistema de informação no município de Manaus.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
13. Percentual de Estabelecimentos de Saúde com sistemas de informação aprimorados.	Percentual de Estabelecimentos de Saúde com sistemas de informação do Ministério da Saúde, aprimorados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Estabelecimento de Saúde, sistemas de informação aprimorados, por (dividido) número total de Estabelecimentos de Saúde, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) Secretaria Municipal de Saúde/ DICAR

Objetivo 12.6 Subsidiar a área técnica da Secretaria Municipal de Saúde no acompanhamento das metas definidas na cobertura e qualidade da informação, visando facilitar a tomada de decisão.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
14. Percentual de boletins publicados.	Percentual de Boletins elaborados e disponibilizados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Boletins elaborados e disponibilizados, por (dividido) número de Boletins programados, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/ DICAR

Objetivo 12.7 Preparar a SEMSA para o evento de massa.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
15. Plano implantado.	Plano de Preparação de Resposta as Urgências e Emergências em Saúde e ao evento Copa do Mundo de Futebol de 2014, implantado, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório dos Planos de Resposta as Urgências e Emergências em Saúde e ao evento Copa do Mundo de Futebol de 2014, implantados.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde

3. OPERACIONALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Objetivo 13.1 Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS. Ampliar os canais de comunicação da SEMSA com a população, profissionais de saúde, trabalhadores e a mídia.

INDICADOR	CONCEITO	FORMULA DE CÁLCULO	CATEGORIA DE ANÁLISE	FONTE DE INFORMAÇÃO
1. Percentual de manifestações resolvidas.	Percentual de respostas às manifestações registradas no Sistema OuidorSUS, resolvidas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Manifestações resolvidas, por (dividido) número total de Manifestações registradas no Sistema OuidorSUS, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/ Ouvidoria
2. Percentual de informações de saúde publicizadas no Portal de Acesso à Informação ao Cidadão.	Percentual de informações de saúde publicizadas no Portal de Acesso à Informação ao Cidadão, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de informações de saúde publicizadas no Portal de Acesso à Informação ao Cidadão, por (dividido) número total de informações de saúde, referentes à transparência ativa, previstas na Lei de Acesso à Informação, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/ Ouvidoria
3. Percentual de ações de Ouvidoria Ativa realizadas.	Percentual de ações de Ouvidoria Ativa em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de ações de Ouvidoria Ativa realizadas, por (dividido) número de ações de Auditoria Ativa programada, multiplicado por 100.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/ Ouvidoria
4. Componente Municipal de Auditoria - SNA estruturado.	O componente Municipal de Auditoria - SNA estruturado em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número absoluto do componente Municipal de Auditoria - SNA estruturado.	Unidade Geográfica	Secretaria Municipal de Saúde/ Auditoria do SUS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: set. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações Hospitalares – SIH. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/miuf.def>>. Acesso em: set. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM-CGIAE/Dasis/SVS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>. Acesso em: set. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica – DAB. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: set. 2009.
- _____. Portaria GM/MS nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 novembro 2009. Seção 1, p. 76.
- _____. Portaria GM/MS nº 2.281, de 01 de outubro de 2009. Altera a Portaria Nº 154/GM, de 4 de março de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 out. 2009. Seção 1, p.34.
- _____. Portaria GM/MS nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do Relatório Anual de Gestão. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2008. Seção 1, p.70. Republicação em 11 de janeiro de 2010 Seção 1, p.35.
- _____. Portaria GM/MS nº 339, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 42.
- _____. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.
- _____. Portaria GM/MS nº 687, de 31 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 2006. Seção 1, p. 134.
- _____. Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006d. Seção 1, p. 39.
- _____. Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mai. 2006. Seção 1, p. 20.
- _____. Portaria GM/MS nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina ações que visem a redução de danos sociais e à saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 jul. 2005.
- _____. Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jun. 2002. Seção 1.

- _____. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.
Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 18.
- _____. Diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal. BRASÍLIA, DF: MS, 2004d.
- _____. Saúde Brasil 2007: Uma Análise da Situação de Saúde. Brasília, DF: MS, 2008.
- _____. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz II. Brasília, DF: MS, 2008. (Painel de indicadores do SUS, n. 5).
- _____. Vigitel Brasil 2007. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF: MS, 2008.
- Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências/ Rede Interagencial de Informações para Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.
- _____. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Manaus, 2006.
- _____. Termo de Compromisso de Gestão Municipal. Manaus, 2008.
- _____. Relatório Anual de Gestão. Manaus, 2012.
- _____. Relatório Anual de Gestão. Manaus, 2011.
- _____. Relatório Anual de Gestão. Manaus, 2010.
- _____. Relatório Anual de Gestão. Manaus, 2009.
- _____. Relatório Anual de Gestão. Manaus, 2008.